

## MÉMOIRES ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FRACTURES DES DOIGTS  
PAR IMMOBILISATION SUR ROULEAU

Par Oscar Félix MERCIER,  
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôpital Notre-Dame.

Il arrive souvent que les moyens les plus simples et les plus efficaces sont délaissés ou ignorés par le fait même de leur simplicité. C'est sans doute pour cette seule raison que la méthode que je décris ici n'a pas à ma connaissance été employée pour traiter les fractures des doigts. A la portée de tous, avec un matériel que l'on a toujours sous la main, le petit appareil que j'emploie depuis deux ans pour le traitement de ces fractures, m'a paru basé sur des données tellement scientifiques et m'a rendu de tels services, que je crois à propos d'en publier la description et son mode d'emploi.

Jusqu'à maintenant, une foule d'appareils ont été imaginés et employés pour maintenir ces fractures en bonne position, mais tous reposent sur le même principe, à savoir: réduction puis contention des fragments par l'immobilisation en rectitude avec ou sans extension permanente. Si j'en juge d'après ma propre expérience, aucun de ces appareils n'a pu en toute circonstance et toujours fournir de bons résultats; tous sont encombrants, difficiles à supporter pour le blessé, difficiles à maintenir en place et tous retardent considérablement l'utilisation du doigt fracturé et même de la main à laquelle ce dernier appartient. Des raideurs articulaires se prolongeant plus ou moins longtemps après la consolidation de la fracture traitée retardent invariablement la récupération de tous les mouvements de flexion nécessaire à l'exercice des fonctions de préhension de cet organe si important qu'est la main.

Aucune des phalanges des doigts et même du pouce, n'est droite, mais toutes sont plutôt courbes, à concavité palmaire; cette concavité est nécessaire pour que dans les mouvements de préhension, la face palmaire des doigts puisse s'appliquer uniformément sur la circonférence de l'objet à saisir, et cette conformation est surtout nécessaire à l'ouvrier empoignant le manche de l'outil dont il se sert, quel qu'il soit. S'il en était autrement, les doigts perdraient une partie de leur force et leur application énergique sur un corps arrondi, tel un manche d'outil, serait plutôt douloureuse. Si après consolidation, la phalange fracturée n'a pas conservé cette courbure, le doigt non seulement perd de sa force, mais il ne peut plus se fermer complètement et il présente à sa face interne une proéminence osseuse, dou-

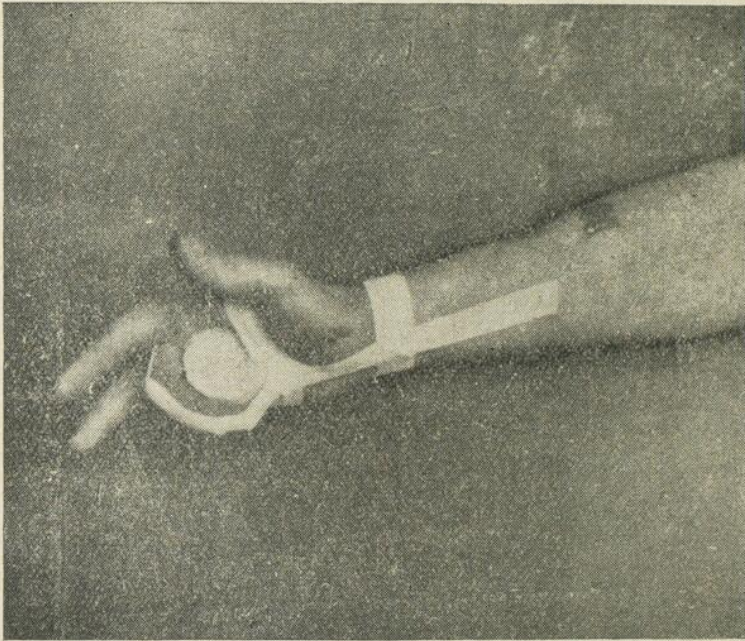


Fig. 1.—Immobilisation du doigt sur rouleau

loureuse et sensible, qui nuit à son travail. Or il est facile de réaliser que les fractures de doigts, traitées par extension et contention, sont exposées à guérir avec déplacement angulaire des fragments, angulation forcément tournée vers la face palmaire du doigt.

C'est pour obvier à tous ces inconvénients, qu'un jour, il y a environ deux ans, j'ai imaginé la méthode suivante.

Comme matériel je me sers d'un rouleau de coton, bandage étroit d'un demi-pouce, ayant environ un pouce ou un pouce et demi de

diamètre, bandage que l'on trouve tout préparé dans n'importe quelle pharmacie; des bandelettes de diachylon (Rubber Adhesive Plaster Z. O.) et un rouleau de gaze de 2 pouces de largeur.

Les illustrations suivantes (Fig. 1 et 2) feront mieux comprendre qu'aucune description que je pourrais faire, la mise en place de l'appareil en question. Qu'il me suffise d'attirer votre attention sur quelques petits détails de technique.

Le doigt fracturé est fortement tendu par des tractions manuelles de façon à obtenir son redressement et la réduction de ses fragments. Maintenu en cette position, le petit rouleau de bandage de coton est appliqué à sa face interne; il est alors fléchi et en quelque sorte

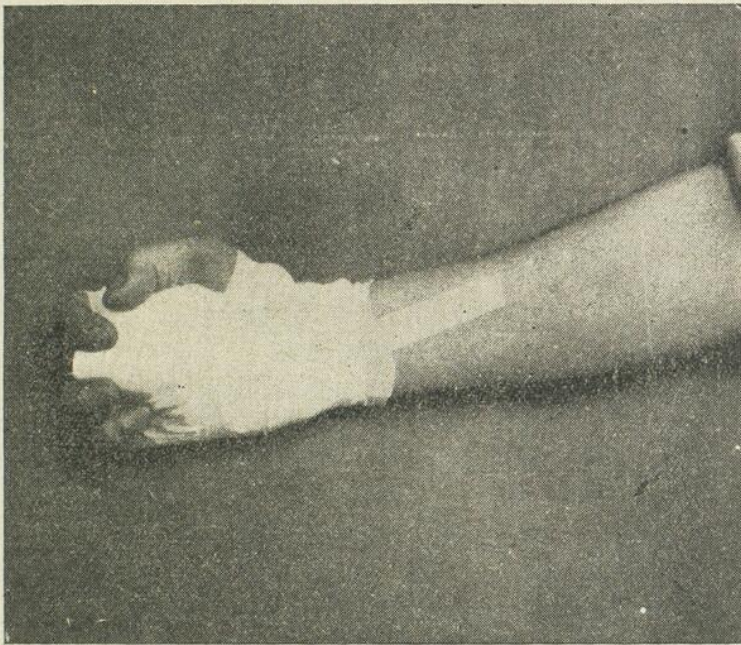


Fig. 2.—Appareil complet en place

roulé sur le rouleau en question; maintenu en cette position, une bandelette de diachylon de un demi-pouce de large est accolée par son milieu sur le dos du doigt et son chef palmaire vient s'appliquer avec une certaine traction et se coller jusqu'en haut du poignet. L'autre chef est accolé sur la face dorsale de la main, lui aussi jusqu'en haut du poignet. Au cours de cette manœuvre, il est bon de bien surveiller la position du rouleau et de voir à ce qu'il s'applique bien d'aplomb dans le creux de la main et bien dans l'axe du métacarpien sous-jacent, de façon à éviter que par un déplacement de

latéralité, la phalange fracturée ne puisse être exposée à reprendre qu'en rectitude parfaite. Pour maintenir l'extension des fragments, il faut aussi en collant le diachylon bien tendre le doigt sur le rouleau en tournant celui-ci dans la direction du poignet, car de la sorte il attire le doigt que le diachylon maintient définitivement en bonne situation. Cette extension en rotation est d'ailleurs augmentée par l'application d'une bandelette circulaire de diachylon entourant la main, en passant par la racine du pouce; une autre bandelette circulaire de diachylon entoure le poignet. Ces deux bandelettes circulaires ne doivent pas être serrées car elles pourraient nuire à la circulation de retour et déterminer du gonflement et de la douleur.

Pour terminer l'appareil, il ne reste plus alors qu'à mettre en place un bandage de gaze, qui bien appliqué comme s'il s'agissait d'un pansement ordinaire, ne devra contenir et maintenir que le doigt fracturé, le main et en laissant le pouce libre ainsi que les autres doigts, venir terminer son enroulement autour du poignet.

Je laisse ce petit appareillage en place pendant une quinzaine de jours, jamais plus de trois semaines. De la sorte, seul le doigt fracturé étant immobilisé, les autres restant libres ainsi que le pouce, il est possible pendant la guérison d'utiliser la main en question, et le blessé peut sans crainte se livrer à tout travail léger, tel l'écriture, etc., et il est surprenant de voir combien ce doigt fracturé et ainsi immobilisé est peu nuisible pour les travaux en question, et il va sans dire que cette main, dont les fonctions utilitaires ont été continuées pendant tout le traitement, se trouve à avoir conservé sa force et la souplesse de ses articulations, aussitôt l'appareil enlevé. C'est pour ainsi dire un appareil pouvant être comparé à ce point de vue utilitaire à l'appareil de marche que Delbet emploie pour le traitement des fractures de jambe.

En résumé, ce mode de traitement comporte, en plus d'une grande simplicité de matériel, une grande facilité d'application, plus une solidité de contention qui permet au blessé, dans la grande majorité des cas, de pouvoir vaquer à ses occupations usuelles sans douleur et sans danger de compromettre l'excellent résultat que m'a toujours donné ce simple traitement.

## LA MALARIATHERAPIE A SAINT-JEAN-DE-DIEU

Par Rodolphe RICHARD,  
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

C'est à Wagner de Jauregg, de Vienne, que nous devons la malariathérapie dans la paralysie générale. En 1887, après avoir observé l'influence heureuse sur certaines psychoses que produisait une hyperthermie quelque peu prolongée, il eut recours au paludisme tierce comme agent causal.

Cette méthode de traitement par le choc, ou pyréthérapie, offrait l'avantage de compromettre rarement la vie du malade et de pouvoir être subjuguée d'une façon presque toujours efficace par l'administration de différents sels de quinine à dose assez élevée.

Ce ne fut cependant qu'en 1917 que l'auteur appliqua la malariathérapie d'une façon systématique aux paralytiques généraux. Au delà de 200 P. G. reçurent la malaria; cinquante, ou le quart, présentèrent une amélioration si notable au point de vue intellectuel qu'ils purent reprendre leurs occupations antérieures et conduire leurs affaires à bonne fin.

Depuis ces expériences, cette méthode de traitement se généralisa dans l'univers. La littérature médicale a rapporté jusqu'au 1er avril 1926 les observations de trente-cinq médecins donnant un total de 2336 cas de paralysie générale traités par l'impaludation.

Gertmann, qui a relevé les statistiques, donne les résultats suivants :

Nombre de cas	Rémission totale des troubles mentaux	Rémission partielle des troubles mentaux	Condition non améliorée
2336	27.5%	26.5%	46%

En novembre 1926, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, nous avons commencé dans notre service l'impaludation des paralytiques généraux. Nous rapportons aujourd'hui les observations de trente-et-un cas. Nous ne pouvons pas encore affirmer comme définitifs les résultats obtenus, mais la stabilité jusqu'à date de l'amélioration observée chez certains malades justifie la confiance que nous avons mise en ce traitement.

Nous n'avons fait aucun choix spécial des paralytiques généraux devant être impaludés. Les uns n'étaient qu'au début de leur paralysie générale, les autres à un stage plus avancé de leur maladie. Nous exigeons à l'examen préliminaire que les organes vitaux fussent indemnes de lésions graves.

Les symptômes mentaux et classiques de la paralysie générale dominaient. Les idées de grandeur, de richesse, de pouvoir infini des uns contrastaient avec l'attitude mélancolique des autres. Les premiers exhibaient une activité psycho-motrice intense, les seconds, une idéation ralentie, une inertie intellectuelle laissant prévoir un affaiblissement rapide et global de leurs facultés psychiques. Dès maintenant nous pouvons dire avoir remarqué que le pronostic de l'impaludation au point de vue résultat final était plus favorable chez les premiers que chez les derniers.

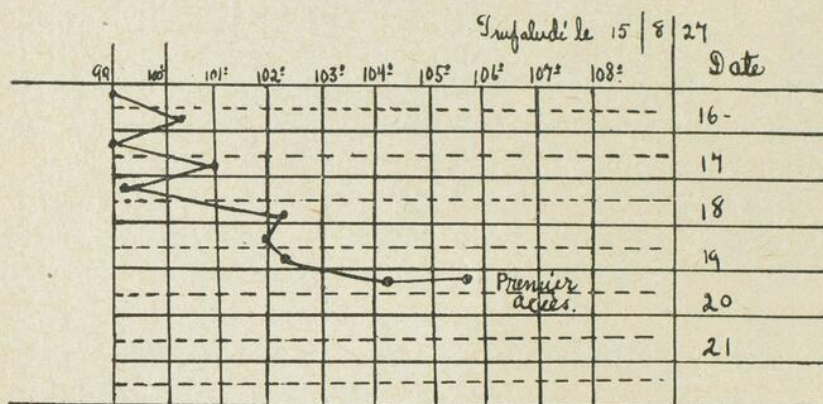


Schéma No 1—Impaludé le 15 août 1927.

Schéma illustrant élévation progressive de la température jusqu'au premier accès. Durée d'incubation de 5 jours. La température n'est pas tombée à la normale depuis l'impaludation.

Leur âge varie entre 29 et 50 ans. Chacun fut impaludé par voie intra-veineuse. La quantité de sang injecté fut de 3 c.c. recueilli dans 2 c.c. d'une solution de citrate de soude à 2% F.

Par voie intra-veineuse la période d'incubation a varié entre cinq et dix jours pour donner une moyenne d'environ six jours. La période d'incubation de la voie intra-musculaire peut parfois aller jusqu'à 18 jours, et c'est pour cette raison que nous ne l'avons pas employée.

Il ne fut pas rare d'observer une légère élévation de température survenant le jour même de l'impaludation, ou le jour suivant, allant parfois jusqu'à 102° F. Le choc que cause l'apparition de substances

protéiques étrangères dans le flot sanguin semble expliquer cette légère hyperthermie. Elle revient à la normale en quelques heures, sans médication, pour se maintenir ainsi jusqu'au jour qui précède celui du premier accès fébrile.

Des signes avant-coureurs annonçant l'éclosion prochaine du frisson semblent précéder chaque accès.

La sensation de froid est jointe à un malaise généralisé. Le malade est pâle. Il recherche la chaleur, remontant jusqu'au cou ou par-dessus tête ses couvertures, puis débute le frisson par un claquement de dents. De là il s'étend rapidement et simultanément aux

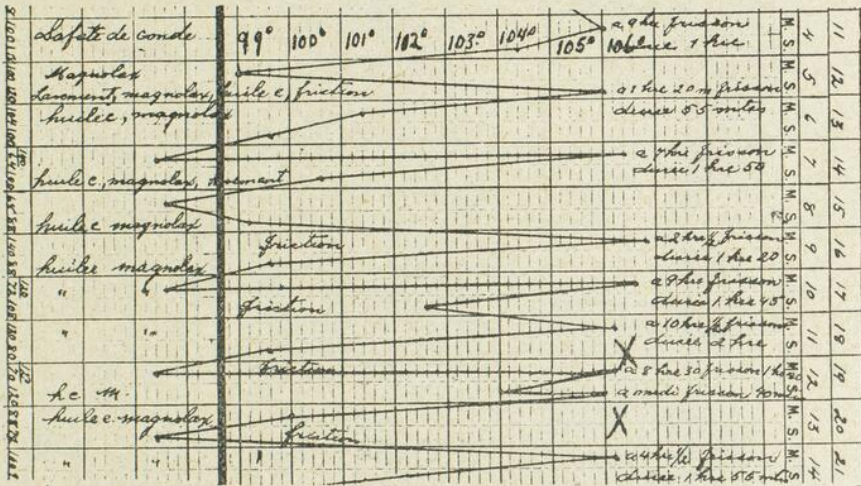


Schéma No 2

Illustrant malaria avec accès fébriles irréguliers. Au début, 36 heures d'intervalle, puis 24 heures; puis 2 accès dans 6 heures pour se continuer à 36 heures d'intervalle.

membres inférieurs et supérieurs en augmentant d'intensité. Quinze minutes après le début, il est généralisé. Sa violence est variable.

Nous en avons observé qui ne duraient que trente-cinq minutes au début des accès pour se prolonger pendant deux heures à la période moyenne ou terminale de leur malaria. La durée moyenne fut d'environ une heure et vingt minutes.

La température élevée est le symptôme alarmant du médecin débutant dans la malariathérapie. Seule la température rectale fut prise. Elle le fut immédiatement après le frisson jusqu'à ce qu'on ait atteint le plus haut degré de l'hyperthermie.

Il ne fut pas rare d'observer une fièvre de 107° F., souvent accompagnée d'un délire hallucinatoire avec agitation et logorrhée prononcées.

Cette hyperthermie chez tous nos impaludés, à la suite des accès fébriles, varia entre 104° F. et 107° F. Heureusement elle ne dure que peu de temps. Nous avons remarqué une descente graduelle vers la normale qu'elle atteint dans environ 12 heures.

