

MÉMOIRES

QUELQUES REMARQUES TECHNIQUES SUR LA SYNTHÈSE OSSEUSE DANS LE MAL DE POTT

Par

H. LAFITTE,

Ancien interne lauréat
des hôpitaux
de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de Niort.

P. CAUMARTIN,

Ancien assistant étranger de la
Clinique Thérapeutique Chi-
rurgicale de Lyon,
Interne de l'hôpital de Niort.

A la suite des travaux d'ALBEE, l'immobilisation immédiate des rachis tuberculeux par greffon entre de plus en plus dans la pratique courante chirurgicale. Nous avons eu l'occasion depuis deux ans d'opérer une vingtaine de cas; nous avons pu ainsi faire un certain nombre de remarques qui nous ont permis de stabiliser une technique suivie maintenant fidèlement, étant donné sa simplicité, sa souplesse, et l'excellence de ses résultats immédiats. Les premiers cas opérés ont été revus ces jours-ci et leur évolution est parfaite. Lorsqu'un laps de temps suffisant sera écoulé nous publierons les résultats tardifs. Pour l'instant nous avons l'intention d'exposer seulement la technique suivie.

Tous les Pott, adultes, qui se sont présentés, ont été immobilisés par un greffon inter-épineux. Suivant les cas, les lésions intéressaient les vertèbres de la 4^{ème} lombaire à la 4^{ème} dorsale. Le malade le plus jeune avait 20 ans, le plus âgé, 65 ans. Le rapport entre les hommes et les femmes est égal à 4/5 en faveur des premiers. Aucun n'était atteint de paraplégie. Trois avaient des abcès non fistulisés.

Tous ont été radiographiés avant l'intervention; la plupart 4 mois après environ.

Un prochain congrès chirurgical établira les différents rôles du greffon. On peut supposer pour l'instant qu'il agit, vu sa situation,

comme tuteur immobilisant la colonne. Nous avons donc essayé, chaque fois que nous l'avons pu, de former un bloc rigide comprenant 5 vertèbres, le maximum des lésions restant au centre, en partant de ce principe qu'un tuteur mécanique joue d'autant mieux son rôle que ses points d'attache extrêmes sont plus éloignés.

Tous les greffons ont été inclus dans une tranchée passant par le milieu des apophyses épineuses. Ceci pour deux raisons: d'abord

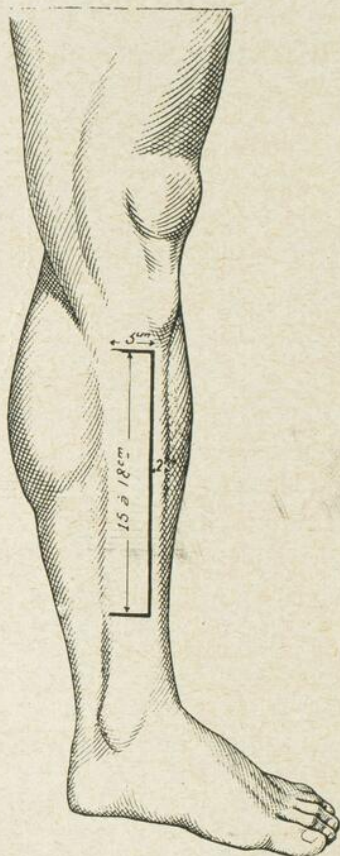


Figure 1

Situation et dimension du volet cutané sur la face interne de la jambe gauche; le grand bord du molet passe à 2 mill. de la crête tibiale.

ce procédé évite tout décollement et par suite on ne craint pas les hématomes, toujours dangereux en chirurgie osseuse; ensuite, les greffons prennent d'autant mieux qu'ils sont plus solidement fixés; or, comme nous le verrons, la technique de l'inclusion et de la contention ne laisse rien à désirer à ce sujet.

Nous avons employé le greffon ostéo-périosté, et le greffon total.

Nous préférons le premier parce que plus souple, plus large, et moins épais. Ces trois qualités permettent d'obvier à certains inconvénients: la courbure normale ou pathologique du rachis, et l'étroitesse inévitable de la tranchée ostéo-ligamentaire. Le greffon souple épouse mieux les formes et les sinuosités de cette tranchée, sans avoir besoin d'être brisé (cas fréquents pour le greffon total); l'avenir nous dira lequel des deux est le plus approprié à ce genre de synthèse. Toute-

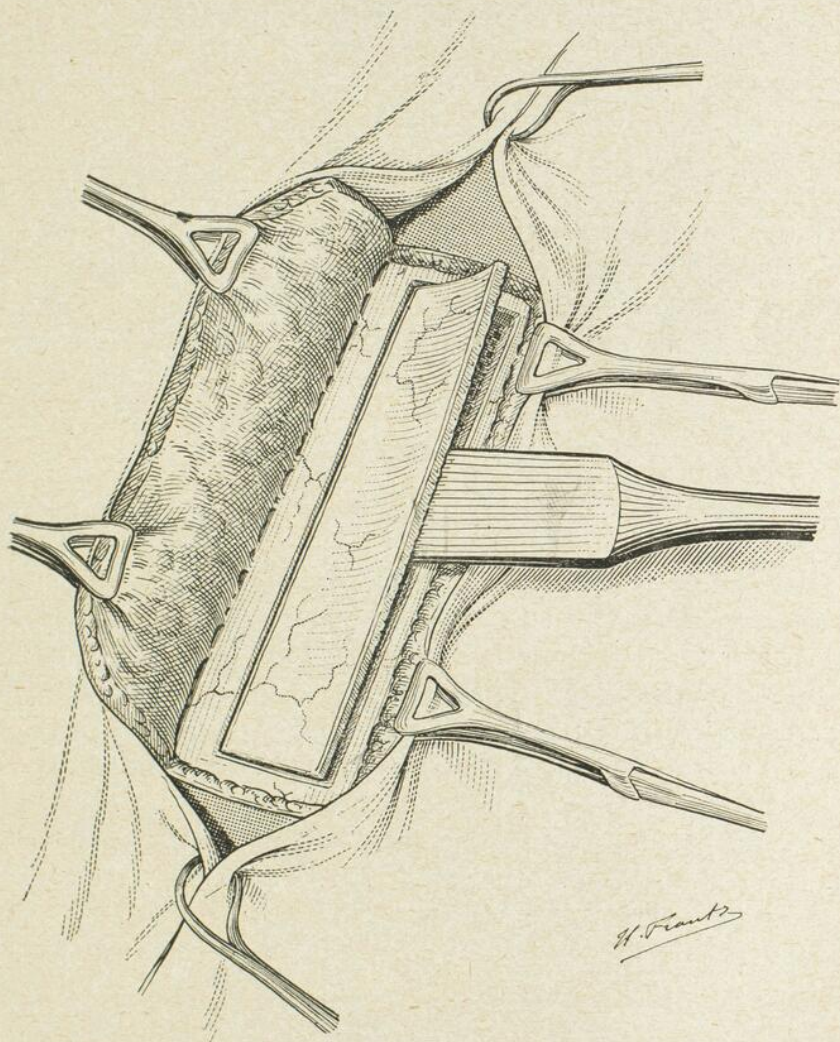


Figure II

Le volet cutané rabattu, la face interne du tibia est exposée largement sans écarteur.

Incision d'un rectangle occupant la presque totalité de la surface tibiale. Les petits côtés sont déjà incisés et on attaque les grands côtés à l'ostéotome et au maillet.

fois, si le tibia est étroit (disposition féminine) le greffon total est préférable. En outre, si le segment rachidien à greffer est rectiligne, ce même greffon peut être avantageusement utilisé.

Préparation du malade

Une radiographie de face et une de profil ont permis de situer le centre des lésions. En comptant les apophyses épineuses suivant les procédés habituels, on peut déterminer la projection de ce point sur la peau. Il est utile de le marquer au crayon de nitrate d'argent. Souvent le sommet de la gibbosité sert de repère. Toutefois, on risque en se fiant uniquement à lui de faire une localisation trop inférieure.

La peau de la jambe gauche est la veille rasée, alcoolisée et iodée très soigneusement ainsi que celle du rachis. Il ne faut pas oublier que la chirurgie osseuse réclame une aseptie rigoureuse. A cette condition les greffons sont très bien tolérés. Sur une vingtaine de cas, nous n'avons observé qu'une seule fois une élimination d'ailleurs partielle (fragment brisé d'un greffon total).

Intervention

1) Le malade est couché sur le dos, l'opérateur à sa gauche. L'anesthésie a lieu au chloroforme. La jambe est placée sur un sac de sable et après préparation du champ opératoire, on fait l'incision cutanée. C'est (fig. 1) un lambeau, à base interne de 15 à 18 cm de longueur et de 3 cm de largeur. L'incision passe à 2 mmil. en dedans de la crête tibiale; le bord antérieur du tibia sera suffisamment découvert par suite de la rétraction de la peau. Quelques coups de bistouri libèrent le lambeau, permettant ainsi la découverte du bord postéro-interne du tibia. En règle générale on respecte la saphène interne. La face interne du tibia apparaît alors nettement, sans que l'on ait besoin de mettre le moindre écarteur. On décide du choix du greffon (ostéo-périosté ou total) suivant les dimensions de cette face. Répétons ici que nous réservons les greffons totaux aux tibias étroits.

Greffon ostéo-périosté

On trace avec la pointe d'un bistouri à résection un rectangle régulier occupant la presque totalité de la surface tibiale découverte. On reste à un mill. des bords de l'os, évitant ainsi l'ouverture inutile

des loges musculaires. Les traits apparaissant en rouge vif sur le fond blanchâtre vont guider le travail de l'ostéotome. C'est en effet cet instrument et non un ciseau qu'il faut. Il doit être large, mince et très tranchant.

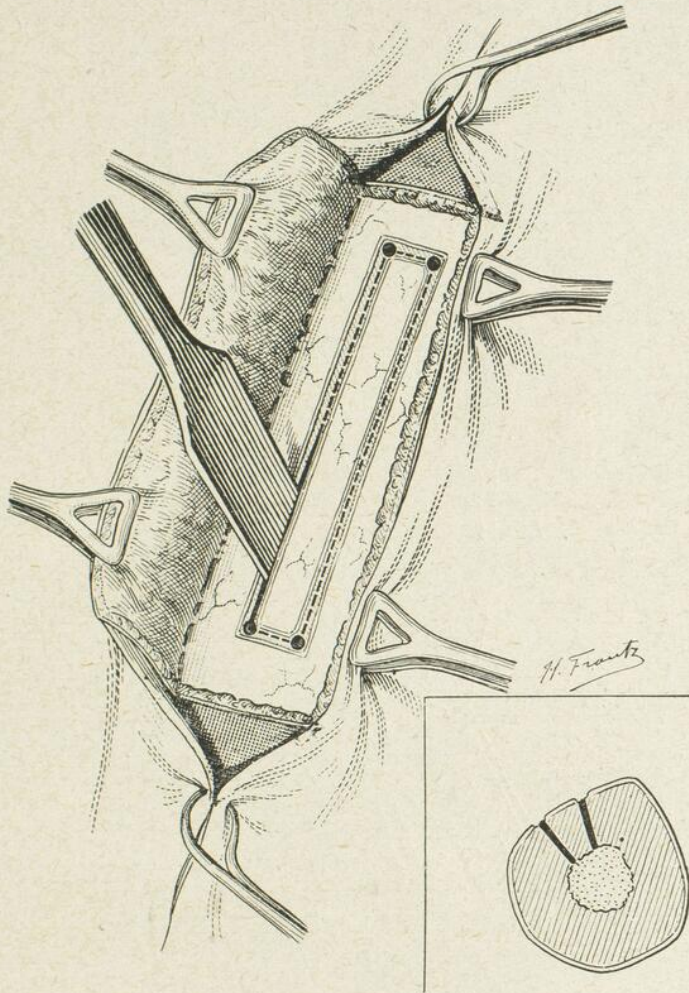


Figure III

A chaque angle un trou est forcé à la chignolle. Il faut remarquer l'orientation de ces trous représentée par le petit schéma. La forme est trapézoïdale et non carrée. Avant d'attaquer le grand côté il est préférable contrairement à ce qui est représenté ci-dessus de creuser d'abord les petits côtés.

L'inclinaison de l'ostéotome doit être la même que celle des trous forés.

Deux coups verticaux limitent les petits côtés du rectangle. On attaque les grands côtés en progressant de la crête tibiale à son bord

postérieur et un peu de haut en bas. Il y a intérêt à faire le greffon assez épais (2 mill.). Il ne faut pas entamer le canal médullaire. Cet incident n'aurait pas d'autres conséquence, d'ailleurs, que celle d'une légère hémorragie. On chemine petit à petit et quand le lambeau ostéo-périosté ne tient plus que par son bord postéro-interne on fait tomber cette charnière de deux ou trois coups verticaux.

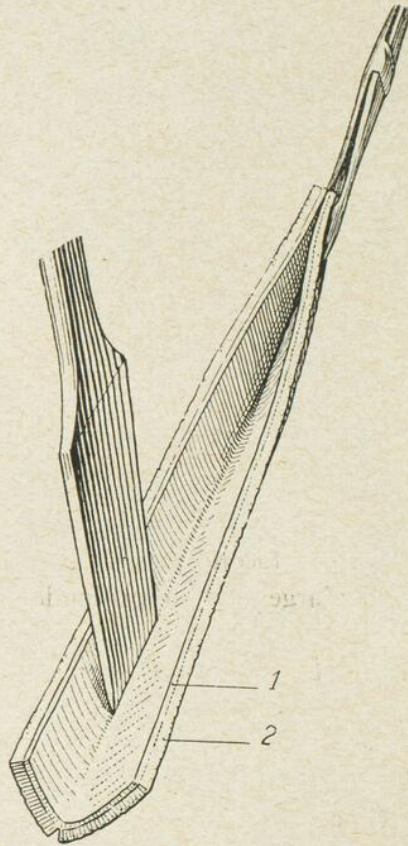


Figure IV

Le greffon ostéo-périosté est plié dans le sens de la longueur; les faces périostées se regardent; les deux volets du copeau sont retenus par la charnière périostée.

Nous estimons préférable d'opposer les faces osseuses du greffon à la tranche osseuse correspondante des apophyses épineuses sectionnées. Il faudra donc fendre le greffon en long et le plier, de telle façon que les faces périostées se regardent et les faces osseuses soient tournées en dehors. D'ailleurs le greffon serait trop large pour être utilisé sans plicature. La hauteur des apophyses épineuses ne per-

mettrait pas son inclusion correcte. Il y a donc un double intérêt à procéder ainsi. On pose le greffon bien à plat sur une compresse déposée sur la table, face osseuse en dessous. On donne quelques coups d'ostéotome en son milieu et de lui-même le greffon se plie. L'angle dièdre est maintenant fermé par deux pinces. Il est inutile de le sectionner complètement. Les manœuvres d'inclusion sont plus commodes quand les deux feuillets sont encore maintenus par cette sorte de charnière.

Greffon total

On trace également le rectangle d'attaque, mais si ce dernier a la même longueur que le précédent, sa largeur est beaucoup plus faible (6 à 8 mill.). En outre, il est préférable que sa section soit trapézoïdale plutôt que carrée (figure III). Nous n'employons pas la scie circulaire: elle bouche les canaux de Havers et chauffe l'os. Nous employons l'ostéotome et le maillet. Pour éviter de fendre la diaphyse au delà des bornes fixées, nous limitons les 4 coins par 4 trous creusés à la chignolle. On découpe d'emblée les deux petits côtés par une tranchée faite au ciseau étroit et descendant jusqu'au canal médullaire. On attaque les grands côtés en donnant à l'ostéotome la même inclinaison par rapport à la surface osseuse que celle de la chignolle. De cette façon la grande base superficielle du parallépipède est plus large que la profonde et de lui-même le greffon s'énuclée.

Généralement la prise du greffon a lieu sans que la moindre ligature soit nécessaire. Le lambeau recouvre parfaitement la surface osseuse sanglante ou la tranchée suivant la prise de l'un ou de l'autre greffon. La ligne d'incision est ainsi reportée à distance des surfaces cruentées osseuses. C'est pour cette raison que nous préférons le lambeau à la simple incision rectiligne. En outre, le jour est meilleur et la taille plus facile puisqu'elle a lieu sans écarteurs. Nous suturons toujours aux crins. On met un point à chaque angle et des intermédiaires prenant largement la peau (5 mill. environn). Dans leur intervalle on passe des points moins profonds destinés à affronter idéalement les deux lèvres. On fait un pansement banal que l'on vérifie 48 heures auprès. Les fils sont retirés le 8ème jour.

II) Le malade est couché sur le ventre, les épaules relevées par deux boudins de sable, les bras allongés le long de la table, le bassin

et l'abdomen inférieur soulevé par un drap plié (figure V). Par ce procédé la respiration est ample et facile.

