

MÉMOIRES

L'ANGINE DE POITRINE ET LES MÉTHODES MODERNES D'EXPLORATION DU COEUR ET DE L'AORTE

Par **Albert De GUISE,**

Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

L'angine de poitrine, syndrome si décevant et toujours redoutable, a fait le sujet de nombreux travaux depuis qu'Heberden l'identifia en 1768 devant le Collège Royal de Londres.

Sa pathogénie en particulier a soulevé de nombreuses discussions qui continuent encore aujourd'hui à partager l'opinion du monde médical entre les différentes théories des coronarites, de l'aortite et de la distension aiguë du cœur.

Dans cette étude, nous n'envisagerons cette question de la pathogénie que d'une façon indirecte, en rapport avec les constatations cliniques, électrocardiographiques ou radiologiques. Notre but est de faire ressortir l'importance des renseignements que la clinique peut tirer de l'électrocardiographie et de l'orthodiagraphie pour le diagnostic et aussi pour le pronostic de l'angine de poitrine.

Cliniquement, l'angine de poitrine est caractérisée par une douleur habituellement rétro-sternale, s'irradiant vers l'épaule et le bras gauche le plus souvent, accompagnée d'angoisse et d'un sentiment de mort prochaine. L'examen découvrira souvent des signes objectifs soit de lésions aortiques, soit d'altérations du rythme cardiaque, soit de défaillance ventriculaire.

Mais dans bien d'autres cas, les troubles observés sont purement subjectifs, l'examen le plus attentif ne révèle aucun signe extérieur

d'une lésion cardiaque ou aortique, et le rythme du cœur peut rester tout à fait normal. Et pourtant l'accident n'en est pas moins grave et mortel.

A côté de cette angine vraie qui tue, combien de fois ne rencontrons-nous pas de ces crises douloureuses, à forme angineuse, où les symptômes apparaissent en tous points superposables à ceux de l'angine réelle, mais n'en relèvent pas moins d'une toute autre cause, sans aucune gravité, comme d'ailleurs l'évolution ultérieure pourra le prouver. Ce sont ces soi-disant "fausses angines" qui sévissent si souvent chez les intellectuels en particulier, plus spécialement les médecins, portés à analyser davantage sur eux-mêmes tels ou tels symptômes subjectifs: il en résulte un état d'esprit navrant qui empoisonne leur existence et paralyse leur activité.

Sans doute une exploration clinique minutieuse et suivie permettra, dans bien des cas, de rattacher les troubles douloureux à une cause bien déterminée: arythmie extra-systolique, dyspnée angoissante des lésions cardiaques mal compensées, névralgies intercostales, névralgies du plexus cervical ou du plexus brachial, troubles digestifs, cellulite précordiale, asthme vrai. Mais ces différents troubles ne sont-ils pas eux-mêmes susceptibles d'être associés à une véritable angine? Si bien qu'il restera toujours une incertitude inévitable derrière le diagnostic posé.

Et à cette incertitude du diagnostic viendra s'ajouter celle du pronostic. En présence de faits cliniques aussi nombreux que probants, n'est-il pas illusoire de vouloir juger de la gravité de l'angine de poitrine en se basant sur l'intensité de la douleur ou sur la durée des crises douloureuses? Telle angine tue en quelques secondes dans une crise à peine ébauchée, où la douleur se manifeste à peine. Telle autre permet une survie de plusieurs années, au prix de souffrances intolérables, à travers des crises nombreuses et prolongées.

Aussi le clinicien averti s'empressera-t-il de pousser plus loin son investigation, il s'adressera au laboratoire, il demandera à l'électrocardiographie une appréciation de la qualité des contractions ventriculaires, même en dehors de tout trouble rythmique; l'orthodiagramme lui rendra compte des altérations quantitatives ou qualitatives de l'aorte et des modifications anatomiques des cavités cardiaques.

Observation I.—Le 22 novembre 1926, Monsieur G. vient nous consulter pour douleur thoracique, survenant lorsqu'il accélère le pas, lorsqu'il

marche en terrain montant ou contre le vent. Les crises apparaissent deux ou trois fois par semaine et cela depuis cinq ans.

Monsieur G., ancien maire de sa ville, est âgé de 59 ans, il est marchand, mène une vie paisible, sans soucis.

Dans ses antécédents, on note une rougeole, dans le bas âge; il a subi l'appendicectomie en 1915; il nous raconte une histoire de calculs rénaux dont il a souffert en 1916 et en 1924.

Rien à relever dans son histoire familiale ou héréditaire.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

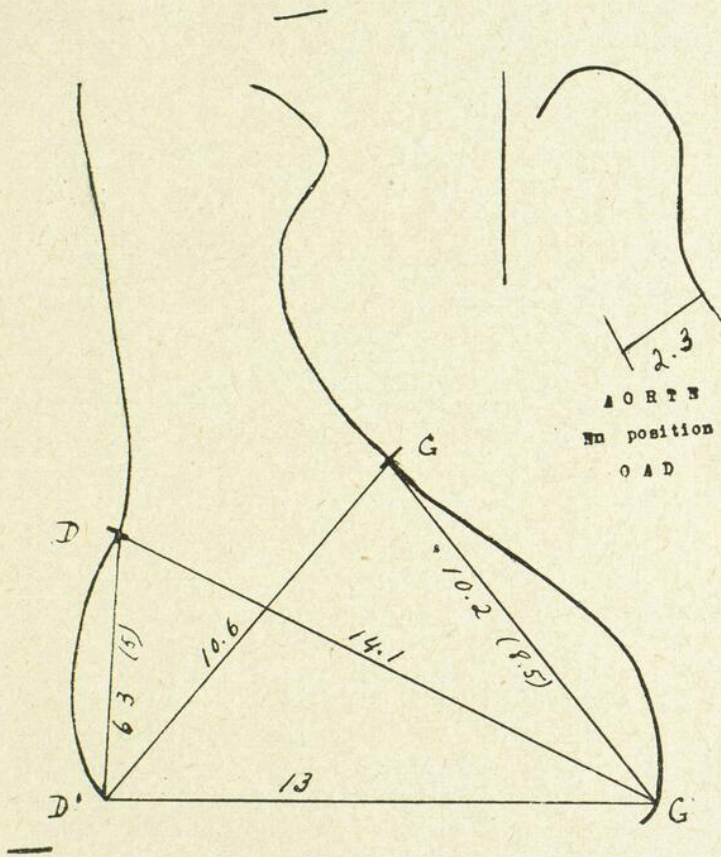


Figure I.—Observation I.

Orthodiagramme, position frontale.

N.B.—Les chiffres entre parenthèses indiquent les diamètres normaux correspondants.

La pression artérielle est de 158/98.

A l'auscultation du cœur, le rythme est régulier, normal; le seul bruit anormal consiste dans un léger éclat du 2^{ième} temps au foyer aortique.

La douleur qu'il ressent au moment des crises reste localisée à la

région rétrosternale, sans aucune irradiation, et son intensité est modérée; une légère angoisse l'accompagne.

L'orthodiagramme (figure 1) montre une augmentation du diamètre de l'oreillette droite et de celui du ventricule gauche; celui-ci apparaît légèrement bombé.

L'aorte est normale dans les différentes positions.

L'électrocardiogramme (figure 2) nous montre un rythme régulier des oreillettes et des ventricules, légèrement accéléré, 85 à la minute.

Le complexe auriculaire PR mesure 18 centièmes de seconde, temps normal.

Le complexe ventriculaire présente une déformation caractéristique:

1° encoches du sommet R dans trois dérivation;

2° élargissement du groupe ventriculaire QRS, qui mesure 12 cen-

1/50 de seconde

1 cm = 1 millivolt

D-I

D-II

D-III

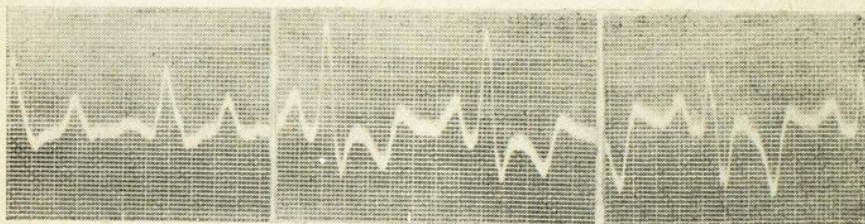


Figure 2, Observation I.

tièmes de seconde (alors que QRS mesure normalement de 5 à 6 centièmes de seconde);

3° allongement du complexe ventriculaire QRST qui mesure 38 centièmes de seconde (QRST normal mesure de 30 à 33 centièmes de seconde);

4° l'onde ventriculaire T surélevée en première dérivation, est inversée en pointe (négative) dans les deuxième et troisième dérivation.

Le diagnostic de coronarite s'impose devant ce trouble profond de la qualité des contractions cardiaques. Et de plus chez lui s'est surajouté un état cardiaque comme le démontre l'orthodiagramme.

A sa femme nous déclarons l'extrême gravité de l'affection et nous faisons un pronostic de survie très réservé.

Sous l'influence du traitement, hygiène, toni-cardiaques, diurétiques, antispasmodiques, les crises disparaissent en moins de 15 jours, pour ne plus reparaitre. Le malade vient nous voir au bout de deux mois; il se sent très bien, il se dit guéri, et même son entourage est tenté de croire à sa guérison.

Trois semaines après, nous apprenons sa mort survenue subitement le matin, au cours d'un état de santé en apparence parfaite, alors qu'il revenait de la messe.

Observation II.—Notre deuxième observation concerne un sujet de 54 ans, Monsieur T., de Cornwall, venu nous consulter en juillet 1925 pour palpitations douloureuses, accompagnées d'une légère dyspnée d'effort.

Les troubles ont débuté quelques mois auparavant, et son médecin, sans s'en soucier davantage, lui avait ordonné la digitaline à dose continue, qu'il prenait d'ailleurs sans arrêt depuis 5 mois.

Dans ses antécédents personnels, familiaux et héréditaires, nous ne pouvons relever aucun renseignement intéressant.

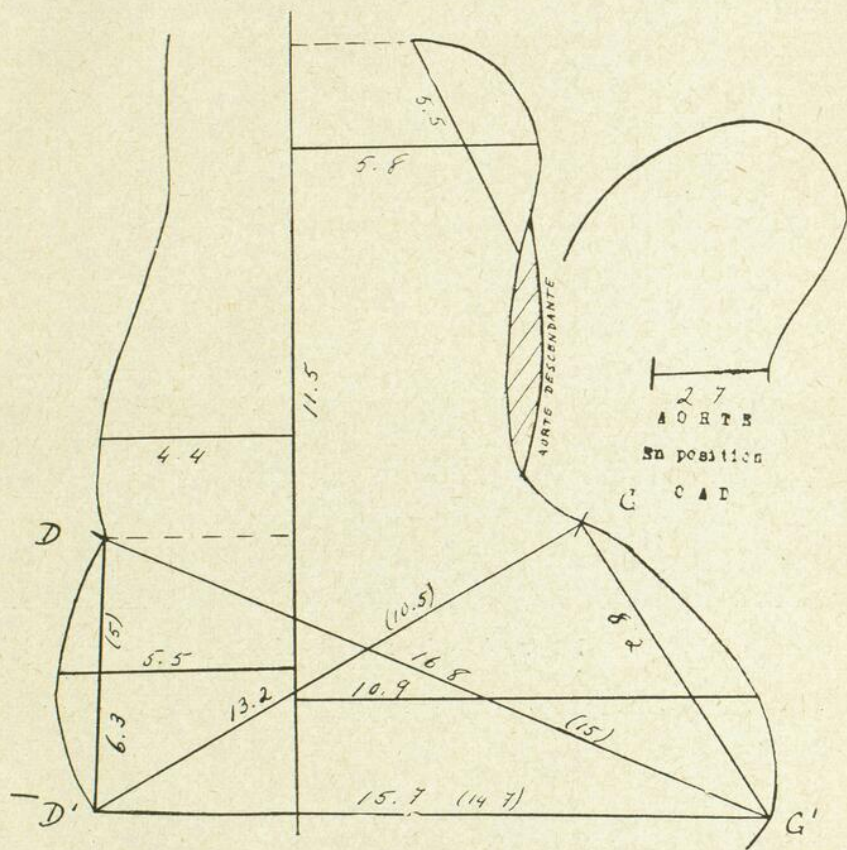


Figure 3.—Observation II.
Orthodiagramme, position frontale.

N.B.—Les chiffres entre parenthèses indiquent les diamètres normaux correspondants.

Pourtant à l'examen, nous découvrons une éruption papulo-squameuse et de nombreuses taches bronzées sur la poitrine et dans le dos.

Le patient présente un léger œdème aux chevilles.

La pression artérielle est de 145/95.

A l'examen du cœur, nous trouvons une pointe légèrement déviée

vers l'aisselle et un rythme tout à fait désordonné caractérisant une arythmie complète.

Le deuxième bruit, au foyer aortique, est clangoreux.

La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée sur le sang revient fortement positive.

L'orthodiagramme (figure 3) nous montre une augmentation des diamètres des cavités droites et du diamètre basal du cœur (D' G), en même temps qu'un ventricule gauche un peu bombé.

Le pédicule cardiaque est fortement élargi, et l'arc aortique est tendu et proéminent de chaque côté; la hauteur de la crosse est augmentée.

L'opacité de l'aorte est augmentée; on distingue nettement l'ombre de l'aorte descendante sur le profil gauche du cœur.

Le diamètre de l'aorte initiale ascendante est normal, en rapport avec l'âge du sujet.

L'existence d'une aortite ne fait ici aucun doute.

1/50 de seconde .

1 cm = 1 millivolt

D-I

D-II

D-III

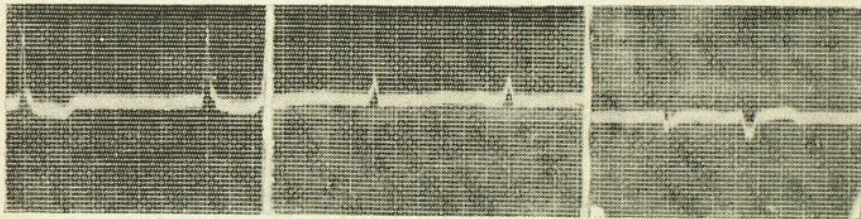


Figure 4.—Observation II

L'électrocardiogramme (figure 4) nous montre: un rythme tout à fait irrégulier des ventricules; le fonctionnement des oreillettes est représentée par une série d'ondulations ou de fibrillations indiquant le fibrillo-flutter auriculaire.

L'accident ventriculaire R présente une encoche dans les trois dérivations.

L'onde ventriculaire T est inversée (négative) dans les deux premières dérivations.

Nous concluons à un trouble profond de la qualité des contractions ventriculaires.

Nous ne pouvons nous empêcher d'établir une relation entre la syphilis que nous pensons pouvoir admettre chez ce malade et les lésions d'aortite, de coronarite probable et d'arythmie complète. Nous en faisons part au malade et nous lui proposons un traitement anti-syphilitique, en insistant sur la gravité de son état cardio-aortique.

Il paraît accepter notre suggestion. Mais au lieu de venir recevoir

sa première injection quelques jours plus tard, il nous écrit qu'il préfère attendre quelque peu, étant donné qu'il se sent relativement bien.

Puis nous le perdons de vue. Au bout de quelques mois, nous le rencontrons par hasard en ville et il nous déclare qu'à l'exception d'une légère douleur thoracique, accompagnant ses palpitations, il n'éprouve aucun malaise important.

Deux ans après sa première visite à notre bureau, nous apprenons sa mort subite au cours d'une crise d'angine de poitrine.

Ces deux observations typiques font partie d'une série de cas, soit 37 au total, qu'il nous a été permis de suivre au cours des cinq dernières années. Tous ces malades ont présenté ou présentent encore des complexes électriques anormaux, ou des anomalies orthodiagraphiques, tous ont accusé, à un certain moment, tout au moins, des douleurs angineuses plus ou moins violentes: 30 d'entre eux sont morts moins de deux ans après nos constatations électriques ou radiologiques.

Presque tous ces malades ont été pris dans la clientèle de ville, la plupart d'entre eux continuant à vaquer à leurs occupations d'une façon à peu près normale, jusqu'à ce qu'ils soient emportés brusquement en quelques heures ou en quelques secondes par le mal angineux.

Nos observations personnelles confirment en tous points celles de Pardee, qui, sur 50 malades présentant une oblitération coronaire supposée, a rencontré 34 fois des complexes électriques anormaux; celles de Willius et Brown, qui ont trouvé des anomalies électriques chez 80% des sujets ayant accusé de fortes douleurs et chez 54% de ceux n'ayant accusé que de faibles douleurs, alors que 18% seulement des sujets souffrant de crises angineuses présentaient des tracés normaux.

Mais nous nous empressons d'ajouter ici, pour écarter tout malentendu, que si la coïncidence des anomalies électriques et des crises angineuses est très fréquente, nombre de sujets cependant ayant des électrocardiogrammes anormaux sont certainement exempts d'angine de poitrine, tandis que certains angineux avérés présentent parfois des complexes électriques tout à fait normaux.

Cette réserve étant faite, voyons sous quelle forme se présentent les altérations des complexes électriques dans l'angine de poitrine.

Dans quelques cas, plutôt rares, il s'agit d'un renflement en dôme de l'onde ventriculaire T, dont la hauteur peut parfois dépasser celle du sommet R, T pouvant, par la suite, s'inverser.