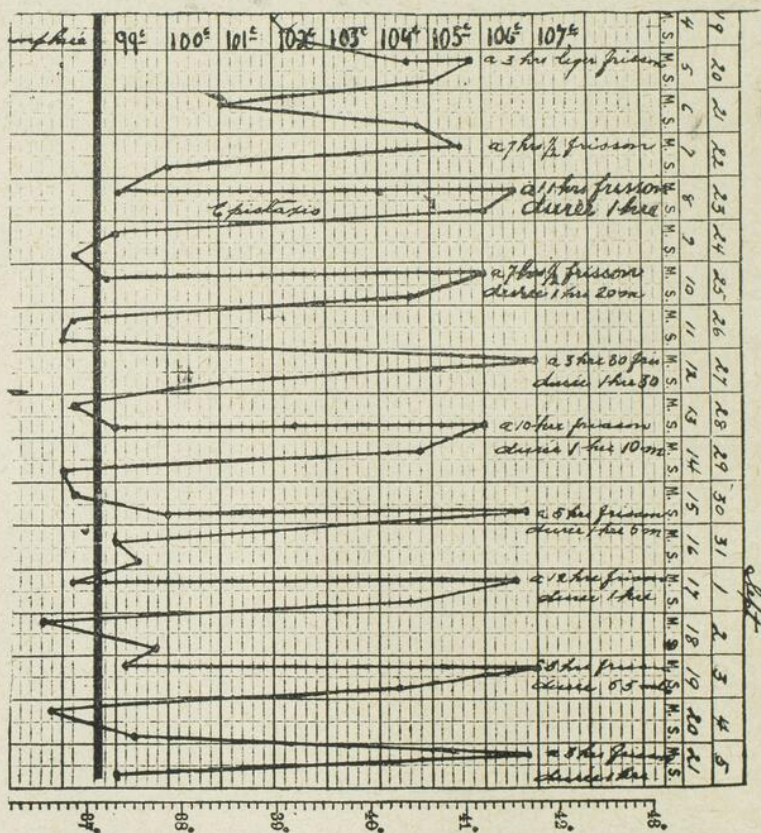


Schéma No 3

Feuille de température, illustrant une évolution habituelle du paludisme tierce. Accès survenant après 36 heures d'intervalle.

Le pouls s'accélère pour atteindre jusqu'à 160 pulsations à la minute.

Le retour de l'accès fébrile n'est attendu qu'à deux jours d'intervalle. Cet espace de temps varie cependant beaucoup. Chez plusieurs sujets l'accès réapparut quotidiennement, et même en un cas il se reproduisit dans le bref espace de 6 heures, tel que représenté dans le schéma No 2.

Au début de ce mode de traitement nous avons laissé nos impaludés n'avoir que huit à neuf accès. Après nous être familiarisé avec l'évolution de cette pyrétothérapie, nous avons attendu que 12 à 14 accès fébriles se reproduisissent avant d'en arrêter le cours.

Il n'y a cependant aucune règle définie sur ce point, le tout dépendant de la résistance du sujet. Tous subirent leur traitement isolés dans l'hôpital sous la surveillance constante d'une garde-malade compétente prête à intervenir à la première alerte. Le repos constant au lit est nécessaire. Nous n'avons que très peu modifié le régime alimentaire de nos impaludés.

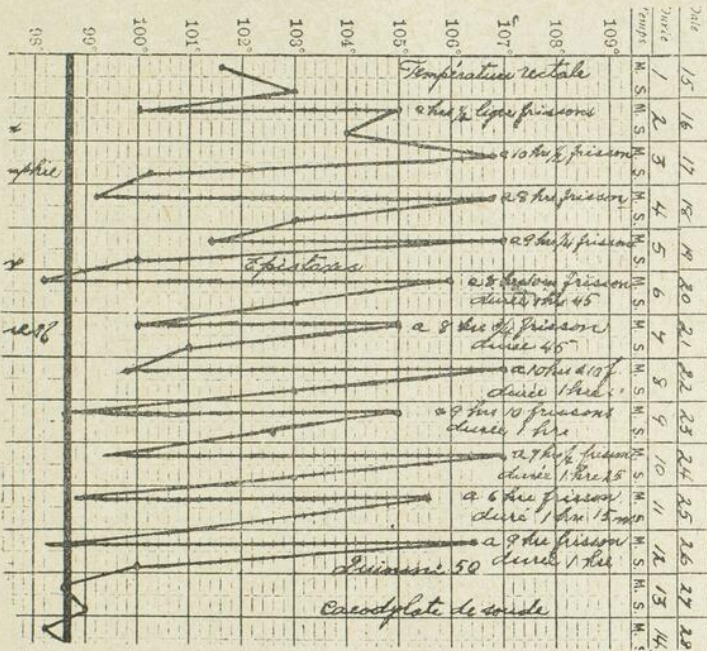


Schéma No 4

Feuille de température illustrant une évolution atypique de la malaria tertiana. Accès quotidiens.

Comme stimulant cardiaque nous n'avons employé que l'huile camphrée à raison de 5 c.c. en une seule dose hypodermique, le matin. Rarement il fut nécessaire de répéter cette médication dans les 24 heures.

Durant tout le cours de la malaria il est de première importance de faire déterminer fréquemment la formule leucocytaire sanguine afin d'être constamment en contact avec l'anémie, les modifications cellulaires du sang qui peuvent être une cause de cessation immédiate de la malaria.

Une diminution de globules rouges allant jusqu'à 2,500,000 est une indication d'intervenir promptement, de même qu'un taux d'hémoglobine se chiffrant au-dessous de 45%. A part cette anémie, les autres complications pouvant survenir et demander l'administration immédiate de la quinine sont : 1° un ictère prononcé; 2° une albuminurie continue et élevée; 3° une glycosurie; 4° une chute rapide et forte de la pression artérielle à 90 maxima ou moins; 5° vomissements ou diarrhée abondante, enfin toute autre affection venant s'ajouter à celle actuellement en évolution, telle que pneumonie, grippe, rhumatisme, etc.

L'amaigrissement, l'anorexie et l'apparence affaissée du malade ne furent pas pour nous une indication de terminer la malaria.

Il faut se garder de donner des médicaments dont on ignore l'action sur le protozoaire. Ainsi nous avons eu un arrêt de l'évolution de la malaria à la suite de l'administration de digitaline dans un cas, de Bromidia dans un autre. Nous sommes porté à croire qu'il ya eu relation de cause à effet entre ces médicaments et l'arrêt de la malaria, étant donné la rareté d'un arrêt spontané du paludisme. Un ictère prononcé semble avoir aussi un effet terminatif de la malaria comme nous avons pu l'observer dans un troisième cas.

Le chlorhydrate de quinine fut le sel que nous avons employé pour détruire l'hématozoaire après nombre suffisant d'accès fébriles. La voie buccale intra-musculaire et intra-veineuse peuvent être employées à discrétion. Les deux premières voies furent les seules suivies par nous.

La dose initiale a été de 1.5 gr. par jour, fractionnée en trois doses de 0.50 ctgr. et ceci durant trois jours, nous diminuons de moitié cette quantité pour les trois jours suivants et ainsi de suite jusqu'à 0.05 ctgr. 3 fois par jour.

Si la voie intra-musculaire ou intra-veineuse est choisie pour donner la quinine, il va sans dire que ces doses doivent être réduites de moitié.

Jamais l'hématozoaire ne fut retrouvé dans le sang après cette médication.

Pour tonifier le malade et réparer l'anémie, nous avons donné le cacodylate de soude à haute dose suivi de l'association Fer-Quinine-Strychnine. Il est surprenant de constater la rapidité avec laquelle le sujet reprend une apparence de santé favorable.

### Résultats et Conclusions

Trente-et-un paralytiques généraux, ai-je dit, ont été inoculés et ont réagi à la malaria. Le diagnostic clinique antérieur fut confirmé par les épreuves du laboratoire.

Sur sept sujets la ponction lombaire fut faite non seulement avant mais aussi après la malariathérapie. Les changements observés dans le L. C. R. sont de peu d'importance. Dans deux cas nous avons observé un retour à la normale de la globuline et dans deux autres cas au lieu de globuline -|- , résultat du premier examen, nous avons eu globuline -|- -|- -|- . La courbe de Lange ne présenta aucune ou une modification insignifiante. Les Wasserman, et du sang et du L. C. R. ainsi que le benjoin colloïdal, demeurèrent positifs.

Ce qui surtout intéresse le psychiatre sont les résultats obtenus au point de vue psychique que ce mode de traitement a donnés :

Nombre de cas	Rémission complète de troubles mentaux	Rémission partielle de troubles mentaux	Etat non amélioré	Décès
31	7 ou 22.5%	9 ou 29.3%	12 ou 38.7%	3 ou 9%

Dans la première catégorie, c'est-à-dire chez les impaludés ayant présenté une rémission totale, il nous est actuellement impossible de retrouver un des symptômes mentaux énumérés au début de cet article. Cinq ont quitté l'hôpital. Un d'eux a pu partir seul pour l'Espagne, un autre pour la Syrie, leur patrie respective. Le troisième est actuellement engagé dans un commerce de charbon pourvoyant aisément à sa propre subsistance ainsi qu'à celle de sa famille. Le quatrième pouvait dernièrement entreprendre un voyage en automobile de la Floride à Montréal. Nous avons perdu contact avec le cinquième. Les deux derniers résidant encore à l'hôpital, seront libérés à la première occasion favorable, et travaillent actuellement avec efficacité dans différents départements de l'institution.

Dans la seconde catégorie, celle des patients à rémission partielle de troubles mentaux, nous avons observé une diminution de leur agitation motrice et verbale, une disparition de leur gâtisme et un retour partiel de leur mémoire. Ils sont en plus mieux adaptés à leur entourage, se vêtent et mangent seuls, peuvent être employés à de légers ouvrages et leur déchéance intellectuelle semble avoir subi un arrêt temporaire ou progresser très lentement.

Les malades de la troisième catégorie présentent l'évolution habituelle de la paralysie générale.

Nous avons à compter deux morts survenues au cours proprement dit de la malaria. La première survint après le troisième accès fébrile. Le patient entra alors dans un délire suraigu avec agitation psychique et motrice si intense qu'il se maintint malgré toute médication sédative et l'arrêt de la malaria par la quinine. Il présenta une sitiophobie complète et mourut d'épuisement malgré tous nos efforts pour l'apaiser et l'alimenter.

La seconde mortalité a été attribuée à une poussée aiguë congestive chez un néphritique chronique qui ne présentait aucune évolution au moment de l'impaludation. Les œdèmes apparurent dès le second accès fébrile, l'albuminurie très prononcée, le cœur flancha et il mourut en quelques jours.

Le troisième décès ne peut être attribué directement à la malaria puisqu'il survint au delà d'un mois après que le patient eut terminé le traitement. Il avait en premier lieu présenté une disparition complète de tout trouble mental et travaillait avec satisfaction à l'hôpital. Il tomba subitement dans un délire mystique accompagné également d'agitation extrême et de sitiophobie absolue. Cette condition se maintient vingt jours durant et ce malade mourut aussi d'épuisement.

C'est jusqu'à date le traitement de la paralysie générale qui semble nous donner les résultats les plus encourageants et malgré le pourcentage assez élevé de 9% de mortalité nous croyons que les chances de guérison qu'il offre aux malades, d'autre part, sont assez grandes pour justifier son emploi chez tous les patients susceptibles de le subir, patients qui étaient voués à une mort à brève échéance.

## RECUEILS DE FAITS

---

### ABCES GANGRENEUX DU POUMON TRAITÉ ET GUÉRI PAR LE PNEUMOTHORAX ARTI- FICIEL ET LA PHRENICECTOMIE

Par J. A. VIDAL,

Chef de clinique à l'hôpital du Sacré-Coeur.

Le 17 décembre 1926, Madame X... me fut recommandée avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire. A son entrée à l'hôpital la malade toussait beaucoup, crachait abondamment, se plaignait de douleurs thoraciques surtout marquées à la base gauche, température oscillant entre 100° et 102°; cependant l'état général était encore satisfaisant, la malade n'ayant perdu que 5 livres.

Dans les *antécédents familiaux* rien de particulier au point de vue *contage*. A noter, un père alcoolique mort à 36 ans.

Dans les *antécédents personnels* on ne retrace que la rougeole comme épisode pathologique, seulement, les habitudes de vie sont très irrégulières: excès alimentaire, abus d'alcool, fume 10 à 15 cigarettes par jour. Le spirochète et le gonocoque ne semblent pas avoir été sur son chemin s'il faut en croire les réponses négatives du laboratoire.

L'étude du *début de la maladie actuelle* nous révèle l'évolution suivante. A la suite de libations profuses la patiente accuse une lassitude et une faiblesse progressives durant les premiers jours de novembre 1926. Le 17, un violent point de côté s'installe à la base gauche et dure 15 jours, presque sans accalmie. Vers les premiers jours de décembre survient une toux quinteuse sans expectoration; cependant l'expectoration après deux jours s'amène très abondante et teintée de sang. Dans la nuit du 15 décembre, la patiente fait 2 vomiques, rejetant ainsi une sécrétion franchement purulente et d'une odeur repoussante. Après ces vomiques la température s'oriente

vers la normale pour atteindre 102° après la troisième journée. Sur ces symptômes alarmants la patiente entre dans mon service.

A l'examen clinique nous remarquons une matité franche à la base gauche. Le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle tubaire, quelques râles bulbeux s'entendent après toux. Transpirations profuses. P. A. 90/55. Etant donné le début clinique rapide avec des vomiques, l'aspect général assez satisfaisant, l'absence complète d'épisode pulmonaire antérieur, l'examen des crachats fait en série donnant un rapport négatif malgré la purulence et l'abondance de l'expectoration, étant donné la précocité de l'odeur qui fut repoussante dès le début de l'expectoration, je conclus à un abcès pulmonaire plutôt qu'à une pleurésie interlobaire suppurée.

La radiographie confirme le diagnostic en nous montrant un voile de la base gauche avec une image plus dense sous-diaphragmatique. Dans la nuit du 19 décembre la malade fait une hémoptysie d'environ 300 c.c., ce qui semble déclencher une aggravation de tous les symptômes. Vu l'hypotension artérielle et la défaillance de l'organisme nous injectons 10 c.c. d'huile camphrée à 20% matin et soir.

Le 23 décembre nous faisons la radiographie au Lipiodol par voie inter-crico-thyroïdienne et l'image radiographique nous montre une anfractuosité à contours irréguliers, située vers le milieu de la coupole diaphragmatique et tout à fait à la limite inférieure de la base gauche.

Le diagnostic d'abcès du poumon ne faisait plus de doute.

Quelle thérapeutique pouvions-nous employer? Nous avons tenté les injections de "Propidon" avec un résultat nul. Les symptômes étaient de plus en plus menaçants, plusieurs hémoptysies se succèdent et l'expectoration prenait une teinte brunâtre avec une odeur particulièrement infecte (odeur de fumier). L'abcès évoluait vers la gangrène et le pronostic s'assombrissait constamment. Aucune médication ne pouvait sauver la situation. Alors nous décidons le traitement par le pneumothorax artificiel. Le 5 janvier 1927 nous pratiquons la première insufflation, et nous continuons suivant la technique requise. Le collapsus pulmonaire s'opère surtout sur le lobe supérieur et la radiographie nous montre une large adhérence fortement tendue à la partie médiane de l'hémithorax. La compression était donc insuffisante, et le 20 janvier il se produit une autre vomique suivie d'une hémoptysie d'environ 250 c.c. Nous poussons davantage la compression pulmonaire afin de rompre si possible ou

de distendre davantage l'adhérence. L'amélioration ne fut que passagère car le 23 février il se produit une autre vomique d'environ 200 c.c. Malgré les insufflations en pression *positive* le collapsus du poumon ne s'opère pas davantage. En face d'un pneumothorax artificiel inopérant, nous avons recours à la phrénicectomie, qui fut pratiquée par notre chirurgien Edmond Dubé. Après la phrénicectomie la toux a considérablement diminué, les vomiques sont disparues, plus d'hémoptysie et la patiente dont le poids, qui était de 116 à son entrée, avait baissé à 78 livres, a commencé à engraisser. Elle quitte l'hôpital le 2 avril, considérablement améliorée. Nous avons continué le traitement par le pneumothorax artificiel jusqu'à la fin juin. A ce moment la radioscopie montrait un diaphragme gauche surélevé de deux travers de doigt, la compression par le pneumothorax semble à ce moment effective car la toux est presque totalement disparue et l'expectoration presque nulle. Poids 114 livres. P. A. 115/70.

Le 15 novembre 1927 je revois la malade. Poids 135 livres. P. A. 122/70, état général très bon, pas de toux, ni expectoration. La radiographie à ce moment nous montre une plage pulmonaire normale, un diaphragme surélevé et un cul-de-sac costo-diaphragmatique très diminué. La malade n'ayant manifesté aucun symptôme pulmonaire depuis quatre mois, doit être considérée comme guérie.

Voilà une indication où le pneumothorax artificiel et la phrénicectomie ont une valeur incontestable et supérieure à tout autre médication; cependant les résultats seront d'autant plus satisfaisants que la maladie sera traitée au début.