Le champ opératoire est préparé de façon minutieuse. On fait un lambeau identique à celui de la jambe ayant sa base du côté opposé à l'opérateur qui est maintenant à droite du malade. La

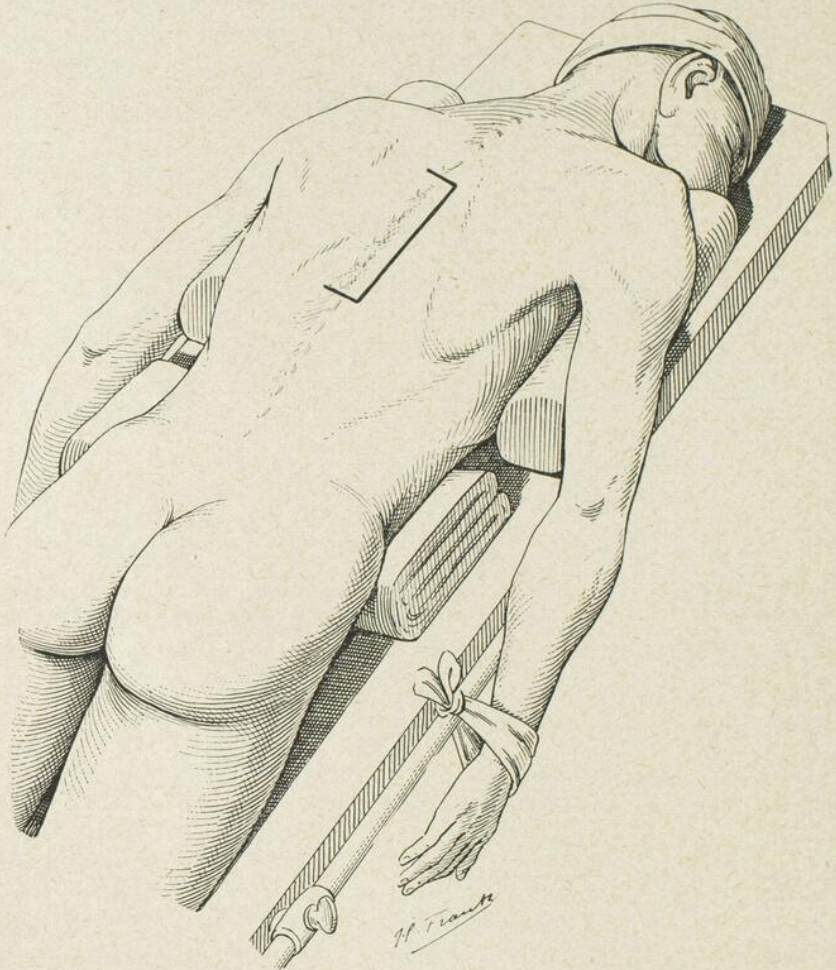


Figure V

Volet cutané. Coussins courts, soulevant les épaules; alèze pliée sous l'abdomen, le tout permettant une respiration plus facile.

ligne des apophyses épineuses doit coïncider avec la ligne verticale passant sensiblement par le milieu du lambeau. Les petits côtés doivent, bien entendu, se trouver à égale distance du centre de la lésion préalablement repérée. Quelques coups de bistouri libèrent le lambeau et la ligne des apophyses épineuses apparaît. On entame

avec un bistouri à résection la ligne médiane postérieure (ligament inter-épineux et sommet des apophyses). On trace ainsi une ligne qui servira de repère et d'amorce. Cette manœuvre est assez délicate. La pointe a tendance à dévier à chaque saillie des A. E. et ceci



Figure VI

Le volet donnant jour suffisant. En haut, incision au bistouri de l'aponévrose. Au milieu fente de l'apophyse par pression manuelle; en bas les lèvres ostéo-ligamentaires sont écartées et dans cette tranchée on tasse une compresse.

d'autant plus facilement qu'il peut exister une légère scoliose. La cyphose ne gêne pas. Il faut maintenir le bistouri d'une main ferme. Avec l'ostéotome on fend les apophyses épineuses suivant leur axe

et sur une hauteur équivalente à celle du greffon plié, soit un cent. et demi. Remarquons que les apophyses lombaires se laissent mieux fendre que les dorsales, qui fuient. Nous avons l'habitude de procéder à la section des A. E. par simple pression progressive sans utiliser le maillet. Il est indispensable d'avoir un instrument finement aiguisé, lourd et bien en mains. On imprime des mouvements d'oscillation suivant l'axe du corps en exerçant une légère pression. Quand la lame est suffisamment engagée on imprime quelques mouvements latéraux destinés à écarter les surfaces épineuses sectionnées. Cette façon de procéder est moins traumatisante que l'emploi du maillet. Nous avons pu, en effet, remarquer que dans les jours qui suivent les malades souffrent moins du dos et même de l'abdomen, quelquefois pas du tout, et urinent mieux. En cas d'utilisation du maillet, il y a intérêt à frapper vers les extrémités inférieures et non vers la tête. Instinctivement on aurait tendance à procéder dans l'autre sens, étant donné la direction générale des A. E. Si les ligaments inter-épineux sont incomplètement fendus, on achève cette section par quelques coups de bistouri. Dans quelques cas, il est bon de faire sauter le saillant trop prononcé de l'apophyse épineuse qui constitue le sommet disgracieux et gênant de la gibbosité.

On tasse une compresse dans la tranchée ainsi obtenue et on la laisse pendant quelques instants. Son rôle est d'écarter à souhait les bords de la tranchée et d'en faire l'hémostase. D'ailleurs jamais nous n'avons été gênés par une hémorragie même de médiocre importance. Ceci ne doit pas nous étonner puisque nous ne faisons aucun décollement.

Le greffon est ensuite pris délicatement avec deux pinces et introduit dans la tranchée. Cette manœuvre réclame quelques soins que l'expérience seule peut donner et qu'il est difficile d'exposer. Notons qu'il y a intérêt à commencer par inclure les extrémités. Ce greffon est introduit, la charnière en avant, c'est-à-dire devant se trouver dans le lit de la tranchée. Signalons également qu'il y a intérêt à le toucher le moins possible et qu'il est nécessaire de le caler tout à fait au fond. On voit les avantages du greffon ostéo-périosté sur le total puisqu'il épouse mieux les sinuosités inévitables de la tranchée. Il est évident que la section ne suit jamais une ligne idéale passant par le milieu des A. E. déviant tantôt à gauche, tantôt à droite.

Le greffon étant déposé, il faut maintenant le fixer très soigneusement, car le contact parfait et l'immobilisation absolue sont les con-

ditions essentielles de succès. Pour ce faire (figure VII), au niveau de chaque espace inter-épineux, on ramasse avec une aiguille de Doyen courbe et puissante une quantité importante de tissu musculo-aponévrotique en commençant du côté de l'opérateur; puis, le dos

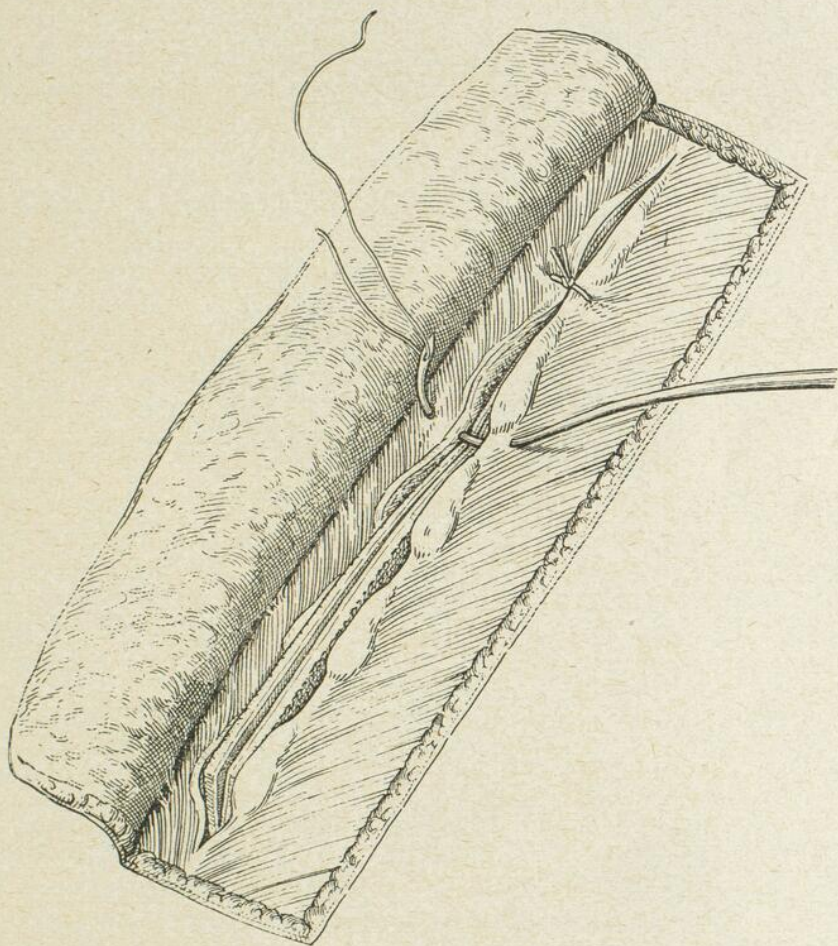


Figure VII

Cette figure a pour but de montrer le calage du greffon par les points au catgut collargolé passé à l'aiguille de Doyen. Il faut prendre une couche de tissus dans l'espace inter-épineux assez important. Quand ce plan est terminé, le greffon est très solidement fixé. Un plan d'enfouissement par surjet doit recouvrir le tout. Il n'est pas représenté ici.

de l'aiguille appuyant au passage fortement sur les bords libres du greffon, la pointe ressort du côté opposé de la tranchée en ramassant autant de tissu qu'au départ. Lorsque le nœud est fait, le greffon est calé et ne peut remonter même d'une fraction de mill. Au surplus les faces cruentées de la tranchée sont intimement accollées aux faces

osseuses du greffon. Cette ligne de points séparés, faite avec du gros catgut collargolé, est enfouie par un surjet exécuté avec un catgut plus fin.

La peau est suturée sans drainage de la même façon qu'au niveau de la jambe. Dans la région dorsale nous avons l'habitude de maintenir le pansement par une sorte de gilet en toile épinglé sur la poitrine. Le bandage de corps, préférable dans la région lombaire, ici risque de tourner.

III) Le malade est transporté dans son lit avec précaution. Au cours de cette manœuvre il convient de le rouler horizontalement et

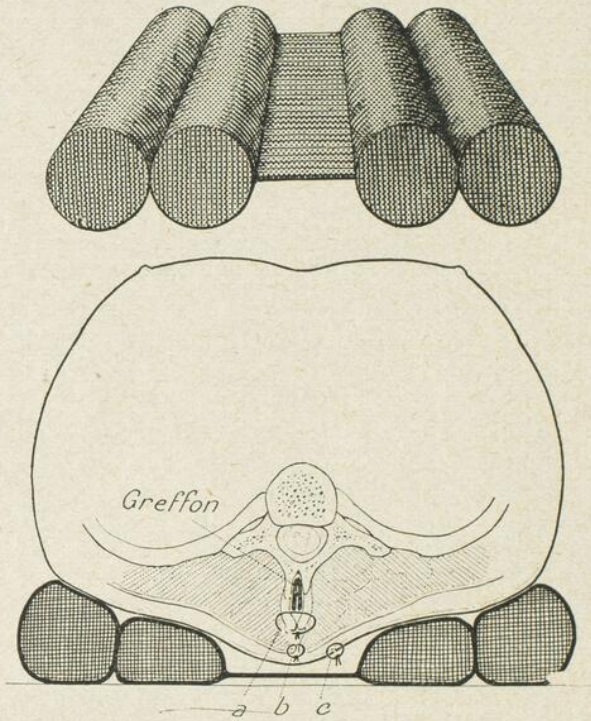


Figure VIII

Cette coupe schématique qui passe par un ligament inter-osseux montre la grande liberté dont jouit la région opérée lorsque le malade est couché sur les coussins que nous avons l'habitude d'employer.

- a = points séparés inter-épineux calant le greffon
- b = surjet
- c = crin sur la peau.

non de le prendre par les bras et les jambes. On évite ainsi de plier la colonne rachidienne. Le lit doit être dur et le malade est couché sans oreiller. Les dix premiers jours, la ligne de suture doit reposer dans le vide. Si cette règle n'est pas observée la peau peut se

sphacéler et tout est à craindre. Pour éviter ce danger nous avons fait fabriquer une sorte de coussin de crin fait deux doubles boudins réunis par une bande de toile de 8 cm. de largeur (figure VIII). La partie médiane repose ainsi dans un creux. Toutes nos sutures ont pris par première intention sans le moindre défaut. On vérifie le pansement le second jour; on peut avoir à vider un petit hématome sous-cutané. Les fils sont enlevés le 10ème jour.

Telle est la technique que nous suivons actuellement et qui nous a donné les meilleurs résultats post-opératoires immédiats. Les malades ont été laissés couchés pendant 110 jours environ. On procéda ensuite différemment suivant les cas. Certains eurent des corsets, d'autres, pas. Quand un laps de temps suffisant sera écoulé, nous publierons les résultats obtenus.

PLASTIQUE DE NEZ CONCAVES AVEC CARTILAGE COSTAL

Par **J. N. ROY, F.A.C.S.**

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,

Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,

Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

OBSERVATION I.—Le 3 novembre 1928, M. R. A., âgé de 25 ans, vient nous voir au sujet de son nez qui présente une ensellure. Il raconte qu'il a toujours été amateur de boxe, et qu'en maintes circonstances il a reçu des coups de poing, lui ayant déformé la pyramide nasale.

A l'examen nous constatons une moyenne dépression, à la limite inférieure des os propres du nez, — tel qu'il est indiqué sur la photographie No 1. Le lobule est légèrement remonté, et les narines sont un peu dilatées.

La rhinoscopie antérieure laisse voir une rhinite hypertrophique à droite. Le côté gauche est normal quant au cornet inférieur. Il n'y a aucune déformation du septum. Toutefois, le malade déclare avoir subi à 20 ans, une opération sur la cloison nasale à droite, pour un épaissement.

A la rhinoscopie postérieure nous observons des végétations adénoïdes. Les amygdales sont hypertrophiées.

Il existe une rhino-pharyngite fortement prononcée.

Etat normal des oreilles et des voies lacrymales.

En présence de ces symptômes nous prescrivons une pommade pour le nez, et un gargarisme, et conseillons d'abord l'ablation des tumeurs adénoïdes. L'opération est pratiquée sous anesthésie locale, le 10 novembre, et les suites se passent très simplement.

Le 15 décembre nous faisons une cautérisation du cornet inférieur droit.

Pour des raisons personnelles le patient remet à plus tard l'enlèvement de ses amygdales hypertrophiées.

Nous continuons à stériliser le rhino-pharynx, et après avoir décrit au malade les différentes méthodes susceptibles de corriger son ensellure nasale, nous décidons d'employer le cartilage costal.

Opération.—Le 27 février 1929, après avoir coupé les follicules pileux du vestibule, irrigué les narines et appliqué de la teinture d'iode, nous injectons une solution de novocaïne-adrénaline. Quelques instants après, nous incisons la muqueuse à la limite inférieure du cartilage quadrangulaire à gauche, et pratiquons un tunnel avec point d'appui au lobule

du nez, pour recevoir le greffon. Le côté droit est ensuite insensibilisé avec la même solution, et nous prélevons un bout du cartilage de la première côte flottante. Cette greffe est taillée avec soin, et l'hémostase étant complète, elle est immédiatement mise dans la dépression nasale. L'incision est suturée à la soie, au moyen de fines aiguilles conjonctivales. Pansement des narines légèrement compressif à la gaze iodoformée, et pour maintenir le cartilage en bonne position, nous plaçons, transversalement sur le nez, deux petites bandelettes de diachylon. Pour stabiliser davantage la pyramide, une attelle en cuivre préparée

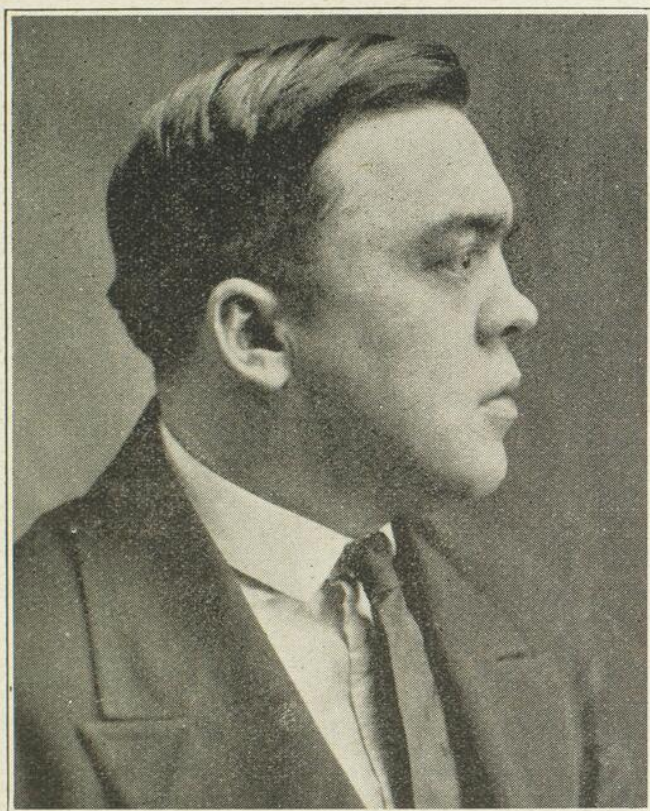


Fig. 1

à cette intention est posée en dernier lieu. La plaie costale est à son tour suturée au moyen de trois plans, et un pansement abdominal ordinaire est appliqué. Le malade déclare n'avoir ressenti aucune douleur pendant son intervention sous anesthésie locale.

Les suites opératoires se passent sans complications, et à partir de la septième journée, nous commençons à enlever les points. Une légère sensibilité a été à peine ressentie à la région thoracique durant la première semaine. Le malade sort de l'hôpital le 16 mars absolument

guéri. Son nez présente une ligne droite, son lobule est un peu abaissé, et ses narines sont légèrement rétrécies, — comme on peut le voir sur la photographi No 2, prise trois mois après l'opération.(1)

OBSERVATION II.—Mlle R. D., 17 ans, vient nous voir le 9 mars 1929, pour une difformité nasale très prononcée. Elle déclare qu'à l'âge de 7 ans, elle a eu un accident d'automobile, et qu'elle a été projetée la face contre un rail. L'épistaxis fut alors considérable.

