

MÉMOIRES

L'EXPLORATION RADIOGRAPHIQUE DES VOIES LACRYMALES PAR LE LIPIODOL.⁽¹⁾

Albert LASSALLE,
Professeur d'Ophtalmologie.

C'est depuis 1925, que dans notre service à l'Hôtel-Dieu, nous avons recours à la radiographie par le Lipiodol pour explorer les voies lacrymales.

C'est principalement, lorsqu'il s'agit de faire une dacryo-cysto-rhinostomie, que cette méthode d'exploration nous rend des services signalés, qu'il s'agisse d'une dacryocystite chronique ou d'oblitération du canal lacrymo-nasal.

Cette méthode, encore peu répandue, présente un grand nombre d'avantages, que nous allons tenter de résumer brièvement.

En consultant la table décennale des Annales d'Oculistique (1914-25,) nous voyons qu'Aubaret en 1911, Scily en 1921, et Campbell, Carter et Doubs en 1922 avaient employé la pâte de Beck pour radiographier les voies lacrymales ; "mais la consistance demi-solide à la température ordinaire rend malaisée l'injection de cette pâte à travers des aiguilles fines et vers des cavités capillaires".

C'est J. Bollack qui le premier employa le Lipiodol dans la radiographie des voies lacrymales ; nous trouvons un rapport de ses observations dans le numéro de mai, 1924, des Annales d'Oculistique.

On y voit, que les propriétés de la substance à employer, qui doit être opaque aux rayons, homogène, fluide à la température du corps et non irritante pour les muqueuses, se trouvent toutes réunies dans le Lipiodol.

(1) Communication faite à la Société d'Ophtalmologie de Montréal, le 20 Février, 1930.

La technique de cette méthode est très simple, et une bonne description en est faite dans le volume de Sicard et Forestier : "Diagnostic et thérapeutique par le Lipiodol".

On conseille de faire l'injection sur la table radiographique ; ceci n'est pas absolument nécessaire, car le lipiodol prend ordinairement cinq à sept minutes à descendre dans les fosses nasales.

Nous pratiquons l'injection dans la position assise ; quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2% sont d'abord instillées dans chaque oeil ; puis les points lacrymaux sont bien dilatés à l'aide du stylet de Bowman ; avec une seringue d'Anel, un c.c. de lipiodol, préalablement chauffé, afin de le rendre plus fluide est injecté de chaque côté, l'exploration comparative étant préférable. Aussitôt l'injection terminée, le malade est couché sur la table radiographique dans la position que l'on emploie pour la radiographie des sinus.

Résultats. Normalement le liquide s'écoule entre cinq et sept minutes ; si l'on note un retard de quinze à vingt minutes, c'est déjà un premier signe de trouble de l'excrétion lacrymale. Si le liquide ne passe pas il y a rétrécissement du sac au collet, ou obstruction du canal lacrymo-nasal, facilement décelable, comme on peut le voir dans les radiographies qui illustrent ce travail.

Parfois le liquide peut pénétrer dans le canal, sans cependant tomber dans le méat inférieur, nous indiquant qu'une lésion nasale est la cause de la dacryorrhée.

S'il y a imperméabilité, le sac est dilaté, et ses dimensions sont trois ou quatre fois supérieures à la normale.

Les différentes altérations des conduits lacrymaux provenant des inflammations ou tumeurs de voisinage, peuvent être diagnostiquées par ce moyen.

La péridacryocystite se révélera par l'irrégularité des parois du sac ; une fistule, par une injection dans le trajet fistuleux.

Donc l'emploi de cette technique facile nous permet l'étude des voies lacrymales normales et pathologiques et pourra nous orienter dans le choix du traitement, soit vers un cathétérisme, soit vers la dacryo-cysto-rhinostomie, ou l'intervention sur le cornet inférieur.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de dacryo-cysto-rhinostomie que la radiographie nous apporte des renseignements précieux, car un sac scléreux et rétracté comme dans la fig I, ne permettrait pas une intervention efficace.

La radiographie pourra aussi nous révéler l'existence de cellules ethmoïdales aberrantes, et démontrer chez un sujet cathétérisé l'existence de fausses routes.

Parmi un grand nombre de radiographies nous en avons choisi trois seulement, ne voulant pas empiéter sur l'espace qui nous est accordé.