## UN CAS DE PERITONITE SURAIGUE CHEZ UNE LAPARATOMISEE POUR FIBROMES

Par MM. TRUDEAU, GERIN-LAJOIE et SIMARD.

(Travail du service de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame.  
Prof. Harwood.)

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service où deux d'entre nous travaillons, une issue fatale que nous rencontrons rarement et dont la cause nous échappe. En relatant l'histoire clinique et le protocole d'autopsie, nous espérons susciter des commentaires qui pourraient nous aider à trouver la cause de cette fatalité et éviter ou prévenir des incidents analogues.

Mme H. L..., 44 ans, est admise dans le service de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame, le 26 octobre 1927. Venue au dispensaire quelques jours auparavant nous lui avons conseillé d'entrer pour subir une intervention chirurgicale. La malade se plaint depuis au delà de 10 ans de ménorragies variant de 7 à 10 jours et, entre ses menstruations, elle perd de l'eau rousse de mauvaise odeur. Elle ne souffre pas de constipation non plus que de mictions douloureuses ou nocturnes.

### *Antécédents :*

**Héréditaires:** Mère morte à 71 ans de diabète; père mort à 49 ans de pneumonie; une soeur diabétique.

**Personnels:** Rougeole dans le bas âge; fièvre puerpérale après le deuxième accouchement.

**Gynécologiques:** Régulée à 14 ans, régulière, non douloureuse, trois jours; mariée à 18 ans, régulière, non douloureuse, trois jours, jusqu'à il y a 10 ans. Depuis, parfois irrégulière, et perd de 7 à 10 jours. D. R. 10 octobre. La patiente a fait trois grossesses, n'a eu aucune fausse couche, n'a aucun enfant vivant. Les accouchements ont été normaux et les relevailles bonnes, sauf au deuxième accouchement alors qu'elle fit une infection puerpérale. D. A. en 1904.

### *Alimentation :*

Abuse du thé, du pain et des confiseries; elle boit beaucoup.  
P. A. 175/90.

*Examen clinique :*

**Abdomen.**—Inspection: ballonnement, vergetures; palpation: défense musculaire, masses considérables remplissant tout le bas-ventre et particulièrement la fosse iliaque droite; percussion: matité sur toute l'étendue délimitable de ces masses qui sont particulièrement dures.

**Vulve.**—Inspection: écoulement blanchâtre, insuffisance vulvaire, déchirure du périnée au deuxième degré. Toucher: col petit, fermé, avec légère métrite cervicale; utérus apparemment petit, et refoulé sous le pubis, immobilisé; brides cicatricielles du vagin dans le cul-de-sac postérieur qui n'est pas très dépressible; culs-de-sac latéraux pleins, rénitents; masse considérable, dure, bosselée dans la fosse iliaque droite, de la grosseur d'une tête d'enfant. Cette masse très douloureuse se prolonge dans le Douglas et paraît refouler l'utérus sous le pubis. Masse plus petite, mais également bosselée, dans la fosse iliaque gauche.

*Examens des laboratoires :*

**Wassermann:** Négatif (Dr Bernier).

**Sang:** Urée au litre: 0 gr. 19; sucre au litre: 1 gr. 90 (Dr Bertrand).

**Urines:** 27 octobre: jaune citrin, trouble d'aspect, sans dépôt, à réaction acide et de densité 1030; ni albumine, ni sucre; présence de cristaux de phosphates (Dr Archambault). 5 novembre: jaune citrin, trouble d'aspect, sans dépôt, à réaction acide et de densité 1014; ni albumine, ni sucre; traces d'acétone et présence d'épithéliums (Dr Archambault).

*Diagnostic clinique:* Kystes tubo-ovariens doubles.

A cause de l'excès de sucre dans le sang, nous appelons un confrère en consultation pour faire un examen général médical de la malade.

*Rapport de l'examen médical :*

Souffle au premier temps au foyer aortique; dyspnée d'effort. Poumons négatifs. Mydriase à droite. Peut subir l'opération. (Dr Mousseau)

*Opération le 9 novembre 1927 :*

Après que la malade eut suivi un régime hypohydrocarboné, le docteur Trudeau assisté du docteur Gérin-Lajoie et de l'interne le docteur Desforges, procède à la laparotomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une masse d'adhérences épiploïques recouvrant la tumeur principale qui est reconnue, après ablation de ces adhérences, être un fibrome de l'utérus. D'autres petits fibromes sont logés sur le corps utérin. Les annexes des deux côtés sont enfouies dans le petit bassin sous des paquets d'adhérences épiploïques



*Protocole d'autopsie :*

Autopsie pratiquée trois heures après la mort.

Femme d'âge moyen, très grasse, bien constituée; pas de rigidité; lividités peu marquées; face pâle; pupilles en position moyenne et inégale. Le diaphragme remonte au quatrième espace à droite, et à la quatrième côte à gauche.

Coeur un peu gros (310 gr.) arrêté en systole, pointe à gauche, à parois un peu épaissies; rien aux orifices. Quelques petites plaques athéromateuses le long de l'aorte. Les poumons présentent dans les lobes inférieurs une zone assez étendue, rougeâtre, carnifiée, à docimasia pulmonaire positive.

Intestin ballonné.

Péritoine: 300 cc. de liquide trouble, rouge foncé; dépoli péritonéal généralisé avec granulations fibrinoïdes disséminées. Au niveau du moignon appendiculaire, environ un centimètre cube de pus contenu dans des adhérences épiploïques récentes, friables.

L'estomac est très fortement dilaté et rempli de liquide.

La rate est plutôt petite (100 gr.), follicules peu apparents, boue splénique peu abondante.

Vésicule biliaire à muqueuse irrégulière, d'aspect "fraise".

Foie (1550 gr.) infectieux dégénératif, panaché (zones rouges et blanc jaunâtre mélangées).

Surrénales oedémateuses.

Rien à signaler ni aux uretères ni aux reins (145 gr.).

Au niveau du ligament large gauche, suppuration minime sous la couche de péritonisation.

**Diagnostic anatomique.**

Hypertrophie peu marquée du ventricule gauche.

Congestion active des lobes inférieurs des poumons.

Estomac dilaté; intestin ballonné.

Oedème des surrénales.

Foie dégénératif de toxi-infection.

Suppuration du moignon appendiculaire et d'un point de péritonisation du ligament large gauche.

Péritonite aiguë généralisée.

L'autopsie a été pratiquée par le docteur Simard et c'est ce protocole qui nous a incité à publier cette observation dans l'espoir qu'on pût nous expliquer pourquoi une malade meurt de péritonite suraiguë six jours après une intervention sans signe avertisseur vingt heures avant la mort.

## PRIAPISME ET TABES

Par Roméo BOUCHER,

Assistant à la clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame.

On connaît les multiples manifestations du tabès et les surprises cliniques que parfois il nous réserve. L'observation que nous présentons en est un exemple frappant. Nous avons cru devoir la rapporter en détail vu qu'elle comporte plusieurs points intéressants.

A. L., 52 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels particuliers, autres qu'une syphilis contractée en 1921, vient en décembre 1923 solliciter nos soins, parce que son médecin de famille, pour raison de santé, a dû abandonner toute clientèle. Ne pouvant avoir de renseignements précis sur la nature du traitement suivi jusqu'à date, nous faisons un Bordet-Wassermann qui revient **fortement positif**.

De décembre 1923 à mars 1925, traitement énergique mixte: arsénic, bismuth, mercure. Le premier Bordet-Wassermann **négalif** a été reçu en juin 1924. En juin 1925, après deux mois de repos thérapeutique, la réaction reste toujours **négalif**.

En novembre 1925, notre malade qui est devenu grand liseur de livres de médecine et quelque peu phobique de la vérole nous réclame une ponction lombaire, dont l'examen est **négalif** tant au point de vue cytologique qu'au point de vue humoral.

En juin 1926, nous le revoyons, n'ayant subi aucun traitement depuis sa ponction lombaire, pour une simple furonculose et nous en profitons pour faire un examen général complet.

Le coeur et les poumons sont normaux. Le foie est légèrement sensible à la palpation. La rate n'est pas augmentée de volume. L'abdomen est souple, mais présente de nombreuses vergetures près des épines iliaques; amaigrissement de 22 livres depuis deux mois.

Pression artérielle: 135/80.

Urines.—Albumine: 0. Sucre: très légères traces.

Aucune modification des réflexes. Pas d'Argyll-Robertson, ni de Romberg. Seuls, l'appétit est capricieux et le sommeil fugace, mais le malade nous avoue sans difficulté avoir fréquenté Bacchus et Vénus avec frénésie.

**Epreuve de réactivation:** le B.-W. revient négatif. Nous conseillons un peu plus de modération, une vie un peu plus rangée, et le malade nous quitte plus ou moins convaincu et muni d'une formule dépurative.

En décembre 1926, sur un appel d'urgence, nous le retrouvons dans son lit avec une température à 104°, un point de côté violent sous-mammaire gauche, expectorant des crachats qui ne tardent pas à prendre une teinte rouillée. L'auscultation révèle des signes nets de pneumonie franche aiguë

du sommet gauche. La rétrocession se fait sans complications dans les délais normaux. Convalescence rapide et bien suivie.

Sa première sortie fut pour une marchande d'illusions. A la suite de certaines manoeuvres "ab ore", il eut une érection qu'il garda tant et si bien que cinq heures après l'aventure et très souffrant il nous fait demander.

Le pénis est en pleine érection, accolé à la paroi ventrale. La douleur est intolérable et tout désir libidineux absent. Les corps caverneux gonflés, durs, le fourreau légèrement oedématié. Miction non altérée. Traitement: sédol et lupulin à haute dose, aucune amélioration. Le lendemain chloral et bromures à hautes doses, sans autre résultat que de diminuer légèrement la douleur.

Le malade étant de plus en plus souffrant, nous recherchons presque machinalement les réflexes rotuliens. Quelle n'est pas notre surprise de constater que leur paresse est évidente, que les achilléens sont absolument muets, que l'Argyll-Robertson est nettement positif. Le Romberg est négatif cependant.

Prise de sang pour un B.-W., et nous injectons immédiatement 0.15 ctgr. de novarsénobenzol. Pas d'amélioration. Le lendemain 0.30 ctgr., donnant, vingt-quatre heures après une diminution marquée de la douleur et de l'oedème du fourreau. Deux jours après, demi-érection parfaitement supportable. Le quatrième jour, 0.45 ctgr. font disparaître toute trace de ce symptôme, alors que le **Bordet-Wassermann revient fortement positif**. Depuis sous l'influence du traitement, notre malade a retrouvé jusqu'à date une fonction génitale normale.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. D'abord, il est rare que le priapisme ait été rapporté comme première manifestation du tabès. Babonneix avec tous les classiques signale une augmentation du *potentia cœundi* et Lévy-Valensi décrit des crises génitales satyriasiques "rares, précoces et fugaces" dans le tabès, qui ne doivent pas être confondues avec le priapisme. Autant le satyriasis est une "exaltation de l'excitation sexuelle avec répétition des érections et conservation de la volupté", autant le priapisme est douloureux, involontaire, sans désirs sexuels ni sensations voluptueuses. L'un est la conséquence d'une excitation réflexe produite par une cause locale ou par une affection nerveuse, l'autre celle d'un cerveau malade.

Cependant Estève et Chiappori, en 1917, ont signalé la possibilité du priapisme au cours du tabès et Mariano Castex, en 1914, en a rapporté un cas attribué à l'hérédo-syphilis.

Quoi qu'il en soit, la pathogénie diffère avec l'étiologie. Il est certain que le priapisme blennorrhagique n'est pas de même source pathogénique que le priapisme du tabès, ni celui-ci le même que dans la fracture de la colonne vertébrale, les leucémies ou la rage. Le

processus du priapisme tabétique est simple et relève des localisations médullaires.

Le deuxième point que nous voulons signaler est un point sur lequel, l'an dernier, insistait Marcel Pinard à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à savoir, la possibilité d'une réactivation spécifique à la suite d'une maladie infectieuse aiguë. Chez notre sujet la maladie, le traitement et ses résultats ont été suivis de près. Une ponction lombaire et une réactivation par injection arsénicale ont montré négative la réaction humorale. Le malade pouvait se croire pratiquement guéri étant donné le mutisme tenace des réactions sérologiques. Et pourtant, après une infection, aiguë si l'on veut, mais ni longue, ni compliquée, non seulement cette réaction revient positive, mais des accidents éclatent, indiquant que par un processus latent l'infection spécifique en est rendue à son stade ultime.

On ne saurait trop être prudent avant de prononcer le mot de guérison en matière syphilitique et le spécifique est un malade qui doit se soumettre à une surveillance constante.

## DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES FISTULES DE LA REGION SOUS-MENTONNIERE

Par Antonio BELLEROSE,

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

Trop souvent, en médecine, nous nous laissons hypnotiser par la lésion la plus apparente, celle que l'on reconnaît sans faire d'efforts, et nous négligeons d'en rechercher la cause; cependant il existe un grand principe qui, je crois, est admis par tous: "sublata causa, tollitur effectus".

Le diagnostic étiologique des fistules purulentes sus-hyoïdiennes est assez délicat. Celles-ci trouvent leur origine tantôt dans un abcès dentaire ou sous-périosté du maxillaire inférieur, tantôt dans une adénite suppurée. Si les symptômes cliniques sont suffisants pour nous en faire soupçonner la cause, seule la radiographie nous permet de la déterminer d'une façon certaine.

Les observations suivantes démontrent bien, il me semble, la vérité de ce préambule.

**Observation I.**—Mme A. T..., 28 ans, demeurant à Sorel, se présente à la consultation pour une plaie infectée de la région mentonnière.

La maladie a débuté par une petite tuméfaction, située vis-à-vis le bord interne du maxillaire inférieur, qui s'est ouverte spontanément à la peau.

Depuis trois ans, en dépit de deux interventions locales et de nombreux traitements médicaux, existe une fistulette par où s'échappe un pus en plus ou moins grande quantité.

A l'examen, on constate une plaie grisâtre recouverte de croûtes d'où la pression digitale fait sourdre un pus bien lié, une pression sur le carré du menton engendre de la douleur de même que la percussion des incisives médianes.

Nous posons le diagnostic d'abcès apexien des incisives, malgré leur apparence saine et la malade qui dit ne pas souffrir de ses dents présentement, et ne pas en avoir souffert lors du début de la maladie.

Une radiographie demandée nous revient positive.

**Observation II.**—M. R. L..., 18 ans, demeurant à Saint-Eustache, se présente pour une plaie fistulisée de la région sus-hyoïdienne.

La lésion a commencé, il y a une année et demie, par une tumeur de la grosseur d'une noisette, sans être précédée par des accidents dentaires; la

fistule persiste encore aujourd'hui, malgré une opération locale pratiquée dans un milieu hospitalier.

On trouve une fistulette située sur la ligne médiane et au milieu de la région sus-hyoïdienne: la pression sur le carré du menton et la percussion sur les incisives inférieures causent de la douleur.

Diagnostic. Abscès apexien du maxillaire inférieur bien que les dents ne présentent aucune lésion apparente, et que la malade dise ne jamais avoir souffert de celles-ci.

Radiographie positive.

**Observation III.**—Mlle L. C., 17 ans, demeurant à Montréal, se présente à l'Hôpital Notre-Dame pour une plaie du menton d'où s'échappe un liquide purulent.

L'affection a débuté sans être précédée immédiatement d'accidents dentaires. Il s'est formé une tuméfaction qui a présenté les caractères de



Radiographie No I

l'inflammation subaiguë, petit à petit celle-ci s'est ulcérée et ainsi s'est constituée une fistulette qui dure depuis dix mois.

La malade a subi une intervention chirurgicale qui a nécessité une semaine d'hospitalisation, comme, dans les cas précédents, l'opération a été inutile parce que l'on a négligé le diagnostic étiologique, parce que l'on s'est attaqué à l'effet — plaie du menton — plutôt qu'à la cause — abcès apexien.

Examen local. Plaie de la région sous-mentonnière d'une coloration grisâtre présentant des bords légèrement congestionnés et surélevés. La mobilisation latérale de cette plaie est plutôt difficile alors que la mobilisation verticale est impossible. Une percussion des incisives détermine de la douleur, bien que la malade ne se plaigne pas de ses dents.

Diagnostic. Fistule d'origine apexienne à cause de la douleur à la percussion des incisives.

Radiographie. Confirmation de notre diagnostic.

Comme il est facile de le constater par les observations cliniques précédentes, ces malades présentent une symptomatologie à peu près semblable; la lésion de prime abord paraît banale et seul un examen approfondi permet d'en reconnaître toute l'importance.

Bien que les malades déclarent ne pas souffrir de leur denture, un percussion des dents en contact avec l'abcès détermine une douleur franche; de plus la radiographie permet d'affirmer ce que la clinique soupçonne.



Radiographie No III

Le traitement consiste dans l'extraction des dents au voisinage de l'abcès avec curettage et drainage du maxillaire; tous nos malades ont été guéris par cette méthode. La trépanation des dents est tout à fait insuffisant à cause des botryomycomes qui se développent dans le tissu osseux.

La trépanation du maxillaire inférieur au niveau du sillon labio-gingival avec résection de l'apex dentaire et curettage peut aussi donner de bons résultats.