L'examen permet de nous rendre compte que le squelette du nez, très fortement concave, a été écrasé, — et arrêté dans son développement

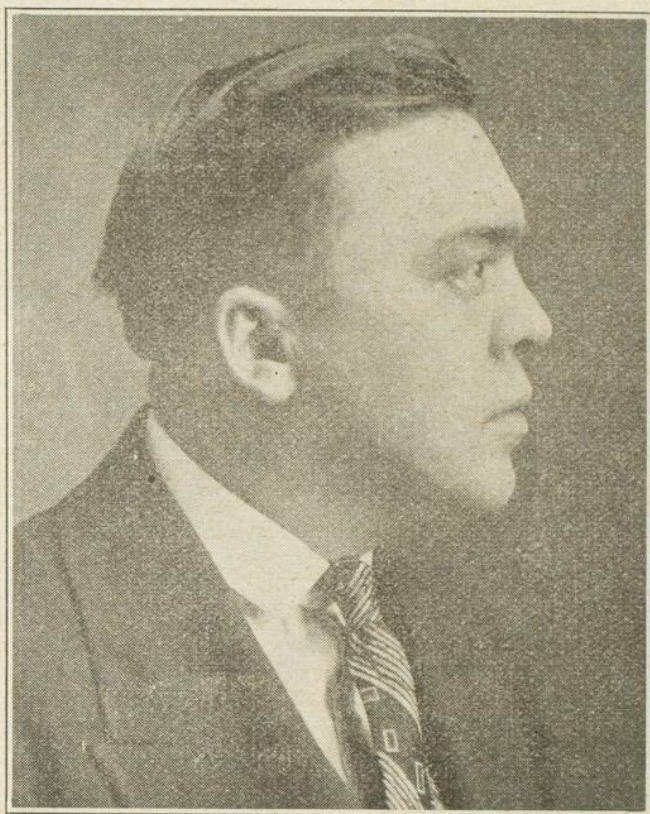


Fig. 2

depuis le traumatisme. Le lobule très mou, et attiré considérablement en haut, n'est pas maintenu par la sous-cloison. Les narines sont un peu dilatées. Il existe sur le front une cicatrice verticale partant de la région inter-sourcilière, de deux pouces environ de hauteur, et légèrement étoilée vers le milieu. (Voir photographie No 3).

A la rhinoscopie antérieure nous constatons à gauche un peu

(1) Ce malade a été présenté à la "Canadian Medical Association", à l'Hôpital Notre-Dame, le 19 juin 1929.

d'épaississement de la cloison nasale qui, du reste, n'entrave pas la respiration. Etat normal du côté droit. A part une rhinopharyngite, il n'y a rien d'intéressant à noter au cavum, aux oreilles et aux voies lacrymales.

Nous exposons à notre patiente ce que nous pouvions faire pour améliorer l'esthétique de son nez, et encore cette fois, nous choisissons le cartilage costal. Une pommade nasale est prescrite, et l'intervention est fixée pour le 13 mars.

Opération.—Comme la même technique a été employée dans les deux cas, nous n'aurons pas à nous répéter. Il nous restera seulement qu'à préciser certains points de détail applicables à cette dernière diffor-

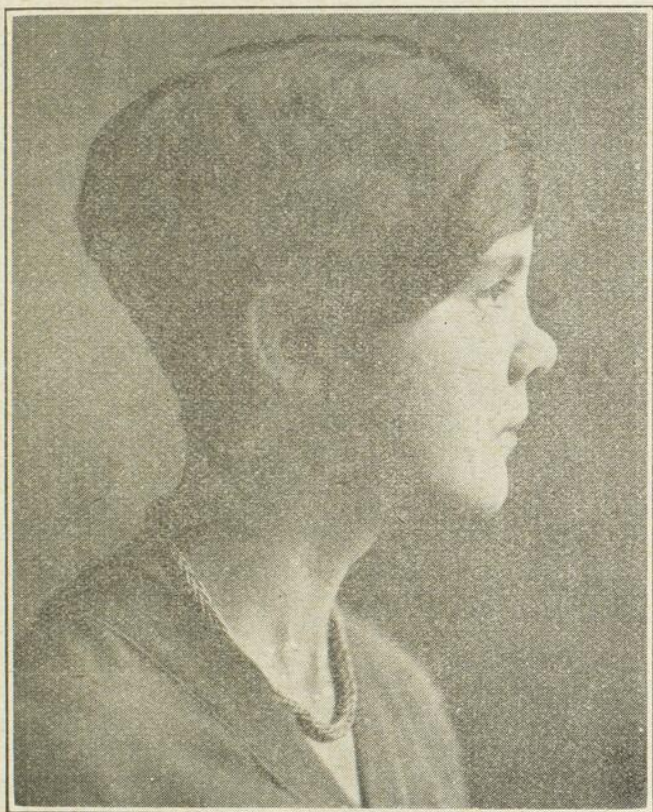


Fig. 3

mité. La malade ayant manifesté le désir d'être anesthésiée, nous lui faisons donner le chloroforme. En présence de cette pyramide nasale très fortement concave, et arrêtée dans son développement, — avec un lobule sans support — il nous était impossible de la combler entièrement avec un seul morceau de cartilage, sans laisser un espace mort. Il nous fallait donc recourir à un autre moyen. Aussi, après avoir prélevé tout

le bout cartilagineux de la première côte flottante, nous en taillons une portion, lui donnant une forme concavo-convexe. Ce greffon est mis dans le tunnel du nez, creusé à l'avance jusqu'à la région inter-sourcilière, et sa partie convexe s'adapte bien dans l'ensellure. L'autre bout est modelé de telle sorte qu'il présente un aspect plan-convexe, et nous le plaçons sur le premier. Comme nous n'étions pas entièrement satisfait du résultat obtenu, un dernier morceau de cartilage est pris sur la neuvième côte, sans toutefois sectionner l'insertion sternale, et après l'avoir modifié suivant les besoins, il est finalement glissé sur les deux autres. Sutures et pansement tel qu'il a été indiqué lors de la première intervention.



Fig. 4

La cicatrice frontale est à son tour réparée très facilement.

Les suites opératoires sont des plus simples, et la malade laisse l'hôpital le 30 mars absolument satisfaite du résultat obtenu. Son nez présente un joli profil, le lobule est abaissé, les narines sont légèrement rétrécies, et la respiration est excellente. (Voir photographie No 4, prise 2½ mois après la rhinoplastie).

Nous n'avons pas l'intention de répéter aujourd'hui ce que nous avons déjà longuement exposé dans trois travaux antérieurs sur la plastiqué des nez concaves. (1) Le dernier surtout résume la question d'une manière absolument complète, et jusqu'à date, il n'y a rien à ajouter. Mes confrères qui s'intéressent à ce sujet, y trouveront même une bibliographie fort documentée. Nous désirons simplement souligner certains points de détail appliqués aux deux cas présents.

Pour ce qui est du premier, l'autoplastie était très simple, car l'ensellure nasale était limitée par les os propres, qui n'avaient pas besoin de correction, et le lobule était bien solide. Nous n'avions donc qu'à introduire une greffe pour combler la perte de substance. La seule chose sur laquelle nous attirerons l'attention, est que l'intervention a été faite sans douleur, sous anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline.

Le second offrait de réelles difficultés, puisque nous avions à réparer un squelette arrêté depuis 10 ans dans son développement, et que le lobule était bien mou. Il nous fallait donc remplir successivement cette très forte concavité jusqu'à la région inter-sourcilière, sans y laisser d'espaces morts. Nous savons, en effet, qu'autant que possible on doit éviter un vide, lors de la mise en place d'un greffon quelconque, pour corriger une ensellure nasale. Bien qu'il fût nécessaire d'abaisser le bout du nez trop fortement attiré en haut, nous devons être très prudent pour ne pas l'écraser avec l'extrémité inférieure de nos cartilages, la sous-cloison ne présentant aucun support. Aussi nous avons placé les morceaux de côté, taillés en conséquence de manière à ce que la pression fut toujours faite à la base de la pyramide. Il est intéressant de noter que dans le but d'obtenir un résultat cosmétique aussi parfait que possible, nous avons dû mettre trois greffons superposés, et que ceux-ci ont été tolérés sans aucune sorte de réaction.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour dire que cette chirurgie nasale doit être pratiquée très proprement, car la moindre faute d'aseptie risquerait de produire une infection, et l'élimination consécutive de la greffe.

Afin de stabiliser celle-ci, lorsqu'elle est bien mise en place, il

(1) J. N. Roy.—Deux cas de rhinoplastie avec cartilage costal. *L'Union Médicale du Canada*, juillet 1921. — Plaie pénétrante du nez. Autoplastie avec lambeau indien. *L'Union Médicale du Canada*, août 1921. — La méthode de choix pour la correction des nez concaves. *L'Union Médicale du Canada*, mars 1927.

est important de placer deux petites bandelettes de diachylon, transversalement au dos du nez. Nous croyons de plus que le fait d'appliquer en dernier ressort une attelle en cuivre, — maintenue encore cette fois par du diachylon — a pour propriété de protéger davantage la partie opérée. Le pansement, pratiqué de la sorte, est très solide, et les yeux restent découverts.

Et pour terminer, nous répéterons ce que nous avons déjà antérieurement exprimé, dans les conclusions de notre dernier travail sur ce sujet, à savoir que le cartilage costal, introduit par la voie endo-nasale, représente la méthode de choix pour la correction des nez concaves.

RECUEIL DE FAITS

UNE OBSERVATION D'UN CANCER DE L'ESTOMAC CHEZ UNE JEUNE FILLE DE 25 ANS

Par **Léo BLAGDON**,
Professeur agrégé de l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

OBSERVATION.—Le 5 novembre 1928, une jeune fille de 25 ans est admise à l'Hôpital Notre-Dame, dans le service du professeur Mercier, avec le diagnostic d'appendicite à répétition, la dernière crise ayant débuté huit jours auparavant.

Antécédents familiaux: Rien de particulier. Un frère souffre de troubles digestifs vagues.

Antécédents personnels: Rougeole dans sa première enfance.

Maladie actuelle: Il y a 2 ans, la malade a eu une attaque d'appendicite, qui l'a immobilisée pendant un mois. Depuis ce moment, elle accuse très souvent des douleurs au creux épigastrique et à l'abdomen. Ces douleurs accompagnées de pesanteur, non calmées par l'ingestion d'aliments, d'une description plutôt vague, persistaient parfois toute la journée. Pas de sensation de brûlure, pas de vomissements avant les derniers huit jours, date de la dernière crise. Constipation opiniâtre et appétit vorace. Son poids a peu varié depuis quatre ou cinq ans. Elle pèse environ 100 lbs. Menstruation à 16 ans. Régulière depuis.

Examen clinique à son entrée: Faciès pâle, pouls à 120. Température: 99°. P.A. 120/70. Les organes génitaux, le cœur, le poumon, le foie, la rate et la thyroïde paraissent normaux. Urines normales. Wasserman négatif. Les seuls troubles qu'elle présente sont à l'abdomen. Il existe une douleur marquée avec défense musculaire dans la fosse iliaque droite, la région appendiculaire, et pylorique. Le reste de l'abdomen est négatif.

Ma première impression me fit confirmer le diagnostic d'appendicite à forme sub-aiguë. La malade était à la diète liquide depuis plusieurs jours; je fis continuer le même régime, avec de la glace sur l'abdomen, et je l'observai.

Le 7 novembre, la douleur épigastrique devient plus vive et la malade a des vomissements rougeâtres.

Le 8 novembre, mêmes troubles. Je pensai alors à un ulcère de l'estomac, et le 10 novembre, une radiographie nous donna un diagnostic d'ulcère de la petite courbure avec péri-gastrite.

Le lendemain de cette radiographie, et j'insiste sur cette coïncidence, la patiente fit une hémorragie abondante avec selles noirâtres. Nouvelles hématomèses le surlendemain, malgré le traitement médical le plus suivi. Arrêt de tout liquide, glace, appareil Murphy, hémoplastine à haute dose, etc. Enfin tous les symptômes s'atténuèrent les jours suivants, seule la douleur épigastrique persista, mais moins sévère. Le traitement de Sippy ne put être suivi que quelques jours; la malade le refusa, il la dégoûtait.

Le 22 novembre.—Numération globulaire: 3,300,000 globules rouges et 17,000 globules blancs. Hémoglobine 75%. (Le 1er décembre, transfusion de 450 grammes de sang citraté.)

Le 3 décembre.—Globules rouges sont augmentés de 472,000.

Le 5 décembre.—Un mois après son entrée, une hémoculture est positive pour le bacille fécalis. Vaccination par le vaccin à coli-bacilles et streptocoques combinés, pendant huit jours. La température se maintient dans les environs de 99.

Le 20 décembre.—Nouvelle hémoculture négative cette fois.

Le 29 décembre.—1½ mois après son admission, l'état de la patiente est fort amélioré; je décide de l'opérer. Anesthésie, éther. Incision para-centrale qui me permet d'aller enlever facilement l'appendice macroscopiquement malade, gros, turgescents et adhérent. L'utérus, les annexes et la vésicule biliaire sont normaux. Après avoir libéré plusieurs adhérences (péri-gastrique et péri-duodénale), je trouve ce qui me paraît être un ulcère calleux, avec une zone indurée de la largeur de 6 centimètres à peu près, situé sur la grande courbure, portion marginale pré-pylorique. Le pylore et le duodénum sont souples et d'apparence normale; pas de ganglions; l'épiploon avoisinant la lésion est épaissi. Résection large en tissu sain de toute la zone indurée et résection épiploïque, suture oblique de l'estomac et gastro-entérostomie postérieure, inférieure et marginale.

Fermeture sans drainage. Les suites opératoires furent simples. Quelques vomissements pendant 2 ou 3 jours, guérison par première intention sans aucun incident important. La malade a quitté l'hôpital le 1er février, digérant bien, et n'éprouvant aucune douleur.

Depuis son départ elle a engraisé, se porte bien, et une numération globulaire récente a été normale.

Une radioscopie et une radiographie prise avant sa sortie a donné le rapport suivant:

"Le fond de l'estomac est à 3 travers de doigts, au-dessus des crêtes en position verticale. On trouve sur la grande courbure, région pylorique, une large encoche (opératoire). Le fonctionnement du pylore est normal. Il est possible que la nouvelle bouche fonctionne aussi mais

comme la partie initiale du petit intestin se dirige précisément vers le nouvel orifice, on ne peut affirmer si le barium que l'on voit, vient du pylore ou de la nouvelle bouche ou quelle proportion vient de l'un ou de l'autre. Mais je crois que ce qui importe, c'est que l'estomac est à peu près vide après 2½ heures (il ne persiste qu'un très petit résidu) alors qu'avant l'opération on trouvait encore un bon tiers du repas après le même intervalle."—*Dr Panneton.*

Le chimisme gastrique fait le 30 janvier donne 1 heure après le repas d'épreuve:

Absence de Hcl. libre.

Acidité totale de 0.50 ctg. au litre.

Hcl. combiné 0.30 ctg. au litre.

Acide de fermentation, 0.20.

Donc hypo-acidité très nette."—*Dr Bertrand.*

Examen de la pièce.—Le professeur Masson a fait le rapport suivant:

"Epithélioma atypique ulcéré.

Invasion de la paroi dans toute son épaisseur.

Invasion des zones nerveuses des nerfs.

Invasion de l'épiploon."

Cette dernière constatation, l'invasion de l'épiploon, mérite d'être soulignée, car si on attache tant d'importance à la présence de ganglions pour aider notre diagnostic, nous savons aussi que dans certains cancers de l'estomac, l'épiploon est parfois envahi avant que l'on puisse constater la présence des ganglions. Donc, pas d'erreur, il s'agissait bien d'un cancer ulcéré de l'estomac chez une jeune fille de 25 ans, et non d'un ulcère calleux qui se serait cancérisé. L'histoire de cette observation m'a semblé intéressante à plusieurs points de vue.

1° L'âge de la malade: 25 ans. Il est excessivement rare de rencontrer des cancers d'estomac à cet âge, et même avant 40 ans. Et si je n'avais pas eu l'aide compétente du laboratoire, j'en aurais conclu à un ulcère calleux. Ce qui prouve l'importance du traitement chirurgical, même chez les jeunes, souffrant de l'estomac, quand le traitement médical n'a pas réussi.

2° La concomitance de l'infection dans les lésions gastrique, appendiculaire et biliaire. L'histoire clinique de ma malade jusqu'à

son entrée à l'hôpital, a été plutôt une histoire d'appendicite ayant débuté par la crise aiguë d'il y a deux ans, et marquée dans la suite par les troubles digestifs vagues et les douleurs plus ou moins précises que l'on rencontre dans ces cas. Ici, l'infection de l'appendice et de l'ulcération gastrique a évolué en même temps. De là la nécessité de l'exploration méthodique de ces différents organes, quand on opère sur l'un d'eux, et le danger d'oublier une lésion en activité.

3° L'hémorrhagie.—Elle est plutôt rare dans les cancers au début. Ce sont les ulcères du duodénum qui saignent le plus facilement et les ulcères calleux de la petite courbure où on les rencontre, du reste, le plus fréquemment.

Autre point sur lequel il faut insister est la coïncidence de l'hématémèse survenue chez ma malade peu de temps après l'examen radiologique. Il y a plusieurs cas rapportés de perforation de l'estomac survenue après un examen radiologique le jour même ou le lendemain, chez des anciens ulcérés. (Bittrolf) Ce dernier l'explique, soit par l'ingestion trop rapide, soit par manipulation trop brutale du compresseur, soit par le poids spécifique trop élevé de la baryte. Il faudra donc agir avec prudence chaque fois que l'on soupçonne une sténose pylorique avec estomac dilaté, porteur d'ulcère (B).

Si je n'ai pas opéré ma malade au moment de l'hémorrhagie, ni dans la période anémique consécutive, c'est d'abord parce que l'hémorrhagie généralement s'arrête avec le traitement médical, et à cause du risque d'une intervention chez une personne anémiée, il ne faut opérer que dans les hémorrhagies à répétition; ensuite parce que l'hémorrhagie est presque toujours causée par l'infection. Or nous savons depuis les travaux de Duval, Grégoire, Martel et autres les dangers considérables que courent les malades opérés en pleine poussée aiguë. Il faut donc savoir attendre, laisser refroidir la lésion, et enrayer la virulence microbienne avant d'opérer.

Chez notre malade, l'hémoculture était encore positive un mois après l'hémorrhagie, ce n'est qu'à la suite d'une vaccination assez intense que nous avons réussi à la rendre négative.

L'intervention d'urgence ne s'impose donc que dans les hémorrhagies profuses répétées qui ne cèdent pas au traitement médical, et, il va sans dire, dans les perforations.

Je n'insiste pas sur les avantages de la transfusion dans la période anémique pré et post-opératoire.

