IN MEMORIAM

Ceux qui se rendirent à l'Hôtel-Dieu, le vingt-cinq octobre dernier, garderont longtemps le souvenir d'une cérémonie toute simple en elle-même mais combien grandiose par la leçon qui s'en dégageait. Le geste de l'International Anaesthesia Research Society, en plaçant une plaque commémorative là où le docteur Larocque dépensa sa vie, honore et grandit les membres de cette société. Aux révérendes Religieuse Hospitalières de l'Hôtel-Dieu qui rendirent possible cette démonstration du souvenir va toute notre reconnaissante gratitude.

Il nous semblait à tous assister à la décoration posthume d'un brave mort au champ d'honneur. Son Excellence Monseigneur Deschamps, la Supérieure de l'Hôtel-Dieu, le docteur Harwood, doyen de la faculté de médecine, le docteur Baril, président du Bureau médical, le docteur McMechan, de Toledo, le docteur Léo Pariseau, le docteur Dogliotti, de l'université de Turin, le docteur Wesley Bourne, président de la Montreal Society of Anaesthetists, les représentants de tous les hôpitaux de Montréal formaient l'état major, qui, à l'attention, écoutèrent en silence la proclamation suivante graver sur bronze:

> "POUR HONORER LA MEMOIRE DE CHARLES LAROCQUE, MEDECIN DE L'HOTEL-DIEU, ET POUR RAPPELER SA MAITRISE DANS LA SCIENCE ET L'ART D'ANESTHESIER. SES COLLEGUES DE LA INTERNATIONAL RESEARCH SOCIETY, OCTOBER 1932."

Ce bronze continuera donc de rappeler à ceux qui furent ses collègues le souvenir ému du regretté Larocque. A ceux de demain, il apprendra tout le dévouement et toute la compétence de celui qui pendant vingt-cinq ans fut le collaborateur précieux des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. A tous il enseignera la beauté du rôle de celui qui, à chaque heure du jour ou de la nuit toujours et sans compter, contribua au soulagement des maux qui: affligent notre pauve humanité.

Joseph F. HOULE.
Anesthésiste en chef à l'Hôpital Notre-Dame.

nous permettaient pas de réaliser aussitôt ce plan. Nous continuâmes, au Canada, les conversations engagées en France, chaque fois que des délégués à nos congrès venaient prendre part à nos délibérations.

Au Congrès de 1930, présidé par le Professeur Rhéaume, le Professeur Roussy, de Paris, chef de la mission, en inaugurant la nouvelle Université de Montréal, exprima le même vœu dans son discours officiel comme représentant de la Faculté de Médecine du gouvernement français.

A l'occasion du congrès d'Ottawa, l'idée fut reprise par mon collègue Dubé, à titre de Président de l'A.D.R.M. Il échangea avec M. Taschereau, Premier Ministre de Québec, le Ministre Français à Ottawa, la Faculté de Médecine de Paris, notre Ministre à Paris, l'Honorable Ph. Roy, et quelques autres personnages importants, une correspondance très précise à ce sujet que nous avons publiée en août, et il reçut de tous des adhésions très importantes.

Durant l'été dernier, notre Ministre à Paris convoqua les médecins français qui avaient déjà fait un séjour au Canada, avec le Dr Paquet, le président actuel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, de passage à Paris à cette date. Celui-ci plaida très fortement la cause que nous avions soutenue auparavant, et tous furent d'avis que le moment était arrivé de réaliser ce projet maintenant mûri.

Le congrès d'Ottawa, en septembre 1932, par une résolution unanime, émit le vœu que l'Association Française veuille bien voter le siège du prochain congrès à Québec. Cette résolution, transmise par les voies diplomatiques ordinaires, fut votée à l'unanimité au dernier congrès de Paris.

Je n'ajoute pas d'autres commentaires à ce sujet, car nous aurons l'occasion d'en parler plus longuement; mais il importe que nous commencions dès maintenant l'organisation de ce congrès de 1934.

Nous tenons à signaler particulièrement l'attitude très sympathique de notre ami, le Dr Desfosses, de la Presse Médicale de Paris, dont les articles à ce sujet, publiés au bon moment, contribuèrent à former l'opinion publique médicale en France au moment où allait s'ouvrir le Congrès de médecine de Paris.

Albert LeSAGE.

MÉMOIRES

DONNÉES BIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE L'HORMONE OVARIENNE DANS LA MÉNOPAUSE POST-OPÉRATOIRE[1]

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

Les troubles occasionnés par l'ablation des ovaires sont toujours un aléa auquel il faut constamment songer avant de préconiser une thérapeutique aussi radicale. Evidemment les indications formelles et urgentes de cette intervention priment sur tous les ennuis consécutifs susceptibles d'apparaître après une période plus ou moins prolongée. Dans ces cas c'est la vie de la malade qui est en jeu et qui commande l'intervention: l'acte opératoire devient une thérapeutique d'urgence. Les conséquences éloignées sont négligées pour ne pas laisser échapper une chance de survie à un être qui se confie à nous.

Bien différente doit être l'attitude du chirurgien-gynécologue devant des lésions qui existent, qui causent de graves ennuis à la malade, sans cependant mettre la vie de celle-ci en danger. Il est nécessaire d'essayer à se rendre compte des troubles ménopausiques qui apparaîtront tôt ou tard. Malheureusement il est pratiquement impossible de s'assurer avant l'intervention quels seront ces troubles; chez tel sujet où nous redoutions une forme psychique ou mentale nous n'observons que de légères chaleurs; chez tel autre, au contraire, les maux de tête, les vertiges, la tachycardie, surviennent qui sont plus ennuyeux que les douleurs périodiques menstruelles qui avaient commandé l'ablation des organes génitaux.

D'ailleurs tous les médecins connaissent le désarroi qu'occasionne chez leurs malades la crainte de l'approche de la ménopause physiologique. La ménopause post-opératoire semble fournir une crainte

(1) Communication faite au Congrès de l'A. M. L. F. à Ottawa. — sept. 1932.

plus compréhensible par son installation toujours subite. Les femmes jeunes, en bas de 35 ans, sont toujours plus fortement éprouvées par les effets de l'arrêt de la fonction ovarienne. Ceci n'implique pas toutefois que les femmes plus âgées en soient indemnes. Elles aussi subissent l'atteinte néfaste du déséquilibre endocrinien, mais généralement les effets en sont mieux supportés.

* * *

La relation des glandes endocrines entr'elles n'est pas théorie nouvelle. Il est facile de comprendre le désordre que peut amener l'ablation subit de l'une d'elles; les autres cherchent, mais en vain, à suppléer la déficience de la glande enlevée. Elles ne peuvent y réussir: chacune d'elle possède une sécrétion qui lui est propre qu'elle déverse dans l'économie. La plupart fonctionnent de façon permanente: leur sécrétion et leur excrétion sont un système en lui-même qui s'installe à la naissance et ne s'arrête qu'à la mort.

L'ovaire agit de façon quelque peu différente. A la naissance il contient un grand nombre de follicules possédant eux-mêmes un ovule. Pendant l'enfance quelques-uns de ces follicules se développent, mais régressent avant d'atteindre leur volume maximum. A la puberté, les follicules ne régressent pas; ils atteignent leur plein développement, ils se rupturent et forment le corps jaune. Celui-ci possède également une sécrétion interne propre qu'il déverse dans la circulation jusqu'à ce que les menstruations s'installent. Au contraire, s'il y a fécondation, le corps jaune maintient sa sécrétion durant tout le temps de la grossesse. L'étude du mécanisme endocrinien de la menstruation conduit naturellement à l'étude des fonctions du système endocrinien de toute l'économie. Nous n'avons ni l'intention, ni le temps d'aborder toute la complexité de ce problème.

Il est toutefois nécessaire de connaître la relation intime de la glande pituitaire et de la glande ovarienne. La fonction stimulante sur la fibre lisse de la sécrétion du lobe postérieur de la pituitaire, est bien connue. Elle nous intéresse peu dans le travail que nous poursuivons. Toute différente est celle du lobe antérieur. Cette sécrétion qui a fait l'objet d'études particulières depuis quelques années a été bien mise en valeur par les travaux de Aschein et Zondek en particulier.

* * *

Certains auteurs reconnaissent deux hormones au lobe antérieur de l'hypophyse: une hormone de développement et une hormone dite sexuelle. D'autres auteurs attribuent les deux effets à une seule hormone. Nous n'essayerons pas de résoudre le problème. Contentons-nous de reconnaître que durant l'adolescence, l'hormone de développement de la pituitaire antérieure est dans son plein fonctionnement. Par un processus encore inconnu il semble qu'elle garde sous son contrôle absolu l'hormone sexuelle, ou qu'elle l'empêche tout au moins d'exercer ses effets les plus caractéristiques. A tout événement, durant ce temps, l'hormone sexuelle n'est pas suffisamment produite pour initier la menstruation.

A la puberté et jusqu'à la ménopause, les follicules qui grossissent, continuent leur développement, atteignent leur pleine maturité, se rupturent, laissant échapper l'ovule, et le corps jaune se forme dans les follicules libérés de leur ovule.

Or, quelle influence apparaît donc à la puberté pour amener ce changement dans les follicules de DeGraaf? De nouvelles découvertes dans le champ de l'endocrinologie nous porte à croire que la stimulation de la glande pituitaire favorise le sécrétion de l'hormone sexuelle à laquelle nous devons cette transformation. Des expériences concluantes ont été faites démontrant que l'injection de lobe antérieur de la pituitaire à des rates impubères font apparaître en deux à quatre jours les signes caractéristiques du cycle œstrien, épaississement de la muqueuse du vagin, modification de la constitution cellulaire de la sécrétion vaginale, hyperhémie des annexes, et des cornes utérines, augmentation du volume de l'utérus. Les chercheurs ont découvert qu'une telle action pouvait être déclanchée par l'injection d'extrait de placenta humain, de liquide amniotique, de sérum sanguin des femmes enceintes et même de l'urine des femmes enceintes, comme d'ailleurs par les extraits de corps jaune ou d'ovaire total.

Uhlmann écrit: "Si l'on parcourt la littérature publiée depuis une vingtaine d'année sur le sujet qui nous occupe, on y constate une confusion considérable, en même temps que l'expression d'un grand nombre d'opinions contradictoires. Il faut sans doute attribuer en grande partie ce fait à ce que chaque auteur a préparé à sa manière l'extrait dont il s'est servi, de telle sorte que les résultats obtenus ne sont pas comparables. Il faut ajouter aussi que l'on ne possédait pas de méthode de titrage exactes.

En ce qui concerne l'influence des hormones ovariennes sur les organes génitaux et les fonctions sexuelles, il faut se demander, tout d'abord, si les deux substances lipoïdiques et protéidiques agissent de

la même façon sur tous les caractères sexuels, ou s'il existe ce que nous pourrions appeler une "action organotrope". En dépit de nombreuses contradictions, il semble cependant certain qu'il faut considérer ces deux substances comme agissant d'une façon antagoniste vis-à-vis de l'autre. C'est ainsi que l'hormone lipoïdique isolée du corps jaune, des follicules, de l'ovaire (dont on a éliminé les follicules), de l'œuf et du placenta déterminerait:

a) La stimulation de la croissance des caractères sexuels primaires et secondaires, caractérisée par une augmentation du volume de l'utérus, des trompes de Fallope, du vagin, de la vulve, des mamelles, etc...

b) Le déclanchement des modifications organiques de l'appareil génital et de l'activité sexuelle telles qu'elles se manifestent chez l'animal par l'apparition du rut;

c) L'inhibition de la menstruation.

D'autre part le principe hydrosoluble de l'ovaire déterminerait:

a) L'hyperthémie des organes sexuels;

b) La stimulation ou le déclanchement de la menstruation;

c) L'augmentation de la sécrétion lactée, etc...

Les effets attribuables au principe hydrosoluble ont été étudiés à plusieurs reprises, mais cette étude a rarement été faite avec des substances pures. La plupart du temps on s'est servi de simples extraits de corps jaune, d'ovaire total, de placenta, d'utérus ou de fœtus. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant qu'à côté des manifestations typiques de la substance hydrosoluble, on ait obtenu d'autres effets ressortissant à la substance lipoïdique. Cette confusion n'existe plus si l'on se sert de préparations purifiées et débarrassées de lipoïdes.

Les connaissances que nous possédons aujourd'hui nous permettent de dissocier dans l'hormone ovarienne totale deux substances, dont l'une est un lopoïde et l'autre un protéile, avec lesquelles il est possible de déterminer tous les effets que nous venons d'énumérer.

L'étude des procédés d'isolement de ces corps nous entraînerait hors du cadre de se travail. Disons seulement que plusieurs auteurs sont arrivés, indépendamment les uns des autres, à obtenir, en ce qui concerne l'hormone lipoïdique, des substances apparemment identiques. Le principe hydrosoluble, par contre, a, jusqu'ici été peu étudié au point de vue chimique."

* * *

Pour ce qui concerne le titrage, certains auteurs préconisent l'unité-rat, qui veut dire, la quantité minima d'hormone nécessaire pour amener chez une rate de 30 jours, prise dans une colonie dont la maturité sexuelle apparaît à 50 ou 60 jours, et ce dans un espace de 96 à 100 heures, la formation d'un ou plusieurs corps jaunes critérium certain de la naturité sexuelle de l'animal. C'est la méthode d'Allen et Doisy. Uhlmann reconnaît à la méthode américaine une très grande valeur, mais "considère que la méthode de croissance est plus sûre et doit inspirer plus de confiance", c'est-à-dire, en se basant sur le poids de l'animal. Nous abandons dans ces idées.

La pratique semble nous donner raison. Le traitement des troubles endocriniens bien caractérisés, mais parfois difficiles à étiqueter, par des extraits pluri-glandulaires, sous prétexte de frapper la ou les glandes en causes, est une bien grave erreur, croyons-nous. L'opothérapie doit être fréquemment associée; elle ne doit pas l'être systématiquement. Il faut s'attacher à rechercher exactement l'endocrine déficiente afin d'obtenir les résultats désirés. Mais il n'y a pas que le fait d'injecter ou de prescrire tel ou tel médicament indifféremment et d'attendre les effets... qui seront souvent déconcertants. Il faut connaître la valeur des médicaments employés, leur mode de préparation et en particulier leur dosage. Après quoi s'attacher à peser les malades et suivant leur poids varier la quantité du médicament.

* * *

Dans la ménopause post-opératoire, les troubles apparaissent généralement vers la 15ième journée après l'ablation des ovaires. Nous commençons la médication à cette époque et nous la continuons pendant une semaine ou dix jours suivant le médicament employé. Nous ne le reprenons dans la suite qu'une fois par mois, généralement dans les huit ou dix jours qui précèdent l'époque présumée des règles. Il est extrêmement important de suivre cette technique.

En donnant aux malades 2 unités-rats par livre de poids du corps, nous avons une moyenne qui nous a donné satisfaction. Ainsi, une malade pesant 120 livres, recevrait 240 unités-rats en commençant par 20 unités la 1ère journée, 30 unités la 2ième journée, 50 unités la 3ième journée, 60 unités la 5ième journée, 80 unités la 7ième journée.

Depuis un an et demi, nous avons eu l'occasion de traiter 39 malades de cette façon et nous avons eu:

Abolition totale des ennuis de la ménopause de 6 à 15 mois après le début du traitement, 7, soit 17% environ;

Amélioration considérable des troubles (chaleurs, adiposité, vertiges, etc., 25, soit 66% ;

Amélioration légère, 4, soit 10% ;

Echec complet ; aucune amélioration notable, 3, soit 7% ;

Certains auteurs ont publié des statistiques intéressantes que viennent corroborer les chiffres plus haut cités. Cependant, je n'ai pas noté chez ceux que j'ai consulté, la relation du poids de la malade, avec la quantité d'unités administrées.

* * *

En conclusion :

1°. La ménopause artificielle bénéficie d'un traitement opothérapique approprié ;

2°. Il n'est pas nécessaire que ce traitement se poursuive tout le mois ;

3°. Les préparations possédant le titrage unité-rat semblent être elles qui donnent les meilleurs résultats ;

4°. Ceux-ci sont obtenus en ayant soin de donner la quantité d'unités suivant le poids de la malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fr. UHLMANN. — *Etude critique des méthodes de titrage de l'hormone ovarienne.* — La Gynécologie, fév. 1927.
2. ALLEN et DOISY. — *An ovarian hormone. Preliminary report on its localization, extraction and partial purification, and action in test animals.* — J. of the Am. Med. Ass., vol LXXXI, No 10, 1923.
3. G. SCHICKELE. — *Etude de la fonction des ovaires.* — Gyn. & Obst., nos 2-3, 1921, No 6, 1922.
   L'état actuel de l'organothérapie en gynécologie, ses bases scientifiques et ses résultats. — La Gynécologie, mai 1925.
4. R. COURRIER. — *Les hormones ovariennes.* — Revue franç. d'endocrinologie, mai 1925.
5. A. TRIFFAUD. — *La menstruation est-elle d'origine endocrinienne ou anaphylactique.* — Revue franç. de Gynécologie et d'Obstétrique, 10 juillet 1925.
6. A VIGNES. — *Sécrétion interne de l'ovaire et opothérapie ovarienne.* — Revue franç. d'endocrinologie, déc. 1925.
7. CAMPBELL et COLLIP. — British Med. J., 1930, 2:1081. Can. Med. Ass. J. 1931, 25:9.
8. COLLIP, THOMSON, McPHAIL & WILLIAMSON. — Can. Med. Ass. J. 1931, 24:201.
9. YOUNG, British Med. J. 1931, 2:555.
10. A. S. McQUILLAN. — *Ovarian Dysfunction, indications and treatment.* — Medical Journal and Record, July 15, 1931.
11. G. SRAGNELL. — *Clinical Use of Female Sex Hormone.* — Clinical Medecine and Surgery, Feb. 1932.
12. C. MAZER & A. J. ZISERMAN. — *La thérapeutique actuelle, à l'aide des Hormones Sexuelles de la femme.* — Medical Journal and Research, 6 janv. 1932.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE MALADIE DE MILROY

Par Roméo BOUCHER,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin-en-chef de l'Hôpital Saint-Luc.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans notre service un cas typique d'une maladie assez rare, décrite jadis par Osler, puis par Meige, enfin par Milroy. Ce dernier en a présenté une statistique imposante, où il a montré l'influence indiscutable de l'hérédité dans l'étiologie de cette affection.

Georges R., 30 ans, chauffeur d'automobile, entre dans notre service, le 18 juillet 1932, pour un œdème considérable des jambes, localisé entre le genou et le cou-de-pied, œdème qui s'atténue légèrement au repos et qui augmente sensiblement à la marche. Deux fois déjà, le malade a été hospitalisé pour la même cause, 35 jours en 1928 et 120 jours en 1929.

Comme *antécédents personnels*, on note la grippe en 1918, une blennorrhagie en 1930 et un chancre induré en 1931. Sa puberté n'a semblé n'avoir aucun rapport avec sa maladie actuelle. Son *hérédité* n'est pas trop chargée. Son père est vivant, mais souffre de rhumatisme chronique; sa mère est morte d'une affection cardiaque. Il a trois frères vivants, en bonne santé, et n'a jamais eu de sœur. Toutefois il est intéressant de noter que *deux tantes maternelles ont eu les "jambes grosses"*, selon son expression, toute leur vie, ce qui ne les a pas empêchées de vivre à un âge assez avancé.

La *maladie actuelle*, au dire du malade, — et nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser, — semble avoir débuté en 1917, après une blessure au pied gauche, faite en se baignant. Mais en l'interrogeant plus à fond, il est assez facile de mettre en évidence qu'à ce moment, — le malade avait 17 ans! — la blessure du pied s'est légèrement infectée, il a dû s'aliter et soigner sa plaie. *C'est alors seulement qu'il a constaté qu'il avait les jambes un peu plus grosses que normalement.* Pourtant, la blessure n'intéressait qu'un seul pied. Petit à petit, le volume des jambres a augmenté, ne lui causant, comme dans le cas rapporté par Harvey Jennett, dans le "Journal Missouri Med. Ass.", décembre 1931, qu'un peu de gêne, à la marche surtout prolongée, par pesanteur. En 1925, le malade eut une crise douloureuse de la jambe droite, consistant en un gonflement segmentaire, avec

hypervascularisation, chaleur et augmentation locales de l'œdème. A ce moment l'appétit diminue, la température a de légères oscillations fébriles, 99°. 99°.2; tout mouvement devient pénible, arrachant même des cris au malade. Depuis son entrée à l'hôpital, nous venons d'assister à une crise semblable, se présentant, selon le malade, dans les mêmes conditions qu'en 1925. Cette crise est en voie de disparition et n'a paru affecter en rien l'état général.

L'*examen clinique* n'apporte que peu de précisions organiques pouvant se rapporter à la maladie que nous étudions.

Facies: bon, un peu semi-lunaire, légèrement asymétrique.

Yeux: pupilles un peu irrégulières, réagissant bien à la lumière. Pas de subictère des conjonctives.

Bouche: denture médiocre. Langue normale. Pas de plaques muqueuses.

Gorge: rien à noter.

Cou: corps thyroïde normal. Petits ganglions cervicaux bilatéraux.

Thorax: *Poumons*: rien à noter.

Coeur: normal. P. A.: 120/82. Pouls à 72, bien frappé et régulier.

Abdomen: non douloureux, sans zône de défense. Petits ganglions inguinaux, durs, roulant sous le doigt, indolores. Pas de raie blanche.

Foie: la matité ne déborde pas les fausses côtes. Pas douloureux.

Rate: non percutable.

Membres: *supérieurs*: au point de vue dynamométrique sont normaux. Réflexes un peu vifs. Ganglions épithrochléens.

inférieurs: réflexes normaux. Babinski en flexion. Pas de Romberg. Seul, est présent un œdème considérable des jambes, localisé entre l'articulation du genou et celle du pied. Cet œdème est dur, sans godet, donnant à la peau un aspect plutôt lisse et luisant où courent de multiples vaisseaux superficiels. Sa couleur est rosée, tendant à s'accentuer après la marche, pour aller vers le rouge sombre et, par placards, vers le rouge violacé. Les mesures, prises avant et après la marche sont les suivantes:

	avant la marche		après la marche	
	Droite	Gauche	Droite	Gauche
sous la rotule:	38½	38	37	39½
au mollet:	47½	44½	47½	45
au-dessus de la cheville:	30½	28½	32	29

Comme on le voit, la jambe droite est plus volumineuse que la gauche à peu près dans tous les diamètres, mais après une marche de trente minutes, on constate, en somme, que l'œdème frappe davantage le membre moins gros, en l'occurrence le gauche.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

Examens de laboratoire:

Bordet-Wassermann, fortement positif.
Métabolisme basal: — 7.
Urines: pas d'albumine, ni de sucre.
Cytologie sanguine:

Date	20 *juillet* 1932	20 *août* 1932
Hémoglobine	80%	75%
Globules rouges	4,625,000	4,300,000
Globules blancs	5,312	7,185
Valeur globulaire	.83	.87
Polyn. neutrophiles	65%	77%
Lymphocytes (petits et moy. mononuc)	28%	20%
Grands mononuclé.	6%	2%
Polynucl. éosinoph.	1%	1%

Azotémie: 0.35%.
Glycémie: 0.70%.
Cholestérinémie: 1.50%
Calcémie: 17 milligrammes.

Rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ 8.2 / 1 et un peu plus tard 8.54 / 1

Radiologies:

Poumons: normaux.
Selle turcique: normale.
Squelette: normal.
DIAGNOSTIC: MALADIE DE MILROY.

Cette observation est assez intéressante en ce qu'elle s'éloigne quelque peu du sentier symptomatique tracé par les auteurs. On sait que Milroy en a décrit les principales caractéristiques:

1° C'est une maladie à prédisposition familiale. Les auteurs insistent beaucoup sur ce point, particulièrement Harvey Jennett, Johnson McGuire et Milroy. Dans beaucoup de cas, l'hérédité directe est soulignée; dans le nôtre, en autant que nous avons pu le mettre en évidence par un interrogatoire serré, seules deux tantes maternelles étaient atteintes de cette affection.

2° Les garçons et les filles sont également atteints.

3° Le début de la maladie remonte à la naissance. Nous avons vu que notre malade ne s'était aperçu de l'augmentation de ses jambes qu'à l'occasion d'un petit accident de baignade, mais rien ne nous dit que ce fut le début de la maladie. Bien au contraire, un seul pied fut malade et pourtant les deux jambes furent trouvées augmentées de volume.

4° Les jambes seules sont prises; nous en fournissons un exemple typique.

5° Il n'existe pas d'obstruction locale, ni de cause habituelle d'œdème. Nous ne sommes pas pour passer en revue les œdèmes qui peuvent survenir au cours d'états les plus divers. Le Calvé en a déjà fait une magnifique description dans son livre. Mais qu'il nous soit cependant permis de dire que l'œdème de la maladie de Milroy

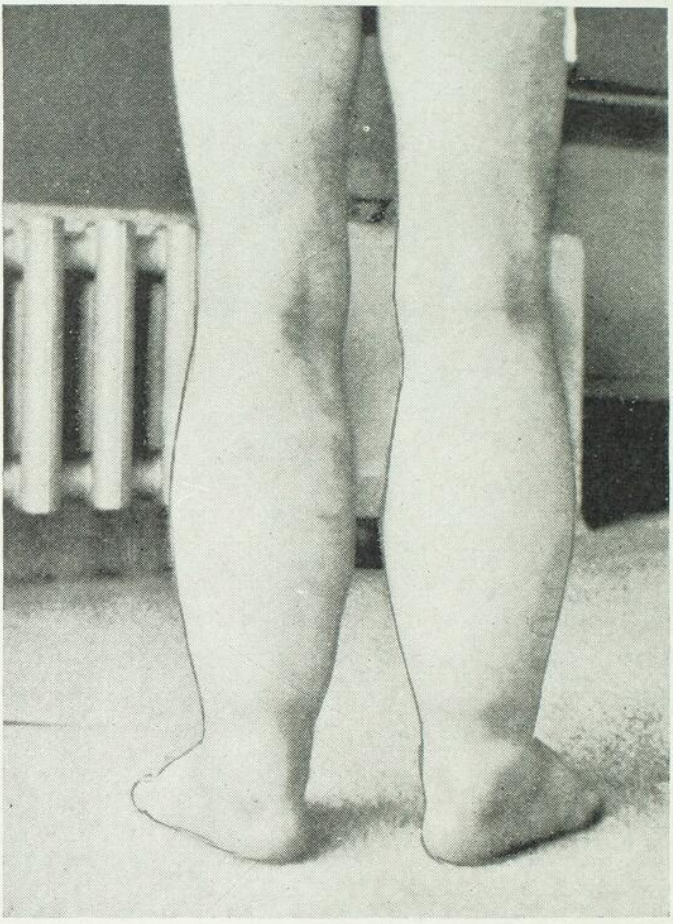


Fig. 1.

ne ressemble en rien à celui de la phlegmasie, par exemple, ou à celui de la néphrite chlorurémique où le godet s'imprime et reste avec tant de facilité. Au contraire, cet œdème est dur, lisse, un peu coloré, et dans l'histologie de la peau et des tissus sous-jacents, faite par McGuire et Zeek (J.A.M.A., 12 mars 1932), on ne note qu'une accumulation,

pour ainsi dire, du tissu conjonctif. Au reste, la persistance de l'œdème est caractéristique car rien jusqu'à date n'a pu le faire franchement régresser. Le plus souvent il est progressif. Chez notre malade cependant, un séjour au lit de deux semaines et des compresses humides à l'eau de Goulard ont fait résorber quelque peu cet œdème, surtout celui de la jambe gauche, sans que cette résorption ait pu résister à l'épreuve de la marche.

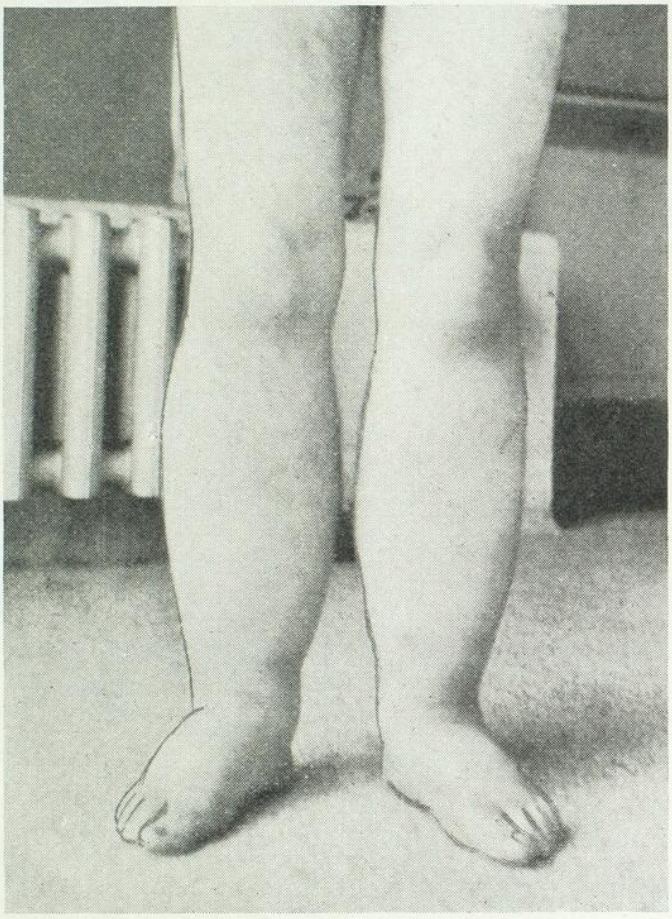


Fig. II.

6° A la maladie de Milroy, il n'existe pas de cause connue. Aussi a-t-on invoqué toutes les pathogénies pour l'expliquer. Meige, dans le temps, l'attribuait à des troubles trophiques des cordons régissant le développement du tissu cellulaire, tandis que Rapin mettait de l'avant une dyscrasie embryonnaire du mésoblaste. Puis,

tour à tour, les troubles endocrinologiques divers (Spitter), le renversement de la formule sérineglobuline (Rietti), les troubles des cellules nerveuses présidant à la régulation des vaisseaux lymphatiques (Valobra), furent sans succès mises de l'avant. Aujourd'hui, les auteurs, et Milroy aussi est de cet avis, s'accordent à lui attribuer une origine vaso-motrice, sans qu'on soit parvenu à démontrer exactement la nature de ces troubles vaso-moteurs.

7° Les signes objectifs sont rares, comme dans notre observation d'ailleurs. Il est vrai qu'elle comporte une spécificité avérée et prouvée sérologiquement, mais celle-ci n'a rien à faire avec le développement de l'œdème puisqu'elle fut acquise en 1930 et que ce dernier date de beaucoup plus loin. Nous avons déjà dit ce que nous pensions de la blessure au pied survenue en 1917.

8° C'est une *maladie indolore* ne donnant, en somme, comme gêne qu'une sensation de pesanteur, laquelle va s'accentuant à mesure que les jambes augmentent de volume. Mais ici nous différons quelque peu d'opinion avec les auteurs américains. Notre malade a présenté très nettement des crises douloureuses, asymétriques, non simultanées et bien localisées. Dans notre service nous avons pu assister à l'une d'elles et le malade nous a affirmé que c'était la troisième poussée qu'il présentait depuis sept ans à peu près. Voici comment la dernière s'est traduite. Brusquement sans aucun prodrome, il se forme une zone d'hyperhémie avec rougeur et chaleur locales. La peau devient luisante et tendue. Il n'existe à la palpation ni fluctuation, ni rénittence, mais une sensation de plénitude. Le moindre attouchement devient pénible et l'insomnie s'installe par suite des douleurs spontanées. Pas de réaction générale. Cette crise dure une semaine, deux semaines, puis s'atténue graduellement sans que le traitement paraisse y avoir été pour quelque chose.

9° Quant au *traitement*, il n'est que très aléatoire. Sans doute, nous avons réussi au moment de la crise douloureuse à en diminuer la durée et à réduire quelque peu le volume de la jambe par des pansements à l'acétate de plomb. Mais nous restons sceptiques sur ces résultat, le malade ayant été au repos depuis trois semaines et nous affirmant la constance de cette régression par le séjour au lit. La moindre marche fait vite réapparaître l'œdème.

Certains auteurs ont tenté certaines opérations, comme Kondoléon, par exemple, qui a cherché en enlevant un faisceau du fascia lata à créer des anastomoses entre les lymphatiques superficiels et les lymphatiques profonds. Nous savons cette opération courante

en certain milieu, mais nous ne connaissons qu'une observation américaine où cette intervention ait été tentée, sans que les résultats en aient été publiés, du moins à notre connaissance.

Reste la sympathectomie péri-artérielle. Que pourrait-elle donner dans ce cas? Les résultats en sont la plupart du temps tellement paradoxaux que nous hésitons quelque peu à la pratiquer ici.

Voilà les quelques points particuliers que peut soulever cette observation de maladie de Milroy. Il semble utile d'ajouter que cette affection n'est pas incompatible avec une longue vie, mais qu'elle reste, en raison des problèmes pathogéniques qu'elle soulève, une affection curieuse que l'anatomie pathologique et l'observation clinique pourront éclairer et, à cause de la symptomatologie objective, une maladie inélégante.