## REVUE GÉNÉRALE

---

### LES LITHIASIQUES SONT DES INFECTES ET DES HEPATIQUES DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

MERCIER-FAUTEUX,  
Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Impressionné par les accidents mécaniques de la lithiase biliaire tels que la colique hépatique, l'ictère par obstruction, l'hydrocholécyste calculeux, n'est-on pas trop souvent porté à envisager toute cette question que du simple point de vue mécanique et d'en déduire des conclusions thérapeutiques simples, à n'en pas douter efficaces, mais dont les résultats ne cadrent pas toujours avec leur logique plus apparente que réelle.

En effet, si tout le problème consistait uniquement à faire disparaître le facteur mécanique — en l'occurrence le ou les calculs — il suffirait d'extraire ces derniers pour voir cesser tous les troubles.

Mais tel n'est pas le cas dans de nombreuses observations de lithiasiques suivis pendant quelques années afin d'étudier les résultats éloignés de cholécystostomies. L'élément douleur, type aigu, est bien disparu, puisqu'il est en rapport avec la mobilisation et la migration calculeuse; mais l'état général défectueux, les troubles gastro-intestinaux, les petits signes hépatiques n'en persistent pas moins quoique considérablement atténués.

Il existe donc d'autres facteurs qui conditionnent singulièrement l'évolution et la curabilité de la lithiase; beaucoup plus capricieux, complexes et importants que le facteur mécanique, ils sont — nous le verrons — les éléments autour desquels pivote toute la question biliaire.

### 1.—L'infection

Depuis déjà longtemps l'on a incriminé les agents microbiens comme cause nécessaire, voire même *sine qua non*, dans la formation des calculs. Cette pathogénie infectieuse proclamée par Naunyn a suscité bien des recherches et bien des travaux qui ne lui ont d'ailleurs pas donné toujours raison entière. Ainsi Aschoff et Bacmeister diffèrent un peu en ce sens qu'ils n'admettent pas la nécessité d'une cholécystite infectieuse dans tous les cas pour voir se développer la lithiase; pour eux les calculs de cholestérine se forment dans une vésicule aseptique tandis que les calculs à facettes mixtes doivent leur origine à une cholécystite infectieuse. D'un autre côté le professeur danois Rovsing, reprenant dernièrement toute l'étude de la pathogénie des calculs biliaires, nie catégoriquement les théories pathogéniques infectieuses et, à son avis, il s'agirait d'un trouble passager du métabolisme entraînant une précipitation pigmentaire sans aucune participation microbienne.

Quoi qu'il en soit de ce problème complexe et difficile, il n'en demeure pas moins un certain point sur lequel l'accord semble complet: la *lithiase biliaire détermine au niveau de tout l'arbre biliaire des conditions fort favorables au développement des bactéries* par irritation de la muqueuse, desquamation cellulaire, catarrhe traumatique, petits épanchements sanguins et stase biliaire.

Il en résulte que la lithiase, primitivement processus aseptique pour les uns, septique d'emblée pour les autres, évolue tôt ou tard vers l'infection. Et dès que le facteur infectieux accidentel s'installe, la lithiase, auparavant plutôt sournoise, guère tapageuse et sans tableau clinique — la meilleure preuve n'en est-elle pas dans les nombreuses constatations d'autopsies où l'on trouve des calculs chez des gens qui durant leur vie n'ont présenté aucun signe clinique — s'extériorise et apparaît sous sa véritable physionomie clinique.

C'est pourquoi désigne-t-on actuellement l'ensemble des accidents hépato-vésiculaires au cours de la lithiase biliaire sous le nom de cholécystite calculeuse; car les recherches modernes ont montré qu'il n'existe pas cliniquement de lithiase biliaire sans cholécystite. L'infection vésiculaire constante dans la lithiase est une notion capitale aujourd'hui bien établie et qu'il ne faut jamais perdre de vue. C'est cette infection que l'on retrouve à tous ses degrés, depuis la plus latente jusqu'à la plus grave, au cours de tous les accidents vésiculaires lithiasiques, à partir de la simple colique hépatique réputée

autrefois purement mécanique jusqu'aux plus redoutables accidents de la cholécystite suppurée.

Nous n'avons d'ailleurs qu'à jeter un coup d'œil attentif sur les différentes formes cliniques de la lithiase pour nous rendre compte de la justesse de ces données.

Bien que la cholécystite calculeuse présente un polymorphisme extrême dans son expression clinique, nous pouvons lui décrire, en schématisant afin d'être précis, trois grandes formes cliniques: 1° les manifestations lithiasiques que l'on doit rattacher actuellement à une cholécystite discrète, plus anatomique que clinique; 2° la cholécystite calculeuse chronique scléro-atrophique, soit succédant progressivement à une série de manifestations du type précédent, soit s'installant lentement, insidieusement; 3° les accidents à allure aiguë ou subaiguë qui pourront apparaître et évoluer sur ce fond de cholécystite chronique: poussées de cholécystite aiguë, complications des cholécystites.

*a) Les manifestations liées à une infection discrète*

Ce chapitre de l'étude des cholécystites lithiasiques est récent. Il a été surtout mis en lumière par la chirurgie qui a permis d'examiner et de mettre en évidence les lésions infectieuses sur des vésicules enlevées pour coliques hépatiques répétées ou pour hydropisie de la vésicule.

Autrefois, en effet, c'était là des accidents purement mécaniques liés, les uns à la mobilisation d'un calcul vésiculaire soit dans les voies biliaires, soit sans sortir de la vésicule; les autres à l'enclavement d'un calcul dans le cystique.

La notion de la fièvre hépatalgique au cours des coliques hépatiques faisant tout de même déjà pressentir l'infection sous roche.

Actuellement toutes ces manifestations s'avèrent sous la dépendance totale ou partielle d'une véritable cholécystite catarrhale, discrète, souvent uniquement histologique, réalisée en particulier par la lésion dite vésicule fraise, "strawberry gall-bladder" de MacCarthy. Et ces lésions expliquent la fièvre au cours des coliques hépatiques ou vésiculaires et la péricholécystite légère, résorbée en quelques jours, simulant une distension passagère de la vésicule qu'il faut savoir distinguer de l'hydrocholécyste calculeux.

*b) La cholécystite chronique scléro-atrophique*

Dans sa forme typique — qui n'est d'ailleurs pas la plus fréquente — certains caractères permettent encore de reconnaître le processus infectieux: dans tous les cas elle évolue par poussées, s'accompagne de petits frissons au moment de ces crises, et parfois ces dernières sont suivies d'une légère teinte sub-ictérique des téguments sans qu'il s'agisse d'obstruction des canaux par calculs.

Dans ses formes atypiques ou larvées, beaucoup plus fréquentes et importantes à connaître car elles se traduisent par des signes d'emprunt conduisant facilement à des erreurs de diagnostic, l'infection latente est encore relativement aisée à dépister.

Lorsque la lithiase revêt une allure gastrique par un syndrome de sténose pylorique n'indique-t-elle pas autre chose qu'une sténose sous-pylorique par périviscérite du carrefour dont la nature inflammatoire n'est pas à démontrer. Lorsqu'elle affecte une forme gastro-intestinale, les alternatives de diarrhée et de constipation, les phénomènes d'entérite muco-membraneuse ne sont-ils que l'expression d'un réflexe vésiculo-intestinal particulièrement décrit par Candelon et Parturier? Vu les rapports si intimes qui existent entre l'appareil biliaire et l'intestin, n'indiquent-ils pas autant le rententissement infectieux? Il est vrai que l'insuffisance biliaire par stase vésiculaire ou cholédocienne entraîne le ralentissement de la traversée digestive d'où des phénomènes de putréfaction et l'installation de la colite; mais aux troubles de déficit sécrétoire ne s'ajoute-t-il pas les conséquences de l'infection intéressant les voies biliaires, directement par le tractus intestinal, indirectement par drainage portal qui explique à lui seul une dernière forme atypique de cholécystite calculeuse: la forme cholécysto-appendiculaire. L'on sait la fréquence de l'appendicite chronique associée à la cholécystite calculeuse et personne ne doute de leur étiologie microbienne.

*c) Les cholécystites aiguës et leurs complications*

Inutile d'insister sur ces formes dont l'allure infectieuse est patente: les formes subaiguës avec péricholécystite; les formes aiguës donnant le tableau clinique d'une appendicite haute avec plastron; les formes perforantes dont Gosset a tout dernièrement dans le *Journal de Chirurgie* montré l'étiologie infectieuse habituelle.

Le processus infectieux apparaît donc toujours dans les différentes formes cliniques de la lithiase. Et l'étude anatomo-pathologique des vésicules enlevées au cours des interventions, l'analyse de la bile prélevée aseptiquement au même moment, corroborent la plupart du temps ces données cliniques.

Dans un rapport de 111 cas d'interventions chirurgicales pour lithiase biliaire, Lauwers trouve 84 cas compliqués de cholécystite. V. N. Hedry dans des recherches bactériologiques a trouvé 63 cas sur 100 dont le contenu vésiculaire était septique; parmi les microbes décelables dans la vésicule, le plus souvent se sont montrés les *agents de pus*; 25 fois dans la bile et 27 fois dans les parois de la vésicule.

Nous verrons à la fin de cet article les déductions thérapeutiques qui découlent logiquement de tous ces faits; il nous reste auparavant à rappeler un autre facteur non moins important.

## 2.—L'altération hépatique

La lithiase biliaire étant compliquée de phénomènes infectieux d'une extrême chronicité, intéressant toutes les voies biliaires, il est raisonnable de penser qu'à la longue ce processus lèsera la cellule hépatique si hautement différenciée et par conséquent si aisément vulnérable.

Aussi cette hypothèse très plausible est confirmée, et par des recherches sur le tissu hépatique lui-même et par des faits cliniques.

Walter Martin, ayant pratiqué de petites biopsies hépatiques au cours de cholécystectomies, a régulièrement trouvé divers degrés d'hépatites.

Se basant sur le fait que bien des lithiasiques ne présentent aucune manifestation d'insuffisance hépatique, l'on pourrait peut-être croire que ces trouvailles de laboratoire n'ont guère de valeur puisqu'elles n'ont pas toujours de retentissement fonctionnel.

Bien au contraire, elles ont une valeur considérable puisqu'elles mettent en lumière l'altération hépatique constante au cours de la cholécystite calculeuse et nous autorisent par le fait même à admettre l'insuffisance hépatique latente, même chez ces malades qui n'en présentent aucune manifestation clinique.

Et d'ailleurs l'insuffisance fonctionnelle d'un organe est-elle si facilement appréciable par nos procédés actuels d'investigation, surtout en ce qui concerne la valeur fonctionnelle du foie? Noël

Fiessenger a insisté tout dernièrement sur la difficulté du dépistage de l'insuffisance hépatique au début. C'est une chose connue, disait-il, que tous nos organes ont une capacité fonctionnelle qui dépasse largement la demande de l'organisme, et de même que la fonction rénale est encore assurée par un seul rein, que l'hématose est suffisante avec un poumon supprimé, de même les fonctions hépatiques s'accomplissent encore normalement alors que l'organe est sérieusement atteint.

Et tout de même, certains petits signes, à première vue sans grande importance, et malheureusement pas toujours recherchés, indiquent bien la souffrance du foie.

L'ictère, par poussées et au moindre écart de régime; le temps de saignement augmenté et le temps de coagulation diminué; la présence passagère d'urobiline et de sucre dans les urines; les troubles nerveux avec hypochondrie et psychasténie.

Mais tous ces petits signes n'attirent pas l'attention qui est tout à approfondir les caractères beaucoup plus bruyants des accidents mécaniques douloureux.

Il faut en arriver aux graves complications pour reconnaître l'insuffisance hépatique latente, à signes discrets. Et c'est surtout à la suite d'une intervention sur la vésicule qu'elle se montre dans toute sa brutalité et ses terrifiantes conséquences.

Qui, en effet, n'a pas eu l'occasion de voir s'installer l'acidose chez certains opérés, qui pourtant avant l'intervention ne laissaient rien soupçonner. C'est généralement dès le deuxième jour qu'elle entre en scène. Le malade devient agité, inquiet; la face est vultueuse et la soif est marquée. Des douleurs vagues généralisées à tout l'abdomen attirent l'attention et font craindre une péritonite. Les vomissements de mucus gastrique et de bile surviennent; la distension stomacale devient de plus en plus marquée et ne cède pas aux lavages; il y a pourtant pas d'occlusion, les gaz et les matières passent. La langue est rôtie, souvent tachée de bile, et la bouche largement ouverte, haletante, dégage une odeur forte d'acétone. La peau est maintenant toute humide, froide et sans tonus. Le pouls est petit et devient rapidement filiforme. Le malade se plaint d'une fatigue énorme et d'un pressant besoin d'air. Le pouls, la température et la respiration continuent de s'accélérer et l'on assiste, impuissant, à un dénouement dont la rapidité stupéfie. On porte souvent alors le diagnostic de choc opératoire. Mais l'examen post-mortem éclaircit

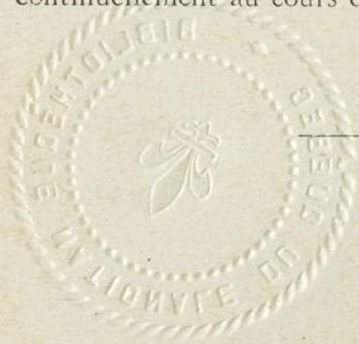
davantage le mécanisme de cette fin dramatique et nous montre par des lésions que l'on peut palper et voir qu'il s'agit de l'insuffisance hépatique.

### Conclusions

On voit donc que dans l'ensemble l'histoire des cholécystites calculeuses résume celle de la lithiase biliaire. Concluons donc que tout lithiasique présente à des degrés divers des lésions de cholécystite infectieuse et de l'insuffisance hépatique. En présence de malades atteints de lithiase biliaire rappelons-nous toujours que nous sommes en présence: *d'hépatiques et d'infectés toujours en imminence de graves dangers.*

On concevra alors facilement l'importance de reconnaître rapidement cette affection et d'instituer un *traitement précoce*, à un moment où les lésions sont encore minimales et que le pouvoir de défense et de régénération du foie n'est pas encore dépassé.

Est-il nécessaire d'ajouter, après cet exposé, que la cholécystectomie demeure le traitement de choix. Il faut enlever la vésicule, car le fait d'extraire des calculs de la vésicule biliaire n'a aucune action sur la production et le retour des concrétions, parce qu'il a encore moins d'action sur l'infection des parois vésiculaires. La cholécystostomie reste une intervention utile, palliative, à indications très limitées et bien précises et n'est en somme que le premier temps d'une opération radicale. Il faut enlever la vésicule et d'une façon précoce pour soustraire le foyer septique, prévenir les perforations de la vésicule, supprimer la formation de nouveaux calculs, la possibilité d'une oblitération du cholédoque, la dégénérescence cancéreuse, toujours possible de la vésicule, le cancer de la tête du pancréas et surtout cette hépatite septique lente pouvant déterminer des lésions permanentes du foie mettant l'organisme entier en hypo-défense vis-à-vis tous les différents processus toxiques et infectieux qui le menacent continuellement au cours de l'existence.



## PHARMACOLOGIE

### Potions expectorantes :

1° Chlorhydrate d'ammoniaque . . . . 30 grammes  
Sirop tolu . . . . . 30 grammes  
Eau de menthe . . . . . 120 grammes  
Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

2° Acétate d'ammoniaque . . . . . 1 gr. 50  
Benzoate de soude . . . . . 0 gr. 50 centig.  
Cognac . . . . . 8 grammes  
Julep gommeux }  
Sirop tolu } ââ . . . . . 45 grammes  
Une cuillerée à dessert toutes les deux heures  
(broncho-pneumonie — enfants)

### 3° Cystites. Potion :

Tr. jusquiame . . . . . 2 grammes  
Benzoate de soude . . . . . 4 grammes  
Sirop sucre . . . . . 40 grammes  
Infusion de Buchu . . . . . q.s. 125 cc.  
Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

### 4° Contre les hémorrhôïdes :

Extrait de jusquiame . . . . . 5 centigrammes  
Extrait d'hamamelis . . . . . 10 centigrammes  
Beurre de cacao . . . . . Q.S.  
Pour un suppositoire.

### 5° Solution tonique :

Arséniat de soude . . . . . 5 centigrammes  
Sulfate de strychnine . . . . . 3 centigrammes  
Eau distillée . . . . . 300 cc.  
Une cuillerée à dessert avant chaque repas.

L.

## ANALYSES

### MEDECINE

#### A. CLERC. — Anomalies électrocardiographiques au cours de l'oblitération coronarienne (extrait de "La Presse Médicale", 20 avril 1927).

A côté des renseignements cliniques l'électrocardiographie devait fatalement prendre sa place dans l'étude des caractères de l'oblitération coronarienne, car elle est capable non seulement d'analyser l'affolement ventriculaire, mais encore d'apprécier les qualités de la contraction cardiaque et d'en surprendre les anomalies, même si le rythme a conservé toute sa régularité.

L'oblitération coronarienne brusque, en raison du caractère souvent suraigu des désordres qu'elle engendre, semble se prêter plus difficilement à l'exploration électrique; pourtant l'utilisation de la télécardiographie et celle plus récente d'instruments portatifs fait que les recherches, au cours de ces toutes dernières années, se sont faites nettement plus nombreuses. Si importants que soient en général les troubles rythmiques, et malgré même des troubles fonctionnels intenses, il est bien des cas où la régularité des battements persiste; aussi est ce l'anomalie des complexes ventriculaires qui mérite de passer au premier plan.