4° Le procédé opératoire: Je suis plus persuadé que jamais de

l'avantage de la gastrectomie partielle avec ou sans exclusion du pyllore dans les ulcères calleux de l'estomac, et cette observation est concluante dans ce sens. Je ne parle pas des ulcères du duodénum qui guérissent dans la grande majorité des cas, par la simple gastro-entérostomie. Balfour rapporte 84% de guérison chez 100 médecins opérés de cette façon. La gastrectomie devient une nécessité dans les cas de cancer opérable, il va sans dire. Et ceci m'amène à répéter une vérité connue depuis longtemps: si les statistiques des cancers opérés de l'estomac ne sont pas très bonnes, c'est que, ici comme ailleurs, on les opère trop tard. Et c'est pour éviter cette grande cause d'insuccès que nous devrions être plus interventionnistes pour les lésions de l'estomac. La technique et les indications opératoires sont très au point, à l'heure actuelle, du reste. Tout ulcère qui ne réagit pas, ou réagit mal au traitement médical, doit être opéré, parce qu'il s'agit souvent d'un cancer en évolution; parce qu'un ulcère récalcitrant, (calleux la plupart du temps), expose le malade à des hémorragies et à des perforations toujours graves; enfin, à cause du danger de la cancérisation possible de cet ulcère (2 à 10% des cas environ).

Je termine en appuyant de nouveau sur l'importance du traitement pré-opératoire, sur la bonne préparation du malade, condition première d'un bon résultat, en chirurgie gastrique.

DEUX CAS D'ÉPITHELIOMA DU COL UTÉRIN TRAITÉS PAR LE RADIUM (1)

Par **E.-P. GRENIER**,
Radiumthérapeute de l'Hôtel-Dieu.

Les deux cas d'épithélioma du col utérin que nous avons à vous présenter ce soir se ressemblent sur plusieurs points. Ils furent diagnostiqués chez deux jeunes femmes à peu près du même âge, 28 et 30 ans, également quelques mois après la naissance d'un enfant à terme, toutes deux refusées à l'opération, traitées au Radium, rendues opérables, totalement hystérectomisées, actuellement sous observation.

1er CAS.—Mme D. est accouchée de son deuxième enfant le 13 décembre 1926. Accouchement normal, comme son premier d'ailleurs. Cependant, durant cette dernière grossesse, elle eut beaucoup de pertes blanches; elles continuèrent après l'accouchement, finirent par l'affaiblir au point de lui faire consulter son médecin, qui lui conseille d'aller à l'hôpital subir un curettage. Elle est admise dans le service de M. le Dr St-Pierre le 23 octobre 1927. Le curettage est fait; mais comme ce chirurgien trouve le col suspect il fait une biopsie qui donne le résultat suivant:

Description macroscopique.—Morceau de tissu de la grosseur d'une fève très ferme à l'extérieur et plutôt mollassse à la partie médiane.

Examen microscopique.—Epithélioma pavimenteux très atypique.

Tumeur à stroma infiltré de cellules inflammatoires qui d'autre part s'insinuent en abondance dans les cordons épithéliomateux.

Nombreuses mitoses.—*Dr Pierre Masson.*

La patiente qui était retournée chez elle en est avertie aussitôt, mais comme à ce moment elle ne peut être hospitalisée faute de place et que bientôt ce sera Noël, elle décide qu'elle passera "Christmas at Home" et reviendra dès le commencement de l'année prochaine. Elle tint parole et le 17 janvier 1928 elle est admise à l'Hôtel-Dieu pour subir son opération. Comme deux mois et un peu plus se sont écoulés depuis le curettage et la biopsie, ces traumatismes, surtout le curettage,

(1) Donné à la Société Médicale de Montréal, séance de la Société Canadienne Française d'Electrologie et de Radiologie Médicales, 16 avril 1929.

ont semblé donner un coup de fouet tel au néoplasme qu'un véritable chou-fleur s'est installé sur le col. Il le recouvre presque entièrement en en laissant tout juste deviner le méat. La masse saigne abondamment au toucher, le col se fixe. Le Dr St-Pierre ne veut pas opérer dans ces conditions et me confie la patiente. Le traitement au radium est commencé le 24 janvier 1928 selon la méthode de foyers multiples préconisée à l'Institut Pasteur. Trois tubes de radium bout à bout dans une sonde en gomme sont introduits dans le col et dans l'utérus. Un foyer dans chaque cul-de-sac latéral, un autre debout devant le col: en tout une charge de 59.97 mgr de Radium élément avec une intensité moyenne de 450 uch pendant 48 heures donnera une dose de 21.6 mcd ou 2880 mgh.

On enlève le Radium pour désinfection. Il est réappliqué de la même manière avec en plus deux tubes de 6.66 mgr debout aussi devant le col, mettant la charge complète à 73.30 mgr, en 48 heures encore 30.4 mcd ce qui fait un total de 52.00 mcd ou 6933 mgrh. Le traitement est supporté avec une assez forte réaction élevant par moment la température jusqu'à 103 et le pouls à 120.

La patiente retourne chez elle le 9 février 1928. Le 30 avril elle nous revient pour examen. Tous les symptômes sont disparus. Le col nous apparaît lisse, de forme et de consistance presque normale, il est mobile ainsi que l'utérus. Comme la patiente demande au Dr St-Pierre si elle peut se considérer guérie il lui dit que ce serait plus sûr si elle était opérée. Elle consent aussitôt. Une totale est faite par le même chirurgien le 4 mai. Il n'y a ni induration ni infiltration ni adhérence. La pièce est portée au laboratoire et donne le résultat suivant:

Examen microscopique.—L'examen de la région cervicale et des paramètres ne permet de découvrir aucun vestige d'épithélioma.

Les seules lésions que présente le col sont une petite ulcération dont le fond est formé par un tissu purement inflammatoire et un état kystique de quelques glandes.—*Dr P. Masson.*

Un peu d'hémorragie après l'opération, on craint un peu pour la malade, mais elle se remet cependant assez vite et retourne chez elle le 22 juin 1928. Elle pesait alors 126 livres, elle en pèse aujourd'hui 146. Aucun symptôme de sa maladie, elle se porte bien et vague à toutes ses occupations.

2ième CAS.—Mme L., 28 ans, est accouchée en mai 1928 de son sixième enfant. Voyant que deux mois après son accouchement ses pertes sanguines continuent encore presque tous les jours, elle consulte son médecin qui lui fait un curetage; mais il s'aperçoit bientôt que cette intervention augmente plutôt l'hémorragie. Il diagnostique un cancer et la dirige vers l'Hôtel-Dieu. Après un long trajet de chemin de fer elle arrive le 2 août 1928 et est admise dans le service de M. le Dr Derome, salle Ste-Vierge. Elle est dans un état de faiblesse et d'anémie très avancées: hémoglobines 38%; globules rouges, 3,086,719;

globules blancs, 13,288; valeur globulaire 55%. Une biopsie est prise. En voici le rapport:

Examen microscopique.—Epithélioma pavimenteux stratifié avec ébauches de différenciation malpighienne et de globes cornés.

Tumeur infiltrante, envahissant le muscle utérin et les glandes cervicales, et très infectée, avec stroma rempli d'éosiphiles. Nombreuses monstruosités cellulaires. Mitoses pluripolaires.—*Dr P. Masson.*

Vu l'état exsangue de la malade et que la lésion néoplasique est très avancée, le Dr Dérome ne juge pas à propos d'intervenir et la malade m'est confiée.

L'examen nous révèle qu'un chou-fleur cache complètement le col, qu'il est fixe, qu'il saigne facilement, qu'il est ulcéré, purulent et présentant en certains endroits un commencement de nécrose, méat non réparable. Ne voulant pas risquer de faire une fausse voie ni porter l'infection à l'intérieur de l'utérus, nous serons obligés de faire le traitement en deux temps.

Premier temps, le 16 août 1928. Application d'un tube de Radium dans les culs-de-sacs chaque côtés de la tumeur, cinq autres tubes de bout devant la tumeur. En tout 66.63 mgr = 500 uch pendant deux fois 48 heures donneront 48.0 mcd plus 48 autres heures à 200 mch égalent 9.6 mcd en tout 57.6 mcd ou 7,346 mgrh. La malade étant très faible nous avons dû la tenir au grand air dans le solarium jour et nuit. Elle refusait d'entrer, elle étouffait dans la salle. Nous avons dû lui donner 500 grs de sérum artificiel chaque jour pendant son traitement en plus des stimulants cardiaques, etc., et nous faisons suivre le traitement de douze injections intra-veineuses aux glycéro-phosphates composés. Les hémorragies ont cessé ainsi que les autres symptômes. La patiente reprend des forces. La formule sanguine est alors: hémoglobine 56%, globules rouges 3,141,565; globules blanc 8,435; valeur globulaire 0.80%. Elle quitte l'hôpital le 19 septembre 1928 et se retire chez une de ses sœurs qui habite la ville. Nous la revoyons le 8 octobre; il n'y a plus d'hémorragie, plus de tumeur, le col est refait mais l'intérieur en paraît encore suspect. Il saigne un peu à la pression et on a la sensation d'une légère induration. La malade est hospitalisée à nouveau. Cette fois-ci elle est beaucoup plus forte et une dilatation facile permet l'introduction d'une sonde chargée de trois tubes de Radium dans le col et dans l'utérus 14.0 mc de plus sont détruits, ce qui fait en tout 71.6 mcd ou 9,613 mgrh. La patiente quitte l'hôpital le 14 octobre 1928; elle revient le 28 novembre de la même année. Elle a bonne apparence, se sent beaucoup mieux et a engraisé de 12 lbs; tout paraît normal sauf un supçon de bourgeon à l'entrée du col; je proposai de compléter le traitement mais M. le Dr St-Jacques étant chef de service cette fois, trouve que les résultats obtenus sont très bons et croit qu'il vaut mieux l'opérer, ce qui est fait sans difficultés aucunes le 3 décembre 1928. Le rapport histologique de l'examen de la pièce est le suivant:

UTERUS—petit et dur. Cavité de dimensions normales. Une cicatrice déprimée dans la région inférieure du canal cervical.

L'examen histologique montre, dans cette cicatrice, des débris de cordons néoplasiques sans activité multiplicatrice, partiellement envahis par des leucocytes. Certains, entièrement dégénérés, sont englobés par des cellules géantes.

Ces vestiges épithéliomateux n'existent que dans une région très limitée et voisine de la muqueuse utérine. Dans tout le reste du myomètre et des paramètres on n'en trouve pas de trace.

OVAIRES entièrement stérilisés et scléreux.—*Dr P. Masson.*

Les suites opératoires ne furent pas très brillantes, la patiente souffrant beaucoup, vomissant continuellement pendant plusieurs jours, ayant par le vagin des pertes purulentes d'odeur infecte; pouls rapides, fièvre, frissons, très inquiétante. Bref la malade languit ainsi pendant trois semaines et part finalement le 24 décembre 1928 pour son long voyage de retour chez elle dans un état qui aurait pu être meilleur. Elle devint encore plus mal en arrivant chez elle et fut administrée. Cependant dans sa dernière lettre du 15 mars dernier elle me dit qu'elle commence à reprendre le dessus.

Evidemment il n'est pas question de guérison dans ces deux cas-ci, le temps n'a pas encore parlé, mais les résultats immédiats sont je crois appréciables et j'ai pensé vous les soumettre dans le but d'en tirer quelques considérations d'ordre pratique. Donc à remarquer: *Premièrement*, l'âge relativement jeune des deux malades. *Deuxièmement*, l'importance de l'examen au spéculum dans les affections du col utérin. *Troisièmement*, la nécessité de l'examen histologique avant d'opérer ou d'irradier dans les affections du col d'une manière générale, et aussi dans les affections du corps utérin. *Quatrièmement*, la hâte qu'on doit apporter pour intervenir d'une manière ou d'une autre aussitôt après une biopsie confirmée, surtout après curettage. *Cinquièmement*, dans le deuxième cas ici, il est plus que probable que le cancer existait pendant la fin de la grossesse au moins, et qu'à ce propos, cancer diagnostiqué pendant les débuts de la grossesse = complication très grave — situation pas encore définie thérapeutique non plus; si diagnostiqué pendant les derniers mois, radiumthérapie et attendre pour faire l'accouchement par les voies naturelles ou par une césarienne. *Sixièmement*, l'opérabilité de ces deux malades d'après les critères d'opérabilité admis d'une manière générale et qui sont: 1° la mobilité de l'utérus, 2° des parois vaginales souples et non envahies, 3° des paramètres non infiltrés même dans le voisinage le plus immédiat du col. *Septièmement*, l'importance de l'emploi du radium avant l'hystérectomie dans les cas de néo du col, traitement qui a tendance à

devenir classique, de préférence à hystérectomie suivi de radium, qui devient traitement de "pis aller".

Le Dr Crossen, du Washington University Medical School traite les épithéliomas du col au radium suivi de radiothérapie profonde; il dit "qu'il est exceptionnel qu'un cancer du col soit vu assez tôt pour justifier une intervention chirurgicale. Dans ces cas très rares où il croit pouvoir opérer, il procède d'abord en donnant une forte dose de radium tout comme si ce traitement devait être suffisant pour obtenir la guérison, la patiente aura alors le bénéfice des deux traitements, irradiation et chirurgie.

D'après Regaud les cas opérables ne seraient qu'au nombre de 11.8% seulement.

L'Institut Pasteur réclame sur tous les cas de néo du col traités en général par radium et radiothérapie combinés, 57% de survie de cinq ans.

Faure, 70% de survie des cas opérables.

Les Drs Howard A. Kelly & Collen du John Hopkins Clinic ont compilé des chiffres sur les résultats obtenus dans le traitement du cancer du col utérin par le radium et ils montrent que pratiquement la moitié seulement des cas qui se présentent pour être traités au Johns Hopkins sont jugés opérables. Autrefois l'autre moitié était déclarée incurable et était renvoyée sans traitement aucun. Il a été prouvé que 27% de ces cas opérés vivaient après cinq ans; et parmi ceux qui avaient été déclarés opérables 27% sont morts à l'hôpital des suites de l'opération.

Ils font remarquer que si on essaie d'opérer après que le cancer a dépassé les limites du col, la mortalité est fortement augmentée. On constate que dans le traitement chirurgical du cancer du col, seuls les cas pris au début sont admis, tandis que dans la radiumthérapie, même des cas avancés sont traités et améliorés dans une mesure très appréciable. Dans un groupe de 58 cas traités au radium, qui ont été suivis, 18 de ces patients ne présentaient aucune récurrence après cinq ans. Ceci donne un pourcentage de guérison maintenue pendant cinq ans de 31% comparé à 13½% pour la chirurgie (et ceci dans l'un des meilleurs hôpitaux de l'Amérique); dans cette série de 58 cas il n'y avait que 14 cas opérables. De ces 14 cas, 12 ont été complètement guéris. Ce qui veut dire que le radium a guéri 83% des cas opérables.

Faisons donc tout notre possible pour *dépister* le cancer à *temps* et sauver par tous les moyens à notre disposition un plus grand nombre de vies.

EN MARGE DU CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE LA TUBERCULOSE À ROME EN OCTOBRE 1928

(suite)

Par **J. A. JARRY**,
Directeur médical de l'Institut Bruchési.

En France

Notre premier contact avec l'organisation antituberculeuse en France fut pris par l'intermédiaire bienveillant du Dr Evrot, aux quartiers généraux du Comité national antituberculeux.

La grande faucheuse enlève à la France 100,000 tuberculeux par année, au taux de 15%. On est surpris de ce taux excessif.

Mais il faut songer tout aussitôt que l'organisation merveilleuse de la France ne date que d'une décade, qu'elle doit s'étendre à un grand nombre d'hommes minés physiquement par la guerre, à des familles pendant plusieurs années torturées par la faim et par la misère morale, à un peuple qui doit, avant toute autre chose, restaurer ses foyers, ses champs, ses usines, à une nation pour qui le "primo vivere", après une victoire chèrement achetée, était le premier souci.

Sans doute, la France n'a guère que 18,000 lits pour 100,000 tuberculeux qui meurent. Mais n'est-ce pas déjà un signe de grande vitalité que d'avoir pu jeter sur le grand damier français une multitude d'organismes départementaux menant avec ensemble et méthode la lutte contre la tuberculose, sous la direction générale du Comité national antituberculeux ?

Je sais que le Canadien français, en ce qui regarde la France, doit se défendre contre l'attraction de la race. Mais je dois à la vérité de dire que nous avons été impressionnés et charmés par ce que nous avons vu à Silleray, à Bligny, à Orléans et à Nancy. Nos confrères de langue anglaise ressentirent les mêmes impressions, et je puis citer en témoignage un passage des notes de voyage de notre ami le Dr Stewart de Ninette, Manitoba, qui agit comme l'historien de notre tournée: "Je me hâte de dire que l'opinion favorable que

nous avons de ses sanatoria s'était formée bien avant le dîner (offert par le Dr Guinard), sans nul doute l'expression en fut plus spontanée, plus compréhensible et plus forte à la fin du repas." (Je remercie le Dr Stewart de m'avoir permis de consulter ses notes de voyage pour compléter les miennes.)

L'idée dominante qui préside à toute l'organisation française antituberculeuse, c'est la nécessité première de la prophylaxie chez l'enfant.

Les premiers pionniers de la lutte en France avaient créé leurs œuvres dans cette conviction. Bien avant le grand effort déployé pendant la guerre, par la fondation Rockefeller, tous ces organismes existaient, il est vrai, séparés, sans lien, sans homogénéité. Il faut reconnaître le mérite des Américains d'avoir compris l'idée française, de lui avoir laissé toute sa compréhension, tout en la fortifiant dans l'opinion publique et en lui donnant de l'amplitude.

Grâce à leurs efforts généreux, la France a aujourd'hui une filiale de l'Oeuvre Grancher, l'Oeuvre des Tout-petits; elle a plus de dispensaires, plus de sanatoria, elle a une organisation nationale que nous pourrions lui envier pour notre province de Québec.

