

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Latreille, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Masson (R.), Mercier, Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

Président: D. Masson; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.

Comité de Rédaction

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

Président: A. LeSage; Vice-Président: A. Marin;
Secrétaire: O. Mercier.

Prix de l'abonnement pour 1928

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.25

Conditions de Publication

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

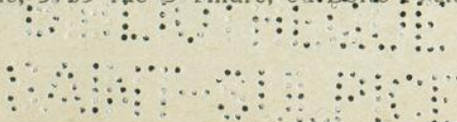
Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne devront pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco

Pour la médecine: au Dr Roméo Boucher, 5130 Avenue du Parc.
Tél.: Crescent 5800.

Pour la Chirurgie: au Dr Oscar Mercier, 934 rue Cherrier. Tél.: Frontenac 1033.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à
M. T. Valiquette, comptable, 3795^{1/2} rue St-André, ou Boîte Postale 3026.



SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Guns, Phrénospasme ou cardiospasme dans les mégaoesophages (p. 41).

CHIRURGIE

Stewart, Un cas de sodoku (p. 41). — Sauvé, Insulinothérapie chirurgicale (p. 42). — Fischmann, Un nouveau signe indirect pour le diagnostic différentiel de l'ulcère et des affections biliaires (p. 43). — Duroux, Stase intestinale et péricolites droites (p. 43).

CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPEDIE

Orr, Traitement des malformations de la jambe consécutives aux fractures du fémur (p. 43). — Allison, L'arthrotomie de la hanche (p. 44).

PEDIATRIE

Duhem, Aspect radiologique de la péricardite chez l'enfant (p. 44). — Lesne et Clément, Prophylaxie et traitement du rachitisme (p. 45).

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Léon Bernard, De la spécialisation en médecine. La phtisiologie est une spécialité (p. 46). — Tocilescu, La lobite tuberculeuse gauche (p. 47).

UROLOGIE

Grandjean, Pyélonéphrite gravidique et sténose urétérale (p. 47). — Blanchot, Sur un cas de sténose du col vésical (p. 48). — Butterfield, L'urologie chez l'enfant (p. 48).

GYNECOLOGIE

Vidakovitch et Smokvina, Le diagnostic des fibromyomes sous muqueux par l'hystérogographie (p. 49). — Castano, La syphilis comme complication du processus gonococcique (p. 49).

OBSTETRIQUE

Allan, L'anémie hémolytique pendant la grossesse (p. 50).

NEURO-PSYCHIATRIE

Pinard, Vernier et Versini, Résultats de différentes thérapeutiques dans un cas de paralysie générale (p. 51).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Humbert, La diathermie avec les appareils à ondes amorties et à ondes entretenues (p. 52).

MEDECINE LEGALE

Sorel, Deux cas d'infanticide avant respiration (p. 53).

ANALYSE DE LIVRES

Léon Daudet, Courrier des Pays Bas (p. 54).

BIBLIOTHEQUE
MAGASIN

1929

SIMPLES RÉFLEXIONS

Il convient, au début de l'année, de dresser le bilan du travail accompli depuis un an, à l'*Union Médicale*, et d'anticiper, si possible, l'avenir en recherchant les meilleurs moyens à prendre pour atteindre le but que nous nous sommes assigné.

Le travail accompli ? Nos lecteurs admettront sans doute que nous avons fait un effort sincère pour les intéresser et les instruire.

Il suffit de parcourir la table des matières, numéro de décembre, pour se rendre compte de nos activités.

Nous avons publié une série de *mémoires originaux* intéressants qui dénotent un acheminement vers les travaux de recherches malgré les difficultés de l'heure, l'insuffisance de notre matériel d'expérimentation et l'indifférence regrettable avec laquelle on accueille les résultats de nos jeunes pionniers.

Nous encouragerons ces rares initiatives par tous les moyens possibles.

Nous avons, aussi, publié un bon nombre de *recueils de faits*. Le praticien aime la médecine vivante du fait quotidien, la maladie prise en flagrant délit. Nous multiplierons les observations de ce genre en mettant davantage à contribution notre matériel hospitalier.

Quant aux *revues* et *analyses*, elles constituent, déjà, un dossier volumineux bourré de renseignements puisés aux meilleures sources.

Nous pouvons donc, sans ostentation, affirmer que nos lecteurs ont pu, en lisant attentivement l'*Union Médicale*, suivre le mouvement scientifique médico-chirurgical au Canada et dans le monde entier.

Nous avons suivi scrupuleusement notre programme.

— L'organisation actuelle a un autre mérite: elle recherche la bonne entente entre les groupes anciens et nouveaux. Grâce à une saine émulation elle désire créer une certaine unité dans la pensée et l'effort médical actuels. Sur ce point, nous avons gagné du terrain, mais nous progressons lentement. La critique nous émeut beaucoup trop. Elle nous divise tandis qu'elle pourrait éclairer la route.

Nous évoluerons pourvu que nous nous mettions en garde contre les appels incessants de l'impatient ambition ou les mirages estompés des jours désuets.

Les épousailles de la tradition se consomment dans le temps.

L'*avenir*? Il sera ce que nous serons nous-mêmes. Notre Revue vaudra ce que nous valons.

Si nous consentions à introduire dans nos méthodes d'observation et de travail une discipline intellectuelle stricte, dont nous connaissons à peine les rudiments, nous obtiendrions des résultats surprenants.

Depuis vingt-cinq ans tout a été rénové ici. L'on ne peut être à la fois capitaine et manœuvre.

L'*Union Médicale* a toujours occupé un poste d'avant-garde. Elle continuera d'évoluer aussi rapidement que possible, mais elle ne peut aller de l'avant sans l'appui de toute la profession.

Pourquoi tous les médecins ne s'abonnent-ils pas à nos revues médicales canadiennes?

Un trop grand nombre parmi eux ne lisent pas. Ils ont tort. Si tous se faisaient un devoir de lire leurs revues locales, ils en retireraient beaucoup de profit dans l'exercice de leur profession et ils permettraient à notre exécutif de faire davantage pour eux.

L'évolution est si rapide dans les sciences médicales, qu'un médecin éloigné des centres, ne lisant pas ou peu, ne mérite plus ce titre si envié, au bout de cinq ans.

Il faudra trouver un moyen de créer l'abonnement forcé.

Quel sera ce moyen ?

La fusion de tous nos journaux de médecine sous l'égide de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Cette innovation ne pourra être acceptée de tous qu'à la condition de dépouiller notre détestable chauvinisme de clocher.

Nous sommes assez faibles pour désirer s'unir afin d'exister, et nous pourrions peut-être devenir assez grands, plus tard, pour ne pas regretter d'avoir pris cette résolution en temps opportun.

"La crainte de faillir n'est pas une excuse
Si les maîtres sont forts on peut les approcher
Et leur gloire, après tout, n'est pas une Méduse
Qui change la poitrine et la tête en rocher."

Au nom des directeurs et à titre de rédacteur en chef, j'adresse à tous les membres du bureau de rédaction, à leurs secrétaires dévoués et à notre fidèle administrateur, si intéressé au succès de notre Revue depuis longtemps, nos félicitations et mes remerciements pour le bel élan de 1928.

Albert LESAGE.

MÉMOIRES

LE RÉGIME DE WHIPPLE DANS LES ANÉMIES

Par

J. E. DUBE,

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

P. CHOQUETTE,

Assistant,
Médecin de l'Hôtel-Dieu
de Montréal.

Au cours d'une des dernières séances de la Société Médicale, il nous a été donné de présenter deux malades anémiques traités par la méthode de Whipple, ou administration de foie de veau, actuellement si à la mode sur les deux continents.

Cette méthode, d'abord expérimentée sur les chiens pendant deux ans, fut mise à jour en 1925 par le prof. G. H. Whipple, doyen de la Faculté de Médecine de Rochester (E.-U.), qui conseilla de l'employer dans les anémies de l'homme. Minot et Murphy, de l'Université Harvard, à Boston, en firent aussitôt l'application à la clinique humaine et, dans des publications successives, firent part de leurs succès dans des centaines de cas d'anémies diverses. Aujourd'hui, les auteurs américains considèrent l'action du foie de veau comme spécifique de l'anémie pernicieuse, et cette opinion est maintenant admise par un si grand nombre d'auteurs, qu'elle est à peu près celle du monde scientifique en général. L'un de nous comparait cette découverte à celle de l'insuline ou du sérum anti-diphthérique, et ce sont des découvertes aussi précieuses les unes que les autres pour le genre humain.

En principe, cette méthode ne s'applique que dans les anémies pernicieuses à type Biermer, c'est-à-dire: anémies pernicieuses progressives essentielles; mais en réalité les expériences cliniques pratiquées un peu partout ont démontré que la méthode est valable dans tous les cas d'anémie moyenne ou grave, que l'origine en soit connue

ou non. Aussi l'a-t-on employée avec succès dans les anémies: post-hémorragiques, suites de paludisme, d'origine intestinale, rénale, cancéreuse, post-radiothérapeutiques, splénomégaliques, par "focal infection", de cause inconnue ou cryptogénitique. Bien entendu, il faut traiter en même temps la cause de cette anémie.

Les deux cas que nous rapportons aujourd'hui entrent, l'un dans le cadre des anémies post-hémorragiques, l'autre, dans celui des anémies cryptogénitiques. En effet, dans ces différentes anémies, la méthode de Whipple supplée avec avantage aux anciens traitements souvent pénibles: fer, arsénic, rayons X, opothérapie, transfusions, aux résultats généralement décevants. Si cette méthode n'est pas toujours agréable à suivre, elle est plus facile à appliquer que des transfusions, moins nocive pour le tube digestif que le fer à hautes doses: son application doit être généralisée. Nous pouvons dire qu'elle est spécifique des anémies pernicieuses où elle a surtout fait ses preuves, mais son utilité est grande dans les cas d'anémies simples ou secondaires.

Cette méthode, maintenant connue du public en général, ne consiste pas seulement à donner du foie de veau de n'importe quelle manière, mais comporte un dosage assez rigoureux et certains adjuvants. En voici la technique :

a) Ration quotidienne de 200 à 250 grammes de foie de veau, cru ou cuit. Cru il se prend haché dans du bouillon ou en sandwich entre deux tartines de beurre d'anchois. Cuit il ne doit pas être soumis trop longtemps à la cuisson, ne pas être rôti ni accommodé avec beaucoup de beurre ou de graisse. Nous présentons (1) plus loin quelques recettes pouvant rendre agréable l'acceptation de ce régime par nos malades.

Vu la rareté croissante et le coût de plus en plus élevé du foie de veau, acheté d'avance à nos abattoirs par des maisons américaines, on peut le remplacer par du foie de boeuf, de mouton ou de volaille, du rognon, moins efficaces.

- b) 125 grammes de bifteck ou de viande crue par jour.
- c) 300 grammes au moins de légumes verts (surtout épinards ou laitue).
- d) Beaucoup de fruits, de préférence des fruits crus: pêches, abricots, groseilles, oranges, raisins.
- e) Quantité modérée d'aliments hydro-carbonnés: sucre, sucreries, pâtes et pain.
- f) Pas plus de 240 grammes de lait et peu de sel.
- g) Les graisses doivent être réduites à 70 grammes par jour. Le

(1) Ces recettes paraîtront sous forme de revue générale dans le numéro de février.

beurre doit être supprimé et l'huile des salades remplacée par des huiles minérales.

h) Pas plus d'un oeuf par jour.

En résumé, régime pauvre en graisse, riche en vitamines et en fer par l'abondance de légumes et de fruits.

Les malades acceptent assez facilement ce régime, ne s'en fatiguent pas trop vite et les troubles digestifs sont exceptionnels, surtout si on a soin de faire prendre après les repas une c. à thé d'acide chlorhydrique dilué tel que préconisé par Hurst, vu l'anachlorhydrie presque constante dans ces cas. Lorsque des résultats importants ont été obtenus, les doses sont diminuées ou les jours de régime espacés.

A cause du dégoût qu'ont certaines personnes pour ce régime et leur refus de l'accepter, on est parvenu à extraire, sans en connaître la nature exacte, les principes actifs du foie qu'on parvient ainsi à administrer à hautes doses sous forme d'extraits préparés par diverses maisons. Actuellement la plupart de ces extraits ont été expérimentés autant que le foie lui-même et leur efficacité semble équivalente d'après Minot et Murphy. Leur principe actif serait soit une polypeptide, soit une base nitrogène et non une vitamine. Ils semblent, comme le foie lui-même, stimuler surtout la formation des globules rouges. Ces extraits sont titrés à 9 et 10 grammes par tube correspondant à 300 à 600 grammes de foie nature. On administre un tube environ par jour, même plus, dans des potages, pommes de terre, jus d'orange, jus de citron. Les principaux actuellement sur le marché sont :

Liver Extracts P. D. 3 tubes par jour.

Erytrogen Liver Extract Carnick Co., en bouteilles de onces, 1 à 4 cuillerées à thé par jour.

"Welcome" Liver Extract, $\frac{1}{2}$ tube aux repas.

(Aujourd'hui ces extraits sont distribués gratuitement aux pauvres par des hôpitaux de Toronto.)

Les contre-indications au régime de Whipple sont: le brightisme et l'uricémie (goutte, rhumatisme chronique, certaines migraines).

Et voici maintenant les deux observations recueillies dans notre service médical à l'Hôtel-Dieu: elles sont particulièrement intéressantes par les variations de la formule cytologique, du pouls, de la pression artérielle et du poids sous l'influence du régime de Whipple exclusivement :

OBS. I.—Il s'agit d'une femme âgée de 29 ans, entrée dans un service de chirurgie, le 9 janvier 1928, pour des métrorragies continues

Date	Particularités	Hémogl.	Gl. R.	Gl. B.	V.G.	Poids, etc.
9 mars	Arrivée	12%	1 121 400	3 593	0.49	80 lbs; P.A. 82/40
15 "	Sans régime	9%	1 115 205	2 812	0.30	
21 "	7 jours de Whipple	12%	1 547 960	2'031	0.34	Hématies nucléées, 8% Déformation globulaire Présence de mégalocytes 30% de polynucléaires
29 "	15 jours de Whipple	64%	3 694 844	5 156	0.77	60% de polynucléaires
4 avril	3 semaines de Whipple	51%	3 795 700	4 218	0.69	.55 de %polynucléaires
13 "	1 mois de Whipple	68%	3 795 900	4 530	0.81	Pas de déformation globulaire
20 "	Régime suspendu 5 jours	63%	3 144 375	5 625	0.90	
21 mai	Régime de Whipple repris depuis 20 jours	76%	4 890 313	9 687	0.75	
28 mai	Régime suspendu 7 jours	62%	4 194 532	5 468	0.63	
9 juin	Après 10 jours de régime Whipple	76%	4 786 719	13 281	0.71	Menstruations : absentes 6 mois. Poids : 125 lbs, P.A. 106/68
15 "	Départ de l'hôpital					
9 juillet	Dlspensaire	78%	5 988 438	10 560	0.58	
24 "	Régime de Whipple à domicile . .	80%	4 993 438	6 563		
17 sept.	Séjour à la campagne. Abandon du régime Whipple	83%	4 192 188	6 822	0.98	
8 octobre	Régime Whipple mitigé	63%	3 945 324	4 686	0.74	
16 nov.	Régime Whipple repris	90%	5 043 906	6 094	0.89	Poids : 94 lbs.

depuis 8 à 10 jours à la suite d'une fausse couche par manoeuvres abortives et rétention placentaire. Sous l'influence du curage et du traitement anti-infectieux les hémorragies cessent, la température tombe et il ne persiste qu'une anémie grave secondaire aux métrorragies. Faciès pâle, P.A. 90/53, pouls rapide, bruits du coeur affaiblis, céphalée, asthénie, autant de symptômes que présentait notre malade quand elle fut transportée dans notre service, et qui furent confirmés par une analyse cytologique du sang. Rien de particulier dans les antécédents de la malade ni dans les examens du sang ou des urines en dehors de son anémie.

Donc anémie pernicieuse plastique secondaire aux métrorragies.

Régime de Whipple institué immédiatement.

Voici les variations des différentes analyses, poids, etc., sous l'influence de ce régime : (voir page).

OBS. II.—Mme E. V., 31 ans, entre dans notre service de médecine à l'Hôtel-Dieu le 7 mars, présentant une tuméfaction douloureuse des deux genoux. Depuis 16 ans, douleurs rhumatismales à déplacement dans les différentes articulations devenant aiguës chaque automne et localisées depuis environ 4 ans aux deux genoux qui sont de plus en plus tuméfiés. Mère morte paralysée; père cardio-rénal. Pneumonie il y a 2 ans. Trois grossesses normales. Ménopause en train de s'installer depuis 4 ans et particulièrement depuis 6 mois.

Elle accuse de la céphalée, une digestion lente, des palpitations, de la pollakiurie nocturne, des troubles circulatoires de ménopause, surtout de la constipation chronique avec des douleurs de stase coecale et débâcles entéro-colitiques; la faiblesse est grande, la fatigue continuelle.