Un des aspects les plus curieux consiste dans la déformation de l'onde T, formant un dôme élevé qui peut absorber le sommet R et parfois le dépasser en hauteur. Cependant la déviation peut se faire en sens inverse: l'onde T devient négative et souvent même cesse d'être arrondie pour former une dépression profonde à sommet aigu inférieur. Un état comme intermédiaire aux deux précédents a été souligné par les recherches de Pardee qui lui attribue une importance particulière: cet aspect consiste en ce que l'onde T se trouve réunie à R non plus par une ligne droite mais par une courbe plus ou moins bombée; il deviendrait révélateur de l'oblitération coronarienne.

Enfin les irrégularités du rythme lui-même viennent fréquemment se joindre avec anomalies d'ordre graphique; sans parler des extrasystoles de types divers, la fibrillation auriculaire s'observe ainsi que la tachycardie, celle-ci à type ventriculaire, c'est-à-dire où tous les complexes ventriculaires sont uniformément altérés.

L'onde T n'est pas toujours seule en cause: c'est alors que le groupe Q R S subit les principales déformations, l'élargissement des branches de R, et aussi leur échancrure devenant comparables à ceux qui sont en rapport avec le soi-disant blocage des branches hisiennes.

Toutefois les tracés sont rarement recueillis dans la période aiguë; le plus souvent, ils sont contemporains de la convalescence, où les com-

mémoratifs fournissent les meilleures raisons de supposer un passé coronarien. Ce sont les douleurs précédemment ressenties qui attirent alors le plus souvent l'attention; aussi est-ce chez les "anciens angineux" qu'ont porté la plupart des investigations; dans ce cas la question a pris une importance nouvelle, car elle met en cause l'origine coronarienne de l'angor pectoris lui-même. La déformation des tracés revêt donc un caractère quasi chronique et se rapproche de celle qui accompagne les insuffisances ventriculaires à marche lente.

Les statistiques ont permis d'apprécier la fréquence absolue des différents types de troubles électriques et d'établir lesquels, parmi ceux-ci, étaient prédominants.

Pardee, prenant 50 malades dans chacune des catégories suivantes: affections valvulaires, myocardite chronique, oblitération coronarienne supposée, trouve seulement 13 fois des complexes atypiques dans la première, et 34 dans la dernière; d'après Willins et Brown, les dites anomalies s'observent chez 80 pour 100 des sujets ayant accusé de fortes douleurs et chez 54 pour 100 de ceux n'ayant présenté que de faibles attaques, 18 pour 100 seulement donnant des tracés physiologiques; Clerc lui-même a observé 12 fois des figures anormales sur 20 cas suspects.

Quant à la fréquence des profils observés, tous les auteurs sont d'accord sur la grande rareté des cas où l'onde T se renfle en dôme. C'est l'inversion simple, ou en pointe, de l'onde T qui semble la plus habituelle; l'échancrure et l'élargissement de R seraient un peu plus rares.

Enfin si, d'une manière générale, les modifications se montrent durables et même quasi définitives, le retour à la normale est possible au bout de quelques semaines. Clerc a vu chez plusieurs malades l'onde T ou bien s'inverser au moment d'une crise douloureuse ou bien reprendre son caractère positif physiologique au moment de la convalescence.

A la suite de nombreuses recherches expérimentales on voit que l'on retrouve les mêmes altérations des tracés chez l'homme et chez l'animal: c'est pourquoi la clinique et le laboratoire s'accordent à souligner l'importance de l'électrocardiographie pour l'étude des troubles engendrés par l'oblitération coronarienne; car mieux que toute autre cette méthode permet non seulement de prendre sur le fait les désordres brutaux qui marquent l'ischémie massive du myocarde, mais encore d'analyser, même en dehors de tout désordre rythmique, la qualité défectueuse des contractions ventriculaires et même de souligner physiologiquement tout foyer de désintégration, toute plaque fibreuse et cicatricielle, à condition qu'ils soient suffisamment étendus ou bien localisés dans une région vitale; les cas négatifs, c'est-à-dire ceux où les profils gardent leur aspect physiologique, n'offrent en principe rien de paradoxal car ils peuvent donner à supposer ou bien que les rameaux artériels intéressés étaient sans importance, ou bien que la zone lésée était jusqu'à un certain point indifférente.

A. De GUISE.

L. BARRIEU. — **L'huile camphrée doit-elle être conservée comme cardiotonique ?** ("Le Progrès Médical", 12 novembre 1927).

Les fortes doses offrent des inconvénients sérieux dus au camphre d'abord, puis à l'huile. Après avoir brièvement exposé la toxicité du camphre, l'auteur pose deux contre-indications nettes: *le défaut d'oxygène* (intoxication oxycarbonée, troubles de l'hématose, septicémies graves, pneumonie double, affections du cœur non compensées) et *l'insuffisance de la glycolyse* (diabète et intoxication par le chloral). Du reste, si l'huile camphrée est un bon stimulant pour le cœur en état de fléchissement momentané, il ne faut pas en donner dans les cas de cœur irritable ou dans l'arythmie extra-systolique. Quant au véhicule lui-même sa lente résorption demande de ne pas en injecter de trop grandes quantités. L'auteur propose de remplacer l'huile camphrée par la coramine ou diéthylamide de l'acide pyridique B carbonique.

BOUCHER.

PAUL SAINTON. — **Glandes endocrines et troubles oculaires** ("Le Progrès Médical", 12 novembre 1927).

*Troubles du système moteur*, surtout en rapport avec les troubles de la sécrétion thyroïdienne: paralysies des III<sup>e</sup>, IV<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> paires chez les basedowiens, exophtalmie, dyssynergie oculo-palpébrale ou oculaire, troubles de la musculature intrinsèque, tels que mydriase, myosis, anisocorie; *troubles vasculaires*: hémorragies de la conjonctive, du corps vitré, migraine ophtalmique dues à la thyroïde, spasmes rétiniens dus aux ovaires; *troubles de la tension intra-oculaire* élevée dans l'insuffisance thyroïdienne, ovarienne et hypophysaire, abaissée dans l'hyperfonctionnement thyroïdien et hypophysaire; *troubles de la morphogénèse et du trophisme* sur la cornée et sur le cristallin dus à des dysfonctionnements piuriglandulaires ayant une influence, surtout en ce qui touche le cristallin, sur le métabolisme du calcium; les *irido-choroïdites*, les *névrites* et les *atrophies optiques* attribuées, suivant le même ordre, à l'ovaire, à la parathyroïde ou à l'hypophyse. Comme on le voit, la thyroïde, les glandes génitales et la parathyroïde paraissent surtout avoir une influence sur le système oculaire.

BOUCHER.

JAMES E. PAULLIN. — **Renal Diabetes.** ("Archives of Medicine", 1926).

On entend d'ordinaire par glycosurie rénale un état s'accompagnant d'une perméabilité anormale des reins au glucose. Pour constante que soit habituellement la glycosurie, elle n'est pas nécessairement élevée et le régime alimentaire n'a guère d'influence sur elle. Même dans les cas de diabète rénal à évolution prolongée, la glycémie reste normale ou subnormale et les symptômes du diabète sucré font défaut.

L'organisme dans cette condition conserve un pouvoir d'utilisation et d'emmagasinement des hydrates de carbone normal.

L'auteur rapporte les résultats de l'ingestion du glucose sur le quotient respiratoire, le métabolisme basal, la glycémie et la glycosurie dans 4 cas de diabète rénal. Il applique dans ses recherches la technique de Beatley et de Sandiford. Il utilise le gazomètre de Tissot et fait l'analyse des gaz au moyen de l'appareil de Haldane. Le malade est soumis à une période de jeûne de 16 heures avant chaque expérience. Il recherche la glycémie à jeun, puis il fait ingérer du glucose. Au bout d'une période de 20 minutes, il applique le masque, puis fait une nouvelle recherche de la glycémie et ainsi de suite, à intervalle d'une demi-heure. Dans chaque cas, l'auteur recherche la glycémie et pratique l'analyse des urines si le malade peut uriner.

Il résulte des observations de Paullin que dans a demi-heure qui suit l'ingestion de grandes quantités de glucose, le quotient respiratoire s'élève de façon notable pour atteindre son acmé une heure et demie après l'ingestion du glucose. Parallèlement, le taux du métabolisme basal s'élève de 7 à 19% au dessus de la normale. On y observe de même une élévation des calories, produit du métabolisme des hydrates de carbone. En moyenne les sujets en expérience ont comburé 16% du glucose ingéré; les extrêmes de combustion sont compris entre 14.6 et 18.9%.

Il semblerait donc que les diabétiques rénaux ont un métabolisme et un pouvoir d'emmagasinement des hydrates de carbone semblable à celui des sujets normaux. Cette supposition voudrait dire que les diabétiques rénaux ont un métabolisme hydracarboné normal, ce que démontrent les faits, ces malades ne développant que rarement le diabète sucré.

J. ROMEO PEPIN.

## CHIRURGIE

**GREUET et DELARUE. — Deux cas de tétanos généralisé guéri par la sérothérapie** ("Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris", tome L, No 38).

Le premier cas concerne un garçon de 14 ans qui s'était fait une plaie plantaire sur un caillou pointu. Sept jours après, le tétanos débuta, généralisé mais prédominant aux membres inférieurs. Il fut traité par des injections massives de sérum non purifié, par voie sous-cutanée, intra-musculaire, intra-veineuse et intra-rachidienne. Il ne fut pas fait d'excision de la plaie qui était cicatrisée. Durant quatorze jours, le malade reçut 1,980 cm.c. de sérum, et il n'y a pas eu de réaction sérique sérieuse. La guérison a été complète.

Le second cas est celui d'un garçon de 12 ans, blessé à la jambe gauche, par un morceau de bouteille. Ici, non plus, pas de sérum pré-ventif. Quinze jours plus tard, le tétanos apparaît, d'abord localisé à la jambe blessée, puis généralisé. Le petit malade est alors deux semaines

sous traitement sérieux. Puis, il est traité par l'injection de 1,740 cmc de sérum par voies intra-rachidienne, intra-musculaire et sous-cutanée. Il n'y a eu aucun accident sérique. La guérison a été complétée en onze jours.

Les auteurs insistent sur la nécessité des injections très abondantes de sérum quand il est employé à titre curatif, et sur l'avantage de la voie intra rachidienne quand la contracture n'empêche pas de l'employer.

Armand PARE.

M. H. GAUDIER. — **A propos d'un cas de prothèse osseuse** ("Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.", 22 oct. 1927).

Il s'agit de l'évolution histologique des greffons osseux. Un jeune homme de vingt-cinq ans, chez qui, en 1925, on fait la greffe d'un fragment du péroné entre la diaphyse du 1er métatarsien et l'astragale, est amputé de ce pied en 1927 pour une tuberculose tibio-tarsienne.

L'os est bien fixé au métatarsien et à l'astragale, ceux-ci ne forment ensemble qu'un bloc et à la coupe longitudinale du greffon cela ne semble qu'un tout.

L'examen histologique montre un os compact coiffé aux extrémités de tissu spongieux. La cavité médullaire et le tissu spongieux ne renferment aucun vestige de moelle osseuse, le système des lames et des lamelles est parfois conservé, les ostéoplastes ont leur aspect habituelle mais ne contiennent pas de cellules osseuses; en résumé le greffon est devenu un os nécrotique.

A. BELLEROSE.

M. CHEVRIER. — **Sur les anévrysmes artério-veineux** ("Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.", 18 juin 1927).

L'auteur envisage deux points: la question du caillot, la transformation par endophlébite adhésive.

a) Les caillots dans les anévrysmes artério-veineux. — Il peut y avoir des caillots dans les anévrysmes artério-veineux, trois observations personnelles le démontrent suffisamment. Ce fait n'a pas simplement la valeur d'une curiosité anatomo-pathologique, il a des conséquences cliniques, thérapeutiques et évolutives; c'est la possibilité d'une embolie centrale ou périphérique, possibilité qui oblige à lier d'abord le bout central de la veine dans toute intervention sanglante pratiquée pour guérir cette infirmité.

b) Transformation par endophlébite adhésive. — Le bout central de la veine s'oblitére par un processus d'endophlébite, et l'anévrysme, bien qu'anatomiquement artério-veineux, présente les caractères cliniques de l'anévrysme artériel.

A. BELLEROSE.

J. O. BOWER et J. H. CLARK (Philadelphie). — **Controllable factors affecting the mortality of acute appendicitis** ("The Journal of the A. M. A.", vol. 89, No 11, septembre 1927).

Les auteurs ayant consulté les statistiques nationales et locales trouvent qu'il y a une augmentation de mortalité dans les cas d'appendicite aiguë depuis dix ans. Pour eux la raison de cette augmentation réside dans: 1) le retard apporté pour faire un diagnostic positif; 2) l'administration de laxatifs au cours de la crise. Les médecins ne conseillent pas une intervention immédiate parce qu'ils ne sont pas sûrs qu'ils traitent un cas d'appendicite avant que les symptômes de péritonite s'installent. Sur 750 patients opérés au Samaritan Hospital, il existait une perforation appendiculaire dans 338 cas, soit 45 avant l'entrée à l'hôpital. Et le diagnostic de perforation et de péritonite associés a été fait dans moins de 3.

92.3 des malades morts par péritonite secondaire à une perforation avaient reçu des laxatifs; 77.4 qui sont entrés à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite et péritonite localisée avaient été purgés; 24.3 de ceux admis pour appendicite simple avaient aussi reçu des laxatifs avant l'admission.

Les auteurs terminent en recommandant d'étudier bien attentivement les signes cliniques de l'appendicite et de faire autour de soi une campagne contre l'abus des laxatifs, leur danger, dans les crises douloureuses abdominales.

MERCIER-FAUTEUX.

M. CARAVEN (d'Amiens). — **Occlusion intestinale strictement mécanique, sans abcès ni péritonite, au cours d'une première crise d'appendicite** (Communication à la "Société Nationale de Chirurgie" Paris. Rapport de A. Basset. Tome LIII, 1927, p. 1104-1107).

C. rapporte un cas très intéressant et très rare d'occlusion intestinale, au cours d'une première crise d'appendicite.

Voici les quelques remarques qui précèdent cette observation.

"Lorsque, dit-il, on parle d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire on a surtout en vue l'occlusion post-opératoire; pratiquement, et dans un cas d'espèce, nous faisons à peu près tous la même chose, c'est-à-dire le minimum; nous créons une petite fistule sur la première anse que nous voyons dilatée.

Plus rarement c'est une péritonite appendiculaire, non encore opérée, qui prend le masque de l'occlusion; et le mécanisme de celle-ci est en général la paralysie intestinale.

Il existe des cas sans doute très rares, où l'occlusion se manifeste aussi avant toute opération, mais dans lesquels elle est d'origine strictement mécanique, et où à l'opération on ne trouve ni abcès, ni péritonite.

Voici un exemple curieux et malheureux de cette complication.

Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune fille de dix-huit ans auprès de laquelle C. est appelé en consultation. Il voit une malade qui ne rend pas de gaz ni de selles, pas de vomissements depuis la veille, douleurs dans le bas ventre depuis douze jours, puis les douleurs se sont peu à peu calmées. Cette jeune fille n'avait jamais été malade auparavant. Il voit la malade le soir: ventre plat, anses intestinales dilatées, qui se dessinent à travers la paroi abdominale. Pas de peristaltisme visible. Peu de distention des anses, la malade ne souffre pas.

Le palper abdominal est négatif, peut-être un peu de douleur vers l'ombilic à droite, et au-dessus du public un très léger œdème. Le toucher rectal négatif excepté le cul-de-sac de Douglas qui est rempli par une masse résistante donnant la sensation d'un kyste. Pas de fièvre. Pouls à 90.

L'examen général est aussi négatif. Aucun trouble urinaire.

A cause de la légère douleur et de l'œdème de l'hypogastre, à cause de la réflétion et de la tension du cul-de-sac de Douglas C. pense à une occlusion paralytique par abcès pelvien d'origine appendiculaire, et il juge l'opération indispensable, mais il lui fut impossible de la pratiquer avant le lendemain.

Il fit donc une incision sus-pubienne croyant trouver un abcès pelvien qu'il pourra drainer facilement.

Après exploration du bassin avec la main, il ne trouva rien, mais il ramena du Douglas une anse grêle très distendue qui constituait, dit-il, à elle seule la masse résistante perçue la veille par le rectum. L'incision agrandie jusqu'à l'ombilic lui fit découvrir le siège de l'occlusion entre le jéjunum et l'iléon, occlusion constituée par l'appendice dont la pointe adhérent<sup>3</sup> ou grêle est encapuchonnée par lui. L'appendice est rouge vif à la pointe et la portion du grêle qui l'entoure est très congestionnée et friable.

La libération de la pointe se fait facilement, mais sous l'influence de tractions, même légères, l'intestin se perfora et du liquide se répand dans le ventre. Suture de la perforation, l'appendice est enlevée, et mise en place d'un Mikulicz, malheureusement la malade reste en hypothermie, va de mal en pis puis meurt dans la nuit.