BIBLIOGRAPHIE

J. H. JENNETT. — *Oedème persistant des jambes* (maladie de Milroy). J. Miss. Med. Ass. 28: 601-605, 1er déc. 1931.

E. PETRAICZ. — *La maladie héréditaire de Meige-Milroy.* Ceska dermat. 12: 285-291, 1931.

G. R. BURKE. — *La maladie de Milroy.* M. J. Rec. 135: 107-109, 3 fév. 1932.

J. McGUIRE et P. ZEEK. — *Pathogénie de l'oedème chronique et héréditaire des jambes* (maladie de Milroy). Journ. A.M.A., 98: 870-873, 12 mars 1932.

A. E. STRAUSS. — *La maladie de Milroy.* J. Miss. Med. Ass. 26: 242-247, mai 1929.

G. MELLI. — *Oedème héréditaire et maladie de Quincke dans leurs rapports avec le trophoedème chronique de Meige.* Observation. Minerva med. I: 723-737, 5 mai 1930.

PHLÉBITE PENDANT LA GROSSESSE

Par Jacques FORTIER
Assistant à la clinique obstétricale de l'hôpital Notre-Dame.

Le 18 mai 1932, entrait à l'hôpital Notre-Dame, une jeune femme de 22 ans, enceinte de 8 mois. Elle se présentait pour une phlébite de la jambe gauche, qui la faisait souffrir depuis cinq jours.

L'examen pratiqué par le professeur de Cotret démontra qu'il s'agissait bien d'une phlébite; la jambe était oedematiée et on sentait un cordon dur sur le trajet de la saphène. La malade faisait une fièvre plutôt légère; 99F à 100F, son pouls se maintint toujours à 100-110.

Sept jours après l'admission de la malade, la jambe droite fut prise à son tour: il s'y manifesta un oedème douloureux, avec sensation de cordon au niveau de la saphène. Cette poussée du côté droit dura peu, à peine 10 jours. La pression artérielle donnait toujours 130/80. L'état général était bon. Dans l'interrogatoire de la malade on ne trouve aucun indice de cause qui ait pu produire une phlébite. La grossesse a été normale; la patiente n'a pas eu de pertes leucorrhéiques, ni purulentes; elle n'a pas eu de douleurs ovariennes, ni utérines. Les intestins ont toujours bien fonctionné, la quantité d'urine est normale (contient des traces d'albumine), au microscope on y décele quelques globules rouges et des leucocytes peu nombreux. Rien n'indique un état pathologique du rein ou de la vessie; le B. W. est négatif.

Jusqu'au 16 juin, la malade fut tenue dans une immobilisation complète, on lui tint de la glace sur le bas-ventre, on appliqua des sangsues au niveau des saphènes. Elle fut soumise à une diète lacto-végétarienne. Tous les jours, on lui donna:

1o. Laxatifs salins: sulfate de magnésie.

2o. Diurétiques: Théobromine, 0 gr. 20, 3 fois par jour.

Le 16 juin, après un travail plutôt long (15 1/2 heures) la malade accoucha d'un gros bébé, en parfaite santé; l'accouchement et les suites de couches on été normales.

En présence de ce cas, nous nous sommes posé plusieurs questions:

1o Quelle est la fréquence des phlébites pendant la grossesse?

2o Ont-elles des caractères particuliers?

3o Quelle est leur cause?

4o Quelle en est la gravité?

Nous avons consulté plusieurs auteurs, mais c'est dans Brindeau que nous avons trouvé les réponses les plus précises.

La phlébite des veines non variqueuses, dit cet auteur, survient plus souvent qu'on ne le pense, généralement au cours de la grossesse, en particulier pendant les deux derniers mois.

On l'observe souvent à cette époque à la suite d'une légère atteinte de grippe, ou encore à la suite des hémorragies qui accompagnent l'insertion basse du placenta. Parfois la phlébite apparaît sans cause apparente.

Chez notre malade la cause paraît avoir été la grippe; elle dit, en effet, avoir fait des poussées de toux, accompagnées de température élevée et de frissons pendant les quelques semaines qui ont précédé son admission à l'hôpital.

Ce qui caractérise ces cas, dit Brindeau (qui en rapporte sept observations), c'est que, en général, les phénomènes du début sont peu marqués; souvent ils sont réduits à une légère accélération du pouls.

Presque toujours ces phlébites prennent la forme de phlébites à bascule, c'est-à-dire que l'infection frappe une jambe, puis l'autre.

L'évolution de ces phlegmatia a toujours été très prolongée. C'est bien de cette façon insidieuse que notre cas a débuté et évolué, il a pris cette forme de phlébite à bascule, mais la durée n'a pas été aussi prolongée; la phlébite droite n'a duré que 10 jours, la gauche a duré 28 jours.

Quelle est la gravité de ces cas?

Ces phlébites, dit encore Brindeau, donnent rarement naissance à des embolies. Quelquefois cependant les autopsies démontrent que certains cas de mort subite chez la femme enceinte, sont dues parfois à des phlébites des veines mésentériques ou rénales ayant provoqué des embolies.

Ces phlébites sont de longue durée; elles ne se terminent généralement qu'avec l'état puerpéral et souvent elles laissent à la jambe malade des œdèmes qui ne disparaissent qu'avec les années, le repos et la compression. Le professeur Brindeau insiste encore sur ce fait, que les femmes qui ont fait de la phlébite pendant la grossesse, ne sont pas sujettes aux embolies pendant le travail et qu'elles présentent rarement une phlegmatia alba dolens dans les suites de couches.

SCEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Par Jean CHAMPEAU
Médecin de l'hôpital général de la Miséricorde.
Service d'obstétrique du Dr S. Langevin.

Outre la prophylaxie et l'antiseptie, le traitement et le pronostic des infections puerpérales se sont-ils modifiés durant ces dernières années? L'observation 31.601 de cette fille mère qui, au neuvième jour de ses suites de couches, présente tous les signes d'un état infectieux grave, nous fournit un exemple d'un des traitements qui nous donnent le plus de résultat actuellement.

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES: Il s'agit d'une primipare âgée de vingt-deux ans dont le passé antérieur n'offre rien d'intéressant.

ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES: Menstruée à quatorze ans, elle souffre durant deux jours. Ses règles sont régulières et durent cinq jours.

GESTATION ACTUELLE: Elle fut menstruée pour la dernière fois à la fin d'avril 1931. Durant les trois derniers mois de sa grossesse elle a présenté une leucorrhée verdâtre, abondante et fétide, accompagnée de pollakyurie et de dysurie.

Le 5 janvier, elle est admise à la salle d'attente des futures accouchées. Elle a des douleurs dans le bas-ventre. On l'examine AU PALPER, l'enfant est trouvé en position longitudinale, en sommet gauche engagé.

L'OCCULTATION FOETALE EST POSITIVE à gauche.

LE TOUCHER révèle une poche des eaux intacte, un col mince dilaté à pièce française.

Au cours de la période de dilatation, elle souffre au creux épigastrique, elle a beaucoup de nausées et de vomissements. Malgré une grande fatigue la patiente accouche spontanément après quinze heures de travail. A la fin de la période de délivrance la température est à 100 degrés.

Durant les couches immédiates cette température continue à osciller aux environs de 100 degrés. Au huitième jour l'état général est bon, mais on est d'emblée frappé par deux faits:

PREMIEREMENT. — Une accélération constante du pouls se maintient aux environs de cent pulsations à la minute.

DEUXIEMEMENT. — L'utérus est gros, présente une très mauvaise involution, laisse écouler par le vagin des lochies fétides.

Malgré un examen quotidien on ne découvre aucune anomalie, aucune cause à cette sub-involution utérine. Nous attribuons comme étiologie à cette infection la leucorrhée antérieure, traitée par les douches vaginales, existant durant les derniers mois de la grossesse. Immédiatement après l'accouchement nous avons traité cette malade, par l'application de vessies de glace sur l'abdomen, par l'administration de douches vaginales bi-quotidienne au KMnO4. Par voie buccale nous lui donnons l'extrait fluide d'ergot à la dose d'une cuillérée à thé trois fois pas jour. Malgré ces premiers traitements au neuvième jour à quatorze heures on assiste brusquement au tableau suivant: L'état sub-fébrile se confirme, la malade fait un grand frisson, une ascension thermique à cent quatre degrés, son pouls frappe à cent vingt. Son facies est devenu anxieux, sa langue est saburrale, elle vomit. La malade accuse des douleurs dans le bas-ventre, plus prononcées dans la fosse iliaque droite. Les lochies sont odorantes. Localement l'abdomen est assez souple. Au toucher on constate son utérus volumineux présentant de la sensibilité dans toute sa corne droite. Le col utérin présente une déchirure latérale gauche et laisse facilement pénétrer un doigt. Les lochies recueillies sur les doigts de gant sont de couleur brunâtre et sanieuse. Le rapport d'une lochioculture donne du pus, de l'entérocoque.

L'hémoculture revient négative.

La première cytologie est peu encourageante:

L'hémoglobine est diminué de 50%.

Les globules rouges sont inférieurs à 3,500,000.

Les globules blancs, surtout les polynucléaires, présentent à peine une augmentation de quelques milliers.

Diverses thérapeutiques sont mises en oeuvre. Durant les premiers jours on prescrit de la glace en permanence sur l'abdomen.

Les douches vaginales sont continuées. Le coeur est soutenu par des tonicardiaques, tels spartéine, digitaline. La malade est à la diète généreuse. Du neuvième au onzième jour de ses suites de couches, la malade reçoit en injection intraveineuse cinq ampoules de septicémine qui ne modifient guère son infection.

L'état de la malade s'aggrave, les frissons se répètent, s'accompagnent à chaque fois de l'élévation thermique à 104 degrés.

Le 21 janvier, une deuxième hémoculture est négative après quarante-huit heures. La coagubilité sanguine est de cinq minutes.

Une deuxième cytologie donne encore une défense bien peu marquée.

Les globules rouges se sont abaissés à 3,300,000.

L'hémoglobine marque 45%. Les globules blancs sont à 9,587.

Les polynucléaires neutrophiles sont de 86%.

L'état clinique de cette malade est donc sérieux: elle est gravement infectée, elle s'anémie, se défend très peu.

L'utérus que l'on palpe quotidiennement reste gros, mou, sensible. Comme traitement curatif nous employons deux méthodes qui ont pour but d'agir sur le processus infectieux.

D'abord, nous lui injections dix sentimètres cubes de sérum antistreptococcique polyvalent. Puis les jours suivants nous complétons et nous continuons avec du vaccin de même nature. Cette première thérapeutique semble améliorer la malade car deux jours après la courbe thermique fléchit quelque peu. Cependant tous les jours de petits frissons se répètent. Nous recomptons de nouveau les globules de son sang. L'abaissement progressif des globules blancs rend le pronostic plus réservé encore. Le 23 janvier, nous pratiquons un abcès de fixation. L'injection sous-cutanée de deux centimètres cubes d'essence de térébenthine est pratiquée dans le flanc gauche.

Vingt-quatre heures plus tard apparaît au voisinage de l'injection un placard érisypélateux caractéristique. L'abcès est en voie de formation. Les oscillations thermiques sont moins prononcées mais se continuent. Le soir du vingt-deuxième jour se produisit une dernière poussée thermique à 104 degrés, après laquelle s'installe une défervescence régulière et parallèle du pouls et de la température.

A ce temps-là l'abcès de fixation est incisé. Son évolution s'est effectuée du seizième au vingt-deuxième jour des suites de couches.

Une dernière cytologie nous donne à ce moment 3,750,000 globules rouges.

Hémoglobine 55%.

Les globules blancs 6,450.

La malade est presque apyrétique. La température dorénavant reste à la normale ou ne dépassera plus 99 degrés. L'amélioration de l'état général est rapide. La malade prend des toniques généraux. La cicatrisaton de son abcès se complète durant sa convalescence.

En conclusion, nous avons assisté à une transformation du pronostic de cette septicémie. La sérothérapie suivie de la vaccinothérapie ont beaucoup amélioré, sans toutefois conduire à la défervescence définitive. Heureusement dans le dernier stade, l'organisme de cette malade a présenté une réaction de défense plus marquée dont l'évolution de l'abcès constitue le meilleur critère. A l'immunité acquise par le sérum et les vaccins, l'abcès a continué et accentué la phagocytose. L'emploi des sérums et des vaccins, la pratique des abcès de fixation sont les meilleurs procédés capables d'exalter les moyens de défense de l'organisme. L'abcès de fixation pratiqué avec une bonne technique évite la pénétration d'essence de térébenthine dans le derme et supprime la cause du sphacèle de la peau.

Pour l'usage de la colloïdothérapie, sous forme d'électrargol de lantol, de septicémie, il faut que la patiente présente continuellement une bonne défense, que son infection soit légère et localisée. Dans ces maladies pyogènes il n'existe pas encore de traitement spé-

cifique. La guérison peut-être obtenue que par des pratiques très diverses. Nous pratiquons donc et nous conseillons à tous ces traitements. Leur innocuité a contribué à en généraliser leur emploi dans une affection où le médecin est si désarmé.

Nous n'avons pas mis en oeuvre la transfusion sanguine qui agit très bien et entre autres avantages corrige l'infection hémolytique.

Peut-être même le sang transfusé apporte-t-il diverses hormones que nous ne connaissons pas actuellement mais que l'amélioration clinique parfois surprenante nous permet de soupçonner. Chez cette malade, le système lymphatique était devenu la principale voie de transmission de l'infection. Nous avons discuté entre autre traitement, l'hystérectomie qui ne fut pas pratiquée.

Reste la douche intra-utérine que nous n'avons pas voulu pratiquer. Insuffisante par elle-même, dans ce cas elle aurait nui à la patiente. Durant toute cette maladie nous avons noté que l'hémoculture est continuellement restée négative. Ces rapports négatifs étaient-ils de nature à améliorer le pronostic. On sait qu'il y a des états infectieux à hémoculture négative d'évolution souvent fatale et que inversement certaines septicémies à hémoculture positive peuvent évoluer vers la guérison.

REVUE GÉNÉRALE

LA STASE DUODÉNALE CHRONIQUE
(suite)

Lésions pathologiques

Par Pierre SMITH
Ancien assistant étranger des Hôpitaux de Paris.
(Service du Professeur Pierre Delbet)
Chirurgien de l'Hôpital St-Luc.

Au cours des interventions chirurgicales on observe, à quelques variantes près, les lésions suivantes:

1° Une dilatation du duodénum, conséquence anatomo-pathologique de l'occlusion chronique.

2o L'agent d'occlusion en amont duquel s'est produite la dilatation, et en aval duquel, brusquement l'organe reprend son calibre normal.

L'agent d'occlusion est en général facilement localisé à l'endroit où se termine la dilatation duodénale.

Dans certains cas la dilatation porte sur le duodénum entier ou à peu près: elle s'étend du pylore jusqu'à la troisième portion du duodénum, incidemment jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. Ces dilatations totales ne sont pas régulières. La paroi duodénale se laisse distendre plus volontiers en deux points: au niveau de la première portion et au niveau de l'angle qui unit les deuxième et troisième portions. Le duodénum distendu prend alors l'aspect d'un "sablier". Dans une autre série de cas, la dilatation ne porte que sur une partie de l'organe. Ces dilatations partielles ont deux sièges d'élection. Soit la région susmésocolique, et dans ce cas le bulbe est la partie la plus dilatée. Soit la région sous-mésocolique: ici, la distension porte surtout sur l'angle qui unit les deuxième et troisième portions du duodénum (genou inférieur).

Parfois, l'obstacle est constitué par la première branche de la mésentérique supérieure, la "colica media". La colica media, dans sa situation normale, au moment où elle double le bord supérieur du duodénum, à droite de l'insertion du mésentère, se dirige en avant,

parfois même en haut et en avant, si l'angle colique droit est élevé; mais il est facile de concevoir que, si l'angle colique droit occupe une situation basse permanente, ou anormalement mobile, descend très bas dans la station, la colica media demeure oblique en bas et en avant; elle peut même devenir parallèle à son tronc d'origine, la mésentérique supérieure, et comme elle, devenir un agent de compression.

Mais le plus souvent, c'est le pédicule mésentérique (notamment l'artère mésentérique supérieure) qui comprime anormalement le duodénum; soit que le pédicule mésentérique présente congénitalement une brièveté particulière, soit qu'il existe une mobilité anormale du côlon droit (fig. 5), soit qu'il y ait une insuffisance de la

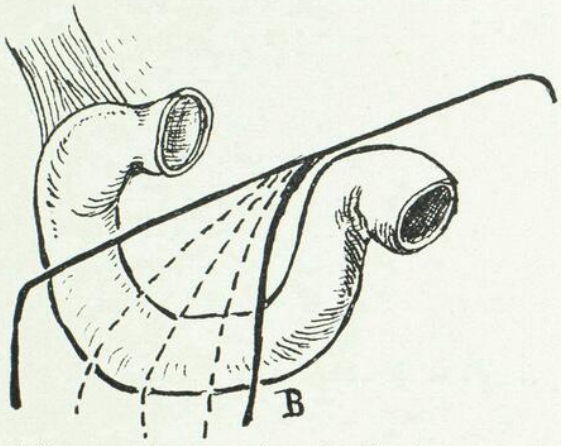


Fig. 5. — Les différentes situations du mésocôlon tranverse dans les différents stades d'arrêt du processus d'accolement mésocolique. (d'après Duval).

paroi abdominale, soit encore la présence d'une ptose rénale, toutes causes pouvant fermer le compas mésentérique et retenir tôt ou tard sur l'évacuation duodénale.

Tantôt le pédicule mésentérique, indemne de toute réaction inflammatoire, est mince, souple, facilement mobilisable, par le doigt qui le soulève. D'autres fois, au contraire, il est infiltré, rigide, transformé en une corde, adhérente au duodénum, où il est impossible d'individualiser les éléments anatomiques et sans laquelle le doigt peut à peine s'engager; les vaisseaux mésentériques sont noyés dans une gangue inflammatoire contenant des ganglions hypertrophiés, toutes transformations manifestement révélatrices de lésions infectieuses traînantes, locales ou avoisinantes, ou bien plutôt à distance et apportées par les lymphatiques des viscères abdominaux cités tout à l'heure, au chapitre "anatomie".

La colica media et le pédicule mésentérique ne sont pas les uniques facteurs de compression duodénale, sous-mésocolique; puisqu'aussi bien voit-on la dilatation s'étendre jusqu'au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, c'est-à-dire en aval de l'insertion du mésentère, comme le prouve d'ailleurs souvent l'arrêt de la substance opaque à ce niveau.

Lorsque c'est l'angle duodéno-jéjunal qui est en cause, il faut incriminer comme agent de compression un muscle de Treitz anormalement développé ou une bride, s'étendant du versant jéjunal de l'angle à la face inférieure du méso-côlon transverse, et appelé bride ou membrane méso-colo-jéjunal de Mayo, (Fig. 6).

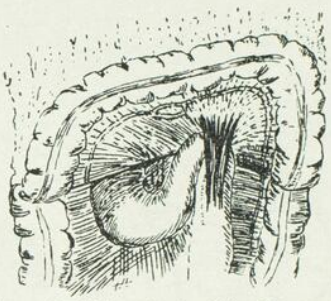


Fig. 6. — membrane mésocolo-jéjunal de W. Mayo. (d'après Duval).
Ou bien encore des ligaments qui circonscrivent la fossette duodénale. (Fig. 7).

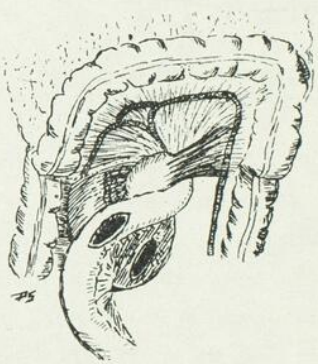


Fig. 7. — Sténose de l'angle duodéno-jéjunal par les ligaments qui circonscrivent la fossette duodénale. (ligaments de Duval). Les deux orifices pour la duodéno-jéjunostomie. (d'après Duval) .

(*A Suivre*).

OLIGURIE RELATIVE
OU PHÉNOMÈNE DE BLUM?

Par Maxime BRISEBOIS,
Urologiste à l'Hôpital Général de Verdun.

Il s'agit de deux théories bien différentes, l'une intitulée: Azotémie par manque de sel, émise par M. Blum; l'autre: Azotémie par oligurie relative, émise par MM. Legueu et Ambard, dont nous partageons l'opinion.

Nous exposerons tout d'abord devant vous la question de l'oligurie relative et nous verrons ultérieurement si elle ne doit pas se substituer à la théorie de l'azotémie par manque de sel.

Qu'entend-on par *oligurie relative*? Il y a oligurie relative lorsque le malade présente une diurèse en dessous de la diurèse normale, permettant d'éliminer en totalité l'urée élaborée dans l'organisme.

Mais dans l'urine émise par le malade qui fait de l'azotémie, que devons-nous spécialement rechercher? Nous devons tout spécialement porter notre attention sur le volume des urines des 24 heures, et sur la concentration de l'urée dans l'urine, qui nous dira jusqu'à quel point le pouvoir de concentration de l'urée dans l'urine est abaissé.

Comment définir la concentration uréique urinaire? Nous la définirons, la quantité d'urée secrétée dans l'urine, à une plus ou moins forte concentration. Mais jusqu'à quel point le rein peut-il concentrer l'urée dans 1,000 c.c. d'urine? A environ 50 grammes d'urée, par 1,000 c.c. d'urine. Nous appellerons cette concentration, la concentration maxima.

Quelle est la quantité d'urée éliminée normalement dans les 24 heures? Environ 25 grammes par litre d'urine. Vous voyez que si le rein sain était soumis à une dure épreuve pour éliminer une plus grande quantité d'urée, fabriquée dans l'organisme, il aurait une latitude de 25 grammes entre son rythme normal de concentration, soit 25 grammes d'urée dans l'urine, et le maximum de sa possibilité de concentration soit 50 grammes d'urée au litre d'urine.

Supposons que ce malade, pour une cause quelconque, ne présente qu'une diurèse de 500 cc. Si ce rein n'a subi antérieurement aucun assaut d'aucune maladie quelconque, il portera son taux de concentration à sa concentration maxima, soit 50 grammes d'urée par litre d'urine, et il pourra ainsi éliminer en totalité l'urée élaborée dans l'organisme.

Mais, si la diurèse tombe en dessous de 500 c.c., quoique le rein travaille à plein rendement, et qu'il ait atteint sa concentration maxima, une partie de l'urée restera dans l'organisme et comme conséquence, l'azotémie de ce malade s'éloignera de la normale.

J'espère que cet exposé est clair et que vous avez tous compris le mécanisme de la concentration uérique urinaire.

Il est donc bien évident que si un malade présente une faible diurèse, et en plus qu'il a un faible pouvoir de concentrer l'urée dans l'urine, ce malade devient un azotémique.

Pouvons-nous isoler une *azotémie par manque de sel*, comme le veut la théorie de M. BLUM, comme maladie autonome, ayant son mécanisme propre et ses lois? Nous répondons par la négative.

Dans la théorie sur l'azotémie par manque de sel, M. Blum et ses adeptes tiennent-ils compte de l'oligurie relative et de la concentration de l'urée dans l'urine?

Non, toutes les observations qui tendent à prouver la théorie de M. Blum omettent les renseignements sur l'oligurie relative et sur la concentration de l'urée dans l'urine, qui prouveraient une déficience de la fonction sécrétrice et de concentration du rein.

Sur quoi M. Blum base-t-il sa théorie? Nous allons vous exposer un résumé de l'article de M. Blum publié en janvier 1929, p. 34-42, Annales de Médecine, T. 25, No 1, et qui la résume entièrement. L'explication qu'en donne M. Blum est la suivante:—

Blum élimine le mécanisme d'une néphrite (c'est-à-dire d'une accumulation d'urée par insuffisance d'élimination de cette substance par le rein) en invoquant l'absence de concordance entre les symptômes anatomiques et urinaires d'une néphrite et le développement de l'hyperazotémie.

Autrement dit, Blum, ne trouvant pas de parallélisme net entre divers symptômes urinaires tels que cylindrurie, albuminurie, etc. (dont certains, comme la cylindrurie, sont à bon droit considérés comme l'indice de modifications anatomiques des reins), autrement dit, d'une néphrite au sens anatomique du mot, et l'hyperazotémie qu'il étudie, refuse à cette dernière, une origine rénale.

Comme on le voit, quand Blum parle de néphrite, il entend toujours (tout au moins dans le sujet qui nous occupe) ce mot, sous son sens anatomique. En effet, les seuls tests invoqués par Blum, pour nier ou pour affirmer qu'il y ait néphrite sont des tests d'ordre anatomique (cylindrurie, etc...) Nulle part, il ne fait appel à des tests directement significatifs de l'état fonctionnel des reins.

La chose n'aurait aucune importance en soi, s'il y avait nécessairement parallélisme entre l'anatomique et le fonctionnel, et tel que de l'existence d'une altération figurée déterminée, on puisse déduire à coup sûr, l'état de la fonction rénale.

Au surplus, la nécessité de tests d'ordre fonctionnel apparaît comme d'autant plus impérieuse, dans la question, actuellement étudiée, que l'intervention du rein ne peut être, en l'espèce, envisagée que sous l'angle d'une modification de sa fonction.

Or, nous le répétons, Blum nie l'intervention du rein au nom de tests uniquement anatomiques, et sans apporter le moindre document qui permit, à notre sens, de connaître de la fonction rénale, nous voulons dire, la valeur des concentrations urinaires d'urée concomitantes de la poussée d'azotémie.

Rejetant l'idée d'une modification de l'élimination rénale de l'urée comme cause directe de la rétention de l'urée dans l'organisme, Blum imagine, pour expliquer cette dernière, le mécanisme suivant, totalement indépendant du

rein: il voit, dans l'hyperazotémie, tout à fait spéciale à ses yeux, qui s'établit de manière aiguë chez certains sujets privés de sel, "un moyen compensateur auquel l'organisme a recours pour rétablir la concentration moléculaire" du milieu intérieur diminuée par la déperdition du sel.

Sans contester, le moins du monde, que le fait d'une semblable hyperazotémie ne soit susceptible de comporter de graves inconvénients, Blum y voit donc, physiologiquement parlant, une sorte de réaction de défense. Le texte qui suit, où Blum anime en quelque sorte "l'organisme", ne laisse aucun doute à cet égard: "Cette azotémie par manque de sel apparaît comme une réaction de défense de l'organisme contre l'abaissement de la concentration moléculaire due au manque de sel.

De ces propositions, deux choses ressortent clairement: 1.) que Blum considère que la forme spéciale d'hyperazotémie aiguë, qu'il étudie, est indépendante de l'élimination rénale de l'urée, et 2.) qu'elle est déterminée par un mécanisme extra-rénal, correspondant, physiologiquement parlant, à la compensation de l'abaissement de la concentration moléculaire du sang, du fait de son appauvrissement en chlore.

Blum admet donc une sorte de réflexe, si l'on peut dire, dont 1.) le point de départ serait l'abaissement de la concentration moléculaire du sang, et 2.) l'aboutissant, la rétention de l'urée dans l'organisme par un mécanisme indépendant du rein.

Quel est donc l'élément impressionné par l'abaissement de la concentration moléculaire du sang? Quel est en définitive le mécanisme direct de la rétention de l'urée?

Sur ces points essentiels, Blum n'apporte aucune précision.

On ne peut donc, nous semble-t-il, que s'étonner qu'en choisissant l'urée, pour contrebalancer la dilution du milieu intérieur, l'organisme" se montre à la fois aussi ingénieux que maladroit.

Le point qui importe, et que Blum croit pouvoir isoler, pathogéniquement parlant, est une variété de poussée aiguë d'hyperazotémie dont le mécanisme direct serait indépendant, dans son essence, de toute participation rénale.

Autrement dit, il y aurait, pour Blum, une variété d'hyperazotémie aiguë, liée à la déchloruration de l'organisme, qui, au lieu de relever d'une rupture de l'équilibre, entre l'élimination d'urée par le rein et la production de l'urée dans l'organisme (déséquilibre résultant pour nous de la mise en jeu du mécanisme appelé oligurie relative, que nous avons avancé être à la base de toute poussée aiguë d'azotémie), serait déterminée par des phénomènes totalement indépendants de cet équilibre.

Contrairement à notre opinion, que nous avons énoncée à plusieurs reprises dans ce qui précède, il faudrait, en effet, admettre que, dans certains cas, une poussée aiguë d'azotémie est susceptible de se développer, indépendamment des modifications de l'élimination rénale, par oligurie relative.

Pour en décider, il fallait rechercher si, au cours du phénomène de Blum, il existait ou non, un état d'oligurie relative, lors de l'instauration de l'hyperazotémie qui le caractérise, et si, inversement, l'atténuation de l'hyperazotémie coïncidait ou non avec la disparition d'un semblable état.

Il était évident que si, tant lors de l'apparition, que lors de la disparition de l'hyperazotémie, l'intervention de la notion d'oligurie relative était prouvée, la conception de M. Blum, cessera d'être nécessaire.

Or, devant cette pauvreté de faits, précédemment énumérés, une étude complète fut faite par MM. Legueu et Lelu, qui apportèrent un certain nombre d'observations pour démontrer nettement que l'hyperazotémie était bien due à l'oligurie relative et non au manque de sel ,théorie que M. Blum avait tenté de substituer à celle de l'oligurie relative.

Nous concluons avec MM. Legueu et Ambard:

1. que l'azotémie par manque de sel n'existe pas.
2. que l'azotémie par manque de sel est basée sur des tests anatomiques qui ne sont pas à l'origine de l'azotémie, puisque celle-ci relève, d'une part, d'un trouble de la fonction de diurèse rénale et d'autre part de la concentration de l'urée dans l'urine.
3. que M. Blum, dans sa théorie, cherche à passer sous silence, dans ses observations, la fonction de diurèse rénale et de concentration de l'urée dans l'urine, qu'il aurait dû d'abord rechercher comme explication à l'azotémie plutôt que d'aller chercher pour l'expliquer, une cause extra-rénale, comme l'abaissement du chlore plasmatique dont il ne donne aucune explication pour nous montrer par quel mécanisme se fait l'élévation de l'azotémie.
4. que l'azotémie sanguine revient à la normale, grâce au rétablissement de fonction de diurèse et de concentration de l'urée dans l'urine.
5. que nous admettrons la théorie de l'azotémie par manque de sel, le jour où l'on pourra nous présenter une observation bien contrôlée d'un malade dont l'azotémie et le chlore plasmatique seront revenus à la normale, par l'administration du chlorure de sodium, sans qu'on ait pu noter aucun changement, avant comme après le traitement, dans la fonction rénale de l'élimination et de la concentration de l'urée dans l'urine.

MOUVEMENT MÉDICAL

LES TENDANCES NOSOGRAPHIQUES ACTUELLES ET LA NOTION DE SPÉCIFICITÉ [1]

Par Jean LeSAGE

M. le Professeur Bezançon rappelle tout d'abord dans quelle période difficile de notre vie économique s'ouvre le XXII° Congrès et en remercie d'autant plus ceux qui comme le Ministre de la Santé publique, la Municipalité parisienne et le Conseil général de la Seine ont permis la réalisation pratique du Congrès, tous les médecins français et étrangers, en particulier les nombreux membres du Corps enseignant de province qui ont répondu à son appel.

Il évoque le souvenir de quatre Membres du Conseil d'Administration de l'Association de Médecine de langue française disparus depuis la dernière réunion du Congrès à Liège: Vedel, Bard, Teissier, Henrijean.

Suivant la tradition qui veut que le président du Congrès fasse une mise au point d'une des grandes questions de pathologie qui préoccupe l'opinion médicale du moment, il a donné comme thème: "Les tendances nosographiques actuelles et la notion de spécificité".

Il montre le spectacle un peu troublant qui est donné par la thérapeutique contemporaine où l'on voit les médications les plus variées et les plus disparates proposées pour un même cas, où l'on voit en particulier la même médication telle la protéinothérapie servir à la fois contre la furonculose, l'urticaire et l'asthme, la pyrétothérapie utilisée contre la paralysie générale et l'asthme, la chrysothérapie utilisée contre la tuberculose, la syphilis, les infections à streptocoque, le rhumatisme chronique. "Si dit-il, des esprits malveillants ne voient volontiers dans cette polymédication qu'incohérence, cela tient à la conception erronée que nous nous sommes fait de la notion de spécificité et d'une façon plus générale de la notion de maladie".

---

(1) Le professeur Bezançon, président du Congrès de Médecine de Paris en octobre 1932, a prononcé un important discours inaugural sur le sujet, dont nous recevons le résumé succinct de la part du Docteur Jean LeSage, délégué officiel de notre Revue. Nous l'en remercions. N.D.L.R.

A la suite des découvertes pastoriennes la notion de spécificité domina la pathologie toute entière — ce fut l'ère de l'étiologie, et de l'étiologie spécifique. Ce fut l'ère de la thérapeutique spécifique.

La découverte de l'anaphylaxie ancra tout d'abord dans les esprits l'importance de la notion de spécificité, mais l'introduction de la notion d'anaphylaxie dans la pathologie ne tarda pas à montrer la profonde différence qui existe entre l'anaphylaxie expérimentale et l'anaphylaxie en clinique humaine — elle eut pour effet non seulement d'éclairer la pathologie de maladies telles que l'asthme, l'urticaire, l'eczéma, mais encore de modifier singulièrement notre conception de la maladie infectieuse.

Aux préoccupations étiologiques d'autrefois ont succédé des préoccupations de mécanisme physiologique et de pathogénie; nous pouvons nous faire une représentation exacte de la maladie, nous pouvons la traiter spécifiquement alors que nous en ignorons la cause.