Examen. — Objectif : Amaigrissement, faciès pâle, anémique, lèvres décolorées, absence de dents, enlevées comme traitement anti-rhumatismal, insuffisance mitrale, rien aux poumons, Hydarthrose des deux genoux, surtout considérable au genou droit. Temp., oscillant autour de 100; pouls à 100; poids : 80 lbs, P.A. 82/40; B. W. négatif; azotémie normale; urines négatives; examen gynécologique négatif; sécrétions vaginales négatives.

Traitement chirurgical des hydarthroses; soustraction de liquide, compression serrée; plus tard injection de Lipiodol dans les articulations, auto-sérothérapie, etc. Au bout de 3 mois le genou gauche est revenu à la normale tandis que le droit contient encore du liquide. En même temps médication salicylée nouvelle pour la malade, iodaseptine, intra-veineux, applications de chaleur, repos absolu au lit.

C'est surtout l'analyse cytologique du sang qui fût intéressante pour nous et vint confirmer notre diagnostic clinique et nous indiquer le genre d'anémie auquel nous avons affaire.

Vraisemblablement nous nous trouvons en présence d'un cas d'anémie pernicieuse plastique cryptogénitique, le rhumatisme articulaire subaigu, la mauvaise dentition, l'infection intestinale ne semblant pas des causes toxiques suffisantes pour créer cette anémie.

Dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital la malade est soumise au régime de Whipple exclusivement. Voici les intéressantes variations cytologiques, pondérales, etc., depuis le début jusqu'à aujourd'hui :

Date	Particularités	Hémogl.	Gl. R.	Gl. R.	V.G.	Poids, etc.
12 janvier	Arrivée	22%	1 582 900	17 100	0.62	106 lbs; P.A. 90/53
23 "	10 jours Solution Fowler	12%	2 000 400	6 562	0.20	
30 "	4 injections intraveineuses Endofer Arsan	18%	1 970 800	3 125	0.41	
6 février	Régime Whipple	12%	1 871 500	3 130	0.28	Eosinophiles 6% Déformation globulaire
13 "	5 jours de Whipple	8%	2 660 780	9 218	0.13	
17 "	9 jours de Whipple	21%	2 793 135	6 875	0.33	
24 "	16 jours de Whipple	52%	4 444 060	5 900	0.52	
6 mars	30 jours de Whipple	64%	3 818 438	6 562	0.75	115 lbs; P.A. 140/80
	Départ de la malade. Régime continué chez elle.					
	Suivie au dispensaire :					
22 mars	45 jours de Whipple	68%	4 330 625	9 375	0.76	
18 avril	75 jours de Whipple	80%	3 191 650	7 343	1.1%	
7 juin	90 jours de Whipple	75%	6 119 063 (hyperglobulie)	5 900	1.5%	119 lbs
10 juillet	5 mois de Whipple	82%	6 000 0005	8 000	2.2%	120 lbs
	Malade perdue de vue depuis lors.					

Malade continue à venir au dispensaire de temps en temps mais suit très mal son régime; les chiffres se maintiennent bons, l'état général est médiocre, non comparable cependant à la déchéance du début.

Ces deux observations nous amènent à certaines considérations générales, concordant avec celles d'auteurs ayant à leur acquit de multiples observations. La première, c'est que les résultats sont probants et que cette thérapeutique est vraiment efficace. Très rapidement, en 15 jours à 1 mois, les signes généraux de l'anémie disparaissent, les téguments se recolorent, le poids augmente et l'appétit reparaît. L'examen du sang montre une augmentation considérable des globules rouges. Ce traitement semble un adjuvant des plus appréciables dans la thérapeutique des anémies secondaires où souvent fer et arsénic fatiguent le tube digestif, surtout le fer réduit, qui doit être donné à très hautes doses pour être efficace. Mais si l'on se rappelle que dans les anémies graves primitives pernicieuses la maladie évoluait fatalement vers la mort, malgré les transfusions, on ne s'étonnera pas que l'on dise tant de bien de cette méthode employée dans ces cas.

Y a-t-il guérison véritable ou simplement amélioration ?

Si l'on considère la disparition des symptômes cliniques de l'anémie et l'amélioration de la formule cytologique, on peut dire que le malade est guéri, en ce sens que la marche inexorable vers la mort est arrêtée. Tous les expérimentateurs en sont cependant venus à la conclusion que le traitement doit être continué pendant des mois, même si la guérison semble apparente. Le traitement pourra être cependant relâché et, par exemple, des jours sans foie, v.g. un jour sur deux, seront institués, ou bien 100 grammes seulement de foie par jour. Il faut suivre le malade soigneusement, surveiller sa cytologie sanguine et revenir au traitement strict dès que la formule semble fléchir. Ce traitement nous semble identique dans ses effets, dans son mode d'action obscur et dans la nécessité d'être longtemps continué, à celui par l'insuline dans le diabète, qui doit être, lui aussi, continuellement surveillé et indéfiniment continué; et cependant, personne ne conteste plus la valeur de l'insuline. De même que cette dernière a supplanté l'antipyrine, la santonine et le bicarbonate de soude, de même le régime de Whipple a rempacé le fer et l'arsenic.

En consultant le travail sur ce sujet publié plus loin au chapitre de la *Revue générale*, (1) on trouvera quelques préparations de foie de

(1) Paraîtra dans le numéro de février.

veau recommandées par deux diétitiennes d'un hôpital de Boston et publiées dans "Hospital Progress", juillet 1927. Elles sont employées à l'Hôtel-Dieu et bien acceptées des malades.

Ces différentes recettes ont leur importance, car il faut rendre la plus agréable possible l'absorption régulière et prolongée du foie de veau. Malgré tout il faut parfois beaucoup de temps, de tact et de sympathie pour persuader le malade de suivre correctement son régime.

LA KERATITE A HYPOPION ET SON TRAITEMENT

Par Jules BRAULT,

Assistant au service d'ophtalmologie de l'Hôpital Notre-Dame

On appelle kératite à hypopion tout ulcère de la cornée s'accompagnant de collections purulentes dans la chambre antérieure de l'œil. Cette kératite a une étiologie assez spéciale et une évolution particulière qui nous permettent de la schématiser et de la décrire dans un chapitre à part.

La kératite à hypopion débute par une éraillure de la cornée produite le plus habituellement par une poussière métallique ou végétale. Aussi le porteur de cet ulcère vous raconte-t-il souvent qu'il s'est installé insidieusement. Si vous poussez plus loin l'interrogatoire et demandez au malade s'il n'a rien reçu dans l'œil, il vous répondra qu'il a bien reçu une petite poussière deux ou trois jours avant que son œil commence à lui faire mal, mais que ce n'était rien du tout. Le moissonneur vous dira par exemple: "J'étais à travailler aux champs quand un grain de blé ou de mil me tomba dans l'œil; je l'enlevai et je continuai à travailler sans souffrir."

Quel que soit, donc, le corps étranger qui entre en cause, — grain d'émeri, parcelle végétale, coup d'ongle ou cil mal implanté — la kératite à hypopion débute toujours par une lésion de l'épithélium cornéen. L'érosion épithéliale de la cornée se produisant sur un œil antérieurement sain est la moindre des lésions, c'est celle qui guérit avec le plus de rapidité et cela souvent sans aucun traitement. En effet la sécrétion lacrymale, par son action à la fois mécanique et bactéricide nettoie l'œil sans cesse. Mais si, par contre, un œil est déjà atteint de conjonctivite, ou s'il souffre de drainage défectueux par obstruction ou par rétrécissement du conduit lacrymal, il contient tous les germes nécessaires pour produire une kératite à hypopion. Seule la porte d'entrée manque, une solution de continuité de l'épithélium cornéen.

Comme vous le voyez la dacryocystite chronique prépare le lit à la kératite à hypopion. Aussi le professeur Foucher, chacun de nous se rappelle de la chose, insistait toujours sur l'importance de traiter toutes lésions des voies lacrymales et disait en parlant de la

dacryocystite: "C'est le loup à la porte de la bergerie, il guette sa proie et l'étranglera à la première occasion."

Quand un malade vient consulter pour un ulcère à hypopion, il accuse une sensation de corps étranger sous la paupière, de la photophobie, du larmolement et souvent un peu de douleur péri-orbitaire. A l'inspection on aperçoit une petite tache grisâtre superficielle, entourée d'un liséré opalescent. Elle s'accroît rapidement, le fond devient gris-jaunâtre; sur un de ses bords l'infiltration est plus marquée, c'est de ce côté que l'ulcère tend à se propager. Apparaît alors à la partie la plus déclive de la chambre antérieure une petite collection purulente qui est plus ou moins considérable suivant la gravité de l'infection. Le pus est épais, et, stérile jusqu'à ce qu'il y ait rupture ou ouverture de la cornée. La formation du pus de la chambre antérieure s'explique par la diffusion des substances toxiques chimio-tactiques du foyer microbien par osmose à travers la cornée et par l'exsudation produite des vaisseaux du tractus uvéal, de l'iris et de l'espace de Fontana.

Dans les cas favorables et lorsque le traitement est institué dès le début, l'infiltration diminue peu à peu, l'hypopion se résorbe et l'ulcère s'épithélialise, laissant à sa place une cicatrice blanche, taie ou leucome. Dans les cas plus sérieux l'ulcération s'étendra au tiers ou à toute la cornée, perforera cette dernière. Et alors participeront souvent à l'infection l'iris et la cristalloïde antérieure. La cicatrisation se fera en bloc et tout le segment antérieur de la cornée sera transformé en un amas de tissu cicatriciel. Nous aurons enfin une panophtalmie si la suppuration atteint la totalité du globe. L'éviscération ou l'énucléation en seront la terminaison. Le glaucome peut aussi être au nombre des complications.

L'agent microbien quasi-spécifique de l'ulcère à hypopion est le pneumocoque, il entre en cause dans 90% des cas. Parmi les autres microbes quelquefois rencontrés on mentionne: le staphylocoque, le streptocoque, le bacille de Morax, le diplo-bacille liquéfiant de Petit et le champignon *Aspergillus fumigatus*.

Le traitement de l'ulcère à hypopion est avant tout étiologique et local et d'ordre général.

Le premier devoir du médecin sera d'explorer les voies lacrymales; presque toujours la pression du sac fera sourdre une certaine quantité de pus ou de muco-pus. La guérison ne peut être obtenue sans le traitement de la blennorrhée du sac. En l'absence de pus on trouvera presque toujours un rétrécissement des voies lacrymales.

En cas de dacryocystite suppurée l'ablation du sac suivie de cautérisation de la logette lacrymale au galvano-cautère est indiquée. S'il ne s'agit que de rétrécissement des voies lacrymales on fera la dilatation du conduit ainsi que l'instillation d'une solution antiseptique, de préférence une solution d'acide chromique à 2%.

Si l'ulcère n'est pas trop étendu on le stérilisera directement à l'aide du galvano-cautère porté au rouge sombre. Le contact de la pointe du galvano sur l'ulcère n'est pas toujours nécessaire. Il sera souvent suffisant de chauffer l'ulcère en en rapprochant la pointe portée au rouge vif. C'est une manœuvre du reste moins dangereuse et qu'il nous est possible de renouveler plus souvent. Si l'ulcération est très étendue, la cornée, très infiltrée et en imminence de se rompre spontanément, mieux vaut alors aider la nature et inciser la cornée horizontalement en son point le plus infiltré.

Un collyre à la dionine et à l'atropine sera instillé; le premier agira à la fois comme analgésique et antiseptique tandis que le dernier aura une action bienfaisante sur les complications iriennes toujours présentes dans ces cas.

Si l'agent microbien est diagnostiqué et si c'est du pneumocoque on fera un pansement occlusif de l'œil avec une pommade à l'optochine à 2%, qui est l'antiseptique spécifique de ce microbe. Si d'un autre côté le bacille de Morax est en cause, le sulfate de zinc en solution à 2% sera instillé cinq à six fois par jour.

L'évolution de la kératite à hypopion, comme toute plaie du reste, est sous la dépendance de trois grands facteurs que j'énumère comme suit: la virulence de l'agent pathogène seul ou associé; la plus ou moins bonne vascularisation locale; l'immunité naturelle ou acquise du sujet vis-à-vis l'infection.

La deuxième et la troisième partie du traitement que je vais vous décrire sont inspirées de l'enseignement tant pratique que théorique de mon professeur C. Duverger, de l'Université de Strasbourg; c'est aussi le mode de traitement que j'ai toujours appliqué depuis que je suis en clientèle.

Afin d'obtenir une forte révulsion locale on fera des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure à 1/5000. Ces dernières de plus ont un pouvoir antiseptique marqué, aseptisent les milieux de l'œil et semblent avoir une action bienfaisante sur l'évolution et les complications de la kératite à hypopion. Voici la technique que nous suivons pour ces injections :

La préparation lait est chose des plus simples. Vous lui faites subir une ébullition d'une durée de dix minutes, vous le filtrez avec un papier-filtre ou un coton ouaté et l'injectez sous la peau du flanc ou de la région fessière. Vous injectez la première journée 2 c.c.; cette injection est suivie quatre ou cinq heures plus tard d'une ascension thermique que précède parfois un frisson. La réaction locale est peu douloureuse et de courte durée. Si la réaction obtenue est forte on renouvellera la même dose le lendemain; si au contraire elle est faible on doublera la quantité de lait injectée le jour suivant, on la triplera au troisième jour.

Je puise à travers plusieurs observations de kératites à hypopion les deux plus typiques que je résumerai brièvement.

OBSERVATION No 1.—Monsieur A. M., âgé de 55 ans, cultivateur, reçoit le 30 septembre 1926 un grain de blé dans l'œil droit qu'il enlève lui-même. Le 3 octobre, soit 3 jours après l'incident, il se présente à mon bureau.

1er jour.—Photophobie, larmoiement — ulcération para-centrale de la cornée à 5 hres, infiltration de la cornée; pus en petite quantité dans la chambre antérieure, synéchies iriennes; muco-pus venant du conduit lacrymal et contenant du pneumocoque; vision = 1/50.

Traitement.—Sonde lacrymale No 4, lavage des voies lacrymales à l'acide chromique à 2%; chauffage de l'ulcère; atropine et dionine; injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure; pansement occlusif à l'optoshine à 2%. Lait, 2 c.c. en injection sous-cutanée, suivi 4 heures plus tard d'un frisson et d'une élévation de température à 101°.

2ème jour.—Amélioration marquée, œil moins douloureux et moins infiltré, les synéchies iriennes ont lâché. Le même traitement est appliqué. Lait 3 c.c., un frisson léger, 100° de température.

3ème jour.—L'amélioration continue. Traitement répété. Lait 5 c.c., absence de frisson, à peine 99° de température.

4ème jour.—La cornée a repris sa transparence, l'ulcère est épithélialisé, l'hypopion presque nul.

6ème jour.—Le malade a son congé. Leucome peu marqué. Vision égale à 7/10.

Un mois plus tard le malade fut revu et ne présentait plus qu'une très légère taie, et la vision était sensiblement voisine de la normale = 9/10.

OBSERVATION No 2.—Monsieur J. P., âgé de 46 ans, mécanicien, reçoit le 5 juillet 1927, un petit grain d'émeri dans l'œil droit. Le contre-maître le lui enlève et il continue son travail. Le 8 juillet il consulte son médecin pour douleurs à l'œil et vient nous consulter le 10 du même mois, soit 5 jours après l'accident.

1er jour.—Douleurs péri-orbitaires intenses, photophobie; large ulcération inféro-extérieure comprenant le tiers de la cornée, infiltration étendue à toute la cornée, chambre antérieure remplie de pus; impossible de distinguer l'iris et la pupille. Tension aux doigts, très élevée. Sac lacrymal rempli de pus à pneumocoques. Vision = lumière à peine perceptible.

Traitement.—Ablation du sac et cautérisation de la logette au galvano-cautère. Cautérisation de l'ulcère au galvano-cautère. Ponction de la cornée à la lance à la partie inférieure du limbe scléro-cornéen pour évacuer le pus et abaisser la tension. Injection de cyanure de mercure, dionine et pansement à l'optochine. Lait 3 c.c. suivi de frisson et de réaction thermique de 102°.

2ème jour.—Légère amélioration des symptômes subjectifs, mais l'œil est encore dur. Nouvelle ponction, chauffage de la cornée. Lait 3 c.c., nouveau frisson et nouvelle élévation de température à 101°.

3ème jour.—Œil peu douloureux mais encore dur. Chauffage de l'ulcère, ponction de la cornée. Lait 5 c.c., léger frisson et température à 100°.

4ème jour.—L'œil est encore un peu dur, mais la cornée moins infiltrée. Chauffage de la cornée renouvelé.

Les jours suivants les phénomènes inflammatoires s'amendèrent considérablement jusque vers le douzième jour où l'ulcère s'épithélialisa définitivement; mais la cornée présentait alors un épais et large leucome ainsi qu'une infiltration définitive de tout son parenchyme. La chambre antérieure était conservée. La séclusion de l'iris à la cristalloïde antérieure s'était installée et l'œil ne conservait plus de vision qu'une bonne projection lumineuse.

Six mois plus tard l'état de cet œil ne s'était guère amélioré.