Le plus souvent nous avons trouvé un élargissement du groupe

ventriculaire QRS, accompagnée fréquemment d'une encoche sur l'une des branches du sommet R ou parfois sur ses deux branches: alors que QRS mesure normalement de 5 à 6 centièmes de seconde, il mesure ici 8, 10 et même 12 centièmes de seconde.

Souvent tout le complexe ventriculaire est allongé dans son ensemble pour mesurer 38, 40, 44 centièmes de seconde, au lieu des chiffres normaux de 30 à 33 centièmes de seconde.

Une autre anomalie caractéristique et fondamentale qui comporte d'ailleurs un pronostic très réservé, consiste dans l'inversion de l'onde ventriculaire T dans les deux premières dérivations ou dans la deuxième seulement.

Parfois l'onde T légèrement positive est précédée d'une légère dépression.

L'inversion de T en troisième dérivation ne nous a pas paru jusqu'ici présenter d'intérêt clinique.

Quant aux altérations radiologiques, elles portent soit sur le cœur seulement, sur l'aorte seulement, soit sur les deux à la fois.

Certains diamètres du cœur apparaissent plus ou moins fortement augmentés, celui du ventricule droit et particulièrement celui du ventricule gauche. Celui-ci apparaît en plus bombé.

Les altérations de l'aorte portent soit sur la qualité du vaisseau qui apparaît plus ou moins dense et opaque, sur une étendue plus ou moins grande, soit sur le volume de l'aorte qui est augmenté; le diamètre de l'aorte initiale ascendante est plus ou moins augmenté, la crosse de l'aorte est tendue, l'aorte est sinueuse, le diamètre transversal de la crosse aortique est augmenté ainsi que la hauteur de la crosse.

Dans certains cas, on distingue très nettement à l'écran certaines portions de l'aorte que l'on ne voit pas normalement: portion horizontale de la crosse, aorte initiale descendante.

De plus les battements de l'aorte peuvent être plus ou moins diminués.

Si maintenant l'on veut rapprocher ces données électriques et radiologiques de celles que peuvent nous fournir et la médecine expérimentale et l'anatomie pathologique, on est frappé de l'éclatante confirmation que celles-ci leur apportent.

L'on sait que si l'on fait la ligature expérimentale de rameaux secondaires des artères coronaires, on détermine chez l'animal des infarctus plus ou moins étendus, qui subiront plus tard la transfor-

mation fibreuse, sous forme de plaque blanchâtre, susceptible d'une vascularisation secondaire.

Or ces lésions myocardiques se traduiront par des altérations électriques exactement superposables à celles que nous rencontrons chez l'homme dans les cas d'oblitération coronarienne supposée.

De même lorsqu'on arrive à déterminer chez l'animal dans certaines zones du myocarde des troubles nutritifs ou circulatoires au moyen du réchauffement ou de la réfrigération de certains points du myocarde, on obtient une modification des complexes électriques, montrant une onde T en dôme, dépassant considérablement la hauteur de R. C'est ce qu'ont pu réaliser Eppinger et Rothberger, F. Smith et ensuite Clerc et Stieffel, en injectant dans la région apexienne quelques gouttes d'un caustique énergique (solution concentrée de nitrate d'argent).

Ce qui d'ailleurs nous laisse entrevoir comment, dans certains cas, les lésions de la myocardite peuvent reléguer au second plan les lésions coronariennes.

A son tour, l'anatomie pathologique nous permettra d'établir une relation de coïncidence entre les anomalies électrocardiographiques et les lésions trouvées à l'autopsie. Cette relation de coïncidence apparaît assez évidente: sur 11 patients de Pardee et Master ayant présenté des électrocardiogrammes atypiques, 10 présentaient à l'autopsie des lésions coronariennes. Willius et Brown ont rencontré ces mêmes lésions coronariennes chez 89% des sujets ayant présenté des complexes électriques atypiques; Oppenheimer et Rothschild déclarent que dans toute altération coronarienne marquée, ils ont toujours constaté des complexes ventriculaires anormaux.

Quant à nous, il ne nous a pas été possible de contrôler nos constatations par l'autopsie, parce que la plupart de nos malades ont été pris dans la clientèle de ville. C'est d'ailleurs une chose admise par la plupart des auteurs que la rareté des autopsies en matière d'angine de poitrine, non seulement parce que le milieu dans lequel on observe l'angine est constitué surtout par la clientèle de ville, mais aussi parce que l'éloignement des crises empêche souvent un séjour prolongé dans les hôpitaux.

Gallavardin, sur 800 observations, ne peut relever qu'une vingtaine d'autopsies.

Les protocoles d'autopsie nous montrent que, chez les sujets morts dans une crise d'angine, on rencontre des lésions coronariennes dans la très grande majorité des cas. Cependant même si la lésion

est très marquée, étranglement d'une coronaire, oblitération d'un orifice coronarien, on ne trouvera ni caillot oblitérant, ni infarctus récent, ni ischémie localisée permettant de faire la preuve que la circulation a pu être complètement interrompue ou suspendue pendant un temps assez long, tout au moins dans une certaine zone.

Et pourtant l'électrocardiogramme avait déjà montré chez certains de ces sujets que la contraction ventriculaire avait été profondément troublée.

A côté des lésions coronariennes, les constatations radiologiques ne nous permettent pas davantage d'ignorer le rôle important que l'aorte malade peut jouer dans la genèse de l'angine, rôle déjà si bien mis en lumière par l'étude des lésions anatomo-pathologiques. L'aortite que l'on a reconnue à l'écran, on la retrouve sur la table d'autopsie, dans ces plaques blanchâtres plus ou moins dures, siégeant dans la portion sus-sigmoïdienne de l'aorte, en cet endroit où les filets nerveux se rendant de l'aorte au plexus cardiaque sont particulièrement abondants. Ce sont ces sujets qui ont présenté pendant la vie ces crises douloureuses que le clinicien a diagnostiquées angine d'effort, crises dues à la distension subite d'une aorte malade sous l'influence de l'effort.

Est-il besoin d'insister ici sur la nécessité qui s'impose de savoir reconnaître sans retard l'origine syphilitique de certaines aortites, d'en préciser le diagnostic et d'en contrôler le traitement par l'examen radiologique ? Combien de malades ont pu être ainsi arrachés à une mort certaine et délivrés d'un mal intolérable par une guérison indéniable !

L'angine d'effort est le cri de souffrance de l'aorte malade, l'angine du décubitus est le cri de souffrance du cœur qui fléchit brusquement : c'est la distension aiguë du cœur, du ventricule gauche en particulier.

Cette distension aiguë du cœur, d'ailleurs extrêmement pénible, doit être distinguée de la simple dilatation cardiaque, lente et progressive, qui s'effectue sans douleur marquée; de même la dilatation vésicale progressive et permanente des prostatiques ne s'accompagne-t-elle d'aucune douleur spéciale, alors que la distension brusque de la vessie provoque des douleurs particulièrement vives.

La distension ventriculaire se présente parfois sous une forme subaiguë, accompagnée de crises angineuses. Et c'est ici surtout que le contrôle radiologique permettra de reconnaître l'origine cardiaque de l'angine et d'y apporter un traitement efficace dont les résultats

seront souvent inespérés: ces angineux sont des cardiaques et doivent être traités comme tels.

Ainsi en face d'un problème aussi troublant que celui de l'angine de poitrine, il apparaît que, à côté de la clinique, d'accord avec la clinique, d'accord avec l'anatomie pathologique et la médecine expérimentale, l'orthodiagraphie et l'électrocardiographie sont appelées à jouer un rôle de première importance pour le diagnostic et le pronostic de l'angine de poitrine.

Et l'on peut même avancer que, seules, actuellement ces méthodes d'exploration permettent de donner comme un substratum anatomopathologique ou physio-pathologique aux désordres reconnus par les cliniciens: c'est l'orthodiagramme qui rendra compte de l'état de l'aorte, du degré de dilatation ou d'hypertrophie des cavités cardiaques; c'est l'électrocardiogramme qui permettra d'analyser les altérations de la qualité de la contraction ventriculaire, de reconnaître un trouble de la circulation ou de la nutrition du myocarde, qu'il s'agisse d'une oblitération ou d'un spasme des coronaires, d'un infarctus myocardique ou de foyers de dégénérescence myocardiques plus ou moins étendus.

BIBLIOGRAPHIE

- E. Bordet.**—Le contrôle de la radioscopie dans l'angine de poitrine. Archives des maladies du cœur, septembre 1922.
- A. Clerc.**—Anomalies électrocardiographiques au cours de l'oblitération coronarienne. La Presse Médicale, avril 1927. Angine de poitrine et théorie coronarienne. La Presse Médicale, mai 1927.
- Gallavardin.**—Les angines de poitrine. 1925.
- C. Laubry.**—Sémiologie cardio-vasculaire. 1924.
- Lewis.**—Electrocardiographie clinique. 1920.
- Mackenzie.**—Angina Pectoris. 1923.
- Vaquez.**—Maladies du cœur. 1921.
- Vaquez et Bordet.**—Le Cœur et l'Aorte. 1920. Radiologie des vaisseaux de la base du cœur. 1920.
- E. Bordet, J. Yacoel et R. Giroux.**—Les modifications de l'électrocardiogramme dans certains cas de bruit de galop. Archives des maladies du cœur, mars 1923.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE STÉNOSE PYLORIQUE D'ORIGINE SPÉCIFIQUE ⁽¹⁾

Par **J. Alfred MOUSSEAU**,
De la Faculté de Paris,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le malade qui fait l'objet de cette communication est âgé de 57 ans.

Deux ans et demi se sont écoulés depuis sa première visite à notre bureau. C'est précisément parce que la période de temps a été suffisamment longue entre la première et la dernière consultation qu'il nous sera permis d'émettre certaines considérations hypothétiques, quant à la nature et au type anatomo-clinique de la lésion dont il a bien pu être le porteur.

La thérapeutique que nous avons préconisée et utilisée peut prêter à discussion; mais ses excellents résultats prouvent toute sa valeur en même temps qu'ils nous dévoilent, semble-t-il, la nature de l'affection.

Observation.—M. X., âgé de 57 ans, agent d'assurance, marié, sans enfants.

Il vient consulter le 6 janvier 1927 pour troubles digestifs et parce qu'il a beaucoup maigri; son état l'inquiète beaucoup et lui fait craindre un cancer d'estomac. Le début de la maladie remonterait à septembre 1925 alors qu'il fit une poussée d'ictère qui dura trois mois, avec selles décolorées, des urines foncées, mais sans fièvre et sans prurit. Le traitement alors institué fut des plus ordinaires: antiseptiques biliaires et laxatifs. Depuis lors, ses digestions furent toujours pénibles, ce qui l'obligea de diminuer considérablement la quantité de ses aliments.

Quand il vient consulter, le 6 juin 1927, les troubles digestifs allaient s'accroissant depuis trois mois; ces troubles consistaient en sensation de

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, le 17 déc. 1929.

lourdeur, de pesanteur dans la zone épigastrique; le malade a l'impression d'entasser repas sur repas sans pouvoir se libérer complètement d'aucun: ce qui lui amène des vomissements, tantôt alimentaires, tantôt pituiteux, 2 à 3 fois la semaine et plus particulièrement au cours de la soirée, ou de la nuit; il n'a jamais ressenti de brûlements d'estomac ni de véritables douleurs, à part quelques crampes précédant parfois les vomissements. Pas d'hématémèse, ni méléna; une constipation très opiniâtre.

Le malade nous dit avoir maigri d'une cinquantaine de livres au cours des deux années précédentes, dont 15 livres durant les trois derniers mois. Chose singulière, l'appétit est conservé en dépit des troubles, et l'odeur des viandes rôties excite son appétit.

En regardant cet homme, ce qui est frappant c'est un état général considérablement altéré; l'amaigrissement est notable; le facies est osseux avec des orbites démesurément agrandies; l'œil est luisant; le teint est terne et cachectique et il nous paraît grandement affaibli. Les réflexes pupillaires sont normaux; égalité et régularité des pupilles; myosis.

Les réflexes rotuliens sont plutôt diminués, ainsi que les achilléens. Il n'y a pas de Romberg.

Les dents sont mauvaises: pyorrhée alvéolo-dentaire. Pas de leucoplasie; aucune adénopathie.

Rien de notable à l'auscultation des poumons; celle du cœur ne révèle aucun souffle aortique. La P. A. = 135/95. Le pouls bat à 70, facilement dépressible. Pas de température.

Le foie nous paraît plutôt abaissé qu'hypertrophié; la rate n'est pas grosse. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire.

Si l'on palpe l'abdomen, dont la peau est sèche, on ne perçoit aucune masse et l'on ne provoque aucune douleur véritable, si ce n'est au creux épigastrique; mais cette douleur, moyenne en intensité, répond au plan profond et ne provoque aucune défense musculaire; les autres plexus nerveux ne sont pas douloureux.

L'estomac est grandement dilaté et dépasse l'ombilic, en position horizontale, de deux travers de doigt; c'est en faisant boire au malade 250 grammes d'eau tiède, qu'on peut, au moins approximativement, limiter la partie inférieure de l'estomac, ce que nous confirme par ailleurs la phonendoscopie. Disons qu'avant de faire boire ce malade il y avait bruit de flot et clapotage huit heures après son dernier repas. Le signe de la sangle est positif. En fin d'examen local, le malade accuse une douleur sous forme de crampe, au niveau de l'épigastre en même temps que des nausées: jamais il n'a eu de pyrosis; les régurgitations sont de goût fade.

En fait d'habitudes: il a toujours été gros mangeur, buveur de bière et grand fumeur de cigares.

Antécédents personnels: à l'âge de 44 ans, il a eu à la verge, un chancre, à son dire, de peu d'importance puisqu'il a guéri sans traitement et ne l'a pas fait souffrir.

Nous croyons tenir, grâce à cet aveu, la cause et la nature des troubles gastriques.

Un Bordet-Wassermann sanguin, fait quelques jours plus tard, nous arrive négatif.

Nous hésitons alors à instituer un traitement antisyphilitique et nous appliquons le traitement ordinaire des ptoses gastro-intestinales.

Quinze jours s'écoulent sans apporter aucune amélioration; et comme notre malade va de pis en pis, je demande une radiographie de l'estomac que je ne peux obtenir, le coût élevé de cet examen faisant hésiter notre malade; mais comme il prétend qu'un traitement médical différent pourrait peut-être améliorer son état (si, dit-il, j'ai à guérir), je tente, sans trop d'espoir, un traitement à l'iodure de potassium et au biiodure de mercure combinés, à la dose respective de 2 grammes de I.K. et 0.02 centigrammes de Biiodure de Hg. par jour, avec, en plus, la solution tonique de Martinet.

Après 14 jours de ce traitement, le malade nous revient pour dire qu'il n'est pas plus mal portant; que peut-être ça va un peu mieux puisqu'il mange un peu plus et digère un peu moins mal.

Je fais quelques réflexions intérieures quant à la nature du traitement institué pour un estomac aussi dilaté et aussi lent à se vider, et je commence à croire qu'en dépit du Wassermann négatif, notre traitement antispécifique a peut-être quand même sa raison d'être. J'examine à nouveau cet estomac, qui ne me paraît guère amélioré, et je pèse mon malade, qui a pris trois livres de poids depuis mon premier examen. Son poids initial était de 126 livres; il pesait 130 livres. Je demande à cet homme de continuer encore le même traitement sans plus de repos et je le revois trois semaines plus tard alors qu'il m'apporte un gain total de neuf livres, soit 137 livres. Continuant le même traitement en intercalant un repos de 12 jours par mois pour l'iodure et le mercure, il pèse, le 22 août, 141 livres, soit 15 livres de plus qu'au début du traitement; son état général me paraît meilleur, et il accuse des digestions plus faciles quoiqu'encore un peu lentes; il ne vomit plus.

Nous revoyons ce malade le 10 février 1928, huit mois après le début du traitement. C'est un homme tout transformé qui pèse alors 157 livres; donc 27 livres de gain. Content de lui-même, il cesse de venir nous voir et nous téléphone parfois pour dire qu'il va de mieux en mieux.

Le 3 mars 1929, 21 mois après sa première consultation, il a engraisé de 40 livres. La digestion s'effectue sans aucun trouble. Il s'est remis à son travail pénible d'agent d'assurance depuis au delà de six mois. Il nous paraît tout à fait guéri.

Sans résumer les faits cliniques que nous venons de décrire, et en présence d'un cas comme celui-ci pour lequel, malheureusement, nous n'avons pu avoir de radiographie de l'estomac, chez lequel le B. W. fut négatif, malgré l'aveu d'un accident primitif dont les caractéristiques semblent répondre à une lésion spécifique et qu'une thérapeutique qui ne pourrait passer pour "ancienne" a cependant guéri, ne trouvez-vous pas que c'est avec raison que nous présumions l'existence d'une syphilis gastrique chez notre malade.

L'interprétation peut paraître délicate et prêter à discussion si nous voulons maintenant considérer la forme anatomo-pathologique de la lésion gastrique, susceptible d'avoir fourni le tableau clinique ci-haut décrit.