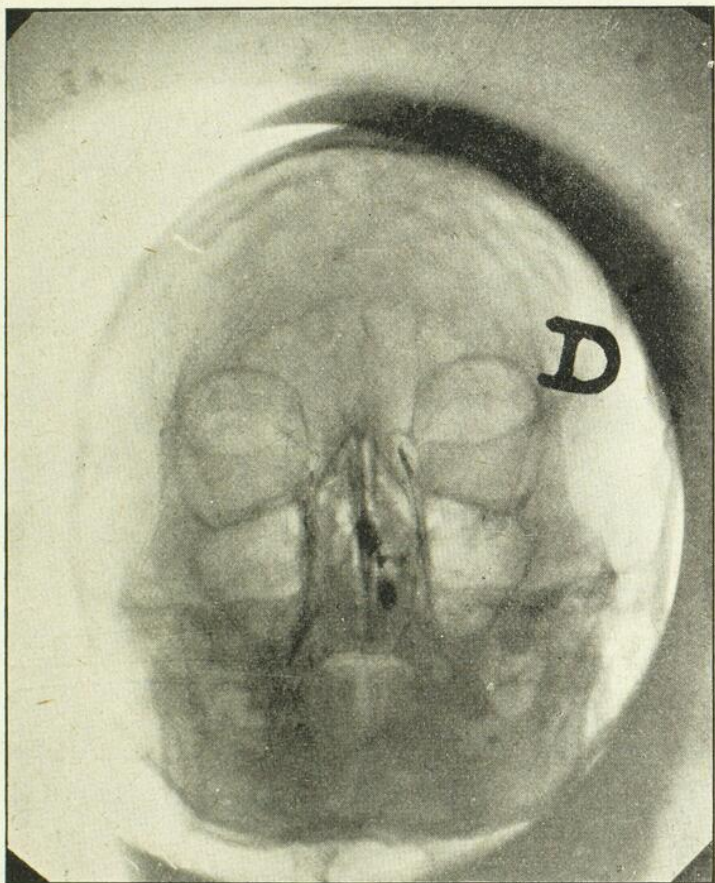


Fig. I.

Observation No I, fig.I.

Madame J. D., âgée de 30 ans, vue en oct. 1927.

Dacryocystite à gauche datant de trois ans.

La radiographie laisse voir un sac très rétréci, mais le liquide pénètre quelque peu dans le canal lacrymo-nasal.

Radiographie : sac petit et rétréci, le lipiodol s'arrêtant au canal lacrymo-nasal.

A noter l'intégrité du canalicule supérieur, et le lipiodol accumulé dans le cul de sac conjonctival.

Dans cette figure le côté gauche seul a été injecté, la voie lacrymale droite étant parfaitement perméable.

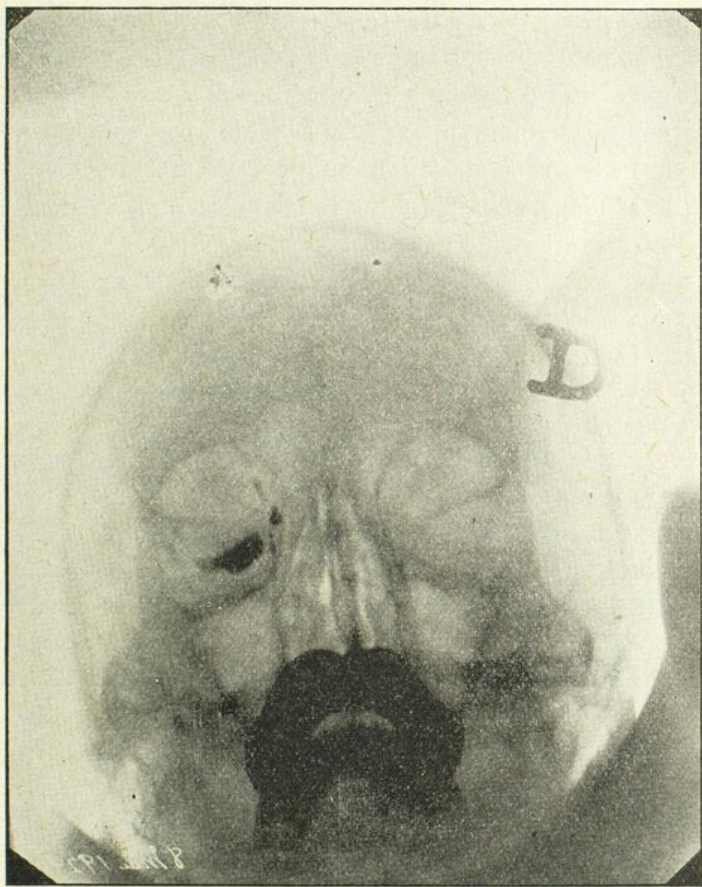


Fig. III.