Que faut-il conclure de ces deux observations? J'avouerai qu'il est impossible d'affirmer à quelle méthode de traitement revient le mérite de la guérison. Sans aucun doute ce qui contribua le plus à la guérison fut la suppression du foyer contaminant par la destruction ou la désinfection du sac lacrymal, et, en second lieu, la défense de l'organisme vis-à-vis l'infection. Il est bien difficile de dire dans quelle proportion les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure ont diminué localement la virulence de l'agent pathogène, et jusqu'à quel point les injections sous-cutanées de lait ont augmenté la phagocytose.

Quoi qu'il en soit, il semble que lorsqu'on ajoute à l'arsenal thérapeutique, les injections de lait et de cyanure de mercure dans le traitement des kératites à hypopion, ces dernières ont une évolution plus heureuse. C'est ce que l'observation clinique nous porte à croire, et c'est aussi ce que j'ai cherché à vous démontrer dans ce court exposé.

BIBLIOGRAPHIE

- L. de Wecker et Landolt.**—Traité d'Ophtalmologie. 1880.
- L. de Wecker et Masselon.**—Manuel d'Ophtalmologie. 1880.
- L. de Wecker.**—Traitement des ulcères et des abcès exulcérés de la cornée. — Société Française d'Ophtalmologie. 1893.
- H. Truc.**—Contribution clinique à la pathogénie de certaines kératites lacrymales. — Archives d'Ophtalmologie. 1893.
- E. L. Jones** (de Cumberland, U.S.A.).—Des injections sous-conjonctivales de Cy^2Hg . — Communication lue à l'American Medical Association. Juin 1912.
- F. Therrien.**—Sémiologie oculaire. 1923.
- Guibert.**—Injections sous-cutanées de lait de vache. — La Clinique Ophtalmologique. Juillet 1919.
- Ben Witt Key.**—Du sérum anti-diphtéritique dans les infections oculaires graves surtout dans la kératite à hypopion. — Clinique Ophtalmologique. Juin 1920.
- Morax.**—Traité d'Ophtalmologie. 1923.

TRAITEMENT DES FRACTURES DES MÉTACARPIENS

Par **Antonio BELLEROSE,**

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

De nos jours, imaginer une méthode nouvelle, créer quelque chose d'inédit en chirurgie, plus particulièrement en chirurgie osseuse, n'est pas du ressort de tout le monde. Celui qui étudie, celui qui, de temps en temps, jette un coup d'œil dans les traités médicaux, même dans ceux que l'on est convenu d'appeler manuels de l'étudiant, s'aperçoit bien vite hélas, que trop souvent, les nouveautés que l'on nous sert aujourd'hui, ne sont que d'anciens procédés mis en pratique depuis nombre d'années; ces procédés ne sont nouveaux que pour le médecin dont les livres reposent en paix sous une épaisse couche de poussière.

Loin de nous l'idée de présenter dans cette communication un appareillage nouveau genre pour le traitement des fractures des métacarpiens, celui que nous employons existe depuis longtemps, peut-être lui avons-nous fait subir certaines modifications, mais celles-ci sont sans importance, libre à vous maintenant de le transformer à votre tour pour l'adapter aux circonstances : le principe reste toujours le même.

Au point de vue thérapeutique, on divise les fractures des métacarpiens en deux grandes classes: 1° les fractures des métacarpiens sans déplacements, 2° les fractures des métacarpiens avec déplacement.

Le traitement des fractures des métacarpiens sans déplacement est bien simple; on immobilise au moyen d'une petite gouttière plâtrée les fractures du premier, du deuxième et cinquième métacarpien, celles du troisième et quatrième le sont au moyen de deux attelles en bois (un abaisse-langue) bien rembourrées et maintenues en place par des bandelettes de diachylon.

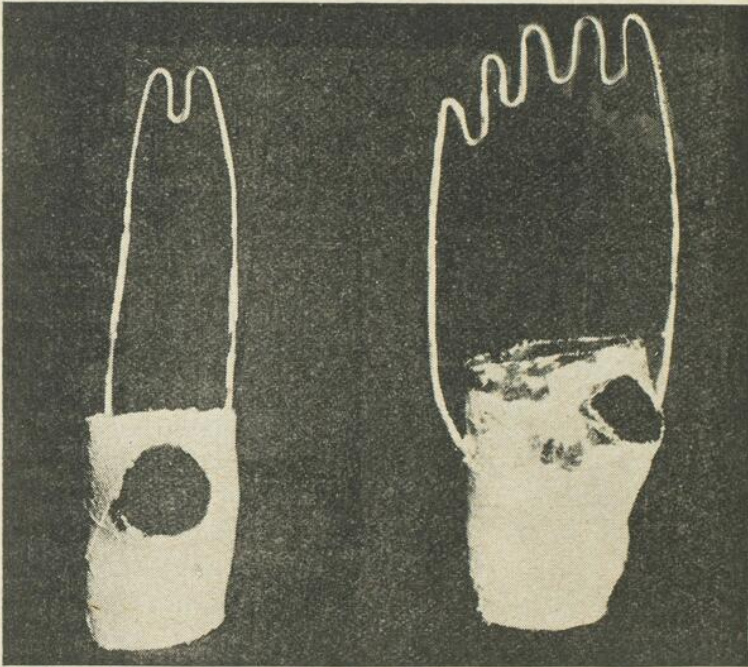
Cette immobilisation est maintenue tout au plus pendant une quinzaine de jours, on la fait suivre de séances de massage.

Je ne citerai que pour mémoire un traitement préconisé par Locke Scudder, il consiste à immobiliser la main fléchie sur un rouleau.

Pour les fractures des métacarpiens avec chevauchement, le traitement diffère selon que l'on a affaire à des fractures où le déplacement a tendance ou non à se reproduire après réduction.

Le traitement que nous venons de préconiser convient parfaitement pour les fractures n'ayant aucune tendance à se reproduire après réduction. Pour celles au contraire où le chevauchement se reproduit facilement nous employons un appareillage (voir la vignette) qui jusqu'ici nous a donné d'excellents résultats; il évite une déformation qui, bien que peu importante, n'en est pas moins gênante.

Lorsqu'il y a fracture de plusieurs métacarpiens d'une même main, l'appareil est constitué par un fil de fer No 6 courbé en demi-



Appareil pour un métacarpien Appareil pour plusieurs métacarpiens.

cercle dont les deux branches libres sont fixées au poignet par des bandes plâtrées. Le demi-cercle doit dépasser largement l'extrémité des doigts et les bords de la main, il doit être parallèle à la face palmaire de la main.

La traction continue s'exerce au moyen de bandes de caoutchouc élastique fixée d'une part au fil de fer, d'autre part aux doigts par l'intermédiaire de leucoplastes maintenus en place par un solide bandage.

Pour les fractures d'un seul métacarpien, on se sert d'un appareil semblable avec cette différence que le cadre constitué par le fil métallique est orienté perpendiculairement à la face palmaire de la main; pour la fracture de Bennett il faut avoir soin de placer le pouce en abduction.



Avant appareillage.



Après appareillage.

Cet appareil doit être surveillé afin de constater si la réduction se maintient et si la traction est suffisante. Il est laissé en place une quinzaine de jours, au plus trois semaines, et ci, comme dans tous les

cas où l'on immobilise de petites articulations, il faut avoir recours à la massothérapie.

Les radiographies ci-dessus démontrent, il me semble, l'efficacité de l'appareil que nous vous proposons. Il s'agit d'un jeune garçon ayant subi un traumatisme considérable de la main gauche avec fractures du deuxième, troisième, quatrième et cinquième métacarpien, le chevauchement que vous voyez sur la première vignette n'existe pas sur la deuxième après la mise en place de l'appareil à extension continue.

— o —

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE POLYDACTILIE (1)

Par Roméo BOUCHER et Hector FORGUES.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service médical de l'hôpital Saint-Luc un cas bilatéral de doigt surnuméraire dont nous donnons ici à titre de curiosité clinique les photographies et les radiographies. Ces cas sont assez rares pour que nous les rapportions.

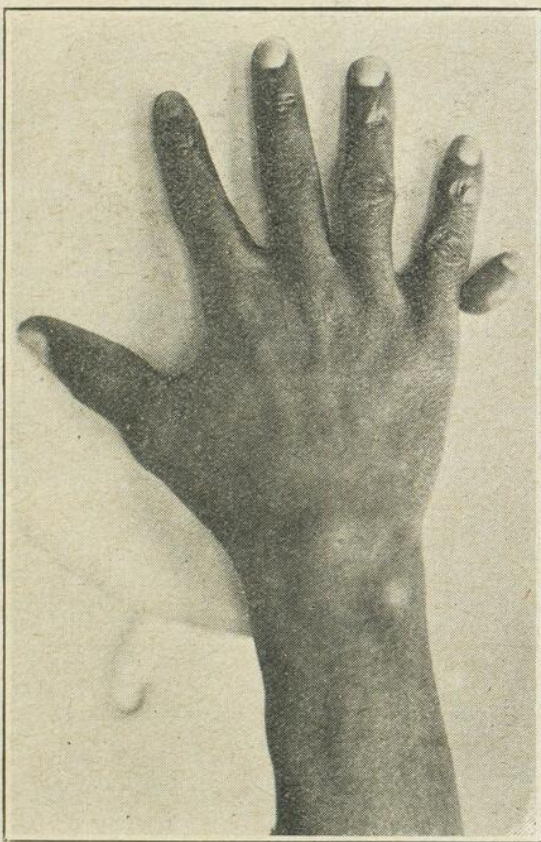


Fig. I

Il s'agit d'un marin de 25 ans, un noir, né dans la Guinée anglaise, qui a été hospitalisé pour une grippe banale. Le hasard de l'examen nous a révélé qu'il souffrait en plus d'une spécificité

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, 16 oct. 1928.

acquise et avouée, traitée à intervalles réguliers depuis deux ans. Le Bordet-Wassermann est, du reste, fortement positif.

Aucune lésion organique.

Toutefois ce malade présentait (Fig. I et II) à la face externe de l'auriculaire de chaque main, un sixième doigt ayant presque toutes les apparences d'un doigt véritable, mais en miniature. Ce doigt surnuméraire possède une sensibilité subjective et objective très nette, un ongle complètement formé, et la consistance osseuse

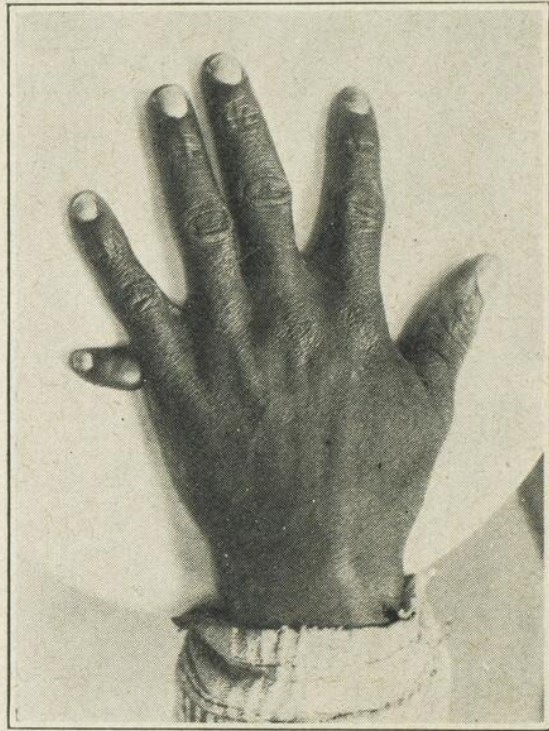


Fig. II

d'un doigt normal. Seul, le rattache à la peau un mince pédicule contenant probablement des vaisseaux et des nerfs, mais sans tissu osseux, ni cartilagineux.

La radiographie (Fig. III) a montré qu'il existait dans ce doigt du tissu osseux, paraissant formé par la soudure d'une phalangine et d'une phalangette, diminuées de volume, bien entendu. L'aspect radiographique est le même pour les deux mains.

Le pied droit (Fig. IV) présente aussi une anomalie curieuse. Les deux derniers doigts sont apparemment soudés, mais la radio-

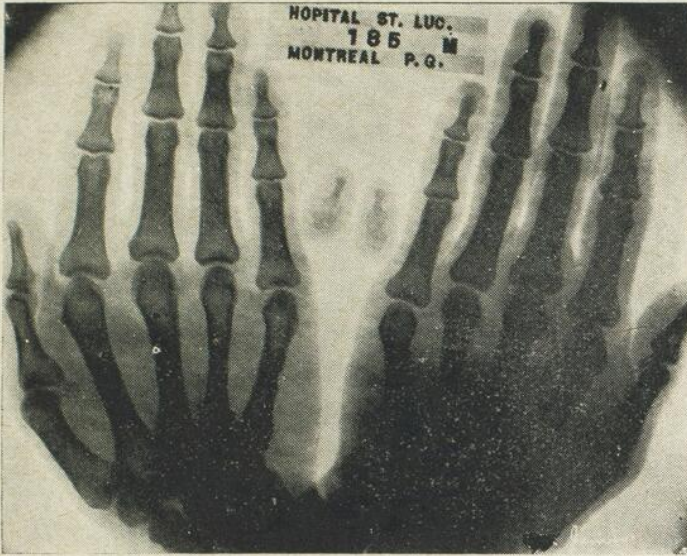


Fig. III



Fig. IV

graphie démontre leur intégrité osseuse. Seule, la phalangette du troisième doigt est disparue pour être reportée au petit doigt où elle s'accôle à celle de ce dernier. Ces malformations pourraient facilement être corrigées par une intervention que refuse énergiquement le malade.

L'hérédité, dans ces malformations, comme dans beaucoup

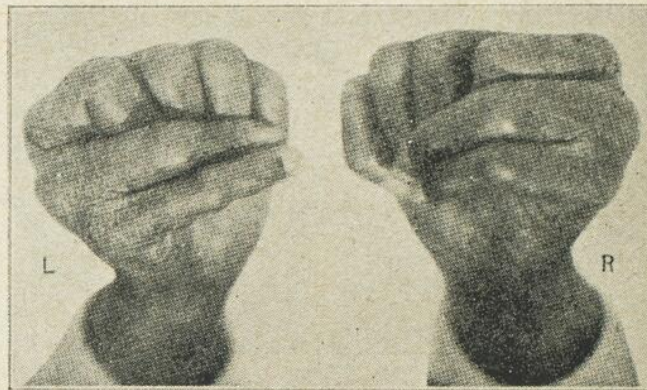


Fig. V

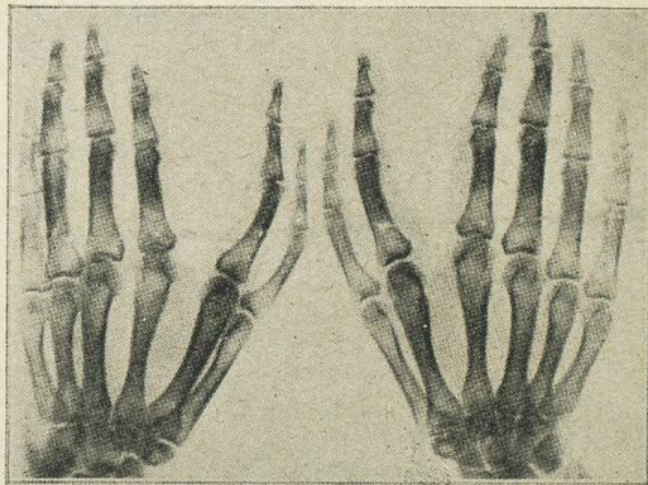


Fig. VI

d'autres, joue un rôle prépondérant. D'après le malade, sa mère et ses deux sœurs auraient exactement les mêmes malformations digitales. Ce n'est pas un cas de polydactilie pure que nous présentons ici, mais plutôt un cas de doigt surnuméraire. Nous reproduisons pour faire la comparaison entre les deux une véritable polydactilie tirée d'une observation publiée par le Dr D. P. Penhallow, de Washington, D.C.) (Fig. V et VI).

UN CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE AVEC UN OEUF INTRA-UTÉRIN ET UN OEUF EXTRA-UTÉRIN ⁽¹⁾

Par **Léon GERIN-LAJOIE,**

Médecin au service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame.

Les cas de grossesse gémellaire avec un œuf intra-utérin et un œuf extra-utérin sont assez rares pour qu'ils méritent d'être rapportés.

Nous avons eu l'occasion d'en rencontrer un dans le service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, le professeur-agrégé Trudeau et moi-même.

Ce n'est pas uniquement à titre de curiosité que je publie cette histoire, mais bien plutôt pour insister sur certaines particularités des suites opératoires qui devraient servir à notre enseignement.

Madame V. Y..., âgée de 27 ans, femme de cultivateur, entre à l'hôpital Notre-Dame, le 19 septembre 1928, après un assez long trajet en automobile, soit environ 35 milles. Elle est envoyée par son médecin pour appendicite aiguë, ayant eu trois crises consécutives en deux mois. Ses douleurs abdominales, lorsque nous la voyons, sont plus fortes à gauche qu'à droite, s'irradiant dans les lombes et dans le creux épigastrique.