Nous avons visité à Silleray un preventorium modèle pour des garçons à partir de 13 ans. C'est un ancien château bâti en 1870, occupé en 1871 par les Allemands et acheté à la fin de la dernière guerre par des Anglais en souvenir de leurs fils tombés au champ d'honneur. Ils en firent don à la France. La surintendante est la baronne Aurélie de Pitteurs. On y garde 250 enfants ayant vécu à Paris ou dans la banlieue au contact de parents tuberculeux et présentant des déficiences physiques. Jusqu'à ce jour 1200 garçons ont fait dans ce preventorium un séjour de cure assez prolongé, quelquefois 2 ans; ils y ont appris un métier, généralement celui de jardinier. Ce sont des candidats arrachés à la tuberculose. Le travail de prévention est le plus efficace. Quiconque a suivi d'un peu près le travail antituberculeux chez l'adulte a pu en remarquer la difficulté et parfois l'inutilité.

Dans ce chapitre du preventorium je devrais placer ici la visite que nous fîmes à Flavigny. Ce serait, en séparant cette œuvre de son organisme complet, déparer la beauté d'une organisation-type que je décrirai tout à l'heure.

Voyons, pour le moment, l'autre mode de prophylaxie chez l'enfant: Grancher, dans son Oeuvre du placement familial, avait déjà eu l'intuition du bien que ferait à la santé de l'enfant son

retrait de la famille tuberculeuse et son placement à la campagne, chez des fermiers sains, où la vie des champs lui apporterait une formation physique plus puissante.

Mais le nouveau-né ? Le bébé de la première enfance devait malheureusement continuer à vivre auprès du père ou de la mère tuberculeux, entouré du grave péril de la contamination.

La prophylaxie n'était donc pas complète.

Madame Arnold Selligman, avec le concours de Léon Bernard, fonda l'Oeuvre des tout-petits qui place à la campagne, dans des familles choisies examinées au point de vue médical et surveillées régulièrement par l'infirmière visiteuse, un ou deux petits enfants dans chaque maison. Il y a dans le centre du placement familial une maison où se font les examens des bébés, la préparation des portions quotidiennes de lait, l'éducation des mères adoptives, et quelquefois le soin des enfants malades à l'infirmerie. Si le parent tuberculeux est guéri ou décédé, l'enfant est retourné à sa famille à l'âge de 4 ans.

Nous avons visité les centres d'Orléans et admiré le travail accompli. J'en ai éprouvé d'autant plus de plaisir que j'avais, il y a quelques années, connu l'œuvre des tout-petits présentée et illustrée par son protecteur lui-même, au congrès des médecins de langue française à Montréal.

L'adulte tuberculeux a droit à la guérison. Cette épargne d'un capital humain considérable fut jugée bien précieuse au début de la grande guerre. Aussi l'organisation des sanatoria, en France, ne tarda pas à se former pour le soldat d'abord, que le conseil de révision avait déclaré tuberculeux, et après les hostilités, pour le civil.

Le sanatorium que nous avons visité à Bligny avec, comme mentor, son dévoué directeur le Dr Guinard, est un vrai modèle de sanatorium.

Sa situation, sa construction, son fonctionnement ont paru produire une vive impression de contentement sur mes compagnons.

Il y a deux établissements pour les femmes, construits en 1906 et en 1919, et deux pour les hommes, construits en 1909 et en 1928. La capacité totale est actuellement de 550 lits.

Le "Magasin du Louvre" de Paris solde les frais de cure de ses employés, dans une aile réservée.

Le coût moyen de chaque jour d'hospitalisation est de 84 centins. Des religieuses, recevant un salaire nominal de \$20.00 par année, font le service hospitalier avec l'aide de jeunes filles guéries qui font un

stage de deux ans pour être diplômées gardes-malades des tuberculeux.

Le traitement au pneumothorax artificiel y est largement employé — 40 à 50%.

Le Dr Guinard comprend que le traitement de sanatorium n'est qu'un épisode dans la cure du tuberculeux, qu'il devra retourner à son ancienne existence, garder les notions et les pratiques d'hygiène qu'il aura acquises sous la direction du service médical. Aussi porte-t-il une attention jamais détournée sur l'éducation de ses patients. Et comme il sait pertinemment qu'il est difficile de suivre son ancien patient, de le surveiller et de le maintenir dans la pratique de l'hygiène, il a fondé une association des anciens malades. Il a un bureau à Paris, d'où il les suit avec un dévouement sans borne, tant pour sauvegarder leur santé que pour leur assurer un emploi.

Mes compagnons ont remarqué avec une surprise exprimée, la présence de bouteilles de vin sur la table, au repas des malades.

Il y a des fibres intimes par lesquelles l'homme est rattaché à la vigueur et à la fertilité de son sol et que l'étranger ne connaît point ou ne peut soupçonner.

A son organisation médico-sociale de la lutte anti-tuberculeuse, la France ajoute une admirable organisation scientifique.

Les recherches de laboratoire ont apporté au problème tuberculeux de nouvelles données et de nouvelles armes. Il ne faut pas désespérer d'en voir sortir un jour le vrai remède spécifique de la tuberculose. C'est surtout à l'Institut Pasteur que le travail scientifique se fait avec le plus d'ampleur sous la direction du grand Calmette.

Nous avons visité, sous la direction du Dr Dujaric de la Rivière, les laboratoires où l'on prépare le B. C. G., au sujet duquel la Société des Nations a fait une enquête. La question du vaccin antituberculeux est partout à l'ordre du jour.

Dans les pays étrangers que nous avons visités, on en parle beaucoup, on sent qu'il y a quelque chose de nouveau et d'important, mais on reste dans l'expectative. En France les résultats sont très satisfaisants. Et il est reconnu par tout le corps médical français que l'on doit donner le B. C. G. à tous les enfants de contact. Ceci se dégage des statistiques fournies par l'Institut Pasteur.

Après Paris, Nancy ! Nous avons là, groupés dans une admirable ordonnance, tous les organismes de l'armement antituberculeux français.

C'est le type modèle de l'organisation antituberculeuse dans le cadre départemental.

Nous avons été reçus au Sanatorium Villemin, par le président du bureau, un beau vieillard aveugle, qui parla avec éloquence du Canada. On se souvient encore dans les milieux médicaux de Nancy, des deux Canadiens qui se sont fait remarquer au dernier congrès par leur éloquence.

Il faut considérer l'organisation départementale dans ses deux parties: dépistage et cure, et prophylaxie.

Pour la première, on peut la résumer ainsi: les dispensaires d'hygiène sociale, répandus dans le département, les salles d'isolement des hôpitaux d'arrondissement, font le dépistage et le recrutement des tuberculeux, les drainent vers le dispensaire central antituberculeux du département, cheville ouvrière de toute la lutte, qui les dirige ensuite vers l'hôpital sanatorium Villemin s'ils sont des tuberculeux incurables ou curables à longue échéance, ou dont l'examen final n'est pas terminé; vers le sanatorium de Lay Saint-Christophe, s'ils sont des tuberculeux curables à plus courte échéance. Entre les deux institutions s'accomplit un échange réciproque de malades; les cas améliorés de l'hôpital sont envoyés au sanatorium et les cas aggravés du sanatorium, à l'hôpital Villemin.

Cette organisation hospitalière comprend: 12 dispensaires d'hygiène sociale, établis dans le département suivant la prédominance des taux de mortalité tuberculeuse, dans les agglomérations, deux dispensaires spécialement antituberculeux, un hôpital et un sanatorium. Elle compte 500 lits, un lit pour 1,080 habitants, 1.6 lit pour 1 décès.

Le succès de la lutte en Meurthe-et-Moselle est dû en grande partie à la collaboration de toute la profession médicale.

Cela vient de ce que, depuis 1920, un enseignement théorique et pratique, au double point de vue médical et social, est donné à la clinique des maladies tuberculeuses (dispensaire central et hôpital Villemin) pour les étudiants; et que ceux de 4^{ème} année, ainsi que les candidats au diplôme supérieur d'hygiène, sont tenus d'y faire un stage.

J'ai donné un bien pâle résumé de l'organisation hospitalière antituberculeuse de Nancy. Il faudrait parler du fonctionnement des différents dispensaires, décrire l'hôpital et le sanatorium, parler du travail de l'infirmière visiteuse. Cela demanderait un exposé

plus complet et plus long que de simples notes de voyage, en marge d'un congrès.

La prophylaxie de la tuberculose, comme je l'ai indiqué, est l'idée dominante de l'organisation française et elle est réalisée à Nancy, de magnifique façon.

Le dispensaire central s'occupe du placement familial des tout-petits à Thorey, en liaison avec l'œuvre centrale.

Le placement collectif des enfants de contact est assuré depuis 1925, grâce au préventorium de Flavigny, antique prieuré bénédictin, fondé en l'an 960. Il compte 400 lits pour garçons de 5 à 14 ans et pour fillettes jusqu'à 16 ans.

Ce preventorium est dirigé par une commission administrative, sous l'autorité de l'office d'hygiène sociale.

A ces organismes de prévention, il faut encore ajouter les colonies scolaires et les écoles de plein air, à Nancy, à Briey, à Lunéville. Dépendantes plus ou moins de l'office d'hygiène sociale, ces colonies et ces écoles ont avec le dispensaire une très étroite liaison, par où se manifeste l'unité de plan, dans la lutte antituberculeuse.

Enfin, pour généraliser une prophylaxie plus durable et plus sûre, le dispensaire central de Nancy a adopté la prémunition par le vaccin B. C. G.

A l'heure actuelle, environ 500 enfants ont été vaccinés par voie digestive et 374 par voie sous-cutanée.

Nancy nous a profondément impressionnés. Nous avons pu constater combien était vraie l'appréciation de Léon Bernard, que "c'est le département le mieux organisé."

Prenons l'avis du maître placé lui-même à la tête de l'hôpital Laënnec à Paris. Grâce au Dr Parisot, l'âme ardente de toute cette organisation magnifique, la lutte antituberculeuse fait de réels progrès dans le département de Meurthe-et-Moselle.

En Suisse

Notre itinéraire nous conduit en Suisse, à Leysin. La Suisse, centre sanatorial de l'Europe, nous a donné l'impression d'un petit pays magnifiquement organisé à tous les points de vue. Nous avons été reçus au sanatorium "Grand Hôtel" par le Dr Jacquero, que l'Institut Bruchési a eu l'honneur d'avoir pour hôte pendant le congrès des médecins de langue française à Montréal.

Là comme en France, le principe de la cure, c'est le repos, non

seulement sur la chaise longue, mais au lit, et en surplus repos du corps et repos de la langue.

Le "Grand Hôtel" est situé à une altitude de 4,500 pieds.

Les cliniques du Dr Rollier s'occupent plus particulièrement de la tuberculose osseuse, le traitement consistant en bains de lumière et en soins orthopédiques.

La renommée du Dr Rollier est internationale, et ce n'est pas sans cause.

En Italie

Rome était le but de notre voyage. Le congrès international qui devait s'y tenir promettait de nous donner quantité de renseignements sur des sujets importants.

Calmette lut un rapport sur les "éléments filtrables du virus tuberculeux"; on discuta de la "Tuberculose chez l'enfant" sans cependant donner les termes définis d'une standardisation du diagnostic; on exposa aussi l'organisation de la prophylaxie tuberculeuse dans les districts ruraux.

Le congrès de Rome fut organisé comme un congrès local, et il le fut aussi. Sur 52 rapporteurs il y avait 30 Italiens. Les salles de réunion pouvaient à peine contenir un tiers des congressistes. Ce fut pour beaucoup, venus de loin, un grand désappointement. Un grand nombre s'étaient rendus au congrès pour entendre discuter la brûlante question du B. C. G. Il n'en fut point parlé, attendu que la Société des Nations avait pris sur elle de s'enquérir de tous les faits, à l'Institut Pasteur.

Notre groupe était le plus nombreux, à part de la France et, sans nul doute, de l'Italie. Mais si le congrès de Rome ne donna point tout ce que nous en attendions, en revanche l'exposition anti-tuberculeuse internationale fut digne de notre attention. Nous avons pu en même temps connaître plus en détail la récente organisation antituberculeuse de l'Italie, et je veux en terminant en dire quelques mots.

Chaque province du royaume a la charge de réunir, en un seul faisceau, la province, les communes, toutes les institutions anti-tuberculeuses et, par la loi de 1927, le Consortium provincial est le seul organe d'initiative, de coordination, de discipline, et lui est attribuée la haute fonction sociale de l'assistance sanitaire du tuberculeux.

La lutte est donc confiée à un petit nombre de grands organismes nationaux, sous le contrôle du ministre de l'Intérieur, et sous la direction de la fédération nationale italienne fasciste.

Cette organisation définitive est le fruit de longues et fréquentes coordinations d'associations et d'œuvres volontaires.

L'Italie s'est transformée dans le domaine social comme dans le domaine politique. Son gouvernement lui a donné un nouveau facteur de progrès pour le développement de son organisation anti-tuberculeuse: l'assurance obligatoire.

La loi d'assurance s'adresse à tous les ouvriers assurés contre l'invalidité et la vieillesse, qui ne gagnent pas plus que 800 liras par mois. L'employé et l'employeur paient chacun leur part. En cas de tuberculose, l'assuré a droit à l'assistance, pour lui, sa femme et ses enfants. Jusqu'à présent tous ne se sont pas encore soumis à la loi. On peut évaluer à 22,000,000, près de la moitié de la population, le nombre des bénéficiaires.

Cette loi de l'assurance obligatoire apporte à la lutte plus de 400,000 liras pour les premières dépenses de fondation et 300,000,000 par an pour le fonctionnement des organismes antituberculeux.

L'avenir ne manquera pas de dire quel grand bienfait Mussolini a donné à l'Italie.

Au Canada

On ne peut pas avoir observé les organisations antituberculeuses étrangères sans être tenté de les comparer avec la nôtre.

A certains points de vue l'organisation de nos provinces peut soutenir favorablement la comparaison et même n'a rien à envier aux pays étrangers.

Aussi n'est-on pas surpris que la mortalité tuberculeuse y soit la plus basse. On serait surpris du contraire, quand on sait que dans la lutte antituberculeuse, mortalité et organisation sont en relation de cause à effet. Cependant notre province de Québec a besoin de plus de cohésion. Nous travaillons tous isolément. Les divers organismes qui font la lutte à la tuberculose devraient être réunis dans une association provinciale, sous l'égide du gouvernement. Un comité de direction imprimerait à tous un même mouvement et serait le juge du travail accompli. Comme en France il distribuerait les subventions gouvernementales au pro rata des efforts entrepris.

La collaboration du médecin sera toujours nécessaire. L'orga-

nisation de Nancy y a trouvé son meilleur progrès. Nous la sollicitons depuis longtemps. Nous l'avons obtenue dans une certaine mesure.

Je suis revenu de mon voyage d'étude raffermi dans la conviction qu'un dispensaire doit être un centre de dépistage, de diagnostic et de triage; qu'il faut à ses côtés des chambres d'observation et que ses médecins de service doivent être des médecins de pratique générale spécialisés dans les maladies du poumon.

Tel est bien notre dispensaire de l'Institut Bruchési. Nous avons dépisté, l'an dernier, 400 tuberculeux, dont la moitié ont été hospitalisés. Les autres malades non tuberculeux ont été renvoyés à leur médecin ou aux hôpitaux généraux, comme ne relevant pas de nos activités. C'est dans cette direction que tendront toujours nos efforts. Nous sommes à la disposition des médecins pour les aider dans le dépistage et le diagnostic des tuberculeux. Nous voudrions qu'ils comprennent qu'ils ont une part très grande à apporter à la lutte antituberculeuse et que sans cette collaboration le succès ne sera jamais complet.

MOUVEMENT MÉDICAL

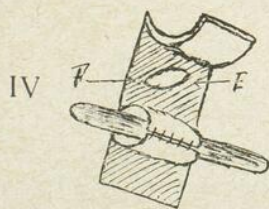
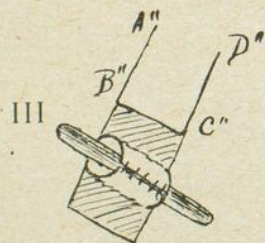
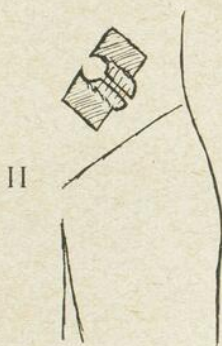
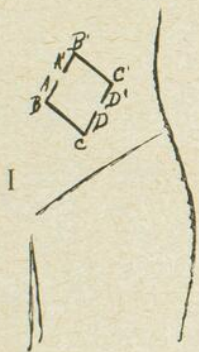
TECHNIQUE CHIRURGICALE PRÉCONISÉE PAR M. RAYMOND GRÉGOIRE, DE PARIS ANUS ARTIFICIEL DÉFINITIF

Par Réal DORE,

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

Le but de cette technique est de créer un tunnel cutané sous une anse intestinale extériorisée.

La branche mobile de la barrette Grégoire introduite dans ce tunnel joue le rôle d'un sphincter.

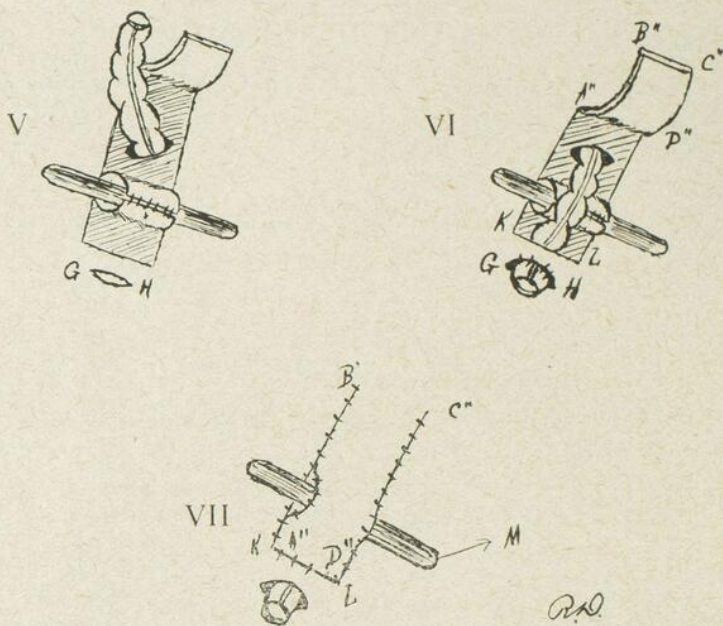


Cette technique permet de supporter moins péniblement une infirmité dont se plaignent avec raison les malades porteurs d'un

néoplasme ou d'un rétrécissement cicatriciel du rectum ou de l'anse sigmoïde.