Nous nous sommes trouvé, sans aucun doute pour nous, en présence d'une manifestation tertiaire de la syphilis gastrique. Ce que nous avons relevé en fait de troubles subjectifs et fonctionnels ne diffère pas de ce que nous aurions rencontré si l'estomac, lésé par une affection autre que la syphilis, eut eu à manifester sa souffrance: une grande dilatation gastrique avec simple spasme du pylore eut fourni le même syndrome clinique; un cancer du pylore, en pareille occurrence, n'aurait pu qu'accentuer les troubles déjà existants, tandis que cette même thérapeutique employée pour notre cas et qui nous a donné des résultats rapides et durables, fournit bien la preuve de la nature spécifique de l'affection.

Or, si nous devons éliminer, parce qu'ils n'en ont montré aucun symptôme, quelques-unes des manifestations tertiaires de la syphilis gastrique, tel le pseudo-cancer d'origine spécifique, ou l'ulcère de même nature, soit la sténose médio-gastrique ou même la linite, il nous reste à considérer, dans le domaine des hypothèses, les autres syphilides tertiaires susceptibles d'avoir envahi la tunique gastrique de notre malade.

Et c'est à la Gastrite syphilitique proprement dite, avec infiltration gommeuse, que nous pensons d'abord. Elle est d'ailleurs très difficile à diagnostiquer, même avec l'aide des Rayons X.

Cette gastrite syphilitique aurait en quelque sorte fait le lit à la première lésion importante de la tunique gastrique, à savoir: l'infiltration gommeuse. Car nous savons que des amas gommeux dont le siège est dans la sous-muqueuse, soit au niveau des faces, soit au niveau des différentes courbures, soit plus souvent au niveau du pylore, sont susceptibles de créer une sténose pylorique: et d'autre part la loi de Stokes-Chopart, "les muscles sous-jacents à une muqueuse ou à une séreuse enflammées sont paralysés", expliquerait la dilatation gastrique par paralysie musculaire.

Nous savons aussi que ces sténoses peuvent céder sous l'influence du traitement, si le tissu qui donne ce rétrécissement est encore du tissu gommeux. Si c'est déjà du tissu de cicatrice, le traitement anti-spécifique n'a aucun effet.

Quoi qu'il en soit, notre thérapeutique a été pleinement effective

et c'est maintenant le moment de nous demander si nous aurions obtenu le même résultat avec l'arsenic et le bismuth.

A une époque où l'arsenic et le bismuth tiennent un rang élevé sur le marché des valeurs thérapeutiques, il s'est trouvé que nous avons eu recours à peu d'arsenic et à beaucoup d'iodure et de mercure parce que nous restons convaincu que pour des malades approchant la soixantaine et qui présentent des manifestations tertiaires, le mercure et l'iodure doivent tenir la première place; mais je ne suis pas syphiligraphie ni arsénicophobe; et sans trop craindre les conflits thérapeutiques dont parle Milian, on ne peut s'empêcher de constater que c'est toujours avec l'arsenic et non avec le mercure qu'ils se produisent et, *a fortiori* chez des malades dont le cellule hépatique a été surmenée, soit par des abus de table, soit par l'alcool.

Leven disait que l'on ne devait pas considérer avoir bien traité la syphilis gastrique, si l'on n'a pas donné d'iodure de potassium, qui fait fondre les gommés syphilitiques de l'estomac; et il ajoute qu'il faut également avoir recours au mercure. Nous partageons son opinion.

Conclusions d'ordre pratique: chez un malade dépassant la cinquantaine et présentant des troubles gastriques graves, en particulier une ptose de l'estomac avec lenteur d'évacuation et parfois des vomissements, qui avoue un accident pouvant être d'ordre spécifique, mais que la réaction de Wassermann reste impuissante à démontrer, il est toujours indiqué de tenter d'abord un traitement à l'iodure et au mercure; si ce sont des manifestations syphilitiques, elles rétrograderont comme par enchantement par le traitement, pourvu qu'il n'y ait pas de sclérose constituée; si les lésions ne sont pas de nature spécifique, le traitement à l'iodure constitue un traitement brutal et ne fera qu'accentuer davantage les troubles gastriques déjà existants.

GOITRE

OBSERVATIONS PERSONNELLES ET COMMENTAIRES (1)

Par Réal DORE.

Nous pouvons résumer en quelques lignes l'opinion générale actuelle du traitement médicamenteux et physique des goitres.

Des radiologistes (Kahn, Delherm, Panneton) admettent l'inefficacité des Rayons X, et j'ajoute du radium, appliqués sur une tumeur encapsulée de la glande thyroïde.

Des médecins (Henry Bith, sauf Marcel Labbé) affirment que l'iode administré à des goitreux porteurs de tumeurs encapsulées n'a aucun effet heureux sur celles-ci.

Des Américains (Marine) prétendent que des tumeurs encapsulées non toxiques peuvent le devenir à la faveur d'un traitement iodé.

Seuls les porteurs de tumeur parenchymateuse de la glande thyroïde peuvent sinon guérir, du moins s'améliorer sous l'effet du traitement iodé ou des Rayons X.

Plummer et Bootby, médecins américains, Dautrebande, médecin belge, G. H. Baril, de Montréal, considèrent l'iode comme adjuvant très affectif dans la préparation des goitreux à l'intervention chirurgicale. Grâce à ce médicament, un métabolisme basal élevé redevient quasi normal et permet par la suite d'opérer dans de meilleures conditions.

Voyons maintenant si les faits cliniques confirment ces données.

1ère observation.—Madame B., âgée de 55 ans, il y a 3 ans, lors de sa ménopause, a constaté la présence d'une tumeur du cou, région antérieure. Au cours de la première année qui a suivi la constatation de cette tumeur thyroïdienne, de l'iode a été administré par intervalles réguliers. Les symptômes toxiques s'accroissant, au commencement de la deuxième année, la malade est soumise à huit traitements aux Rayons

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, séance du 3 décembre 1929

X, à raison de un par semaine. En juin dernier, commencement de la troisième année, la malade accusant encore des symptômes d'hyperthyroïdie, est de nouveau soumise à sept applications des Rayons X, toujours à raison de une par semaine.

J'ai examiné Madame B. le 26 novembre 1929, et j'ai porté le diagnostic de goître parenchymateux volumineux, bilatéral, toxique. Lors de cet examen le métabolisme était de plus 51 et la malade présentait encore des symptômes toxiques.

Tout porte à croire que chez cette personne, malgré les différents traitements reçus, l'évolution toxique suit son cours.

Chez elle l'iode n'a sûrement pas été un remède spécifique, pas plus que ne l'ont été les Rayons X.

2ème observation.—Madame L., 30 ans, a remarqué que son cou, région antérieure, augmentait de volume il y a 4 ans.

J'ai examiné cette malade il y a 2 ans. J'ai fait de la tumeur un goître parenchymateux, bilatéral, toxique, exophtalmique. Il s'agissait d'un Graves-Basedow classique. Elle avait dans le temps un métabolisme de plus 107.

Vu l'état d'hyperthyroïdie grave de la malade, celle-ci est internée à l'hôpital où elle séjourne un mois au lit. Au cours des deux mois qui ont suivi sa sortie de l'hôpital, elle fut mise au repos complet dans sa famille.

Dès le début de son séjour à l'hôpital, des traitements aux Rayons X ont été appliqués au niveau de la tumeur.

Ce traitement physique a fait disparaître la tumeur d'une façon complète. Actuellement, cette malade a un métabolisme basal de plus 67 et présente encore des symptômes toxiques prononcés d'une Graves-Basedow.

3ème observation.—Madame B., 32 ans, présentait l'été dernier un adénome volumineux, bilatéral, toxique, multinodulaire dont le début remonte à dix ans. Cette malade a été traitée au radium à maintes reprises il y a quelques années.

Depuis, une thyroïdectomie subtotale laborieuse a été pratiquée.

4ème observation.—Mlle C., 36 ans, très nerveuse et accusant des palpitations de cœur, consultait un médecin à ce sujet en mars 1928. Celui-ci a porté un diagnostic d'adénome toxique (MB plus 20). Un traitement iodé (solution de Lugol) a été prescrit. Le métabolisme basal étant descendu à plus 4, l'intervention a été pratiquée.

Au sujet de cette malade, il y a un détail intéressant à noter. En juillet dernier, à Varsovie, lors du congrès international de chirurgie, Léon Bérard, rapporteur, affirmait que la fréquence de la récurrence des symptômes toxiques après l'énucléation d'une tumeur

encapsulée, opération incomplète comme il le dit, est due à la persistance de lésions parenchymateuses tout autour de la tumeur encapsulée, siège probable de la sécrétion toxique.

M'inspirant de cette théorie nouvelle, j'ai pratiqué chez ma malade non pas une énucléation de la tumeur encapsulée, mais une thyroïdectomie partielle.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce fait par le prof P. Masson a prouvé l'exactitude de la théorie de Léon Bérard. Il s'agissait en plus d'un adénome, d'une hyperplasie en involution probable du parenchyme glandulaire.

Il faut conclure de tout ceci qu'une thyroïdectomie partielle doit être pratiquée, plutôt qu'une énucléation simple, quand il s'agit d'une tumeur encapsulée toxique.

Commentaires

Dans la première observation, il s'agit d'un goitre parenchymateux traité aux Rayons X. Cet agent physique a diminué d'un tiers le volume primitif de la tumeur. Malheureusement, cette malade présente encore des symptômes alarmants d'hyperthyroïdie.

La deuxième malade, qui présentait un Graves-Basedow classique, a vu sa tumeur disparaître complètement par l'application des Rayons X. Si actuellement la tumeur est disparue, l'évolution toxique persiste. Je n'oserais pas conseiller à cette dernière de continuer à se faire irradier davantage de peur de voir apparaître un myxœdème redoutable.

Il ne reste à proposer à ces deux malades que le traitement sanglant. Malheureusement les adhérences tenaces créées par les Rayons X rendront l'intervention très laborieuse et même dangereuse quant au nerf récurrent.

Si quelques cas heureux traités par les Rayons X sont rapportés, les cas d'insuccès sont trop nombreux et l'intervention est si délicate chez ces derniers, que dans l'intérêt des malades, avant de conseiller à ceux-ci un traitement physique, il faut y penser sérieusement.

Au sujet du troisième cas présenté et traité au radium, aucun résultat n'a été obtenu si ce n'est celui de rendre une intervention des plus laborieuses.

La quatrième observation confirme bien l'opinion du Dr G. H. Baril en ce sens que l'iode en abaissant un métabolisme élevé rend bénigne une opération majeure.

Conclusions

Me basant sur l'observation de ces 4 malades et sur bon nombre d'autres que j'ai eu l'occasion de suivre et d'opérer depuis 2 ans et tenant compte de l'opinion générale de ceux qui se sont intéressés aux affections de la glande thyroïde, j'en viens à la conclusion que l'iode peut être prescrit à des porteurs de goitre scolaire, peut-être aussi, mais pour une courte durée, à celles qui voient apparaître un goitre parenchymateux lors de la puberté, d'une grossesse ou de la ménopause.

Les autres formes cliniques du goitre appartiennent au domaine chirurgical.

Quant aux Rayons X et au radium, ce sont des agents physiques dont l'application sur des thyroïdes cause presque toujours plus d'en-nui que de bien. Nous devons donc les éliminer de la thérapeutique des goitreux.

Dans les circonstances, j'approuve l'attitude prise par les deux médecins dont les noms suivent :

En 1926, après avoir rapporté 1500 cas de goître opérés au cours de ses 20 dernières années, Sébilleau concluait en disant que : "tous les goitreux finissent toujours par subir l'intervention chirurgicale quel que soit le traitement médicamenteux ou physique utilisé."

En juillet 1929, lors du congrès international de chirurgie tenu à Varsovie, Léon Bérard, rapporteur, concluait en ces termes : "chez les goitreux le traitement sanglant est de beaucoup supérieur à tout autre."

SUR UN CAS DE GASTRECTOMIE PARTIELLE POUR CANCER

Par **Paul MARCHILDON**

Assistant bénévole à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Le cancer de l'estomac est le plus fréquent de tous les cancers. Il figure pour un tiers des cancers de l'homme et un cinquième des cancers de la femme.

De par sa nature et sa localisation, le cancer gastrique est une affection éminemment chirurgicale. Il s'ensuit de cette notion, la nécessité du diagnostic précoce, car le cancer devient très rapidement inopérable par les métastases aux ganglions du voisinage, la propagation destructrice à l'organe lui-même, les adhérences intimes aux organes voisins les faisant prendre part au processus tumoral et rendant l'acte opératoire impossible.

La symptomatologie est très variable. Ordinairement, au début, il n'y a pas de symptômes pathognomoniques. Bien des dyspeptiques nerveux ont porté leurs cancers jusqu'à ce qu'on les découvre à l'état d'inopérabilité.

Il faut donc toujours faire une étude approfondie des dyspeptiques chroniques, compléter les observations par le chimisme gastrique et la radiographie. La radiographie est positive dans 95% des cas. Elle renseignera d'une façon précise sur la place où se trouve le cancer et son degré d'envahissement à l'estomac. C'est une recherche dont il ne faut pas priver le malade. Le chimisme gastrique révélera souvent une hypochlorhydrie ou une achlorhydrie.

D'après Pauchet, la mortalité opératoire pour néo-gastrique est de 18%. C'est un taux assez élevé comparé à celui de 3% pour les ulcères. La différence est due au fait que les cancers sont opérés trop tard. Les métastases ont essaimé au loin, les adhérences compliquent l'acte opératoire et augmentent le shock, la cachexie diminue la résistance du malade.

J'eus l'occasion d'opérer un malade qui illustre plusieurs points de vue de la question.

Le 24 novembre 1928, vint me consulter M. E. C., cultivateur, 51 ans. Il souffrait, depuis huit mois, de troubles digestifs consistant en sensations de points sous les fausses côtes du côté gauche, 3 à 4 heures après les repas; le malaise coïncidait avec le début de la faim, vers 11 A. M., 3 P. M. et 3 A. M. Parfois, c'était de véritables crampes. Depuis le début, le malade n'eut aucun répit et les symptômes se sont de plus en plus imposés. Il souffre la nuit depuis août dernier. Depuis quelques



Radiographie prise avant l'opération.

jours, les douleurs sont calmées par ingestion d'aliments et reprennent une demi-heure après. Jamais de vomissements, ni pyrosis, ni moeléna. Le malade a maigri de 25 livres.

L'examen révèle une défense musculaire au creux épigastrique et une douleur prononcée sur toute l'aire de l'hypochondre gauche et du creux épigastrique. Quand le malade respire profondément et relâche quelque peu sa paroi abdominale, on sent comme un empâtement gastrique bien qu'immédiatement les muscles se contractent par réflexe. L'examen du suc gastrique dénonce la présence de sang et d'achlorhydrie.

Le 6 décembre 1928, la radiographie fait voir une image lacunaire donnant l'apparence d'encoches irrégulières mais permanentes et identiques sur différents clichés.

Les encoches donnent l'aspect d'amputation de la paroi de l'estomac

sur une étendue partant près du pylore et empiétant la grande courbure jusqu'à sa partie moyenne.

Le 18 juin 1929, une radiographie de contrôle donne une image très intéressante. Il s'est formé une poche gastrique donnant l'apparence d'un nouvel estomac se vidant dans le duodénum étiré du côté gauche de la colonne vertébrale. L'anastomose est parfaitement perméable.

Opération le 18 décembre 1928.

Incision médiane sus-ombilicale. Au niveau de la grande courbure,



Radiographie prise 6 mois après l'opération.

à partir de 2 cms du pylore jusqu'à la moitié de la partie moyenne, on trouve une masse cancéreuse, dure, bosselée, irrégulière, dont la majeure partie est contenue à l'intérieur. La masse est de la grosseur d'une orange et demie. Sa surface remplace la paroi de l'estomac disparue. Elle est très mobile, ainsi que l'estomac.

Résection pyloro-gastrique, anastomose termino-terminale après rétrécissement préalable de la tranche gastrique (Péan).

Sauf une congestion pulmonaire, les suites opératoires furent bonnes.

Le malade quitta l'hôpital le 22 janvier 1929, s'alimentant très bien et ayant engraisé de douze livres. Les douleurs, depuis l'opération, ont complètement disparu.

Le rapport anatomo-pathologique du Prof. Pierre Masson est le suivant: Volumineux cancer ulcéré de la région pylorique. Epithélioma formé par de larges cordons creusés çà et là de minuscules cavités glandulaires, mais le plus souvent massifs et d'aspect pavimenteux. Forme très exceptionnelle de cancer gastrique.

Actuellement, le malade peut faire une partie de son ouvrage; il a repris son poids normal et continue de s'alimenter très bien.

Quelques considérations se présentent à l'esprit. La symptomatologie de l'estomac est souvent vague; il faut un questionnaire approfondie des sensations éprouvées par le malade, et surtout il faut l'aide des Rayons X et du laboratoire. Si l'état général le permet, il faut laparatomiser tous les cancéreux chez qui on soupçonne des possibilités opératoires. La technique doit être adéquate à la lésion.

D'après Pauchet, l'opération de Péan, quand elle est possible, est de beaucoup la préférable, parce qu'elle laisse les viscères dans un état qui ressemble le plus à la normale et la fonction ultérieure est mieux conservée.

Dans ce cas-ci, la nature a reconstitué avec le moignon gastrique une poche stomacale dont on aperçoit très nettement l'évacuation sur la radiographie.