La malade a toujours accusé des douleurs abdominales depuis trois ans; cependant, il y a environ deux mois, elle a eu une crise douloureuse très forte qui s'est renouvelée à intervalles divers, surtout depuis trois semaines. Elle accuse en outre des pertes blanc-jaunâtres habituelles, plus fortes depuis le début de ses douleurs; celui-ci a été accompagné de nausées et de vomissements; la semaine dernière elle passa un peu d'eau rousse.

La malade est une constipée chronique et souffre en outre de pollakiurie.

Dans ses antécédents héréditaires, rien de particulier.

Dans ses antécédents personnels, on relève une typhoïde à l'âge de 15 ans.

Au point de vue gynécologique, la malade a été réglée à 13 ans, a toujours été régulière, souffrant à ses règles qui duraient de trois à quatre jours. Mariée à 23 ans elle devient irrégulière, souffre toujours

(1) Travail du service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, prof. L. de L. Harwood.

à ses règles qui durent maintenant de sept à huit jours. La malade a eu trois grossesses, n'a fait aucune fausse couche, et ses accouchements et ses relevailles ont été normaux. Le dernier accouchement a eu lieu il y a dix mois. Ses dernières règles sont de juillet dernier.

Examen.—Etat général bon.

Abdominal: vergetures, léger météorisme. A la palpation défense musculaire dans les deux fosses iliaques et dans la région appendiculaire. On sent une masse remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. A la percussion, matité à convexité supérieure de toute la région hypogastrique.

Vulvaire: écoulement d'eau rousse; au toucher, vagin lisse, col granuleux et ramolli, utérus gros ramolli, douloureux et refoulé à droite.

Cul-de-sac gauche rempli par une masse qui remonte jusque dans la fosse iliaque du même côté, rénitente, douloureuse, difficilement mobilisable et paraissant unie au corps utérin.

Cul-de-sac droit souple, ne présentant aucune masse particulière.

Cul-de-sac de Douglas légèrement empâté, très sensible, difficilement dépressible.

Pouls variant de 68 à 96, température se maintenant toujours sous la normale, 98.2, 97.3, 97.4, pression artérielle de 130 sur 70. Urée au litre de sang: 0. gr. 19. Urine: traces d'albumine, épithélium rare.

Diagnostic clinique: avortement tubo-abdominal gauche probable. Appendicite chronique.

Traitement.—Le 24 septembre 1928, le professeur agrégé R. Trudeau et moi-même procédons à la laparotomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen on trouve un bassin rempli par des caillots enkystés indiquant bien qu'il y a eu hémorragies internes. Cependant l'utérus est gros, mou et paraît grévide de deux mois environ; on se dirige du côté de l'annexe gauche qui est grosse et dont le pavillon contient ce qui semble être un œuf entouré de fibrine et de caillots, tout près d'avorter. On procède à la salpingo-cophorectomie gauche; exploration rapide de l'appendice reconnu sain et laissé en place. Fermeture de la paroi sans drainage.

Le traitement post-opératoire habituel a été suivi: dès le retour de la malade à son lit, injection d'huile camphrée et d'huile goménolée, lavement stimulant, deux sacs de glace sur l'abdomen, huile camphrée 5 cc. alternée avec strychnine 1/60 de grain toutes les six heures, complété par morphine $\frac{1}{4}$ de grain et atropine 1/120 de grain deux fois par jour pendant huit jours. Un lavement évacuant est donné trois jours après l'opération; et tous les matins, dans la suite, la malade recevait 15 grammes d'huile de ricin, et tous les soirs elle recevait également un petit lavement évacuant. Les suites opératoires furent des plus calmes et des plus normales.

La pièce pathologique, envoyée au laboratoire, fut examinée par M. le prof. P. Masson qui nous fit le rapport suivant: Hématocèle pelvienne. Trompe distendue par du sang. Par places, la muqueuse manque et l'on trouve à sa place un tissu conjonctif chronique enflammé dans lequel sont englobés des cylindres de collagène hyalin. Ceux-ci ont la dimension de villosités choriales et représentent vraisemblablement des

villosités dénudées de leur syncytium, sclérosées, en voie de résorption, indice d'un avortement tubaire déjà ancien.

La paroi interne de la trompe présente des lésions internes de péritonite plastique avec inclusion de kystes et de papilles formés par l'épithélium péritonéal. Dans ce tissu conjonctif de nouvelle formation on trouve des amas de cellules déciduales sans aucun signe de dégénérescence.

Ces cellules déciduales se trouvent normalement dans toute la sphère génitale dans la grossesse. Elles peuvent aussi bien répondre à la grossesse tubaire qu'à une grossesse utérine concomitante.

Cette malade fut congédiée le 10 octobre, en parfaite santé, sans avoir perdu une seule goutte de sang depuis son opération. L'entente avec elle était toutefois qu'elle ne devrait quitter la ville qu'une dizaine de jours plus tard pour retourner chez elle. Le 14 octobre, elle fait une hémorragie abondante, et le professeur Trudeau, appelé, fait revenir la malade à l'hôpital en toute hâte; nausées, vomissements, céphalées, voiles, mouches, vertige; le repos au lit, sacs de glace sur l'abdomen, du viburnum prunifolium à fortes doses arrête les hémorragies, et la grossesse continue d'évoluer. Les urines analysées à cette époque montrent de fortes traces d'albumine, des phosphates, quelques globules de pus, des bactéries et des épithéliums.

La malade continue sa grossesse et est congédiée le 27 octobre, 12 jours après sa deuxième entrée à l'hôpital, exactement 33 jours après son opération. Nous avons eu des nouvelles de la malade ces jours derniers; elle continue à se maintenir en bonne santé sans présenter aucune perte sanguine.

Quelques points intéressants à noter dans l'histoire de cette malade :

1° Le voyage en auto avec une grossesse tubaire en imminence d'avortement tubo-abdominal, cela sans inconvénient apparent.

2° La douleur au creux épigastrique, douleur haute, tardive que nous rencontrons presque dans tous les cas d'épanchement hémorragique du bassin.

3° La manipulation directe de l'utérus gravide sans produire l'avortement.

4° La nécessité d'avoir dans ces cas un calme post-opératoire absolu, que nous avons obtenu par la morphine à doses assez élevées pendant plusieurs jours. Chez cette malade, nous avons eu des suites opératoires si calmes, si privées d'agitation et d'ennuis intestinaux ou gastriques que nous serions presque tentés de préconiser la systématisation des fortes doses de calmants après les opérations.

5° Le retour des hémorragies abondantes cette fois après 18 jours de repos complet, sans cependant amener l'avortement.

REVUE GÉNÉRALE

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DE LA RÉTEN- TION D'URINE

Par **Oscar MERCIER,**

Chargé du service d'Urologie de l'Hôtel Dieu.

La rétention d'urine est un syndrome, caractérisé par l'impossibilité d'évacuer naturellement la totalité ou une partie de l'urine contenue dans la vessie. Elle se divise donc en deux formes: la rétention complète et la rétention incomplète.

Dans la *rétention complète*, le malade ne peut émettre la moindre quantité d'urine. Dans la majorité des cas, son apparition est brusque; il s'agit alors d'une rétention complète *aiguë*. Parfois, elle fait suite à une période *aiguë* ou elle s'installe chez un malade dysurique qui se sonde quotidiennement; elle est dite *chronique*. Au cours de l'hypertrophie de la prostate, à la sixième semaine de son évolution, une rétention complète *aiguë* devient chronique et définitive.

Lorsqu'elle survient brusquement, le malade ne peut satisfaire les besoins d'uriner qu'il ressent. Ces besoins deviennent douloureux et subintrants. L'hypogastre est le siège d'une douleur vive. D'une façon générale, si le malade ne consulte pas, ce qui est l'extrême exception, cette phase de tension angoissante prend fin par une évacuation par regorgement. *Cette fausse incontinence ne s'observe jamais, lorsque l'hypertrophie de la prostate est la cause de la rétention; la vessie se rompt plutôt que de s'évacuer par regorgement.* D'ailleurs, en pratique, cette fin ne s'observe jamais.

A l'examen, la rétention complète sera facilement reconnue par la palpation hypogastrique. Elle montre une masse médiane sus-pubienne rénitente, douloureuse, qui est la vessie distendue. Le sondage vésical, de plus, tranche la question en ramenant de l'urine.

On ne pourra guère confondre la rétention qu'avec l'anurie. Cependant, celle-ci ne s'accompagne pas de douleurs hypogastriques, la palpation n'indique aucun globe vésical et le sondage montre une vessie vide.

Les causes des rétentions complètes sont multiples; le plus souvent elles sont facilement reconnues. Au point de vue pathogénique, ces causes peuvent être schématiquement groupées en plusieurs catégories:

1° *D'origine nerveuse, soit psychopathique, soit cérébro-médullaire, soit par réflexe nerveux :*

Ce groupe comprend :

Hystérie
Etats ataxo-adiynamiques: fièvre typhoïde, péritonite
Apoplexie et coma
Méningo-encéphalites et méningo-myélites
Compressions médullaires
Tabès, sclérose en plaques
Opération, choc, rachianesthésie
Fissures anales et hémorroïdes
Appendicite
Etc., etc.

2° *Par réflexe réno-vésical :*

Tuberculose rénale
Pyélonéphrite de la grossesse

3° *Par modifications pathologiques du muscle vésical :*

Traumatisme de la vessie
Cystites
Diverticules de la vessie
Suites de couche.

4° *Par modifications pathologiques de l'urètre :*

A) *Modifications qui compriment l'urètre :*

Hématome périnéal
Compression par fragments osseux
Tumeurs utérines enclavées.

B) *Modifications qui obstruent l'urètre :*

Calculs et caillots
Corps étrangers de l'urètre
Rétrécissement de l'urètre
Affections de la prostate: prostatite aiguë et cancer
Adénome périurétral
Rigidité du col vésical, par sclérose ou par hypertrophie musculaire
Spasme du col vésical, à la suite d'exploration urétrale.

Toutes ces causes peuvent être ramenées au point de vue clinique à *deux catégories*. La rétention survient *en dehors* de toutes lésions urinaires ou elle est *sous la dépendance* d'une affection des voies urinaires.

Le diagnostic étiologique est facile à établir, lorsque l'impossibilité d'évacuer la vessie apparaît au cours d'une affection quelconque en dehors de toutes lésions urinaires. En somme, le fait le plus important est de reconnaître la rétention, qui peut échapper à un examen superficiel. Dès qu'elle sera reconnue, elle sera nécessairement attribuée à la maladie en évolution.

Chez un traumatisé, il faut alors rechercher quelle lésion produit la rétention. Une *plaie* ou une *rupture de la vessie* est reconnue par le cathétérisme de l'urètre. Celui-ci ne ramène qu'une quantité plus ou moins minime d'urines sanglantes. Dans les *déchirures*, ou les *plaies de l'urètre*, le cathétérisme est souvent impossible. Lorsque la sonde peut pénétrer dans la vessie, elle ramène des urines non sanglantes. De plus, une blessure de l'urètre s'accompagne, d'une façon générale, d'urétrorragie. Enfin, si au cours d'un traumatisme, le malade rétentionniste ne présente aucune lésion urétrale ou vésicale, il faudra examiner la moelle épinière, rechercher l'état des réflexes. S'il n'existe aucune lésion médullaire; on est en droit de conclure qu'il s'agit d'une rétention réflexe par choc traumatique.

Lorsqu'en dehors de tout traumatisme et d'affection extra-urinaire une rétention aiguë s'installe, le médecin doit envisager deux cas. Le rétentionniste est âgé de moins de quarante-cinq ans ou bien il a dépassé cet âge.

La rétention aiguë chez un *jeune sujet* est le plus souvent sous la dépendance d'un *rétrécissement de l'urètre*, ou d'une *prostatite aiguë*. Ces deux affections urinaires seront aisément diagnostiquées. Le toucher rectal fera voir, s'il s'agit d'une inflammation aiguë de la prostate, les modifications architecturales de l'organe. La *prostatite aiguë folliculaire* augmente le volume des lobes prostatiques sans les déformer. Leur surface est régulière, leur consistance est égale et leurs limites précises. Dans l'*abcès de la prostate*, la fluctuation ne caractérise pas la lésion; au contraire, elle est le plus souvent absente. D'ailleurs, l'aspect physique en est très variable. Parfois, les deux lobes sont rénitents, plus gros que dans la prostatite folliculaire. Le plus souvent, le doigt perçoit une masse irrégulière, formée de parties fermes et d'autres molles, où les lobes ne peuvent plus être distingués. Les limites de cette masse sont imprécises. Cette diffusion péri-

phérique est un des caractères les plus importants de l'abcès de la prostate. Chez quelques malades, sur cette masse imprécise, il existe, en un point, une zone dépressible circonscrite par un pourtour dur, assez comparable à une peau de baudruche insuffisamment tendue sur le cercle d'un tambour. Le rétrécissement de l'urètre sera reconnu par l'exploration du canal urétral au moyen d'explorateur à boule.

Si l'examen ne révèle aucune lésion prostatique, ni aucun rétrécissement urétral, le médecin doit penser, en face d'un malade jeune

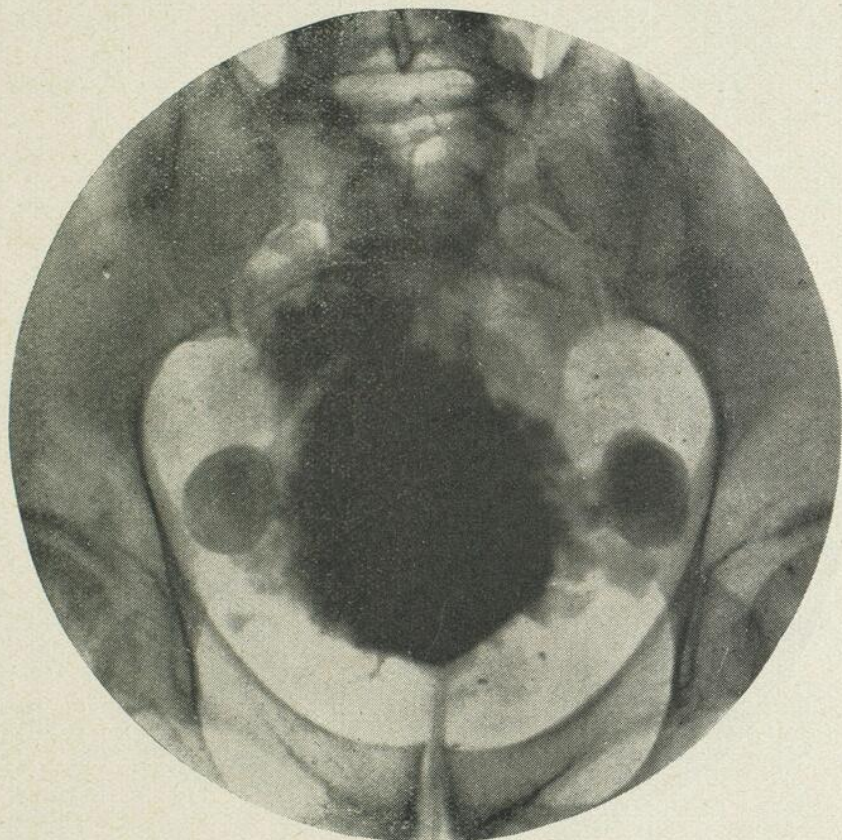


Fig. 1.—Cystoradiographie montrant deux diverticules latéraux.

à urines troubles, à une affection rénale ou à un diverticule vésical.

Les infections du rein produisent parfois de la rétention; ce sont la tuberculose ou la pyélonéphrite gravidique. Chez une femme enceinte qui présente de la fièvre et des urines troubles, on peut sans hésitation attribuer la rétention aiguë à une infection banale du bassin. Le fait est d'ailleurs rare. La tuberculose rénale, bien qu'exceptionnellement, produit plus souvent de la rétention que la

pyélonéphrite. La pâleur des urines, leur acidité, la pyurie sans microbes, la présence de bacilles de Koch dans l'urine permettent au médecin de dépister les lésions bacillaires du rein. L'urologue par un cathétérisme urétéral confirmera et précisera le diagnostic.

Les *diverticules de la vessie* seront soupçonnés, lorsque le malade, avant sa rétention, présentait de la pyurie vésicale spontanée et de la miction en deux temps. Un examen cystoscopique et au besoin une cysto-radiographie pratiquée en position antéro-postérieure et en position oblique mettront en évidence les diverticules. (Fig. 1 et 2)



Fig 2.—Diverticule latéral de la vessie.

Après quarante-cinq ans, la rétention complète aiguë a le plus souvent comme facteur une *hypertrophie de la prostate*. Le toucher rectal et au besoin un examen cystoscopique qui montre les déformations du col vésical par l'adénome feront reconnaître l'hypertrophie prostatique. Le toucher rectal indiquera encore que la rétention est sous la dépendance d'un cancer de la prostate.

Lorsque la prostate n'est pas déformée, le médecin doit éliminer un rétrécissement de l'urètre qui peut d'ailleurs coïncider avec un adénome périurétral. Devant l'absence de lésions prostatiques ou urétrales, les autres causes urinaires dont nous avons parlé, tels les infections rénales et les diverticules vésicaux, seront recherchés.