Nous croyons que ces courtes observations, complétées par leurs radiographies respectives, suffiront amplement à démontrer tous les avantages que l'ophtalmologiste peut retirer d'une méthode si simple et si anodine.

Le but que nous poursuivons dans toute obstruction des voies lacrymales, c'est la cessation de la dacryorrhée et le rétablissement de

l'écoulement des larmes ; or l'ablation du sac guérit une dacryocystite, mais ne rétablit pas le drainage des larmes.

Nous connaissons tous les principaux procédés auxquels ont recours oculistes et rhinologistes : opération de West, de Toti, Mosher-Toti, Bourguet-Dupuy-Dutemps, McMillan et Deane d'Omaha. Quoiqu'il n'entre pas dans le cadre de ce travail de discuter des mérites respectifs de chacun de ces procédés, qu'il nous soit permis d'avouer que nos préférences vont à la Dacryo-cysto-rhinostomie, encouragés que nous sommes, par une statistique des plus consolantes, et nous concluons cette courte étude en recommandant dans les affections des voies lacrymales la radiographie par le Lipiodol, méthode qui nous renseignera sur le genre d'opération ou de traitement à adopter — à quoi sert le sondage en série d'un canal nasal oblitéré dont le tissu épithélial est disparu et ne peut se reproduire ?

En terminant, qu'il nous soit permis d'offrir au Docteur Léo Pariseau, nos sincères remerciements, pour les radiographies qui accompagnent ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- E. SHALL.** Annales d'Oculistique, mars 1929, page 241.
TIXIDRE. Larmoiement d'origine nasale, Thèse, 1926.
J. BOLLACK. Annales d'Oculistiques, mai 1924, page 321.
F. W. DEAN. Transactions American Academy of Ophthalmology, 1927.
V. SCILY. Annales d'Oculistique, 1917, 154, page 174.
CAMPBELL, CARTER, DOUBS. Annales d'Oculistiques, 1924, tome 161, page 64.
-

CONDUITE À TENIR DANS LES CAS D'APPENDICITE AIGÜE DONT LE DÉBUT REMONTE À PLUS DE DEUX JOURS.

Antonio BELLEROSE,

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Si tout le monde reconnaît les bienfaits de l'intervention chirurgicale faite au début de la crise, la discussion est loin d'être close lorsqu'il s'agit d'accidents ayant débuté depuis plus de 48 heures.

Certains chirurgiens, tant français qu'américains, conseillent l'intervention systématique d'urgence dès que le diagnostic est posé, d'autres se déclarent partisans du refroidissement afin de mettre, comme ils le disent, le malade en meilleure condition pour subir une intervention, d'autres enfin, plus éclectiques, interviennent systématiquement dans certaines formes alors qu'ils tentent le refroidissement dans d'autres, se tenant prêts à opérer au moindre signe d'alarme.

Pour nous, il est évident que l'opinion émise par ceux qui préconisent systématiquement l'intervention immédiate ou l'abstention dans tous les cas d'appendicite aiguë, après les deux premiers jours, est excessive, et qu'aucune de ces deux pratiques ne peut être suivie d'une façon absolue.

Bien que partisans de l'intervention chirurgicale d'urgence dans la majorité des cas, nous croyons qu'il est impossible d'établir une règle uniforme de conduite à suivre. Il est certaines formes cliniques d'appendicite où il existe d'excellentes raisons pour retarder une intervention, lorsque les accidents remontent à plus de deux jours.

Quand faut-il opérer dans les appendicites aiguës ayant dépassé les 48 premières heures ?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'établir un certain nombre de groupes de faits cliniques qui dépendent de l'individu atteint, et du processus anatomo-pathologique dont sont le siège l'appendice et son entourage :

- 1° Appendicite aiguë simple.
- 2° Appendicite aiguë avec plastron.
- 3° Appendicite aiguë avec péritonite diffuse ou diffusante.
- 4° Appendicite aiguë chez les vieillards et les enfants.
- 5° Appendicite aiguë au cours de la grossesse.