Nous nous habituons à concevoir que l'organisme puisse réagir de la même façon à des agents relativement différents et que pour une maladie due à un germe spécifique les modalités réactionnelles puissent être différentes au fur et à mesure que la réceptivité de l'organisme se modifie.

Au lieu de penser maladie spécifique, nous pensons modalités réactionnelles spécifiques.

Dans notre conception des maladies infectieuses des premiers temps de la bactériologie on n'envisageait guère comme facteur de la maladie, que la notion de spécificité, de nombre, de races, de virulence microbienne, on ne connaissait pas l'importance du facteur de "terrain microbiologique", c'est-à-dire de modifications apportées dans les réactions de l'organisme par la primo infection.

Ce sont les découvertes successives du phénomène de Koch de réaction à la tuberculine, de l'anaphylaxie et de la doctrine générale de l'allergie qui ont cristallisé les faits cliniques épars et permis de comprendre que des méthodes thérapeutiques différentes de celles qui étaient indiquées lors du premier état puissent devenir nécessaires.

Le professeur Bezançon montre ensuite ce que fut la grande découverte de Von Pirket, c'est la notion de l'allergie cutanée démontrée tout d'abord pour l'infection tuberculeuse, puis étendue à un grand nombre d'états morbides infectieux ou non.

Les travaux récents de dermatologie ont étendu récemment le champ des observations premières. L'existence sur un point de l'organisme d'un foyer primaire, d'un foyer secondaire qui pourra revêtir un aspect différent, sera amicrobe et guérira si l'on traite le

foyer primaire ou si l'on désensibilise l'organisme par des injections répétées d'extrait de pychophyton ou de levure.

La présence d'un foyer primaire ne constituera pas d'ailleurs une allergie exclusivement spécifique mais un état de sensibilisation à des substances différentes, la peau d'un tuberculeux peut répondre par antipositive à des extraits de bouillon glycériné, à des extraits de culture de bacilles coli, comme le tuberculeux peut réagir par de la fièvre non seulement à la tuberculine mais à toute une série de substances ou de causes physiques, telles que la fatigue et les radiations lumineuses.

A côté de l'importance de la spécificité du germe qui demeure, comme par le passé, ce qu'il faut relever, c'est l'importance du type lésionnel, contre lequel il y aura lieu d'instituer une thérapeutique, non plus parasitotrope, mais *nosotrope* comme l'est l'iodure contre la gomme que celle-ci soit syphilitique ou sporothrycosique.

Si une même médication peut être utilisée dans des états en apparence aussi éloignés que l'asthme, l'urticaire, la furonculose, le chancre mou, c'est qu'il existe entre ces états des points de rapprochement que les recherches sur l'anaphylaxie et l'allergie, sur le choc peptonique, sur la maladie du sérum ont bien mis en évidence.

Dans l'étude des maladies de sensibilisation on est d'ailleurs passé par les mêmes phases que pour les maladies infectieuses; alors qu'au début les préoccupations étaient toutes d'étiologie et de spécificité, on ne tarda pas à se rendre compte, du moins en France, qu'on avait abusé de la théorie des allergènes et que très rapidement un organisme sensibilisé, devenait sensible aux causes les plus diverses et que d'autre part ne se sensibilise pas qui veut; par conséquent qui au lieu de faire de la désensibilisation spécifique il était préférable le plus souvent de faire de la désensibilisation aspécifique, de la désensibilisation peptonique, de la désensibilisation au choc ou même de modifier complètement le terrain réceptif.

Le Prof. Bezançon conclut: Ainsi si au lieu de ne voir dans les maladies infectieuses comme dans les états de sensibilisation qu'un rôle d'entité mystique, ayant une spécificité étroite et comportant par suite une thérapeutique spécifique, on le considère comme une modalité réactionnelle, ou plutôt comme une succession de modalités réactionnelles, ayant mis en jeu des systèmes tissulaires presque toujours les mêmes, on comprend qu'en thérapeutique il y ait rarement place pour des médications spécifiques, mais pour de grandes médications n'ayant pas une action directe sur le parasite, mais qui réalisent les réactions naturelles de l'organisme, en particulier celles du tissu mésenchymateux et du système réticulo-endothélial.

LA CÉPHALÉE EN NEURO-PSYCHIATRIE
(suite)

Par Roma AMYOT
Médecin de l'hôpital Notre-Dame

Procédons par ordre et voyons d'abord quelle est l'existence du liquide céphalo-rachidien. Recherchons où il naît, quelles sont ses destinées et où il disparaît.

Il ressort des constats histologiques, histophysiologiques, expérimentaux et thérapeutiques que le liquide a sa source au niveau des plexus choroïdes. Les seules expériences de Dandy et les faits thérapeutiques de Cushing seraient suffisants pour le prouver.

Dandy enlève à des chiens les plexus choroïdes; il note que les ventricules se collabent et que le liquide ne s'écoule plus ou à peine par un cathéter passé dans l'aqueduc de Sylvius. Cushing a pu observer, chez un homme, que la ligature des plexus choroïdes était suivie de la cessation immédiate de la sécrétion du liquide. Celui-ci vient donc des plexus choroïdes. Ces derniers, si vous vous rappelez bien vos souvenirs anatomiques, sont situés sur le plancher des ventricules latéraux, au toit du troisième et accessoirement au toit du quatrième. Ils sont constitués par des replis vasculaires excessivement nombreux, recouverts d'une couche de cellules épithéliales cuboïdes; ils sont inclus, en quelque sorte, dans la toile choroïdienne, prolongement intraventriculaire de la pie-mère.

Des deux ventricules latéraux, le liquide sécrété passe par le trou de Monro, pénètre dans le troisième ventricule, il passe ensuite par l'aqueduc de Sylvius pour aboutir au quatrième ventricule. Il sort de ce dernier par trois trous situés dans l'épaisseur du toit du quatrième ventricule, le trou de Magendie et les trous de Luschka. A ce stade de sa circulation, le liquide se trouve en dehors du cerveau et parvenu dans la grande citerne cérébelleuse de la base. De là, il se dirige en très grande partie d'arrière en avant, en parcourant ce qu'on appelle les lacs de la base, pour arriver à la vallée de Sylvius, à la scissure de Sylvius et atteindre les nappes hémisphériques des espaces sous-archnoïdiens de la périphérie. Une partie infime prend la direction spinale. Comme le croyaient Key et Retzius (1875 - 1876) et comme le démontra brillamment Weed dans des travaux récents (1914 - 23), le liquide, après avoir parcouru ce trajet, est résorbé au

niveau des sinus veineux endocraniens. Il pénètre dans ces sinus, grâce à la supériorité de sa tension sur celle du sang veineux, par les villosités arachnoïdiennes, véritables hernies de l'arachnoïde dans les sinus.

Après ce bref rappel anatomo-physiologique de l'évolution du liquide céphalo-rachidien, il sera facile de comprendre que tout facteur, toute lésion capable d'entraver sa circulation et sa résorption normales sera susceptible de déclancher de l'hypertension intracranienne, donc de la céphalée.

Voyons quels sont ces principaux facteurs.

Chaque fois que vous serez en présence d'un malade qui se plaint de céphalée violente, tenace, lancinante ou expulsive, ne relevant pas d'une cause éloignée, même si elle ne s'accompagne pas de signes neurologiques, à plus forte raison si elle en est accompagnée, il vous sera obligatoire de penser à la possibilité d'une tumeur endocranienne. Vous devrez recourir à l'examen du fond de l'œil et à la ponction lombaire. S'il y a tumeur, vous aurez toutes les chances de constater une stase papillaire (œdème de la papille) et une tension du liquide, au manomètre de Claude, le malade étant couché, supérieure à 25 cent. Le liquide retiré ne contiendra pas de lymphocytes, ses réactions colloïdales, des globulines et de Bordet-Wasserman seront négatives. Cependant, très souvent il présentera un taux d'albumine supérieur à la normale (plus que 0.30 centig. au litre) ; vous serez alors en présence de la dissociation albumino-cytologique de Sicard et Foix (hyperalbuminose sans hyperlymphocytose), signe de grande présomption en faveur de la tumeur intracranienne.

Si vous constatez ces signes objectifs en plus des signes subjectifs que vous offrira le malade, croyez à la présence d'une tumeur endocranienne et envoyez le sujet à un neuro-chirurgien.

L'apparition d'une tumeur à l'intérieur du crâne ne déclanche cependant pas toujours l'hypertension intracranienne. Ainsi, certaines tumeurs de la base évoluent très longtemps, sans provoquer ce dernier phénomène. Par contre, les localisations tumorales dans la fosse postérieure crée invariablement une hypertension précoce.

Tout dépend de la localisation de la tumeur, de l'action de cette dernière sur la circulation du liquide céphalo-rachidien. Si elle obstrue certains orifices par lesquels il doit passer (trous de Monro, de Luschka, de Magendie), si elle entrave sa progression par l'aqueduc de Sylvius, par la vallée de Sylvius, ou sa résorption au niveau des sinus veineux, elle détermine forcément de la stase en amont

et de l'hypertension intracranienne. D'autant plus que le volume plus ou moins considérable de la tumeur et que la compression vasculaire qu'elle peut déclancher, avec œdème consécutif, ajoute au processus de la stase. Le syndrome d'hypertension intracranienne, je le répète, qui est ainsi créé a, pour signe subjectif principal, la céphalée, et pour signes objectifs élémentaires, l'œdème papillaire et la tension du liquide trouvée augmentée, lors de la ponction lombaire.

L'apparition d'une tumeur intracranienne peut se faire à tous les âges. Son ablation chirurgicale en est le seul traitement vraiment efficace; elle est souvent possible. La neuro-chirurgie, entre des mains habiles et expérimentées, ne connaît pas, de nos jours, une mortalité opératoire élevée.. Malheureusement, elle ne peut s'attaquer à toutes les tumeurs ou plutôt à toutes les localisations tumorales, et elle voit certaines récidives assombrir le pronostic lointain de plusieurs de ses interventions.

L'abcès endocranien, métastatique ou par propagation à l'encéphale d'une infection du voisinage (otite, sinusite), par le même processus que la tumeur, crée l'hypertension et la céphalée. Il engendre donc une symptomatologie presqu'identique. Cependant la présence d'une hyperthermie même légère, la notion de l'infection, l'anamnèse d'otite ou de sinusite, la découverte d'une hyperleucocytose sanguine et certaines modifications du liquide céphalorachidien (hyperlymphocytose sans bactéries-réaction des protéines positive-hyperalbuminose) permettent de pouvoir différencier.

Le chirurgien doit s'efforcer d'évacuer la collection purulente et de drainer la cavité. Il arrive qu'un abcès puisse être toléré pendant des années au sein de l'encéphale; malheureusement, souvent, la méningite secondaire, habituellement mortelle, est le stade ultime de l'évolution.

Les méningites, aiguës et chroniques, créent un ensemble d'accidents dont la céphalée est le signe le plus constant. Les lésions inflammatoires, les exudats, les obstructions et les adhérences qui en découlent entravent, il est facile de comprendre, la libre circulation et la résorption normale du liquide céphalo-rachidien.

Cependant, si le diagnostic des méningites aiguës n'offre habituellement pas de difficulté de par l'ampleur de leurs signes cliniques, il n'en est pas de même des méningites tuberculeuse et syphilitique.

Le processus tuberculeux à localisation méningée, surtout chez l'adulte, évolue souvent d'une façon insidieuse et atypique. Ici, ce

sont des troubles mentaux qui dominent la scène; là, ce sont des phénomènes neurologiques discrets, comme certaines paralysies parcellaires des nerfs craniens, qui attirent l'attention sur des lésions basales. La céphalée manque rarement au syndrome même le plus discret. Sa tenacité, sa constance et son intensité inclineront à l'examen du liquide céphalo-rachidien. Celui-ci permettra de constater, par l'exagération de sa tension, par son hyperalbuminose et son hyperlymphocytose, par la découverte du bacille de Koch très souvent décelé, lors de l'examen microscopique, ou à la suite d'une inoculation au cobaye, qu'il s'agit d'une affection microbienne des méninges et que l'étiologie est tuberculeuse. Malheureusement, un pronostic sombre sera porté. Il ne doit pas constituer toutefois systématiquement un arrêt de mort. L'expérience de certains auteurs, de Jousset en particulier, leur permet de déclarer qu'une méningite tuberculeuse n'amène pas nécessairement la mort. Certains cas bien observés et contrôlés objectivement par les examens du laboratoire, dont les observations ont été rapportées dans la littérature médicale, auraient guéris de leur méningite. Cette constatation, si elle est véridique, éclaircirait légèrement le sombre pronostic de cette terrible affection.

La syphilis peut infecter les méninges. L'encéphalalgie, à exacerbation nocturne, de la période secondaire, décrite par Fournier, en est la manifestation subjective la plus tapageuse. Les patientes recherches de Ravaut, portant sur les modifications précoces du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, montrent que le système nerveux peut être infecté par le spirochète, à une phase très précoce, parfois même à la période du chancre. Il découle de cela que certaines céphalées, apparemment inexplicables, reconnaissent l'étiologie syphilitique. Elles manifestent, très souvent d'une façon exclusive, l'infection méningée, possible à toutes les périodes de la maladie et surtout durant les quatre premières années de son évolution. Elles accompagnent des réactions sérologiques (B. W. — épreuves colloïdales), cytologiques et protéiques (hyperlymphocytose et hyperalbuminose) du liquide céphalo-rachidien positives, avec modification de sa tension. La ponction lombaire sera donc alors d'un précieux secours pour étayer fermement l'origine de la céphalée et pour établir une thérapeutique radicale.

La méningite séreuse a été observée d'abord par Quincke (1893) et par Merle (1910); Claude, en France, en fit une étude méticuleuse . Elle constitue une véritable hydrocéphalie acquise, circonscrite ou généralisée dont le syndrome d'hypertension intracranienne est

la conséquence directe et la céphalée le signe clinique le plus manifeste. Cette affection ne s'accompagne généralement d'aucune modification du liquide céphalo-rachidien, sauf l'hypertension constatée lors de la ponction lombaire. Elle est liée tantôt à des lésions cérébro-méningées peu profondes, mais diffuses, qui empêchent la circulation et la résorption normales du liquide ou, peut-être encore, qui en stimulent la sécrétion, tantôt à des lésions kystiques circonscrites qui font office de véritable tumeur endo-cranienne dans le mécanisme des troubles créés. On peut découvrir habituellement, dans le passé des malades qui souffrent de méningite séreuse, soit un traumatisme cranien, des accidents auriculaires ou oculaires, soit des manifestations tuberculeuses, syphilitiques ou même alcooliques.

Cette affection, par la composition normale du liquide, est facilement distinguée de l'abcès cérébral, des processus infectieux méningitiques aigus et chroniques. Le diagnostic de tumeur endocranienne est plus difficile à éliminer et cela d'autant plus que la tumeur souvent ne s'accompagne d'aucun signe de localisation encéphalique ou de signes très discrets, et que les signes généraux, le syndrome d'hypertension, sont identiques dans les deux affections. Toutefois l'évolution peu progressive, à tendance même régressive, l'installation plus rapide des symptômes et la notion d'un passé particulier, signalé plus haut, constituent des éléments qui peuvent aiguiller vers le diagnostic de méningite séreuse. La ponction lombaire répétée pour soulager de l'hypertension, la radiothérapie cranienne qui, selon Marburg, ralentit la sécrétion du liquide et peut agir sur les lésions inflammatoires diffuses, la craniectomie décompressive, sont les facteurs thérapeutiques principaux dont on peut user assez efficacement contre la méningite séreuse.

Certains traumatismes du crâne, avec ou sans fracture, sont suivis, pendant une période plus ou moins longue, isolément ou associé à d'autres troubles, d'un ensemble de symptômes subjectifs que Pierre Marie a dénommé, en 1916, "le syndrome subjectif des traumatisés du crâne".

La céphalée constitue l'élément le plus constant de cet ensemble symptomatique. Cette céphalée, dans certains cas, dépend d'une hypertension du liquide, mais plus habituellement, et ici je donne l'opinion des rapporteurs au dernier Congrès des Soc. franç. d'oto-neuro-ophtalmologie (1932), qui traitaient "Du syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes du crâne", elle semble se rapporter à un état de congestion méningo-encéphalique constante ou à un état d'instabilité vaso-motrice des vaisseaux pie-mériens. Logre et Bouttier avaient d'ailleurs mentionné ce dernier phénomène.

Le traitement du syndrome subjectif et de la céphalée qui y est rattachée repose sur l'isolement, le repos et le sommeil imposés au malade, sur la sédation de son système nerveux par de petites doses de gardénal associé à la belladone ou l'adrénaline, sur l'atténuation de l'hypertension intracranienne par des ponctions lombaires répétées et l'emploi de solutions hypertoniques en ingestion ou en injection intraveineuse (sérum glycosé ou salé 10-20% — 10 à 40 c.c. en injection répétée tous les jours, si nécessaire), sur l'atténuation de l'hypotension du liquide par l'injection intraveineuse d'eau distillée (30-50 c.c.).

Penfield, Boyd Clovis Vincent conseillent de lutter contre ces accidents subjectifs persistants par l'insufflation d'air à l'intérieur du crâne par l'intermédiaire de la voie lombaire.

Je mentionne rapidement que l'hémorragie méningée et les encéphalites, tout particulièrement l'encéphalite épidémique, même durant la phase chronique des séquelles, provoquent de la céphalée. L'évolution dramatique de la première affection, les séquelles classiques de la seconde, en particulier le syndrome parkinsonien, aideront à trouver l'identification et la cause de la céphalée.

Et nous en venons à la migraine.

Les singularités capricieuses de la céphalée migraineuse ne sont pas inconnues. Qui n'a pas eu sa petite crise de migraine?

On n'ignore pas qu'elle débute rapidement, qu'elle occupe le plus souvent un seul côté du crâne, intéressant le globe oculaire, qu'elle se termine subitement, qu'elle s'accompagne de nausées et même de vomissements. On sait aussi que cette céphalée est violente, pongitive, lancinante, qu'elle rend insupportable tout contact avec le bruit et la lumière, qu'elle est associée très souvent à des réactions vaso-motrices des téguments du segment céphalique, et qu'elle est susceptible de provoquer l'apparition de scotomes.

La migraine appartient pour une très grande part, au sexe féminin; elle se manifeste presqu'exclusivement durant la période d'activité génitale.

Par ailleurs, on doit se rappeler qu'elle peut faire apparaître des accidents franchement neurologiques comme de l'hémianopsie, des paralysies oculaires, des engourdissements et des parésies des membres du côté opposé au siège de l'hémicranie migraineuse, de l'aphasie même, lorsque la migraine siège à gauche chez les droitiers. Ces accidents ne durent que le temps de la crise migraineuse. Associés à cette dernière, ils constituent ce que Charcot appelait la migraine

accompagnée. Quoique pouvant dériver de la migraine ordinaire, leur présence ou encore des phénomènes épileptiques en association avec la migraine, doivent porter à croire que des lésions cérébro-méningées (tumeur-méningite-lésions vasculaires spécifiques, athéromateuses, diabétiques) sont la cause probable de cette dernière et des phénomènes qui l'escortent.

La crise migraineuse ordinaire découle d'un brusque déséquilibre du système neuro-végétatif. Elle dépend immédiatement d'un trouble vaso-moteur méningé par excitation sympathique. Cette excitation sympathique peut se faire directement (émotion-troubles digestifs-variation brusque de température) ou indirectement par colloïdoclasie ou anaphylaxie. D'autre part, le sympathique peut être prédisposé à l'excitation, soit héréditairement (instabilité neuro-végétative), soit par une épine extracérébrale, soit par dysendocrinie (trouble thyroïdien-ovarien). J'ai donné l'opinion qu'émettait Pasteur-Valéry-Radot dans son rapport à la Réunion Neurologique internationale de la Société Neurologique de Paris, en 1925.

La thérapeutique de la migraine est celle de la crise. Elle comporte l'usage de nombreuses préparations analgésiques et de médications vaso-motrices.

Elle est aussi celle du terrain. Elle comprend l'emploi de substances désensibilisatrices (peptone pré-prandiale ou en injection, hyposulfite de soude et de magnésie, chlorure de calcium, etc.), de médications neuro-végétatives (tartrate d'ergotamine), d'extraits thyroïdien et ovarien, le drainage médical de la vésicule biliaire, l'hygiène de l'alimentation et de la vie quotidienne. Certaines crises rebelles de migraine ont cédé rapidement à la ponction lombaire.

Nous en arrivons maintenant à ces sensations bizarres, parfois indéfinissables, sensations d'encerclement du crâne, de froid, de chaud ou de pesanteur sur le crâne, de bruit de moteur à l'intérieur du crâne, de présence de liquide autour du cerveau, de sécheresse du cerveau, etc. ... que certains déprimés ou hyperémotifs insomniques nous décrivent avec découragement ou avec effroi, que certains psychasthéniques hypocondriaques nous détaillent avec précision.

Ces malaises et ces sensations bien différentes de la véritable céphalée peuvent être, dans certains cas, la conséquence de troubles circulatoires endocraniens, le plus souvent ils doivent être rangés dans la catégorie des cénestopathies et sont rattachables à la souffrance même des éléments cellulaires des centres nerveux.

L'abolition de l'insomnie tenace sera, dans de multiples cas, suffisante pour amener la disparition de la sensation désagréable et dé-

primante. Ailleurs, le traitement le plus méthodique: tonique, sédatif, anti-spasmodique, hygiénique et psychothérapique ne pourra que très lentement atténuer les malaises.

La psycho-névrose anxieuse constitue l'affection dont les accidents subjectifs paraissent les moins tenaces.

La dépression mélancolique, que l'on prend habituellement pour de la neurasthénie, semble trop souvent évoluer pour son propre compte, quelle que soit la thérapeutique mise en œuvre. Les psychasthéniques obsédés, phobiques et hypocondriaques constituent, de ces malades à sensations endocraniennes, le groupe le plus résistant au déploiement thérapeutique.

Il faut s'efforcer de reconnaître ces "petits mentaux", afin de pouvoir attribuer aux perturbations psychiques et neuro-végétatives primitives les malaises physiques qu'ils ont tendance à déclarer d'emblée. Leur identification évite de s'émouvoir en face de ces derniers phénomènes et de faire des erreurs diagnostiques et thérapeutiques. Elle permet, en plus, d'agir directement sur les troubles principaux dont l'insomnie et l'anxiété sont les plus puissants dans la production des accidents physiques secondaires.

REVUE DES LIVRES ET THÈSES

Les spondylolisthésis; par Marc-Antonin Azima.

Dans une thèse récente de 150 pages éditée chez Jouve & Cie de Paris, le docteur Marc-Antonin Azima expose, avec des détails captivants et les précisions scientifiques qui lui font beaucoup d'honneur, l'intéressante question du spondylolisthésis, affection caractérisée par le glissement en avant de la cinquième vertèbre lombaire sur le sacrum.

Pendant de nombreuses années, nous dit l'auteur, cette affection ne fut connue que des seuls accoucheurs à cause des troubles de dystocie qu'elle provoquait. Aussi croyait-on à son extrême rareté et à la prédisposition du sexe féminin. C'est Neugebauer qui, en 1892, fixa de façon définitive l'anatomie pathologique et la description clinique du spondylolisthésis. Il faut ensuite attendre la période de ces quelques dernières années avec ses progrès radiographiques pour voir se renouveler l'intérêt porté à cette affection. La statistique de Mayo passe de un en 1920 à 46 en 1931. D'autre part, les travaux modernes modifient l'ancienne opinion de la plus grande fréquence chez la femme. L'homme est plus souvent atteint parce qu'il est plus exposé que la femme aux efforts violents et aux traumatismes graves. De là, un intérêt nouveau à la vieille discussion sur la double étiologie congénitale et traumatique du spondylolisthésis et l'importance de l'évaluation de l'un ou l'autre de ces facteurs en présence d'un cas paraissant relever d'un accident du travail ou d'un accident de rue. Comment se produit ce glissement en avant de la cinquième lombaire sur le sacrum? D'après les classiques, la lésion est due à une dislocation transversale de la cinquième lombaire en avant des apophyses articulaires qui l'accrochent au sacrum. Donc, séparation de la vertèbre en deux segments au niveau des pédicules, et glissement en avant du segment antérieur avec tout ce qu'il supporte. Cette description schématique est insuffisante mais elle permet de comprendre ce qui va se passer si l'attache postérieure au sacrum vient à manquer à la suite d'une élongation ou d'une solution de continuité.

Dans un deuxième et troisième chapitres, l'auteur étudie avec minutie l'anatomie et la physio-pathologie de la région lombo-sacré. Dans la station debout, la face supérieure du sacrum fait avec l'horizontal un angle qui est très variable avec les individus et peut atteindre 70 degrés. Et cette angulation siège en meilleure partie au-dessus du sacrum; c'est-à-dire dans les articulations lombaires et lombo-sacrées déterminant la lordose physiologique. Cette inclinaison normale en avant fournit donc des surfaces inclinées très propices au glissement et le spondylolisthésis serait presque constant si les moyens de fixation n'étaient très puissants. Ils sont de deux sortes: osseux (apophyses articulaires, isthme); ligamentaires (le disque fibro-cartilagineux, ligaments jaunes, ligaments inter sus-épineux, les apophyses d'insertion des muscles spino-lombaires, enfin le solide ligament iléo-lombaire.)

L'importance de l'angle lombo-sacré a toujours frappé tous ceux qui traitèrent la question spondylolisthésis, et ils firent à juste titre, du plan incliné, la principale cause du glissement. Mais l'auteur explique que la pesanteur ne peut exercer son action qu'après déficience du verrouage postérieur, que son rôle dans la production même de ce déverrouage est des moins probables, et qu'enfin le malade, atteint de spondylolisthésis, présente une attitude de défense destinée à diminuer l'influence de la pesanteur. Quoiqu'il en soit, l'affection une fois déclarée a toujours tendance à s'aggraver plus ou moins.

L'examen de nombreuses pièces anatomiques permit à l'auteur de considérer comme spondylolisthésis le glissement en avant du corps de la cinquième lombaire primitivement non attirée;- glissement rendu possible par la rupture de ses attaches postérieures et en particulier par la lésion caractéristique de l'isthme: dislocation ou élongation.

Au point de vue étiologique, il convient de retenir que l'affection frappe deux fois plus souvent l'homme que la femme, que l'âge de prédisposition est de 20 à 35 ans et que les prédisposés sont les ouvriers exposés aux accidents et aux traumatismes violents.

Les signes cliniques importants apparaissent le plus souvent longtemps après l'accident ou le début de la lésion. Le premier et le plus constant de ces signes est la douleur, elle apparaît lentement et insidieusement même lorsque le traumatisme a été grave. Les douleurs sont accentuées par la station debout et calmée par le décubitus dorsal avec un pelochon sous les genoux.

Quelques signes nerveux sont aussi à noter: troubles de la sensibilité objective, parésie, exagération des réflexes tendineux, troubles sphinctériens, contractures musculaires.

A la période d'état, le sujet prend une aptitude ou une démarche spéciale à cause de la diminution de la hauteur de la colonne lombaire. La déformation en baïonnette de la colonne lombaire, et la dépression au niveau de la quatrième lombaire sont deux signes pathognomoniques. L'auteur nous avertit de ne pas confondre la dépression avec une lordose pathologique.

Les signes radiographiques sont reconnus à l'importance, mais il importe d'apporter certaines précautions dans la technique. (Centrage du rayon normal sur L5, lavement évacuateur des matières et des gaz, mise du malade en position de Trendelenburg pour la vue de face, usage de rayons très pénétrants pour la vue de profil). Dans l'interprétation des clichés, il faut donner la première place à l'image de profil. Elle permettra de constater : 1° Le glissement en avant de L5 sur le sacrum; 2° L'allongement du trou de conjugaison lombo-sacrée; 3° Parfois l'écartement des deux articulaires; 4° La saillie en arrière de l'épineuse L5; 5° La présence d'ostéophytes ou de lésions.

De nombreuses théories ont essayé d'expliquer la pathogénie du spondylolisthésis. Les unes, basées sur des apparences, ne sauraient être retenues. Parmi les autres, certaines ne s'appliquent qu'à des cas particuliers ou nécessitent l'appui d'autres hypothèses. Aucune ne saurait s'appliquer à la généralité des cas. Il convient cependant de retenir que dans la grande majorité des cas, il existe un facteur congénital, (défaut d'ossification de l'arc postérieur) et un facteur acquis (traumatisme) qui actionne l'autre.

A la suite de cette étude de pathogénie, l'auteur ajoute l'intéressante considération sur le spondylolisthésis et la médecine légale. La découverte de plus en plus fréquente d'un spondylolisthésis à la suite d'un accident du travail ou de la voie publique rend nécessaire la discrimination des responsabilités respectives supportées d'un côté par l'agent traumatique, de l'autre par une prédisposition passible de l'accidenté. Dans tous les cas où le traumatisme a été d'une certaine importance, il faut lui attribuer l'entière responsabilité des troubles fonctionnels. Dans les cas de traumatismes plutôt minimes il faudra procéder par degré.

En faisant la part exacte des signes cliniques et radiographiques ci-haut mentionnés, le diagnostic de l'affection devient relativement facile. En présence d'un tel syndrome, il faut éliminer le lumbago chronique ,les spondylites (mal vertébral postérieur, mal de Pott, les rhumatismes infectieux, spondylites chroniques ou spondylose) ; les traumatismes (entorse vertébrale ou "low back pain" des Américains, les fractures, le syndrome Kummel-Verneuil) ; et surtout les lordoses douloureuses.

Le traitement idéal du spondylolisthésis sera évidemment celui qui non content de faire cesser les douleurs et d'arrêter l'évolution du glissement rétablirait l'intégrité anatomique du joint lombo-sacré. Or il faut avouer, nous dit l'auteur, que cette dernière condition dépasse nos possibilités actuelles. Les remaniements osseux ont toujours fixé la déformation. Tout à fait au début, le traitement orthopédique pourrait peut-être ramener en arrière une cinquième lombaire légèrement décalée, mais il ne suffit pas de réduire, il faut aussi fixer pour assurer l'avenir.

La création de remaniement osseux, assez intense pour suppléer à l'insuffisance de la fixation anatomique, peut donc seule assurer la guérison. Cette nouvelle fixation osseuse peut se produire naturellement mais avec une lenteur extrême et dans des conditions bien ennuyeuses à réaliser. C'est le rôle du traitement orthopédique pur par extension continue, appareils plâtrés, corsets ou ceintures de divers types.

Tous les auteurs donnent aujourd'hui leur préférence au traitement chirurgical qui permet de créer les remaniements nécessaires en des points judicieusement déterminés et en une période infiniment plus brève. Le traitement orthopédique reste un adjuvant précieux pour la période préopératoire et pour les malades refusant ou ne pouvant supporter l'intervention.

La greffe osseuse (fusion des apophyses épineuses de L3 à SI ou fusion des apophyses costiformes de L4, L5 à la crête iliaque) a donc conquis la presque unanimité des suffrages. La fusion bilatérale des costiformes apparaît comme un moyen de fixation plus rationnel et plus sûr que la greffe des épineuses.

C. FAVREAU.

N.B. Le docteur Marc-Antonin Azima est un jeune assistant du Service d'Orthopédie dirigé par le docteur Huc à l'hôpital Saint-Joseph de Paris. Sa thèse est une œuvre remarquable qui fait honneur à ses maîtres et qui lui assure les plus sincères félicitations du corps médical canadien-français.

C. F.

J. CATHALA. — **La diarrhée cholériforme et le syndrome toxique dans la première enfance.** — (Extrait du volume "Problèmes Actuels de Pathologie Médicale". Deuxième série, Masson & Cie, 1932).

L'état toxique cholériforme occupe une place éminente dans la pathologie du premier âge; c'est en effet l'un des problèmes centraux de la Pédiatrie. Aussi son étude présente-t-elle un réel intérêt.

L'auteur consacre la partie la plus importante de son travail à la physiologie pathologique du syndrome toxique, mais il a cru indispensable d'en exposer au préalable la séméiologie et l'étiologie.

Quelle qu'en soit la cause, le syndrome toxique se compose toujours des mêmes éléments; troubles digestifs intenses, déshydratation profonde, atteinte générale de la nutrition se traduisant par la défaillance de toutes les grandes fonctions. Essayer d'interpréter chacun de ces éléments, de fixer leur hiérarchie et leur lien de subordination réciproque, tel est le problème physiopathologique. Il est d'autant plus difficile à résoudre que les auteurs font jouer le rôle principal, tantôt à la déshydratation, tantôt à l'entérite ou à l'intoxication.

1. — Les *troubles digestifs*. — Cliniquement, la diarrhée cholériforme primitive est provoquée par une toxi-infection d'origine lactée, et il est assez facile d'imaginer comment apparaissent les troubles digestifs et ensuite les accidents généraux. Mais, au point de vue scientifique, le virus de la diarrhée cholériforme n'étant pas encore identifié, il est impossible d'en préciser le mécanisme. Si donc l'on refuse d'admettre l'hypothèse d'une infection entérique exogène, force est d'admettre à l'origine un trouble purement dyspeptique de l'élaboration gastro-intestinale des aliments ne se distinguant des diarrhées communes que par son intensité et son retentissement sur l'état général.