En présence d'un rétentionniste complet dont les urines sont limpides et qui ne présente aucune modification pathologique de la vessie, de la prostate et de l'urètre, on doit penser à une *rigidité du col vésical*. Cette rigidité est fréquemment consécutive à une sclérose; elle est plus rarement sous la dépendance d'une hypertrophie des fibres musculaires du col vésical. Cependant, ce diagnostic de rétention par rigidité du col de la vessie ne peut être affirmé que chez un malade présentant un syndrome de prostatisme et chez lequel un examen général complet et une étude approfondie de la moelle épinière ne révèle aucune affection.

On dit qu'il existe une RÉTENTION INCOMPLÈTE lorsqu'un malade ne peut vider entièrement sa vessie qui conserve un résidu perpétuel. Si le résidu ne remplit pas complètement la cavité vésicale, la *rétention incomplète* est dite *sans distension*. Au contraire, la *rétention incomplète* est dite *avec distension*, lorsque la vessie est toujours remplie par la quantité d'urine qui y stagne.

Cliniquement, la rétention incomplète présente un tableau très différent de celui de la rétention complète aiguë. Un résidu peu considérable ne provoque que des troubles peu marqués. Tout au plus, le malade a de la pollakiurie un peu plus intense le jour et la nuit. Seul, le sondage vésical, après miction, met en évidence cette rétention incomplète sans distension.

La rétention incomplète avec DISTENSION crée des symptômes plus nets. Le vrai distendu urinaire se présente au médecin sous l'un des trois tableaux suivants. Chez les uns, la *pollakiurie est très intense*, le malade éprouvant des besoins impérieux à toutes les 5 ou 10 minutes. D'autres ne ressentent aucune envie d'uriner, mais ils *perdent continuellement* leurs urines. C'est en somme une miction par regorgement. Enfin, un troisième groupe comprend des malades qui ont un peu de pollakiurie, mais chez qui *les troubles digestifs* occupent toute la symptomatologie. Ils se plaignent d'anorexie, de sécheresse de la gorge, de nausées, de constipation ou de diarrhée et de météorisme. La palpation hypogastrique fera sentir la vessie distendue qui apparaît sous forme d'un globe rénitent et mat.

Chez les *opérés*, l'impossibilité d'évacuer incomplètement la vessie survient d'une façon aiguë. La rétention sera facilement mise en évidence par le palper hypogastrique et le sondage vésical. Il s'agit d'y penser pour la reconnaître. Chez les autres rétentionnistes incomplets, les accidents, d'une façon générale, ont une évolution chronique.

Chez un sujet âgé, la rétention incomplète a pour cause un adénome périurétral. Le cancer de la prostate peut aussi la produire. Dans les deux cas, le toucher rectal fera faire le diagnostic. Quelques

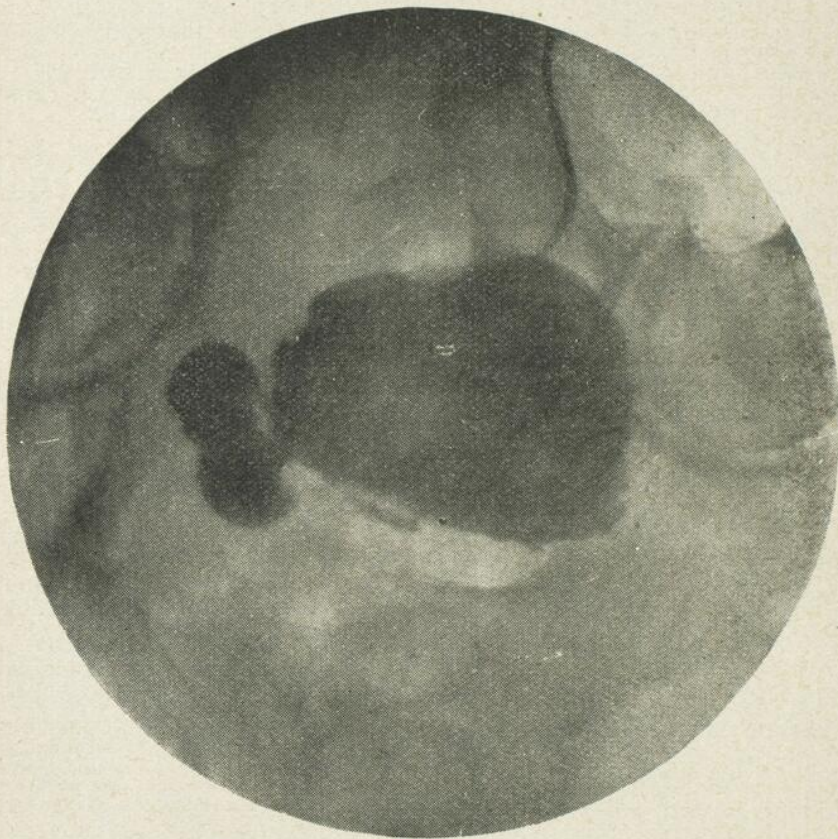


Fig. 3.—Cystoradiographie latérale.

rare malades sont rétentionnistes incomplets du fait d'une rigidité de leur col vésical par sclérose.

La vessie d'un malade jeune se vide incomplètement, parce qu'il présente des rétrécissements urétraux qui peuvent d'ailleurs s'observer chez le vieillard. Elle peut être aussi le fait d'une prostatite chronique. Lorsque la cause de la stagnation d'urine n'est ni un rétré-

cissement, ni une modification de la prostate, il faut rechercher, aussi bien chez le malade jeune que chez le vieillard, les états nerveux pathologiques, susceptibles de produire une hypotonie de la musculature vésicale. Les troubles psychopathiques seront dépistés et les réflexes seront attentivement examinés.

Si la rétention ne peut être rattachée ni à des troubles nerveux, ni à des modifications pathologiques de la prostate ou de l'urètre, le médecin doit alors penser à une cause rénale. La tuberculose rénale sera éliminée par le caractère de la pyurie, par l'examen des urines qui sont acides et qui contiennent du pus sans microbes ou des bacilles de Koch.

Certaines malformations vésicales peuvent produire une stagnation d'urine dans la vessie. Ce sont la barre interurétérale et les diverticules vésicaux. La cystoscopie et au besoin la cystoradiographie feront reconnaître ces malformations.

Les cystites créent un résidu vésical en raison de la souffrance de la musculature de la vessie qui ne peut se contracter à fond. Cependant dans les cystites, le résidu est peu considérable et n'amène aucun trouble par lui-même.

BIBLIOGRAPHIE

- Guyon.**—Physiologie pathologique de la rétention. Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1889.
- Albarran et Nogues.**—Rétentions d'urine sans obstacle mécanique. 1er Congrès de l'Ass. intern. d'Urologie, Paris, 1908.
- Rochet et Mulier.**—Contribution à l'étude des rétentions chroniques d'urine sans obstacle mécanique. Lyon Médical, 1910, No 30.
- Leguen.**—Le mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique. Archives urologiques de la clinique Necker, tome II, p. 197-231.

MÉDECINE PRATIQUE

LA GRIPPE

1° **Repos** à la maison et au lit s'il y a de la fièvre.

2° Le soir, un **bain chaud** complet 5 à 10 minutes, suivi d'un grog chaud accompagné d'un comprimé sudorifique : **aspirine**, **cryogénine**, **empirine** simple ou composée, **quinine** 0.40 centigr. par jour durant 2 à 3 jours selon effet. Boire abondamment : limonade, jus d'orange, eau, etc.

3° **Gargarisme** au glyco-thymoline, listerine ou bicarbonate de soude, surtout rien d'irritant, ni d'acide, toutes les heures ou plus souvent.

4° Se méfier des vaporisations violentes ou même des inhalations — dont on abuse — qui favorisent la pénétration des germes dans le **poumon**. On peut en dire autant des pommades irritantes qui obstruent les fosses nasales, irritent la muqueuse du nez et empêchent la libre circulation de l'air. Nous créons ainsi des vases clos. Il faut les employer avec discernement.

5° Le matin à jeun un purgatif léger précédé ou non d'un lavement, selon les cas.

6° Une diète liquide légère.

7° Une injection sous-cutanée d'huile camphrée à 20% en ampoule stérilisée une fois par jour durant 2 à 3 jours a produit un excellent effet. On prétend que c'est un préventif contre les complications pulmonaires.

8° **Contre la toux quinteuse** on prescrit les sirops à base d'opium, codéine, etc.

Pas de visites.

9° Durant la convalescence on prescrit la strychnine 1/30 grain 2 à 3 fois par jour durant plusieurs jours.

La grippe est suivie d'un état d'asthénie prolongé. Le système nerveux doit être longuement stimulé.

10° Eviter les veilles prolongées, le travail trop précoce et trop prolongé. Il importe de surveiller le sommeil, surtout chez les surmenés : 30 gouttes de **somnifène** le soir dans une infusion de tilleul peuvent être utiles.

Contre les complications on emploie les traitements usuels.

Ces conseils simples suffisent dans la majorité des cas.

LeSAGE.

CHRONIQUE

SIMPLES RÉFLEXIONS EN MARGE DE LA MÉDECINE

1°—Prothèse dentaire

M. Louis Bertrand de l'Académie Française dans son beau livre sur Louis XIV nous a dit les misères physiques de ce grand roi.

“Heureux comme un roi”, dit-on encore et pourtant qui voudrait l'être ? Ceux d'aujourd'hui sont les esclaves de leurs sujets, ceux de jadis étaient esclaves de leurs infirmités : Louis XIV, dans toute sa gloire, était édenté, il mangeait avec la plus grande peine, et les seigneurs les plus élégants de sa cour, les favorites les plus célèbres de son règne avaient sans doute bien des brèches dans la denture. Ce qui ne veut pas dire que ces élégants de la Cour du Roi Soleil n'auraient pas aimé à “découvrir un collier de perles en ouvrant des lèvres de corail” ; ce qui ne veut pas dire non plus que le Grand Roi considérait comme agréable de baver à table ; c'est qu'il n'y avait alors que des arracheurs de dents et des casseurs de gueules qui s'affublaient du titre de dentistes. Plus heureux que ces seigneurs d'autrefois, nous avons des dents — naturelles ou artificielles, nous en avons et nous nous en servons, et il est rare aujourd'hui qu'une bouche s'ouvre sans montrer quelques parcelles d'or, il en est même qui cachent de véritables Klondykes. On peut actuellement meubler sa bouche aussi facilement qu'un appartement et il est aussi inconvenant de se promener brèche dent qu'il le serait de sortir sur la rue avec un fond de culotte déchiré.

La prothèse dentaire qui est esthétique et hygiénique fait partie de nos moeurs. Progrès du capitalisme comme le chauffage central, l'automobilisme et le coca cola.

Il est bien vrai de dire que les hommes de notre siècle quelque soit leur situation de fortune disposent de moyens de confort qu'à

n'importe quel prix n'auraient pu se procurer les grands seigneurs d'autrefois et que le plus modeste ouvrier de Montréal se trouverait très malheureux s'il lui fallait vivre comme un marquis de jadis dans les appartements somptueux mais glacés et sans commodités de Versailles.

2°—Justice moderne

Il n'y a pas longtemps, une femme d'une petite ville du Connecticut vint se plaindre au Procureur Général de l'Etat que son mari ne cessait de la tourmenter de ses attentions; considérant qu'elle avait eu assez d'enfants de son premier mari, elle déclarait que c'était attenter à sa liberté que de vouloir la forcer à des relations sexuelles qui d'ailleurs lui répugnaient.

La femme en question était une belle femelle de 42 ans, bien conservée malgré les cinq enfants qu'elle avait eus de son premier mari. "Regardez-moi aujourd'hui et regardez-moi à 18 ans, disait-elle en tendant à l'avocat une image de sa jeunesse, pouvez-vous en croire vos yeux". L'avocat, auquel elle s'adressait ainsi, était un de ces magistrats puritains, plus honnêtes qu'intelligents mais par contre très moderne; savez-vous ce qu'il fit dans les circonstances? Il éconduisit cette femme en lui rappelant ses devoirs conjugaux? Croyez-vous? Eh bien, pas du tout, il fit immédiatement incarcérer le pauvre mari sous prétexte de conduite scandaleuse et tyrannique et ordonna en même temps son examen mental pour se rendre compte s'il n'était pas urgent de castrer cet homme d'un autre âge, ce "cave man" qui poussait l'imprudencence jusqu'à exiger que sa femme se prêtât à des relations sexuelles. O eugénisme! que de bêtises ne fait-on pas en ton nom!

Heureusement ou plutôt malheureusement pour le pauvre mari, il fut trouvé normal et ne fut pas castré, on lui redonna sa liberté en échange d'une promesse solennelle d'être à l'avenir plus sage.

Cette petite histoire peut paraître fantastique, elle est malheureusement vraie. Le pauvre homme qui en fut la victime, encore ahuri de cette "magistrale" bêtise pense sérieusement, dit-on, à se payer une opération que l'on n'a pas daigné lui faire gratuitement durant son incarcération. *Justitia nomen.*

R. FONTAINE.

ANALYSES

MEDECINE

M. GUNS (Louvain). — **Phrénospasme ou cardiospasme dans les mégaoesophages** ("Arch. Mal. App. Digestif et Nutrition", déc. 1927).

A l'origine des grandes ectasies oesophagiennes (mégaoesophages) le spasme est-il dû à la contraction de l'anneau diaphragmatique ou du cardia ? Les recherches entreprises par l'auteur viennent après bien des discussions, soulevées par Jackson, Guisez, Sargum, William Hill, Shattock, Van Der Wildenburg, sur le mécanisme de ce spasme.

Voici les constatations de Guns. Il commence par expérimenter, à l'aide de la Radioscopie, d'abord sur les **oesophages normaux**. Première constatation stupéfiante : 1/1000 d'atropine, injecté sous la peau, au lieu de paralyser l'oesophage et le cardia **provoque un spasme**. Répétition du même phénomène dans toute la suite de leurs expériences. Conclusion plausible : effet spasmodiant de l'atropine sur le rétrécissement phrénocardiaque. Le cardia n'est donc plus considéré comme innervé uniquement par la Xème paire, mais aussi par le sympathique.

L'auteur continue ensuite ses expériences sur les mégaoesophages. Dans ces cas, il ne constate plus qu'un spasme du cardia et pas de phrénospasme. Comment expliquer ce phénomène ?

Il faut admettre qu'au début de la dysphagie, il y a un phrénocardiaspasme; et qu'à mesure que la dysphagie progresse, le résidu alimentaire de l'oesophage augmente créant de ce fait une influence mécanique qui fatigue la musculature phrénique pour ne plus laisser en action que le spasme du cardia.

Pour l'auteur, le facteur "inflammation" dans la production du spasme, n'est pas à invoquer; la prédominance d'un élément nerveux est plus plausible; quant à la prédominance du Vague dans ces affections, elle semblerait réduite à son minimum le sympathique paraissant de beaucoup le plus intéressé en même temps qu'existerait tout au moins une hypotonie du Vague.

J.-Alfred MOUSSEAU.

CHIRURGIE

R. CAMERON STEWART. — **Un cas de sodoku [A case of rat-bite fever]** ("The Can. Med. Ass. Journ.").

Le sodoku ou le rat-bite fever est une infection généralisée causée par une morsure de rat, c'est une entité clinique qui se distingue facilement, du moins dans la dernière période des septicémies ordinaires engendrées par certaines morsures de rat ou d'autres animaux.

Cette maladie est surtout commune en Orient où elle a été étudiée par les savants japonais Miyake et Hata.

Elle est caractérisée :

1° Par la morsure initiale d'un rat ou d'un animal en contact avec les rats.

2° Par une incubation qui dure de dix à trente jours, habituellement deux semaines.

3° Par une courbe de température particulière qui ressemble à celle de la malaria, c'est-à-dire présentant des rémissions de plusieurs jours; le nombre de leucocytes s'élève jusqu'à 15,000 ou plus.

4° Par une réaction de la peau présentant différentes formes.

(a) Erythème à l'endroit de la morsure.

(b) Une réaction semblable dans les ganglions lymphatiques proximaux.

(c) Erythème au niveau des articulations situées au voisinage de la morsure.

(d) Grandes macules recouvrant tout le tronc et les membres, ces macules rouges deviennent pâles à la pression, elles diminuent pendant les rémissions de température.

5° Par une amélioration rapide au moyen des injections de Salvarsan ou néo-salvarsan.

Laissée à elle-même, sans aucun traitement, la maladie peut durer indéfiniment. La mortalité est aux environs de 10%. La cause serait un spirochète appelé "spirochoeta morsu muris".

L'auteur nous rapporte l'observation d'un enfant mordu par un rat. Ce dernier atteint du sodoku a été guéri à la trente-sixième journée de sa maladie par une injection intramusculaire de 70 mgm. de sulpharspenamine.

A. BELLEROSE.

M. SAUVE. — **Insulinothérapie chirurgicale** ("Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.").

L'insuline est un arme à deux tranchants, elle porte dans les plis de son manteau la mort ou la vie comme le héros de la fable antique.

Au point de vue chirurgical, elle permet de parer aux complications chirurgicales du diabète, elle permet de limiter les processus infectieux chez les diabétiques, elle augmente considérablement la marge de sécurité dans les opérations sérieuses chez les grands diabétiques.