Dans certaines cliniques, la gastrectomie étend ses indications dans la plupart des cas d'ulcères et les partisans de la gastrectomie systématique apportent de bonnes raisons à l'appui. Il est parfois très difficile, sinon impossible, d'affirmer l'absence d'un cancer sur des lésions qui paraissent ulcéreuses; en plus, les gastro-entérostomisés, dans une grande proportion, continuent de souffrir, et ils restent en imminence de perforation et d'hémorragie. Il ya certainement là un horizon futur pour les gastrectomies.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES FRACTURES DU COUDE

Par **Antonio BELLEROSE**,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Sous le nom de fractures du coude, on groupe en clinique: les fractures de l'épiphyse humérale inférieure, les fractures de la tête et du col du radius, les fractures de l'olécrane et de l'apophyse coronoïde. Les fractures du coude, fréquentes surtout chez les enfants et les adolescents, se présentent comme vous le voyez sous différentes variétés anato-mo-pathologiques; d'une façon générale elles sont graves parce que la plupart du temps elles intéressent l'articulation et se trouvent au voisinage de nerfs importants, tels que le cubital et le médian.

I.—Traitement d'urgence

Aucune fracture du coude ne doit être traitée sans une radiographie préalable, d'où la nécessité d'instituer un traitement d'urgence permettant le transport du malade pour subir les différents examens nécessaires avant l'application du traitement définitif. Pour nous, un des meilleurs traitements d'urgence consiste dans l'application d'une écharpe de Major, avec pansement compressif du coude; ce traitement ne doit durer que juste le temps d'établir d'une façon précise la variété de fracture à laquelle on a affaire.

II.—Traitement définitif

La réduction doit être précoce, elle doit être effectuée d'urgence au même titre que l'appendicectomie dans l'appendicite aiguë: la restitution des rapports anatomiques normaux est encore le moyen d'éviter l'hémarthrose, l'œdème, la vésiculation que l'on rencontre dans les fractures négligées.

Fracture de l'épiphyse humérale inférieure

La réduction s'obtient au moyen de la propulsion des fragments et de la traction.

Une fois la réduction faite, elle doit être maintenue soit au moyen d'appareils plâtrés, soit au moyen d'appareils à extension continue, tels que: l'appareil Delbet, le béquillon extensible d'Alquier, etc. Ces derniers appareils sont indiqués chaque fois qu'il y a lésions des tissus mous dans le voisinage du foyer de fracture, dans les autres cas nos préférences vont aux appareils inamovibles et tout particulièrement à l'appareil de Hannequin.

Dans quelle position faut-il immobiliser le membre supérieur? Il faut placer, tel que préconisé par Broca, le coude en flexion à angle aigu, c'est-à-dire en hyperflexion; dans cette position, le triceps brachial sert en quelque sort d'attelle, de hamac où viennent s'appliquer les fragments osseux.

Il va sans dire que la réduction doit être constatée à la radiographie.

On ne doit recourir à l'ostéosynthèse, c'est-à-dire à la réduction sanglante que lorsqu'il y a impossibilité absolue d'obtenir une coaptation suffisante des fragments osseux par la méthode non sanglante, et que l'on a raison de craindre qu'il en résulte une infirmité grave. En principe, nous sommes opposés à l'ostéo-synthèse, du moins lorsqu'il s'agit de fractures intra-articulaires ou juxta-articulaires; cependant il y a des variétés de fractures où il est préférable d'y recourir d'emblée: telle est la fracture de l'olécrane.

Fracture de l'olécrane

Dans ce genre de fracture, l'ostéo-synthèse s'impose avec immobilisation du coude en extension, au moyen d'une gouttière plâtrée ou des attelles de Thomas. Après dix jours d'immobilisation complète, on commence la mobilisation passive pour passer ensuite à la mobilisation active.

Mobilisation

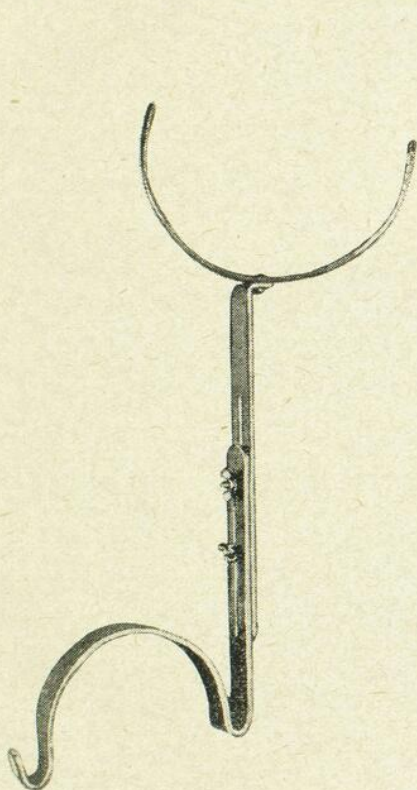
La mobilisation dans les fractures du coude, de même que dans la plupart des fractures articulaires, doit être précoce.

Chez les enfants il faut commencer la mobilisation passive à la treizième journée, chez les adolescents à la quinzième ou à la vingtième journée, chez les adultes à la vingt-cinquième ou trentième

journée. La mobilisation active ne sera faite qu'une dizaine de jours plus tard.

Dans la fracture du coude, il est préférable de ne pas prescrire de massage, autrement on s'expose à provoquer l'apparition d'un ostéome du brachial antérieur, comme l'ont si bien démontré Delbet et Kirmisson.

On peut joindre à la mobilisation la diathermie pour hâter la récupération des fonctions du membre.



Béquillon d'Alquier modifié.



Radiographie.

Observation

L'observation suivante illustre d'une façon probante les bons résultats que l'on peut obtenir dans le traitement des fractures du coude en appliquant la méthode préconisée plus haut.

Il s'agit d'un jeune homme qui s'est fracturé le coude droit à la suite d'une chute faite sur la glace en patinant.

L'accident remonte déjà à plus de quatre jours lorsque nous voyons le malade pour la première fois.

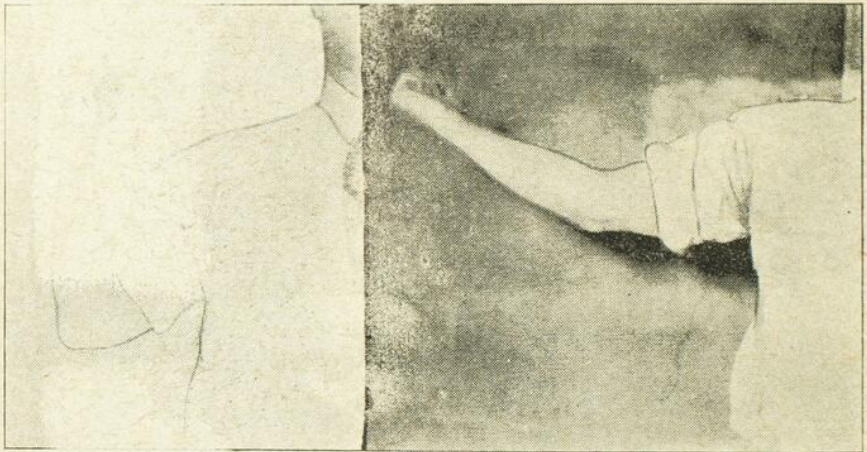
Examen local.—Le membre supérieur droit est en extension et le moindre mouvement de l'avant-bras cause de la douleur. Les téguments du coude présentent une coloration rouge vineuse et sont recouverts de nombreuses vésicules d'où s'écoule un liquide séro-purulent abondant. Le coude est doublé de volume.

La radiographie nous laisse voir une fracture en T de l'épiphyse inférieure de l'humérus avec déplacement angulaire.

Traitements.—A cause de l'état des téguments qui nécessite des pansements quotidiens, après réduction sous anesthésie, nous immobilisons le coude en hyperflexion au moyen du béquillon extensible d'Alquier, dont nous avons modifié la courbure de la branche inférieure de façon à lui faire remplir l'office d'un appareil Delbet.

Aussitôt les téguments guéris, c'est-à-dire après une dizaine de jours, l'appareil Hannequin est substitué à l'appareil d'Alquier pendant une huitaine de jours.

La mobilisation passive, pendant vingt minutes, à tous les jours, succède à l'immobilisation complète qui a duré au plus trois semaines.



Flexion.

Extension.

Cette mobilisation consiste dans l'extension et la flexion plus ou moins complète de l'avant-bras sur le bras.

A la trentième journée, le malade commence à faire lui-même de la mobilisation active.

Etat actuel.—La flexion du coude est possible au delà de l'angle droit, le patient porte facilement la main à la bouche. L'extension est presque complète et notre accidenté peut aujourd'hui faire des travaux qui nécessitent un effort considérable.

Nous attribuons les bons résultats obtenus au point de vue fonctionnel du membre au fait que nous avons commencé la mobilisation active et passive d'une façon précoce.

L'OTITE SCARLATINEUSE (1)

Par **Jean LAPOINTE**,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

L'otite de la scarlatine est souvent considérée comme la plus rapidement nécrosante qui soit, comme la plus fertile en mastoïdites graves et en suppurations intarissables; tantôt, d'après certaines statistiques, elle est plutôt rare; on lui refuse ailleurs sa sévérité classique; ses complications mastoïdiennes sont des raretés; ses complications labyrinthiques et méningées sont de simples phénomènes réactionnels.

L'otite scarlatineuse, située aux confins de la pédiatrie et de l'otologie, est envisagée sous un jour différent, tant par le médecin d'enfants que par l'otologiste; et voilà justement l'explication de cette divergence d'opinions.

Le médecin, traitant un grand nombre de scarlatineux, est souvent surpris de la rareté des cas d'otites; il les perd de vue dès leur sortie du pavillon d'isolement et n'assistera pas à l'histoire de nombre d'entre eux pendant des années, pendant toute une vie.

L'otologiste qui suivra ultérieurement ces otites, frappé des vastes délabrements qu'il observe, des interventions répétées et inefficaces qu'il est obligé de pratiquer oublie qu'il existe des formes bénignes qu'il n'a pas toujours eu l'occasion d'observer. Il n'existe pas de type clinique constant, l'otite scarlatineuse étant une maladie essentiellement polymorphe. "Il vous arrivera d'observer chez les scarlatineux des suppurations d'oreilles qui évolueront rapidement vers la guérison complète" (Luc).

Politzer avait déjà distingué les formes graves du début des formes bénignes de la convalescence.

L'auteur étudie en particulier les deux grandes formes de l'otite scarlatineuse et trouve l'explication de cette dualité :

1° Dans la nature même de l'agent infectieux, dans la plus ou moins grande virulence qu'il peut présenter au gré des épidémies et des conditions saisonnières;

(1) A. Lemariez. Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx.

2° Dans l'état du rhino-pharynx et des oreilles antérieurement à l'atteinte scarlatineuse.

L'otite peut survenir à toutes les périodes de la scarlatine; tantôt précoce, apparaissant au moment de l'angine primitive pendant la première semaine; tantôt tardive, se manifestant au moment du syndrome infectieux secondaire. La gravité de ces otites est proportionnée à la gravité de l'atteinte pharyngée.

Les classiques nous enseignent :

1° Que les formes graves nécrosantes sont les plus fréquentes au cours de la scarlatine;

2° Qu'elles peuvent survenir à toutes les périodes de la scarlatine, aussi bien au cours de l'angine initiale que lors des redoutables angines secondaires où l'on décèle toujours l'association diphtérique (Wurtz et Bourges); toutefois Politzer, Voos insistent déjà sur la gravité des otites précoces;

3° Qu'elles reconnaissent en général le streptocoque pour agent.

L'auteur donne les conclusions suivantes à l'enseignement qui précède :

a) Les formes graves sont loin de constituer la majorité;

b) L'otite nécrosante de la scarlatine est toujours une otite précoce.

La scarlatine réveille, exalte et entretient toute infection rhino-pharyngée antérieure ou concomitante :

1° Les végétations adénoïdes prédisposent à la scarlatine. Dans un pensionnat de 1,000 élèves, aucun des enfants opérés ne contracte la scarlatine; ceux qui n'ont pas de végétations adénoïdes la contractent dans une proportion de 1 sur 28; et les porteurs de végétations non opérés la contractent dans une proportion de 1 sur 12;

2° Les végétations adénoïdes aggravent la scarlatine. Sur huit cas d'otite nécrosante décédés précocement au cours de la scarlatine, cinq fois l'examen nécropsique nous montra des végétations énormes atteintes d'adénoïdite à tendance gangreneuse;

3° Les végétations adénoïdes favorisent la persistance de l'infection. C'est la persistance de ce foyer d'infection rétro-nasale qui rend compte de la pathogénie des otites tardives.

Enfin, l'état antérieur des oreilles joue un rôle important et la surinfection provoquée par la scarlatine va déterminer un réchauffement souvent brutal; et la gravité de cette poussée sera proportionnelle à la gravité de l'angine causale.

Les facteurs qui peuvent influencer sur l'apparition et l'évolution de

l'otite scarlatineuse sont nombreux et variés, et pour résumer ces notions étiologiques l'auteur conclut :

1° Les otites de la scarlatine peuvent être précoces ou tardives, survenant lors de l'angine initiale ou au cours du phénomène infectieux secondaire;

2° La gravité de l'otite précoce, proportionnelle à la gravité de l'angine, dépend du germe épidémique; tantôt c'est un germe hyper-virulent, le streptocoque; et c'est l'otite nécrosante précoce, la forme classique; tantôt c'est une virulence atténuée, et on est en présence d'une suppuration banale, voire même d'une otite catarrhale;

3° Une moindre résistance du rhino-pharynx antérieure à la scarlatine et conditionnée par la présence de végétations adénoïdes peut produire une otite tardive.

L'auteur, après avoir étudié l'épidémie, cite l'étiologie, nous présente l'aspect clinique des trois grandes formes d'otite scarlatineuse :

- a) L'otite nécrosante précoce grave;
- b) L'otite précoce bénigne;
- c) L'otite tardive.

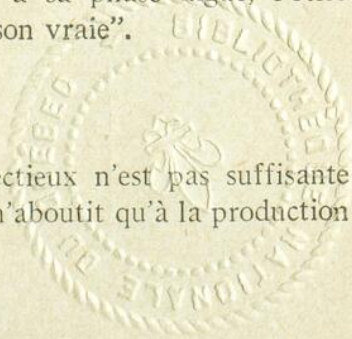
1° *L'otite nécrosante précoce.*

Elle se rencontre toujours dans les cas graves de scarlatine; début brutal, signes généraux intenses, atteinte surrénale marquée; l'éruption sort mal; angine maligne; de fausses membranes diphtéroïdes ou sphacéliques recouvrent le pharynx et s'éliminent en laissant de larges pertes de substances ulcérées entraînant même la perforation du voile (Hench, Lereboullet, Kahles); on rencontre des adénopathies cervicales, les narines sont le siège d'un jetage purulent; enfin, angine grave, adénopathies, rhinite purulente constituent les trois grands syndromes de l'infection streptococcique.

L'écoulement purulent du 2^{ème} au 8^{ème} jour impose le diagnostic si le tympan n'est pas examiné systématiquement; et l'otoscopie peut seule diagnostiquer le début de cette otite. De cette otite, Luc dit: "Quand elle ne tire pas à sa phase aiguë, l'otite nécrosante ne saurait aboutir à une guérison vraie".

2° *L'otite précoce bénigne.*

Souvent la virulence de l'agent infectieux n'est pas suffisante pour entraîner un processus de nécrose et n'aboutit qu'à la production



d'une otite suppurée banale. L'auteur relève dans ses statistiques à côté de 33 otites nécrosantes, 24 otites bénignes précoces. L'aspect clinique de la scarlatine est bénin et l'évolution naturelle vers la guérison de ces otites se rencontre souvent. Cette otite précoce est loin d'être exceptionnelle; sur 10 examens de laboratoires on n'a trouvé que 2 fois le streptocoque, 6 fois le pneumocoque, 3 fois le staphylocoque, 1 fois le pneumobacille. Entre la congestion tympanique et l'otite purulente, tous les intermédiaires peuvent exister.

3° *L'otite tardive.*

La présence de végétations adénoïdes explique l'apparition de l'otite tardive. C'est vers le 15ème ou 20ème jour de l'angine qu'apparaît l'otite; une reprise de l'angine, la présence de ganglions, une nouvelle élévation de température attirent l'attention et annoncent une réinfection, le syndrome infectieux secondaire.

L'auteur rapporte l'observation d'une néphrite scarlatineuse diagnostiquée grâce à l'apparition d'une otite tardive, seul signe manifeste du syndrome infectieux secondaire. Le processus infectieux déborde les limites de la caisse et les complications suivantes seront étudiées successivement. Le tableau suivant me permettra de résumer rapidement ces nombreux accidents :

Complications otite scarlatineuse

I. Accidents précoces.

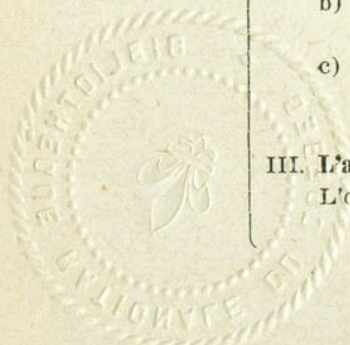
- a) L'oto-mastoïdite d'emblée.
 - 1° Labyrinthites bénignes.
 - 2° Labyrinthites diffuses suppurées.
 - 3° Labyrinthites suppurées nécrosantes.
- b) Les labyrinthites
- c) Complications endocriniennes précoces.