Basset ajoute quelques commentaires: L'intérêt du cas, dit-il, réside dans le caractère strictement mécanique de l'occlusion du grêle couché sur l'appendice, alors que les occlusions contemporaines d'une première crise d'appendicite sont presque toujours des occlusions paralytiques par péritonite.

Au point de vue opératoire ce qu'il y a à retenir c'est qu'il eut été préférable d'attirer d'abord le plus possible hors du ventre l'anse distendue et de la vider par ponction du liquide qu'elle contenait avant de détacher d'elle la pointe de l'appendice. On eût peut-être ainsi évité l'irruption du contenu intestinal dans le champ opératoire.

Mais, conclut-il, ce sont là des choses qu'on ne dit à un autre ou qu'on ne se dit à soi-même que "a posteriori" et en présence d'un cas malheureux.

E. TROTTIER.

## PEDIATRIE

CHEVALLEY. — **Diphthérie du nourrisson** ("Société de pédiatrie", 17 mai 1927).

M. Chevalley observe 1000 nourrissons. Il trouve 100 porteurs de bacilles diphthériques sans aucun des accidents classiques de cette maladie. 56 p. 100 de mortalité chez ces enfants; inférieure à 20 p. 100 chez les autres. Maladie: 81 coryzas, 8 otites, 8 coryoactivités, 2 infections ombilicales et 1 fissure sus-auriculaire. Diphthérie nasale bénigne dans 22 cas, récidivante ou prolongée dans 21 cas, accidents graves de dénutrition dans 15 cas, et broncho-pneumonies dans 27 cas.

Gaston LAPIERRE.

A. B. MARFAN. — **Traitement du rachitisme** ("Paris Médical", 5 novembre 1927, p. 358).

Très intéressante mise au point du traitement actuel du rachitisme tel que conçu en France.

Si avec l'Ecole française on considère l'ostéo-lymphatisme (Marfan) non comme une entité morbide mais comme un syndrome, le traitement devra comprendre deux parties: 1° les médications qui s'adressent à la cause; 2° celles qui favorisent la nutrition osseuse, ces dernières constituant les médications proprement antirachitiques.

En cas de syphilis certaine, ou seulement probable, il faut instituer la médication spécifique; si le régime est défectueux, il faut le corriger sans délai et régler par la suite l'alimentation de façon minutieuse. A cet égard, il est utile de savoir que le jaune d'œuf paraît favorable aux rachitiques et peut être essayé chez ces malades dès l'âge de dix mois.

Contrairement à l'Ecole américaine, l'auteur n'admet pas dans l'huile de foie de morue la présence d'une vitamine spécifique douée de propriétés anti-rachitiques et, pour Marfan, l'action de l'huile de foie de morue serait bien moindre que celle des rayons ultra-violetts. Toutefois n'est-il pas permis de se demander si les huiles de foie de morue utilisées en France sont d'aussi bonne qualité que celles employées en Amérique et au Canada, lesquelles sont purifiées et expérimentées sur l'animal avant d'être livrées au commerce.

Depuis 1922, à la suite des travaux de E. M. Hume (de Cambridge), on a essayé de conférer à certains aliments des propriétés antirachitiques en les exposant à l'action des radiations ultra-violettes. L'auteur, curieux de vérifier la valeur de ces recherches, a traité un certain nombre d'enfants rachitiques avec une poudre de lait irradiée; ses essais — encore que peu nombreux — ont donné des résultats favorables.

D'après A.-F. Hess (de New York) les aliments qui possèdent des propriétés antirachitiques sont ceux qui contiennent de la cholestérine, substance capable d'être sensibilisée par les rayons ultra-violetts et susceptible de se comporter comme une sorte de véritable vitamine.

Il est évident que cette médication est trop récente pour qu'on puisse porter un jugement sur sa valeur, mais il semble que le praticien ne risque rien à l'essayer dans certains cas de rachitisme (rachitisme avec déformation osseuses par exemple) lorsque le traitement classique n'a pas donné de résultats.

Paul LETONDAL.

P. LEREBoullet. — **Le traitement actuel de l'angine diphtérique**  
("Paris Médical", 5 novembre 1927, p. 379).

Pour prévenir et traiter la maladie de Bretonneau, nous possédons actuellement l'anatoxine, le sérum ordinaire, le sérum purifié.

Il est entendu que la sérothérapie antidiphtérique doit être précoce, intensive, prolongée, et que la méthode par excellence pour l'introduction du sérum est la voie intramusculaire et sous-cutanée simultanée.

Le *sérum antidiphtérique purifié* de l'Institut Pasteur, ou *antitoxine purifiée*, est un sérum désalbuminé c'est-à-dire si peu riche en protéines qu'il ne provoque que peu d'accidents sériques, même à doses relativement élevées. Ajoutons que ce sérum n'est pas seulement purifié mais concentré; sous un même volume il est deux fois plus actif que le sérum ordinaire, comme le montre le tableau suivant, très utile à consulter, que nous croyons devoir reproduire:

TABLEAU DE CORRESPONDANCE  
du sérum ordinaire et du sérum purifié.

<i>Sérum ordinaire</i>	<i>Unités antitoxiques</i>	<i>Sérum purifié</i>
	1000	Flacon de 2 cc. 5
Flacon de 10 cc.	2500	
Flacon de 20 cc.	5000	Flacon de 10 cc.
40 cc.	10000	20 cc.
80 cc.	20000	40 cc.
120 cc.	30000	60 cc.
160 cc.	40000	80 cc.
200 cc.	50000	100 cc.

Le sérum purifié est indiqué pour la séroprévention dans les collectivités lorsqu'il faut agir vite, à la dose de 1000 unités; dans les angines diphtériques communes, c'est encore à l'antitoxine purifiée qu'il convient d'avoir recours, à condition d'injecter des doses élevées (20000 unités et plus).

Mais dans les diphtéries malignes c'est au *sérum ordinaire*, au sérum de Roux, qu'il faut donner la préférence; car ce sérum, qu'il est nécessaire d'employer à très hautes doses (minimum de 50000 unités), exerce par sa masse une action générale puissante sur les moyens de défense de l'organisme qui semble tout au moins aussi importante que son action

antitoxique; ajoutons qu'en pareil cas la médication surrénale peut être utilement prescrite, sous forme de solution d'adrénaline, de cachets d'extrait surrénal, d'injection hypodermiques d'extrait surrénal (Lereboullet).

*L'anatoxine de Ramon* est le procédé de choix pour prévenir la diphtérie dans les agglomérations où il n'est pas nécessaire d'agir rapidement; elle possède sur la séroprophylaxie l'avantage de réaliser une immunité durable. La technique en est des plus simples; elle consiste à pratiquer à trois semaines d'intervalle trois injections sous-cutanées d'un demi-centimètre cube, d'un centimètre cube et d'un centimètre cube d'anatoxine.

Paul LETONDAL.

E. APERT. — **Diagnostic de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant**  
(*"Le Monde Médical"*, 15 novembre 1927, p. 937).

L'auteur envisage dans cet article le diagnostic de la forme classique de la pneumonie infantile; il passe en revue les particularités que présentent les signes généraux fonctionnels et physiques chez l'enfant, et conclut que, malgré de réelles difficultés, le médecin peut, dans l'immense majorité des cas, arriver à porter avec certitude un diagnostic de pneumonie.

Quelles sont donc les particularités de la pneumonie franche aiguë de l'enfant? Nous ne pouvons toutes les énumérer ici; nous n'en retiendrons que quelques unes.

Le *point de côté* est abdominal et siège, dans plus des deux tiers des cas, dans la fosse iliaque (point appendiculaire). Avec une palpation méthodique, douce et progressive, il est bien rare que ce point de côté puisse être confondu avec la douleur appendiculaire.

Un symptôme qu'il faudra toujours rechercher avec soin est *l'herpès labial*, dont la valeur diagnostique est grande; parfois la lésion est très étendue, parfois elle est réduite à une ou deux petites élevures rosées qui n'aboutiront que tardivement à la vésicule ou à la croûte, et qui pourront même parfois rester à l'état de papule et disparaître en vingt-quatre heures.

Les *crachats* sucre d'orge, si caractéristiques, manquent chez l'enfant parce que l'enfant ne commence à savoir expectorer que vers 12 à 14 ans.

Une des grosses difficultés du diagnostic de la pneumonie infantile réside dans l'atténuation ou l'apparition tardive des *signes physiques*, parce que le foyer pneumonique chez l'enfant est d'ordinaire peu étendu et souvent profondément situé. Le souffle caractéristique qu'il ne faudra jamais manquer de rechercher avec soin dans la région axillaire, a souvent un timbre plus aigre que chez l'adulte, se rapprochant davantage du souffle pleurétique, dont il peut emprunter le caractère lointain et voilé. Quelquefois au lieu du souffle on entend une pluie de râles crépitants à la fin de l'inspiration. Dans tous les cas où le diagnostic reste en suspens, il sera utile de recourir à la radiographie qui permet de

constater fréquemment le triangle de Weill et Mouriquand (à base périphérique et à sommet hilare).

Il est toujours intéressant de pouvoir porter avec certitude un diagnostic de pneumonie franche aiguë chez l'enfant à cause de l'heureux pronostic que cette maladie comporte, c'est-à-dire "guérison en quelques jours, convalescence galopante, retour en peu de temps à la pleine santé."

Paul LETONDAL.

### TUBERCULOSE PULMONAIRE

PAUL COURMONT, GARDERE, MICHEL. — **Le diagnostic manométrique des cavernes et du pneumothorax enkysté du sommet** ("Journal de Médecine de Lyon", octobre 1927).

L'auteur admet que le diagnostic entre une grande caverne et un pneumothorax localisé est souvent très difficile. Après avoir analysé l'ensemble des signes cliniques sur lesquels reposent le diagnostic différentiel l'auteur fait mention de certaines grandes cavernes du sommet qui offrent l'aspect radiologique du pneumothorax enkysté. Dans des cas de cette nature, les meilleurs signes cliniques révélateurs des faux pneumothorax par caverne sont: l'apparition lente, la matité, la richesse des signes humides péricavitaires, la persistance des vibrations vocales, la rareté du tintement métallique, mais dans cet ensemble de signes aucun n'a une valeur pathognomonique.

Parmi les signes radiologiques, un au moins paraît avoir une importance capitale: c'est l'existence d'une image hydro-aérique avec ligne de niveau horizontale, mobile, cependant l'auteur admet qu'il existait des cavernes mal drainées par les bronches qui peuvent justement présenter cette image hydroaérique. En raison des défaillances fréquentes de la clinique et de la radiologie à étayer dans ce cas un diagnostic différentiel, l'auteur a cherché des éléments nouveaux de discrimination dans l'étude des pressions manométriques intra-cavitaires.

Après avoir rapporté 2 observations très intéressantes, l'étude de la pression manométrique a nettement démontré que physiologiquement la bronche de drainage des cavernes n'assure pas toujours une large communication avec le poumon et que parfois elle se comporte comme le trajet fistuleux des ruptures pleuro pulmonaires et peut même simuler une fistule à soupape. En dernière conclusion, la méthode manométrique, dans certains cas, ne peut établir un diagnostic de certitude entre une caverne et un pneumothorax enkysté.

J. A. VIDAL.

## UROLOGIE

MARIANO RODRIGUEZ. — **Nouveau traitement des arthrites gonococciques et autres complications blennorrhagiques** ("Paris Médical", 26 nov. 1927).

L'auteur emploie le sérum antidiphthérique dans le traitement des arthrites gonococciques et des orchites blennorrhagiques. Il présente 4 observations d'inflammation du testicule due au gonococque, guérie par la sérothérapie diphthérique. Deux autres observations d'arthrite blennorrhagique. Chez tous ces malades les doses varient entre 6000 et 9000 unités. La guérison fut rapide pour ceux atteints d'orchite. Dans les cas d'arthrite le retour à l'état normal a été prompt et la guérison s'est faite sans ankylose. On doit se demander si le sérum diphthérique n'agirait pas à la façon de la protéinothérapie.

Oscar MERCIER.

FRANCIS BORDET. — **La forme médicale du phlegmon périnéphritique** ("Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques", tome VCIII, 25 avril 1927, p. 277).

L'auteur rappelle que le phlegmon périnéphritique est plus souvent vu au début par les médecins que par les chirurgiens. Et ce sont ceux dits primitifs (qui n'originent pas au rein) qui prennent un tableau médical. Ce sont eux que B. étudie dans son article.

Ces phlegmons surviennent à tous les âges. Ils ont pour agent pathogène le staphylocoque. Il y a toujours alors un antécédent infectieux: furoncle, panaris et anthrax. Le microbe passe alors dans le sang et est filtré au niveau du rein et se propage à la loge périrénale.

Au début c'est d'abord l'état général qui est atteint, il existe le plus souvent une douleur lombaire. Pour l'auteur, il existe un trépied symptomatique qui est: antécédent infectieux staphylococcique, fièvre et douleur lombaire. Si en plus on trouve une contracture, un manque de dépressibilité de la région lombaire le diagnostic doit être affirmatif. L'évolution est lente et la maladie prend le tableau de la typhobacillose ou celui de l'endocardite. Il ne faut pas se fier à l'examen des urines qui est le plus souvent négative, à la radiographie et au cathétérisme des uretères pour établir le diagnostic.

Bordet rapporte une observation où l'antécédent infectieux staphylococcique a permis et orienté le diagnostic. Suit une autre observation où le diagnostic d'endocardite fut d'abord porté. Enfin une dernière observation où il s'agissait d'un phlegmon à point de départ vertébral.

Le pronostic est toujours bon, si le phlegmon est reconnu à temps. Le traitement comporte l'ouverture et le drainage.

L'auteur termine en insistant sur 3 points:

1o. Il ne faut pas attendre les symptômes d'abcès (rougeur,

fluctuation) pour poser le diagnostic. Ces signes ne se montrent presque jamais.

2o. En présence d'un état fébrile continu il faut penser à la fièvre de suppuration.

3o. Enfin, en présence d'une fièvre de suppuration que l'on ne peut clairement expliquer, il faut rechercher le phlegmon périnéphritique.

Oscar MERCIER.

## ORTHOPEDIE ET CHIRURGIE INFANTILE

JOSEPH SCHWARTZ. — **Péritonite à streptocoque, sans cause déterminante, chez les enfants** ("Primary streptococcus peritonitis in children".) ("Surg. Gyne & Obs.", vol. XLV, No 5, 1927).

L'infection du péritoine par le streptocoque chez les enfants, est une affection grave qui donne toujours une mortalité élevée, surtout lorsqu'elle atteint les enfants au-dessous de 5 ans. La gorge, les voies génito-urinaires, l'intestin peuvent être le point de cette infection et la propagation se fait par voie sanguine ou lymphatique. Les symptômes sont les mêmes que pour la péritonite d'origine appendiculaire, bien que l'appendice lui-même soit rarement en cause. Le traitement toujours chirurgical donne peu de résultats, la mortalité dans la statistique de S. atteignant le chiffre de 70%.

Edmond DUBE.

H. D. SONNENSCHNEIN. — **L'extension verticale comme traitement des fractures du fémur chez l'enfant.** ("The use of the overhead suspension in treatment of fracture of femur in infants". "Surg. Gyne & Obs.", vol. XLV, No 5, 1927).

S. conseille une méthode, depuis longtemps en usage dans nos hôpitaux canadiens, l'extension verticale et préconise ce genre de traitement à l'exclusion de l'appareil plâtré, de l'attelle de Thomas et de l'attelle simple en bois. L'extension verticale permet de veiller aux soins de propreté de l'enfant et facilite son alimentation. Elle a également l'avantage de favoriser une bonne réduction, de la maintenir et d'immobiliser la fracture sans la fixer complètement. Comme poids d'extension, S. dépasse rarement 5 livres, et souvent suspend les deux jambes, croyant que l'extension est alors plus uniforme. L'appareil est laissé en place de 25 à 30 jours et la marche est permise après deux mois. Sur 63 malades, les résultats, comme les nôtres d'ailleurs, ont toujours été excellents, et S. n'a rencontré que deux fois, un raccourcissement de un demi-pouce. Une méthode aussi simple et aussi efficace est sûrement à recommander.

Edmond DUBE.

MORRIS COHEN. — **Infections aiguës de l'abdomen chez l'enfant.** A vu 400 cas. ("Acute surgical diseases of the abdomen; a study of 400 cases". "Surg. Gyne & Obs.", vol. XLV, No 5, 1927).

Cohen classifie ces infections en deux catégories; le premier groupe, de beaucoup le plus nombreux, comprend les lésions aiguës inflammatoires; le second groupe, toutes les infections dont la pathologie a été influencée par une cause mécanique. Sur 367 malades, 354 présentaient une lésion d'appendicite aiguë et sur ce nombre 327 furent opérés, l'appendicite étant nettement en cause. Chez 15 malades, on trouva des lésions de pyélite, de péritonite généralisée primaire, de kyste tordu de l'ovaire et de torsions de l'épiploon.

L'invagination et la hernie inguinale étranglée constituèrent les lésions les plus fréquentes du second groupe. Dans ces deux affections, l'intervention immédiate est toujours recommandée.

Edmond DUBE.