L'auteur nous rapporte une dizaine d'observations qui démontrent bien la vérité de ces énoncés

L'auteur conclut que l'insulinothérapie est un moyen quasi-mécanique de ramener la glycosurie à 0, d'abaisser la glycémie, et de placer, tout au moins momentanément, le malade dans des conditions opératoires se rapprochant de la normale.

A. BELLEROSE.

FISCHMANN. — **Un nouveau signe indirect pour le diagnostic différentiel de l'ulcère et des affections biliaires** ("Fortschr. ad. Geb. Roentgenst.", mai 1928, pp. 701-705).

D'après l'auteur l'examen radiologique du transit du grêle pourrait servir indirectement au diagnostic différentiel d'un ulcus et d'une affection biliaire.

Dans l'ulcus le repas opaque est plutôt lent à atteindre le caecum, jamais avant 4 heures, tandis que dans les affections biliaires le transit est accéléré.

Mercier FAUTEUX.

DUROUX, E. — **Stase intestinale et péricolites droites** ("Presse Méd.", déc. 24, 1927).

L'auteur, après avoir rappelé le tableau clinique de la stase intestinale droite, et exposé les différents aspects qu'elle présente à la radio, étudie son traitement chirurgical.

Il rejette les pexies, l'iléo et la coeecsigmoïdostomie et les colectomies totales ou partielles. Il préconise de préférence la cololyse et la plicature caecale suivant les bandes fibreuses.

Ces opérations, complétées par le port d'une ceinture et un traitement médical de longue durée auraient une heureuse influence sur l'évacuation colique.

Mercier FAUTEUX.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

H. W. ORR. — **Traitement des malformations de la jambe consécutives aux fractures du fémur** [Special methods for the treatment of fracture deformities of the femur] ("Surg., Gyne. & Obst.", vol. XLVII, No 2, août 1928).

Chez l'adulte, les malformations consécutives aux fractures du fémur sont très fréquentes, et quelquefois même, on les croit inévitables. L'incapacité peut varier de 10 à 25%, et les compagnies d'assurances sont satisfaites, si elles ne dépassent pas ce chiffre.

Dans les fractures ouvertes, l'incapacité est souvent la règle, Orr croit qu'elle est due au fait que la blessure est traitée, sans tenir compte de la fracture.

Pour Orr, toute malformation peut être corrigée. Le traitement idéal de la fracture du fémur, chez l'adulte, est l'immobilisation dans un appareil plâtré combinée avec la traction continue. Si cette méthode ne donne pas un bon résultat dès le début de l'intervention, l'auteur conseille l'opération sanglante et le maintien des fragments à l'aide de la

greffe osseuse, sans extension. Par cette méthode, Orr a obtenu des résultats satisfaisants et cite une observation à l'appui de sa technique.

Edouard DUBE.

N. ALLISON. — L'arthrotomie de la hanche [Arthrotomy of the hip]
 ("Surg., Gyne. & Obs.", vol. XLVII, No 3, sept. 1928).

L'articulation de la hanche profondément située, est entourée et revêtue par une couche musculaire épaisse et importante. La tête fémorale peut être abordée par des voies multiples (soit 18) et l'intervention est toujours sérieuse. Pratiquée depuis longtemps, au début avec une mortalité très élevée, elle exige une technique et une habileté spéciales.

L'arthrotomie présente des dangers quelquefois très sérieux et l'opération ne sera pratiquée qu'avec la connaissance exacte de l'état de la lésion et de l'état général du malade. Le chirurgien devra agir rapidement pour diminuer le shock opératoire, respecter les tissus environnants et prendre toutes les précautions contre l'infection possible et toujours désastreuse.

Les lésions suivantes sont justifiables d'une arthrotomie; les infections aiguës de la hanche, la tuberculose coxo-fémorale, la fracture du col du fémur, la luxation irréductible, l'arthrite douloureuse. Elle se pratique également pour l'arthrodèse de la hanche, pour la désarticulation, pour la fixation d'une hanche paralysée et dans la luxation congénitale.

L'articulation peut être abordée par voie antérieure, latérale et postérieure; elles ont chacune leurs indications précises.

Allison décrit la technique pour chaque voie en donnant les indications et les contre-indications et insiste sur la préparation du malade avec chaque cas en particulier. L'auteur illustre son article de nombreuses vignettes et contribue à mettre au point toute la question de l'arthrotomie de la hanche.

Edouard DUBE.

PEDIATRIE

DUHEM. — Aspect radiologique de la péricardite chez l'enfant ("Buletins de la Société de Pédiatrie de Paris", séance du 19 juin 1928).

L'aspect radiologique de la péricardite chez l'enfant se présente avec trois caractères bien distinctifs : 1° augmentation considérable de l'ombre cardiaque; 2° netteté parfaite des contours de cette ombre; 3° absence de battements.

L'augmentation de l'ombre cardiaque est due à l'épanchement qui distend le péricarde. La netteté des contours est due à la présence du troisième signe : l'absence de battements.

Bien qu'il y ait des péricardites qui battent, et d'autres qui ne battent le diagnostic radiologique de péricardite avec épanchement ne peut être

fait de façon précise qu'en l'absence de battements, dûment constatée à la radioscopie.

Paul LETONDAL.

LESNE et CLEMENT. — **Prophylaxie et traitement du rachitisme** ("La Médecine", août 1928).

Aucun enfant, régulièrement suivi par un médecin éclairé durant premiers dix-huit mois de sa vie, ne devrait devenir rachitique, tant il est loisible de prévenir le rachitisme ou de le guérir dès l'apparition de ses premiers symptômes.

Laissant de côté le rachitisme congénital, rare, en rapport dans un grand nombre de cas avec la syphilis héréditaire, les auteurs ne s'occupent, dans cet article de médecine pratique, que du rachitisme vrai, commun, qui survient en général chez de beaux enfants, souvent chez de gros enfants dont les mères sont fières.

Prophylaxie. — Les causes de beaucoup les plus fréquentes du rachitisme sont : les troubles digestifs chroniques de la première enfance, erreurs de régime et l'absence de soleil et de lumière.

C'est en évitant qu'un de ces facteurs n'intervienne chez le nourrisson qu'on réalisera la prophylaxie du rachitisme.

Les **troubles digestifs de la première enfance** doivent être soignés minutieusement pour éviter le passage de ceux-ci à la chronicité.

Parmi les **erreurs de régime**, L. et C. insistent sur l'abus du pain et des farineux donnés trop précocement, et, d'une façon plus générale, soulignent l'importance de la suralimentation dans l'étiologie du rachitisme.

Il faut veiller à ce que l'enfant ne soit privé ni d'air, ni de lumière, ni de soleil. La vie au grand air et au soleil est un élément non négligeable de la prophylaxie antirachitique.

Traitement. — Le régime constitue dans le rachitisme un élément thérapeutique qui a autant de valeur que les médications que l'on doit y ajouter. Il faut, bien entendu, mettre l'enfant au régime normal de son âge, s'il n'y était pas, et l'on se trouvera bien, dans la plupart des cas, de diminuer chez lui la quantité de lait et de farines qu'il prebit et de donner précocement des soupes de légumes frais, des oeufs, et même des protéines animales.

A l'heure présente, le traitement curatif du rachitisme comprend trois méthodes, que l'on peut d'ailleurs combiner avec avantage: l'huile de foie de morue; les rayons ultra-violet; les aliments irradiés.

Toutes les **huiles de foie de morue** ne présentent pas la même activité antirachitique; seules les huiles de foie de morue, qui ont été contrôlées biologiquement sur l'animal, doivent être employées dans le rachitisme.

L'efficacité de l'huile de foie de morue ne saurait être mise en doute, mais il semble que l'amélioration soit en général plus rapide avec les **rayons ultra-violet** qu'avec l'huile de foie de morue. Dans les défor-

mations squelettiques, si longues à se modifier, il est préférable d'associer l'actinothérapie à l'huile de foie de morue.

Il semble prématuré de formuler actuellement une opinion définitive sur les **aliments irradiés**. Le pouvoir antirachitique de ces substances paraît indéniable, mais assez fragile.

Le rachitisme est donc une maladie évitable et curable : la connaissance des causes qui le produisent et les moyens thérapeutiques puissants dont nous disposons pour le prévenir et le guérir permettent d'espérer qu'on arrivera à le supprimer du cadre de la pathologie.

Paul LETONDAL.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Prof. LEON BERNARD. — **De la spécialisation en médecine. La phtisiologie est une spécialité.** ("La Presse Médicale", 17 nov. 1928).

L'auteur, après avoir fait l'historique de la lutte antituberculeuse en France, démontre que la tuberculose réunit tous les caractères que l'on trouve avec une valeur de définition dans les autres spécialités.

Pour justifier son affirmation, l'auteur s'appuie sur l'incroyable polymorphisme de l'infection tuberculeuse et sur les variations considérables de la marche et de la durée de ses processus anatomo-cliniques.

L'étiologie, tant au point de vue bactériologique que pathogénique soulèvent des problèmes qui n'ont rien de commun avec ceux qui concernent les autres infections.

La clinique même de la tuberculose a, durant ces dernières années, subi des transformations profondes sous l'influence des conceptions nouvelles, pathogéniques de la maladie et sous l'influence de l'addition de la bactérioscopie et de la radiologie. Le problème diagnostique semble être déplacé. Le médecin n'a plus à distinguer de degrés, ni de périodes de la maladie. Il faut d'abord certifier l'origine tuberculeuse de la maladie, ceci étant fait, il faut reconnaître l'activité ou l'inactivité, le caractère évolutif ou l'arrêt des lésions.

Parlant des techniques d'examen et des traitements en usage en phtisiologie, l'auteur s'exprime ainsi. "Qui contestera la nécessité d'un entraînement prolongé et sérieux pour l'interprétation des images radioscopiques et radiographiques des voies respiratoires ?? Et qui ne voit qu'il se crée jour par jour et pièce à pièce en sémiologie pulmonaire, une technique aussi spéciale que peuvent l'être les techniques d'examen dermatologique, neurologique ou urologique".

En thérapeutique ce sont surtout les méthodes opératoires qui occupent une place de plus en plus grande et les succès de la collapsothérapie, de la phrénicectomie et de la thoracoplastie dépendent du véritable choix des indications ce qui ne peut être motivé en dehors d'une longue pratique de la méthode.

Après de multiples considérations tant au point de vue médical que social, l'auteur conclut que la tuberculose doit passer au rang de la

spécialité et qu'un enseignement particulier soit fait aux étudiants et aussi aux médecins qui doivent prendre charge des oeuvres antituberculeuses afin que par leur valeur éducative, ils puissent gagner la confiance des praticiens et ce n'est qu'en maintenant ce prestige scientifique que le travail antituberculeux fera de réels progrès.

J. A. VIDAL.

ALEXANDRE TOCILESCU. — **La lobite tuberculeuse gauche** ("Presse Médicale", 14 nov. 1928).

La dénomination de tuberculose lobaire englobe toutes les formes anatomo-clinique de la tuberculose localisée à l'un des lobes du poumon, quel que soit leur type évolutif. Elle indique plutôt une notion de localisation et non pas une notion de forme évolutive.

La tuberculose lobaire ne saurait être renfermée uniquement dans le cadre d'un type unique qui serait **la lobite supérieure droite** décrite par Léon Bernard, mais elle peut affecter tous les lobes.

L'auteur démontre que la tuberculose lobaire gauche est aussi fréquente qu'à droite et décrit la marche à suivre pour la reconnaître. Si l'on a reconnu **la lobite supérieure droite** c'est parce qu'elle est limitée par un rebord inférieur droit, presque horizontal, rectiligne et est ainsi aisément reconnue; tandis que l'interlobe gauche constitue un plan oblique incliné de plus de 45° sur l'horizontale. On comprend que des lésions qui intéressent seulement le lobe supérieur gauche se superposent facilement aussi bien cliniquement que radiologiquement sur une grande partie du parenchyme sain du lobe inférieur et vice-versa. Cependant le clinicien averti, par une interprétation minutieuse des signes physiques pourra se rendre compte si les lésions sont en avant ou en arrière du plan de la scissure, si elles sont plus proches de la paroi antérieure que de la paroi postérieure du thorax et réussira ainsi très souvent à formuler un diagnostic de tuberculose lobaire gauche qui pourra être confirmé par l'éclairage latéral des Rayons X.

Après avoir décrit les signes cliniques de la lobite tuberculeuse gauche l'auteur conclut que dès le début de l'évolution le pneumothorax s'impose. Plus vite il sera appliqué, plus le malade aura la chance que les lésions cantonnées dans un seul lobe ne dépassent pas la barrière scissurale.

J. A. VIDAL. . .

UROLOGIE

GRANDJEAN. — **Pyélo-néphrite gravidique et sténose urétérale** ("Le Monde Médical", 15 septembre 1928, p. 748).

Grandjean fait une étude de la pyélo-néphrite gravidique et de ses rapports avec le rétrécissement de l'uretère. Il commence par

rappeler la fréquence des sténoses urétérales. Pour lui de nombreuses infections du rein durant la grossesse ont pour cause favorisant, en outre de la constipation, une diminution du calibre de la lumière urétérale. A cet effet il cite le travail de Corbus et Danforth qui dans treize cas de pyélite gravidique trouvèrent treize fois un rétrécissement de l'urètre. Pour l'auteur si les rétrécissements peuvent être la cause de l'infection, ils peuvent aussi être la conséquence de la pyélite de la grossesse. Une des causes des sténoses urétérales serait donc la pyélo-urétérisme gravidique. Il termine son article en résumant le traitement de la pyélonéphrite de la grossesse. Il conseille la désinfection intestinale par le benzonaftol. Il prescrit des liquides en abondance. Il conseille, lorsqu'il s'agit de colibacille, d'ajouter aux antiseptiques urinaires, des acidifiants tel le chlorure d'ammonium, l'acide phosphorique. Lorsqu'il s'agit d'autres microbes il croit qu'il vaut mieux alcaliniser les urines. Il préconise la bactériothérapie dont il ne vante pas trop l'efficacité. Enfin il est un partisan enthousiaste du cathétérisme urétérale, qui en vidant le bassin est la thérapeutique héroïque. Pour lui l'interruption de la grossesse doit-être tout à fait exceptionnelle.

Oscar MERCIER.

BLANCHOT. — Sur un cas de sténose du col vésical (Rapport de M. Pasteau, Société Française d'urologie, séance du 9 juillet 1928).

Blanchot rapporte l'observation d'un homme de 42 ans, qui vient consulter pour des signes de prostatisme. Dans son histoire on note que le malade est gêné pour uriner depuis sa jeunesse. A l'examen on trouve une vessie remontant jusqu'à l'ombili. L'examen de la prostate montre qu'elle est normale; il n'y a pas de rétrécissement de l'urètre et les réflexes sont normaux. Le malade est opéré. Blanchot trouve un col fermé et dur. Excision au bistouri du col vésical. Les suites opératoires sont normales et le malade est complètement guéri de ses troubles. L'examen histologique de la partie enlevée montre qu'il s'agit d'un tissu musculaire très développé. L'auteur croit qu'il s'agit dans ce cas d'une hypertrophie du tissu musculaire du col de la vessie. En discussion à ce rapport, M. Marion attire de nouveau l'attention sur la fréquence de ces cas. Pour lui il a actuellement une douzaine d'observations. M. Legueu fait remarquer qu'on ne trouve pas nécessairement dans ces cas de modification du col à l'urétroscopie. M. Chevassu prône les bons résultats qu'apportent l'excision du col de la vessie chez ses malades.

Oscar MERCIER.

BUTTERFIELD. — L'Urologie chez l'enfant [Urology in children] ("The American Journal of Surgery", août 1928).

Sur 200 cas admis depuis 4 ans à la clinique d'urologie pour les enfants, Butterfield a fait une étude spéciale de deux affections : l'incontinence d'urine et les infections rénales.

Les patients qui font de l'incontinence d'urine représentent 37% de tous les cas. Grâce aux moyens ordinaires d'hygiène, de médications internes surtout glandulaires, et de traitement locaux dans l'urètre postérieur, 50% de ces malades guérissent; les autres, non.

Ces derniers, sans exception, présentent à l'urétroscope des modifications importantes du col vésical, épaissement, infiltration et hypertrophie de la partie postérieure avec rétention d'urine plus ou moins marquée.

Pour faire ces recherches, Butterfield a inventé un petit urétroscope pour enfant à l'aide duquel il peut étudier le col vésical et y faire certains traitements tels que fulguration, électrocoagulation, etc.

Quant aux infections rénales, qui représentent 13% des cas, et dont 30% sont tuberculeuses, Butterfield avoue n'avoir rien de neuf à nous offrir pour les traiter. Il rappelle seulement le drainage avec sondes urétérales des pyélonéphrites rebelles et la néphrectomie des tuberculeuses rénales unilatérales.

B. DUMAS.

GYNECOLOGIE

S. VIDA KOVITCH et M. SMOKVINA. — **Le diagnostic des fibromyomes sous-muqueux par l'hystérogaphie** ("Gynécologie et Obstétrique", juin 1928).