II. Accidents post-opératoires.

- a) Méningite tardive streptococcique.
- b) Ulcération tardive et thrombose du sinus latéral.
- c) Septicémie streptococcique tardive sans thrombose.

III. L'avenir de l'otite scarlatineuse.

- L'otorrhée chronique dans son évolution et dans ses séquelles.



En dehors du traitement préventif consistant dans la désinfection du rhino-pharynx, dans l'injection de sérum antistertococcique et antidiphthérique, il nous reste quelques mots à dire sur le traitement curatif. Si l'on veut porter précocement le diagnostic de l'otite scarlatineuse, si l'on veut saisir dès le début les premières modifications tympaniques, l'examen des oreilles doit être systématique: on le pratiquera tous les jours jusqu'à la disparition de la température et la disparition de la rougeur tympanique. Ultérieurement, il sera pratiqué à la moindre reprise de température, surtout vers la 3ème semaine lors du phénomène infectieux secondaire. *La paracentèse constitue le premier temps du traitement curatif et on ne perdra pas un temps précieux en instillations auriculaires.* Elle sera d'autant plus précoce que l'otite est plus grave; on incisera dès que l'épaississement aura remplacé la vascularisation tympanique du début. Après la paracentèse la thérapeutique différera suivant qu'on aura affaire à une otite bénigne ou à une otite nécrosante. Viennent ensuite: l'antrotomie, la mastoïdectomie, l'évidement pétro-mastodien, la trépanation du labyrinthe.

Conclusions.

1° Il existe au cours de la scarlatine des otites graves nécrosantes et des otites bénignes.

2° L'otite nécrosante reconnaît pour agent le streptocoque.

3° Elle est grave parce que la nécrose s'étend d'emblée à la mastoïde et à l'oreille interne où l'on observe des nécroses labyrinthiques aiguës mortelles.

4° L'otite nécrosante non terminée par la mort passe à la chronisation et souvent ne guérit jamais.

5° Les otites bénignes se rencontrent soit au début, soit le plus souvent vers le 20ème jour, lors du phénomène infectieux secondaire.

6° Le traitement réside dans l'adénectomie systématique, la paracentèse, la trépanation.

a) Adénectomie préventive: la scarlatine est rare chez les adénectomisés; elle est moins sévère; le syndrome infectieux secondaire y est exceptionnel;

b) Adénectomie curative: l'intervention vers la 4ème semaine avant la sortie du pavillon d'isolement.

L'opération présente un intérêt :

- a) Local: elle empêche le passage à la chronicité;
- b) Général: elle supprime la subinfection pharyngée qui favorise l'atteinte rénale, les poussées rhumatismales, les adénopathies sub-aiguës de la convalescence de la scarlatine.
- c) Social: elle supprime les porteurs de germes scarlatineux.

MÉDECINE PRATIQUE

PNEUMONIE

1° Contre le point de côté :

Morphine 1/4
Atropine 1/150

en injection hypodermique. Ne répéter que sur indication formelle.

2° **Pansement humide chaud** avec épaisse couche de toile à fromage recouverte d'un taffetas gommé ou soie huilée ou toile cirée, retenu en place avec bandes et bandelettes. Renouveler ce pansement matin et soir. L'on peut remplacer ce pansement par le **cataplasme de farine de graine de lin** moutardé. On supprime la moutarde si la peau est trop irritée.

3° Application de **ventouses sèches** sur la région douloureuse. 7 à 8. Il est inutile de les réappliquer.

4° Repas au lit en position demi-assise.

5° Contre la congestion :

Les préparations à base d'**ipécac** sont excellentes :

(a) Sirop d'**ipécac** :

Une cuillerée à thé toutes les heures jusqu'à sensation de nausées; suspendre pour reprendre au besoin le lendemain.

(b) Ou bien **Sirop Dessessarts** :

Il contient de l'ipécac. Une cuillerée à soupe toutes les deux ou trois heures, selon l'effet nauséux plus ou moins prononcé. Cette médication est souvent héroïque.

6° Pour favoriser l'expectoration :

Carbonate ou acétate d'ammoniaque 5 grammes
Citrate de soude 10 grammes
Sirop simple ou d'écorces d'oranges amères 25 c.c.
Eau distillée 125 c.c.

Une cuillerée à soupe toutes les 2 ou 4 heures selon les cas, diluée dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau pour atténuer le goût âcre.

On peut ajouter à cette formule la potion de Tood.

Le **citrate de soude** fluidifie le caillot fibrineux intra-alvéolaire et favorise son élimination.

7° Stimuler le cœur :

4) **Digitaline** : 10 gouttes une fois ou deux par jour jusqu'à 50 gouttes.

- 2) **Huile camphrée à 20%**. Une ampoule stérilisée chaque jour stimule le cœur et agit favorablement sur le bloc inflammatoire.
Succédanés:
Coramine
Camphrodyl en ampoules ou per os.
Il y en a d'autres: cognac, champagne. Se méfier des excès car le délire apparaît souvent à cause des doses excessives. A surveiller.
- 8° **Diète liquide généreuse**, au choix. Prendre peu à la fois et plus souvent.
Le malade doit boire de l'eau pure. On abuse beaucoup des Eaux de Vichy, des limonades qui sont des aliments d'épargne à cause du sucre qu'ils renferment.
- 9° Les **inhalations d'oxygène** sont très utiles. Les renouveler alors fréquemment. Elles sont supérieures aux injections sous-cutanées.
- 10° **Aérer** abondamment et d'une façon permanente la pièce. Tenir le lit au centre, jamais dans les angles, afin de permettre la circulation de l'air.
- 11° **Pas de visites**, pas de conversations, pas de sombres figures ni de pronostics pessimistes. Soigner le moral: un mot d'encouragement, de l'espoir, voilà un tonique réconfortant.
- 12° **Bain d'éponge** chaque jour, frictions à l'alcool ou eau de Cologne.
- 13° Tenir les intestins libres: lavement au besoin. Ne pas abuser des purgatifs. Les soignées blanches sont quelquefois nuisibles (purgatifs trop fréquents).
- 14° Surveiller **l'épine sacrée** — escarres. Un coussin soufflé, si utile.
- 15° Analyse des urines. Le volume quotidien est de la plus haute importance. Le médecin doit en connaître le chiffre exact.
- 16° La **pression artérielle** doit être prise chaque jour afin de suivre la résistance du cœur. Chaque jour pratiquer un examen minutieux des organes.
- 17° La saignée peut être utile dans certains cas: hypertension, congestions intenses, etc.
- 18° Tenir les pieds chauds.
- 19° Sac de glace à la nuque et non sur la tête au cas de délire et
- 20° Le malade **doit dormir**: essentiel.

Telles sont les principales indications thérapeutiques dans les cas classiques.

Note: L'institut Pasteur fabrique un vaccin anti-pneumococcique que l'on donne en injection hypodermique. On l'emploie surtout au début.

LeSAGE.

REVUE DES LIVRES ET THÈSES

L.-Arthur MAGNAN. — **Anomalies et malformations génitales de la femme.** ("Thèse de la Faculté de Médecine de Paris", 1929.)

Depuis quelques années une méthode d'exploration des cavités à l'aide d'injection opaque pour en permettre l'examen radiologique a été mise en évidence par les travaux de Sicard et Forestier qui ont utilisé une huile iodée, le Ipiodol, pour servir de liquide injecteur.

Employée d'abord dans la colonne vertébrale puis dans les poumons, l'injection de ce liquide a été pratiquée dans les organes génitaux de la femme avec un succès marqué. Le travail de notre collègue et compatriote, le Docteur Magnan, démontre bien l'utilité de la méthode en faisant ressortir par des planches nombreuses de radiographie et de pièces anatomiques, l'étude particulière des anomalies et malformations génitales de la femme.

L'auteur, dans son introduction, nous dit comment il a été amené à choisir ce sujet pour titre de sa thèse et nous indique les sources principales auxquelles il a puisé la plupart de ses cas. Dans une première partie, il fait l'historique de l'examen radiographique des organes génitaux de la femme tant en France qu'à l'étranger. Il rappelle que si cette méthode n'est pas nouvelle, elle est tout au moins récente; ce n'est que depuis qu'on a trouvé un liquide injecteur inoffensif et indolore qu'on a pu recueillir la certitude de l'utilité d'un tel mode d'exploration.

Cet examen présente un intérêt pratique particulièrement dans la recherche de la stérilité surtout de cause tubaire, pour faciliter le diagnostic entre le fibrome utérin et le kyste de l'ovaire, et permettre le diagnostic des métrorragies. Dans une deuxième partie, l'auteur étudie longuement la technique de l'hystéro-salpingographie et rapporte une variété d'instruments pouvant servir à l'injection du liquide tout en appuyant sur celui qu'il croit être le plus favorable. Il rappelle également les contre-indications de l'hystéro-salpingographie qui se résument à trois principales: l'état inflammatoire aigu du petit bassin, le soupçon de grossesse, la présence d'une hémorragie importante.

Avant de rapporter quelques cas de malformations et anomalies génitales, Magnan, dans une troisième partie, nous fait un rappel embryologique des organes génitaux de la femme. Dans l'étude des observations, il nous indique la façon de procéder au diagnostic radiologique des figures représentées et il termine dans une cinquième partie en nous apportant des déductions thérapeutiques susceptibles de suivre l'examen pratiqué à l'aide de cette méthode.

Ce travail est imprimé avec tout le soin que savent apporter les éditeurs français dans l'exposé d'un travail scientifique, sur un papier de luxe sur lequel les clichés radiographiques et photographiques apparaissent extrêmement clairs. La bibliographie est imposante et ce

travail devrait faire partie de la bibliothèque des gynécologues et obstétriciens, pour ne pas dire des praticiens généraux qui y trouveront des indications précises et à date sur une méthode nouvelle d'exploration des organes génitaux de la femme.

Léon GERIN-LAJOIE.

* * *

P. BOUIN, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. — **Éléments d'Histologie.** T. I. 1 vol. in-4° de 334 p., 200 fig. dans le texte et 2 pl. en couleurs. Librairie Félix Alcan, 108 boul. St-Germain, Paris (VIe). 1929.

Depuis le volumineux et classique "Traité d'Histologie" de Prenant, Bouin et Maillard, jamais, croyons-nous, il n'a paru, en langue française, d'ouvrage didactique d'Histologie comparable à celui-ci, à la fois quant à la beauté de présentation et à la valeur de l'enseignement qui s'en dégage. Pour bien apprécier ce dernier, il faut se rappeler l'évolution profonde qu'a subie l'Histologie au cours des vingt-cinq dernières années. Xavier Bichat, son véritable et immortel créateur, faisant appel à l'expérimentation sur le vivant, l'avait d'emblée placée sur le terrain de la physiologie. Après lui, l'Histologie s'est développée dans deux directions opposées: vers la morphologie avec de Baer, Remak, Leydig, Kolliker, Coste, Balbiani, Virchow, etc; vers la physiologie avec Cohnheim, Recklinghausen, Heidenhain et surtout Ranvier, qui semble bien, le premier, sous l'influence immédiate de son émule Claude Bernard, avoir systématiquement appliqué la méthode expérimentale à l'Histologie, comme la seule capable de la vivifier et de la renouveler.

Sous cette double et nécessaire impulsion, l'Histologie s'est constituée, s'est enrichie de ses notions les plus fondamentales, et pouvait aspirer à de vastes et rapides conquêtes.

Mais à la fin du XIXe siècle, les préoccupations morphologiques avaient à ce point envahi son domaine et acquis une telle prédominance, que l'Histologie ne fut bientôt considérée que comme un prolongement, une annexe de l'Anatomie. Cette conception se répandit, régna pendant assez longtemps, et trouve encore de nos jours, en certains milieux, des adeptes fervents. Elle aurait, si elle avait duré, rapidement stérilisé la discipline qu'elle prétendait servir, en réduisant son objet à l'observation exclusive de formes, de structures préalablement altérées par des réactifs chimiques de toutes sortes.

Mais l'Histologie s'est peu à peu dégagée de ces contraintes pour se rallier définitivement aux tendances physiologiques que lui avait imprimées Ranvier. Certes, la morphologie, l'observation des structures reste à la base de la recherche histologique, et personne ne songe à en nier l'importance fondamentale. Mais "il n'est personne non plus qui veuille la considérer comme capable à elle seule d'ouvrir à la science de nouveaux horizons" (J. Joly). L'Histologie moderne a donc considérablement élargi son domaine primitif. Son objet n'est plus seulement la

connaissance structurale des cellules et des tissus, mais encore la connaissance de leur composition et de leurs fonctions. Elle ne tend plus seulement à la comparaison et à l'interprétation statique d'états morphologiques divers, elle vise encore à trouver leur rôle et à expliquer le mécanisme de leur fonctionnement. Dans ce but, elle fait un constant appel à l'expérimentation, aux méthodes et aux données de la physiologie et de la physico-chimie. L'Histologie est devenue de l'Histophysiologie et de l'Histochimie, c'est-à-dire "une méthode au service de la physiologie", et dont le microscope est l'outil.

Comment ne pas rappeler ici quelques-unes des acquisitions les plus importantes obtenues grâce à cette convergence des méthodes histologiques et physiologiques: l'explication par Heidenhain et Ranvier, du mécanisme de la sécrétion glandulaire; du mode de fonctionnement du rein, par Hering et Heidenhain; la découverte de la disposition des canalicules biliaires, et du rôle hématopoïétique de la rate, des ganglions et du thymus, longtemps rangés parmi les glandes. C'est à l'Histophysiologie que l'on doit nos connaissances actuelles sur le mécanisme de la fécondation, sur l'action biologique des radiations, sur l'histogénèse du tissu conjonctif, tour à tour abordée par la méthode des greffes, et par la culture des tissus, laquelle semble, en outre, devoir jeter les plus vives lumières sur le problème complexe des corrélations tissulaires. Aucune découverte n'illustre mieux la fécondité de la méthode histophysiologique que celle du rôle des glandes à sécrétion interne, qui a ouvert à la biologie et la pathologie l'impressionnant chapitre des corrélations fonctionnelles endocriniennes. La coopération des deux méthodes morphologique et expérimentale n'a pas seulement permis de localiser dans la thyroïde, dans l'hypophyse, dans la surrénale, etc., les éléments glandulaires, et de démontrer le rôle de leurs produits; elle a permis à la chimie d'extraire ces produits à l'état pur, de les analyser, et dans certains cas, d'en faire la synthèse.

L'extraction récente de l'insuline est l'une de ces magnifiques conquêtes des histophysiologistes.

Parmi les savants qui, depuis vingt-cinq ans, ont le plus efficacement contribué à élever l'histologie au rang de science expérimentale, le professeur Bouin apparaît comme l'un des plus éminents. Il y a contribué par son enseignement, tout imprégné de l'esprit nouveau; par les nombreux disciples qu'il a formés à son école, et dont quelques-uns ont déjà enrichi la science de travaux remarquables. Il y a contribué surtout par son œuvre personnelle, dans laquelle la fécondité de la méthode histophysiologique trouve assurément l'une de ses plus éclatantes manifestations. Car les travaux du professeur Bouin, en collaboration avec son collègue Ancel, sur le déterminisme des caractères sexuels secondaires, ont abouti à la démonstration expérimentale de l'influence morphogénétique des gonades sur ces caractères, et de la nature endocrinienne de cette corrélation. En regard de la physiologie, ces travaux sont de l'ordre de ceux qui ont conduit à la découverte de l'adrénaline et de l'insuline: ils devront eux-mêmes conduire à l'extraction des hormones ovarienne et testiculaire, déjà revendiquée du reste par

plusieurs chercheurs.(1) "Bouin et Ancel, comme Brown Séquard, doivent être considérés comme les promoteurs de l'endocrinologie sexuelle" (A. Pézard).

Un traité d'Histologie, par un tel Maître, ne pouvait manquer de manifester à chaque page les tendances physiologiques modernes de cette science; et c'est bien là la caractéristique de ce livre, où la morphologie garde néanmoins sa part nécessaire. Puisque la physiologie a vivifié et enrichi l'Histologie, l'enseignement doit ici refléter cette empreinte, en superposant aux notions de structure les notions fonctionnelles établies à la suite de cette orientation nouvelle. Ainsi disparaît, dans ce livre, "l'aridité des leçons descriptives", pour faire place à une science vivante, attrayante et véritablement éducative.

A ces qualités concourt également le plan très spécial que l'auteur a adopté, et qui constitue une innovation remarquable. Au lieu de traiter séparément les tissus et les organes, selon la méthode habituelle, il a réuni en une description commune les cellules, les tissus et les organes fonctionnellement identiques. "Il nous a paru simple et plus suggestif, dit l'auteur dans sa préface, d'associer dans une même description les divers groupes d'éléments qui remplissent un rôle commun et qui, le plus souvent, traduisent leur adaptation par des aspects caractéristiques et des agencements analogues. Cette manière de faire a l'avantage de simplifier l'exposé, de rapprocher des faits qui autrement seraient isolés par des séparations artificielles, de réaliser entre les multiples dispositifs microscopiques de plus larges rapprochements, de faire mieux comprendre que la notion de forme est inséparable de la notion fonctionnelle. Faire naître chez l'étudiant l'idée explicative qui éclaire la raison d'être des structures, lui faciliter l'acquisition raisonnée des vues d'ensemble, tel est le résultat principal que nous avons cherché à atteindre en rédigeant cet ouvrage."