On a incriminé une dyspepsie élective de chacun des constituants du lait. En réalité, tous ces processus anormaux sont étroitement intriqués, et toute théorie de l'intoxication alimentaire qui ne tiendrait compte que de la dyspepsie élective de tel ou tel constituant négligerait de nombreux éléments de la question.

La théorie de la dyspepsie élective de tel ou tel constituant du lait ayant échoué, on en vint à considérer que, dans l'élaboration défectueuse des aliments, la part principale revient au développement anormal de la flore digestive. Les auteurs allemands ont avancé que, dans les diarrhées graves à type cholériforme, la flore digestive subissait une modification telle que les segments supérieurs du tube digestif ,duodéno-jéjunum, normalement stériles, étaient envahis par des germes abondants du type colibacille.

On conçoit les conséquences de cette flore anormale. L'attaque prématurée des hydrates de carbone entraîne la production, dans l'intestin, d'acides de fermentation; d'où irritation de la muqueuse, péristaltisme excessif, hypersécrétion; éventuellement, lésion troublant sa perméabilité, résorption de produits toxiques.

D'autre part, l'influence prépondérante des hydrates de carbone n'est pas exclusive, les graisses et les albumines favorisant dans une certaine mesure la végétation du colibacille avec des conséquences identiques: irritation de la muqueuse, hypersécrétion, etc.

Telle est la théorie de l'auto-infection digestive, de la "coli-invasion", très en faveur en Allemagne. Le professeur Marfan conteste son bien fondé. Il estime que l'ascension de la flore du gros intestin dans le segment supérieur du tractus digestif est un phénomène secondaire, terminal, agonique, et non le fait initial qui transforme une diarrhée commune en diarrhée grave avec retentissement marqué sur l'état général.

2. — La *déshydratation aiguë* est un des éléments cardinaux du syndrome toxique, comme le démontrent les signes cliniques et biologiques, plus particulièrement la brusque chute du poids et les données numériques sur l'hyperconcentration du sang. Du point de vue physio-pathologique, il convient de différencier le syndrome de déshydratation pure et le syndrome de déshydratation toxique.

Le syndrome de déshydratation pure s'observe lorsque les nourrissons sont soumis à un régime de restriction hydrique. Le syndrome de déshydratation toxique est réalisé, par contre, sans que l'enfant ait été privé de liquide et dans les circonstances que nous avons énumérées en parlant de l'étiologie (ingestion de lait souillé, infection parentérale grave).

Mais la différence manifeste qui sépare le choléra infantile des accidents des régimes concentrés est que, dans le syndrome de déshydratation pure, l'organisme soumis à des conditions anormales récupère son équilibre dès que celles-ci ne sont plus artificiellement maintenues. Quand on rend de l'eau au sujet qui en a été temporairement privé, tous les symptômes disparaissent rapidement et d'emblée l'organisme est capable d'utiliser le liquide qui lui est fourni.

Dans le syndrome de déshydratation toxique, il en va tout autrement. Sous l'influence d'une toxi-infection grave, l'organisme subit des pertes excessives (diarrhée, vomissements, exagération de la perspiration pulmonaire) et la nutrition générale devient à ce point troublée que les tissus ne savent plus retenir et fixer l'eau qui leur est apportée. Il va de soi que le pronostic en pareil cas est bien différent que dans le syndrome de déshydratation pure.

La déshydratation n'en est pas moins un des éléments principaux du syndrome toxique. Sa prolongation crée un véritable cercle vicieux qui ajoute de nouvelles conséquences et accroît le danger de l'auto-intoxication.

3. — *L'intoxication.* — En présence de la variabilité des formes cliniques du choléra infantile, de la diversité des agents infectieux susceptibles de le provoquer, on en arriva à penser que ce qui imprime au tableau clinique ses traits si particuliers ce n'est pas la qualité d'un germe causal ou de sa toxine, mais bien la qualité du terrain. En d'autres termes, l'état cholériforme n'est pas le fait d'infections spéciales particulièrement communes dans la première enfance, et exceptionnelles à d'autres âges, il est l'expression clinique, propre à cette période de la vie, du trouble apporté à la nutrition, tout à la fois particulièrement active et singulièrement vulnérable et apte à se déséquilibrer. Le problème n'est donc pas d'ordre microbiologique ou toxicologique, il est d'ordre métabolique.

De ce déséquilibre de la nutrition nous ne connaissons guère que le retentissement sur les humeurs et particulièrement le sang.

Il existe presque toujours à un stade avancé une acidose marquée comme en témoigne la diminution de la réserve alcaline. L'hyperazotémie peut

s'observer dans la moitié des cas. L'équilibre chloré est profondément troublé et a fait l'objet d'importantes recherches de Ribadeau-Dumas et de son élève J. Fleury. Il faut étudier non seulement le chlore plasmatique, mais aussi le chlore globulaire et le rapport érythroplasmatique proposé par Ambard.

Une intoxication métabolique qui retentit à ce point sur les humeurs relève à coup sûr de troubles fonctionnels importants des grands systèmes viscéraux.

En dépit de nombreux travaux, on ne sait rien de très précis à ce sujet. Néanmoins, du point de vue pathogénique, deux grandes hypothèses ont été invoquées: 1. Celle de Marfan qui défend une théorie générale des syndromes cholériformes fondé sur l'énergie de l'épithélium intestinal, c'est-à-dire la défaillance fonctionnelle de cet épithélium en temps que barrière s'opposant à la pénétration des produits toxiques dans le milieu intérieur; 2. Celle de Finkelstein faisant jouer le rôle principal à la défaillance fonctionnelle du foie en tant qu'organe régulateur du métabolisme et en tant qu'organe à fonction antitoxique.

Conclusion. — Quelle conception d'ensemble peut-on dégager de ces différentes données pathogéniques?

Le syndrome toxique, si fréquemment rencontré en clinique du premier âge, relève d'étiologies diverses et du point de vue nosologique il importe de continuer le travail de dissociation du choléra infantile en formes étiologiques, correspondant à des espèces cliniques, pathogéniques et pronostiques distinctes. Mais entre toutes ces variétés étiologiques, il y a quelque chose de commun tant au point de vue symptomatique qu'au point de vue physiopathologique.

Le propre de l'organisme sain est de maintenir à un niveau constant un certain nombre de variables physiologiques, de rétablir des équilibres biologiques, que le jeu même des activités vitales modifie à chaque instant. Tels sont l'équilibre acide-base des humeurs et des tissus, l'hydratation des protoplasmas, la température centrale. Si la régulation de ces équilibres n'est plus assurée, il se produit un désordre général affectant tous les tissus, toutes les fonctions se traduisant cliniquement par ce qu'on appelle l'état toxique.

Chez le jeune enfant, la fonction de régulation de ces équilibres est particulièrement labile, surtout lorsqu'il s'agit de débiles ou d'hypothrepsiques. Dans ces conditions, il suffit de causes banales sans spécificité cholérigène pour que l'organisme soit en perdition. Mais, fort heureusement, dans ces cas, l'état toxique résulte plus souvent d'un désiquélibre fonctionnel que d'une lésion viscérale profonde et irrémédiable. En neutralisant le déséquilibre par une action thérapeutique exactement adaptée à la nature du désordre, on peut obtenir les plus beaux résultats. Ainsi donc, la valeur de l'action thérapeutique est tout entière fonction de l'exactitude de nos connaissances physio-pathologiques.

On voit, malgré ses difficultées, tout l'intérêt pratique d'une pareille étude. Il y a plus. Il ne s'agit pas seulement d'un des problèmes fondamentaux de la pédiatrie, mais d'une des questions les plus complexes et les plus passionnantes de la biologie.

Paul LETONDAL.

FORMULAIRE

Ulcère du duodénum

Pendant la période de crise:

a) Prendre trois fois par jour un des paquets suivants:

Carbonate de Bismuth
Magnésie lourde } ââ 1 gramme 50

b) A 10 heures et à 5 heures, prendre le paquet suivant:

Codéine cinq milligrammes.

Carbonate de chaux
Carbonate de magnésie } aa 1 gramme.

c) Essentiellement: repos complet; lait à boire.

Appendicite chronique (traitement hygiénique).

1) Sulfate de soude
Citrate de soude } ââ 0 gramme 50

Lactose 1 gramme

Pour 1 paquet No. 15 à prendre chaque matin dans un verre d'eau de Vichy chaude au lever.

2) A la fin des repas, prendre pendant 12 jours une des pilules suivantes:

Poudre de belladonne
Extrait de belladonne } ââ un centigramme.

Pour 1 pilule No: 48.

3) Sirop de fleurs d'oranger.

Prendre deux cuillerées à thé chaque soir avant le coucher.

Excellent calmant de la douleur gastrique.
Ulcus gastrique, "dyspepsie nerveuse".

Prendre une demi-heure avant chaque repas, une cuillerée à dessert de la solution suivante:

Bromure de sodium
Salicylate de soude
Benzoate de soude } ââ 10 grammes.

Sirop d'écorce d'oranges amères, 50 grammes.
Julep gommeux Q. S. pour 300 cm.

Jean LeSAGE.
Montréal, 22/11/32.

ANALYSES

MEDECINE

M. CHIRAY, J. PAVEL et Jean LeSAGE. — **Diabète et Cholécystite.** Presse Médicale, 7 sept. 1932.

Pour expliquer les rapports qui peuvent exister, selon certains auteurs, anciens et modernes, entre le diabète et la lithiase, les auteurs de cet important mémoire ont envisagé les trois questions suivantes:

1°. La fréquence des affections vésiculaires chez les diabétiques et les glycosuriques simples.

2°. La fréquence du diabète et des glycosuries chez les malades atteints d'affections vésiculaires.

3°. La fréquence et la nature des atteintes pancréatiques au cours des cholécystites.

A. Sur le premier point on a réuni les statistiques de 14 auteurs. Sur 7,645 cas de diabète on en a trouvé 690 qui présentaient des signes de cholécystite, soit un pourcentage de 11.08 p. 100.

En rapportant, après avoir cité des chiffres publiés par plusieurs auteurs, une statistique générale de l'hôpital John Hopkins ils constatent la fréquence de la cholécystite chez les diabétiques dans 24% des cas chez les hommes, de plus de 40 ans, et 12 à 50% chez les femmes de plus de 30 ans.

Ils concluent, sur ce premier point, "qu'il y a peut-être un peu plus d'affections vésiculaires chez les diabétiques, mais que la différence n'est pas très "considérable".

B. Sur le deuxième point: la fréquence du diabète dans les cholécystites, ils ont procédé de la même façon. En recueillant les statistiques de huit auteurs ils arrivent à un chiffre total de 9,226 cas de cholécystite avec un nombre de 223 diabétiques, soit 41.3 p. 100.

D'après l'un d'entre eux, Rabinowitch, de Montréal, "on constate souvent dans les cholécystites une tolérance diminuée aux hydrates de carbone". Après avoir cité la statistique de Joslin, qui a rencontré la lithiase biliaire chez 1,400 de ses diabétiques, ils concluent qu'elle joue un rôle important comme facteur étiologique du diabète.

Ces auteurs concluent néanmoins que l'apparition du diabète est plutôt rare au cours des cholécystites.

C. Sur la fréquence des lésions pancréatiques, au cours des cholécystites, ils semblent d'accord avec les autres auteurs.

Si l'on rencontre souvent la pancréatite scléreuse, par contre, on constate le plus souvent l'intégrité des îlots de Langerhans. Ceci proviendrait, sui-

vant eux, de ce que "le siège des pancréatites chroniques compliquant les cholécystopathies est le plus souvent localisé à la tête de la glande, tandis que le pancréas insulaire seul intéressant au point de vue du diabète, se trouve surtout dans le corps et la queue de l'organe". Ils citent Rabinowitch qui a trouvé de l'hyperglycémie dans un grand nombre d'affections vésiculaires à la période aiguë, disparaissant avec elle ou à la suite de l'ablation de la vésicule infectée. A ce propos ils posent la question des rapports de la glysosurie avec les infections générales.

Après avoir fait la critique de certaines observations incomplètes l'un d'eux en cite une, personnelle, d'un cancer de la tête du pancréas avec respect des ilôts.

De l'étude qui précède, les auteurs concluent, à cause de la coïncidence familiale fréquente entre la cholécystite calculeuse et le diabète, "qu'il n'existe pas une filiation entre la première et la seconde de ces affctions, mais qu'elles constituent des maladies du même groupe". Ils ne croient pas que l'on puisse démontrer des rapports certains entre le diabète et les cholécystopathies calculeuses ou non calculeuses. Ils considèrent ces deux maladies comme des aspects divers d'un trouble de la nutrition dû à une dysfonction de la cellule hépatique. Cette étude les conduit à poser le problème de la cholécystectomie systématique dans toutes les cholécystites, soit pour prévenir le diabète, soit pour le guérir lorsqu'il existe des cholécystites infectieuses chez les diabétiques. S'ils se montrent partisans de la dernière méthode, ils font les plus expresses réserves sur l'ablation des cholécystites non calculeuses.

LeSAGE.

S. DYKE. — **Le régime hypersucré dans le traitement du diabète.** — (The Lancet, tome CCXXII, No 5671, 7 mai, 1932).

Il était de règle autrefois, et plusieurs médecins ont conservé cette coutume même de nos jours, de supprimer de la diête d'un diabétique tout aliment hydrocarboné. L'insuline est venue par la suite s'ajouter à ce régime hypo-hydrocarboné. D. prétend que cette pratique est malheureuse, car elle est désagréable aux malades, favorise l'acidose et expose aux accidents d'hypoglycémie. En Amérique et en Angleterre, le régime hypersucré est de plus en plus employé. On permet aux diabétiques de prendre des doses de 300 à 350 grammes d'hydrates de carbone par jour. On y ajoute, évidemment, une dose d'insuline suffisante pour oxyder cette forte quantité de sucre, mais à notre grande surprise, cette dose est beaucoup moindre qu'on ne pourrait le croire de prime abord, et même dans certains cas, une ou deux injections d'insuline par jour sont suffisantes.

Ce régime hypersucré est très avantageux pour le diabétique car en plus de favoriser dans son organisme la production de l'insuline, il lui assure une alimentation normale énergétique et lui permet de mener une vie normale. Enfin, cette diète, grâce à sa faible teneur en graisses, non seulement diminue l'acidose mais aussi évite l'hypercholestérinémie, facteur possible d'athérome.

Armand GRATTON.

CHIRURGIE

H. VELTI. — **Les résultats de la thyroïdectomie pour maladie de Basedow.** La Presse Médicale, No 56, 1932, page 1098.

"Grâce aux acquisitions de la chirurgie contemporaine, dit-il, les interventions chirurgicales dans la maladie de Basedow sont plutôt bénignes et donnent des résultats splendides".

D'une série de 87 goitres exophtalmiques, chez lesquels 124 interventions ont été pratiquées, un seul cas est mort d'hyperthyroïdie; celui-ci étant dirigé à l'hôpital dans un état grave de cachexie.

Velti affirme que la solution de lugol ne suffit pas pour éviter les désastres d'autrefois. Le repos au lit est l'élément principal de la préparation, viennent ensuite les toni-cardiaques puis les sédatifs.

Les opérations graduées sont une nécessité dans les cas graves. Ici, il commente avantageusement la manière de procéder de Crile.

La maladie de Basedow présente trois formes cliniques:

1) Forme légère nécessite une seule intervention.

2) Forme de gravité moyenne dont l'intervention se fait en deux temps, à trois mois d'intervalle.

3) Forme sévère dont le premier temps opératoire consiste en une ligature artérielle.

Après avoir énuméré tous les symptômes qui constituent la forme sévère, Velti dit beaucoup de bien de l'anesthésie locale. Il termine en démontrant l'importance de la précocité de toute intervention sur la glande thyroïde.

Réal DORE.

J. K. McGREGOR. — **The differential diagnostis in "borderline" cases of hyperthyroidism.** — (Diagnostic différentiel; pseudo-hyperthyroïdie). Canadian Medical Association Journal, août 1932.

McGregor présente l'observation d'un homme de 23 ans accusant des symptômes d'hyperthyroïdie: tachycardie, nervosité, métabolisme élevé (en série) plus 85, plus 61, mais dont le poids n'est pas diminué depuis le début de la maladie.

Un diagnostic de goitre toxique s'impose quoique la glande thyroïde soit d'un volume normal.

Après avoir soumis ce patient au traitement iodé, le métabolisme en série n'étant pas influencé par la solution de lugol non plus que l'état nerveux, et constatant que la perte de poids n'est pas en rapport avec le degré d'intoxication manifesté par le métabolisme en série, McGregor élimine toute existence de goitre et pense à une évolution tumorale d'une autre glande à sécrétion interne, l'examen clinique n'ayant révélé rien de précis.

L'autopsie montre la présence d'un carcinome malin, de 6cm de diamètre, de la glande surrénale droite.

Cette observation réaffirme son opinion antérieure concernant les pseudo-hyperthyroïdiens.

Si le syndrome hyperthyroïdien n'est pas influencé par l'iodothérapie il ne doit plus être question d'hyperthyroïdie.

McGregor attache de l'importance à la perte de poids que présentent presque toujours les hyperthyroïdiens vrais, fait qu'il n'a pas constaté chez son patient dont le poids n'était pas du tout en rapport avec un état d'hyperthyroïdie marqué de prime abord.

Réal DORE.

SHIPLEY, A. M., BAILEY Hugh, A. — **Le traitement des péritonites appendiculaires.** Annals of Surgery, vol. XCVI, oct. 1932, pp. 537-550.

En dehors de la hernie étranglée, la péritonite est sans aucun doute la cause principale de l'occlusion intestinale. D'après les A. cependant l'on doit incriminer beaucoup plus le matériel de drainage utilisé au cours des péritonites que l'infection elle-même comme facteur d'occlusion. Les drains détermineraient à eux seuls dans la plupart des cas la formation d'adhérences intestinales pouvant aboutir à cette complication si grave. Il ne faudrait tout de même pas conclure de ces considérations qu'il ne faut pas drainer la cavité abdominale au cours de la péritonite; mais les faits rapportés sembleraient démontrer que l'on peut se dispenser du drainage sans augmenter les risques lorsqu'il s'agit d'une péritonite au début.

Mercier FAUTEUX.

WHITE William, A., COONEY Edward, A. — **Un traitement non chirurgical de l'anthrax.** The New England Journal of Medecine, vol. 207, No. 9, sept. 1932, pp. 398-402.

Les A. analysent plus de 500 cas d'anthrax traités au Boston City Hospital durant une période de quatre ans. Sur ce nombre, 208 cas présentent une observation complète permettant une étude précise.

Les A. divisent ces derniers cas en trois groupes: un premier, comprenant les malades traités uniquement par l'acte opératoire; un second, comprenant ceux qui furent traités simultanément par la chirurgie et un traitement protéinothérapique; un troisième, ne groupant que ceux qui furent guéris par cette dernière méthode.

Il ressort de cette étude intéressante que le traitement de choix ne serait pas le traitement chirurgical puisque le traitement par des injections de lait uniquement amènerait un arrêt rapide du processus infectieux, la disparition en deux ou huit heures de la douleur et une guérison définitive en un temps beaucoup moins long.

Mercier FAUTEUX.

BEVAN, Dean Arthur. — **Les incisions abdominales et leur fermeture.** Annals of Surgery, vol. XCVI, No 4, octobre 1932, pp. 555-574.

L'un des chapitres les plus importants en chirurgie abdominale est sans contredit l'incision et la fermeture de la paroi. L'incision doit donner un jour suffisant sur le champ opératoire, elle doit aussi traumatiser le moins possible l'innervation, la vascularisation et la fonction musculaire.

La fermeture, d'autre part, doit être faite avec grand soin de façon à éviter les hernies post-opératoires.

Après avoir émis ces principes généraux, l'A. décrit toute une série d'incisions abdominales et différents procédés de fermeture, montrant leurs avantages et leurs ennuis. Cette étude s'accompagne en plus de maintes figures instructives et de commentaires très pratiques.

Mercier FAUTEUX.

Paul MARCHILDON. — **La transfusion sanguine et l'emploi du sang pur.** Le Journal de l'Hôtel-Dieu, Montréal, juillet-août, 1932.

La transfusion sanguine, nous dit l'auteur, constitue un agent thérapeutique précieux; tant à cause des éléments contenus dans le sang, et qui sont autant de moyens curatifs actifs, qu'à cause de ses multiples indications et de son application rapide et facile.

L'auteur énumère ensuite les principales indications de la transfusion au point de vue chirurgical:

1°. L'anémie post-hémorragique aiguë.

Après une hémorragie grave il y a toujours indication de faire une transfusion afin de fournir au coeur le volume normal de sang auquel il est habitué de se contracter. Pour être effective la transfusion doit être de cinq cents grammes ou plus.

2°. Le Choc.

Par sa nature et ses symptômes le choc ressemble à l'hémorragie, il peut donc se réclamer du même traitement.

3°. Soins pré-opératoires.

Surtout chez les malades où il y a lieu de craindre une intervention longue et mutilante.

4°. Soins post-opératoires.

Ici les indications de la transfusion sont multiples et donnent toujours des résultats excellents.

5°. Infections chirurgicales.

Dans ces cas le sang est un des meilleurs agents thérapeutiques puisqu'il fournit à l'organisme les meilleurs moyens de défense.

Faut-il employer le sang citraté ou le sang pur? L'auteur après une critique des deux méthodes conclut à la supériorité de l'emploi du sang pur.

E. TROTTIER.

OBSTETRIQUE

HAMANT et CUENOT. — **Etat actuel de la Médecine anti-conceptionnelle en U.R.S.S.** (Gynécologie et Obstétrique, octobre 1932).

Les A. se sont intéressés à l'étude des dispensaires prophylactiques de la grossesse et des avortariums en Russie Soviétique.

A Moscou, lorsqu'une femme désire l'interruption de sa grossesse, elle fait une demande écrite à la consultation de son quartier; si cette requête est agréée par une commission spéciale, la femme reçoit son admission dans l'un des treize avortariums où l'on pratique l'évidement de l'utérus.

Les difficultés rencontrées au cours de l'intervention chirurgicale sont peu nombreuses puisque dans une proportion de plus de 95% des cas, tout se passe sans incidents.

Dans une cinquantaine de consultations sont enseignées les méthodes prophylactiques de la grossesse. On conçoit les ravages réels que cette institution officielle en Russie a déjà produit et produira dans l'avenir. D'après la statistique officielle, 74,757 avortements ont été provoqués en 1929, soit 55.6% par rapport au total des grossesses. La natalité de 34 pour 1000 habitants qu'elle était en 1925 tombe à 17% en 1929.

Parmi les conséquences funestes de cette législation, citons: les troubles génitaux et endocriniens, les risques de contaminations vénériennes, la stérilité secondaire, l'augmentation des hérédo-syphilitiques.

Donatien MARION.

PEDIATRIE

R. STANKIEWICZ. — **Pleurésie purulente aseptique au cours des pneumonie et broncho-pneumonie chez les enfants.** Revue française de Pédiatrie, Tome VII, No 5.

La pleurésie purulente est une complication plus fréquente qu'on ne le croit dans la pneumonie et la broncho-pneumonie des enfants: on la rencontrerait dans un quart des cas. Chez les nourrissons et jusqu'à l'âge de trois ans, la pleurésie purulente est très fréquente et même d'après Schkarin, chez les nourrissons morts de broncho-pneumonie, on trouve toujours à la mort des lésions inflammatoires de la plèvre.

L'installation de la maladie, son évolution ainsi que la propagation des agents infectieux se fait par voie bronchique, sanguine et lymphatique.

La pleurésie purulente comme maladie essentielle primitive est extrêmement rare.

La morphologie des épanchements purulents n'est pas uniforme, mais l'examen bactériologique ne décèle pas de microbe, donc l'épanchement est aseptique. Les cultures sont négatives et les épanchements démontrent la prédominance de polynucléaires neutrophiles intacts, des lymphocytes des éosinophiles: la formule cytologique est parfois mixte. Il est rare que l'épanchement aseptique devienne septique.

La pathogénie des pleurésies aseptiques n'est pas bien claire aujourd'hui. L'opinion générale serait qu'elles se formeraient à la suite de réaction pleurale à la congestion pulmonaire ou qu'elles seraient la résultante d'une "inflammation collatérale" qui se forme tout près du foyer congestif: cette conception est identique à la "congestion périfocale".

La quantité du liquide dans la plèvre est minime, ce qui rend le diagnostic de ces épanchements difficile ou même empêche de le poser. C'est la percussion qui renseigne le mieux: quelquefois la ponction exploratrice amène la guérison définitive. La localisation n'a pas de préférence.

Conclusions: 1 — dans les congestions pulmonaires chez les enfants jusqu'à l'âge de trois ans, la plèvre prend part à l'affection.

2 — dans 90% des cas, on rencontre des épanchements limités, purulents, aseptiques non tuberculeux.

3 — ces épanchements non tuberculeux se rencontrent dans la pneumonie aussi bien que dans la broncho-pneumonie chez les enfants.

4 — Ces épanchements ont une formule cytologique caractéristique.
5 — dans la plupart des cas, ces épanchements sont petits, bénins et passagers.
6 — la connaissance de ces exudats est importante au point de vue pronostic et traitement.

A. DUTILLY.

Gilbert ROBIN. — **La fatigue intellectuelle chez l'enfant.** "Le Monde Médical, septembre 1932".

Pour tous les auteurs, la fatigue est conséquence d'un travail, d'un effort: elle n'est pas spontanée ou inhérente à l'individu, mais elle a des rapports avec l'extérieur.

Le surmenage: L'enfant surmené se présente comme un épuisé: il n'a de goût pour rien et le rendement intellectuel se tarit tout à fait. Asthénique et apathique, il est parfois en proie à l'excitation psychique et à l'agitation motrice.

L'inanition est le premier signe du surmenage: toutes les atteintes à la santé de l'enfant sont des causes d'empêchement d'une scolarité normale, mais l'école n'est qu'un facteur aggravant.

Les asthénies et leurs facteurs intellectuels:

L'asthénie l'adynamie traduisent l'un et l'autre le manque de forces. L'enfant est né fatigué et sa devise est de ne rien faire, mais sans aucun mauvais vouloir, il répète sans cesse. "Je ne peux pas, je suis fatigué", et il dit vrai. Cette asthénie idiopathique constitutionnelle doit demeurer dans les cadres de la neuro-psychiatrie infantile.

Asthénie et insuffisance surrénale:

Constatation des signes légers de l'insuffisance de la surrénale glande de l'énergie.

Asthénie et insuffisance hépatique:

Délicate à dépister, inappétance, teint terreux ou sub-ictérique, alternative de constipation et diarrhée, dépression psychique ,nervosité, tristesse.

ASTHENIE ET ONANISME:

L'onanisme est suivi d'un épuisement, qui se fait sentir dans le travail intellectuel, la mémoire, l'intérêt. Diminution de l'attention, amoindrissement de la force dynamométrique, somnolence.

FATIGUE ET FATIGABILITE:

Il faut distinguer entre le fatigué et le fatigable, physiquement et intellectuellement: tous les deux au repos n'éprouvent pas de fatigue, mais le fatigué ressent la fatigue pour un travail minime, insignifiant.

La fatigabilité intellectuelle est surtout l'apanage des insuffisances respiratoires, hautes ou basses et frappe d'une manière spéciale les enfants présentant des séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique.

Avant toute autre manifestation, le fléchissement du rendement scolaire trahit la fatigabilité de l'ensemble des processus intellectuels. L'intelligence n'est pas diminuée, mais l'effort l'épuise.

Ces défaillances surviennent surtout chez des enfants nerveux, bien doués, précoces, trop ardents au travail, les premiers de classe, les prix d'excellence. Tous les chemins mènent à la démence précoce, même celui de l'inattention.

A. DUTILLY.

H. GRENET. — **Diphtérie maligne.** Clinique et Laboratoire, février 1932.

Deux formes: a) maligne d'emblée, à évolution rapide ou se terminant par le dyndrome malin secondaire;

b) maligne secondairement après un traitement tardif insuffisant.

I — L'angine diphtérique maligne: signes fonctionnels particuliers; douleurs pharyngées; aspect particulier de la gorge, fausses membranes, grisâtres, verdâtres, fétidité extrême de l'haleine.

Autres signes particuliers; jetage nasal, adénopathie énorme, bilatérale, signes généraux. Température variable, pâleur, albuminurie, foie hyperthrophié, vomissement. Et l'enfant meurt en 2 à 6 jours, subcoma, délire, convulsions, syncope.

A côté de cette forme, on peut se trouver en face d'autres aspects cliniques:

a) des fausses membranes hémorragiques,

b) des formes pseudo-phlegmoneuses.

Les examens spéciaux fixeront encore les caractères de malignité:

a) anémie sanguine,

b) albuminurie massive,

c) rétention uréique,

d) hyperglycémie.

II — Diphtérie avec syndrome malin secondaire.

Même tableau au début d'angine grave, mais à la suite, il a pu se produire une ébauche d'amélioration: gorge nettoyée, température abaissée. Néanmoins des signes de pronostic grave ont persisté et l'enfant meurt de syncope le huitième ou le dixième jour.

III — Diphtérie avec paralysies tardives et mort:

Il s'agit de diphtérie toxique plus ou moins grave et l'on voit s'installer des paralysies locales qui se généralisent, atteignent le diaphragme, des troubles cardiaques apparaissent et l'enfant succombe. Des accidents sont toujours à craindre s'il persiste quelques signes d'intoxication et cela jusqu'au cinquantième jour de maladie.

Les principales causes de malignité diphtérique sont: la virulence du bacille, la streptodiphtérie, le rôle du pneumocoque, l'association à la typhoïde ou à la rougeole ou à la scarlatine.

Les lésions pouvant expliquer cette malignité sont surtout celles du cœur, des surrénales, des reins et du système nerveux.

Le traitement devra toujours être énergiquement institué, la sérothérapie d'abord, vite, fort, longtemps, les toni-cardiaques, digitaline etc.

A. DUTILLY.

GYNECOLOGIE

Max CUTLER, M. D., Chicago. — **Le traitement du cancer du col avec de petites quantités de radium.** — (Surgery, Gynecology and Obst. Oct. 1932).

Le but de cet article est de formuler les principes du traitement du cancer du col par le radium et d'illustrer la technique qui est employée à l'Institut Currie à Paris, i.e. celle qui emploie de petites quantités de Radium.

L'emploi de petites quantités de Radium dans une période de temps prolongée ou une grosse quantité dans un temps plus court présente un intérêt médical et économique. Ainsi, on peut employer une dose de 8,000 milligrammes hrs avec 60 milligrammes en 133 heures avec autant d'efficacité cité que 333 milligrammes en 24 heures. Dans le premier cas, il faut $4,200 de Radium; dans le second $23,000.

L'Ecole Française enseigne que le meilleur temps pour l'application est la période de mitose. Dans le cancer du col la lésion est irradiée pendant 5 jours; dans le cancer de la langue pendant 7 jours; dans le cancer du larynx ou du pharynx de 12 à 21 jours. Regaud est d'opinion qu'il existe un temps où les irradiations ont un effet plus considérable. Cependant, cette opinion est discutée d'autant plus qu'il est difficile de déterminer quelle est cette période.

Il est un fait certain, c'est que les tissus normaux peuvent soutenir plus facilement la même dose de radium dans un temps prolongé que dans une période courte. Cette raison semble faire prévaloir la méthode prolongée, étant donné que la même dose est donnée.

Le diagnostic clinique des cas avancés n'offre aucune difficulté. Dans les cas au début la biopsie est indispensable. Les différentes variétés histologiques ont leur importance. A peu près 97% des épithéliomas du col sont d'origine épidermoïde, et seulement 3% sont des adéno-carcinomes. Ces derniers sont radio-résistants. Les cancers épidermoïdes sont, suivant leurs variétés, plus ou moins radio-sensibles. L'adéno-carcinome du fond utérin peut évoluer vers le col, entraînant ainsi un diagnostic clinique de cancer du col. La biopsie établit alors l'origine du cancer.

Le Comité du Cancer de la Ligue des Nations a proposé la classification suivante du cancer du col.

Groupe I: Lésions limitées au col. Pas d'envahissement des paramètres. Mobilité absolu du col.

Groupe II: Invasion vaginale, léger envahissement du paramètre.

Groupe III: Envahissement marqué du paramètre et fixation utérine.

Groupe IV: Envahissement des organes voisins et métastases.

Dans les conditions où la radiothérapie est possible, l'hystérectomie a été mise de côté. Cependant le stade du cancer et la précision dans la technique conditionnent les succès de la radiumthérapie.

Dans le Groupe I, les radiations intra-utérines et vaginales sont préférables aux irradiations externes.

Dans les groupes II et III, l'irradiation externe et vaginale doit laisser place à l'irradiation externe.

Dans les groupes III et IV, l'irradiation externe doit être combinée à l'irradiation vaginale. L'irradiation intra-utérine doit être omise ou remise.

Avant toute irradiation il est important de faire disparaître toute infection locale et de ne commencer le traitement que lorsque la température est normale. Dans les infections secondaires il est préférable de faire des irradiations externes.

Comme il est impossible de déterminer le degré d'envahissement, il est préférable de donner la dose maxima. Dans les applications internes l'anesthésie générale n'est pas nécessaire. Cependant, il faut suivre les règles de l'aseptie et de l'antiseptie. L'application de radium doit durer 5 jours pour une dose de 7,000 à 8,000 milligrammes hrs.

Dans les formes suivantes, l'irradiation externe est préférable.

1°. Dans les lésions avancées où il est difficile de localiser le canal cervical.