Il arrive parfois que le diagnostic des fibromes utérins est posé sans grande certitude, surtout lorsque ceux-ci sont sous-muqueux et de petite dimension. Ces tumeurs occasionnent souvent de très graves ennuis, et pour certifier le diagnostic clinique, les auteurs préconisent l'hystéro-salpingographie, à l'aide du lipiodol.

De cette façon le siège et le volume du fibrome, s'il existe, est facilement reconnu et permet l'application d'un traitement adéquat, soit chirurgical, soit par les agents physiques; de nombreuses figures illustrent le travail.

Avec une technique, des appareils simples, aucun incident n'est à redouter.

Léon GERIN-LAJOIE.

Docteur C. A. CASTANO. — **La syphilis comme complication des processus gonococciques** ("Gynécologie et Obstétrique", août 1928).

Ce professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Buenos-Ayres émet une opinion qu'il nous demande de bien étudier et d'essayer de confirmer dans les différents services de gynécologie, avant de la critiquer ou la nier.

A différentes reprises, depuis 1915, l'auteur rapporte combien le processus gonococcique est limité chez la femme, à l'urètre et au col de

l'utérus, si un terrain défavorable ne vient pas aggraver la situation et amener de la métrite généralement de types parenchymateux du pycosalpinx, plus fréquemment des abcès tubo-ovariens, avec tissus lardacés scléreux, et ce terrain défavorable pour la malade, c'est la syphilis connue ou ignorée, qui prépare les voies à cette évolution. A différentes reprises, dans les "Annales du Service de Gynécologie", en 1915-16 et 17, dans la "Thérapeutique et la Clinique Gynécologique" en 1918, l'auteur parle des annexites syphilitiques et aujourd'hui il aborde une nouvelle théorie, et une nouvelle cause de la dégénérescence fibreuse de l'utérus.

Pour C, une série d'affections gynécologiques dont l'étiologie restait obscure que certains auteurs classaient dans le chapitre de la métrite parenchymateuse, d'autres, dans les scléroses de l'utérus, d'autres dans celui de la congestion ou même faisant partie des différents aspects du fibrome de l'utérus ne seraient en réalité qu'une forme particulière d'une métrite syphilitique ou plus exactement de la syphilis de l'utérus. Le système endocrinien qui était toujours en cause dans ces affections devrait être incriminé. Ce n'est qu'en somme qu'une évolution de la même maladie.

En conclusion l'auteur nous répète "que c'est le terrain spécifique qui nous donne des manifestations locales utérines, des manifestations généraux pluriglandulaires dysendocriniens; ceci est de la plus haute importance pour le traitement qui, avant tout doit être causale, essentiellement mercurielle et arsénicale, etc., puis aussi locale ayant pour but la décongestion, et enfin générale également (diététique, soins hygiéniques) le traitement agissant d'une manière spéciale sur le tissu scléreux constitué et le font disparaître; ce sont la roengenthérapie et le diathermie qu'on peut très bien essayé et qui donneront probablement des résultats, et ensuite une médication qui doit s'ajouter au traitement de base pour rétablir l'équilibre endocrinien: l'opothérapie unie ou la pluriglandulaire combinés.

Léon GERIN-LAJOIE.

OBSTETRIQUE

WILLIAM ALLAN. — L'anémie hémolytique pendant la grossesse [Hæmolytic anaemia in pregnancy] ("Surg., Gyn. and Obst.", nov. 1928).

L'anémie pernicieuse qui se manifeste durant la grossesse est une anémie aiguë hémolytique qui se rencontre chez les femmes au-dessous de l'âge de 35 ans. Elle paraît curable par la transfusion sanguine.

La maladie se caractérise par les symptômes généraux suivants: coloration jaunâtre de la peau, bouffissure de la face, vertiges, palpitations, diarrhée, vomissements, hypotension décoloration des muqueuses. L'examen du sang révèle une diminution dans le taux de l'hémoglobine et une diminution des globules rouges nucléés. Les globules blancs dépassent, la plupart du temps, le chiffre de 15,000.

Cette anémie qui apparaît surtout, durant les suites de couches disparaît généralement sous l'influence de la transfusion sanguine; au contraire, durant la grossesse, le pronostic de cette affection reste très sombre.

Il convient de noter que cette anémie réapparaît fréquemment au cours des grossesses subséquentes, ce qui nécessite une surveillance attentive.

Donatien MARION.

NEURO-PSYCHIATRIE

MARCEL PINARD, PIERRE VERNIER et Mlle VERSINI. — **Résultats de différentes thérapeutiques dans un cas de paralysie générale. Négativation de la réaction de B.-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien par des injections intra-rachidiennes de mercure colloïdal** ("Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des H. de Paris, 1er nov.

Les auteurs sus-nommés rapportent l'histoire d'un jeune paralytique général de 35 ans, qu'ils ont soumis à un traitement novarsénobenzolique extrêmement intensif: 7 séries en moins de 18 mois, comportant des doses terminales de 1 gm. 50. Ils lui ont fait en plus, en période intermédiaire, 14 injections de Quinby; enfin, ils ont intercalé au cours d'une des séries de novarsénobenzolique, 6 injections de Dmelcos. Après ce bel effort thérapeutique, le malade ne s'était que peu amélioré dans l'ensemble, et la réaction de B.-Wassermann était toujours demeurée positive dans le liquide céphalo-rachidien. On proposa en outre l'impaludation, mais celle-ci fut rejetée à cause du mauvais état général du malade à cette époque.

Devant l'échec relatif de tous ces procédés, les auteurs ont eu recours à l'injection intrarachidienne de mercure colloïdal: d'abord, 2 cc., puis 4 cc., et enfin 5 cc. quatre fois, chaque dose à une semaine d'intervalle. Le choc fut minime, (phénomènes méningés bénins), l'amélioration clinique a été considérable, et, fait remarquable par sa rareté, le B.-Wassermann est graduellement devenu négatif dans le liquide céphalo-rachidien.

Cette méthode du choc intrarachidien, introduite déjà il y a 20 ans par Pinard et Mosny, puis rapidement abandonnée, connaîtra peut-être cette fois, grâce à quelques modifications techniques, la faveur du succès. Supplantera-t-elle la malariathérapie? Les auteurs sous-entendent que l'une ne devra pas exclure l'autre.

Jean SAUCIER.

ELECTRO-RADIOLOGIE

R. HUMBERT. — **La diathermie avec les appareils à ondes amorties et à ondes entretenues** ("Journal de Radiologie et d'Electrologie", nov. 1928).

L'apparition d'un nouvel appareillage de H. F. producteur d'ondes entretenues, a donné naissance à un problème nouveau. Jusqu'à date les appareils de H. F. ne donnaient que des ondes plus ou moins amorties.

Ses effets sur l'organisme des courants de H. F. à ondes entretenues et envisagés simplement au point de vue diathermique sont-ils supérieurs à ceux produits par les appareils à ondes amorties ?

L'auteur fait un court résumé historique des courants de H. F. Il rappelle que les premiers appareils fournissaient surtout des courants de H. F. à trains d'ondes rapidement amorties et dont l'intensité efficace était minime en regard de la tension réalisée.

Plus tard apparurent des appareils fournissant des courants à trains d'ondes plus rapprochés, mais débitant davantage sous une tension plus faible. Le but était de faire absorber le plus de chaleur possible, tout en conservant l'intégrité de la vie cellulaire. On s'aperçut vite qu'à partir d'une certaine intensité à l'effet thermique venaient s'ajouter des phénomènes moteurs et sensitifs, désignés sous le nom "d'effet faradique", généralement considéré comme lié à la brusque variation du courant lors de l'établissement de l'onde de départ.

Pour les faire disparaître ou du moins les atténuer, on fit appel aux mêmes principes, qui antérieurement avaient présidé à la solution des problèmes du rendement et de la puissance : abaissement du potentiel d'éclatement, diminution de l'amortissement, rapprochement des trains d'ondes.

A l'heure actuelle les appareils de diathermie se divisent en deux catégories, selon qu'ils fournissent des oscillations d'amplitude variable groupées en trains d'ondes séparés par des intervalles de repos relativement grands ou des oscillations d'amplitude constante sans aucun intervalle de repos.

Au point de vue physique, ces appareils ont évidemment des caractéristiques électriques différentes.

Au point de vue biologique, il est difficile d'arriver à des conclusions précises. D'après l'auteur, avec les ondes entretenues, la distribution de la chaleur, mieux supportée par l'organisme, paraît se faire d'une façon différente.

L'action bactéricide des courants de H. F. est plutôt le fait des oscillations électriques que de la chaleur proprement dite, exception faite pour le gonococque qui est thermosensible.

L'explication de l'absence d'effet faradique avec les appareils à ondes entretenues est fournie par les notions récemment acquises de la chronaxie. Pour qu'une excitation d'un nerf moteur ou sensitif se pro-

aise, il faut fournir à ce nerf une quantité d'électricité déterminée pour un temps déterminé.

Cette quantité d'électricité est liée à la valeur de la tension maxima et non de l'espacement des trains d'ondes. Comme l'amplitude des ondes entretenues est insuffisante pour fournir cette quantité d'électricité dans le temps voulu, il en résulte la disparition de l'effet moteur ou sensitif connu sous le nom d'effet faradique.

Quant à l'action des courants de H. F. sur la circulation, la respiration et la sécrétion, l'auteur prétend qu'à l'heure actuelle il est difficile de faire la part qui revient à la chaleur ou à l'oscillation.

En résumé, le problème est complexe, et on ne peut tirer de conclusion certaine en ce qui concerne les indications des ondes amorties ou des ondes entretenues en diathermie.

Albert COMTOIS.

MEDECINE LEGALE

M. E. SOREL. — **Deux cas d'infanticide avant respiration** ("Ann. de Médecine légale", octobre 1928).

Des poumons non aérés ne permettent pas d'exclure que le nouveau-né ait été victime de violences criminelles. Nous connaissons quelques affaires d'infanticide dans lesquelles l'enfant avait été victime de violences criminelles. Nous connaissons quelques affaires d'infanticide dans lesquelles l'enfant avait été tué avant qu'il eut respiré. L'auteur nous en fait connaître deux cas personnels.

Dans le premier cas, il s'agit du cadavre d'un nouveau-né à terme, trouvé dans une chambre de bonne. L'examen des poumons de cet enfant offrait une docimasie négative sans ecchymose sous-pleurales. La présence de spume dans les voies respiratoires et d'une trace cruentée d'ongle dans l'arrière-gorge semblaient indiquer que l'enfant avait été étouffé. Les aveux de la mère confirmèrent le diagnostic du médecin: l'enfant avait été étouffé par introduction du doigt dans la glotte avant qu'il eut poussé le premier cri.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un nouveau-né trouvé portant un lieu autour du cou, comme dans le premier cas la docimasie fut négative, les caractères de la strangulation étaient évidents et dénotaient l'acte criminel commis in vivo.

Des faits de ce genre s'expliquent par la prolongation de la période apnéique chez certains nouveaux-nés, ainsi s'explique un phénomène en apparence paradoxal: mort criminelle d'un nouveau-né vivant bien qu'il n'ait pas respiré.

R. FONTAINE.

Docteur FAUQUEZ. — **La durée d'incubation du tétanos** ("Ann. de Médecine légale", octobre 1928).

Le 5 juillet 1926, le Pr Balthazard comme conclusion à une étude médico-légale sur le tétanos nous disait: "Il conviendra donc de rejeter la relation de cause à effet entre une blessure et le tétanos, lorsque le trismus sera survenu moins de 3 jours après la blessure".

Il était difficile d'être plus catégorique et il semblait bien que l'avis de M. Balthazard, appuyé sur l'expérimentation et la clinique n'aurait pas dû rencontrer de contradicteurs. Il en existe cependant.

L'auteur rapporte le cas d'un jeune homme qui, blessé au pied par un copeau de métal, présente un trismus 19 heures après l'accident et meurt moins de trois jours après l'apparition des premiers symptômes tétaniques.

L'expert estime que dans ce cas il lui est impossible d'affirmer qu'il n'y a pas eu relation entre la piqûre au pied de ce jeune homme et le tétanos auquel il a succombé.

R. FONTAINE.

ANALYSE DE LIVRES

LEON DAUDET. — **Courrier des Pays Bas** (librairie Bernard Grasset, 4 volumes).

Le quatrième "Courrier des Pays Bas", du célèbre écrivain Léon Daudet, portant pour titre "Les Pèlerins d'Emmaüs" que vient de publier Bernard Grasset est le dernier volume de cette série synthétique qui a débuté avec "La Ronde de Nuit", s'est poursuivie avec "Les Horreurs de la Guerre" et "Melancholia".

"La Ronde de Nuit", placée sous le signe de Rembrandt, avait trait aux rythmes humains et au départage des interprétations quantitatives ou cartésiennes, et qualitatives de la nature organique et humaine.

"Les Horreurs de la Guerre" placée sous le signe de Goya traitaient de la combativité cellulaire, organique, intellectuelle et sociale.

"Melancholia", sous le signe d'Albert Dürer, posait le problème capital de l'ambiance, égal en importance selon l'auteur à celui de l'hérédité.

Enfin les "Pèlerins d'Emmaüs" traitent de l'alternance de ces deux grands maux que sont la tuberculose et le cancer relevant tous deux de dérhythmies neuro-chimiques.

Cette œuvre géniale du grand écrivain est d'un intérêt capital pour le médecin; nous y reviendrons.

R. FONTAINE.

LE DOCTEUR EUGENE LATREILLE

Le Dr Eugène Latreille, ancien professeur de l'université a vu plusieurs générations d'élèves presser leurs rangs pour écouter ses savantes leçons. Au cours d'anatomie pathologiques, vendredi dernier, Monsieur le Dr L.-C. Simard, assistant à la chaire, son ancien élève, a fait son éloge. Nous le citons textuellement :—

Messieurs:

A titre d'ami et d'élève, et parce qu'aujourd'hui, j'occupe cette chaire, il m'est un devoir de reconnaissance de faire l'éloge de celui qui fut un homme sincère, un médecin intègre et un professeur éminent.

Ceux qui ont vécu près du docteur Latreille ont pu apprécier sa haute valeur morale. L'accomplissement du devoir et la franchise furent sans doute ses deux plus grandes préoccupations. Ses manières distinguées et sa bonté lui ont attaché bien des cœurs; tous les actes de sa vie, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'université, furent remplis de sincérité.

Reçu médecin à l'Université Laval de Montréal en 1903, il passait sa thèse de doctorat de l'Université de Paris en 1908. Assistant à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu en 1909, il était, la même année, nommé professeur agrégé en anatomie pathologique. Médecin averti, il reconnaissait tout ce que la médecine contient d'incertitudes et d'obscurités. Son effort constant à l'hôpital était de préciser un diagnostic, et de montrer à la salle d'autopsie ce qui avait pu échapper au clinicien.

Mais le plus beau monument de sa vie aura été son enseignement. Chargé du cours d'anatomie—pathologique en 1912, bientôt titulaire, il occupa brillamment cette chaire pendant quinze ans, malgré sa clientèle nombreuse et ses devoirs hospitaliers. Ses élèves se souviendront toujours de ses leçons à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, et de ses cours à l'université. Avec un enthousiasme communicatif; renversant ou confirmant son diagnostic, souvent celui des autres, avec pièces à l'appui, il sut élever l'anatomo-clinique à un degré qui ne sera d'ici longtemps dépassé.

Enseigner c'est éclairer, simplifier, c'est aussi éveiller la curiosité scientifique, a-t-il dit.

Parce qu'il fut mon premier maître, et qu'il me fut très cher, permettez-moi du haut de cette chaire qu'il a illustrée, de rendre à sa mémoire l'hommage de mon amitié et de mon admiration.

Dans la personne du docteur Latreille, le Canada français perd une de ses plus belles figures, le corps médical, un clinicien averti, et l'université de Montréal, une professeur de haute compétence et de profond dévouement.

L.-C. SIMARD.

NOUVELLES

LE DOCTEUR KLINE, CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

Nous apprenons que le docteur George Milton Kline, directeur général des Hôpitaux d'Aliénés de l'Etat de Massachusetts, ex-président de l'Association Américaine de Psychiatrie, vient de recevoir du Gouvernement Français la Croix de Chevalier de la Légion d'Honneur. Toutes nos félicitations au docteur Kline que ses travaux scientifiques et humanitaires, ainsi que sa haute personnalité dans le monde médical américain, ont désigné à l'attention de la République Française.

Le docteur Kline est très bien connu au Canada français pour la part qu'il a prise dans nos congrès de médecine de langue française de l'Amérique du Nord. Il a de l'amitié pour nous, ses confrères canadiens, et il l'a prouvé en maintes occasions.

Depuis plusieurs années déjà il reçoit dans ses hôpitaux d'aliénés, sanatoria pour tuberculeux, etc., nombre de nos jeunes médecins qui ont eu ainsi l'occasion de se perfectionner dans l'art difficile du traitement des maladies nerveuses, mentales, etc., en plus de se créer des relations qui, éventuellement, leur seront très utiles. Plusieurs parmi ces jeunes médecins, après un stage de quelques années aux Etats-Unis, sont maintenant attachés à nos institutions ou bien sont en Europe où ils complètent leurs études. Les surintendants des hôpitaux américains qui ont admis nos médecins parmi les membres de leur personnel ont été très satisfaits de leur travail et ils ont plein d'éloges pour l'Université de Montréal qui a formé de tels médecins. C'est le docteur Kline qui est la cause première de cette appréciation de notre Université et nous lui prouverons notre reconnaissance en nous réjouissant avec lui du grand honneur qui vient de lui être conféré.