1° *Appendicite aiguë simple* : —

Le chiffre de 48 heures est tout à fait conventionnel, et n'a pas de valeur absolue. Pour décider l'intervention on se base bien plus sur la symptomatologie que sur le temps écoulé depuis le début de la crise.

Supposons une appendicite légère vue au moment où les symptômes sont en train de s'atténuer. Les vomissements sont disparus, le ventre est souple avec à peine un peu de douleur perceptible à la pression de la fosse iliaque droite, la température est revenue à la normale, il y a émission spontanée de gaz.

S'il s'agit d'une première crise, et que le diagnostic est évident, l'opération peut être pratiquée à la 3^e ou 4^e journée sans plus de risques que dans les premières heures. S'il s'agit d'une deuxième ou troisième crise, il est préférable de soumettre le malade à un traitement médical rigide, "car même en l'absence de tout plastron abdominal perceptible, l'opération peut comporter de grandes difficultés pour le chirurgien et des risques pour l'opéré".

Naturellement, il est indiqué d'intervenir deux ou trois semaines après le refroidissement, en effet une première crise, bien loin d'immuniser, prédispose à d'autres crises plus graves.

Si au cours du refroidissement la douleur et la contracture réapparaissent, il y a lieu d'intervenir immédiatement. La réapparition de ces symptômes est un signe de perforation.

Supposons une crise plus grave, vue trois ou quatre jours après le début. La température oscille entre 100° et 101°F., le pouls se maintient aux environs de 100 et les douleurs sans être considérables sont intermittentes avec exacerbations passagères. A l'examen on constate un peu de défense musculaire et de douleur à la pression de l'abdomen, avec maximum dans le quadrant inférieur droit, sans qu'il y ait possibilité d'y déceler le moindre plastron.

Nous croyons qu'il y a lieu d'opérer sans faire d'exceptions tous les malades hospitalisés, car il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'évaluer cliniquement l'étendue des lésions matérielles causées par la maladie, comme le dit Waldschmidt: "La vraie extension de la maladie ne peut être connue qu'au moment de l'incision".

C'est au cours de ces appendicites à évolution sournoise sans grandes réactions péritonéales que l'on rencontre l'appendicite gangréneuse à symptômes effacés. Les symptômes ne sont pas toujours

en rapport avec la lésion appendiculaire ; des lésions discrètes peuvent provoquer un tableau dramatique alors que des lésions graves ont une symptomatologie presque nulle.

2° *Appendicite aiguë avec plastron* : —

Quelquefois lorsque les malades se présentent à la troisième ou quatrième journée, on constate une induration en nappe bien localisée qui constitue ce que l'on est convenu d'appeler le « plastron ». Ce plastron très souvent est formé par l'épiploon, le coecum, l'appendice et les anses grêles agglutinées par une péritonite exsudative.

La plupart du temps il occupe la fosse iliaque droite, cependant dans l'appendicite retro-coecale il est à cheval sur la crête iliaque droite, et dans l'appendicite pelvienne on le trouve dans la moitié droite du petit bassin où il peut être perçu par le toucher rectal.

Dans l'appendicite aiguë avec plastron la conduite à tenir varie suivant la nature du plastron.

a) *Plastron sans abcès* : —

Lorsqu'il n'y a pas de signes de collection purulente, que la température ne présente pas de grandes oscillations et que le pouls est bien frappé, à 90 ou 100 pulsation sà la minute, nous croyons qu'il y a d'excellents motifs pour instituer un traitement médical pendant au moins 24 heures.

Habituellement après ce laps de temps, la température descend au voisinage de la normale, le pouls se ralentit et le plastron au lieu de s'accroître se rétrécit légèrement ; les bords se ramollissent et le centre durcit. Dans ces conditions il y a lieu de continuer le refroidissement et une fois la crise jugulée, il faut pratiquer la résection de l'appendice ; un mois après la fin de celle-ci dans les formes légères, deux mois dans les formes graves. Dans l'appendicite rétro-coecale et pelvienne il faut attendre au moins trois mois avant d'intervenir.

Si au lieu de s'amender, les symptômes continuent de s'aggraver, si la température reste élevée et décrit de grandes oscillations, si le plastron augmente le volume et se ramollit à son centre, il faut opérer d'urgence.