2°. Dans les formes végétantes qui remplissent tout le vagin.

3°. Chez les malades très faibles et très anémiées.

Les complications qui résultent de l'application du radium sont ordinairement infectieuses. Les hémorragies sont rares.

L.-Arthur MAGNAN.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

CORRET P. — **Les accidents nerveux de la réduction de la luxation congénitale de la hanche.** Revue d'Orthopédie, No 39, 1932.

Au cours des manœuvres de la réduction de la luxation congénitale de la hanche, les accidents nerveux les plus fréquemment rencontrés sont les lésions de sciatique et du crural. Ces complications sont surtout à craindre lorsque la luxation est ancienne, alors qu'il y a raccourcissement du membre et forcément des troncs nerveux. Lorenz a constaté une paralysie du sciatique 23 fois sur 755 malades et une lésion du crural 9 fois sur 50 opérés, presque toujours chez des enfants entre les âges de cinq et neuf ans et qui présentaient un raccourcissement de plus de 5 centimètres.

La paralysie peut être précoce et tardive et se manifeste par une absence de sensibilité au niveau des orteils et par une impotence fonctionnelle du pied et de la jambe. Si la lésion continue à évoluer elle peut donner lieu à des troubles trophiques.

La paralysie est rarement justifiable d'une intervention chirurgicale. Ele persiste rarement plus d'une année et disparaît d'ordinaire au bout de deux à trois mois spontanément. Parfois, il sera indiqué de corriger la position du membre ou d'enlever une section de l'appareil, particulièrement au niveau du genou. Les troubles d'origine centrale sont beaucoup moins fréquents mais sont possibles et se caractérisent surtout par des convulsions, qui disparaissent d'ordinaire à la suite d'un repos prolongé.

Edmond DUBE.

H. L. ROCHER et G. ROUDIL. — **Fractures de l'olécrane chez l'enfant.** — (Archives franco-belges de Chirurgie, avril 1932).

Cette affection traumatique de l'enfant est rare, soit isolée, soit associée. M. Mouchet dans une étude approfondie des lésions du coude chez l'enfant n'a rapporté que 23 cas dans 318 traumatismes du coude chez l'enfant.

Les auteurs en rapporte quatre cas:

Le premier, c'est un garçon de 14 ans qui est tombé sur le coude en courant. On constate de la douleur, du gonflement et une ecchymose au niveau de l'olécrane. Les mouvements sont assez bien conservés. La radiographie montre une fracture incomplète de l'olécrane. Comme traitement immobilisation dans une gouttière en demi-flexion pour une semaine, suivie de massages et de douches d'air chaud; guérison au bout de trois semaines.

Garçon de huit ans qui tombe sur le coude gauche. Ecchymose, gonflement, douleur au niveau de l'olécrane. Limitation de l'extension et de la flexion. La radio montre une fracture complète sans déplacement de l'olécrane à sa base. Hémarthrose. Evacuation du sang par arthrotomie; immobilisation pendant dix jours, guérison.

Le troisième cas est celui d'un garçon de dix ans qui est tombé sur le coude droit. Beaucoup de gonflement mais peu de douleur. Il y a limitation des mouvements d'extension et de flexion. La radiographie révèle une fracture de la portion moyenne de l'olécrane sans déplacement. Ponction de l'hémarthrose et immobilisation, guérison.

Comme quatrième cas, une enfant de dix ans a fait une chute sur le coude droit. Le coude est gonflé et douloureux. La pronation et la supination sont impossibles. A la radiographie, en plus d'une fracture de l'olécrane, on constate une fracture de la tête du radius qui est déplacée latéralement. Sous anesthésie, la tête radiale est remise en place et immobilisée au moyen d'une aiguille durant six jours. Un mois plus tard l'enfant est en voie de guérison

En résumé le traitement a consisté à immobiliser la région après évacuation de l'hémarthrose quand il fut nécessaire. Dans le cas de fracture de la tête du radius, l'immobilisation par l'aiguille n'a duré que six jours. Les guérisons furent satisfaisantes.

Joseph-H. RIVARD.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

WALLACE, M. E. — **Volumineuse tumeur de la joue et des lèvres — Curiéthérapie — Guérison.** — Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 6 juin 1932.

Le malade âgé de 61 ans, se présente à la Salpêtrière le 20 février 1932. La lésion a débuté en août 1931 par un bourgeon saignant à la face interne de la joue gauche.

Les dimensions de la tumeur mesurées sur la surface cutanée sont de 9 centimètres sur 7 centimètres. L'épaisseur variable suivant les points, atteint 4 centimètres.

Des ganglions occupent les deux creux sous-maxillaires.

Plus volumineux à gauche, ils atteignent la dimension d'une amande.

La biopsie montre l'existence d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques avec kératinisation intense, nombreuses mitoses et atypies nucléo-protoplasmiques.

L'état général est mauvais, résultat de la gêne profonde de l'alimentation et de la cachexie cancéreuse.

Le traitement fut fait du 25 février au 11 mars 1932.

Application de Radium-en-surface.

Surface radiante: 4 centimètres carrés.
Distance focale : 4 centimètres. 5.
Dose : 277 mcd. (2.5 par centimètres carrés)

Temps d'irradiation: 15 jours.

Le 6 avril 1932. Cicatrisation complète de la peau et des muqueuses.

Etat général — excellent.

Ganglions ont diminué de volume.

Paul POIRIER.

MONTEI, L.-R. — **Traitement de la Chancrelle par la vaccination locale au Dmelcos.** — Biologie médicale, septembre 1932.

Sous le titre général de l'Evolution thérapeutique l'auteur rapporte cinq cas de chancrelles (présence de Ducrey) qu'il a guéris par une technique particulière, là où les autres moyens ordinaires avaient failli.

Selon lui, le vaccin antichancrelleux de Nicolle (ou Dmelcos) qui donne d'excellents résultats en injections intraveineuses dans le traitement du bubon chancrelleux, est presque sans action contre les ulcérations chancrelleuses elles-mêmes.

Dans les cinq cas, cités, le vaccin antichancrelleux en injections intraveineuses donné pendant un mois, n'avait donné aucun résultat. C'est pourquoi l'auteur a eu l'idée d'utiliser ce même vaccin Dmelcos en injections locales en pleins tissus, sous l'ulcération chancrelleuse elle-même, et les résultats obtenus ont été excellents.

Les injections locales comme les injections intraveineuses doivent être progressives.

Elles sont indolores et ne donnent lieu à aucune complication.

L'amélioration commence le lendemain de la première injection, l'ulcération se déterge, s'épidermise et guérit en quelques jours.

Paul POIRIER.

SWARTZ, J. H. et TOLMAN Maurice. —**Bursopathie syphilitique de Verneuil.** — Archives of Dermatology and Syphilology, September 1932.

Les auteurs rapportent deux cas personnels de bursites syphilitiques du genou: ils sont d'autant plus intéressants qu'il n'en existe que trent-huit en tout, dans toute la bibliographie médicale.

Le premier qui en a parlé est A. Verneuil en 1868 et c'est pourquoi on leur a donné son nom.

Le plus souvent on les rencontre aux genoux, moins fréquemment au coude, à l'acromion ou aux extenseurs des doigts. Elles peuvent être unies ou bilatérales.

Elles se présentent sous forme de syphilis tartiaire nodosité avec ulcération irrégulière taillée à pic et à fond déchiqueté.

L'os n'est pas touché.

Dans les deux cas cités les éléments confirmant le diagnostic étaient:

a) Caractères cliniques des lésions.

b) B. W. et KAHN positif.

c) Histoire de fausses-couches.

d) Guérison sous le coup du traitement spécifique.

Paul POIRIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

TELFORD E. D. — **The present position of sympathectomy.** — (Etat actuel de la question des sympathectomies.). The Lancet, No. XV. Vol. II., page 771.

Les remarques de l'auteur sont basées sur l'observation de quarante malades sympathectomisés. Il exprime dès le début le regret de voir la chirurgie du sympathique s'engager dans une voie uniquement destructrice, (sections), et il émet le vœu que des recherches soient entreprises dans un sens plus conservateur, (anastomoses avec le système de la vie de relation).

Reprenant une à une les actions physiologiques du système autonome, T. envisage d'abord les résultats obtenus dans les troubles cardio-vasculaires. Les sections sympathiques ont ici pour effet, ou du moins se proposent d'abolir la vasoconstriction, de diminuer le vasospasme et d'obtenir l'augmentation permanente du calibre d'un vaisseau pour intensifier l'apport sanguin. Dans la maladie de Raynaud, dans la thrombo-angéite oblitérante et dans les cas de côtes cervicales, il s'agit de vaincre le spasme qui est à l'origine de la thrombose ultérieure. Il faut opérer au tout début. Dans la pratique on opère trop tard. Contre les spasmes coronaires qui provoqueraient le thrombose de ces vaisseaux, puis l'angine de poitrine, T. exprime la plus grande réserve sur les chances de succès de la sympathectomie. Dans les ulcères chroniques, dans la kératite neuroparalytique, contre la cyanose des membres paralysés des poliomyélitiques, dans la sclérodermie, dans certaines arthrites chroniques, les résultats sont parfois assez bons. Contre les spasmes expiratoires de l'asthme, la sympathectonie a peu ou pas de valeur. Son action sur les sécrétions glandulaires est nulle dans l'hyperthyroïdisme; elle est parfois remarquable contre la sudation extrême de certains cas de syndromes de Raynaud et de côtes cervicales. Les opérations sur le sympathique qui innerve les muscles lisses ont donné des bons résultats dans le mégacôlon, dans la constipation et dans certaines rétentions urinaires. Dans les cas de douleurs viscérales, la sympathectomie agit bien. Son action ne doit pas être attribuée à la section d'un filet nerveux conducteur de la douleur mais au fait qu'une meilleure circulation sanguine favorise l'élimination des déchets de la contraction musculaire, véritables irritants et provocateurs de la douleur. La résection du nerf présacré si en vogue dans les malaises du bassin n'enthousiasme pas l'auteur qui est plutôt sceptique à l'égard de

sa réelle valeur. Contre la spasticité des paralytiques la sympathectomie n'a rien donné.

Dans tous les cas où on se propose de faire une sympathectomie, des tests sympathiques devraient être effectués au préalable, en vue de connaître d'avance exactement les résultats attendus. A cette fin, l'auteur provoque des états hyperthermiques ou bien il supprime momentanément l'influx nerveux par rachianesthésie.

L'auteur est opposé aux dénudations périartérielles qui lui ont donné ou bien des accidents, ou bien des résultats incomplets. Il donne la préférence aux ramisections et mieux encore à l'enlèvement étendu de la chaîne ganglionnaire.

L'auteur déplore que les résultats obtenus sont parfois fort fugaces et il essaie d'expliquer le fait par les grandes variations anatomiques du sympathique. Il a remarqué que les sympathectomies lombaires donnent souvent des soulagements permanents: à ce niveau les variations anatomiques sont assez rares. Par contre, les rami-sections du ganglion étoilé et du ganglion cervical inférieur sont trop souvent suivies d'améliorations incomplètes. Il est d'avis que les opérations soient faites largement et qu'il est préférable de couper plus de rameaux que pas assez. Il croit que les succès de l'avenir seront obtenus au prix de vastes ganglionectomies.

Jean SAUCIER.

Harvey CUSHING. — **Ulcères peptiques et diencéphales.** Surgery, Gynecology and Obstetrics; July 1932; p. I.

L'auteur pose comme postulat à sa démonstration qu'il y a un rapport de cause à effet entre la tension nerveuse que déclanche la frénésie de la vie moderne et l'accroissement, en nombre, des malades souffrant d'ulcère peptique, en particulier d'ulcère du duodénum.

La répercussion de l'émotion sur les centres végétatifs supérieure, qui sont ceux des systèmes vague et sympathique, est en mesure de donner une explication logique du mécanisme physio-pathologique de cette hypothèse.

Voici comment l'auteur établit sa preuve.

Trois cas de tumeur endocranienne à localisation cérébelleuse ont présenté une perforation aiguë de la partie supérieure du canal alimentaire, peu de temps après l'entreprise chirurgicale heureuse d'ablation de ces tumeurs. Par ailleurs, à la suite d'ablation de deux autres tumeurs endocranienne, il fut trouvé, à l'autopsie, des érosions de la muqueuse gastrique; l'auteur donne les raisons pour lesquelles il ne peut produire un nombre plus considérable d'exemples semblables.

Deux cas d'hypertension artérielle maligne, avec œdème de la papille, présentèrent, à l'autopsie, le premier, plusieurs ulcères gastriques d'apparition récente, le second, une perforation de l'estomac. Ceci amène l'auteur a rappeler deux autres cas de perforation de l'œsophage et de l'estomac, après une opération effectuée en vue de l'extirpation d'une tumeur cérébello-pontine, chez l'un, et, chez l'autre, d'un hypernéphrome, et à conclure que chez ces malades une perturbation de leur système végétatif a modifié les conditions

physiologoquies normales de l'estomac, a déterminé une hypersécrétion gastrique, une digestion des parois de ce viscère qui normalement sont protégées contre l'action digestive du suc stomacal.

Puis l'auteur donne deux exemples de tumeur endocranienne, à localisation au troisième ventricule et au cervelet, accompagnée de troubles gastro-intestinaux et d'ulcération duodénale, à évolution chronique et à tendance à la cicatrisation comme se présente habituellement le processus de l'ulcère peptique. Chez l'un de ces malades, le traitement radiothérapique efficace, dirigé contre la tumeur du troisième ventricule, a amené, à deux reprises, la disparition des signes encéphaliques et simultanément des symptômes de l'ulcère.

L'auteur croit que les ulcérations, les perforations aiguës, les érosions hémorragiques des malades dont il rapporte les observations ont une origine neurogène.

Cette origine, d'ailleurs, avait été invoquée dès 1841-46, Rokitansky. Il est convaincu que très souvent un processus d'ulcération gastro-duodénal accompagne l'évolution d'une tumeur endocranienne. La littérature médicale ne contient-t-elle pas de nombreux exemples de désordre intracranien accompagné du processus d'ulcération gastro-duodénal ? Ce même processus est fréquemment observé chez les enfants et il est remarquable de constater qu'il se trouve habituellement associé à des lésions endocranienne comme des hémorragies, de l'hydrocéphalie ou de la méningite. Bien plus, il est prouvé que des expériences faites sur des animaux (surtout les lapins), portant sur les nerfs du système neuro-végétatif (Keppich), portant sur ses centres et ses voies encéphaliques du diencéphale et du mésencéphale (Schiff; Brown-Séquard; Wilhem Ebstein; v. Freuschen et Tomonski; Mogilwitzki et Burdenko; Keller) ont réussi à déclancher l'apparition du processus d'ulcération de l'estomac ou du duodénum.

D'autre part, Von Bergman affirma que l'ulcération gastrique était une conséquence de l'hypervagotonie. Son assistant, Karl Westphal, injecta de la pilocarpine et de la physostigmine (subst. vagotoniques) à doses toxiques dans l'hypoderme de lapins; il observa des zônes ischémiques sur la muqueuse gastrique évoluant vers l'érosion sous l'action du suc gastrique.

Light, Bishop et Kendall purent également provoquer des érosions sur la muqueuse stomacale du lapin par injection intraventriculaire de petites doses de pilocarpine et pituitrine.

Tout cela, selon l'auteur, et en plus les expériences de Beattie qui produit de l'hypersécrétion, de l'hyperkinésie gastriques et en définitive, des petites ulcérations hémorragiques de l'estomac par excitation électrique des centres tubériens, ces phénomènes ne se produisant pas, si les nerfs vagues sont sectionnés, amène à croire que l'excitation des centres encéphaliques, remontant jusqu'au diencéphale, détermine des phénomènes d'hypervagotonie dont une des conséquences est constituée par l'apparition d'ulcération du système digestif supérieur.

Aussi, à la fin de son long travail si abondamment documenté l'auteur conclut que la théorie neurogène de Rokitanski s'explique par l'effet de l'émotion, de l'inquiétude et de l'appréhension contenues, par l'effet des préoccu-

pations constantes chez des vagotoniques, qui produisent une excitation sur les centres parasympathiques diencéphaliques. Ces centres sont ceux des émotions primitives, instinctives sous le contrôle de la sphère psychique supérieure, corticale. Leur excitation déclanche l'hypermotilité, l'hypertonicité et l'hypersécrétion gastriques, de l'ischémie ou des petits infarctus en aire de la muqueuse de l'estomac, par spasme des petits vaisseaux; cette dernière se trouve ainsi exposée à l'action digestive du suc gastrique.

Cette hypervagotonie par mécanisme psycho-affectivogénétique engendre ces effets concomittamment à d'autres causes occasionnelles comme l'irrégularité des repas, l'usage excessif du tabac etc... Elle peut provoquer l'installation d'accidents à évolution chronique ou aiguë comme l'hypervagatonie expérimentale ou comme les déséquilibres neuro-végétatifs secondaires aux désordres encéphaliques observés et rapportées par l'auteur.

Travail excessivement intéressant, fortement documenté et charpenté, objectif et scientifique, parce que partant de l'observation de faits cliniques, riche en aperçus pathogéniques d'un processus morbide dont on cherche encore le mécanisme véritable

Bibliographie abondante.

Roma AMYOT.

SOCIÉTÉS

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL.

Séance du 1er mars.

HOPITAL NOTRE-DAME.

Président: M. L. VERSCHELDEN.

Cette séance de la Société fut *la première séance clinique* de l'année.

Présentations cliniques: —

M. C.-E. HEBERT, un cas d'adamantinome du maxillaire inférieur traité avec succès par la radiothérapie. M. H. GELINAS, un cas de dilatation des bronches avec le lipiodol négatif. M. J. SAUCIER, un cas de lombarthrie traité par l'ionisation. M. P. CAUMARTIN, deux cas de phlegmons des gaines digitales, technique opératoire. M. L.-C. SIMARD, étude anatomo-pathologique des appendices examinés à l'hôpital Notre-Dame en 1928. M. A. MARIN, quelques cas d'acné indurée et kystique, technique actinothérapique. M. A. BELLEROSE, un cas de fracture de Monteggio, fracture du cubitus et luxation de la tête du radius, technique chirurgicale. M. J.-A. ROULEAU, un cas de spécificité pulmonaire. M. A. MAGNAN, le diagnostic radiologique d'un hydrosalpinx double chez une obèse. Confirmation opératoire. M. L. BLAGDON, cancer du sein à évolution rapide, récidive précoce. Traitement chirurgical et radiologique. M. A. BERTRAND, importance des examens ultra-microscopiques dans les ulcérations génitales. M. A. LEGER, azotémie par manque de sels. Traitement chloruré. M. O.-A. GAGNON, ostéite traumatique du calcanéum. M. E.-P. BENOIT, lymphocytose dans les méningites. Un cas d'abcès cervical. M. B.-G. BOURGEOIS, chirurgie intestinale, présentation d'un malade et de radiographies. M. D. LEONARD, 1°. radiographies, cancers stomacaux; 2°. radiographies, lavements barytés. M. J.-A. LAQUERRIERE, quelques détails de technique moderne des examens de l'estomac, permettant d'étudier radiographiquement les altérations de la muqueuse gastrique. M. N. FOURNIER, présentation d'un cas de rhumatisme gonococcique du type rhumatoide ou type ankylosant.

Prirent part aux différentes discussions: MM. Rhéaume, Laquerrière, C. Bertrand, Bourgeois, Marin, Lacharité, G. Mignault, Simard, L.-P. Lebeau et L. Gérin-Lajoie.

M. le Président remercie alors l'Hôpital au nom de la Société.

Election de membres: MM. E. Ménard, J.-P. Paquette, J. Pesant et Panet Prendergast sont élus membres titulaires de la Société.

Louis FORTIER, M. D.
Secrétaire des Séances.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 15 mars.

Président: M. L. VERSCHELDEN.

a) M. le docteur Oscar MERCIER, demandé d'urgence, prie la Société de l'excuser.

b) L'aurothérapie en tuberculose. — M. J.-A. JARRY fait observer que le nombre insuffisant de malades à Montréal ne permet pas de faire des observations pour établir des règles sur la chrysothérapie. Il parle de la question selon les données de MM. Dumarest, Mollard et Pavie. Depuis 1924, les sels d'or sont employés dans de nombreux pays et les observations favorables rapportées sont nombreuses. Le docteur JARRY parle des différents sels d'or, des données expérimentales, de la technique et des différentes précautions à prendre pour éviter des réactions. Ces accidents portent surtout sur le tube digestif et sur la peau. La posologie est variable car l'aurotolérance varie selon les malades. L'on ne doit pas dépasser dix grammes; les indications sont nombreuses. L'on peut associer l'aurothérapie à d'autres traitements, tels que le pneumothorax artificiel, la phrénicectomie. M. JARRY termine sa communication en présentant les histoires cliniques et de nombreuses radiographies d'un cas traité par l'aurothérapie et il fait constater des améliorations indiscutables.

M. ROLLAND demande si le traitement se fait par voie intraveineuse.

M. MARIN insiste sur le fait que les sels d'or agissent très bien dans les tuberculides et dans le lupus érythémateux. Mais ces sels d'or donnent quelfois des érythrodermies.

M. GAGNON demande si le traitement par les sels d'or est dispendieux.

M. MIGNAULT traite actuellement trente malades aux sels d'or. Il se demande si la réactivation du bacille tuberculeux peut être causée par ce traitement.

M. SABETTA emploie la chrysalbine à petites doses dans les lésions cutanées avec de bons résultats.

M. BERTRAND croit que l'aurothérapie ne peut être qu'un adjuvant à la collapsothérapie.

M. VERSCHELDEN remercie alors le docteur JARRY.

c) Deux cas d'ostéomyélite chronique. — M. Edmond DUBE présente deux cas d'ostéomyélite chronique opérés il y a 6 et 8 ans pour la première fois et dont plusieurs interventions depuis n'ont pu donner de guérison définitive. Le rapporteur se demande s'il n'y aurait pas lieu de songer à d'autre thérapeutique pour le traitement de ces lésions et après avoir considéré les résections osseuses totales, qui présentent des inconvénients sérieux, croit qu'il y aurait lieu d'utiliser l'application des larves stérilisées dans le traitement de ces affections. A date, deux cas soumis à cette nouvelle thérapeutique ont semblé donner de bons résultats.

M. BERTRAND demande si l'on doit trépaner l'os dans tous les cas d'ostéomyélite.

M. DUBE: L'on se base sur la radiographie pour connaître l'étendue de la lésion.

M. MIGNAULT: Une gomme spécifique peut-elle se développer et faire penser à l'ostéomyélite.

M. DUBE: La spécificité est généralement bilatérale.

d) L'oligurie relative ou phénomène de Blum. — M. Maxime BRISEBOIS commence par définir l'oligurie relative, c'est-à-dire lorsqu'un malade présente une diurèse en dessous de la diurèse normale permettant d'éliminer en totalité l'urée élaborée dans l'organisme. La concentration urique urinaire c'est la quantité d'urée dans l'urine à une plus ou moins grande concentration. La concentration maxima est de 50 grammes d'urée pour 1000 cc. d'urine. En 24 heures il y a 25 grammes d'urée par litre. Il est donc bien évident que si un malade présente une faible diurèse et en plus qu'il a un faible pouvoir de concentrer l'urée dans l'urine, ce malade devient un azotémique.

M. Blum dans sa théorie isole une azotémie par manque de sels comme une maladie autonome n'ayant pour base une néphrite. M. BLUM pour éliminer la néphrite ne se sert pas de tests fonctionnels du rein. M. BLUM et ses adeptes ne tiennent pas compte de l'oligurie relative et de la concentration de l'urée dans l'urine. Le rapporteur dit que l'azotémie par manque de sels n'existe pas; que l'azotémie sanguine revient à la normale grâce au rétablissement des fonctions de diurèse et de concentration de l'urée dans l'urine; que la théorie de M. BLUM ne pourra l'admettre que le jour où l'azotémie chez un malade et le chlore plasmatique seront revenus à la normale par l'administration de chlorure de sodium sans que l'on puisse noter de changement avant et après le traitement dans la fonction rénale d'élimination et de concentration.

M. TOUPIN fait ressortir quelques faits cliniques concernant l'emploi du sérum glucosé dans les azotémies, et termine en félicitant M. BRISEBOIS de son intéressant travail.

Election de membres: MM. R. Gatien, A. Gratton, P.-E. Hébert, W. Vignal sont élus membres titulaires de la Société.

Louis FORTIER, M. D.
Secrétaire des Séances.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

SEANCE CLINIQUE

Session 1932, Hôpital du Sacré-Coeur, (Cartierville)
15 novembre 1932.

a) Paraplégie spasmodique et tuberculose de la colonne vertébrale.
M. Emile MATHIEU

b) Adénite cervicale et tuberculose pulmonaire.
M. Fernand HEBERT

c) Dilatation bronchique.
M. Yvon LAURIER

d) Traitement de la tuberculose de la hanche.
M. J.-E. SAMSON

e) Pneumonie massive tuberculeuse.
M. J.-E. PAQUETTE

f) Spléno-pneumonie tuberculeuse chez l'enfant.
M. C.O. MILOT

g) Les méfaits de la pleurésie séro-fibrineuse.
M. J.-A. VIDAL

h) Pneumothorax artificiel: quelques causes d'insuccès.
M. Louis VERSCHELDEN

i) Phrénicectomie: éventualités post-opératoires.
M. A. DUMONTIER

j) La thoracoplastie devant le praticien.
M. G.-E. MIGNAULT

HOPITAL SAINTE-JUSTINE

SEANCE D'ETUDE AVEC PRESENTATIONS DE MALADES

Samedi, le 12 novembre 1932, à 10 heures a.m.

PROGRAMME

I. —	M. A. FERRON:	Luxation congénitale de la hanche.
II. —	M. P. LETONDAL:	Diagnostic des cardiopathies congénitales.
III. —	M. A. COMTOIS:	L'asthme infantile.
IV. —	M. A.-Z. CREFAULT:	Les abcès périnéphritiques.
V. —	M. J.-E. ST-ONGE:	Les laryngites chroniques.
VI. —	M. J.-A. LUSSIER:	L'épilepsie.

N. B. La présentation de chaque travail sera limitée à 15 minutes.
Une demi-heure sera réservée à la discussion.

NOUVELLES

CONGRES INTERNATIONAL DE LA LITHIASE BILIAIRE

A VICHY.

19-22 *Septembre* 1932.

Nous voudrions, à titre de représentant de l'Union Médicale du Canada à ce congrès, rappeler ici la délicate attention pour nous de M. le Président, le Professeur Carnot, et du Dr Aimard, secrétaire-général, qui insistèrent, le soir de l'ouverture, pour nous entendre dire quelques mots au nom de notre journal. Ils n'ont cessé depuis de susciter notre intérêt à toutes les séances scientifiques et sociales.

Nous vous prions, M. le Rédacteur, de leur associer dans notre sentiment de vive gratitude, la Compagnie Fermière, de Vichy, qui s'est montrée d'une hospitalité sans bornes.

Nous voudrions enfin signaler l'intérêt que porte à notre journal la Presse Médicale de France et celle des pays étrangers, dont les représentants furent un soir réunis par M. le Dr DesCamps, président du Comité de la Presse. L'espace restreint ne permet de donner qu'un résumé incomplet des travaux et discussions qui eurent lieu au premier Congrès International de la Lithiase Biliaire.

Le Congrès International de la Lithiase Biliaire s'est déroulé à Vichy, sous la présidence du Professeur Paul Carnot, avec un succès éclatant. Le nombre des congressistes qui a dépassé 1,400, montre les proportions grandioses que prit cette admirable manifestation.

A la séance inaugurale, présidée par son Excellence le Ministre de la Santé Publique, M. Justin Godart, le Professeur Carnot eut le premier la parole et avec une éloquence sincère et chaleureuse, il fit ressortir tous les concours auxquels le congrès devait son succès. Il termina en exposant le programme des travaux.

Après lui, le Dr Durand-Fardel, au nom de la Société des Médecins de Vichy, dit comment naquit l'idée de ces réunions internationales, montra les titres de la station dans l'histoire thermale et nous fit assister au développement de son essor merveilleux. Puis les délégués officiels, au nom de chaque nation qu'ils représentaient, prirent la parole pour exprimer leurs vœux de prospérité à la France et au Congrès.

Trois questions ont été surtout mises à l'étude:

1°. — *Les séquelles de la cholécystectomie.*

M. Donnet, de New-York, dans un rapport très documenté, énumère les conséquences de l'ablation expérimentale de la vésicule biliaire. Il décrit successivement la dilatation de la voie principale et du moignon du cystique, les conséquences histologiques de cette ectasie, les troubles dans la kinésie des voies biliaires, surtout au point de vue de l'excrétion de la bile, provoquant un trouble dans le métabolisme des graisses et des subtances azotées. Il résulte de l'ensemble de ces travaux de médecine expérimentale, qu'une cholécystectomie est suivie d'une augmentation de la virulence de la flore microbienne intestinale.

Conséquemment, l'ablation de la vésicule n'est justifiable que dans le cas où son état physiologique est profondément modifié dans sa fonction.

Le Professeur Wilkie, d'Edimbourg, étudie les résultats de la cholécystectomie, d'après une statistique personnelle de 652 cas, avec mortalité de 0.5%, pour les cinq dernières années. Les résultats opératoires sont bons dans les cas d'obstruction aiguë. Dans les cas d'obstruction accompagnée de troubles dyspeptiques, les résultats sont satisfaisants, mais des troubles dans le métabolisme des graisses persistent dans un bon nombre de cas. Dans une autre série remarquable, la cholécystectomie aurait fait disparaître des complications toxi-infectieuses, d'origine biliaire: myocardite, rhumatisme, névrite.

MM. Gosset et Petit-Dutaillis, s'élevèrent contre l'importance que l'on attache aux sequelles de la cholécystectomie. Ils croient que les syndromes post-opératoires en rapport avec le foie, les voies biliaires et les douleurs dans les hypocondres, sont liés beaucoup plus à des adhérences duodénales qu'à des lésions résiduelles siégeant au foie ou au pancréas.

Ils étudient les indications opératoires qui découlent des séquelles véritables: les récidives de coliques hépatiques, les fistules biliaires, les périduodénites. Il ressort de ce travail que les suites post-opératoires sont excellentes dans la plupart des cholécystites calculeuses ou suppurées, dans la cholécystite hydropique dans les cholécystites calculeuses du cystique, dans les cas où il existe une vésicule fraise typique, mais pour ce qui est des cholécystectasies chroniques non lithiasiques, les résultats sont médiocres.

Selon ces deux auteurs, la cholécystostomie est indiquée quand le contenu biliaire paraît contaminé, secondairement à une infection générale, telle que la grippe, érysipèle, staphylococcie. Pour tous les autres cas, ils maintiennent l'indication exclusive de la cholécystectomie.

M. Giraud, de Montpellier, exprime l'avis qu'aucune thérapeutique hydrologique ne doit accompagner immédiatement le traitement post-opératoire de la cholécystectomie, parce que l'opéré conserve le même fonds dyscrasique humoral, une fragilité hépatique, une infection glandulaire latente et une irritabilité du système végétatif qui le prédisposent aux séquelles habituelles de cette affection. Il conclut qu'il ne faut pas attendre pour le mettre en œuvre, les manifestations post-opératoires; il conseille d'instituer un traitement préventif des séquelles de la cholécystectomie.

M. Beclère, de Paris, fait une communication sur le radio-diagnostic des séquelles de la cholécystectomie. En combinant l'injection de lait baryté dilué, la radiographie nous donne des renseignements très utiles sur la topographie et la cause des fistules biliaires post-opératoires et nous permet de révéler la présence de calculs cholédociants oubliés. Le radiologue plus souvent ne fait que préciser la situation et l'importance des alhérences hépato-duodéno-coliques consécutives à la cholécystite.

Il signale en passant le fait qu'il n'y a pas toujours correspondance entre les signes fonctionnels du duodénum et les déformations radiologiques observées.

MM. Bérard et Mallet-Guy font une étude physiologique et chirurgicale des séquelles de la cholécystectomie. Ils montrent que le tubage duodénal en permet l'analyse physiologique. Pratiqué chez des malades bien guéris, il indique le type normal de l'excrétion et ce fait le caractérise. Dans les suites pathologiques post-opératoires, le tubage duodénal démontre une stase biliaire correspondant à la dilatation progressive de la voie principale et à l'exaltation de la flore microbienne. Dans ces cas, le traitement médical par le tubage duodénal et la cure hydro-minérale, suffisent le plus souvent à atténuer ces troubles fonctionnels sans opération subséquente.

M. Lambret, de Lille, divise les séquelles post-opératoires, en deux classes: 1°. — Les fausses séquelles qui dépendent de lésions résiduelles du foie ou de maladie associée, telle que la ptose gastrique; 2°. — Les vraies séquelles, les unes graves, telles que lésions sténosantes du cholédoque ou du pylore, moins fréquentes depuis que les techniques sont perfectionnées; les autres séquelles, plus légères, dépendent de la suppression du réservoir vésiculaire et de la production d'adhérence. Les premières durent assez longtemps, malgré un traitement hydro-minéral intense. Les autres disparaissent plus rapidement.

La cholécystectomie, selon cet auteur, est une bonne opération, pourvu qu'on s'occupe de faire des cures régulières à Vichy; mais malgré cela leur situation est transformée par l'opération. Il est facile de s'en rendre compte en les comparant avec l'état antérieur.