M. le doyen L. de L. Harwood est de retour d'un séjour de deux mois à Paris.

— o —

SOCIÉTÉS

Société de Chirurgie de Montréal

Le 12 décembre, à 4 heures de l'après-midi, dans les salons du Cercle Universitaire, avait lieu la première réunion sous la présidence du Professeur O. F. Mercier.

M. le Professeur Eugène Saint-Jacques fit une communication sur les maladies de la rate, leur indication opératoire et les résultats fournis par la splenectomie. La prochaine séance aura lieu le deuxième mercredi de janvier, à 4 heures, au Cercle Universitaire.

La Société Canadienne Française de Radiologie et d'Electrologie Médicales, Section de Montréal, a tenu sa deuxième séance le 15 novembre, dans la grande salle de l'Université.

Le programme était le suivant:

Dr H. LACHARITE: Diagnostic différentiel des tumeurs osseuses à cellules géantes.

Dr H. GENDREAU: Commentaires sur les derniers congrès de Radiologie.

Dr L. Pariseau: Recherches sur la distribution en profondeur de l'échauffement produit par les courants de H. F. (avec expériences inédites).

Prochaine réunion: Le 15 janvier 1929.

Le secrétaire,

Dr A. COMTOIS.

CONVENTION ANNUELLE DE LA CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

à Montréal

Les 17, 18, 19, 20 et 21 juin 1928

Cet article est le premier d'une série qui paraîtra dans cette revue tous les mois jusqu'à la date de la réunion.

Ceux que la chose intéresse sont priés de conserver ces pages pour renseignements.

Plan général de la Convention

Lundi, 17 juin.—Réunions du Conseil, avant-midi et après-midi. — Déjeuner et dîner officiels.

Mardi, 18 juin.—Réunions du Conseil, avant-midi et après-midi. — Déjeuner et dîner officiels. — Tournoi de Golf, "The Ontario Cup". — Soirée: Assemblée annuelle de l'Association Médicale de la Province de Québec. Rapports du Trésorier, du Secrétaire et des Comités. Election des Officiers.

Mercredi, 19 juin.—Avant-midi, 9 à 12 h.: Réunions de Sections. — Après-midi, 2 à 4 h.: Réunions générales. Sections française et anglaise siégeront concurremment. — Soirée: Souper et danse annuel. — Présentation des cadeaux aux gagnants du Tournoi de Golf.

Judi, 20 juin.—Avant-midi, 9 à 12: Réunions de Sections. — Après-midi, 2 à 4: Réunions générales. Françaises et anglaises. — Soirée: Inauguration de "Osler Oration".

Vendredi, 21 juin.—Avant-midi, 9 à 12: Réunions de Sections. — Après-midi: 2 à 4: Réunions générale. Françaises et anglaises. — Soirée: Dîner de Fratérinités.

Exhibitions: Scientifique — Historique et Artistique — Commerciale.

Amusements pour les dames et pour les membres: Golf — Tennis — Excursions — Réceptions.

Voyages Post-Convention: Auto — Autobus — Chemin de Fer — Bateau.

Le programme scientifique promet d'être d'un intérêt tout à fait particulier.

Montréal est une ville unique en ce sens qu'elle présente le travail de deux Ecoles de Médecine de pensées bien distinctes.

Le corps enseignant de l'Université de Montréal et des Hôpitaux Français représente brillamment le travail scientifique et clinique des Collèges de France.

Le personnel, à peu près sans exception, est préparé à interpréter les cliniques et les démonstrations en langue anglaise pour le bénéfice des membres parlant cette langue.

Le corps enseignant de l'Université McGill et les Hôpitaux Anglais représentent la Médecine britannique.

Quelle autre ville pourrait offrir une alliance semblable !

L'on est en pourparlers pour faire venir de France et d'Angleterre des conférenciers de tout premier ordre. Ces hommes adresseront les Sessions générales et pourront également contribuer au programme de certaines des sections.

A cause du nombre et de la grandeur des hôpitaux, plusieurs Sections pourront présenter un programme clinique.

Mais chacune des Sections tiendra au moins une réunion déterminée aux quartiers-généraux de l'Hôtel afin de permettre la présentation de travaux et d'autres contributions scientifiques, et pour permettre le choix d'un Président et d'un Secrétaire pour la prochaine réunion de cette Section.

Suit la liste des Présidents et Secrétaires locaux des Réunions Générales et des Sections. Ces hommes ont la charge de préparer le programme scientifique. Déjà le travail est commencé et progresse bien. Ils seront heureux de recevoir des membres l'offre de conférences, de démonstrations et autres contributions. Plus de travaux seront offerts, plus grande sera la variété qui pourra définitivement être choisie.

Liste des Présidents et Secrétaires locaux

Réunions Générales françaises.—Président: Dr T. Pariseau, Université de Montréal, Montréal. Secrétaire: Dr Gustave Archambault, 544, rue Sherbrooke est, Montréal.

Réunions Générales anglaises.—Président: Dr J. C. Meakins, Royal Victoria Hospital, Montréal. Secrétaire: Dr J. R. Fraser, 270, rue Sherbrooke est, Montréal.

Médecine.—Président: Dr C. F. Martin, McGill University, Montréal. Secrétaire: Dr C. C. Birchard, Montreal General Hospital, Montréal.

Pédiatrie.—Président: Dr H. B. Cushing, 746 Sherbrooke ouest, Montréal. Secrétaire: Dr H. P. Wright, 1509 Sherbrooke ouest, Montréal.

- Maladies mentales.**—Président: Dr C. A. Porteous, Verdun Protestant Hospital, Verdun, P.Q. Secrétaire: Dr E. C. Mensies, Verdun Protestant Hospital, Verdun, P.Q.
- Histoire de la médecine.**—Président: Dr Léo Pariseau, Hôtel-Dieu, Montréal. Secrétaires conjoints: Dr Oscar Mercier, 934, rue Cherrier, Montréal; Dr H. E. MacDermot, 746, Sherbrooke ouest, Montréal.
- Chirurgie.**—Président: Dr P.-Z. Rhéaume, Hôtel-Dieu, Montréal. Secrétaire: Dr F. A. C. Scrimger, Royal Victoria Hospital, Montréal.
- Urologie.**—Président: Dr F. S. Patch, 1225 Bishop, Montréal. — Secrétaire: Dr Oscar Mercier, 934, rue Cherrier, Montréal.
- Yeux, Oreilles, Nez et Gorge.**—Président: Dr A. Lassalle, 3439, St-Denis, Montréal. Secrétaire: Dr Geo. Badeaux, 144, rue Cherrier, Montréal.
- Gynécologie et Obstétrique.**—Président: Dr René de Cotret, 414, rue Dorchester est, Montréal. Secrétaire: Dr Léon-Gérin-Lajoie, 3553, avenue du Parc, Montréal.
- Pathologie et Bactériologie.**—Président: Prof. Pierre Masson, Université de Montréal, Montréal. Secrétaires conjoints: Dr L. C. Simard, Hôp. Notre-Dame, Montréal; Dr L. J. Rhea, Mont. Gen. Hospital, Montréal.
- Anesthésie.**—Dr Wesley Bourne, 746, rue Sherbrooke ouest, Montréal. Secrétaire: Dr C. LaRocque, 569, rue Durocher, Montréal.
- Rayons X et Physiothérapie.**—Président: Dr W. L. Ritchie, Montreal General Hospital, Montréal. Secrétaire: Dr J. G. McKay, Montreal General Hospital, Montréal.
- Santé publique.**—Président: Dr Grant Fleeming, 9, rue Coursol, Montréal. Secrétaire: Dr J. A. Baudouin, 655, DeMontigny est, Montréal.

Hôtels

Quartiers-généraux: Hôtel Windsor.

L'Hôtel Windsor offre des avantages exceptionnels pour une convention aussi considérable que celle-ci promet d'être.

Au rez-de-chaussée, dont l'entrée principale se trouve rue Peel et une entrée spéciale rue Cypress, se trouve le Windsor Hall et le Rose Room, séparés par une large allée.

Au bout de cette allée, le vaste Foyer servira pour l'Enregistrement et les Renseignements. Partant du foyer sont le Blue Room (Réception des Dames), l'Oak Room (Exhibitions scientifiques et artistiques), quatre salons pour Comités et Bureaux des Officiers. Prince of Wales et Ladies' Ordinary (capacité chacun de 300), et d'autres petites chambres pour les réunions les sections.

En deça de deux rues se trouvent l'Hôtel Mont-Royal et l'Hôtel Queen's.

L'Hôtel Place Viger (C. P. R.) est des mieux situés pour les membres arrivant à cette gare.

La direction de tous les hôtels a réservé la pleine capacité de ceux-ci pour y loger les membres.

Dû au fait que l'accommodation pour les passants à cette saison donnée est très restreinte, quelques chambres seulement ont été réservées au Ritz Carlton pour le Comité Général pour les hôtes français et britanniques et quelques autres.

Malgré que les arrangements ont été faits avec les hôtels et le Bureau des Conventions pour qu'aucune autre organisation ne siège à Montréal durant cette semaine, il est important de rappeler que le trafic

des automobilistes bat déjà son plein à cette date et qu'il serait bien que les membres fassent le choix de leurs hôtels le plus tôt possible.

Taux

Hôtel Windsor.—Accommodation, 250 chambres. Plan européen.

Chambre simple, eau courante: \$3.00, \$4.00 et \$5.00 par jour.

Chambre simple, avec bain: \$5.00 et \$6.00 par jour.

Chambre double, eau courante: \$6.00 par jour.

Chambre double, avec bain: \$8.00, \$9.00, \$10.00 et \$12.00 par jour.

Grande chambre, eau courante (pour 3 personnes): \$7.50 par jour.

Grande chambre, avec bain (pour 3 personnes): \$10.50 et \$12. par jr.

Grande chambre, avec bain (pour 4 personnes): \$12.00 par jour.

Repas à la carte. Aussi: petits déjeuners, 50 et 75 sous; déjeuner \$1.00; dîner, \$2.00.

Hôtel Mont-Royal.—Accommodation, 1,200. Plan européen.

Chambres simples: \$4.00 par jour et au-dessus.

Chambres doubles: \$7.00 par jour et au-dessus.

Repas à la carte. Aussi: petits déjeuners, \$1.00; table d'hôte pour déjeuner, \$1.00; table d'hôte pour dîner, \$2.00.

Hôtel Queen's.—Accommodation, 350. Plan européen.

Chambre simple, eau courante: \$2.50, \$3.00 et \$3.50 par jour.

Chambre simple, avec bain: \$4.00 et \$5.00 par jour.

Chambre double, eau courante: \$5.00 et \$6.00 par jour.

Chambre double, avec bain: \$7.00, \$8.00 et \$9.00 par jour.

Repas à la carte. Aussi: petits déjeuners, .50, .75 et \$1.00; table d'hôte déjeuner, .75; table d'hôte dîner, \$1.00.

Hôtel Ritz Carlton.—Accommodation, 20. Plan européen.

Chambre double, avec bain: \$12.00 par jour.

Repas à la carte. Table d'hôte, dîner, \$2.00.

Hôtel Place Viger.—Accommodation, 150. Plan européen.

Pas de chambres simples.

Chambre sans bain (2 personnes): \$3.00 par jour chaque personne.

Chambre sans bain (3 personnes): \$2.50 par jour chaque personne.

Chambre avec bain (2 personnes): \$4.00 par jour chaque personne.

Chambre avec bain (3 personnes): \$3.50 par jour chaque personne.

Repas à la carte. Aussi: petits déjeuners à 50 et 75 sous. Dejeuners à 85 sous. Table d'hôte, dîner, \$1.50.

NOTE.—L'accommodation aux hôtels est basée sur deux personnes par chambre. Seulement un petit nombre de chambres simples sont disponibles. Les membres voyageant seuls rendront grand service en s'adjoignant un collègue pour la circonstance.

Léon GERIN-LAJOIE, M.D.

BIBLIOGRAPHIE

TREPONEME & NEOPLASMES, par les Drs L. Jacquemart et Cm. Pfeiffer. Editions Médicale N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, VIe. Prix broché: 15 francs.

Pour les auteurs, les différentes formes du cancer, chez l'homme, sont des productions syphilitiques, comme le démontrent surabondamment les nombreuses généralgies dont ils donnent la liste détaillée.

D'autre part, l'étude critique des travaux récents sur la cancérisation appuie fortement la thèse soutenue par les Docteurs Jacquemart et Pfeiffer et les conduit à formuler les conclusions suivantes :

1° Toutes les tumeurs cancéreuses ou non cancéreuses, bénignes ou malignes sont, chez l'homme, dues à la syphilis.

2° Les cancers humains sont des syphilis quaternaires.

3° Les jeunes syphilis ne donnent pas de cancers.

4° Plus la syphilis est vieille, plus elle est cancérogène.

5° La syphilis jeune est la syphilis à tréponème non sporulé, visible, sensible aux tréponémicides.

6° La syphilis vieille, l'hérédosyphilis, sont des syphilis à tréponèmes sporulés, invisibles (type d'infra-virus ou de virus ultra-microscopiques) insensibles aux divers tréponémicides.

7° La cellule cancéreuse est une production syphilitique. Le tréponème sporulé infecte cette cellule et y produit des karyokynèses répétées jusqu'à formation de néoplasmes.

8° La syphilis explique les familles cancéreuses, les foyers de cancers, les villages, les maisons à cancers, les épidémies de cancers.

9° Les peuples qui n'ont pas de syphilis ou peu de syphilis, n'ont pas de cancéreux ou peu de cancéreux.

10° La lutte contre le cancer se réduit à la lutte contre le syphilis.

11° Les tumeurs des animaux sont dues à des infra-virus, formes invisibles des parasites visibles et fréquents.

12° Les tumeurs végétales sont des tumeurs parasitaires.

Ce livre sera lu par tous ceux, et ils sont nombreux, que préoccupe la question des Néoplasies et leur origine.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Mercier, Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

Président: O. F. Mercier; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.

Comité de Rédaction

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

Président: A. LeSage; Vice-Président: A. Marin;
Secrétaire: O. Mercier.

Prix de l'abonnement pour 1928

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.25

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco

Pour la médecine: au Dr Roméo Boucher, 5130 Avenue du Parc. Tél.: Crescent 5800.

Pour la Chirurgie: au Dr Oscar Mercier, 934 rue Cherrier. Tél.: Frontenac 1033.

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

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Masser, Théophylline-éthylidomine dans les maladies du coeur avec douleur associée (p. 107). — Landau, Jochwedr et Pekielis, Sur le syndrome sérologique toxique au cours de la sténose duodénale et son traitement (p. 107). — Simone Laborde, Le plomb dans le traitement du cancer (p. 108).

CHIRURGIE

Ruddick, La hernie inguinale au point de vue des accidents du travail (p. 109). — Lauwers, L'ostéomyélite dans le mal de Pott (p. 110).

PEDIATRIE

Le bacille diphtérique est-il un des agents habituels des broncho-pneumonies infantiles ? (p. 111).

TUBERCULOSE

Calmette, Vaccination préventive de la tuberculose des enfants du premier-âge par le B. C. G. (p. 113). — Villaret et Even, L'acétylcholine et les sueurs des tuberculeux (p. 114).

UROLOGIE

Cifuentes, Sur la récurrence des calculs du rein (p. 114). — Dalldorf, La tuberculose rénale (p. 115).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Darrack, Le traitement immédiat des fractures (p. 116).

OBSTETRIQUE

Laffont, Houel, Larrivière, Quelques observations d'éclampsie traitées par le somnifène (p. 117). — Gammeltoft, Sur les résultats de l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis (p. 117). — Couvelaire, Portes, Digonnet, Les hémorragies tardives des suites de couches, indications de leur traitement par l'hystérectomie d'emblée (p. 117).

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Sabouraud, La pelade (p. 118). — Milian, La leucoplasie (p. 119).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Teulières et Parlance, Contribution à l'étude radiologique des voies lacrymales (normales et pathologiques) (p. 120). — H. Bordier, Sur une nouvelle application de la haute fréquence: al d'Arsonvalisation médicamenteuse (p. 120).

NEUROLOGIE

Alajouanine, Horowitz et Gopcevitich, Dysrythmie respiratoire post-encéphalitique, guérie en quelques jours par l'injection intraveineuse de sulfate neutre d'atropine (p. 121). — Leri et Jèvre, Arthropathie tabétique chez une fillette (p. 122).

LABORATOIRE

Brouha, Hinglas, Simonnet, A propos d'un nouveau test hormonal de la gestation (p. 122).

MEDECINE LEGALE

Bayle et Amy, Perfectionnement à l'analyse spectrale (p. 123). — Leri et Lièvre, Curieux cas traumatique de tuberculisation cutanée (p. 124).