Inutile d'ajouter que l'usage de cette barrette n'a rien à faire quant à l'évolution d'une lésion néoplasique inopérable.

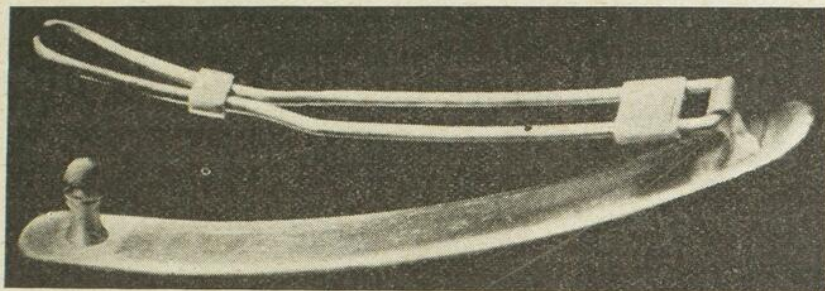
Une série de schémas avec légende rendra les différents temps opératoires plus concrets qu'une simple description.



- 1) Incision cutanée pour faire le tunnel dans lequel passera le branche mobile de la barrette Grégoire. ABCD et A'B'C'D'.
 - 2) Les bords BC et B'C' des lambeaux créés par l'incision en (I) sont suturés et donnent naissance au tunnel cutané.
 - 3) Un troisième lambeau cutané est taillé en A''B''C''D''.
 - 4) Ce troisième lambeau est relevé et l'incision des muscles et du péritoine est pratiquée en E F.
 - 5) Le colon descendant est attiré à l'extérieur et sectionné. Le bout inférieur est fermé et abandonné dans le ventre.
 - 6) Le bout supérieur est rabattu sur le tunnel cutané et son extrémité passé dans le trou G H pratiqué à la peau, puis fixé au pourtour de cette fente cutanée.
 - 7) Le troisième lambeau A''B''C''D'' est rabattu sur le tout et suturé en K L et tout le long de ses deux bords A''—B''K et C''—D''L.
- M) Baguette en verre qui sera remplacée par la branche mobile de la barrette Grégoire quand le tout sera cicatrisé.

Donc le colon extériorisé est situé entre le tunnel cutané et le lambeau cutané A''B''C''D''.

La barrette Grégoire mise en place comprime, en ses branches, suffisamment l'intestin pour fermer complètement la lumière de celui-ci.



Barrette Grégoire

Quand le besoin d'éliminer le contenu intestinal se fait sentir, la barrette est enlevée. Une toilette locale est pratiquée et cette région reste d'une propreté parfaite, détail très apprécié par ces pauvres malades.

ANALYSES

MEDECINE

EDOUARD ANTOINE et PIERRE ROLLAND. — **Etude de quelques poudres dans le traitement des affections gastro-intestinales** ("Arch. des Mal. de l'App. Digestif et des Mal. de la Nutrition", juil. 1928).

Les sels de Bismuth (carbonate et sous-nitrate) seuls ou associés à d'autres poudres : Kaolin, hydrate de Magnésie, talc, charbon de peuplier, etc., ont donné aux Auteurs des résultats thérapeutiques tellement intéressants dans les affections de l'intestin et spécialement du colon (constipés et colitiques de toutes sortes), qu'ils en sont arrivés à proscrire l'usage des lavements, des lavages d'intestins, des purgatifs, procédés par trop souvent brutaux dans un grand nombre d'affections du gros intestin. Il y a toutefois des exceptions pour certains cas particuliers : "La thérapeutique, disent-ils, qui consiste à traiter un colon malade et fragile à coups de purgatifs ou de lavements au lieu d'essayer avec patience et conviction de le rééduquer par la douceur, a causé bien souvent d'irréremédiables désastres. Dans un travail d'une vingtaine de pages, ils font voir l'action respective de chacun des médicaments susmentionnés.

Le sous-nitrate et le carbonate de Bismuth : comme topique, absorbant, anti-acide, anti-parasitaire, antisiphilitique, agglutinateur d'un certain nombre de germes, calmant de la douleur et anti-spasmodique.

Le kaolin : son action chimique, mécanique, antitoxique et antimicrobienne; son action sur la flore intestinale de l'homme et des animaux.

L'Hydrate de Magnésie : son action sur l'estomac, sur l'intestin; ses indications thérapeutiques contre les gaz, les fermentations, l'hyperacidité et la constipation.

En associant ces trois derniers médicaments, ils ont composé la formule que voici et dont ils vantent les avantages.

R/

| | |
|---|-------------|
| Carbonate de Bismuth très pur | 100 grammes |
| Kaolin lavé et purifié | 280 grm. |
| Hydrate de Magnésie | 60 grm. |
| Sucre | 180 grm. |
| Mucilage végétal | 20 grm. |
| Vanille | 0 gr. 60 |

Sig. : Une cuillerée à soupe de poudre dans un verre d'eau, tous les matins, au réveil.

Au début, il est bon d'aider ces malades avec quelques conseils d'hygiène: compresse froide abdominale le matin, petit déjeuner avec fruits crus, gymnastique abdominale, belladone, huile de Paraffine.

Cette poudre composée agit non pas tant comme accélérateur que comme rééducateur de la kinésie normale du colon. Les parties spasmodiques se détendent tandis que les parties atones du colon reprennent leur tonus normal.

J.-Alfred MOUSSEAU.

D. BINES. — **La cure d'engraissement par l'insuline** (Thèse de la Faculté de Paris, 1928).

Les indications de la cure d'engraissement par l'insuline sont très difficiles à établir. C'est le médicament symptomatique de la maigreur en général; il ne s'adresse point — en dehors du diabète — à la cause de l'amaigrissement avérée ou cachée, laquelle n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire: la diversité nosologique des malades qui ont bénéficié du traitement en est la preuve: des tuberculeux, des phthisiques, des cancéreux même, ont été traités avec succès.

Persuadé l'innocuité absolue du traitement par l'iloglandol, lorsque le régime alimentaire est suffisamment riche en hydro-carbones, pour éviter tout incident d'hypoglycémie, l'auteur a pu constater:

1° Que les doses parfois considérables d'hormone pancréatique administrées par les auteurs allemands et autrichiens n'étaient nullement nécessaires (ce qui ressort d'ailleurs nettement des travaux de Moutier et de Max Lévy).

2° Que, contrairement aux conclusions déjà formulées, une cure ambulatoire est parfaitement possible sans aucun danger.

La technique personnelle de l'auteur basée sur cette double constatation consiste dans l'injection quotidienne de 15 ou 30 unités cliniques (1 ou 2 ampoules d'Iloglandol Roche) pratiquée **quelques minutes seulement** avant l'un des principaux repas (celui du soir en général) par voie sous-cutanée profonde, pendant quinze jours à trois semaines. Le régime alimentaire des malades doit être assez riche en hydro-carbonés non seulement pour neutraliser l'insuline administrée (1 gr. 50 à 2 gr. par U. C.), mais encore pour en apporter un appoint supplémentaire. C'est la condition de l'innocuité de la cure et c'est encore la condition du succès. La cure ne nécessite ni l'hospitalisation des malades, ni même un repos au lit plus ou moins prolongé. Les sujets en traitement peuvent parfaitement continuer à vaquer à leurs occupations habituelles: ce qui est un point excessivement important au point de vue de la pratique médicale.

L. BLUM, VAN CAULAERT et P. GRABAR. — **Les différents types de néphrites avec azotémie** ("La Presse Médicale", 19 janvier 1929).

Ces auteurs démontrent que si le sel est en trop grande déficience dans l'organisme, il s'ensuit une azotémie progressive. C'est le "syndrome

azotémique par manque de sel". Ce déficit en sel a comme cause non un trouble rénal mais un trouble humoral. La pathogénie divise cette azotémie en trois classes.

1° *La néphrite avec syndrome azotémique d'origine rénale.* Dans l'urémie de ce syndrome classique, il y a rétention de chlore dans les tissus: "chloropexie tissulaire". L'équilibre acide base a une action sur le chlore du plasma sanguin. Il existe une forte chloruration si avec une acidose élevée le chiffre de chlore du plasma sanguin est au-dessus du taux normal de 3 gr. 50. Un régime déchloruré diminue l'excès de chlore. L'acidose disparaît et l'azotémie s'abaisse.

2° *La néphrite avec syndrome azotémique par manque de sel.* L'organisme se trouve complètement déchloruré par les troubles occasionnés par ce syndrome. Il y a amélioration en lui fournissant du sel: l'azotémie diminue, la sécrétion urinaire augmente. Si par trop forte administration de sel, la chlorémie devient au-dessus de 2 gr. 80, chiffre normal, l'amélioration cesse.

3° *La néphrite avec syndrome azotémique d'origine mixte.* Si l'azotémie atteint un chiffre élevé tel que 6 grammes par exemple et la chlorémie 3 gr. dans certains cas, elle ne peut complètement disparaître même avec des doses fortes de sel. Le taux au-dessous duquel l'urée ne peut être abaissée, c'est l'azotémie résiduelle d'origine rénale. Tandis que tout ce qui est au-dessus i.e. la quantité d'azote d'apport, est attribuée au manque de sel.

Quant au diagnostic différentiel, la symptomatologie est la même pour les trois classes. Les examens des urines, du sang (chlore du sang total et chlore plasmatique) sont complexes et incertains. Mais l'examen du liquide céphalo-rachidien paraît être le meilleur moyen pour remonter la chloropénie et la chloropexie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Alice ULRICH-LEOZ. — **Traitement opothérapique des symptômes obésité, stérilité, migraine, dans les insuffisances ovariennes** ("Le Progrès Médical", No 9, 2 mars 1929).

Outre les troubles génitaux et menstruels qui caractérisent le syndrome hypoovarien, on constate fréquemment la triade symptomatique obésité, migraines périodiques et stérilité. Les médications opothérapiques classiques sont d'un faible secours et ne peuvent qu'intervenir subsidiairement, épisodiquement et à titre tout à fait accessoire dans le traitement de l'hypoovarie. Institué par les extraits d'ovaires, le traitement opothérapique est beaucoup plus logique et causal et réussit très bien, chez des jeunes filles, surtout, souffrant d'insuffisance ovarienne simple sans obésité concomitante, bien caractérisée. Mais en présence du syndrome adipo-génital, lorsque l'obésité occupe une place prépondérante, l'auteur préfère se servir de l'extrait spermatogénétique. Il a été établi expérimentalement une analogie hormonale entre le testicule et l'ovaire, analogie devant être recherchée dans la partie spermatogéné-

tique de la glande génitale mâle d'où peut être extraite un élément complémentaire et équilibrant d'un ovaire perturbé fonctionnellement. Employée sous forme d'ampoules et de comprimés d'androstine, cette opothérapie spermatogénétique a donné les meilleurs résultats à l'auteur qui rapporte à l'appui 6 observations.

Ainsi dans les cas d'hypoovarie s'accompagnant d'obésité, de troubles sympathiques avec ou sans troubles psychiques, de stérilité et d'hydrorrhée intermenstruelles, l'auteur croit qu'il vaut mieux employer de préférence au traitement opothérapique ovarien, l'opothérapie spermatogénétique. L'extrait spermatogénétique peut être associé cependant à l'opothérapie ovarienne mais pas à l'extrait thyroïdien parce que ces deux opothérapies ont une similitude d'action assez grande qui contre-indique leur emploi simultané.

Gabriel LAFRESNIERE.

CHIRURGIE

Stanley E. DENYER. — **Tétanos traité par une injection intraveineuse de sérum antitétanique** ("The Lancet", vol. CCXC, No 5473, 1928).

L'observation rapportée par l'auteur concerne un jeune homme de 21 ans souffrant d'un tétanos grave dont l'état empirait de jour en jour malgré des injections abondantes de sérum antitétanique sous-cutanées, intra-musculaires et intra-rachidiennes. Le 5ième jour de son entrée à l'hôpital tout espoir est perdu. On pratique alors une injection dans le 4ième ventricule de sérum antitétanique. Dès le lendemain, amélioration notable: le trismus disparaît, l'alimentation est reprise et le malade quitte l'hôpital guéri un mois après.

Mercier FAUTEUX.

Raymond BERNARD. — **Traitement chirurgical des cancers du plancher de la bouche propagés au maxillaire inférieur par la résection partielle du maxillaire** ("Journal de Chirurgie", tome XXXIII, No 3, mars 1929, page 302-310).

Au centre anticancéreux de la Salpêtrière R. B. dit que l'on préfère commencer le traitement par la curiethérapie pour terminer par la résection secondaire de la partie nécrosée du maxillaire à cause de la dissémination inflammatoire et cancéreuse que provoque l'acte chirurgical ainsi que la déformation de la région qui ne tend plus l'arc maxillaire.

L'envahissement du maxillaire se fait par le rebord alvéolaire en contact avec la gencive mais le malade se présente presque toujours à un stade avancé de la maladie et arrive ordinairement avec une tumeur ulcérée qui a creusé en dessous de la langue. Si la langue est peu infiltrée et mobile, si la phonation et la mastication sont conservées, on fait une résection partielle mais si la langue est immobile, que la phona-

tion et la déglutition sont impossibles, il faut faire une résection totale du maxillaire.

R. B. préconise la technique de l'opération de Morestin: soins préopératoires très minutieux, éthérisation rectale ou anesthésie locale, incision en T, résection partielle du maxillaire, section du plancher de la bouche et de la langue, réparation soignée. L'opération est rapide, peu mutilante, les suites post-opératoires simples, parce que les espaces cellulaires du cou et de la tête ont été ménagées. Plus tard, il faut faire construire un appareil prothétique pour permettre la mastication et soutenir la lèvre. En un second temps, R. B. conseille de pratiquer, pour les adénopathies concomitantes du cou, des curages totaux et bilatéraux du cou jusqu'aux clavicules en supprimant toujours le sterno et à peu près toujours la jugulaire.

En conclusion R. B. dit que l'opération de Morestin est d'un pronostic favorable et qu'en plus elle conserve l'ampleur de la bouche, les attaches antérieures de la langue et de l'appareil hyoïdien.

C. E. HEBERT.

CECIL P. G. WAKELEY. — Tumeurs des glandes salivaires ("Surg., Gyn. & Obs.", page 635, mai 1929).

Les angiomes des glandes salivaires sont très rares et sont ordinairement des lésions congénitales. Les adénomes sont surtout parotidiens ayant une tendance à se transformer en adéno-carcinome.

Les lésions les plus fréquentes sont les tumeurs mixtes de la parotide, elles contiennent surtout du tissu épithélial, sont communes à tous les âges et aux deux sexes; le nerf facial est ordinairement libre et ne cause des ennuis que lorsque la tumeur se dégénère. Leur fréquente récurrence fait penser à la malignité et c'est pourquoi il y a avantage à associer le radium à l'acte chirurgical en ayant soin d'appliquer de petites doses pour éviter la paralysie du facial.

Malheureusement l'évolution de ces tumeurs mixtes est lente et souvent les malades ne consultent que lorsque le facial est pris et alors il est trop tard car la tumeur est en dégénérescence cancéreuse.

D'après la statistique de 52 cas fournis par W., 40 fois l'examen histologique révèle une tumeur mixte et 12 la tumeur est maligne; l'âge moyen est de 58 ans et lorsque le facial est pris, la survie est d'à peu près 16 mois.

Comme conclusions, W. dit que les tumeurs mixtes récidivent très souvent et pour cette raison l'on doit toujours craindre la malignité quoiqu'elle ne soit pas toujours prouvée histologiquement.

C. E. HEBERT.

PEDIATRIE

MOURIQUAND, BERNHEIM, PUIG et CREVAT. — **Oedèmes néphrosiques et néphrose lipoïdique chez l'enfant** ("Archives de Médecine des Enfants", avril 1929, p. 193).

Depuis longtemps, les auteurs allemands opposent les lésions dégénératives aux lésions inflammatoires du rein, les secondes traduisant l'existence d'une *néphrite*, les premières d'une *néphrose* (Mueller). Munk et Volhard qui rendirent classique, en Allemagne, ce terme de néphrose, montrèrent que le substratum de cet état consiste dans un trouble diffus du métabolisme, retentissant secondairement sur le rein, sous forme d'altérations du type dégénératif, différentes de celles des néphrites proprement dites.

Parmi ces néphroses, il est un type très intéressant à connaître au point de vue pratique : c'est la *néphrose lipoïdique* ou *néphrose chronique*.

La néphrose lipoïdique, qui s'observe surtout dans l'enfance, est essentiellement caractérisée par une forte albuminurie, de gros œdèmes, une hypercholestérimie marquée, l'abaissement de la teneur en albumine du plasma sanguin, la curabilité par le régime hyperazoté et l'extrait thyroïdien.

Très démonstrative, à cet égard, est l'observation rapportée par Mcuriquand et ses collaborateurs. Il s'agit d'un enfant de quatre ans atteint d'une néphropathie chronique caractérisée par de gros œdèmes, des urines peu abondantes et une forte albuminurie. C'est le tableau classique d'une néphrite chlorurémique.

Malgré le régime déchloruré, la théobromine, les œdèmes persistent. On élargit alors le régime alimentaire et on essaie même de donner de la viande. Loin d'aggraver l'état de l'enfant, cette diététique l'améliore, l'albumine diminue considérablement. On pense alors à la possibilité d'une néphrose et les examens de laboratoire confirment cette idée. En effet, il existe de l'hypercholestérimie et les albumines du sérum sont très diminuées.

Sous l'action du régime hyperazoté et de l'extrait thyroïdien, les œdèmes disparaissent, l'albuminurie diminue considérablement, cependant qu'augmente le taux des protéines et que s'abaisse le chiffre de la cholestérimie.