II°. — *Le traitement médical et hydro-minéral du cholécyste, dans la lithiase biliaire.*

MM. Chiray et Pavel ont lu un important travail sur les indications du drainage médical dans le traitement de la lithiase biliaire. Ces messieurs affirment que le drainage médical, s'il ne guérit pas la lithiase vésiculaire, provoque une amélioration remarquable des troubles dyspeptiques, d'origine biliaire, et de l'état général des malades. Ce traitement serait particulièrement recommandable dans tous les cas de cholécystite lithiasique banale, si l'intervention opératoire paraît être évitable. Il est plus difficile à appliquer et ses résultats sont moins évidents lorsque la vésicule est infectée. Ces malades affaiblis bénéficient néanmoins, dans certains cas, d'amélioration passagère. Au cours de la lithiase du cholédoque, ils étudient les résultats de traitement de force préconisé par certains auteurs, à savoir, sulfate de magnésie, les extraits d'hypophyse, histamine, et les dérivés athophaniques. Ils émettent un doute sur les résultats que l'on puisse en obtenir; ils croient malgré tout, que le tubage médical conserve son indication essentielle dans

le traitement pré-opératoire de la lithiase cholédosienne; il est capable de réduire les poussées de fièvre ictérique surajoutée. Ils croient également que le tubage peut exercer une action très heureuse sur les séquelles de la cholécystectomie en faisant disparaître les crises douloureuses et les troubles dyspeptiques résiduels.

Ce travail est très important à consulter et mérite d'être lu en entier dans le volume publié à l'occasion de ce congrès. Nous savons avec quelle maîtrise M. Chiray aborde ces questions qu'il connaît à fond.

Puis suivent deux travaux très importants, l'un par M. Chabrol, sur la *médication cholérétique* qu'il prescrit surtout dans le traitement de la cholémie latente et lithiasique. Il préconise deux méthodes, l'une intra-veineuse dans les lithiases infectées post-opératoires, l'autre par voie buccale dans les lithiases légères et intermittentes.

L'autre travail est fait par M. Abrami, sur la *désinfection du cholécyste par l'antiseptie médicale.* L'auteur ne se fait nullement illusion sur les résultats de cette médication, car il étudie longuement le processus infectieux qui envahit le système entier, sanguin et viscéral. Ni la vaccino-thérapie, ni la séro-thérapie n'ont aucune action bien sûre contre les germes du groupe coli-strepto habituellement en cause. L'ionisation par alcalinisation de la bile paraît théoriquement rendre de plus grands services, mais le praticien doit continuer d'employer les moyens médicaux de désinfection biliaire qui semblent avoir fait leurs preuves, tels que l'urotropine, mais il faut y joindre les traitements plus efficaces du drainage de la voie biliaire par le tubage et l'emploi des cholérétiques.

Le Professeur Umber, de Berlin, a fait en français une remarquable communication sur la *thérapeutique protectrice du foie dans la lithiase biliaire.* Il est le promoteur d'une thérapeutique qui intéresse les injections combinées de sucre et d'insuline pour lutter contre les lésions destructives du parenchyme hépathique.

L'étude approfondie del'atrophie jaune aiguë primitive du foie lui a montré que les altérations cellulaires étaient le fait d'une autolyse comparable à l'autolyse cadavérique, que le déclanchement de ce processus provenait de la disparition du glycogène qui joue normalement un rôle protecteur à l'égard des toxines, des poisons et à l'égard même des propres ferments secrétés par la cellule hépatique. Pour lutter contre cette autodigestion, l'auteur a entrepris de recharger par le moyen de l'insuline la cellule hépatique en glycogène. De merveilleux succès, dont certains semblent avoir été de véritables résurrections, ont démontré la valeur de cette méthode. Or, dans la lithiase biliaire l'infection et la stase associées réalisent de graves lésions dégénératrices parenchymateuses, et l'auteur n'hésite pas à dire que tout ictère prononcé est d'origine hépato-cellulaire. Cette communication est une idée nouvelle qui mérite de retenir l'attention.

MM. Piery et Milhaud ont publié un travail sur *l'action des eaux minérales sur le milieu vésiculaire.* Ils essaient de démontrer que les eaux bicarbonatées sodiques et les eaux bicarbonatées chlorurées magnésiennes ont une cholérétique. Les eaux chlorurées sodiques ont une action cholagogue; d'autres eaux exercent un changement du pouvoir de concentration de la vésicule: eaux bicarbonatées sodiques, calciques, chlorurées sodiques, chlorurées sulfurées

sodiques, chlorurées bicarbonatées, sulfatées calciques et magnésiennes. C'est dans cette série des eaux chlorurées et bicarbonatées qu'il faut choisir si l'on veut exercer une action sur la fluidification de la bile.

III°. — *Le foie lithiasique.*

Le Professeur Noël Fiessinger envisage le *rôle du foie dans la pathogénie de la lithiase.* Ce rôle, selon l'auteur, réside dans l'élaboration du noyau organique et pigmentaire d'abord, puis dans la secrétion d'une bile instable, soit en raison d'une forte charge pigmentaire, soit en raison d'une hypocholalogénie entraînant la cristallisation de la cholestérine; la vésicule n'intervient que secondairement en tant que facteur de stagnation concentrante et l'infection pour les calculs mixtes les plus fréquents favorise à leur surface la précipitation des sels de chaux. L'auteur affirme que la lithiase vésiculaire est en même temps une maladie à point de départ et à retentissement hépatique.

M. Brulé dans un travail sur *l'ictère dans la lithiase de la voie biliaire principale,* ne croit pas que l'hépatite joue un rôle primordial dans la genèse de l'ictère au cours du calcul du cholédoque. Après avoir étudié les divers aspects cliniques de la lithiase cholédocienne et le polymorphisme des ictères, l'auteur insiste sur l'intérêt thérapeutique du tubage duodénal qui permet dans tous les cas, sinon d'en expulser les calculs, du moins d'opérer des malades déjaunis et sans fièvre.

Enfin, MM. Harvier et Caroli ont étudié les *lésions du foie dans les ictères lithiasiques.* Il semble, d'après eux, qu'on rencontre assez fréquemment des lésions hépatiques dans les cas de calculs du cholédoque. Un médecin belge, de Louvain, Dieryck, recherche quelles sont les meilleures méthodes de technique permettant l'*exploration* des *lésions hépatiques.* Cet exposé pratique l'amène à donner la préférence à l'épreuve de la galactosurie provoquée et il en montre la valeur pour le diagnostic différentiel des ictères par hépatite et des ictères mécaniques.

Nous sommes obligés de passer sous silence les discussions intéressantes et nombreuses qui eurent lieu; mais ce résumé, malgré tout, est incomplet. Il peut néanmoins, donner une idée de l'importance des travaux qui ont été discutés à ce congrès.

Jean LeSAGE.
Paris-oct.-1932.

NOTE. — On peut se procurer le rapport complet du Congrès en s'adressant aux éditeurs G. Douin & Cie., 8 Place de l'Odéon, Paris.

IIIème CONGRES DE CHIRURGIE REPARATRICE, PLASTIQUE ET ESTHETIQUE, tenu à la Faculté de Médecine de Paris, les 7 et 8 Octobre 1932, sous la Présidence d'Honneur des Frs Sébileau de la Faculté de Paris, de Eastman Sheehan (New-York), Corachan (Barcelone), Ricardo Horno Alcorta (Saragosse), Manna (Rome), Jiano (Bucarest), Burian (Prague), et sous la présidence du Dr Dartigues (Paris).

NÉCROLOGIE

Le profeseur J. J. GUERIN

L'Union Médicale du Canada adresse à la famille du professeur Guerin ses plus vives condoléances à l'occasion de sa mort survenue soudainement.

Nous publierons son éloge dans le numéro du mois de janvier.

Nous adressons nos plus vives condoléances au docteur Chevrier, de Saint-Lambert, à l'occasion de la mort de madame Chevrier.

RETOUR D'EUROPE

Le docteur Aimé Desforges, assistant étranger de la Faculté de Lyon, est de retour d'Europe où il a séjourné durant trois années, consacrées entièrement à l'étude de la *syphiligraphie* et de la *dermatologie* avec ses maîtres *Nicolas*, à Lyon, durant une année, *Pautrier*, à Strasbourg et *Louste*, à Saint-Louis, à Paris.

Il fait partie du personnel de l'hôpital Saint-Luc où il dirige ces dispensaires.

Il a ouvert, tout dernièrement, son bureau de consultation au No 3470 avenue Laval.

Le docteur Eugène Garceau est aussi de retour d'Europe, après un séjour de trois années consacrées à l'étude de la *syphiligraphie*, de la *vénéréologie* et de la *dermatologie*. Il fait aussi partie du personnel de l'hôpital Saint-Luc où il dirige ces dispensaires avec son confrère Desforges.

Il a ouvert son bureau de consultation au No 3420 rue Hutchison.

Le docteur Jules Henri Prévost est de retour d'Europe après un séjour de deux années en médecine générale chez le Professeur Lemierre et Clerc, se consacrant ensuite surtout à l'étude des maladies du poumon. Il a fait un stage prolongé à Leysin sous la direction du docteur Marin et Jacquerod chefs de service. Il fait partie du personnel de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Institut Bruchési.

Le docteur Jean LeSage, assistant étranger de l'Université de Lyon, est de retour d'Europe où il a séjourné durant plus de trois années sous les Maîtres Pic. à Lyon, et Sergent, Clerc, Chiray, Bensaude et Moutier, à Paris, se consacrant surtout à l'étude de la gastro-entéro-hépatologie. Il a ouvert son cabinet au 418, rue Sherbrooke Est. Il fera partie du personnel de l'Hôpital Saint-Luc.

TABLE DES MATIÈRES[1]

A

Abcès aigu à pneumocoques du poumon terminé par la guérison 1256

Abcès de la base gauche du poumon. Influence favorable des injections sous-cutanées d'émétine et de la position déclive 1257

Abcès du poumon. Sur le diagnostic radiologique des.... 457

Abcès épidural métastatique de la moëlle 527

Abcès métastatique épidural de la moëlle épinière 761

Abdomen. A propos des erreurs de diagnostic des lésions du secteur droit de L'..... 314

Abdomen. Sur un signe précoce de lésions viscérales dans les contusions et plaies de l'..... 448

Abdominales. Incisions, et leur fermeture 1253

Abdominales. Les incisions, et leur fermeture.... 1328

Accidents nerveux de la réduction de la luxation congénitale de la hanche. Les 1334

Accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps, du segment inférieur ou du col de l'utérus. Conduite à tenir dans les..... 422

Accouchement. Un cas d'oédème aigu du poumon consécutif à L'.... 945

Acide carbonique. Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodés intensives et par les injections sous-cutanées d'.. 446

Acide phénylquinoléine carbolyxique. Les ictères de l'.... 58

Acné. Le traitement de l'.... 638

Acromégalie. A propos d'un cas d'. Considération d'ordre thérapeutique.... 1230

Acroparesthésies de la ménopause. Les 1175

Action combinée du thymus et du lobe postérieur de l'hypophyse dans les inerties utérines 823

Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomocliniques de la tuberculose pulmonaire 525

Action de la prostigmine sur le péristaltisme intestinal 894

Adhérence et résistance anormales des membranes 594

Adhérences péri-utéro-salpingiennes. Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des imperméabilités tubaires et des. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites 820

Administrateur. A notre 440

Adoverne, convallatoxine, cymarine. Que faut-il penser des nouveaux médicaments cardiaques 1251

Adulte mâle. Un cas de tumeurs bilatérales des testicules avec quelques commentaires sur l'effet de la castration chez l' 1254

Adultes jeunes. Constipation gauche: L'importance de ses troubles chez les 928

Anthrax. Un traitement non chirurgical de l'.... 1328

(1) Les titres en caractères gras indiquent les articles originaux.

Anti-conceptionnelle. Etat actuel de la médecine, en U. R.S.S. 1329

Antiseptique urinaire particulièrement au point de vue de son élimination par le rein. Etude sur le pyridium comme 733

Antivénérienne dans la province de Québec. Historique de la lutte 225

Anus. Hernie de l'utérus gravide de cinq mois à travers l'.... 635

Aorte abdominale. Valeurs-séméiologiques des battements épigastriques de l'.... 1173

Aphasie de broca. Sur une malade qui parle difficilement et qui comprend mal, ou, un cas d'.... 1050

Appareil Thomas modifié pour fractures de l'humérus 263

Appendicites neurogènes. Considérations sur le nombre des globules du sang dans les 260

Appendicite aiguë. Quelques considérations sur l'.... 6

Appendicite chronique. A propos d'.... 1115

Appendicite chronique et certaines affections du colon droit. L'. Procédés classiques permettant d'en établir le diagnostic différentiel 487

Appendiculaires. Le traitement des péritonites.... 1328

Archambault. Notice sur le professeur Gustave 632

Argyrie généralisée. Sept cas d' 1083

Armes à feu. Du rôle de l'hémorragie dans les plaies abdominales par 1078

Artères. Rôle étiologique de la syphilis dans les lésions des 689

Artérites pulmonaires primitives (formes latentes) 694

Arthrodèse de la hanche dans la coxalgie 1082

Articulaires. L'aspiration dans les épanchements 738

Articulation coxo-fémorale. Le diagnostic et le traitement de l'ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du fémur et de l'.... 973

Aspects radiologiques de l'ulcère duodénal. Signification des 728

Aspiration dans les épanchements articulaires L' 738

Associations ou Sociétés.

La Société Médicale de Montréal 67, 459, 539, 641, 744, 1272, 1341, 1342, 1343.

La Société de Chirurgie de Montréal 70, 462, 542, 644, 746

L'association pour le développement des relations médicales 647

L'association professionnelle internationale des médecins 750

L'association médicale de la province de Québec 903, 1182

La ..société médicale de l'hôpital Notre-Dame 904, 1273

L'association des médecins de langue française de l'Amérique du nord 907, 977, 1087

Le bureau médical de l'hôpital Ste-Justine 1344

Adulte. Traitement des oxyures chez l' 731

Affections du colon droit. L'appendicite chronique et certaines. Procédés classiques permettant d'en établir le diagnostic différentiel.... 487

Alcool. Effet de l'ingestion d', sur les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn, et Hinton 1180

Algies crurales gauches. Arrêt du lipiodol. Tumeur de la queue de cheval. Ablation. Guérison 537

Algies du membre supérieur gauche. Syringomyélie cervico-dorsale unilatérale. Début manifesté par des.... 936

Amniotique. Nature du liquide 451
Amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée. Technique opératoire de l' 449
Amygdale foyer d'infection. L' 635
Anal. Leucoplasie cutanée ulcérée consécutive à un prurit, ancien 925
Anatoxine diphtérique purifiée et concentrée. Immunisation antidiphtérique des enfants par une injection unique d' 457
Anesthésie basale à l'avertine. Données théoriques sur l' 810
Anesthésie générale. Considérations sur l'asthme et son traitement par l' 1126
Anesthésie locale dans la réduction des fractures et des luxations. L'.... 276
Anesthésie locale dans le traitement des fractures, avec commentaires. L' 453
Angine de poitrine. Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'.... 731
Angine de poitrine d'origine artérielle. Remarque sur l'évolution de l' **893**
Angine de poitrine et son traitement. L'.... 491
Angine de poitrine. Traitement de l', par les injections sous-cutanées d'acide carbonique 446
Angiomateux. Hémorragies digestives chez un 634
Angines diphtériques. Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore au cours des 1079
Angiome chez l'enfant. L' 432
Angiomes et la radiothérapie. Les 940
Antidiphtérique. Immunisation, des enfants par une injection unique d'anatoxine diphtérique purifiée et concentrée 457
Assurances sociales. Rapport du comité pour l'étude des 1152
Asthme et son traitement par l'anesthésie générale. Considérations générales sur l'.... 1126
Atropine. Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intra-veineuneuses de sulfate d' 640
Auto-filtrat. Un cas de pleuro-pneumonie guérie par une injection intra-focale d' 583
Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice prolongée; délire épileptique 369
Autopyovaccin dans le traitement des suppurations pulmonaires putrides. L' 445
Aurothérapie suivant les formes anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire. Action de l' **525**
Avertine. Données théoriques sur l'anesthésie basale à l'.... 810
Avian tuberculosis in normal and vaccinated rabbits 66

B

Basedow. Les résultats de la thyroïdectomie pour la maladie de.... 1327
Basedow. Traumatisme et maladie de 1083
Baso et spino cellulaire chez un même sujet. Coexistence d'épithéliomas.... 770
Bassin plat. La césarienne basse dans un **479**
Bassin. Notes de clinique radiologique. Diagnostic des images d'aspect calculeux du 397
Bassinet. La pyéloscopie: une autre contribution à l'étude expérimentale des contractions du 639
Battements épigastriques de l'aorte abdominale. Valeurs séméiologiques des 1173

Benoît. Lettre du professeur 833
Bernheim. Trois cas de syndrome de 60
Bifida. Le spina 899
Biliaires. Epithélioma des voies 1253
Biliaires. Sur l'importance clinique de la stase de la vésicule biliaire et sur les troubles dyskinétiques dans les voies 897
Biologiques. Le rôle de la clinique dans les sciences 875, 954.
Biologiques et thérapeutiques. Données, de l'hormone ovarienne dans la ménopause post-opératoire.... 1281
Biopsie. La 971
Bismuth liposoluble en syphiligraphie. Le 455
Blackader. Le docteur A. D. 631
Blennorragie gonoccoccique et non-gonococcique 1085
Blessures de la tête. Evaluation de l'évidence des 824
Blum. Oligurie relative ou phénomène de 1303
Bordet-Wassermann, Kahn et Hinton. Effet de l'ingestion d'alcool sur les réactions de 1180
Brassard. Le docteur A. 752
Breton. Le docteur A. 759
Brightiques hypertendus. Les injections intraveineuses massives de solution glucosée hypertonique chez les 1253
Bronches. Septicémie colibacillaire post-abortum. Pyoneumothorax putride fistulisé dans les. Guérison.... 526
Bronchiques. Les suppurations pulmonaires et, du jeune enfant et leur traitement 1258
Broncho-pneumonie chez les enfants. Pleurésie purulente aseptique au cours des pneumonie et.... 1330
Broncho-pneumonie. Un cas de rhumatisme polyarticulaire aigu compliqué de: Darsonvalisation 677
Broncho-pneumonies aiguës. Traitements des, par créosote de hêtre 730
Broncho-pneumonies de l'enfant. Traitement des 578
Brûlements de la langue, petit signe d'ulcus. Le 1000
Bulbe. Compression brusque de la moëlle cervicale et probablement du 1030
Bursopathie syphilitique de Verneuil.... 1336
But et limitation de l'endocrinothérapie 524

C

Calcium. Recherches sur les fixateurs du. Uviosensibilité et uviorésistance 1078
Calcium sanguin, influence de la parathyroïdectomie sur le 16
Cancer de l'urètre chez l'homme. Un cas de 336
Cancer d'estomac à forme oedémateuse 818
Cancer du col. Contribution à la curiethérapie du.... 1255
Cancer du col. Le traitement du, avec de petites quantités de radium 1333
Cancer du colon et du rectum. Le diagnostic et les principes de traitement du 61
Cancer du poumon chez les mineurs de Jachymov 1181
Cancer du rectum et rectosignoïde 1078
Cancer du sein. Résultats éloignés du traitement chirurcal dans le 1174
Cancers ulcérés de la peau. L'action de l'insuline sur les 58
Cancéreux. Technique opératoire de l'amputation du rectum, par voie abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée.... 449
Cardiaque. L'action sucre-insuline en thérapeutique 729

Cardiaques. Pronostic des dilatations, par l'orthodiagraphie en série 1036

Cardiaques. Que faut-il penser des nouveaux médicaments: adoverne, convallatoxine, cymarine 1251

Castration chez l'adulte mâle. Un cas de tumeurs bilatérales des testicules avec quelques commentaires sur l'effet de la 1254

Céphalée en neuro-psychiâtrie. La 1243, 1310

Céphalée et son mystère. La 883

Céphalo-rachidien. Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par l'analyse du liquide 1259

Cérébrale. Importance du diagnostic précoce dans la syphilis 1159

Cérébrales. Classification et pronostic des tumeurs 682

Cérébraux. Traumatismes crâniens, et. Leurs séquelles. 900

Césarienne basse dans un bassin plat. La 479

Cerveau. Effet de la diète au, sur la dégénérescence combinée sub-aiguë de la moëlle 742

Cervicale. Compression brusque de la moëlle, et probablement du bulbe 1030

Cervico-dorsale unilatérale. Syringomyélie. Début manifesté par des algies du membre supérieur gauche. 936

Ceux qui digèrent mal 1106

Chaleur du nourrisson. Le coup de 532

Chancrelle. Traitement de la, par la vaccination locale au Dmelcos.... 1336

Chancre mou. Histoire d'un 1260

Chancre. Splénomégalie avant et pendant le 456

Chaussures. Sur un cas d'intoxication par teinture de 1179

Chirurgie de l'ectopie testiculaire. La 534

Chirurgie moderne. Quelle place faut-il conserver à l'hytérectomie vaginale dans la 972

Chirurgie plastique du col interne 531

Cholécystite. Diabète et.... 1325

Cholécystograhie. L'élimination hépatique de la tétraiodophénol-phtaléine et ses rapports avec la 445

Cholédocienne. Cinq ans de lithiase 861

Chorée et son traitement. La 589

Chorée. Traitement de la, par l'hyperthermie provoquée. 824

Clavicule chez les enfants. Les fractures de la 359

Clinique dans les sciences biologiques. Le rôle de la 875, 954

Clinique radiologique. Notes de. Diagnostic des images d'aspect calculeux du bassin. 397

Col. Contribution à la curiethérapie du cancer du.... .. 1255

Col de l'utérus. Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps, du segment inférieur ou du.... 422

Colibacillaire post-abortum. Septicémie. Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Guérison.. 526

Col interne. Chirurgie plastique du 531

Col. Le traitement du cancer du, avec de petites quantités de radium.... 1333

Col utérin. Fibro-myome interstitiel du 305

Collapsothérapie bilatérale dans la tuberculose pulmonaire. La 525

Collapsothérapiques. Etat actuel des méthodes 740

Collège des médecins et chirurgiens pendant 60 ans: 1872 à 1932. L'Union Médicale du Canada en liaison avec le 123

Colon au périnée. Technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du 449
Colon et du rectum. Le diagnostic et les principes de traitement du cancer du 61
Colon. L'hémangiome du sigmoïde et du 62
Comité pour l'étude des assurances sociales. Rapport du 1152
Complications nerveuses au cours de la rougeole. Les 535
Compression brusque de la moëlle cervicale et probablement du bulbe.... 1030
Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps. Du segment inférieur ou du col de l'utérus 422
Congrès de Pédiatres de langue française, septième 29
Congrès de pédiatrie de Strasbourg. Discours au 41
Congrès d'Ottawa-Hull. Le.... 1102
Congrès des pédiatres de langue française. Le septième 506, 601
Congrès. En marge du XIIème 1104
Congrès français de médecins à Québec en 1934. Le 790
Congrès International de la Lithiase Biliaire à Vichy 1345
Congrès Médical d'Ottawa-Hull. Le.... 1086
Congrès Médical français à Québec en 1934. Le.... 1278
Considérations générales sur l'asthme et son traitement par l'anesthésie générale.... 1126
Considérations générales sur la maladie de Recklinghausen 835
Considérations générales sur les techniques et l'arsenal chirurgicaux. Les salles d'opérations, etc. 425
Considérations sur l'appendicite aiguë. Quelques 6
Considérations sur le nombre des globules blancs dans le sang dans les appendicites neurogènes.... 260
Constipation gauche: l'importance de ces troubles chez les adultes jeunes 928
Constitution épiléptoïde. La 741
Contractions du bassinet. La pyéloscopie: une autre contribution à l'étude expérimentale des 639
Contractions spasmodiques de l'utérus au cours du travail. 287
Contre la migraine, la toux, etc. 629
Contribution à la curiethérapie du cancer du col.... 1255
Contribution à l'étude du chorio-épithéliome malin.... 1075
Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore au cours des angines diphtériques.... 1079
Contribution au traitement des diarrhées parentales des enfants, par le régime des pommes.... 65
Contusions et plaies de l'abdomen. Sur un signe précoce de lésions viscérales dans les.... 448
Convallatoxine, adoverne, cymarine.Que faut-il penser des nouveaux médicaments cardiaques.... 1251
Coronarienne. L'obstruction, aiguë.... 1131
Corps, du segment inférieur ou du col de l'utérus. Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du.... 422
Corps étranger dans la vessie. 302
Corps étranger laryngo-trachéal. Trachéotomie. Ablation.... 319
Corps. Utérus fibromateux traité par les rayons X, suivi sept ans après d'un épithélioma du 932
Coude chez l'enfant. Fractures du.... 403
Coup de chaleur du nourrisson. Le.... 532
Cours d'hygiène professé à l'Université de Montréal 435

Coxalgie. Arthrodèse de la hanche dans la.... 1082
Coxo-fémorale. Le diagnostic et le traitement de l'ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du fémur et de l'articulation 973
Crane. Le syndrome commotionnel tradif dans les traumatismes fermes du 1169
Crâne. Le traitement préventif de la méningite dans les fractures du.... 1084
Crâniens. Traumatismes, à la phase aiguë, 1000 cas 1265
Crâniens. Traumatismes, et cérébraux. Leurs séquelles.... 900
Créosote de hêtre. Traitement des broncho-pneumonies aiguës par.... 730
Crises gastriques du tabès. Traitement des, par les injections intra-veineuses de sulfate d'atropine.... 640
Crurales. Algies, gauches. Arrêt du lipiodol. Tumeur de la queue de cheval. Ablation. Guérison.... 537
Cure de l'épispadias féminin. Une technique personnelle pour la.... 1004
Cure radicale de la hernie crurale. Le vissage ligamento-pubien dans la.... 894
Curiethérapie des épithéliomas cutanés. La.... 899
Curiethérapie du cancer du col. Contribution à la.... 1255
Curiethérapie. Volumineuse tumeur de la joue et des lèvres. Guérison 1335
Cutanée. Leucoplasie, ulcérée consécutive à un prurit anal ancien.... 925
Cutanés. La curiethérapie des épithéliomas.... 899
Cyclique. Récentes recherches sur les hormones dites sexuelles et leur production.... 1175
Cymarine, adoverne, convallatoxine. Que faut-il penser des nouveaux médicaments cardiaques 1251
Cymarine. La 893

D

Dangers du menthol en oto-rhino-laryngologie 536
Darsonvalisation. Un cas de rhumatisme polyarticulaire aigu compliqué de broncho-pneumonie 677
Débuts de l'Union Médicale durant l'année 1872. Les. Le Dr Rottot.... 78
De Gaudart d'Allaines. Une personnalité française: Le docteur 1099
Dégénérescence combinée de la moëlle par l'administration de doses massives de fer. Traitement de la.... 742
Dégénérescence combinée sub-aiguë de la moëlle. Effet de la diète au cerveau sur la.... 742
Dégénérescence fibromateuse du corps. Du segment inférieur ou du col de l'utérus. Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une.... 422
Délire épileptique. Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie psychomotrice prolongée.... 369
Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des imperméabilités tubaires et des adhérences péri-métro-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites.... 820
Dépistage de la tuberculose pulmonaire. Du rôle social du radio-diagnostic dans le.... 822
Dermatologie. Physicothérapie en.... 739
Derome, le professeur Wilfrid 1
Déséquilibre neuro-végétatif post-commotionnel. Un cas de larmes de sang par 535
Déshydratations. Traitement préventif et curatif de l'éclampsie par diminution des liquides absorbés et.... 1254

Déterminisme des encéphalopathies infantiles. Rôle de l'hérédo-syphilis dans le.... 730
Diabète et cholécystite 1325
Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. 445
Diabète. Le régime hypersucré dans le traitement du 1326
Diabète sucré. Résultats cliniques et expérimentaux avec le régime hyperhydrocarboné hypercalorique dans le traitement du.... 1251
Diagnostic de l'infection puerpérale. Quelles sont les principales causes d'erreur dans le.... 1048
Diagnostic des images d'aspect calculeux du bassin. Notes de clinique radiologique.... 397
Diagnostic des lésions du secteur droit de l'abdomen. A propos des erreurs de.... 314
Diagnostic différentiel. L'appendicite chronique et certaines affections du colon droit. Procédés classiques permettant d'en établir le.. 487
Diagnostic différentiel: Pseudo-hyperthyroïdie.... 1327
Diagnostic et les principes de traitement du cancer du colon et du rectum. Le.... 61
Diagnostic et le traitement de l'ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du fémur et de l'articulation coxo-fémorale. Le.... 973
Diagnostic précoce dans la syphilis cérébrale. Importance du.... 1159
Diagnostic précoce de la poliomyélite. Le.... 1264
Diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Le.... 1259
Diagnostic radiologique des abcès du poumon. Sur le.... 457
Diagnostic radiologique de l'ulcère duodénal.... 698
Diarrhées parentales des enfants, par le régime des pommes. Contribution au traitement des.... 65
Diabète et cholécystites 1325
Diencéphales. Ulcères peptiques et.... 1338
Diète au cerveau sur la dégénérescence combinée sub-aiguë de la moëlle. Effet de la.... 742
Digèrent mal. Ceux qui.... 1106
Diphtérie maligne.... 1332
Diphtérique. Immunisation antidiphtérique des enfants par une injection unique d'anatoxine, purifiée et concentrée 457
Diphtérique. La polynévrite.... 500
Diphtériques. Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore au cours des angines.... 1079
Diphtéritique. Un cas d'otite externe à fausse membranes apparemment.... 1226
Dilatations cardiaques. Pronostic des, par l'orthodiagraphie en série.. 1036
Dîner du soixantenaire de l'Union Médicale du Canada. Les toasts au.... 563
Diphtérie. Conclusions de la conférence d'experts en matière d'immunisation active contre la.... 820
Dispensaires et les soins à domicile. Les services par les 960
Dmelcos. Traitement de la chancrelle par la vaccination locale au.... 1336
Dolichocolon-pelvien. Traitement médico-chirurgical du 726
Domicile. Les services par les dispensaires et les soins à 960
Données biologiques et thérapeutiques de l'hormone ovarienne dans la ménopause post-opératoire.... 1281
Données les plus récentes sur la physiopathologie rénale. Brève revue des.. 864
Données théoriques sur l'anesthésie basale à l'avertine 810
Donneur. Hémolyse fatale à la suite de transfusion avec le sang d'un, de même groupe que le receveur.... 538

Douleur lombaire gynopathique. La.... 819
Duodénal. A propos de l'ulcère, de face.... 738
Duodénal. Diagnostic radiologique de l'ulcère.... 698
Duodénal. Signification des aspects radiologiques de l'ulcère.... 728
Duodénal chronique. La stase.... .... 1141, 1234
Duodénale. La stase chronique 1300
Dupuytren. Fracture de, vicieusement consolidées 1178
Dystocie foétale. A propos d'un cas de.... 596
Dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps, du segment inférieur ou du col de l'utérus. Conduite à tenir dans les accouchements.... 422

E

Eclampsie.... 415
Eclampsie par diminution des liquides absorbés et déshydratation. Traitement préventif et curatif de l'.... 1254
Ectopie testiculaire. La chirurgie de l'.... 534
Ectopies thoraciques du tube digestif. Les.... 471
Electrocoagulation des kystes salivaires.... 376
Elimination hépatique de la tétraiodophénophtaléine et ses rapports avec la cholécystographie. L'.... 443
Elimination par les reins. Etude sur le pyridium comme antiseptique urinaire particulièrement au point de vue de son.... 733
Embolie et infarctus pulmonaires.... 448
Embolie secondaire à une thrombose occulte d'origine variqueuse. En cas de mort subite par.... 309
Embonpoint et obésité 436
Emétine. Abcès de la base gauche du poumon. Influence favorable des injections sous-cutanées d', et de la position déclive.... 1257
Enfant épuisé. L'.... 63
Enfant. Fractures de l'olécrâne chez l'.... 1335
Enfant. Fractures du coude chez l'.... 403
Enfant. L'angiome chez l'.. 432
Enfant. La fatigue intellectuelle chez l'.... 1331
Enfant. La gymnastique et les jeux de l'.... 418
Enfant. La pneumonie silencieuse chez l'.... 452
Enfant. Les suppurations pulmonaires et bronchiques du jeune, et leur traitement 1258
Enfant naissant. Un cas très rare de tumeurs kystiques situées aux deux fesses d'un.... 1133
Enfant. Traitement des broncho-pneumonies de l'.... 578
Enfant. Un nouveau symptome de l'otite moyenne chez le jeune.... 536
Enfants ayant présenté une kérato-conjonctivite phlycténulaire. Le sort des.... 452
Enfants. Contribution au traitement des diarrhées parentales des, par le régime des pommes.... 65
Enfants. Immunisation antidiphtérique des, par une injection unique d'antoxine diphtérique purifiée et concentrée.... 457
Enfants. La rachianesthésie chez les.... 1176
Enfants. Les fractures de la clavicule chez les.... 359
Enfants. Le torticolis des.. 1021
Enfants. Pleurésie purulente aseptique au cours des neumonie et broncho-pneumonie chez les.... 1330
Encéphalopathies infantiles. Rôle de l'hérédo-syphilis dans le déterminisme des.... 736