M. S. HENDERSON et H. J. FORTIN. — **Tuberculose du genou chez l'adulte** ("Tuberculosis of the knee joint in the adult". "The Journal of Bone and Joint Surgery", vol. IX, No 4, oct. 1927).

La tuberculose du genou de l'adulte en général commande la résection. Les auteurs rapportent 211 cas de tuberculose du genou traités à la Clinique Mayo de 1913 à 1926. Dans chaque cas le diagnostic était confirmé par l'examen microscopique ou l'injection au cobaye. 74% des sujets avaient entre 30 et 40 ans. Les auteurs constatent qu'il y a moins de tuberculose osseuse qu'auparavant, et que la lésion est toujours secondaire. Le facteur traumatisme est souvent à l'origine de la lésion du genou. Les principaux symptômes constatés sont la raideur articulaire et la douleur, ainsi que la chaleur, la déformation et la boiterie. Les principaux diagnostics différentiels sont l'arthrite chronique infectieuse, la blennorrhagie, la syphilis, l'hémophilie et le sarcome. Le traitement fut la résection, mais avec greffe osseuse, les auteurs décrivent la technique avec beaucoup de détails intéressants. Les résultats sont des plus satisfaisants.

Jos. H. RIVARD.

## GYNECOLOGIE

N. J. EASTMAN. — **Torsion of hydrosalpinx** ("Surgery, Gynecology and Obstetrics", août 1927).

Rappelant succinctement la bibliographie à date du sujet en question, E. rapporte trois cas de torsions d'hydrosalpinx diagnostiqués pour deux, comme des kystes tordus de l'ovaire et un appendicite aiguë. Bien que les signes cliniques soient à peu près analogues à ceux des kystes

de l'ovaire, E. rappelle après Roeder et d'autres, que l'image clinique est beaucoup moins alarmante dans les cas de torsions d'hydrosalpinx que dans les cas de kystes de l'ovaire. Dans aucun cas, il n'y a eu élévation sensible du pouls, ni évidence quelconque de shock. Dans les trois cas rapportés, la trompe droite était en cause.

Léon GERIN-LAJOIE.

R. KELLER. — **Paramétrites suppurées à évolution particulière** ("La Gynécologie", juillet 1927).

Rapportant sept observations qui sont venues sous ses yeux, K. souligne qu'au contraire de l'évolution fréquente d'une infection puerpérale où l'on trouve une légère infiltration du tissu du paramètre, la vraie paramétrie puerpérale est un fait plutôt rare, et qu'en excluant les cas nombreux où la résorption se produit il reste peu d'observations dans lesquelles les lésions ont donné lieu à une collection purulente. Après avoir commenté chacun des cas en particulier l'auteur conclut que le début de ces abcès paramétrians se fait relativement tôt; que les courbes de température ne sont pas superposables et qu'elles peuvent varier; que la localisation de ces abcès dans chacun des cas rapportés est à droite; que la perforation de l'abcès peut se faire dans la vessie, dans le rectum, dans l'articulation coxo-fémorale; que le pronostic reste favorable, surtout si la malade est vue suffisamment tôt.

Le traitement est chirurgical, mais il doit être appliqué au bon moment, et suivant l'expression de l'auteur, il faut "guetter" l'instant où apparaît la fluctuation pour intervenir. Il faut d'abord attendre l'apparition de ce signe, qui nous assure de la présence de pus.

Léon GERIN-LAJOIE.

## OBSTETRIQUE

J. RHENTER. — **La séparation de la mère et de l'enfant** ("Gynécologie et Obstétrique", tome XVI, No 3, année 1927).

La 3ème question à l'ordre du jour, lors du Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens, tenu à Lyon, les 29 30 septembre et 1er octobre 1927 comportait l'étude de la séparation de la mère et de l'enfant et les moyens de l'éviter. Le rapporteur, M. J. Rhenter, a traité ce problème d'une façon magistrale, en analysant les Causes du Mal, ses Remèdes et sa Prophylaxie.

1. *Le Mal et ses causes.*—Le milieu social, la crainte du scandale, la honte et le manque de ressources constituent autant de causes qui favorisent l'abandon des enfants, élevés par l'Assistance Publique. D'où une mortalité de ces enfants qui dépasse souvent le taux de 40%.

Nombre d'enfants sont éloignés du milieu familial et placés chez des éleveuses, soit que ces jeunes mères ignorent les dangers de l'allaitement.

ment artificiel, soit que l'insuffisance de leurs ressources ou que la nature de leur travail permettent difficilement à ces ouvrières de garder leur enfant.

2. *Les Remèdes.*—L'A. envisage les trois solutions possibles pour l'enfant séparé de sa mère dans les jours qui suivent sa naissance: a) l'enfant sera placé en nourrice qui, le plus souvent, l'élèvera au biberon; b) l'enfant pourra être recueilli dans une pouponnière qui comporte tous les risques des agglomérations; c) la meilleure solution actuelle paraît être les centres d'élevage, où les nourrissons placés dans des familles connues restent sous le contrôle d'un médecin et d'une infirmière directrice, tels les centres de Palaiseau et de Longué.

3. *La Prophylaxie.*—Si l'enfant a droit à la vie, il a droit aussi à sa mère et tous les efforts doivent converger à assurer aux mères un appui matériel et, au besoin, un abri. La loi Strauss, quoiqu'imparfaite, impose un repos de quatre semaines après l'accouchement, une allocation mensuelle pendant ce repos et pendant un an, si l'enfant est nourri.

Les organisations privées sont venues prêter main-forte à cette œuvre si difficile. Comme fondations, nous devons citer: les Restaurants pour Mères-Nourrices, les Cantines Maternelles, les Caisses d'allocation familiale dans les centres industriels, les Consultations des Nourrissons, les Garderies, les Maisons Maternelles.

L'A. conclut en disant qu' "il faut utiliser les armes dont les imperfections ne doivent pas faire oublier les qualités et continuer avec constance la lutte nécessaire contre cette erreur physiologique et cette iniquité sociale qu'est la séparation de la mère et de l'enfant qu'elle vient de mettre au monde".

Donatien MARION.

## OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

G. GERARD. — **L'hémispasme facial** ("Monde Médical", juillet 1927).

L'hémispasme facial généralisé ou limité est dû au déséquilibre de la VII paire.

L'étiologie de l'hémispasme importe peu aux patients qui en souffrent, nous dit Gérard; mais une seule préoccupation les obsède: "être soignés, améliorés ou mieux, guéris."

Laissant de côté toute discussion sur l'étiologie possible de l'hémispasme facial, Gérard nous explique comment il est arrivé grâce à ses études anatomiques du facial, à préciser ce qu'il appelle les quatre "nids" des filets terminaux des collatérales de ce nerf.

Ces nids sont au nombre de quatre ainsi répartis:

Le premier nid est situé à 15 millimètres environ sur la ligne horizontale au devant du tragus;

Le deuxième, au dessous du précédent de 15 à 20 millimètres, il est le plus important de tous;

Le troisième, contre le massiter et assez bas;

Le quatrième, contre l'angle de la mandibule, au-dessous et assez en arrière.

Le traitement consiste en des injections d'alcool de 2 à 3 centimètres cubes en chacun de ces nids.

On emploie une aiguille longue de 7 centimètres qui est enfoncé successivement en chacun des points précités et qui est poussée lentement et très peu profondément de manière à arroser en nappe et de façon à diffuser l'alcool immédiatement au-dessous du derme dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire là où se trouvent les muscles peauciers et leurs multiples filets moteurs.

L'auteur conclut en disant que ces injections d'alcool guérissent tous les cas d'hémispasme facial et que de plus elles sont sans danger ne produisant jamais de paralysie ou de paresse.

Jules BRAULT.

#### BOUCHET et SOULAS. — La céphalée du méat moyen ("Progrès Médical" août 1927).

Il faut penser à la céphalée du méat moyen chaque fois que les douleurs accusées ont leur maximum d'intensité à la région orbito-nasale.

L'on rencontre cette céphalée surtout lorsqu'il existe une gêne à l'aération du canal naso-frontal, soit que d'une part il s'agisse d'une compression purement mécanique due au cornet moyen hypertrophié avec ou sans déviation de la cloison nasale, soit que d'autre part une infection même minime du méat moyen s'étende à la tête du cornet moyen et aux cellules ethmoidales antérieures.

Le traitement visera à libérer le canal naso-frontal de toute gêne possible. Il faudra dans le premier cas corriger les déficiences anatomiques en cause: faire sauter la tête du cornet moyen et redresser la cloison nasale s'il y a lieu. Dans le deuxième cas on traitera tout d'abord médicalement l'infection existante en s'adressant de préférence aux sels d'argent en pulvérisations ou en collutoires, et si le traitement médical seul ne suffit pas, l'on aura recours à l'intervention chirurgicale qui consistera à réséquer la tête du cornet moyen et à cureter les cellules ethmoïdales malades.

Jules BRAULT.

### NEURO-PSYCHIATRIE

#### STAROBINSKI (Genève). — Une nouvelle conception du génie et du talent ("Annales médico-psychologique", Oct. 1927).

Le problème psycho-pathologique du génie et du talent a toujours intéressé la psychiatrie. D'après M. Ségaline, de l'université d'Oural, le génie est constitué des deux composantes fondamentales: la composante cumulative et la composante psychopathique. La composante cumu-

lative est le résultat de l'énergie nerveuse et psychique accumulée pendant des nombreuses générations par nos ascendants. Quand nous parlons des capacités psychiques des individus, il s'agit de l'énergie cumulative qui se trouve en eux et qui arrive à se manifester, grâce à l'effet excitant du monde extérieur. Toute la hiérarchie psychique des individus est basée sur la quantité et la qualité différentes de cette énergie cumulative. L'activité créatrice du génie est indépendante des expériences de la vie; elle est une activité particulière de l'inconscient.

Cette énergie cumulative se manifeste grâce à des éléments psychopathiques constitutionnels qui jouent le rôle de facteur de dissociation. Dans les lignées des ancêtres du génie on trouve des individus malades mentalement dans 100% des cas. D'autres facteurs jouent aussi un rôle favorable pour l'apparition du génie: le mélange et le croisement des races.

Conclusion: 1° Il est nécessaire de changer notre point de vue sur la notion de la maladie en général et de la maladie mentale en particulier, qui n'est pas toujours un mal, dans le sens absolu du terme.

2° L'eugénique, en s'efforçant de supprimer les êtres tarés, "à mauvaise hérédité", donnerait comme résultat la création d'une humanité médiocre, désastreuse pour la genèse des hommes de génie.

3° Le mélange des races est quelquefois utile pour libérer certaines énergies accumulées une lignée ancestrale.

Emile LEGRAND.

#### NATHAN. — La sensibilisation dans la diathèse et dans les psychoses émotives ("Encéphale", No 1, 1927).

La notion de diathèse semble acquise à la pathologie mentale. L'une des mieux étudiées et des mieux connues est assurément la diathèse émotive. Les travaux de ces dernières années ont à juste titre insisté, au cours de cette diathèse, sur les modifications des systèmes végétatif et endocrinien. Ils posent cette double question: les modifications végétatives et glandulaires représentent-elles la cause primordiale ou la conséquence de la diathèse psychique, et, d'autre part, cette dernière est-elle une manière d'être primitive du psychisme?

Toutes nos émotions s'extériorisent par l'appareil endocrino-végétatif; or, si ce dernier est longtemps maintenu en tension par des émotions douloureuses subintrantes, il peut secondairement, par action coënesthésique, orienter, maintenir le psychisme dans cet état pénible, le sensibiliser et déterminer ce que Dupré appelait l'anaphylaxie émotive. Cette série de chocs en retour entre le végétatif et le psychique est le pain quotidien de la pathologie émotive. Chez la plupart des sujets, on peut mettre en évidence, sous la pression de l'éducation et des événements, une période de sensibilisation progressive fort longue. Ce n'est pas chez les caractères entiers, tels que le pervers, le fou moral, le paranoïaque, qu'on retrouve les émotifs, mais bien chez les caractères plastiques, sensibles à l'ambiance. La crise éclate sous forme de psychoses variées, scrupules, mélancolie, obsession.

La psychasténie, comme la diathèse émotive, sont en grande partie des maladies d'évolution. On ne naît pas psychasthénique; on le devient. L'histoire des malades permet de suivre leur sensibilisation progressive. Les 2 diathèses émotive et psychasthénique, peuvent être considérées comme des états secondaires dont on peut suivre les étapes à travers toute l'existence du sujet.

Emile LEGRAND.

## DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

HENRY WHITEHOUSE et PAUL BECHET. — **Lupus erythematosus, lupus vulgaris, tuberculide and tuberculosis of the skin** ("Archives of Dermatology and Syphilology", novembre 1927, p. 563).

Les auteurs font un intéressant historique de ce chapitre de la thérapeutique. Ils soulignent les recherches faites aux Etats-Unis par Schomberg, au sujet du traitement du lupus érythémateux par l'hypo-sulfite d'or et de soude.

A l'instigation de Schomberg, les auteurs ont étendu ce procédé au traitement des autres tuberculides et tuberculoses de la peau. Sur 30 cas de lupus érythémateux leurs résultats ont été souvent remarquables, toujours bons, avec un seul échec complet. L'érythème induré de Bazin a aussi répondu très bien à l'administration de ce sel. On n'a pu obtenir d'aussi bons effets dans les cas de lupus vulgaire. Un cas de tuberculides populo-nécrotiques fut aussi rapidement guéri. L'administration de ce médicament ne donna pas lieu entre les mains des auteurs à de désagréables réactions. Chez 37 malades, deux seulement eurent une dermatite vésiculeuse généralisée à tout le tégument, dermatite qui a guéri facilement. Deux autres malades eurent immédiatement après l'injection, des réactions violentes mais peu longues. Plus fréquemment il leur fut donné d'observer des réactions locales des régions malades, à la suite de l'injection intra-veineuses du médicament. Ceci est plutôt d'un bon pronostic car dans ces cas, plus la réaction locale était forte, plus l'amélioration était rapide.

Les auteurs ont employé la technique de Schomberg: Injections intra-veineuses bi-hebdomadaires; dose initiale de 0.025 milligrammes; monter graduellement jusqu'à 0.100 milligrammes; surveiller les réactions; diminuer les doses s'il est nécessaire.

Il est de constatation facile de voir que les Américains préconisent l'emploi des sels d'or dans le traitement des tuberculoses et tuberculides cutanés, alors qu'on semble presque s'en désintéresser dans certains pays de l'Europe.

Dans certains milieux américains on n'hésite pas à dire que les sels d'or sont le remède le plus efficace contre ce mal tenace.

Albéric MARIN.

**SCHAMBERG et WRIGHT. — The use of gold and sodium thiosulphate in the treatment of Lupus Erythematosus** ("Archives of Dermatology and Syphilology", février 1927).

Les auteurs ont utilisé l'hyposulfite d'or et de soude dans le traitement du lupus érythémateux. L'on sait que cette tuberculide est très rebelle à tous les indications locales, même à la neige carbonique. Les injections de sels d'or ont donné à Schamberg de tels résultats qu'il n'est pas éloigné de les considérer comme possédant une action spécifique sur cette affection. Dans 25 cas, la guérison totale a été obtenue 5 fois; 6 autres lupiques sont améliorés au point d'être considérés comme presque guéris; 12 malades, encore sous traitement, sont en voie d'amélioration; un seul n'a pas été modifié.

Cette médication doit cependant être très prudemment donnée. Les auteurs recommandent de débiter par des doses faibles, de 0.025 milligrammes pour augmenter de semaine en semaine, mais de ne pas dépasser 0.100 milligrammes. Certains malades ne supporteront pas cette dose.

Si l'on songe aux déboires des anciennes méthodes de traitement du lupus érythémateux, cette nouvelle thérapeutique par injections de sels d'or semble être une acquisition des plus estimables.

Albéric MARIN.

### MEDECINE LEGALE

**Dr BRISARD. — Condamnation du médecin dans un cas de syncope mortelle. — Rapport d'une Commission d'enquête** ("Annales de Médecine Légale", avril 1927).

A la séance de la Société de Médecine Légale de France du 10 janvier 1927, le docteur Brisard portait à la connaissance des membres de la Société la condamnation d'un chirurgien rendu responsable d'une syncope chloroformique mortelle par un tribunal de province. La Société de Médecine Légale s'émut à la communication de ce rapport et nomma une Commission composée de juristes et de médecins pour étudier les motifs de cette condamnation et en tirer tous les enseignements médico-légaux utiles.

C'est le rapport de cette Commission composée de MM. Huguency, Michel, Wiart et Brisard que publie M. Brisard et que je veux résumer.

Pour l'intelligence de ce rapport, je résume brièvement les faits communiqués par le docteur Brisard à la séance du 10 janvier.

Un chirurgien expérimenté de province ayant à opérer à l'hôpital un jeune et robuste garçon de 14 ans d'une déviation de la cloison substituée au dernier moment, avec le consentement des parents, et en raison de l'agitation extrême du sujet, l'anesthésie chloroformique à l'anesthésie locale antérieurement décidée lors de l'examen au cabinet. Après un sommeil normal et l'intervention étant achevée, l'enfant meurt

sur la table d'une syncope brusque sans avoir présenté ni phénomènes asphyxiques ni vomissements.