Deux mois après l'institution de ce traitement, l'enfant paraît cliniquement guéri. Les œdèmes ont disparu; l'albumine persiste, mais à un taux relativement minime. L'état général est excellent.

Un pareil résultat thérapeutique montre l'intérêt que présente l'étude de la néphrose lipoïdique au point de vue pratique et justifie la place importante que l'on accorde actuellement en pathologie à la question des œdèmes néphrosiques.

Paul LETONDAL.

CATHALA et VERMOREL. — **Le problème de l'alimentation sans lait dans la première enfance** ("La Presse Médicale", 15 décembre 1928, p. 1596).

Le problème de l'alimentation sans lait dans le premier âge est un problème difficile; il se pose en pratique pour les nourrissons qui avec les régimes usuels, lacté ou lacto-farineux, présentent des retards de la croissance, des troubles de la nutrition, des phénomènes d'idiosyncrasie.

Jusqu'à ces dernières années quand la suppression du lait s'imposait, on était conduit à donner à l'enfant un régime hydrocarboné à base de farineux et l'on s'efforçait de trouver dans un dérivé du lait (babeurre, poudre de lait maigre) un apport alimentaire qui sans dépasser les limites de la tolérance permit la croissance. Une telle méthode était très imparfaite et donnait souvent des résultats déplorables: ou bien l'enfant ne progressait pas, ou bien il se dystrophiait gravement en même temps que fléchissait sa résistance contre les infections.

Actuellement en France, plusieurs médecins utilisent avec succès chez de très jeunes enfants des régimes sans lait, à base de foie de veau. Les bons résultats obtenus avec ces régimes par Cathala et Vermorel les ont incités à étudier de très près la question et à prendre connaissance d'une série de mémoires de langue allemande très importants. Ce sont eux que C. et V. ont voulu analyser et faire connaître au public de langue française..

Le mérite d'avoir nettement posé le problème et de l'avoir étudié scientifiquement revient au pédiatre R. Hamburger. En 1923, Hamburger publia un mémoire, basé sur douze observations précises, tendant à démontrer: 1°—Que l'on peut, sans lait, obtenir le développement harmonieux de très jeunes enfants; 2°—Que ces régimes d'ablactation précoce permettent de très beaux succès dans les états dystrophiques où le lait ne convient pas ou convient mal.

Pratiquement le régime de R. Hamburger comporte 800 gr. d'une bouillie farineuse de crème de riz (6 à 8 p. 100) avec 10 à 30 gr. de sucre. Dans cette bouillie, sont incorporés 40 à 80 gr. de foie de veau cuit et broyé au mortier. Pour couvrir les besoins en graisses, Hamburger utilise 100 à 300 gr. de la soupe de Czerny-Kleinschmidt (Buttermehlnahrung), ce qui revient à introduire 10 à 30 gr. de beurre dans le régime. Hamburger complète son régime avec 10 à 30 gr. de jus de fruits ou de légumes et 5 à 10 gr. d'huile de foie de morue.

Les points remarquables du régime d'Hamburger sont: 1°—L'utilisation du foie comme source d'albumine; 2°—L'utilisation du beurre comme source de matière grasse; 3°—La très grande richesse en vitamines.

D'après Hamburger, les nourrissons même très jeunes acceptent un tel régime et les résultats à échéance éloignée sont satisfaisants, ce qui a une très grosse importance: la valeur d'un régime, en effet, se juge plus encore par ses résultats éloignés que par ses résultats immédiats (Barbier).

Les mêmes conclusions se dégagent des tentatives de B. Epstein (de Prague) qui utilise des puddings au foie de veau contenant, en plus des aliments précités, un œuf battu en neige.

Quelques recherches de contrôle ont été effectuées sur le métabolisme des divers éléments d'une alimentation aussi riche et aussi variée. Il résulte de ces travaux que l'azote, les graisses, les sels minéraux sont aussi bien tolérés que chez les enfants à l'alimentation lacto-farineuse.

Il est certain que des observations cliniques plus nombreuses, des recherches biologiques plus poussées sont nécessaires pour porter un jugement définitif sur de tels régimes, qui nous entraînent si loin de nos habitudes alimentaires. Mais ces nouvelles méthodes, qu'on utilise actuellement en France, nous paraissent destinées à rendre au pédiatre de précieux services dans les cas où s'impose l'alimentation sans lait chez les jeunes enfants.

Paul LETONDAL.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PIERRE PRUVOST. — **Symphyse pleurale au cours du pneumothorax thérapeutique** (Monde Médical”).

Les chances de succès du pneumothorax tiennent en particulier à deux facteurs : 1°—L'intégrité du poumon opposé; 2°—La compression suffisante du moignon pulmonaire qui dépend d'une part de l'élasticité ou de la densification du parenchyme pulmonaire, d'autre part de la liberté de la cavité pleurale, de l'absence de symphyse pleuro-pulmonaire. L'auteur insiste sur ce fait que pour juger s'il y a symphyse, il faut l'introduction du trocart, relié au manomètre; seule cette manœuvre permet de dire si oui ou non la plèvre est libre.

Parfois il se produit des adhérences au cours du pneumothorax et l'expérience a démontré que ce nouveau facteur peut être favorable ou défavorable et l'auteur nous fait voir par des observations, comment on doit juger du pronostic de la symphyse pleurale.

Quand doit-on redouter l'apparition d'une symphyse au cours du pneumothorax? Chaque fois qu'il y a *réaction pleurale* notable avec phénomènes inflammatoires, si minimes soient ils.

La réaction pleurale est souvent exsudative et forme alors un épanchement. Ceci est un facteur très important qui précède souvent la symphyse; mais quel que soit l'abondance du liquide, et même la richesse en bacilles de Koch, ceci ne veut pas dire que la *symphyse soit fatale ou inévitable* comme l'auteur le démontre par des observations. Ce sur quoi il insiste le plus :

1°—C'est sur la *formule cytologique* des épanchements; ceux à polynucléaires étant plus favorables à la symphysé;

2°—La *richesse en fibrine* mérite sérieuse considération et l'auteur conseille des examens successifs et l'apparition ou l'augmentation progressive de ce caillot est un indice sérieux d'une symphyse prochaine;

3°—Le caractère inflammatoire de la pleurésie : c'est bien plus que le facteur épanchement en lui-même qui paraît prédisposer à la symphyse.

Si la réaction pleurale ne donne pas d'épanchement, il faut savoir dépister la pleurésie sèche, adhésive ou rétractile. Cliniquement, il sera bon d'attacher une certaine importance aux réactions fébriles passagères qui se répètent à chaque insufflation, ne durant que 24 à 48 heures, ce qui dénote l'importance et la persistance de l'inflammation pleurale.

Les douleurs thoraciques qui surviennent en dehors des insufflations et qui se distinguent des sensations pénibles de distension, indiquent une souffrance de la plèvre qui témoigne un processus pathologique assez virulent.

L'écran radiologique nous décèlera certaines modifications; ainsi nous remarquerons l'épaisseur de la paroi pleurale bordant le moignon pulmonaire sous forme d'une corde dense et épaisse.

Enfin les données manométriques, l'étude de la pression pleurale fournissent des renseignements très utiles : l'écart s'accroît entre la pression initiale et la pression terminale, cette dernière devant être élevée pour maintenir un collapse suffisant.

En terminant l'auteur nous dit comment reconnaître la symphyse rétractile, comment déceler son évolution et quelles sont ses conséquences; ensuite il énonce la conduite à tenir en présence d'une symphyse au cours d'un pneumothorax.

Quand la symphyse fait son apparition, il ne faut pas toujours considérer le pronostic comme fatalement aggravé; parfois tout s'arrange. Cependant si la symphyse paraît constituer un danger, il faut lutter contre le rétrécissement de la cavité par le pneumothorax à intervalle plus rapproché et essayer à tout prix d'empêcher la cavité de se rétrécir en augmentant davantage les pressions terminales. Malgré cette ligne de conduite si le pneumothorax devient inefficace l'oléothorax constitue un autre moyen souvent efficace, et en dernière ressource, si les lésions sont restées unilatérales, il faut avoir recours à un traitement chirurgical : v.g. phrenicectomie et thoracoplastie extrapleurale.

En résumé, la guérison, ou la stabilisation des lésions dépendra tantôt de la transformation fibreuse, tantôt de l'efficacité de la collapse-thérapie.

J.-A. VIDAL.

UROLOGIE

SABRAZES. — **L'anatomie pathologique de la tuberculose épидидymaire** ("Clinique et Laboratoire", juin 1928, p. 107).

L'auteur rapporte un cas de tuberculose épидидymaire dont il décrit la symptomatologie; puis il passe en revue les différentes affections qui pourraient prêter à confusion.

La syphilis et le cancer se distinguent facilement par la participation du testicule lui-même au processus syphilitique ou cancéreux.

La douleur, l'œdème, l'empâtement et l'existence d'un seul nodule inflammatoire feront reconnaître l'épididymite blennorragique dont le pus qui s'échappe par l'urèthre contient d'ailleurs des gonocoques.

Masse unique également, non multinodulaire dans l'épididymite des infectés chroniques des voies urinaires, des rétrécis et des prostatiques.

L'épididymite tuberculeuse, elle, présente une masse irrégulière, multi-nodulaire, située derrière le testicule dont elle déborde le pôle inférieur comme un "soulier". C'est une maladie de la jeunesse ou de l'âge moyen. Le foyer d'origine peut se trouver dans une tuberculose urinaire et parfois même dans une tuberculose pulmonaire.

L'injection de bacilles de Koch dans l'artère spermatique démontre bien que la voie sanguine est la plus ordinaire, mais n'exclue pas la voie canaliculaire déférentielle ou funiculaire. Et, si la localisation primitive de lésions à la queue de l'épididyme s'explique par la condure épидидymo-déférentielle, il n'en est pas moins vrai que cette région est beaucoup plus exposée aux froissements et aux traumatismes.

Granulations, tubercules, sclérose, caséose : voilà des manifestations évidentes d'une tuberculose nodulaire à tubercules conglomérés, à évolution fibro-caséuse. Au microscope, les préparations présentent des follicules de cellules géantes, des masses caséuses, des territoires lymphocytiques et plasmocytiques, des réactions fibroblastiques et des bacilles de Koch.

Le traitement idéal, dit l'auteur, c'est d'enlever l'épididyme et un bon segment du cordon en respectant les vaisseaux et le testicule après l'avoir au besoin débarrassé de ses foyers au thermo-cautère.

A. DUMAS.

OBSTÉTRIQUE

L. DEVRAIGNE. — Obstétrique ("Le Monde Médical").

L'auteur étudie les différents traitements des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Deux ordres de faits à considérer :

1° L'hémorragie se produit durant la grossesse — ou durant le travail.

2° Valeur fonctionnelle de l'utérus : De ces considérations découle la conduite à tenir :

1.—Il opte pour l'intervention chirurgicale : (a) Si cette hémorragie se produit durant la grossesse — soit $\frac{1}{3}$ des cas; il admet la rareté d'intervenir durant cette période; (b) hémorragie survenant durant le travail avec un utérus présentant lésions cervicales ou corporéales, ou insertion centrale ou centro-marginale.

2.—Il admet d'intervenir obstétricalement si cette hémorragie se produit pendant le travail à condition que le diagnostic de l'insertion vicieuse du placenta nous ait démontré une variété latérale, et certains cas de

variétés marginales ou la simple rupture des membranes est le traitement suffisant — rejetant les tamponnements et accouchement forcé.

Mole vésiculaire

L'auteur résume ce problème en se rapportant à la thèse de Weill-Spire où celui-ci démontre la difficulté du diagnostic et la nécessité d'interrompre les gestations molaïres.

Weill-Spire considère suffisante l'évacuation de l'utérus par curage, n'admettant pas la nécessité de l'hystérectomie que quelques-uns préconisent — hantés qu'ils sont par l'idée d'une dégénérescence chorio-épithéliomateuse — mais il admet la nécessité de revoir ces malades fréquemment et longtemps, rappelant que le diagnostic de malignité ne se fait pas sur un signe, mais sur un ensemble de faits et données cliniques.

Les anomalies de la contraction utérine

L'auteur rappelle la nécessité de bien déterminer la variété. Devraigne, résumant le travail de L. A. Demelin sur ce sujet, attire notre attention sur ce fait que l'Hyposystolie, idem: insuffisance des contractions utérines, est liée à des états forts différents du Tonus de la fibre musculaire. Tantôt la contraction est faible par hypertonie, tantôt par hypotonie.

L'hypertonie contre-indique les extraits pituitaires, demande plutôt l'action des anti-spasmodiques tels que la morphine, qui alors accélère les contractions et dilatations.

L'indication rationnelle des substances ecbolique s'repose sur le diagnostic d'hyposystolie par hypotonie.

Le cancer du col au cours de la gestation

Résumant la conduite à tenir en présence de cette complication, l'auteur cite le travail d'Etienny à ce propos.

Toute femme enceinte avec un col utérin cancéreux ne doit pas accoucher par les voies naturelles, et cela à cause des hémorragies par éclatement et infection utérine conséquente.

Pour les patientes vues durant leur grossesse, il conseille: curiethérapie, césarienne prophylactique et curiethérapie utéro-vaginale après le periparium.

Pour les cas observés au moment du travail, césarienne suivie d'hystérectomie subtotale et curiethérapie haute immédiate.

Anémie pernicieuse gravidique

Est susceptible de guérison si traitée par la méthode de Whipple, c'est-à-dire par injection de foie de veau cru.

Le diabète chez la femme enceinte

Complication grave au cours de la gestation, heureusement influencée par le traitement précoce et énergique avec l'insuline, permettant d'obtenir plus souvent la naissance d'enfants vivants et viables.

La femme diabétique devra éviter de devenir enceinte.

Les hémorragies du post partum

Reconnaissent deux origines: a) rétention placentaire; b) infection. Diagnostic possible par exploration de la cavité utérine — seulement. Si fragment placentaire décollé ou pédiculé, cuarge facile, curage permis. Si adhérent ou utérus libre de toute rétention, ou présence d'infection, suivant circonstances, choix entre traitement médical (pansements vaccins) sans curage ou curettage ou hystérectomie d'emblée.

Infection puerpérale

Le traitement médical de cette infection a peu progressé. La chirurgie semble vouloir promettre plus en ce qui regarde la pyohémie puerpérale — fonction d'une phlébite utéro-pelvienne suppurée — par la ligature des vaisseaux pelviens avant la phase de généralisation, tel que préconisé par Jeannin et Chomé.

Opérations obstétricales

Bengolea, de Buenos Aires, décrit une technique nouvelle qu'il appelle "petite césarienne", qui consiste en une hystérotomie corporéal antérieure par voie vaginale.

La tendance actuelle d'avoir recours de plus en plus à l'anesthésie rachidienne pour la rapide dilatation artificielle du col.

Problème jusqu'à présent insoluble et que cette dernière méthode d'anesthésie rachidienne ne paraît pas résoudre dans tous les cas. Il est encore trop tôt pour bien déterminer l'étendue des indications de cette méthode de Delmas.

Georges LÉVESQUE.

ORTHOPÉDIE ET CHIRURGIE INFANTILE

S. KLEINBERG. — **Les résultats de la greffe osseuse dans les scolioses** [The results of Spinal Fusion for Scoliosis] ("The Journal of Bone and Joint Surgery", vol. XI, No 1, janvier).

Tout en admettant certaines maladies comme causes définies de la scoliose, Kleinberg maintient que dans un grand nombre de cas, soit 75%, l'étiologie est encore mal connue. Les traitements courants, tels que les corsets, les supports et gymnastique donnent parfois d'excellents résultats, mais il existe des variétés de scoliose qui résistent à ce genre

de thérapeutique et Kleinberg croit que cette catégorie de malades peuvent bénéficier de l'intervention sanglante qui cherche à obtenir l'ankylose vertébrale.

Différents procédés opératoires sont préconisés, mais il faut avant tout déterminer d'une façon précise le point de courbure ou l'ankylose sera pratiquée. L'intervention est laborieuse et le shock opératoire souvent considérable. Kleinberg a opéré 90 malades avec des résultats variables, et recommande l'intervention sanglante à condition de bien choisir les sujets.

Edmond DUBE.

R. DIVELEY. — **Poliomyélite aiguë [Anterior Poliomyelitis]** ("The Journal of Bone and Joint Surgery", vol. XI, No 1, janvier 1929).

Revisant toute la question de la poliomyélite aiguë, Riveley présente les conclusions suivantes.

1°—Il faut s'appliquer à faire un diagnostic plus précoce, pour permettre une thérapeutique active dès la période aiguë ou fébrile.

2°—La ponction lombaire suivie de l'injection de sérum immunisé de cheval est le point capital du traitement du début.

3°—Les malades atteints de poliomyélite aiguë doivent être surveillés pendant toute la période de convalescence.

4°—Avec une thérapeutique appropriée, 78% des malades guérissent avec des résultats satisfaisants et présentent le minimum de déformations.

5°—Pour la période de début, le repos absolu est indispensable et le meilleur traitement actuel contre l'infection, semble être l'injection de sérum.

Edmond DUBE.

H. LEROY VON LACKUM. — **Torticollis; ablation dans le bas âge de la masse fibreuse du sterno-cléido-mastoïdien [Torticollis; removal in early life of the fibrous mass from the sternomastoid muscle]** ("S., G. & Obs.", mai 1929, page 691).

L'étiologie du torticollis congénital est encore discutée. La première correction par ténotomie fut faite en 1641, en Allemagne par Isaac Minnius. Les théories invoquées pour le torticollis sont les malpositions intra-utérines, les traumatismes du muscle au moment de la délivrance; la contracture du muscle par défaut d'irrigation de l'artère thyroïdienne supérieure.

L'auteur rapporte quatre cas chez lesquels il a enlevé des masses fibreuses avec un résultat des plus satisfaisants.

Chez la plupart il a trouvé une masse cicatricielle limitée dans le muscle. Les fibres musculaires subirent la dégénérescence par suite de la pression causée par l'hémorragie consécutive au traumatisme des fibres musculaires.

Fournier: Malade de 45 à 50 ans. Il entre pour des gommés des jambes et du sternum, lésions syphilitiques avérées.