Autre innovation profondément utile: aux notions fondamentales imprimées en texte ordinaire, l'auteur a ajouté, imprimées en petit texte, des notions plus étendues sur les problèmes biologiques généraux que soulève l'histophysiologie, et sur les questions nouvelles vers lesquelles se portent actuellement les préoccupations des chercheurs. De sorte que c'est l'Histologie sous son aspect le plus vaste, le plus vrai, et le plus récent qui est ainsi présentée, dans le but de montrer au lecteur la complexité des problèmes, et d'inculquer à l'étudiant le véritable esprit biologique et, si possible, le désir de la recherche, qui ne peuvent s'acquérir que par la contemplation des "domaines scientifiques en plein défrichement".

Le professeur Policard, cet autre maître français de l'Histophysiologie, a rendu hommage à "l'admirable enseignement de ce beau traité". Somptueusement édité et illustré, il devra trouver place dans la bibliothèque des étudiants en médecine, et dans celle des médecins soucieux de rafraîchir leurs connaissances histologiques.

Georges PREFONTAINE.

(1) Au moment précis où nous écrivons ces lignes nous arrive, dans "Science" du 13 décembre, la nouvelle que l'hormone ovarienne vient pour la première fois d'être isolée à l'état pur, cristallisé, par un savant allemand, M. Butenandt, de l'Université de Göttingen. Le nouveau produit s'appelle "progynon". La détermination exacte de la composition chimique de l'hormone est maintenant assurée, de même que l'analyse plus précise de son action physiologique. Cet événement considérable marque, en endocrinologie normale, pathologique et thérapeutique, les débuts d'une ère nouvelle dont il faudra suivre les progrès.

ANALYSES

MEDECINE

MM. ANASTAZY LANDAU et GEORGES GLASS. — **L'importance de l'hypotension artérielle dans la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère juxta pylorique** ("Arch. des Mal. de l'Appareil Digestif et des Mal. de la Nutrition", octobre 1929).

Dans un important travail dont il ne nous est fourni que la première partie, les auteurs énumèrent les nombreuses théories émises jusqu'à ce jour pour résoudre le problème de la pathogénie de l'ulcère juxta-pylorique: théories vasculaire, inflammatoire, infectieuse, constitutionnelle, etc. Passant en revue les principales études expérimentales et cliniques qui démontrent l'importance de l'élément nerveux, surtout végétatif, dans la pathogénie et l'étiologie de l'ulcus gastro-duodéal, les A. en posent à leur tour une théorie qui leur appartient en propre. Quatre causes y contribueraient: une diminution congénitale ou acquise de la résistance de la muqueuse stomacale; l'instabilité congénitale ou acquise de l'équilibre du système végétatif; des lésions organiques ou fonctionnelles résultant de cette instabilité nerveuse; enfin l'hypotension artérielle, symptôme très important auquel disent les auteurs, il n'a pas été porté jusqu'ici une attention suffisante.

Et dans un tableau comparatif qui leur permet de souligner l'importance de l'hypotension dans le diagnostic différentiel des affections étudiées, les auteurs groupent d'une part: 61 cas d'ulcères d'estomac et du duodénum dont le diagnostic est tout-à-fait certain et confirmé par les méthodes cliniques, modernes et par les Rayons-X; d'autre part: 63 cas, dont 23 cas d'affections fonctionnelles de l'estomac sans lésions organiques et 40 cas de lithiase biliaire et de cholécystite ou de péri-cholécystite.

Il résulte de leurs observations que l'hypotension accompagne deux fois et demie plus souvent l'ulcère gastro-duodéal que les affections de la vésicule biliaire et trois fois plus souvent que les troubles fonctionnels de l'estomac.

Un fait est frappant: dans les 61 cas d'ulcère, les auteurs n'ont pas constaté une seule fois l'hypertonie idiopathique, d'où la conclusion que l'hypertension ne joue qu'un rôle secondaire dans la pathogénie de l'ulcère; au contraire l'abaissement constant de la P. A. de l'organisme causant une chute de la tension dans les artères de l'estomac, il en résulterait des troubles du système végétatif, pouvant conduire à l'ischémie constante, à la nutrition insuffisante de la paroi gastrique, favorisant ainsi l'évolution ultérieure de l'ulcus.

J.-Alfred MOUSSEAU.

P. DESGEORGES. — **Lithiase biliaire et colibacillose** ("Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition").

Les bacilles du groupe typhique ont pour la vésicule une affinité particulière, mais leur présence dans le sang, ne dépassant pas une ou deux septénaires, ils n'ont pas le temps de se fixer sur la muqueuse vésiculaire, et c'est sans doute pour cela que la fièvre typhoïde n'est pas plus régulièrement suivie de lithiase biliaire. En fait, la cause la plus fréquente de la cholélithiase est l'auto infection par les germes intestinaux, en particulier par le colibacille. Ce dernier n'a pas moins de prédilection pour la vésicule que le bacille d'Eberth, comme le prouvent les constatations bactériologiques de Gilbert et les expériences de Mignot. Mais tandis que les bacilles typhiques ont besoin d'être importés du dehors, colibacilles et entérocoques, hôtes habituels de l'intestin, sont toujours prêts à l'offensive. La colibacillémie est donc plus fréquente que la septicémie typhoïdique; elle est en outre chronique récidivante et a toutes les chances de s'arrêter au niveau de la vésicule. Je ne puis mieux faire pour résumer le travail de Desgeorges que de donner ses conclusions.

L'infection "hématogène" de la vésicule est la principale cause de la lithiase biliaire. Cette infection relève parfois de la septicémie typhoïdique, le plus souvent de la bactériémie à point de départ intestinal est extrêmement fréquente, surtout chez la femme.

Elle est réalisée le plus souvent par le colibacille, quelquefois par l'entérocoque, exceptionnellement par d'autres germes. Les germes intestinaux, parvenus par les lymphatiques dans la grande circulation, s'éliminent parallèlement par les urines et la bile.

Au syndrome entéro-rénal fait pendant un syndrome entéro-hépatique non moins fréquent, non moins important.

La bactériémie à point de départ intestinal retentit régulièrement sur le foie et les voies biliaires. Elle est génératrice d'hypercholestéri-némie.

La plupart des lithiasiques biliaires sont ou ont été des colibacilluriques et la majorité des colibacilluriques aboutissent à la cholécystite et à la lithiase biliaire.

La notion de bactériémie à point de départ intestinal éclaire tout le chapitre de la lithiase biliaire.

Elle rend compte des principaux faits cliniques ou expérimentaux qui ont servi de base aux diverses théories proposées pour expliquer la pathogénie de cette affection.

J. ALFRED MOUSSEAU.

Prof. MERCIER. — **Les récentes acquisitions pharmacologiques et thérapeutiques dans le groupe des médicaments digitaliques de remplacement** ("Bull. Méd.", Paris, 1929, No 15).

Dans ce travail si documenté consacré à la scille, au muguet et à l'adonis, M. le Prof. agrégé Mercier passe en revue les nombreuses

contributions cliniques publiées sur l'adoverne, tant en France qu'à l'étranger (Lutembacher, Pouchet, Faguet, Jung, Fontenaille, Jansen, Koopmann, Lôhr, Hippe, Schoen, Lang, Engelen, Fromherz, Hapustein, etc.) et il conclut que ces études montrent que l'adoverne est un médicament cardiaque très efficace, mais très différent, par la constance de son action thérapeutique, de l'adonidine, produit impur dont l'activité est très variable selon les échantillons. Comme il le fait remarquer très jusement, l'association dans l'adoverne, des deux glucosides (adonidoside et adonivernoside) réalise une synergie thérapeutique très active dans laquelle chacun d'eux apporte un correctif heureux aux propriétés insuffisantes de l'autre: l'adonidoside, en augmentant la rapidité de l'action médicamenteuse de la préparation, l'adonivernoside, en accroissant l'intensité et la durabilité de cette action.

Dans le traitement des cardiopathies justiciables de la digitaline, l'adoverne donne d'excellents résultats: il possède aussi des indications thérapeutiques propres, étant plus particulièrement indiqué pour les traitements de longue durée, dans les troubles d'hyposystolie, chez les malades hypersensibles à la digitaline ou réfractaires à ce médicament et, grâce à son action diurétique intense, dans les affections cardiaques non compensées, avec gros œdèmes. Il semble donc qu'on puisse accepter en toute sécurité les conclusions de M. Mercier: l'adoverne, par sa stabilité et la fixité de ses effets cliniques, est digne de figurer dans les grands médicaments cardiaques, où sa place se trouve entre la digitaline et l'ouabaïne.

Paul A. GAGNON.

Dr VIGOUROUX. — Quelques réflexions pratiques sur la médication bromurée ("Languedoc Médical", 10 avril 1929).

Pour soigner les symptômes nerveux si fréquents en clientèle, rien ne vaut le bromure et surtout le bromure de sodium; malheureusement le bromure a mauvaise réputation: il est synonyme de remède de l'hystérie, de l'épilepsie ou d'affections regardées comme des tares. Nombre de malades refusent obstinément des potions de bromure. Or, le sédobrol se présente sous la forme de tablettes d'extrait de bouillon végétal concentré: c'est donc une médication bromurée d'assimulée, que tout malade accepte facilement. Ces tablettes, en effet, forment, dissoutes dans l'eau chaude, un excellent bouillon, de goût agréable, eupeptique au plus haut point. La dilution même du bromure de sodium dans le bouillon permet son absorption par la muqueuse digestive sans aucune irritation et rend possible et même facile son emploi prolongé.

Paul A. GAGNON.

CHIRURGIE

HENRY H. RITTER. — **Fractures du carpe [Fractures of the carpus]**
 ("Surg., Gyn. Obst.", 29 déc., p. 838).

La persistance de la douleur et la limitation de la motilité sont des causes d'ennui dans les traumatismes du poignet. L'auteur fait l'anatomie de la région, constitution ostéologique, ligamentaire et vasculaire, de même que l'arthrologie de ce segment qui est assez complexe.

Dans un autre paragraphe, il étudie le mécanisme de la lésion. Dans une chute la main en extension, la scaphoïde est en contact direct avec le radius en haut et le grand os du côté interne. S'il n'y a pas de fracture du radius (fracture de Colles) le scaphoïde qui ne peut s'échapper se fracture; si la violence est plus forte le ligament est déchiré et le semi-lunaire est luxé, laquelle luxation coïncide avec une autre lésion du carpe.

En plus de la lésion de l'os, nous avons des lésions des parties avoisinantes, de même que de la chondrite et de l'arthrite. Comme fréquence, l'auteur donne 20% de lésion du scaphoïde dans les fractures du poignet.

Les signes sont le gonflement, la limitation des mouvements, la douleur augmentée par le mouvement, et une sensibilité exquise au niveau de la lésion, dans la tabatière anatomique.

Dans la fracture sans déplacement, immobilisation en flexion dorsal, les doigts fléchis. Quand il y a déplacement, traction et pression au niveau du scaphoïde, il faut réduire, sinon les résultats ne sont pas bons, et dès lors, on est obligé d'enlever l'os.

Dans la luxation du semi-lunaire, la réduction non sanglante doit être tentée, puis après deux insuccès, réduction après ouverture. Les résultats ne sont pas 100% parfaits, l'auteur donne les meilleurs statistiques qui sont de 75% de bons résultats.

Joseph-H. RIVARD.

O. LAMBERT (Lille). — **Traitement chirurgical de la ptose gastrique par suspension et coulissage de la grande courbure** ("Presse Médicale", Paris, 11 décembre 1929).

Dans cette étude, L. commence par énumérer la plupart des troubles résultant d'une ptose gastrique. Cependant, il se défend de vouloir attribuer à la ptose, tous les symptômes présentés dans les domaines digestif, neurologique, voire mental.

Ce qui met bien en évidence le rôle de la ptose, c'est que la plupart des signes disparaissent quand l'estomac est remis en bonne place. Parmi les conséquences fatales de la ptose, il mentionne entre autres: une évacuation défectueuse de l'estomac, des tiraillements sur les nerfs dans le petit épiploon, des tiraillements sur les canaux évacuateurs;

cholédoque et Wirsung, etc. Autant de causes qui détruisent "l'harmonie digestive". Puis il arrive au traitement qui relève surtout de la chirurgie. L'auteur fait une critique de certains procédés opératoires et il expose sa propre technique par laquelle il fait la suspension au niveau de la grande courbure suivant sa méthode.

Les résultats obtenus sont des meilleurs sur 23 cas opérés. Il conclut que le traitement chirurgical devrait être conseillé aux porteurs d'une ptose gastrique et qui en souffrent.

E. TROTTIER.

OBSTETRIQUE

AUDEBERT et ESTIENNY. — **La rétention lochiale après la césarienne classique** ("Bull. Soc. Obst. et Gyn.", nov. 1929).

La lochiométrie s'observe plus fréquemment après la Césarienne haute qu'à la suite de l'accouchement normal.

Vers le 10ème jour, on constate la diminution et souvent la suppression des lochies, en même temps qu'un arrêt dans l'involution utérine et une élévation de température.

Les Auteurs assurent le rétablissement du drainage de l'utérus par la mise en place d'un drain de Mouchotte.

La rétention est due à l'antéflexion exagérée de l'utérus, favorisée "par l'adhérence du plan sutural utérin à la paroi abdominale".

Ces petits incidents qui comportent un pronostic bénin n'existent pas après la césarienne basse.

Donatien MARION.

ELECTRO-RADIOLOGIE

Dr DILLENSEGER. — **Etude sur le duodénum mobile** ("Archives d'Electricité Médicale", août-septembre 1929).

Dans son mémoire original, l'auteur définit le "duodénum mobile", celui qui est entièrement ou partiellement pourvu d'un méso libre. A telle disposition anatomique correspond un syndrome radioclinique qu'il faut connaître.

Jusqu'à l'avènement de la radiologie, on considérait le duodénum comme à peu près fixe. Les travaux des radiologistes ont montré depuis que le duodénum jouit d'une certaine mobilité. La constatation à l'écran d'un duodénum fixe serait même en faveur de la péri-duodénite. C'est l'embryologie qui donne l'explication de cette mobilité du duodénum, entière ou partielle. Après certaines considérations anatomo-physiologiques, l'auteur étudie la symptomatologie clinique. Elle est toute d'emprunt pour ainsi dire. C'est celle qu'on retrouve dans l'appendicite

chronique, les syndromes vésiculaires, l'ulcère ou la dyspepsie banale. Le syndrome du duodénum mobile est en somme celui de la sténose incomplète du duodénum. "Le duodénum mobile, se vide mal, au début il réagit et la folie musculaire qui l'anime finit par avoir raison de l'obstacle, puis la fatigue se fait sentir et l'atonie est réalisée avec tous les accidents d'intoxication aiguë ou chronique.

Suivant le siège sus ou sous-vatérien de la sténose, les troubles diffèrent. On aura conséquemment :

1°—La forme duodéno-gastrique (type d'ulcère).

2°—La forme duodéno-colique (type d'appendicite chronique).

Dans la première forme, les vomissements sont fréquents. Dans la deuxième, ce sont les désordres intestinaux qui prédominent, surtout la diarrhée. L'état général est atteint et peut même devenir cachectique.

Le duodénum mobile, comme toute affection congénitale peut rester silencieux, mais survienne une infection ou plus souvent la ptose viscérale, la stase segmentaire s'installera avec tout son cortège de symptômes déjà décrits. La clinique seule est impuissante à faire le diagnostic du duodénum mobile, c'est surtout à la radiologie que revient le mérite de l'établir.

Quant au traitement, il variera suivant le degré de la stase duodénale ou la forme clinique de la sténose.

Au début, le port d'une ceinture, la clinodigestion, la méthode des petits repas, une physiothérapie appropriée pourront apporter une certaine amélioration.

A la période de la stase, on s'adressera au traitement chirurgical: gastro-entérostomie, duodéno-jéjunostomie, colopexie, suivant les renseignements fournis par l'examen radiologique.

Albert COMTOIS.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

J. NICOLAS et J. GATE. — **La sérologie a-t-elle transformé le problème du diagnostic et du traitement de la syphilis ?** ("Le Monde Médical", 1er septembre 1929).

Cette question déjà vieille jouit du rare privilège de rester toujours d'actualité.

Il n'y a pas, disent les auteurs de cet article, de test de laboratoire permettant d'affirmer la guérison de la syphilis, la syphilimétrie est un rêve non encore réalisé. La sérologie peut aider le clinicien à dépister la syphilis; mais là se borne son rôle. Elle ne permet ni de porter un pronostic ni de régler un traitement.

Paul Chevalier pose en principe que le Wassermann est un symptôme indépendant, une manifestation au même titre que la roséole, l'ulcération muqueuse, la gomme. Faire cette réaction équivaut donc, non à rechercher la signature de la syphilis, mais à essayer de mettre en évidence

une manifestation de cette infection. Positive la R. W. constitue un argument en faveur de la tréponémose; mais rien de plus. Négative, elle n'autorise jamais à nier la syphilis.

Pour Flandin, le renseignement sérologique ne constitue qu'un élément de l'enquête, il demeure insuffisant pour entraîner la certitude en l'absence de tout signe clinique. L'inverse, d'ailleurs, est vrai; à toute période de la syphilis les réactions sérologiques peuvent être négatives et l'épreuve de la réactivation se montre positive dans un minimum de cas. La clinique, de toute façon, garde tous ses droits. Et c'est ce qui faisait dire à J. Nicolas: "Le syphiligraphe, comme tout médecin, doit rester avant tout un bon clinicien".