Endocrinothérapie. But et limitation de l'.... 524
Enseignement classique et la médecine. L'.. 1072
Enseignement de la médecine chez nous. Soixante ans de l'Union Médicale et l'.... 111
Enseignement de l'hygiène et la profession médicale. L'.. 408
Enseignement médical français. De la préparation à l'.. 1067
Enurèse.... 64
Epanchements articulaires. L'aspiration dans les.... 738
Epidural. Abcès métastatique, de la moëlle épinière.... 761
Epigastriques. Valeurs séméiologiques des battements, de l'aorte abdominale.... 1173
Epileptique. Automatisme ambulatoire comitial suivi d'inertie prolongée; Délire épileptique.... 369
Epileptoïde. La constitution.... 741
Epinière. Abcès métastatique épidural de la moëlle.... 761
Epispadias féminin. Une technique personnelle pour la cure de l'.. 1004
Epithélioma des voies biliaires 1253
Epithélioma du corps. Utérus fibromateux traité par les rayons X, suivi sept ans d'un.... 932
Epithéliomas baso et spino cellulaire chez un même sujet. Coexistence d'.... 770
Epithéliomas cutanés. La curiethérapie des.... 899
Epuisé. L'enfant 63
Erreurs dans le diagnostic de l'infection puerpérale. Quelles sont les principales causes d'.... 1048
Erreurs dans le diagnostic des lésions du secteur droit de l'abdomen. A propos des.... 314
Estomac. Cancer d', à forme oedémateuse.... 818
Estomac et de l'intestin. Interprétation clinique et radiologique de certains troubles fonctionnelles de l' 348
Etat actuel de la médecine anti-conceptionnelle en U. R.S.S. 1329
Etat actuel de la question des sympathectomies.... 1337
Etiologie du Goundou. A propos de l'.... 1054
Etiologie du placenta praevia.... 898
Etiologie. Le tic douloureux a-t-il une, définie.... 1084
Etude des assurances sociales. Rapport du comité pour l' 1152
Etude du pyridium comme antiseptique urinaire particulièrement au point de vue de son élimination par les reins.... 733
Etude expérimentale des contractions du bassinet. La pyéloscopie: une autre contribution à l'.... 639
Evaluation de l'évidence des blessures de la tête.... 824
Evolution de l'angine de poitrine d'origine artérielle. Remarques sur l'.... 893
Examen à l'ultra-microscope pour toute lésion ulcéreuse des organes génitaux externes. Importance de l'.... 675
Exophtalmique. Goitre, opéré en deux temps et guéri.... 481
Experts en matière d'immunisation active contre la diphtérie Conclusions de. la conférence d'.... 820
Extrémités. Les indications thérapeutiques générales dans les troubles moteurs des.... 972

F

Fatigue intellectuelle chez l'enfant. La 1331
Fausses membranes apparemment diphtéritique. Un cas d'otite externe à.. 1226
Fécalome géant diagnostiqué par la radiologie. Sur un cas de.... 383
Fécalome rectal.... 854

Féminin. Une technique personnelle pour la cure de l'épispadias.... 1004
Femme. La radiothérapie dans les maladies de la.... 1238
Femme. Les modifications pathologiques du méat urétral de la.... 708
Femme. Un cas de tuberculose génitale chez la.... 354
Fémur. Fractures du, mal consolidées.... 454
Fémur. Le diagnostic et le traitement de l'ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du, et de l'articulation coxo-fémorale.... 973
Fer. Traitement de la dégénérescence combinée de la moëlle par l'administration de doses massives de.. 742
Fesses. Un cas très rare de tumeurs kystiques situées aux deux, d'un enfant naissant.. 1133
Fibromateuse du corps, du segment inférieur ou du col de l'utérus. Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence.... 422
Fibromateux. Utérus, traité par les rayons X suivi, sept ans après, d'un épithélioma du corps.... 932
Fibrome utérin pédicule tordu. Un cas de.... 1024
Fibromes de l'utérus. Le traitement des 531
Fibro-myome interstitiel du col utérin.... 305
Fistule intestinales.. 896
Fixateurs du calcium. Recherches sur les. Uviosensibilité et uviorésistance.... 1078
Foétale. A propos d'un cas de dystocie.... 596

Formulaire ou Médecine pratique

Quelques formules antispasmodiques 56
Troubles digestifs 439
Les douches en gynécologie 520
Contre la migraine, la toux 629
Traitement de l'asthme bronchique.... 725
Le rhumatisme polyarticulaire aigu.... 815
Coma diabétique.... 890
Hémorragie stomacale 970
Liniments 1077
Lithiases urinaires.... 1172
Traitement de la toux chez les enfants.... 1249
Ulcère du duodénum 1324
Foucher: 1856-1932.... 1203
Foucher. Le professeur A. A. 1191
Fracture de Monteggia. Un cas de.... 857
Fracture de l'olécrâne chez l'enfant.... 1335
Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées 1178
Fractures de la clavicule chez les enfants. Les.... 359
Fractures de l'humérus. Appareil modifié pour.... 263
Fractures du coude chez l'enfant.... 403
Fractures du crâne. Le traitement préventif de la méningite dans les.... 1084
Fractures du fémur mal consolidées.... 454
Fractures et des luxations. L'anesthésie locale dans la réduction des.... 276
Fractures. L'anesthésie locale dans le traitement des, avec commentaires.... 453

G

Gangrènes sèches. La radiothérapie surrénale dans les 456
Gastro-duodénal. Quelques formes douloureuses atypiques de l'ulcère.... 1891
Gastro-duodénaux. Résultats éloignés du traitement médico-chirurgical des ulcères.... 818
Gazette médicale de France et des pays de langue française.... 720
Genou. Ostéochondromatose du.... 454
Globules blancs dans le sang dans les appendicites neurogènes. Considérations sur le nombre de.... 260

Glucosée hypertonique. Les injections intraveineuses massives de solution, chez les brightiques hypertendus 1253
Goitre exophtalmique opéré en deux temps et guéri 481
Goitre scolaire.... 895
Goitre toxique 527, 732
Goitre toxique sans modification du métabolisme.... 362
Gonococcique. Blennorragie, et non-gonoccoccique.... 1085
Goundou. A propos de l'étiologie du.... 1054
Grande cavité. Les indications opératoires dans le traitement des pleurésies purulentes aiguës de la.... 891
Granulome pyogénique. Du traitement radiothérapique du.... ....989, 1261
Gravidiques. Pyélites, graves.. 824
Grêle. Les tumeurs de l'intestin.... 1173
Grossesse. Le trichomonas dans la vaginité de la.... 62
Grossesse. Phlébite pendant la 1294
Grossesse. Rétinite hémorragique dans les vomissements de la.... 530
Gymnastique et les jeux de l'enfant. La.... 418
Gymnastique musculaire électriquement provoquée dans le traitement de la paralysie infantile. Au sujet des traitements physiothérapiques et plus particulièrement de la.... 280
Gynécologie en 1931. La.. 735
Gynécologie. Le pyridium en obstétrique et en.... 1061
Gynopathique. La douleur lombaire.... 819

H

Hanche. Arthrodèse de la, dans la coxalgie.... 1082
Hanche. Les accidents nerveux de la réduction de la luxation congénitale de la 1334
Hanche. L'ostéomyélite de la 534
Hanche. Résection arthroplastique de la.... 637
Hémangiome du sigmoïde et du colon. L'.... 62
Hémato-salpinx droit, torsio.. 23
Hémolyse fatale à la suite de transfusion avec le sang d'un donneur de même groupe que le receveur.... 538
Hémoptysies non tuberculeuses. Les.... 784
Hémorragies digestives chez un angiomateux 634
Hémorragie gastrique. Traitement de l'. L'ulcère.... 390
Hépatique. L'élimination, de la tétraiodophénolphtaléine et ses rapports avec la cholécystographie.... 443
Hérédo-syphilis dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles. Rôle de l'.... 736
Hernie crurale. Le vissage ligamento-pubien dans la cure radicale de la.... 894
Hernie de l'utérus gravide de cinq mois à travers l'anus 635
Hêtre. Traitement des broncho-pneumonies aiguës par créosote de.... 730
Hinton. Effet de l'ingestion d'alcool sur les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn et.... 1180
Histoire médicale de Montréal depuis sa fondation jusqu'à la fin du XIXè siècle.. 256
Historique de la lutte antivénérienne dans la province de Québec.... 225
Hôpital St-Jean de Dieu. L'.... 243
Hôpitaux. Nos.... 144
Hormones dites sexuelles et leur production cyclique. Récentes recherches sur les 1175
Hormone ovarienne. Données biologiques et thérapeutiques de l', dans la ménopause post-opératoire.... 1281

Huile de ricin, la quinine et l'extrait pituitaire pour provoquer le travail. Observation sur l'emploi de l', ... 450

Humérus. Appareil Thomas modifié pour fractures de l'.... 263

Hydrocéphalie. Un cas d'.... 780

Hygiène et la profession médicale. L'enseignement de l'.... 408

Hygiène intellectuelle scolaire. Surménage scolaire.... 821

Hypéralbuminose et hyperlymphocytose rachidiennes. Sclérose en plaques aiguë à forme triplégiques. Rétention urinaire progressive 773

Hyperhydrocarboné. Résultats cliniques et expérimentaux avec le régime, hypocalorique dans le traitement du diabète sucré.... 1251

Hyperlymphocytose et hypéralbuminose rachidiennes. Sclérose en plaques aiguë à forme triplégique. Rétention urinaire progressive.... 773

Hypertendus. Les injections intraveineuses massives de solution glucosée hypertonique chez les brightiques.. 1253

Hypersucré. Le régime, dans le traitement du diabète.... 1326

Hypertension intracrânienne. Syndrome d'. La méningite dite "séreuse" 365

Hyperthermie provoquée. Traitement de la chorée par l'.... 824

Hyperthyroïdies et leur traitement. Les.... 447

Hypertonique. Les injections intraveineuses massives de solution glucosée, chez les brightiques hypertendus 1253

Hypocalorique. Résultats cliniques et expérimentaux avec le régime hyperhydrocarboné, dans le traitement du diabète sucré 1251

Hypoparathyroïdie post-opératoire.... 1027

Hypophosphatémie est-elle le stigmate sanguin essentiel du rachitisme. L'.... 1080

Hypophyse. L'action combinée du thymus et du lobe postérieur de l', dans les inerties utérines.... 823

Hystérectomie vaginale dans la chirurgie moderne. Quelle place faut-il conserver à l'.... 972

I

Ictères de l'acide phénylquinoléine carbolyxique 58

Identité des localisation radiologiques des tuberculoses familiales. Notes sur l'.... 293

Iléo-caecale. Un cas d'invagination, traité et guéri par la résection.... 768

Images d'aspect calculeux du bassin. Notes de clinique radiologique. Diagnostic des.... 397

Immunisation active contre la diphtérie. Conclusions de la conférence d'experts en matière d'.... 820

Immunisation antidiphtérique des enfants par une injection unique d'anatoxine diphtérique purifiée et concentrée.... 457

Imperméabilités tubaires et adhérences péri-métro-salpingiennes. Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des, Ses précisions, ses incertitudes, ses limites.... 820

Importance clinique de la vésicule biliaire et sur les troubles dyskinétiques dans les voies biliaires. Sur l'.... 897

Importance de l'examen à l'ultra-microscope pour toute lésion ulcéreuse des organes génitaux externes. 675

Incisions abdominales et leur fermeture. Les.... 1328

Incisions abdominales et leur fermeture.... 1253

Incubation de la rougeole. La période d'.... 453

Index alphabétiques des articles.... 1353
Index alphabétique des noms d'auteurs 1382
Indications opératoires dans le traitement des pleurésies purulentes aïgues de la grande cavité. Les 891
Indications thérapeutiques générales dans les troubles moteurs des extrémités. Les.... 972
Inertie psychomotrice prolongée; délire épilpetique. Automatisme ambulatoire comitial suivi d'.... 369
Inerties utérines. L'action combinée du thymus et du lobe postérieur de l'hypophyse dans les.... 823
Infantiles. Rôle de l'hérédosyphilis dans le déterminisme des encéphalopathies.... 736
Infarctus pulmonaires. Embolie et.... 448
Infection colibacillaire. Vaccination régionale par la porte d'entrée; son emploi contre l'.... 59
Infection. L'amygdale foyer d'.... 635
Infection puerpérale. Quelles sont les principales causes d'erreur dans le diagnostic de l'.... 1048
Infections graves en rapport avec la puerpéralité, traitées par des transfusions de sang préparé. Observations d'.... 1174
Influence de la parathyroïdectomie sur le calcium sanguin.... 16
Infra-rouges. Les rayons.... 1040
Ingestion d'alcool sur les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn. et Hinton. Effet de l'.... 1180
Injection de lipiodol. Démonstration radiologique après, des imperméabilités tubaires et des adhérences périmétro-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites 820
Injection intra-focale d'autofiltrat. Un cas de pleuropneumonie guérie par une 583
Injection unique d'anatoxine diphtérique purifiée et concentrée. Immunisation antidiphtérique des enfants par une.... 457
Injections intra-veineuses de sulfate d'atropine. Traitement des crises gastriques du tabès par les.. 640
Injections intraveineuse iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique. Traitement de l'angine de poitrine par les 446
Injections intraveineuse massives de solution glucosée hypertonique chez les brightiques hypertendus. Les.... 1253
Injections. Le traitement des varices par.... 897
Injections sous-cutanées d'acide carbonique. Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les 446
Injections sous-cutanées d'émétine. Abcès de la base gauche du poumon. Influence favorable des, et de la position déclive.... 1257
In Memoriam 1277
Insanité de la ménopause. Quelques réflexions sur l', et la toxémie bactérienne. 897
Insuline sur les cancers ulcérés de la peau. L'action de l'.... 58
Institut neurologique de l'université McGill. Réflexions sur le futur.... 659
Interprétation clinique et radiologique de certains troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin.... 348
Intestin grêle. Les tumeurs de l'.... 1173
Intestin. Interprétation clinique et radiologique de certains troubles fonctionnels de l'estomac et de l'.... 348
Intestinal. Action de la prostigmine sur le péristaltisme.... 894

Intestinale. Invagination.... 1259
Intestinales. Fistules.... 896
Intoxication par teinture de chaussures. Sur un cas d'.... 1179
Invagination iléo-caecale traité et guéri par la résection. Un cas d'.... 768
Invagination intestinale.... 1259
Iodées. Traitement de l'angine de poitrine par les injections intra-veineuses, intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique.... 446

J

Jachymov. Cancer du poumon chez les mineurs de.... 1181
Jeux de l'enfant. La gymnastique et les.... 418
Joue. Volumineuse tumeur de la, et des lèvres. Curiethérapie. Guérison 1335

K

Kahn. Effet de l'ingestion d'alcool sur les réactions de Bordet-Wassermann, et Hinton.... 1180
Kala-azar. Comment contracte-t-on le.... 1266
Kérato-conjonctivite phlycténulaire. Le sort des enfants ayant présenté une.... 452
Kystes et les tumeurs du mésentère. Les.... 994
Kystes salivaires. Electrocoagulation des.... 376

L

La dentition chez les enfants. 722
Langue. Le brûlement de la, petit signe d'ulcus.... 1000
Larmes de sang pas déséquilibre neuro-végétatif post-commotionnel. Un cas de 535
Larocque. In Memoriam 1277
Laryngo-trachéal. Corps étranger. Trachéotomie. Ablation.... 319
Lassalle. Le professeur Albert 73
Le collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.... .... 42. 513, 618
Lésion ulcéreuse des organes génitaux externes. Importance de l'examen à l'ultramicroscope pour toute.. 675
Lésions viscérales dans les contusions et les plaies de l'abdomen. Sur un signe précoce de.... 448
Lettre du professeur Benoît.... 833
Leucoplasie cutanée ulcérée consécutive à un prurit anal ancien.... 925
Lèvres. Volumineuse tumeur de la joue et des, Curiethérapie. Guérison 1335
Ligamento-pubien. Le vissage, dans la cure radicale de la hernie crurale.... 894
Liniments.... 1077
Lipiodol. Algies crurales gauches. Arrêt du, Tumeur de la queue de cheval. Ablation. Guérison.... 537
Lipiodol. Démonstration radiologique **après** injection de, des imperméabilités tubaires et des adhérences péri-m é t r o-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites 820
Liquide amniotique. Nature du.... 451
Liquide céphalo-rachidien. Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par l'analyse du.... 1259
Liquides absorbés. Traitement préventif et curatif de l'éclampsie par diminution des, et déshydratation.. 1254
Lithiase cholédocienne. Cinq cas de.... 861

Lobe postérieur de l'hypophyse. L'action combinée du thymus et du, dans les inerties utérines.... 823
Lombaire. La douleur, gynopathique 819
L'Union Médicale du Canada durant l'année 1872. Les débuts de. Le Dr Rottot.... 78
L'Union Médicale du Canada en liaison avec le collège des médecins et chirurgiens pendant 60 ans: 1872 à 1932.... 123
L'Union Médicale et l'enseignement de la médecine chez nous. Soixante ans de 111
L'Union Médicale. Mes souvenirs de.... 97
Lutte antivénérienne dans la province de Québec. Historique de la.... 225
Luxation congénitale de la hanche. Les accidents nerveux de la réduction de la 1334
Luxations. L'anesthésie locale dans la réduction des fractures et des.... 276

M

Malade qui parle difficilement et qui comprend mal, ou, un cas d'aphasie de broca. Sur une.... 1050
Maladie de Basedow. Le résultat de la thyroïdectomie pour la 1327
Maladie de Basedow. Traumatisme et.... 1083
Maladie de Milroy. Un cas de 1287
Maladie de Recklinghausen. Considérations générales sur la.... 835
Maladies de la femme. La radiothérapie dans les.. 1238
Malarisés. Transformations psychosiques du syndrome mental chez des paralytiques généraux.... 266
Manifestations urinaires de la syphilis congénitale du nourrisson. Les 65
McGill. Réflexions sur le futur institut neurologique de l'université.... 659
Méat urétral de la femme. Les modifications pathologiques du.... 708
Médecine anti-conceptionnelle en U.R.S.S. Etat actuel de la.... 1329
Médecine chez nous. Soixante ans de l'Union Médicale et l'enseignement de la.... 111
Médecine. L'enseignement classique et la.... 1072
Mégacolon sigmoïdien. Volvulus d'un.... 450
Médecine Pratique (Voir Formulaire).
Médicaments cardiaques: adoverne, convallatoxine, cymarine. Que faut-il penser des nouveaux.... 1251
Membranes. Adhérence et résistance anormales des.... 594
Membre supérieur gauche. Syringomyélie cervico-dorsale unilatérale. Début manifesté par des algies du.... 936
Méningite dans les fractures du crâne. Le traitement préventif de la.... 1084
Méningite dite "séreuse". Syndrome d'hypertension intracrânienne. La.... 365
Ménopause. Les acroparesthésies de la.... 1175
Ménopause post-opératoire. Données biologiques et thérapeutiques de l'hormone ovarienne dans la 1281
Ménopause. Quelques réflexions sur l'insanité de la, et la toxémie bactérienne 897
Menthol en oto-rhino-laryngologie. Dangers du.... 536
Mésentère. Les kystes et les tumeurs du.... 994
Métabolisme. Contribution à l'étude du, du phosphore au cours des angines diphtériques 1079
Métabolisme. Goitre toxique sans modification du.... 362

Métabolisme hydrocarboné. Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du.... 445
Métastatique. Abcès épidural, de la moëlle.... 527
Méthodes collapsothérapiques. Etat actuel des.... 740
1872-1932.... 4
Milroy. Un cas de maladie de 1287
Mineurs de Jachymov. Cancer du poumon chez les.... 1181
Modifications pathologiques du méat urétral de la femme. Les 708
Moëlle. Abcès épidural métastatique de la.... 527
Moëlle cervicale. Compression brusque de la, et probablement du bulbe.... 1030
Moëlle. Effet de la diète au cerveau sur la dégénérescence combinée sub-aiguë de la.... 742
Moëlle épinière. Abcès métastatique épidural de la.... 761
Moëlle. Traitement de la dégénérescence combinée de la, par l'administration de doses massives de fer.... 742
Monteggia. Un cas de fracture de.... 857
Montréal. Pour l'université de 831
Mort subite par embolie secondaire à une thrombose occulte d'origine variqueuse. Un cas de.... 309
Mort. Un nouveau signe précoce de la.... 1179
Myocardite aiguë infectieuse typhoidique.... 1203

N

Nature du liquide amniotique. 451
Néphrite hydropigène tuberculeuse et néphrose lipoïdique.... 61
Néphrose lipoïdique. Néphrite hydropigène tuberculeuse et.... 61
Nerveuses. Les complications, au cours de la rougeole.... 533
Nerveux. Les accidents, de la réduction de la luxation congénitale de la hanche 1334
Neurogènes. Considérations sur le nombre des globules blancs du sang dans les appendicites.... 260
Neuro-psychiâtrie. La céphalée en 1243, 1310
Notes sur l'identité des localisations radiologiques des tuberculoses.. familiales 293
Nourrisson. Le coup de chaleur du.... 532
Nourrisson. Les manifestations urinaires de la syphilis congénitale du.... 65

Nouvelles:

L'Exécutif de la Société Médicale de Montréal.... 71
Cours en anglais à Paris en 1931.... 72
L'Exécutif de la Société de Chirurgie de Montréal 72
Congrès International de la lithiase biliaire.... 650
Réunion internationale de prophylaxie et d'hygiène mentale 652
American Academy of Ophtalmology and Otolaryngology.... 653
Le procès de Lubeck 654
Voyage médical au Canada et aux Etats-Unis.... 753
3ème Voyage aux Stations Thermales et Climatiques de France.... 826
Conférences internationales des voix latines.... 906
Le XIIème Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.... 907

Le docteur Chevassu au Congrès d'Ottawa.... 912
Congrès d'Otawa-Hull.... 977
Un grand orthopédiste français à Ottawa.... 978
XIIème Congrès français de médecine.... 979
Congrès International de la Lithiase biliaire.... 981
L'Université de Montréal 982
Nos anciens élèves reviennent 984
Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Renseignements généraux et programme.... 1087
Avis du service provincial d'hygiène.... 1094
Cours de perfectionnement à l'hôpital St-Luc 1094
Les leçons cliniques de l'hôpital Notre-Dame.. ....1192, 1267
Institut scientifique Franco-Canadien.... 1197
La première journée du Congrès international de la lithiase biliaire à Vichy 1270
Le Congrès International de la Lithiase biliaire à Vichy.... 1345
Condoléances 1350
Retour d'Europe 1350

O

Obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. Diabète insipide d'origine syphilitique.... 445
Observation sur l'emploi de l'huile de ricin, la quinine et l'extrait pituitaire pour provoquer le travail.... 450
Obstétrique et en gynécologie. Le pyridium en.... 1061
Obstruction coronarienne aiguë. L'.... 1131
Oédème aigu du poumon consécutif à l'accouchement. Un cas d'.. 945
Olécrâne. Fracture de l', chez l'enfant 1335
Oligurie relative ou phénomène de Blum 1303
Opérations. etc. Considérations générales sur les techniques et l'arsenal chirurgicaux. Les salles d'.... 425
Opératoires. Les indications, dans le traitement des pleurésies purulentes aiguës de la grande cavité.... 891
Opérés. La vaccination pré et post-opératoire des.... 634
Opinions au sujet du soixantenaire de l'Union Médicale du Canada.... 712
Organes génitaux externes. Importance de l'examen à l'ultra-microscope pour toute lésion ulcéreuse des 675
Origine artérielle. Remarque sur l'évolution de l'angine de poitrine d'.... 893
Or. Les sels d', dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.... 806
Orthodiagraphie en série. Pronostic des dilatations cardiaques par l'.... 1036
Ostéochondromatose du genou.... 454
Ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du fémur et de l'articulation coxo-fémorale. Le diagnostic et le traitement de l'.... 973
Ostéomyélite chronique. Deux cas, ... 668
Ostéomyélite de la hanche. L'.... 534
Otite externe à fausses membranes apparemment diphtéritique. Un cas d'.. 1226
Otite moyenne chez le jeune enfant. Un nouveau symptôme de l'.... 536
Oto-rhino-laryngologie. Dangers du menthol en.... 536
Oto-rhino-laryngologie et pédiatrie 1177

Ovarienne. Données biologiques et thérapeutiques de l'hormone, Dans la ménopause post-opératoire.... 1281

Ovarites suppurées puerpérales. Les.... 451

Oxyures chez l'adulte. Traitement des.... 731

P

Paralysie du plexus brachial. Un cas d'urticaire profond compliqué de.... 377

Paralysie infantile. Au sujet des traitements physiothérapiques et plus particulièrement de la gymnastique musculaire électriquement provoquée dans le traitement de la.... 280

Paralytiques généraux malarisés. Transformations psychosiques du syndrome mental chez des 266

Parathyroïdectomie sur le calcium sanguin, influence de la.... 16

Parkinsonisme sulfo-carboné professionnel. Le.... 1264

Pathogénie de l'urticaire 455

Peau. L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la.... 58

Pédiatres de langue française. Le septième congrès des 506

Pédiatres de langue française, septième congrès des.... 29

Pédiatrie et oto-rhino-laryngologie.... 1177

Pédicule. Un cas de fibrome utérin, tordu.... 1024

Peptique. L'ulcère, post-opératoire: pathogénie 612, 695

Péri-métro-salpingiennes. Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des imperméabilités tubaires et des adhérences. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites.... 820

Périnée. Technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-péritonéale avec abaissement du colon au.... 449

Période d'incubation de la rougeole. La.... 453

Péristaltisme intestinal. Action de la prostigmine sur le.... 894

Péritonites appendiculaires. Le traitement des 1328

Phénomène de Blum. Oligurie relative ou 1303

Phlébite pendant la grossesse 1294

Phrénicectomie. Traitement de la tuberculose pulmonaire par la.... 1010

Phosphore. Contribution à l'étude du métabolisme du, au cours des angines diphtériques.... 1079

Phlycténulaire. Le sort des enfants ayant présenté une kérato-conjonctivite 452

Phrénicectomie. Regards sur une statistique ancienne de 1178

Physico-thérapie en dermatologie 739

Physiopathologie rénale. Brève revue des données les plus récentes sur la.... 864

Physiothérapiques et plus particulièrement de la gymnastique musculaire électriquement provoquée dans le traitement de la paralysie infantile. Au sujet des traitements.... 280

Pied plat. Le.... 1258

Pituitaire. Observation sur l'emploi de l'huile de ricin. la quinine et l'extrait, pour provoquer le travail.... 450

Placenta praevia. Etiologie du 898

Plaies abdominales par armes à feu. Du rôle de l'hémorragie dans les.... 1078

Plaies de l'abdomen. Sur un signe précoce de lésions viscérales dans les contusions et.... 448

Plantaires. Le traitement des verrues.... 974
Pleurésie séro-fibrineuse. La.. 866
947.
Pleurésie purulente aseptique au cours des pneumonie et broncho-pneumonie chez les enfants 1330
Pleurésies purulentes aiguës. Les indications opératoires dans le traitement des. de la grande cavité.... 891
Plexus brachial. Un cas d'urticaire profond compliqué de paralysie du 377
Pleuro-pneumonie guérie par une injection intra-focale d'auto-filtrat. Un cas de.... 583
Pneumoconiose. Une revue de la.... 1262
Pneumocoques. Abcès aigu à, du poumon terminé par la guérison.... 1256
Pneumonie et broncho-pneumonie chez les enfants. Pleurésie purulente aseptique au cours des 1330
Pneumonie silencieuse chez l'enfant. La.... 452
Pneumothorax. Le 777
Poche des eaux durant le travail. Du rôle de la.... 663
Poliomyélite. Le diagnostic précoce de la.... 1264
Polynévrite diphtérique. La.... 500
Polynévrite primitive à virus inconnu.... 917
Pommes. Contribution au traitement des diarrhées parentales des enfants, par le régime des.... 65
Post-abortum. Septicémie colibacillaire. Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Guérison 526
Position déclive. Abcès de la base gauche du poumon. Influence favorable des injections sous-cutanées d'émétine et de la.... 1257
Post-opératoire. Données biologiques et thérapeutiques de l'hormone ovarienne dans la ménopause 1281
Post-opératoire. Hypoparathyroïdie.... 1027
Poumon. Abcès aigu à pneumocoques du, terminé par la guérison.... 1256
Poumon. Abcès de la base gauche du. Influence favorable des injections sous-cutanées d'émétine et de la position déclive.... 1257
Poumon. Cancer du, chez les mineurs de Jachynov.... 1181
Poumon. Sur le diagnostic radiologique des abcès du.. 457
Poumon. Un cas d'oédème aigu du, consécutif à l'accouchement.... 945
Praevia. Etiologie du placenta 898
Précipitation microscopique dans la syphilis. Réaction de.... 743
Précis de pratique médicale.. 719
Préparation à l'enseignement médical français. De la.. 1067
Pression artérielle moyenne.... 892
Pression moyenne. La.... 329
Procédé simpliflé pour la transfusion. Un.... 325
Procédés classiques permettant d'en établir le diagnostic différentiel. L'appendicite chronique et certaines affections du colon droit.... 487
Profession médicale. L'enseignement de l'hygiène et la 408
Programme de l'Union Médicale du Canada 1872-1932. Le.... 553
Pronostic des dilatations cardiaques par l'orthodiagraphie en série.. 1036
Prostigmine. Action de la, sur le péristaltisme intestinal.. 894
Province de Québec. Historique de la lutte antivénérienne dans la.... 225
Prurit anal ancien. Leucoplasie cutanée ulcérée consécutive à un 925
Prurit par tricocéphalose. Sur un cas de.... 975
Pseudo-hyperthyroïdie. Diagnostic différentiel 1327

Psychosiques du syndrome chez les paralytiques généraux malarisés. Transformations.... 266

Puerpérale. Quelles sont les principales causes d'erreur dans la diagnostic de l'infection 1048

Puerpérale. Septicémie 1296

Puerpérales. Les ovarites suppurées.... 451

Puerpéralité. Observations d'infections graves en rapport avec la, traitées par des transfusions de sang préparé.... 1174

Pulmonaires. Les suppurations

Pulmonaires. Les suppurations, et bronchiques du jeune enfant et leur traitement.... 1258

Pulmonaires putrides. L'autopyovaccin dans le traitement des suppurations 445

Purpura hémorragique et rhumatoïde post-arsénobenzolique.... 598

Purpura rhumatoïde.... 19

Pyélites gravidiques graves 824

Pyéloscopie: une autre contribution à l'étude expérimentale des contractions du bassinet. La.... 639

Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Septicémie colibacillaire post-abortum. Guérison 526

Pyridium comme antiseptique urinaire particulièrement au point de vue de son élimination par les reins. Etude sur le.... 733

Pyridium en obstétrique et en gynécologie. Le 1061

Q

Québec. Le congrès français de médecine à, en 1934 .... 700 1278.