On s'aperçoit un jour que ce malade a une petite douleur dans les reins, et qu'au lieu d'uriner normalement, il a brusquement des urines troubles, rouge-brun, des urines hématuriques. Si on examine le fond, on trouve des globules rouges, des cylindres hématuriques; on se dit: il a fait de l'hématurie. Puis au bout de 48 hrs, 3 jours, les urines redevennent claires, et belles, normales. Et alors l'on se dit: c'est une gomme du rein qui s'est ouverte dans le bassin.

Paul POIRIER.

HUDELO et RABUT. — Lupus vulgaire et syphilis ("Paris Médical", mars 1929).

Le rôle de la syphilis, intervenant dans le lupus, soit comme terrain prédisposant, soit même par la participation directe du tréponème, est admis par la grande majorité des auteurs modernes.

Brocq en particulier, après avoir inspiré la thèse de son élève Longin, est revenu récemment sur cette question, à propos des métissages, dans le lupus vulgaire.

Et Longin conclut en admettant que, ou bien la syphilis prépare seulement le terrain à la tuberculose (vu l'origine le plus fréquemment admise de la nature tuberculeuse du lupus) ou bien une tuberculose préexistante joue le rôle d'une épine irritative pour une localisation de syphilis tertiaire.

Les auteurs ci-haut mentionnés tout en se défendant de vouloir attirer le caractère classique d'une affection légitimement catalogué tuberculeuse, attirent l'attention sur la nécessité, en présence d'un lupus, non seulement de toujours rechercher la syphilis, mais d'instituer systématiquement un traitement d'épreuve, qui pourra donner la surprise d'une guérison immédiate, dans le cas, rare, de syphilis lupiforme; il sera, d'autre part, dans les formes hybrides, un auxiliaire précieux; enfin il apportera dans les autres cas une contribution qui, pour être plus légère, ne sera cependant pas négligeable.

Paul POIRIER.

J. GATE et J. ROUSSET. — A propos d'un cas d'éléphantiasis vulvaire "Annales de dermatologie et de syphiligraphie", avril 1929).

Description: Les grandes lèvres, surtout la gauche, sont très augmentées de volume. Au toucher elles sont dures, manifestement infiltrées, sans qu'on voit à leur surface de petites varices lymphatiques. La petite lèvre gauche est hypertrophiée et entre la petite lèvre et la grande lèvre de ce côté, il existe une sorte de clapier à bords décollés, à fond ulcéré; cette lésion serait toute récente. La petite lèvre atteint la grosseur d'un

œuf de poule; elle a entraîné dans son hypertrophie exubérante le clitoris qui atteint le volume d'un pouce d'adulte.

Diagnostic différentiel étiologique :

Filarien : la recherche dans le sang de filaires est négative, et la malade n'avait jamais quittée la France.

Esthiomène: l'ulcération était de date trop récente.

Chancrelle : il n'y a pas de trace d'incision dans la région inguino-crurale; la malade nie avoir eu des bubons.

Infections microbiennes banales : par l'étude anatomo-pathologique, il était facile de voir que le processus hypertrophique débuta alors que la patiente se livrait à la prostitution et que professionnellement elle était vraisemblablement tenue à des soins de toilette que plus tard elle abandonna complètement.

Tuberculose : pas de cellules géantes.

Syphilis : B. W. fortement positif.

Petits ganglions inguinaux, durs, en grains de plomb.

L'histologie montre que l'inflammation suivait les vaisseaux, souvent néoformés, avec un certain degré d'artérite. La malade avait déjà eu un chancre traité insuffisamment.

Le traitement arsénical fut institué et une guérison rapide s'en suivit.

Paul POIRIER.

ELECTRORADIOLOGIE

ZIMMERN et CHAILLEY-BERT. — **Expériences pour déterminer l'action des radiations sur le système neuro-végétatif.** ("Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France", mars 1929.)

Les auteurs, pour expliquer certains effets des rayons-X, formulent l'hypothèse d'une action indirecte de ces derniers sur le sympathique ou le vague; action excitante ou inhibitrice. C'est ainsi, par exemple, que s'expliqueraient les résultats favorables obtenus dans l'asthme par la radiothérapie.

On sait que les éléments nerveux sont peu sensibles aux rayons-X, leur intégrité anatomique est conservée, même aux fortes doses; mais certains faits semblent prouver que leur fonction est altérée.

Les auteurs ont cherché dans ces dernières années à mettre en évidence l'action des rayons-X sur l'excitabilité vagale et sympathique. En utilisant des tests cliniques et physiologiques.

Les tests cliniques employés ont été le réflexe galvano-psychique, l'occulo-cardiaque et le réflexe solaire.

1°—*Variations du réflexe galvano-psychique:*

Lorsqu'on ferme un circuit galvanique sur les deux mains plongées dans deux vases; une excitation sensorielle, sensitive ou psychique produite un déviation du galvanomètre. On admet généralement que ce réflexe traduit l'excitabilité du sympathique.

Or, chez 57 sujets examinés, et ayant été soumis préalablement aux rayons-X : 32 fois on a noté une diminution de l'amplitude de la déviation du galvanomètre; 8 fois une augmentation; chez 17 sujets les résultats ont été douteux ou nuls.

2°—*Variations du réflexe solaire :*

Dans l'excitation solaire, le pouls tend à s'accélérer et la pression artérielle à s'élever. L'exploration du réflexe a donné 9 fois une diminution, 8 résultats nuls et 4 fois une augmentation d'ailleurs faible.

3°—*Expériences sur l'animal :*

Elles ont été pratiquées sur des pneumogastriques de chiens. Les nerfs, soigneusement isolés, furent soumis à des doses plus ou moins fortes de radiations. Toujours leur excitabilité s'est trouvée diminuée.

Le réflexe oculo-cardiaque qui tend normalement à produire la hadycardie s'atténue et peut même disparaître complètement.

Les auteurs estiment avoir acquis une preuve biologique de la sensibilité fonctionnelle du système neuro-végétatif et de son intervention non négligeable dans l'usage thérapeutique des radiations.

A. COMTOIS.

MEDECINE LEGALE

M. C. SIMONIN. — **La valeur médico-légale de l'examen des taches de sperme à la lumière de Wood** ("Annales de Méd. Légale," février 1929)

Les taches de sperme desséchées deviennent fluorescentes à la lumière de Wood. L'auteur a cherché à connaître dans quelle mesure cette propriété peut caractériser le sperme, si elle est constante, si elle est spécifique.

Il a trouvé après une foule d'expérience que cette fluorescence d'un blanc éclatant peut changer d'aspect avec la nature du support de la tache et que dans certains cas elle peut disparaître complètement. En outre, cette propriété n'est pas spécifique comme on le croyait puisque certains liquides organiques desséchés ont une fluorescence identique ou voisine.

La lumière de Wood ne peut être qu'un procédé d'orientation et non pas de diagnostic des taches de sperme.

Elle n'en demeure pas moins un précieux moyen d'investigation des taches médico-légales.

R. FONTAINE.

TAGE-JENSEN. — **Faux par surcharge** ("Annales de Méd. Légale", Paris, janvier 1929).

Pour mettre en évidence les faux par surcharge, l'auteur se sert d'une nouvelle méthode qui consiste à microphotographier le croisement

suspect des traits en couchant le document horizontalement devant l'objectif du microscope. Le trait post-écrit, même s'il est beaucoup plus pâle, apparaît avec un relief surprenant et semble continu, alors qu'au niveau du croisement le trait sous-jacent disparaît à peu près complètement.

R. FONTAINE.

— 0 —

SOCIÉTÉS

Séance du 2 avril 1929

Président: M. le Professeur A. Léger

Discussion sur la Thrombo-angéite oblitérante.—M. R. PEPIN qui a eu l'occasion de traiter des cas d'endartérite oblitérante, emploie au début les injections intra-veineuses de citrate de soude à 2% suivant la technique de Steel (de Philadelphie). Il va de soi que cette méthode de traitement ne s'applique qu'à la forme sèche de la gangrène. En cas de gangrène humide, l'amputation s'impose et sans retard. Du point de vue anatomo-pathologique, M. Pepin a remarqué que les lésions extérieures, dans les cas d'endartérite oblitérante, ne donnent qu'une idée très imparfaite des troubles de la vascularisation. Ainsi, dans un cas récent qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Hingston, toutes les artères principales du membre inférieur droit étaient oblitérées et la circulation collatérale était réduite au strict minimum, alors que seul un placard de gangrène sèche, siégeant au petit orteil, révélait extérieurement l'ischémie de cette région.

—M. MERCIER FAUTEUX constate que fort heureusement M. Hingston ne fait pas de différence entre la thrombo-angéite oblitérante et la maladie de Buerger. En réalité, l'endartérite oblitérante n'est pas une maladie nouvelle et fut décrite bien avant le mémoire de Buerger.

Rhumatisme blennorrhagique chez une fillette de 3 ans; guérison.—M. PAUL LETONDAL rapporte l'observation d'une fillette de 3 ans, qui présenta une arthrite subaiguë du genou droit à la suite d'une vulvovaginite à gonocoques. La guérison fut obtenue à l'aide d'un traitement consistant dans l'immobilisation, puis la mobilisation de l'articulation malade d'une part, et dans l'administration de douches vaginales au moyen d'une solution de permanganate de potasse au quatre millième, au trois millième, puis au deux millième d'autre part. De plus, comme méthode adjuvante, la vaccinothérapie fut instituée à l'aide de "l'Immuno-gène antigonococcique". Le vaccin fut administré tous les jours en injections intra-musculaires, à doses progressives. On fit une série de 16 piqûres, et on injecta comme dose globale 6½ centimètres cubes de vaccin.

Le rapporteur fait ensuite une courte étude d'ensemble sur le rhumatisme blennorragique chez l'enfant, insiste sur sa rareté, et souligne les erreurs thérapeutiques habituellement commises en pareil cas.

Pneumo-thorax et grossesse.—M. LOUIS VERSCHELDEN relate le cas d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire traitée à l'Institut Bruchési par le pneumothorax, qui six mois après l'amorce, devient ne état de gestation et dont l'accouchement et les suites de couches furent normales.

A ce propos, M. Verschelden fait une revue de la question, et conclut que le pneumothorax thérapeutique est actuellement le moyen le plus puissant que nous possédions, pour arrêter l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les femmes en état de gestation.

En terminant, le rapporteur émet le vœu suivant: "il devrait exister dans les différents services d'accouchement de Montréal un département qui fonctionnerait en liaison avec les différents services de tuberculeux, afin de permettre aux médecins accoucheurs et aux phtisologues de travailler dans une plus étroite collaboration. Il y aurait ainsi un vaste champ d'observation au point de vue du diagnostic du traitement et de la prophylaxie de la tuberculose."

—M. J.-A. JARRY estime que le pneumothorax thérapeutique a des indications impératives, aussi urgentes que l'acte opératoire dans l'appendicite aiguë, et que ces indications devraient être connues de tous les médecins.

—M. J.-E. DUBE dit tout le bien qu'il pense du pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Lorsque la lésion est unilatérale, ou lorsque le poumon opposé ne présente pas de lésions en activité, ou encore lorsque les malades font des hémoptisies abondantes, le pneumothorax doit être pratiqué. Dans ces cas, le médecin qui ne veut pas entreprendre cette tâche, doit consciencieusement diriger son malade chez un phtisiologue, avant qu'il ne soit trop tard.

M. J.-A. VIDAL insiste sur l'importance d'un diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Pour dépister la phtisie à son début, trois éléments sont indispensables: l'élément clinique, bactériologique et radiologique. Les chances de succès du pneumothorax thérapeutique seront d'autant plus grandes que la maladie aura été dépistée plus tôt.

De l'importance de l'examen de la région ano-rectale dans le traitement de l'urétrite chronique.—M. N. FOURNIER signale l'erreur souvent commise, qui consiste à traiter un urètre guéri depuis longtemps, à cause d'une lésion de voisinage qui n'a pas été remarquée par le médecin.

Il rapporte l'histoire de deux hommes venant réclamer des soins pour leur urètre et leur prostate, et qui n'avaient qu'une fissure anale avec hémorroïdes pour les faire souffrir. Il relate aussi l'histoire d'une jeune femme qu'il a guéri d'une rectite gonococcique, avec fissure anale de même nature, au moyen de simples injections rectales d'acriflavine;

cette malade, six mois auparavant, avait subi pour cette même fissure une dilatation forcée de l'anous, sans résultats.

Thrombo-phlébite du tronc brachio-céphalique gauche dans un cas d'asystolie.—M. le Professeur A. LeSAGE rapporte l'observation d'une malade admise dans son service pour asystolie, qui présentait à son entrée un œdème considérable, irréductible, du membre supérieur gauche et de l'hémithorax correspondant. Après avoir éliminé le cancer du sein, la lymphangite et quelques autres causes, M. LeSage conclut à une thrombo-phlébite du tronc veineux brachio-céphalique gauche.

La malade ayant succombé, l'autopsie pratiquée par M. L.-C. Simard révéla la présence d'un thrombus non organisé au niveau du tronc veineux brachio-céphalique gauche.

Etude anatomo-pathologique de la pneumonie.—M. le Professeur P. MASSON fait un parallèle entre les signes physiques et les lésions anatomo-pathologiques constatés au cours de la pneumonie; il nous montre, à l'aide de nombreuses micro-photographies en couleurs, les différents stades évolutifs des lésions de la pneumonie.

Election.—MM. J. Brault, A. Dérome, D.-W. Descoteaux, O. Handfield, J.-L. Mcrcna, H.-M. Brisebois, H.-R. Dérome, P. Gauthier, J. A. Manseau, A. Nové Josserand, J.-W. Ouimet sont élus *membres titulaires* de la Société Médicale.

Paul LETONDAL.
Secrétaire de séance.

NOUVELLES

Association des Médecins de Langue Française

XX^{me} CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE Montpellier — Octobre 1929

Le XX^{me} CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE se tiendra à Montpellier, sous la Présidence de M. le Professeur VEDEL, le mardi 15 octobre 1929 et jours suivants avec un programme qui sera publié prochainement.

Nous rappelons que le Bureau de ce Congrès est ainsi composé : Professeur VEDEL, Président; Prs VIRES ET LEENHARDT, Vice-Présidents; Pr. RIMBAUD, Secrétaire Général; Pr. CARRIEU, Trésorier; Pr. agrégé, BOULET, Secr. Gén. Adjoint.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

1° **Étiologie, pathogénie et physiologie pathologique de la scarlatine.** Rapporteurs : MM. CANTACUZENE (Bucarest); P. TEISSIER et COSTE (Paris); SACQUEPEE et LIEGEOIS (Paris).

2° **L'hypotension artérielle.** Rapporteurs : MM. LIAN et BLONDEL (Paris); DUMAS (Lyon); G. GIRAUD (Montpellier).

3° **Le traitement des syndromes anémiques.** Rapporteurs : MM. E. HEDON et JEANBRAU (Montpellier); LAMBIN (Louvain); J. CARLES (Bordeaux).

L'exposé de chaque rapport sera suivi de la discussion du sujet traité et de communications concernant ces sujets eux-mêmes.

Des séances spéciales du Congrès seront aussi réservées aux communications étrangères aux questions rapportées.

Le Comité du Congrès de Montpellier fait appel à tous les membres de l'Association des médecins de langue française ainsi qu'aux médecins et savants de toute nationalité pour adhérer au Congrès et venir y exposer leurs travaux, leurs recherches et leurs observations.

Les titres des communications devront être adressés le plus tôt possible au secrétaire général, et, si le Bureau du Congrès le juge utile, la communication elle-même devra lui être remise avant l'exposé public.

La cotisation est fixée à 60 francs pour les **membres adhérents** (docteurs en médecine, et toute personne s'intéressant à l'évolution des sciences médicales) et à 30 francs pour les **membres associés** (membres non médecins des familles des adhérents, internes ou externes des hôpitaux, étudiants en médecine).

Les demandes d'inscription sont reçues dès ce jour et doivent être adressées à M. le Professeur Carrieu, trésorier, 5^e bis, Rue de la Merci, Montpellier. Chèques Postaux Montpellier 100-14.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Professeur Rimbaud, secrétaire général, 1, Rue Levat, Montpellier.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

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

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

Comité de Rédaction

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

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

Prix de l'abonnement pour 1928

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

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco

Pour la médecine: au Dr Roméo Boucher, 312 square St-Louis.
Tél. Lancaster 9837.

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

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

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Simici, Mustata et Petrovici, L'action du sulfate de barium et du cyto-barium dans le traitement de l'ulcère et des syndromes hyperesthésiques de l'estomac (p. 509). — Pouchet, L'adonis vernalis, ses principes actifs. Leurs propriétés thérapeutiques (p. 510). — Chausset, Comment traiter la migraine (p. 510).

CHIRURGIE

T. J. Bennet et P. Poulton, Maladie de Raynaud associée au cancer de l'estomac (p. 511). — Arkussy, Du diagnostic précoce des néoplasmes gastriques (p. 511).

PEDIATRIE

Comby, Traitement des vomissements cycliques infantiles (p. 511). — Huchet, Le coquelucheux doit rester à la chambre (p. 512). — Rousseau St-Philippe, Les fluctuations de l'appétit chez l'enfant (p. 512).

TUBERCULOSE

Morin et Bouessée, A propos de l'oléothorax (p. 513). — Calmette, Allergie tuberculique et immunité anti-tuberculeuse (p. 514).

UROLOGIE

Bonney, Urologie et gynécologie (p. 515).

OBSTETRIQUE

Miller, Considérations sur la césarienne (p. 516).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Rodman, Traumatismes crâniens (p. 516). — V. Putti, Tumeurs osseuses malignes (p. 517). — Moulonguet, Corps étrangers des articulations (p. 517). — Kilfoy et Terry, Carcinome primitif du foie chez l'enfant (p. 518).

MEDECINE LEGALE

Vroblewsky, Les rayons de Roentgen dans la détermination de l'âge (p. 518).

LABORATOIRE

Aitoff, Mécanisme de la vaccination locale dans les cancers sphacelés (p. 518). — Aitoff, Contribution à l'étude de la flore microbienne des cancers sphacelés (p. 519).