Il existe des sérums paradoxaux. Jeanselme, Bloch ont soutenu leur existence et montré l'utilité incontestable qu'il y a à faire pratiquer à nouveau une réaction quand celle-ci s'oppose aux résultats de la clinique. Et une réaction de Wassermann positive ne suffit pas à faire affirmer la syphilis en dehors de toute manifestation de cette infection et seule une R. W. qui reste constamment positive et qui ne peut-être expliquée pour le contexte clinique, paraît, en dernière analyse, susceptible de faire retenir la possibilité d'une syphilis insoupçonnée.

Et en regard, attendre que la R. W. redevienne positive, attendre que le liquide céphalo-rachidien montre de l'hypertension, de l'hyperalbuminose, une R. W. positive pour instituer ou reprendre un traitement, c'est attendre que l'incendie ait envahi la maison pour le combattre, au lieu d'étouffer un foyer que l'on sait couvrir quelque part.

En conséquence, au point de vue direction du traitement général de la syphilis, il est nécessaire d'instituer, même si la R. W. est négative et le liquide céphalo-rachidien indemne, et à plus forte raison dans le cas contraire, un traitement de fond, méthodique, régulier, chronique, intermittent.

Paul POIRIER.

BELOT. — La radiothérapie de certaines dermatoses ("Clinique et Laboratoire", septembre 1929).

L'auteur passe en revue les principales affections de la peau qui peuvent bénéficier de l'emploi des Rayons X.

a) L'hyperhydrose palmaire, plantaire ou axillaire.

La radiothérapie donne de bons résultats dans l'hyperhydrose simple, à sudation exagérée, mais peu modifiée par l'émotivité.

Dans l'hyperhydrose émotive, peu marquée en temps normal, mais exagérée lorsqu'on parle au malade de son infirmité, ne donne pas d'aussi bons résultats.

b) Granulosis rubra nasi. C'est une affection constamment associée à l'hyperhydrose qui se caractérise par de petites papules rouges siégeant principalement dans la région nasale.

c) Séborrhée grasse du nez et de l'oreille.

d) L'acné: en particulier dans l'acné chéloïdienne de la nuque, les

Rayons X ont donné des résultats absolument esthétiques là où tous les autres traitements avaient eu un échec.

e) Le psoriasis; on réserve à la radiothérapie les placards rebelles à la thérapeutique ordinaire (voisinage des cheveux, cou, oreilles).

f) Les eczématides comprenant les parakératoses psoriasiformes, les séborrhéides. Quelquefois une séance unique suffit pour amener la guérison.

g) Eczémas vrais. Dans les eczémas aigus, la radiothérapie n'est pas le traitement de choix. Mais dans l'eczéma lichénifié, le prurit diminue, le suintement s'atténue, les croûtes s'affaissent.

h) Le pemphigus; ce traitement ne guérit pas l'affection, mais il atténue la douleur.

i) Les dermatoses prurigineuses. Les Rayons X calment le prurit d'une façon remarquable.

j) Les lupus. Dans le lupus tuberculeux, elle est un aide aux scarifications qui sont le traitement de choix, mais dans le lupus érythémateux elle n'est pas à conseiller parce qu'elle produirait une atrophie du derme plus laide que la lésion elle-même.

k) Erythème induré de Bazin. Elle accélère l'évolution favorable de cette affection.

l) Mycosis fongöide. Le premier cas traité en France fut celui d'une Canadienne venue à Paris pour se faire débarrasser de très nombreuses tumeurs de mycosis fongöide. Les tumeurs disparurent rapidement pour réapparaître quatre ans plus tard. De nouvelles séances en eurent encore raison.

m) Maladie de Nicolas Favre: La radiothérapie donne des résultats remarquables.

Il faut donc conclure que la radiothérapie est une arme puissante à laquelle on ne pense pas assez souvent en présence de certaines dermatoses où toutes les autres thérapeutiques font défaut.

Paul POIRIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

V. PUTTI. — **Le traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche** [Early treatment of congenital dislocation of the hip] ("The Journal of Bone and Joint Surgery", Vol. XI, No 4, octobre 1929).

Le traitement actuel de la luxation congénitale de la hanche peut être considéré comme parfait, malgré que quelques auteurs non satisfaits des résultats obtenus, préconisent la réduction sanglante. Cependant, Putti croit que l'âge favorable pour intervenir devrait être avancé et qu'il ne faut plus attendre que le bébé ait atteint deux ans avant de tenter la réduction.

Tout en admettant que le diagnostic au début, avant deux ans, présente des difficultés parfois sérieuses, Putti est d'avis, surtout pour les

pays où la luxation congénitale de la hanche est fréquente, que cette lésion pourrait être reconnue plutôt qu'elle ne l'est d'ordinaire, si on faisait l'éducation des parents, comme on l'a fait pour les pieds bots.

On a invoqué contre le traitement précoce, la non-adaptabilité du cotyle à recevoir et à maintenir en place la tête fémorale réduite, mais Putti avec preuves à l'appui démontre bien le contraire, et estime que la réduction est possible à tout âge.

Admettant également que la réduction spontanée de la luxation congénitale de la hanche chez les bébés est possible et indiscutable chez les cas rapportés, Putti croit que cette éventualité est trop rare pour pouvoir y compter comme moyen pratique de traitement, — et préconise la méthode suivante chez les enfants au-dessous d'un an :

a) Réduction progressive et graduelle sans aucune intervention forcée, aidée de la rotation interne des deux membres.

b) Maintien de la position en abduction forcée à l'aide d'un appareil personnel.

Ce traitement doit être maintenu pendant environ un an et à l'appui de sa théorie, Putti cite plusieurs cas chez qui il a obtenu d'excellents résultats contrôlés par les Rayons X.

En conclusion, Putti est d'avis qu'il faut pratiquer la réduction de la luxation congénitale de la hanche avant l'âge de deux ans et croit que le diagnostic, difficile à poser à cette période, pourrait être facilité si l'on voulait entreprendre l'éducation des parents et surtout celle des médecins praticiens.

Edmond DUBE.

PEDIATRIE

M. PELIN et A. MESTRALLET. — **L'asthme bronchique de l'enfance.**

Son étiologie, sa symptomatologie, son évolution. (Le Journal de Médecine de Lyon, 20 février 1929.)

L'asthme infantile, généralement rencontré chez des arthritiques, apparaissant surtout entre deux et cinq ans, disparaît le plus souvent vers l'âge adulte. L'hérédité joue un rôle important. On rencontre fréquemment l'eczéma dans les antécédents des malades. S'il arrive que l'asthme infantile soit dû à une tuberculose, il s'agit de pleurites, cortico-pleurites ou adénopathies trachéo-bronchiques. La crise d'asthme infantile peut être parfois de nature anaphylactique, révélée par certains signes: cuti-réactions, épreuves alimentaires, crise hémoclasique.

La crise initiale est souvent d'une brusquerie et d'une violence particulières. Auscultation: sibilances, râles muqueux crépitants ou sous-crépitanes.

Les manifestations ultérieures: prodromes, 24 ou 48 heures avant la crise — éternuements répétés, écoulement nasal séreux, insomnie, ner-

vosité. Puis, manifestations athmatiques diverses: dyspnée, respiration spasmodique, etc. Température rarement très élevée. Inversion du rythme respiratoire.

L'état intercalaire: pas de signe d'emphysème. Excepté les cas rares, où l'asthme est sous la dépendance d'une tuberculose, l'examen radioscopique ne décèle aucune particularité. Un examen minutieux du tube digestif établira s'il y a intolérance alimentaire (œufs, lait). Il y a fréquemment de la nervosité, de l'insomnie chez les asthmatiques, et l'état général est souvent assez atteint.

Le coryza spasmodique et la toux spasmodique sont deux syndromes qui se rattachent à l'asthme.

L'asthme des foins, assez rarement observé chez l'enfant, présente une oppression d'intensité variable créée par l'inhalation de particules irritantes (particules de fleurs, de pollen dans la majorité des cas).

L'évolution de l'asthme est variable: deux ou trois crises par année, ou au contraire pendant une semaine chaque mois, et laissant par suite une oppression presque permanente.

L'asthme n'imprime pas une marche particulière aux affections atteignant les voies respiratoires: rougeole, broncho-pneumonie, coqueluche même.

La pathogénie de l'asthme reste très obscure. Une modification du terrain peut être en cause: instabilité ou fragilité colloïdale, dystonie vago-sympathique. Quant à l'accès lui-même, il semble dû à une contraction spasmodique des ramifications bronchiques de petit calibre. La dyspnée observée n'est pas due à une diminution de l'hématose, car il n'y a pas de cyanose, même onguéale. A la contracture musculaire s'associent probablement quelques troubles glandulaires vaso-moteurs.

Gaston LAPIERRE.

R. LIEGE. — L'Hydrothérapie dans les bronchopneumonies infantiles. (“Clinique et Laboratoire”, 30 juillet 1929.)

Parmi les méthodes de traitements classiques de la bronchopneumonie que la médecine moderne ne saurait rejeter au second plan, malgré la place prépondérante qu'elle accorde à la vaccinothérapie et la sérothérapie, se trouve d'abord l'hydrothérapie, à laquelle vient s'ajouter un autre agent physique précieux: l'oxygène.

A ces agents s'ajoutent aussi les médications telles que l'acétate d'ammoniaque, solucamphre, extrait surrénal, digitaline et strychnine.

L'hydrothérapie a une action révulsive et décongestionnante efficace sur l'hyperthermie pulmonaire, elle active les échanges, elle tonifie le système nerveux, augmente la diurèse, abaisse la température. On la réalise: 1° Par les enveloppements humides du thorax, avec une serviette éponge enroulée autour du corps, de la clavécule au-dessous de l'ombilic. La serviette trempée dans l'eau à 10 ou 20° C., bien exprimée, est appliquée sur le thorax, recouverte d'une bande de taffetas, puis d'une

couche d'ouate et d'une bande de flanelle. L'opération doit être rapide; on retire le maillot au bout d'une demi-heure ou d'une heure, pour le remettre toutes les trois ou quatre heures, ou bien le laisser en place et le renouveler toutes les 2 ou 3 heures, le second maillot devant être pris lorsque l'on sort l'enfant du premier. Le maillot humide et froid détermine le refroidissement de la peau, de courte durée et rapide, la réaction se produit, le maillot s'échauffe et les poumons se décongestionnent; 2° les enveloppements sinapisés. On ajoute 500 grammes de farine de moutarde à un litre d'eau à 40° C., on applique le maillot, on retire au bout de 10 ou 15 minutes, plongeant l'enfant dans un bain tiède, puis on place un maillot humide tiède; 3° bains chauds: la température habituelle est de 38° C., sa durée de 5 à 15 minutes, l'enfant devant être observé. Le professeur Nobécourt voit dans l'absence de réaction un pronostic défavorable. Le bain doit provoquer une vaso-constriction périphérique, la peau rougit, l'enfant crie, puis se calme. Durant le bain la température centrale s'élève, puis baisse rapidement; ce bain est donc réchauffant, antithermique, révulsif et sédatif; 4° bain tiède. Il se donne à la température de 32 ou 33° C., sa durée est de 5 à 20 minutes; son action est lente mais réelle, il stimule la respiration, la circulation et la diurèse, il a une influence tonique et sédatif et légèrement antithermique; 5° bain sinapisé. Il se donne chaud ou tiède, préparé avec de la farine de moutarde, 60 grammes de farine que l'on jette dans 20 litres d'eau, enveloppé ensuite dans un sachet de linge, trempé dans l'eau froide; on recouvrira la baignoire d'un drap qu'on ramènera autour du cou de l'enfant pour éviter les vapeurs irritantes sur le visage. Ce bain a une action rubéfiante et révulsive. Le bain frais se donne à la température de 26 à 30° pendant 5 ou 10 minutes; son action est plus marquée que celle du bain tiède en ce qui concerne l'action antithermique. Le bain froid se donne à la température de 20 à 25° C. pendant 3 à 5 minutes. On éviter d'en prolonger la durée; l'eau froide provoque une vaso-constriction périphérique, pâleur de la peau, il s'ensuit une hyperémie des organes profonds, une augmentation du travail du cœur, une accélération du pouls qui devient irrégulier, une respiration rapide. Après le bain, les vaisseaux de la peau se dilatent, celle-ci rougit, le pouls se ralentit, devient plus ample, la respiration plus profonde, la température périphérique s'élève, la diurèse s'accroît et les échanges augmentent.

C'est en tenant compte de ces indications et de ces règles que l'on tirera le maximum de profit d'une thérapeutique qui, malgré les progrès de la science, ne vieillit pas et dont on peut toujours attendre d'heureux effets.

Gaston LAPIERRE.

LABORATOIRE

ED. LEVY SOLAL, JEAN PARAF, M. PARIENTE. — **La réaction de fixation gonococcique au cours de la gestation et de la puerpéralité** ("Comp. Rend. Soc. Biol.", 1929, page 496).

Les auteurs ont fait une étude de la réaction de fixation du complément vis-à-vis de l'antigène gonococcique chez la femme en état de gestation et en état de puerpéralité. Divers antigènes ont été utilisés, tels l'antigène de Rubinstein, l'antigène de Jausion Meerseman et Pecker, l'antigène à l'eau, l'antigène à l'alcool méthylique de Nicolle. Ce dernier a fourni les résultats les plus sensibles. Les techniques utilisées par les auteurs sont la technique de Rubinstein et celle de Calmette et Massol.

78 réactions ont été pratiquées chez des femmes en état de puerpéralité et souffrant d'infections gonococciques diverses. Presque toutes ces réactions ont été négatives, sauf dans 11 cas d'infection gonococcique profonde. 4 de ces cas provenaient de femmes enceintes et 7 de femmes accouchées depuis quelques jours.

Les auteurs ont noté que toutes les réactions positives pendant la grossesse sont devenues négatives après la délivrance, et même dans un cas la réaction d'abord positive est devenue négative au 8^{ème} mois de la grossesse. Certains cas négatifs provenaient de femmes souffrant d'arthrite gonococcique, infections donnant pratiquement toujours des réactions positives en dehors de la puerpéralité.

De ces faits les auteurs concluent que la gono-réaction est le plus souvent négative au cours des infections gonococciques de la gestation et de la puerpéralité. En somme une réaction négative est dépourvue de toute valeur diagnostique.

A. BERTRAND.

MEDECINE LEGALE

Dr ANDRE FINOT. — **L'alcoolisme mondain** ("Revue Internationale de Criminologie", page 303).

Excellente étude sur la mode des cocktails que l'auteur qualifie de stupide et de néfaste.

Le docteur Finot jette un cri d'alarme fortement motivé; et il constate ce fait jusqu'ici paradoxal que l'alcoolisme à manifestations nerveuses diminue dans les services d'hôpitaux, c'est-à-dire dans le milieu ouvrier, tandis qu'il augmente dans la classe riche et aisée.

Pour démontrer que le buveur ou la buveuse de cocktails ingurgite une quantité notable d'alcool, l'auteur donne un petit formulaire de cocktails: que je cite "in extenso" pour l'édification des lecteurs de l'Union Médicale :

Gin cocktail: $\frac{2}{3}$ de gin, $\frac{1}{3}$ de vermouth, quelques gouttes d'angusture.

Manhattan: $\frac{2}{3}$ de whisky, $\frac{1}{3}$ de vermouth, angusture.

Side-car: $\frac{1}{3}$ de curaçao, $\frac{2}{3}$ de brandy, jus de citron.

Champagne cocktail: sucre saturé de bitter, champagne, citron.

Knock-out: $\frac{1}{3}$ de gin, $\frac{1}{3}$ de vermouth, $\frac{1}{3}$ d'absinthe, menthe.

Quatre verres de ce dernier cocktail représenteraient 140 grammes d'alcool.

Or, de l'avis du docteur Andigé, dont les travaux sur le pouvoir toxique des alcools font autorité, un adulte d'activité normale peut se permettre par jour 30 grammes de cognac ou bien un litre de vin ordinaire, soit 10 à 15 grammes d'alcool.

Au delà, c'est l'alcoolisme assuré après un certain temps. Il suffit de comparer cette dose limite à celle qu'ingurgitent les amateurs de cocktails pour être édifié.

Et voici la jolie collection de maux causés par cette stupide mode:

a) Troubles digestifs: inappétence, hyperchlorhydrie, spasmes pyloriques, entérite, etc.

b) Troubles cardiaques, tachycardie permanente, angoisse pré-cordiale.

c) Troubles nerveux, insomnie, cauchemars, asthénie, réactions coléreuses, impulsives, algies multiples, polynévrites, etc., etc.

d) Troubles de la génération: enfants retardataires, épileptiques, etc.

Il est lamentable, conclut l'auteur, de voir les jeunes gens d'aujourd'hui compromettre leur avenir intellectuel, leurs facultés créatrices et productrices par une intoxication dont ils ne soupçonnent pas la gravité.

R. FONTAINE.

A vendre

Occasion exceptionnelle, provenant du décès du Dr L.-A. Beaudry, médecin-chirurgien. Machineries électriques: Ultra-violet, Morse-wave, hautes-fréquences, lampes infra-rouge et radiant, etc.; Instruments de laboratoire: Microscopes et accessoires; Instruments de chirurgie: Outillage complet et moderne; Bibliothèque médicale considérable, belles collections.