Queue de cheval. Tumeur de la..... Algies crurales gauches. Arrêt du lipiodol. Ablation. Guérison.... 537

Quinine. Observation sur l'emploi de l'huile de ricin, la, et l'extrait pituitaire pour provoquer le travail. 450

R

Rabbits. Avian tuberculosis in normal and vaccinated 66

Rachianesthésie chez les enfants. La.... 1176

Rachitisme. L'hypophosphatémie est-elle le stigmate sanguin essentiel du.... 1080

Radio-diagnostic dans la dépistage de la tuberculose pulmonaire. Du rôle social du.... 822

Radiologie. Sur un cas de fécalome géant diagnostiqué par la.. 383

Radiologique. Démonstration, après injection de lipiodol. des imperméabilités tubaires et des adhérences périmétro-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites.... 820

Radiologique. Diagnostic, de l'ulcère duodénal.... 698

Radiologiques des tuberculoses familiales. Notes sur l'identité des localisations.. 293

Radiologiques. Significations des aspects, de l'ulcère duodénal.... 728

Radiothérapie dans les maladies de la femme. La.... 1238

Radiothérapie du sycosis vulgaire. La.... 1220

Radiothérapie surrénale dans les gangrènes sèches. La.... 456

Radiothérapie. Les angiomes et la.... 940

Radiothérapique du granulome pyogénique. Du traitement 1261

Radiothérapique. Traitement, du granulome pyogénique 989

Radium. Le traitement du cancer du col avec de petites quantités de.... 1333
Rapport du comité pour l'étude des assurances sociales.. 1152
Rayons infra-rouges. Les.. 1040
Rayons X. Sycosis et.... 1147
Rayons X. Utérus fibromateux traité par les, suivi sept ans après, d'un épithélioma du corps.... 932
Réaction de précipitation microscopique dans la syphilis.... 743
Réactions de Bordet-Wassermann, Kahn et Hinton. Effet de l'ingestion d'alcool sur les.... 1180
Receveur. Hémolyse fatale à la suite de transfusion avec le sang d'un donneur de même groupe que le.... 538
Recherches sur les fixateurs du calcium. Uviosensibilité et uviorésistance.... 1078
Recherches sur les hormones dites sexuelles et leur production cyclique. Récentes 1175
Recklinghausen. Considérations générales sur la maladie de.... 835
Rectal. Fécalome 854
Recto-sigmoïde. Cancer du rectum et 1078
Rectum. Cancer du, et recto-sigmoïde.... 1078
Rectum cancéreux. Technique opératoire de l'amputation du, par voie abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée.... 449
Rectum. Le diagnostic et les principes de traitement du cancer du colon et du.... 61
Réduction de la luxation congénitale de la hanche. Les accidents nerveux de la 1334
Réduction des fractures et des luxations. L'anesthésie locale dans la.... 276
Réflexions sur l'insanité de la ménopause et la toxémie bactérienne. Quelques 897
Réflexions sur le futur institut neurologique de l'université McGill 659
Régime des pommes. Contribution au traitement des diarrhées parentales des enfants par le.... 65
Régime hyperhydrocarboné hypocalorique dans le traitement du diabète sucré. Résultats cliniques et expérimentaux avec le.... 1251
Régime hypersucré dans le traitement du diabète. Le 1326
Régulation thermique. Troubles de la, et du métabolisme hydrocarboné. Diabète insipide d'origine syphilitique. Obésité, troubles génitaux 445
Reins. Etude sur le pyridium comme antiseptique urinaire au point de vue de son élimination par les.... 733
Rénale. Brève revue des données les plus récentes sur la physiopathologie.. 864
Résection arthroplastique de la hanche. La.... 637
Résistance anormales des membranes. Adhérence et 594
Résultats cliniques et expérimentaux avec le régime hyperhydrocarboné hypocalorique dans le traitement du diabète sucré.... 1251
Rétention urinaire progressive. Sclérose en plaques aiguë à forme triplégique. Hyperlymphocytose et hypéralbuminose rachidiennes..... 773
Rétinite hémorragique dans les vomissements de la grossesse.. 530
Revue des livres et thèses:
Pour la mère et l'infirmière 36
La crise bilieuse 37
Les voies de l'amour.... 39
Cours d'hygiène professé à l'université de Montréal 435
Embonpoint et obésité 436
Anaphylaxie 522
La thérapeutique des péchés capitaux.... 522

Les enfants tuberculeux.... 523
Le journal de l'Hôtel-Dieu 630
Précis de pratique médicale 719
Gazelle médicalee de France et des pays de langue française 720
Formulaire thérapeutique odonto-stomato-logique 721
La dentition chez les enfants 722
L'année médicale pratique 723
Les tumeurs du quatrième ventricule 817
Les arythmies dans la pratique journalière 889
Problèmes actuels de pathologie médicale 964
Technique des prélèvements, interprétation des résultats du laboratoire 969
Contribution à l'étude du chorio-épithéliome malin.... 1075
Le syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes fermés du crâne 1169
Manuel de puériculture.... 1247
Les annales médico-chirurgicales de l'hôpital Ste-Justine 1248
Les spondylolisthésis 1318
La diarrhée cholériforme et le syndrome toxique dans la première enfance.... 1321
Rhumatisme polyarticulaire aigu compliqué de broncho-pneumonie: Darsonvalisation. Un cas de.. 677
Rôle de la clinique dans les sciences biologiques, Le 875
954.
Rôle de l'hémorragie dans les plaies abdominales par armes à feu. Du.... 1078
Rôle de l'hérédo-syphilis dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles 736
Rôle étiologique de la syphilis dans les lésions des artères 689
Rôle social du radio-diagnostic dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire. Du 822
Rottot. Le Dr des débuts de l'Union Médicale durant l'année 1872.... 78
Rougeole. La période d'incubation de la.... 453
Rougeole. Les complications nerveuses au cours de la.... 533

S

St-Jean de Dieu. L'hôpital 243
Salivaires. Electrocoagulation des kystes.... 376
Sang. Considérations sur le nombre des globules blancs dans le, Dans les appendicites neurogènes.... 260
Sang. Hémolyse fatale à la suite de transfusion avec le, d'un donneur de même groupe que le receveur.. 538
Sang préparé. Observations d'infections graves en rapport avec la puerpéralité traitées par des transfusions de.... 1174
Sang pur. La transfusion sanguine et l'emploi du 1329
Sang. Un cas de larmes de, par déséquilibre neuro-végétatif post-commotionnel.... 535
Sanguin, influence de la parathyroïdectomie sur le calcium.... 16
Sciences biologiques. Le rôle de la clinique dans les 875
954.
Sclérose en plaques aiguë à forme triplégique. Rétention urinaire progressive. Hyperlymphocytose et hyperalbuminose rachidiennes.... 773
Scolaire. Goitre.... 895
Scolaire. Hygiène intellectuelle scolaire. Surménage 821
Scoliose. La.... 899
Secteur droit de l'abdomen. A propos des erreurs de diagnostic des lésions du.... 314
Sein. Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer du.... 1174

Segment inférieur ou du col de l'utérus. Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps, du.... 422

Sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les.... 806

Septicémie colibacillaire post-abortum. Pyopneumothorax putride fistulisé dans les bronches. Guérison 526

Septicémie puerpérale 1296

Services par les dispensaires et les soins à domicile. Les 960

Sigmoïde et du colon. L'hémangiome du.... 62

Sigmoïdien. Volvulus d'un mégacolon.... 450

Signe précoce de la mort. Un nouveau.... 1179

Signe précoce de lésions viscérales dans les contusions et les plaies de l'abdomen. Sur un.... 448

Signes cliniques. Quatre petits.... 446

Signification des aspects radiologiques de l'ulcère duodénal 728

Sociales. Rapport du comité pour l'étude des assurances 1152

Société (Voir Association)

Soins à domicile. Les services par les dispensaires et les 960

Soixante ans de l'Union Médicale et l'enseignement de la médecine chez nous. Les 111

Soixantenaire.... 627

Soixantenaire de l'Union Médicale du Canada. Les toasts au dîner du 563

Soixantenaire de l'Union Médicale du Canada. Quelques opinions au sujet du.... 712

Solution glucosée hypertonique chez les brightiques hypertendus. Les injections intraveineuses massives de 1253

Sort des enfants ayant présenté une kérato-conjonctivite phlycténulaire. Le.... 452

Souvenirs de l'Union Médicale. Mes.... 97

Spasmodiques de l'utérus au cours du travail. Contractions.... 287

Spécificité. Les tendances nosographiques actuelles et la notion de 1307

Spina bifida. Le.... 899

Spina bifida occulta. Quelques troubles attribuables au 386

Spino cellulaire. Coexistence d'épithéliomas baso et, chez un même sujet.... 770

Splénomégalie avant et pendant le chancre.... 456

Stase de la vésicule biliaire et sur les troubles dyskinétiques dans les voies biliaires. Sur l'importance clinique de la.... 897

Stase duodénale chronique 1141 1234, 1300.

Statistique ancienne de phrénicectomie. Regards sur une.... 1178

Stigmate sanguin essentiel du rachitisme. L'hypophosphatémie est-elle.... 1080

Sucre-insuline en thérapeutique cardiaque. L'action.... 729

Sulfate d'atropine. Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intra-veineuses de.... 640

Sulfo-carboné. Le parkinsonisme, professionnel.... 1264

Suppurations pulmonaires et bronchiques du jeune enfant et leur traitement. Les 1258

Suppurations pulmonaires putrides. L'autopyovaccin dans le traitement des.... 445

Surménage scolaire. Hygiène intellectuelle scolaire.... 821

Surrénale. La radiothérapie, dans les gangrènes sèches.. 456

Sycosis et rayons X 1147

Sycosis vulgaire. La radiothérapie du.... 1220

Sympathectomies. Etat actuel de la question des.... 1337

Symptôme de l'otite moyenne chez le jeune enfant. Un nouveau.... 536

Syncope et son traitement. La 1139

Syndrome de Bernheim. Trois cas de.... 60

Syndrome d'hypertension intracrânienne. La méningite dite "séreuse". 365

Syndrome mental chez des paralytiques généraux malarisés. Transformations psychosiques du.... 266

Syndrome vesticulaire 975

Syphiligraphie. Le bismuth liposobuble en.... 455

Syphilis cérébrale. Importance du diagnostic précoce dans la.... 1159

Syphilis congénitale du nourrisson. Les manifestations urinaires de la.... 65

Syphilis nerveuse. Le diagnostic précoce de la, par l'analyse du liquide céphalo-rachidien.... 1259

Syphilis préhumorale. Son traitement.... 25

Syphilis. Réaction de précipitation microscopique dans la.... 743

Syphilitique. Bursopathie, de Verneuil.... 1336

Syphilitique. Diabète insipide d'origine. Obésité, troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné 445

Syphilitiques. Faut-il traiter indéfiniment les.... 637

Syphilis. Rôle étiologique de la, Dans les lésions des artères.... 689

Syringomyélie cervico-dorsale unilatérale. Début manifesté par des algies du membre supérieur gauche 936

T

Tabès. Traitement des crises gastriques du, par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine.... 640

Technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par voie abdomino-périnéale avec abaissement du colon au périnée.... 449

Technique personnelle pour la cure de l'épispadias féminin. une.... 1004

Techniques et l'arsenal chirurgicaux. Les salles d'opérations, etc. Considérations générales sur les.... 425

Teinture de chaussures. Sur un cas d'intoxication par.. 1179

Tendances nosographiques actuelles et la notion de spécificité. Les 1307

Testiculaire. La chirurgie de l'ectopie.... 534

Testicules. Un cas de tumeurs bilatérales des, avec quelques commentaires sur l'effet de la castration chez l'adulte mâle.... 1254

Tétanie.... 737

Tête. Evaluation de l'évidence des blessures de la.... 824

Tétraiodophénolphtaléine et ses rapports avec la cholécystographie. L'élimination hépatique de la.... 443

Thérapeutique. A propos d'un cas d'acromégalie. Considérations d'ordre.... 1230

Thérapeutique cardiaque. L'action sucre-insuline en 729

Thérapeutiques. Données biologiques et, de l'hormone ovarienne dans la ménopause post-opératoire.... 1281

Thérapeutiques. Les indications, générales dans les troubles moteurs des extrémités.... 972

Thomas modifié pour fractures de l'humérus. Appareil 263

Thrombose occulte d'origine variqueuse. Un cas de mort subite par embolie secondaire à une.... 309

Thymus. L'action combinée du, et du lobe postérieur de l'hypophyse dans les inerties utérines.... 823
Thyroïdectomie pour la maladie de Basedow. Les résultats de la 1327
Tic douloureux a-t-il une étiologie définie. Le.... 1084
Torsio-Hémato-Salpynx droit.. 23
Torticolis des enfants. Le.. 1021
Toasts au dîner du soixantenaire de l'Union Médicale du Canada. Les.. 563
Toxémie bactérienne. Quelques réflexions sur l'insanité de la ménopause et la.... 897
Trachéotomie. Ablation. corps étranger laryngo-trachéal.. 319
Traitement chirurgical dans le cancer du sein. Résultats éloignés du.... 1174
Traitement de l'acné. Le.... 638
Traitement de l'angine de poitrine par les injections intraveineuses iodées intensives et par les injections sous-cutanées d'acide carbonique.... 446
Traitement de l'hémorragie-gastrique. L'ulcère.... 390
Traitement de l'ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du fémur et de l'articulation coxo-fémorale. Le diagnostic et le.... 973
Traitement de l'ulcus rodens. 393
Traitement de l'asthme bronchique.... 725
Traitement de la chancrelle par la vaccination locale au Dmelcos 1336
Traitement de la chorée par l'hyperthermie provoquée. 824
Traitement de la dégénérescence combinée de la moëlle par l'administration de doses massives de fer 742
Traitement de la paralysie infantile. Au sujet des traitements physiothérapiques et plus particulièrement de la gymnastique musculaire électriquement provoquée dans le.... 280
Traitement de la tuberculose pulmonaire. Les sels d'or dans le.... 806
Traitement de la tuberculose pulmonaire par la phrénicectomie.... 1010
Traitement. Les hyperthyroïdies et leur.... 447
Traitement des broncho-pneumonies de l'enfant.... 578
Traitement des crises gastriques du tabès par les injections intraveineuses de sulfate d'atropine.... 640
Traitement des diarrhées parentales des enfants, par le régime des pommes. Contribution au.... 65
Traitement des fibromes de l'utérus. Le.... 531
Traitement des fractures. L'anesthésie locale dans le, avec commentaires 453
Traitement des oxyures chez l'adulte.... 731
Traitement des péritonites appendiculaires. Le 1328
Traitement des pleurésies purulentes aiguës de la grande cavité. Les indications opératoires dans le 891
Traitement des suppurations pulmonaires putrides. L'autopyovaccin dans le 445
Traitement des varices par injections. Le 897
Traitement des verrues plantaires. Le.... 974
Traitement du cancer du col avec de petites quantités de radium. Le.... 1333
Traitement du cancer du colon et du rectum. Le diagnostic et les principes du 61
Traitement du diabète sucré. Résultats cliniques et expérimentaux avec le régime hyperhydrocarboné hypocalorique dans le.... 1251
Traitement du diabète. Le régime hypersucré dans le 1326
Traitement. La chorée et son 589
Traitement. L'angine de poitrine et son.... 491

Traitement médico-chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. Résultats éloignés du 818
Traitement médico-chirurgical du dolichocolon-pelvien 726
Traitement non chirurgical de l'anthrax. Un 1328
Traitement par l'anesthésie générale. Considérations générales sur l'asthme et son 1126
Traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne. Le.... 1084
Traitement préventif et curatif de l'éclampsie par diminution des liquides absorbés et déshydratation 1254
Traitement radiothérapique du granulome pyogénique. Du.... 1261
Traitement radiothérapique du granulome pyogénique. Du 989
Traitements des bronchopneumonies aiguës par créosote de hêtre.... 730
Traitements physiothérapiques et plus particulièrement de la gymnastique musculaire électriquement provoquée dans le traitement de la paralysie infantile. Au sujet des.... 280
Transfusion avec le sang d'un donneur de même groupe que le receveur. Hémolyse fatale à la suite de 538
Transfusion sanguine et l'emploi du sang pur. La.... 1329
Transfusion. Un procédé simplifié pour la.... 325
Transfusions de sang préparé. Observations d'infections graves en rapport avec la puerpéralité, traitées par des.... 1174
Transformations psychosiques du syndrome mental chez des paralytiques généraux malarisés.... 266
Traumatisme et maladie de Basedow.... 1083
Traumatismes crâniens à la phase aiguë, 1000 cas.. 1265
Traumatismes crâniens et cérébraux. Leurs séquelles.... 900
Traumatismes fermés du crâne. Le syndrome commotionnel tardif dans les.... 1169
Travail. Contractions spasmodiques de l'utérus au cours du.... 287
Travail. Le rôle de la poche des eaux durant le.... 663
Travail. Observation sur l'emploi de l'huile de ricin, la quinine, et l'extrait pituitaire pour provoquer le.. 450
Trichomonas dans la vaginité de la grossesse. Le.... 62
Tricocéphalose. Sur un cas de prurit par.... 975
Triplégique. Sclérose en plaques à forme. Rétention urinaire progressive. Hyperlymphocytose et hyperalbuminose rachidiennes 773
Troubles attribuables au spina bifida occulta.... 386
Troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. Obésité, troubles génitaux. Diabète insipide d'origine syphilitique.... 445
Troubles digestifs 439
Troubles dyskinétiques. Sur l'importance clinique de la stase de la vésicule biliaire et sur les, dans les voies biliaires.... 897
Troubles fonctionnels de l'estomac et de l'intestin. Interprétation clinique et radiologique de certains 348
Troubles génitaux, troubles de la régulation thermique et du métabolisme hydrocarboné. Obésité. Diabète insipide d'origine syphilitique.... 445
Troubles moteurs des extrémités. Les indications générales de thérapeutique dans les.... 972
Tubaires. Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des imperméabilités, et des adhérences péri-métro-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites.... 820

Tube digestif. Les ectopies thoraciques du.... 471
Tuberculeuses. Les hémoptysies non.... 784
Tuberculose calcifiante à foyers multiples.... 343
Tuberculose génitale chez la femme. Un cas de.... 354
Tuberculose pulmonaire. Action de l'aurothérapie suivant les formes anatomocliniques de la.... 525
Tuberculose pulmonaire. Du rôle social du radio-diagnostic dans le dépistage de la.... 822
Tuberculose pulmonaire. La collapsothérapie bilatérale dans la.... 525
Tuberculose pulmonaire. Les sels d'or dans le traitement de la.... 806
Tuberculose pulmonaire. Traitement de la, par la phrénicectomie.... 1010
Tuberculoses familiales. Notes sur l'identité des localisations radiologiques des 293
Tuberculosis in normal and vaccinated rabbits. Avian.. 66
Tumeur de la joue et des lèvres. Curiethérapie. Guérison. Volumineuse 1335
Tumeur de la queue de cheval. Ablation. Guérison. Algies crurales gauches. Arrêt du lipiodol.... 537
Tumeurs bilatérales des testicules avec quelques commentaires sur l'effet de la castration chez l'adulte mâle. Un cas de.... 1254
Tumeurs de l'intestin grêle. Les.... 1173
Tumeurs cérébrales. Classification et pronostic des 682
Tumeurs du mésentère. Les kystes et les.... 994
Tumeurs kystiques situées aux deux fesses d'un enfant naissant, un cas très rare de.... 1133
Typhoïdique. Myocardite aigue infectieuse.... 1203

U

Ulcère duodénal de face. A propos de l'.... 738
Ulcère duodénal. Diagnostic radiologique de l'.... 698
Ulcère duodénal. Signification des aspects radiologiques de l'.... 728
Ulcère gastro-dodénal. Quelques formes douloureuses atypiques de l' 891
Ulcère peptique post-opératoire: Pathogénie. L' 612, 695
Ulcère. Traitement de l'hémorragie gastrique 390
Ulcères gastro-duodénaux. Résultats éloignés du traitement médico-chirurgical des.... 818
Ulcères peptiques et diencéphales 1338
Ultra-microscope. Importance de l'examen à l', pour toute lésion ulcéreuse des organes génitaux externes 675
Ulcus. Le brûlement de la langue. Petit signe d'.... 1000
Ulcus rodens. L'. Son traitement.... 393
Umfia 717
Union Médicale du Canada. Le programme de l', 1872-1932 553
Union Médicale du Canada. Les toasts au dîner du soixantenaire de l'.... 563
Union Médicale du Canada. Quelques opinions au sujet du soixantenaire de l'.... 712
Université de Montréal. Pour l' 831
Urétral de la femme. Les modifications pathologiques du méat.... 708
Urètre chez l'homme. Un cas de cancer de l'.... 336
Urinaire. Rétention, progressive. Sclérose en plaques aiguë à forme triplégique. Hypéralbuminose et hyperlymphocytose rachidiennes 773

Urinaires. Les manifestations, de la syphilis congénitale du nourrisson.... 65
Urinaires. Lithiases.... 1172
Urticaire. Pathogénie de l'.... 455
Urticaire profond compliqué de paralysie du plexus brachial. Un cas de.... 377
Utérin. Fibro-myome interstitiel du col.... 305
Utérin. Un cas de fibrome, pédiculé tordu 1024
Utérines. L'action combinée du thymus et du lobe postérieur de l'hypophyse dans les inerties.... 823
Utérus au cours du travail. Contractions spasmodiques de l'.... 287
Utérus. Conduite à tenir dans les accouchements dystociques dus à une dégénérescence fibromateuse du corps, du segment inférieur ou du col de l'.... 422
Utérus fibromateux traité par les rayons X suivi, sept ans après, d'un épithélioma du corps 932
Utérus gravide. Hernie de l', de cinq mois à travers l'anus.... 635
Utérus. Le traitement des fibromes de l'.... 531
Uviorésistance. Recherches sur les fixateurs du calcium. Uviosensibilité et.... 1078
Uviosensibilité et uviorésistance. Recherches sur les fixateurs du calcium.... 1078

V

Vaccinated rabbits. Avian tuberculosis in normal and.... 66
Vaccination locale au Dmelcos. Traitement de la chancrelle par la 1336
Vaccination pré et post-opératoire des opérés. La.... 634
Vaccination régionale par la porte d'entrée; son emploi contre l'infection colibacillaire.... 59
Vaginale. Quelle place faut-il conserver à l'hystérectomie, dans la chirurgie moderne.... 972
Vaginite de la grossesse. Le trichomonas dans la.... 62
Valeurs séméiologiques des battements épigastrique de l'aorte abdominale.... 1173
Varices. Le traitement des, par injections 897
Variqueuse. Un cas de mort subite par embolie secondaire à une thrombose occulte d'origine.... 309
Verneuil. Bursopathie syphilitique de.... 1336
Verrues plantaires. Le traitement des.... 974
Vésicule biliaire. Sur l'importance clinique de la stase de la, et sur les troubles dyskinétiques dans les voies biliaires.... 897
Vessie. Corps étranger dans la 302
Vestibulaire. Syndrome.... 975
Vichy. Congrès International de la Lithiase biliaire 1345
Virus inconnu. Polynévrite primitive à 917
Vissage ligamento-pubien dans la cure radicale de la hernie crurale. Le.... 894
Voie abdomino-périnéale. Technique opératoire de l'amputation du rectum cancéreux par, avec abaissement du colon au périnée.... 449
Voies biliaires. Epithélioma des.... 1253
Voies biliaires. Sur l'importance clinique de la stase de la vésicule biliaire et sur les troubles dyskinétiques dans les.... 897
Volvulus d'un mégacolon sigmoïdien.... 450
Vomissements de la grossesse. Rétinite hémorragique dans les.... 530

TABLE DES AUTEURS(1)

A

AMYOT, Roma **369, 500,** 537, 640 **659,** 742, **761,** 824, **883,** 900, **936, 1030,** 1084, **1243,** 1265, **1310,** 1338.
ARCHAMBAULT, Paul-René 58, 445, 446, 525, **777,** 891, **1126**

B

BARBEAU, Antonio **266**
BAUDOUIN, J. A. **408**
BAUGH, F. H. C..... .... **1159**
BAZIN, A. T. **1152**
BELLEROSE, Antonio, **263,** 527, **761, 857.**
BENOIT, E. P. **97, 647, 833**
BERNARD, L. **16**
BERTRAND, Albert **260,** 457, 538, **675,** 743, **759,** 1085, 1180, 1266
BLAGDON, Léo **276, 994**
BLANC, M. **969**
BOUCHER, R. **19, 329, 725, 835, 1000, 1287.**
BOULAIS, F. L. 638, 974, 975
BOURDEAU, L. A. **768**
BOURGEOIS, B. G. **314, 1115**
BOUSQUET, P. E. **73**
BRISEBOIS, Maxime.... .... **1303**

C

CAILLOUX, H. **969**
CARDIS, Fernand **293**
CARTERON, Edouard.... .... **573**
CAUMARTIN, A. 449
CHAMPEAU, Jean **594, 1296**
CHOLETTE, A. M. **1010**
COMTOIS, Albert **432,** 456, 457, 738, 822.

D

D'ANNA, Antonio **784**
deBELLEFEUILLE, Gaston **243**
deGUISE, Albert 447
deMARTIGNY, François **325**
DESAIVE, Paul 583
DESFOSSES, Paul **1067**
DESLOGES, A. H. **225**
DESLOGES, Alfred **376**
DESROCHERS, J. E. **569**
DORE, Réal **362, 481,** 527, 732, 895, **1027,** 1327, 1328.
DOUCET, Jean-Charles **810**
DUBE, Edmond **359,** 453, 454, 534, 637, **668,** 738, 899, 900, 973, **1021,** 1082, 1178, 1258, 1334.
DUBE, Jos. Edmond **144, 563, 790, 854, 1106.**
DUBE, Paul.... .... **1072**
DUFRESNE, Eugène.. .... **6**
DUMAS, B. 733, 1254
DUMONTIER, André.. .... **866, 947**
DUTILLY, Arthème 65, 532, 533, 736, 737, **1249,** 1330, 1331, 1332.

F

FACQUET, J. **689, 694**
FAUTEUX, Mercier 61, 62, 449, 450, **768. 861,** 896, 897, 1078, 1173, 1174, 1253, 1328.
FAVREAU, Camille **1318**
FONTAINE, Rosario.... .... **1**
FORTIER, Jacques **780, 1294**
FORTIER, L. E. **439**
FORTIER, Louis **67, 439, 539, 641 744,** 729, 730, 731, **1172,** 1341, 1342.
FOUCHER, A. A. **571**

G

GAGNIER, Léglius, jr. 1262
GAGNON, O. A. **314**
GAGNON, Paul A. 455, 731, 894
GARIEPY, J. U. **23**
GARIEPY, Louis-Henri 58, **481,** 1251.
GAUTHIER, S. **302**
GAUVREAU, Joseph, **42, 123, 513**
GRATTON, Armand 1326
GERIN-LAJOIE, Léon **354, 461, 520,** 531, **627, 630, 631, 750, 752,** 735, **903,** 897, **932,** 972, **1024, 1182, 1175, 1281.**
GRONDIN, Roméo **383**

(1) (Les chiffres en caractères gras, indiquent la page des articles originaux; ceux en caractères maigres indiquent les analyses).

H

HARWOOD, L. de L. **305, 435, 564**
HOULE, Joseph F. **1277**

J

JOANNETTE, Albert **293**
JUTRAS, Albert **471, 1075**

L

LAFRESNIERE, Gabriel 60, 61, **329,** 446, 526, **589, 864,** 893, 1251.
LANGEVIN, Stephen **415**
LAPIERRE, Gaston 63, 64, **418** 635, 820, 821, **960,** 1176, 1177
LAPOINTE, Jean-Audet 535, 536
LAQUERRIERE, A. **280, 1040**
LEGER, Anselme 443
LEONARD, Doriva **1040**
Le ROY, Alfred 450, 451, 530, **945,** 1174, 1254.
LeSAGE, Albert **4, 36, 39, 78, 309, 440, 553, 629, 719, 720,** 815. **831, 917, 964, 970, 1077, 1086, 1099, 1102, 1152, 1206, 1278,** 1325.
LeSAGE, Jean **37, 436,** 726, 728, **1307, 1324.**
LETONDAL, Paul **29, 41,** 452, 453, **506, 601,** 1078, 1079, 1080 **1247,** 1256, 1257, 1258, **1321.**
LIAN, Camille **689, 694**
LORD, Wilfrid **1273**
LOUSTE, P. **632**

M

MAGNAN, L. Arthur **305,** 451, **479,** 635, 819, 820, **1061,** 1255, 1333.
MANSEAU, J. A. **422, 1048**
MARIN, Albéric **25, 393, 598, 770, 925, 989, 1147, 1220.**
MARION, Donatien 62, **287, 479, 663,** 823, 898, **1061, 1104,** 1329.
MASSON, Damien, ... **390**
MASSON, Pierre **309**
MATHIEU, Emile.... .... **377**
MENARD, Emile **677**
MELILLO, Carlo **1133**
MERCIER, Oscar **336,** 639, **708, 1004.**
MONGUIO, J. **16**
MORIN, Paul 892, 893, 972, **1036, 1131,** 1253.
MOUSSEAU, J. Alfred 59, **348, 487,** 634, 818, 891, **928,** 1173, **1248.**

N

NOEL, Omer **243**
NICHOLLS, A. G. **568**

P

PAISSEAU, G. **578**
PANNETON, J. E. **940, 1238**
PANNETON, Philippe **1226**
PAQUETTE, Jean-Philippe **740**
PARIZEAU, T. **111**
PEPIN, J. Roméo 524, **890**
POIRIER, Paul 455, 456, 637, 739, 899, 1259, 1260, 1261, 1335, 1336.

R

RANGER, J. A. **225**
RHEAUME, Pierre Z. **425**
RICARD, Alcidas **596**
RIVARD, J. H. **70, 403, 462,** 454, **542,** 534, **644, 746,** 1259, 1335.
ROUSSEL, Jean-Marie 1083, 1179
ROY, J. N. **319, 1054, 1203**

S

ST-JACQUES, Eugène **256**
SAMSON, J. Ed. **386**
SAUCIER, Jean **365, 682,** 741, **773,** 825, **917,** 975, **1050,** 1084, **1169, 1230,** 1264, 1337.
SENECAL, L. P. **1010**
SERGENT, Emile **875, 954**
SIMARD, Louis-Charles.... 66, **260, 362, 565, 904, 971,** 1181.
SMITH, Pierre .... **612, 1141, 1234 1300.**

T

TETREAULT, Adélard **491, 1139**
TROTTIER, Ernest E..... 448, 634, **887, 894,** 1329.

V

VERSCHELDEN, Louis **459**
VIDAL, J. A. **343, 806,** 1178
VIGNAL, W..... .... **397**

W

WEISS, A. G. **16**

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Nembutal '844'*) XII
Angier Chemical Co., (*L'Emulsion Angier*) XXX
Anglo-French Drug Cie., (*Le Laboratoire du Bactériophage*) XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*L'Huile de foie de Morue 10 D*) XLVI
Bailly, A., Spécialités, ... XVIII
Boulet R. & Brault Jules, (*Maladies des yeux, etc.*) . . L
Breitenbach Co., M. J., (*Gude's Pepto-Mangan*) I
Bristol-Myers Co., (*Sal Hepatica*) XXIV
Canada Drug Company, (*Paveral*) I
Canada Pond Tampon Co., (*Les Tampons Pond*) XLVIII
Cardinaux, Paul, (*Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt*). *Diathermie, Rayons X, Electrologie* XI
Casgrain & Charbonneau Ltée, (*Hormocrine "F"-C. & C.*), (*Ovacrine C. & C.*) XVI
Chapman Ltée, La Cie J. H., (*Instruments de Chirurgie*) XXIV
Ciba, Compagnie Limitée, (*La Coramine "Ciba"*) VII
Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) IX
de Passillé, H. B., (*Bronchodermine*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Charbon Tissot*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Sirop Guilliermond*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*"Yse"*) XXVIII
de Passillé, H. B., (*Ludin*) XXXIII
de Passillé, H. B., (*Seroma Rey*) XXXIII
Dow, (*Le Tonique idéal*) XXVI
Duckett J. A., (*Orthopédie*) XLIV
Eddé, J., Limitée, (*Diathèse Urique*) IV
Eddé, J., Limitée, (*Piperazine Midy*) IV
Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XIX
Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXIX
Eddé, J., Limitée, (*Neurinase*) XXXII
Eddé, J., Limitée, (*Nucléarsitol Robin*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Ocreïne Gremy*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Strychnal Longuet*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Vulcase Brisson*) XXXVI

Eddé, J., Limitée, (*Pancrinol*) XLIX
Eddé, J., Limitée, (*Peptonate de Fer Robin*) LI
Fellows Medical Mfg, Co., (*Sirop Fellows*) II
Frosst, Charles E. & Co. (*Urosine*)
Deuxième page intérieure de la couverture.
Gatine, Fernand, (*Masseur Expert*) XLII
Harris, J. A., (*Peptone iodée Lery*) LII
Herdt & Charton, Inc., (*Colivaclydun*) XLI
Herdt & Charton, Inc., (*Thalassol*) XLI
Herdt & Charton, Inc., (*Serodausse*) XLIX
Herdt & Charton, Inc., (*Calcoléol*) II
Hoffmann-La Roche Limitée, (*Tonikum "Roche"*) . . . XLII
Horner, Frank W., Limitée, (*Maltlevol*) LVII
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Old Chum*) XLIII
John Wyeth & Brother, Inc., (*Wyanoids*) V
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) IV
Jouot, C., (*Pansuline Fornet* XXIV
La clinique de feu le Dr Louis-Georges Godin. III
Laboratoire du Bismol, (*Bismol*) VI
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Gonacrine*) XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Néo-Dmègon*) XIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) L
Lejeune, A., (Laboratoire)- (*Indhameline Lejeune*) . . LII
Listers Limited, (*Listers*) II
Lyman Agencies, Limited, (*Pineoleum*) XXXII
Merck & Co. Limited, (*Pyridium*) LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Codoforme Bottu*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Archemapectol*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Digibaïne*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Solucamphre Delalande*) . . XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Opocalcium*) LII
Parke, Davis & Cie., (*Haliver Oil P. D. & Co.*)
Quatrième page de la couverture.
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXI
Rougier Frères, (*Ouabaïne Arnaud*) XXI

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE

Rougier Frères, (*Lortocarbol*) XXIII
Rougier Frères, (*Phagosthyl*), (*L'Hémo-Phagosthyl*) . XXV
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Le Colitique*) XXVII
Rougier Frères, (*La Stalysine*) XXVII
Rougier Frères, (*Solution Pautauberge*) XXX
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XXXI
Rougier Frères, (*Carnine Lefrancq*) XXXIV
Rougier Frères, (*Dragées Gelineau*) XXXV
Rougier Frères, (*Vin d'Anduran*) XXXV
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloral Bromure du Dr Dubois*) XXXV
Rougier Frères, (*Quinoïd*) XXXV
Rougier Frères, (*Seidlitz Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Stenol Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Ureol Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Sulphydral Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Granules Antinausiques Chanteaud*) . . XLI
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) XLIV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Lactolaxine Fydau*) XLV
Rougier Frères, (*Hémotonine*) LIV
Rougier Frères, (*Névrosthenine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) LIV
Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LVII
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LVII
Sanatorium de Blois VIII
Sanatorium du Lac Edouard X
Sanatorium Prévost XIV
Sanatorium Prévost XV
Schering (Canada), Ltd., (*Arcanol*) LVIII
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XX
Waterbury Chemical Company of Canada, Limited. (*Le Tonique . . . à la Mode*) — *Troisième page de la couverture.*
Western Distributors Ltd., (*Elixir de Luminal*) III
Wintrop Chemical Company, Inc., (*Elixir de Luminal*) III

RÉCLAMATION

Nous prions celui de nos lecteurs qui pourrait disposer du numéro du 26 octobre 1932 de la Presse Médicale, de bien vouloir le faire parvenir, à la Faculté de Médecine, qui le recevrait avec reconnaissance, ce numéro manquant à la collection de l'année courante.