Le tribunal condamne le chirurgien à des dommages intérêts très importants et la Cour d'Appel confirme la condamnation en refusant l'expertise médicale sollicitée. Le jugement considère que le chirurgien a commis trois fautes inexcusables:

1° En s'empressant de transformer une anesthésie générale pour un cas qui n'est pas d'une urgence vitale absolue;

2° En n'auscultant pas le malade sur la table d'opération même s'il a été examiné auparavant;

3° En chloroformant un malade sans s'assurer s'il était à jeun.

Voilà brièvement les faits et voici maintenant en résumé le rapport de la Commission chargée d'enquêter sur les motifs de la condamnation du docteur X.

Il est apparu à la Commission que la religion des magistrats avait été mal éclairée. Ils n'ont pas compris la différence fondamentale qui existe entre la syncope bleue, pouvant tenir à la mauvaise technique, et contre laquelle on peut quelque chose, et la syncope blanche contre laquelle on ne peut le plus souvent rien. Or dans l'affaire en question, il est établi d'une façon indiscutable qu'il s'agissait d'une syncope blanche. Il est établi également que la mort n'a pas été précédée de vomissements et que les débris alimentaires n'ont pu obstruer les voies respiratoires. La prétendue réplétion de l'estomac n'a donc joué aucun rôle dans l'accident mortel.

Les rapporteurs examinent ensuite la valeur médico-légale des fautes admises par le Tribunal. Ils admettent que l'auscultation avant l'anesthésie est recommandable mais d'autre part ils ajoutent que l'expérience démontre que des cardiaques avérés résistent fort bien au chloroforme et citent à cet effet plusieurs auteurs et entre autres Huchard qui, non sans une pointe de paradoxe, dit que ce sont les cardiaques qui supportent le mieux les anesthésiques. Le docteur X a sans doute manqué au rite traditionnel pré-opératoire mais n'a pas commis de faute grave puisque les conséquences en sont nulles.

En ce qui concerne le jeûne opératoire les rapporteurs citent les témoignages des maîtres tels que Delbet, Quémi, Broca qui condamnent ce jeûne comme inutile et même nocif.

Ils nous mettent ensuite devant les yeux le tableau de tous les dangers que comportent le drame de l'anesthésie. Dans quelle mesure le chirurgien est-il responsable du dénouement fatal de ce drame? C'est affaire de technicien que de rechercher si des fautes de technique ont été soumise.

En conclusion ils formulent le vœu suivant qui est adopté à l'unanimité des membres de la Société Médico-Légale de France:

"Que les tribunaux en présence d'accidents survenus du fait de l'anesthésie ou de l'intervention elle-même ne se prononcent qu'après avoir pris l'avis d'experts qualifiés et compétents.

R. FONTAINE.

## ELECTRO-RADIOLOGIE

S. GILBERT SCOTT. — **Nouvelle méthode de traiter l'asthme par la Radiothérapie** ("Radiology", Oct. 1927).

L'auteur expérimentant une nouvelle technique pour le traitement du cancer constata que l'irradiation avait un effet salutaire chez les asthmatiques. Nombre de cas d'asthme furent alors soumis au traitement radiothérapie.

Tous les malades furent nettement soulagés, sinon guéris, à l'exception de ceux atteints d'asthme cardiaque; de plus chez les asthmatiques souffrant de bronchite chronique, cette dernière partie paraît peu influencée.

L'auteur recommande d'utiliser de grands champs d'irradiation dont l'un antérieur et l'autre postérieur. Le tube doit être centrée en avant sur l'épigastre et sur un point correspondant en arrière. La dose utilisée doit être faible,  $\frac{1}{4}$  de la teinte B de la Pastille de Sabouraud placée sur la peau. Le voltage employé est moyennement pénétrant et filtré sur 3mm d'aluminium. Les séances sont répétées deux fois par semaine dans les cas sérieux et une fois dans les cas ordinaires. La durée totale du traitement est de quatre à six semaines.

A. COMTOIS.

R. BENSUADE et J. H. MARCHAND. — **Le traitement diathermique du rétrécissement inflammatoire du rectum** ("Monde Médical", septembre 1926).

Ces auteurs considèrent la diathermie comme le traitement de choix. Sous l'influence des oscillations de HF la paroi du rectum redevient souple et contractile. Si cependant il existe de la rectite, celle-ci doit en même temps recevoir un traitement médical.

La technique est la suivante: bougie d'Hégar introduite dans le rectum et plaque d'étain abdominale ou lombaire; intensité: trois ampères; durée de l'application: 20 à 30 minutes; trois applications par semaine. Après 10 séances, le patient est mis au repos pour quinze jours. Puis le traitement est repris et continué de cette façon jusqu'à ce que les plus grosses bougies puissent être introduites dans le rectum sans douleur. Les résultats sont en général très satisfaisants.

A. COMTOIS.

## LABORATOIRE

G. ROUSSY, G. LEROUX, E. VERMES. — **Les causes de la mort chez les cancéreux** ("Bull. de l'Ass. Franç. pour l'Étude du Cancer", mars 1927, T. XVI, No 3).

Pendant longtemps on a admis que le cancer tuait par lui-même, par intoxication, par *cachexie cancéreuse*. On sait maintenant que le

cancer provoque la mort surtout par ses complications et les désordres mécaniques ou fonctionnels qu'il crée.

Les auteurs apportent une statistique édifée sur 150 autopsies pratiquées chez des cancéreux depuis 1922 jusqu'à 1926.

Voici les principes qui ont servi à établir cette statistique.

1° Cancéreux morts d'une maladie intercurrente ou d'une complication, à l'autopsie desquels des lésions non cancéreuses sont prédominantes et très prononcées.

2° Cancéreux morts avec lésions cancéreuses importantes par leur développement ou leur étendue ou leur métastase.

3° Cancéreux avec lésion maligne peu importante comme volume et comme métastase, mort cachectiques.

Ainsi il appert que sur 150 cancéreux (70 hommes et 80 femmes) 61, sont morts de broncho-pneumonie; 40, de cancer avec généralisation; 12, de cancer (diffusion locale et ganglionnaire); 8, d'asystolie; 7, de cachexie; 6, d'infections diverses; 3, de tuberculose pulmonaire; 2, d'œdème de la glotte; 1, d'urémie.

D'après les statistiques, la fréquence du cancer décroît avec l'âge, tandis que la mortalité par la broncho-pneumonie augmente avec les années. Dans les cancers de l'utérus en général, la mort par envahissement ou métastase est nettement prédominante.

Dans les cancers bucco-pharyngo-laryngés, qui siégeaient chez des hommes seuls, la mort est due en nombre égal à la broncho-pneumonie et au cancer.

Il y a évidemment des réserves à faire sur les résultats de cette statistique car plusieurs cancéreux, surtout ceux de la peau ont été recrutés parmi les vieillards.

L. C. SIMARD.

**KLUKINE (Moscou). — Du rôle de la peau dans la production des anticorps, de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie ("Annales de l'Institut Pasteur", octobre 1927, page 1108).**

Après s'être posé les deux questions suivantes: Quelles sont les conditions requises pour que les protéines hétérogènes, appliquées simplement sur la peau, puissent pénétrer dans l'économie; et dans quelles conditions une telle pénétration des protéines par voie cutanée serait-elle capable de donner lieu au choc anaphylactique? — l'auteur cite toute une série d'expériences faites sur des cobayes dont la peau a été rasée et dont l'épiderme a été plus ou moins respecté par le rasoir. Qu'il s'agisse de globules rouges de mouton, de sérum de cheval ou de filtrat de cultures microbiennes, l'auteur en arrive aux mêmes conclusions: A la suite d'applications cutanées de certains antigènes, les anticorps ne s'élaborent dans le sérum que lorsque l'épiderme présente des altérations marquées. Chez les animaux sensibilisés vis-à-vis du sérum de cheval par voie parentérale on n'arrive pas à provoquer de véritable choc anaphylactique lorsque l'injection déchaînante est faite par la voie cutanée.

Les cobayes sensibilisés se prêtent à la vaccination antianaphylactique par le procédé de Besredka, par simple application du sérum sur la plaie rasée.

A. BERTRAND.

**LANCELIN, BIDEAU et DUBREUIL. — Recherche du Bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien ("C. R. S. B.", 21 octobre 1927., p. 1056).**

Considérant la difficulté de rechercher le B. de Koch dans le liquide céphalo-rachidien étant donné le petit nombre de bacilles qu'on y rencontre quelquefois, les auteurs recommandent la technique suivante. Le bacille de Koch doit être recherché dans le réticulum fibrineux qui se forme spontanément si on laisse le liquide au repos pendant quelques heures. Le réticulum est étalé sur plusieurs lames afin de bien le dissocier. Colorer par la coloration de Ziehl et acide picrique au lieu de bleu de méthylène. Cette technique aurait l'avantage d'être beaucoup plus rapide que les divers procédés d'enrichissement (culture) et d'inoculation et donnerait des résultats positifs dans 100% des cas.

A. BERTRAND.

————— 0 —————

**Enquête sur les cas de morts par anesthésie locale**

Le Docteur Georges CANUYT, Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg, prie les médecins et les spécialistes oto-rhino-laryngologistes qui auraient observé ou eu connaissance de cas de morts survenues au cours d'une anesthésie locale, de bien vouloir les lui communiquer en répondant au questionnaire ci-après.

Le Professeur Canuyt prend l'engagement de tenir rigoureusement secret le nom des confrères qui voudront bien lui écrire.

- 1° Caractéristiques du malade (sexe, âge, etc.).
- 2° De quelle affection était-il atteint ?
- 3° Quelle est l'opération que l'on voulait pratiquer ?
- 4° La mort a-t-elle eu lieu avant, pendant ou aussitôt après l'intervention ?
- 5° Dans quelles conditions l'accident est-il survenu ?
  - a) Anesthésique employé;
  - b) Dose, concentration;
  - c) Mode d'application (badigeonnage, injection, etc.).
- 6° Quels ont été les symptômes accusés ?

Le professeur Canuyt remercie d'avance les confrères qui voudront bien lui répondre. Les réponses devront être adressées au Professeur Canuyt, clinique oto-rhino-laryngologique, Hôpital civil, Strasbourg.

**TRAITEMENT NOUVEAU ET RAPIDE**

des

# **Affections Arthritiques**

par le

# **SOLVEOL**

Composition :

Pipérazine, Extrait de maïs ioduré, Acide thyminique

**Dissolvant rapide, diurétique puissant, le SOLVEOL est la médication idéale: énergique mais inoffensive.**

**Décongestionnant et Détersif des reins et des artères.**

Indications :

Rhumatismes, Goutte, Arthrites,  
Douleurs Intercostales, etc., etc.

---

**J.-A. HARRIS**

364 rue Sainte-Catherine Est,

MONTREAL

## SOCIETES

### La Société Médicale de Montréal

Séance du mardi, 17 janvier 1928

Communications :

Endocardite ulcéro-végétante maligne. Présentation de pièces.—M. le Prof. ALBERT LeSAGE.

Un cas d'imperforation de l'hymen prise pour une appendicite aiguë.—M. L. GERIN-LAJOIE.

Paralysie radiale consécutive à une fracture de l'humérus. — M. J. H. RIVARD.

Un cas de gangrène foudroyante de la verge.—M. OSCAR MERCIER.

Atonie gastro-intestinale (dilatation myasthénique et hypotension artérielle). —M. A. MOUSSEAU.

— o —

## NOUVELLES

### NECROLOGIE

Le 28 décembre 1927 mourait à l'âge de 75 ans à Montréal le docteur M. O. B. WARD. Attaché au Bureau de Santé depuis 21 ans, il en était statisticien. Ses funérailles ont eu lieu en la Basilique.

Le 3 janvier 1928 le docteur ARTHUR DEROME est décédé à Montréal à l'âge de 54 ans après une courte maladie. Ancien agrégé de la Faculté de Médecine, ancien chef de la consultation externe de chirurgie à l'Hôpital Notre-Dame, il avait depuis quelques années quitté ces fonctions pour se consacrer à l'exercice de sa profession.

Le docteur GEORGES MARCOTTE est mort subitement à Contrecoeur le 7 janvier à l'âge de 51 ans. Ses funérailles ont eu lieu en l'église de Contrecoeur le 10 janvier.

Le 9 janvier mourait après une longue maladie Madame A. A. FOUCHER, épouse de M. le docteur Foucher, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Montréal et membre du Conseil de la Faculté de Médecine. Les funérailles ont eu lieu le 11.

**NOMINATION**

Nous apprenons l'élévation au Sénat du Docteur GUSTAVE LACASSE, député de Tecumseh, Ont.,. Il est âgé de 37 ans, reçut son titre de Docteur en Médecine de l'Université Laval de Montréal en juin 1913.

---

**COURS DE PERFECTIONNEMENT****Nouvelle Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de Médecine  
et de l'Hôpital de Strasbourg**

Un cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie aura lieu sous la direction du professeur GEORGES CANUYT du lundi 2 juillet 1928 au samedi 14 juillet 1928.

Le programme sera publié ultérieurement.

---

**FEDERATION NATIONALE DES ETUDIANTS CANADIENS**

Nous apprenons avec plaisir les heureux résultats de la Conférence des Etudiants Canadiens, tenue au "University College Men's Residence" de Toronto les 27, 28, 29 et 30 décembre dernier.

M. Jean Lesage, ex-vice-président, et M. Pierre Boucher, de l'A. G. E. U. M., nous ont fait part de la courtoisie avec laquelle tous les délégués des "Students' Councils" canadiens ont, à l'unanimité, acquiescé aux demandes de l'A. G. E. U. M., c'est-à-dire à l'adoption pratique du principe du bilinguisme et à l'abstention de toute discussion religieuse ou politique.

Ce geste de nos amis universitaires nous invite à demeurer membres actifs de la Fédération en même temps qu'il indique l'orientation nouvelle et future des Etudiants du Canada.

Il est malheureux que l'espace ne nous permette pas de donner un compte-rendu plus élaboré du magnifique travail accompli à ces séances.

Nous y reviendrons plus tard.

---

# 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, Pariseau (L.), 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.; Dué, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapiere, G.; Legrand, E.; Letondal, P.; Marin, A.; Marion, D.; Mercier, Oscar; Mercier-Fauteux; Paré, Armand; Paré, Louis; 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, 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 adresse franco

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

Pour la Chirurgie: au Dr Oscar Mercier, 54 rue Cherrier. Tél.:  
Est 1213.

## Administration

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

Gourgerot et Peyre, Hypoépinéphrie et dysursulisme. Nouveau syndrome pluri-glandulaire (p. 165). — Danielopolu, Aslan, Marcou et Proca, Les zones réflexogènes carotidiennes (p. 166). — Bernard, Lelong et Renard, La localisation péri-hilaire de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte (p. 166).

### CHIRURGIE

Sicard et Lapeyrie, Luxation ouverte du coude (p. 168). — Auvray, Remarques à propos de 51 cas personnels de traumatismes crâniens (p. 168). — Stolz, Meyer, Weiss, La patellite ou maladie de Sinding-Larsen (p. 168). — Robineau, Un cas de névralgie du trijumeau (p. 169). — Desmarest, A propos de la suture de la paroi abdominale en un seul plan après laparatomie (p. 171).

### PEDIATRIE

Lust, La fièvre du lait sec (p. 171). — Tixier, Comment guérir les nourrissons athrepsiques et hypotrophiques (p. 172). — Devraigne, Rôle du médecin dans les Consultations Maternelles (p. 173).

### TUBERCULOSE PULMONAIRE

Albert, Pleurésie séro-fibrineuse et tuberculose (p. 174).

### UROLOGIE

Buzen, L'acridinothérapie dans la blennorrhagie (p. 175). — Tissot et Thevenard, De quelques considérations relatives au traitement abortif de la blennorrhagie par l'argyrol (p. 175).

### ORTHOPEDIE ET CHIRURGIE INFANTILE

Farr et Levine, L'empyème chez les enfants (p. 176). — Rollier, L'héliothérapie dans les affections de la hanche.

### GYNECOLOGIE

Frank, Endocrine causes of sterility in women (p. 178). — Tarnowsky, The local use of ether in Gynecology (p. 178).

### OBSTETRIQUE

La mortalité maternelle au Canada (p. 179).

### OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Collin, Un cas de greffe de cornée (p. 179). — Ramond, Les formes cliniques et les complications de l'angine de Vincent (p. 180).

### NEURO-PSYCHIATRIE

L'Hermitte, Levy et Nicolas, Les sensations de décharge électrique, symptômes précoces de la sclérose en plaques (p. 181).

### DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Gougerot, Malaria spontanée préventive, impuissante, et malariathérapie "guérissant" une paralysie générale (p. 182).

### MEDECINE LEGALE

Fog, L'examen médical des chauffeurs en état d'ivresse (p. 182). — Simonin et Provent, Des limites juridiques du diagnostic biochimique de l'alcoolisme aigu (p. 183).

### ELECTRO-RADIOLOGIE

Garcin, La cholécystographie (p. 183).

### LABORATOIRE

Costa, Boyer et Jaur, Utilisation de la gélatine formolée pour le précipito-diagnostic de la fièvre typhoïde (p. 184). — Kahn, Application de la méthode de Kahn pendant 5 ans (p. 185). — Jaubert et Gary, Le sérodiagnostic de la réaction de Meinicke (p. 185). — Schiller, Contribution à la Biologie du Bacille de Koch (p. 185).