S'adresser à Mademoiselle Emilie Beaudry, 79, rue Ste-Anne, St-Hyacinthe, P. Q.

SOCIÉTÉS

La Société Médicale de Montréal

Séance du 3 décembre 1929

Président : M. G. de Bellefeuille

Epithélioma de la région temporale, du canthus externe et de la paupière supérieure traité par l'électro-dessication. — M. A. MARIN présente une malade, âgée de 31 ans, qui, il y a une dizaine d'années, avait vu apparaître une tache érythémateuse à sa tempe gauche. Un diagnostic de lupus érythémateux fut posé et la malade fut soumise, durant ses quatre dernières années, à de très nombreuses irradiations par les rayons X. Cette lésion s'est étalée et ulcérée; elle présentait les caractères cliniques et histologiques d'un épithélioma baso-cellulaire, siégeant à la région temporale, entamant le canthus externe et la moitié externe de la paupière supérieure. Elle a été traitée et guérie par l'électro-dessication. Elle présente actuellement une cicatrice souple, ne gênant nullement l'occlusion palpébrale.

Observations et technique opératoire des goîtres.—M. R. DORE, après avoir passé en revue les différents traitements des goîtres, soutient, en se basant sur ses observations personnelles et les résultats obtenus chez ses malades, que le traitement chirurgical est de beaucoup supérieur à tout autre. Il termine en citant l'opinion de Sébilleau : "Quel que soit le traitement médicamenteux ou physique institués, les goitreux finissent toujours par subir l'intervention chirurgicale".

La radiothérapie dans les goîtres.—M. D. LEONARD nous fait part de la technique employée au laboratoire de radiologie de l'Hôpital Notre-Dame dans le traitement des tumeurs de la glande thyroïde. C'est dans les goîtres exophtalmiques toxiques et les états basedowiens frustes que la radiothérapie est vraiment indiquée et donne les résultats les plus encourageants. La technique consiste en une première série de 8 séances espacées de 3, 4 et 5 semaines, suivie d'un métabolisme et de 6 mois de repos. Si la guérison n'est pas complète, une nouvelle série est appliquée.

Pour juger des résultats de la radiothérapie, il faut s'occuper surtout du pouls, du poids et du métabolisme. La disparition du goître, comme apparence tumorale, doit être une préoccupation secondaire.

Métabolisme et goître.—M. G.-H. BARIL limite son travail à la question des goîtres toxiques. S'appuyant sur de nombreuses observations cliniques colligées à l'Hôtel-Dieu, le rapporteur croit pouvoir avancer: 1° que la chirurgie guérit un grand nombre de malades, mais qu'elle ne les guérit pas tous; 2° que le traitement iodé pré-opératoire a une importance considérable.

Il montre, à l'aide de nombreux graphiques, que l'intervention chirurgicale doit se faire dans les quatorze jours qui suivent les débuts du traitement, ou mieux en pleine courbe descendante du traitement iodé.

Anatomie pathologique des goîtres.—M. PIERRE MASSON, à l'aide de nombreuses microphotographies, nous montre les lésions variées qu'on peut observer dans les tumeurs de la glande thyroïde.

Certains aspects cliniques des goîtres.—M. E. ST-JACQUES nous rappelle la physiologie de la glande thyroïde et passe en revue les particularités cliniques que présentent, d'une part, les hypothyroïdiens et, d'autre part, les hyperthyroïdiens; il ajoute que le système nerveux sympathique joue un rôle important dans la pathogénie des manifestations d'hyperthyroïdie.

Le rapporteur termine son travail, au moyen de projections, illustrant les différents aspects cliniques des goîtres.

—M. ROLAND ROUX estime que dans le traitement des goîtres exophtalmiques toxiques, il est avantageux d'associer à la radiothérapie la galvano-faradisation.

—M. A. BELLEROSÉ précise les indications du traitement chirurgical et divise les goîtres en deux classes: les goîtres simples et les goîtres toxiques. Dans les goîtres simples, le traitement chirurgical s'impose dans l'immense majorité des cas: c'est une opération bénigne, dont la mortalité est pratiquement nulle, à condition de suivre un certain nombre de règles bien connues aujourd'hui. Dans les goîtres toxiques, la conduite à tenir varie, selon qu'il s'agit d'un goître simple se basedowifiant, ou d'une maladie de Basedow primitive. Dans le premier cas, l'opération s'impose d'emblée, sans aucun retard, car plus on retarde l'intervention, plus le pronostic opératoire s'assombrit. Dans les cas de maladie de Basedow primitive, les succès obtenus par la radiothérapie égalent ceux de l'intervention chirurgicale; aussi, est-il préférable de toujours commencer par la radiothérapie, dans ces cas, avant d'en arriver à une décision opératoire.

Election.—MM. Emile Blain et Antonio Laberge sont élus *membres titulaires* de la Société Médicale.

Paul LETONDAL,
Secrétaire des séances.

BIBLIOGRAPHIE

LES OTITES MOYENNES, par Georges Portmann, Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique à l'Université de Bordeaux, et Karl Kistler (de Zurich), ancien Assistant de la Clinique de l'Université de Bordeaux. 1 vol. de 212 pages avec 77 figures et 8 planches hors texte en couleurs. 70 fr.

L'écho des importants travaux étrangers sur les otites moyennes basés sur des observations cliniques, des travaux statistiques minutieux, des recherches anatomo-pathologiques, n'a eu jusqu'ici qu'une faible répercussion dans les ouvrages publiés en France.

Le but des auteurs de ce livre est de combler cette importante lacune de notre littérature otologique et de faire connaître aussi bien à l'aide des travaux de Bezold et de ses élèves que des nombreuses préparations histopathologiques recueillies par eux-mêmes ou mises à leur disposition, cette question si négligée jusqu'à ce jour en France.

Si les auteurs ont donné une place importante à l'anatomo-pathologie qui seule permet une classification strictement scientifique, leur ouvrage se présente également sous une forme pratique; on y trouvera des développements substantiels sur l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et la thérapeutique des différentes affections de l'oreille moyenne.

Pour faciliter la lecture de cet ouvrage, les auteurs l'ont illustré d'un très grand nombre de microphotographies.

LE BIOTROPISME, par le Dr G. Milian, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis. 1929. Un vol. de 263 pages, avec figures et tracés. Librairie J.-B. Baillière & Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris-6e.

L'auteur, à l'occasion des traitements par les médicaments antisypilitiques (606, Mercure, Iodure de potassium, Bismuth), a été à même de découvrir un ordre de phénomènes capables d'expliquer bien des inconnus des réactions de l'organisme vis-à-vis des agents médicamenteux: chimiques, physiques, et de celui-ci vis-à-vis des infections et des toxines. Cet ordre de phénomènes est régi par le biotropisme, c'est-à-dire par la stimulation des parasites de l'organisme, latents ou en évolution.

C'est ainsi qu'après avoir étudié la genèse de la conception du biotropisme, l'auteur étudie le biotropisme chimique du 914, du mercure, du bismuth, de l'iode, de l'iodure de potassium, du bromure de potassium, de l'acide picrique, du luminal, du jaune d'acridine ainsi que celui du sérum et des protéines en général. Il montre à ce sujet que bien des accidents rangés sous la bannière de l'anaphylaxie ou de la colloïdoclasie

relèvent en réalité du biotropisme. C'est en cela que le biotropisme constitue un phénomène d'ordre très général qui possède un grand intérêt.

Le biotropisme physique s'observe avec les rayons violets, roentgénéniens.

Les agents microbiens eux-mêmes, les vaccins et les toxines introduits dans l'organisme sont capables d'y provoquer des accidents qui n'ont rien à voir avec l'anaphylaxie, qui ne relèvent pas de leur toxicité et qui dépendent du biotropisme.

La troisième partie du livre étudie la pathogénie des accidents biotropiques qui tient en une ligne: exaltation de la virulence du micro-organisme latent.

Dans la quatrième partie, l'auteur étudie quelques applications du biotropisme à la biologie et à la médecine en faisant remarquer que ce chapitre n'est qu'à son début et que cette notion sera féconde en déduction médicale pratique aussi bien que théorique.

Ce livre sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent à la biologie aussi bien qu'à la médecine pratique.

COMMENT RAJEUNIR, du Docteur H. Jaworski. Un volume in-16 broché. Prix: 12 francs. Albin Michel, éditeur, 22, rue Huyghens, Paris (14e).

Il ne faut pas s'y tromper, l'apparition de ce livre est un événement. C'est une date. Mise au point curieuse et profonde, émouvante et fertile. Il nous intéresse tous puisqu'il s'agit pour les jeunes de ne jamais connaître l'horreur de la sénilité, pour les vieux de redevenir plus jeune.

Quelques chapitres anecdotiques sur la vie de vieillards restés jeunes, une intéressante étude sur les chercheurs de jeunesse de tous les temps, l'exposé d'une méthode simple et agissante confirmée par huit années d'expérience, enfin des animaux, des hommes et des femmes rajeunis!

"LA VIE PROPRIÉTÉ PHYSIQUE", par le Docteur Charmas, Ermont (S.-et-O.). — Prix: 5 fr. — Editions Médicales N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Le Dr Chambas nous donne une suite au "Problème de la Vie" comme nous pouvions nous y attendre.

III nous présente un essai doctrinal: "La Vie propriété physique".

Incontestablement l'auteur atteint son but:

Le lecteur de bonne foi est persuadé de la logique de la thèse soutenue, et s'il n'est pas toujours absolument convaincu il est certainement extrêmement intéressé.

Mais, si le Dr Chambas bouillonne d'idées, il condense parfois un peu trop ses démonstrations, saute des maillons, ce qui peut le rendre difficile à suivre. Mais il nous oblige ainsi à réfléchir pour combler quelques lacunes et il n'est pas impossible qu'il l'ait voulu.

Et nous ne regrettons pas la témérité de l'auteur de s'attaquer à un pareil sujet même s'il a quelque difficulté à exprimer cette idée nouvelle qui lui fait honneur.

Ne chicanons pas, il y a là un bel effort, un bel enthousiasme. Hypothèse encore ? oui, mais ces hypothèses-là font faire un pas vers la vérité ! Aussi paraît-elle susceptible de développements et d'applications.

De tels ouvrages méritent d'attirer l'attention des amateurs d'idées nouvelles et ne peuvent manquer d'avoir un véritable succès.

LA COPROLOGIE EN PRATIQUE MÉDICALE, par R. Deschiens et R. Carvaillo. Préface de M. Le Noir. — 1 vol. 150 pages, 14 pl. couleurs et 3 en noir. Prix: 35 fr. Editions Médicale N. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Le titre qu'ont choisi les auteurs: "La Coprologie en Pratique Médicale", montre le but qu'ils se sont proposé et le terrain sur lequel ils se sont placés.

Ce livre est avant tout pratique.

Il met à la disposition des laboratoires ou des médecins isolés une technique d'analyse des selles et une séméiologie des déjections, simples, précises, et à la fois très étudiées, mises au point et appliquées dans le service de gastro-entérologie de M. Le Noir, à l'hôpital Saint-Antoine.

Les auteurs, après avoir décrit les signes coprologiques, macroscopiques et chimiques, organisent ces signes en syndromes coprologiques bien définis, et étudient parallèlement les symptômes et le traitement correspondant à chaque syndrome.

De nombreuses planches en couleurs et des textes schématiques rassemblent sous les yeux des lecteurs pour chaque type de selle, ses caractères diagnostiques essentiels.

L'ouvrage se termine par une étude zoologique et clinique condensée mais complète, des parasites du tube digestif.

Cet ouvrage réalise ce qu'il voulait être: il est médicalement complet, clair et utile.

"DU QUARTIER LATIN A L'ACADEMIE" suivi du "CRIN-CRIN D'UN MIRE", par le Docteur Paul Le Gendre, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Un fort volume de 530 pages. Prix: 30 frs.

Quinze années de vie au Quartier latin, de 1871 à 1886, dont cinq années d'internat des hôpitaux ont permis à l'auteur, mêlé par suite

d'occupations diverses aux milieux universitaires, littéraires et artistiques, d'observer longuement la Jeunesse parisienne dans la période d'effervescence qui a coïncidé avec l'établissement des institutions républicaines. En recueillant ses souvenirs, il la fait revivre dans ses travaux: cours tumultueux, manifestations politiques, duels, noctambulisme, cénacles littéraires et musicaux, bals d'artistes et d'étudiant, mais aussi organisation pour le travail, enseignement populaire, sihouettes de professeurs officiels et libres, de chefs de service dans les hôpitaux, d'internes dans leurs salles de garde où s'accordaient la fantaisie, le tapage et l'étude.

Après ces "années d'apprentissage" se déroulent des "impressions professionnelles", prises sur le vif dans des mondes divers, au cours de trente ans de pratique, par l'auteur successivement médecin de famille, chef d'un service hospitalier et consultant. Les notes graves et les tableaux humoristiques alternent pour caractériser les multiples aspects de la vie du médecin et se terminent par des souvenirs médico-militaires des hôpitaux de l'arrière de 1914 à 1918.

Le "Crin-Crin d'un Mire" (médecin en français archaïque), humble "Violon d'Ingres" sans prétention aux sonorités éc'atantes, est un choix de courts poèmes, où l'auteur a, suivant les saisons de sa vie, de Germinal à Nivôse, condensé ses enthousiasmes et ses indignations, exprimé ses joies et ses douleurs, esquissé des croquis de nature et d'art, résumé des aperçus d'histoire et de philosophie, traduit des impressions de guerre et d'après-guerre, en toute sincérité, sans recherche de néo-lyrisme ni de technique poétique moderniste, restant fidèle aux guides littéraires de sa jeunesse, plus proche des Intimités que des Parnassiens, soucieux surtout de clarté, de simplicité et du respect de notre langue. Carte d'adieu avec P.P.C. du septuagénaire à ceux qui se sont intéressés à lui, en prévision du départ pour l'Inconnu.

NOUVELLES

OFFICIERS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'UNION MEDICALE DU CANADA POUR 1930

Président	Prof. P. Z. RHEAUME
Vice-Président	Dr J. N. ROY
Secrétaire-Trésorier	Prof. G. ARCHAMBAULT
Rédacteur en Chef	Prof. Albert LeSAGE
Administrateur	T. VALIQUETTE

OFFICIERS DE L'EXECUTIF DU XI^e CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAIS DE L'AMERIQUE DU NORD, 16, 17, 18, 19 Septembre 1930

Président	Prof. Pierre-Z. RHEAUME Prof. Albert PAQUET (Québec)
Vice-Présidents	Prof. L. PHANEUF (Québec) Dr P. H. LAPORTE (Edmunston)
Secrétaire Général	Dr Oscar MERCIER
Secrétaire du Congrès	Dr Donatien MARION
Trésorier	Dr H. M. LEBEL
Administrateur	T. VALIQUETTE

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIETE DE NEUROLOGIE DE PARIS

M. le Docteur Jean Saucier, de l'Hôpital Notre-Dame et du Sanatorium Prévost, a été élu membre correspondant étranger de la Société de Neurologie de Paris à la première réunion de janvier de cette année.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, De Cotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin, Marion, Masson (D.), Mercier (Oscar), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.
Président: P. Z. Rhéaume; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.
Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Badeaux, François; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Boucher, R.; Brault, Jules; Cholette, A. M.; Comtois, A.; Dubé, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapierre, G.; Legrand, E.; Létondal, 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: Léon Gérin-Lajoie;
Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1928

Canada et États-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

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, au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 3553 Ave du Parc. Tél. PLateau 5397.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, comptable, 3705 rue St-André, ou Boîte Postale 3076

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

C. Lian et G. Siguret, Néphrites et déchloruration (hypochlorémie et azotémie (p. 164). — Jean Demoor, Les réglages humoraux dans le coeur (origines et significations) (p. 165). — M. Galop, Un traitement préventif et efficace des incidents et accidents post-opératoires (p. 166). — C. P. Cablésco, La colopathie d'origine appendiculaire (p. 167). — A. Thooris, La morphologie de l'athlète (p. 168). — J.-C. Roux, La prurit anal et l'acidité des fèces (p. 168).

CHIRURGIE

W. H. Holden, Traitement chirurgical de l'obstruction intestinale aiguë (p. 169).

OBSTETRIQUE

J. P. Greenhill, Le traitement actuel du placenta praevia (p. 170).

UROLOGIE

De Berne-Lagarde, Les léio-myomes vésicaux (p. 170).

PEDIATRIE

P. F. Armand-Delille, Ch. Lestocquoy et J. Vibert, Etude critique de la séméiolo-

gie de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance (p. 171). — D. J. Barnes, M. J. Brady et E. M. James, Valeur comparée de l'ergostérol irradié et de l'huile de foie de morue dans la prophylaxie du rachitisme (p. 172c).

OPHTHALMOLOGIE

M. Favory, Conduite à tenir en présence d'une iritis (p. 172). — Geo. B. McAuliffe, Médication nouvelle dans l'otorrhée (p. 173).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

A. Steindler, Le traitement de la scoliose par la compensation (p. 173). — Albert Mouchet, Le décollement du condyle huméral (p. 174).

LABORATOIRE

H. Ghosh, Nouvelle méthode pour l'identification du type de l'infection bacillaire dysentérique (p. 175). — S. Laborde et Y. S. Wickham, La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne (p. 176). A. H. Raffo, Une réaction biologique de la rate provoquée par le sang des rats porteurs de tumeurs (p. 177).