Tout malade soumis au refroidissement doit être hospitalisé afin de surveiller d'heure en heure l'évolution de sa lésion, et lorsqu'il existe le moindre doute sur la nature du plastron, il faut intervenir, comme le dit Lejars "dans le doute on opérera".

b) Plastron avec abcès : —

Toutes les fois qu'à l'examen on constate une collection purulente ou bien un plastron empâté, douloureux, mal délimité, la fluctuation est parfois difficile à reconnaître, — il faut conclure à l'abcès et intervenir immédiatement. Le vieil axiome "ubi pus, ibi evacua", garde ici toute sa valeur.

3° Appendicite aiguë avec péritonite diffuse ou diffusante :

Une péritonite n'est pas généralisée d'emblée, avant d'être diffuse, elle est diffusante, d'où deux variétés de péritonite, la péritonite diffusante et la péritonite diffuse.

Dans le premier cas il y a une quantité plus ou moins grande de liquide purulent accumulé dans les parties déclives, fosses iliaques, petit bassin, Douglas. Les symptômes au lieu de rétrocéder persistent sans signes de localisation. La douleur s'étend progressivement au delà du foyer appendiculaire et la contracture diffuse vient s'ajouter plus tard le ballonnement.

Dans les cas de péritonite diffuse la réaction s'étend à la presque totalité de la cavité péritonéale, les anses intestinales dépolies recouvertes de membranes diphtéroïdes nagent au milieu d'un liquide purulent parfois fétide. En plus des symptômes de la péritonite diffusante le malade présente un état d'intoxication profonde.

Qu'il s'agisse de péritonite diffuse ou de péritonite diffusante, que celle-ci soit due à une propagation directe par gangrène ou perforation de l'appendice, que celle-ci soit engendrée par la diffusion secondaire d'une lésion primitivement péri-appendiculaire, l'opération immédiate est le seul moyen de sauver la vie de ceux qui en sont atteints. "L'indication opératoire est formelle dans tous les cas."

4° Appendicite aiguë chez les vieillards et les enfants : —

Chez ces deux classes de malades, l'opération systématique d'urgence dans toutes les formes est préférable.

Les vieillards supportent très mal un séjour prolongé au lit de même que le régime sévère nécessaire au refroidissement. Les enfants sont indociles, ils acceptent mal les prescriptions du traitement médical et ce n'est qu'au prix de grandes difficultés qu'on parvient à les remplir. D'ailleurs chez les petits enfants, l'épiploon n'est pas suffisamment développé pour offrir un moyen de défense efficace contre l'infection.

Ochaner qui s'est fait aux Etats-Unis le partisan acharné du refroidissement n'hésitait pas à dire : "Il est deux classes de malades chez qui le traitement médical ne donne pas les résultats qu'on en obtient généralement, ce sont les vieillards et les enfants. Il est sage dans ces deux classes d'opérer chaque fois que l'état général du patient nous permet de croire qu'il survivra à l'opération".

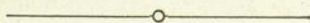
Ombredanne, sans accepter complètement la doctrine de l'intervention systématique immédiate lorsque le délai de 48 heures est expiré, pense que l'on ne doit tenter le refroidissement que dans les crises d'appendicite, qui, sans aucune discussion possible, sans hésitation sont évidemment bénignes, dans les crissettes comme il le dit lui-même.

5° *Appendicite aiguë au cours de la grossesse* : —

Tout le monde est d'accord pour opérer immédiatement toute femme atteinte d'appendicite aiguë au cours de sa grossesse. "L'intervention aussi hâtive que possible peut seule offrir des chances de guérison" (Pinard) . L'abstention peut perdre et la vie de la mère et celle de l'enfant.

Dans les crises légères il y a beaucoup de chance à ce que la grossesse continue son évolution normale.

Dans la péritonite, avant d'intervenir, il faut sauver l'enfant lorsque celui-ci est vivant et viable. Lorsqu'il est mort et non viable il ne faut pas toucher à l'utérus.



LA HERNIE - ACCIDENT

Ernest E. TROTTIER,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

La question de la hernie-accident a toujours suscité beaucoup de controverses du point de vue médico-légal, il semble aussi exister un malentendu à ce sujet, entre les médecins et les cours de justice.

Il va sans dire que je n'ai pas la prétention de vouloir régler cette question; car je n'ai ni l'autorité ni la compétence pour le faire. Je désire simplement exposer et discuter ce sujet de la façon la plus concise et la plus claire possible.

Il ne sera question ici que de la hernie inguinale puisqu'elle est de beaucoup la plus fréquente.

En pratique courante voici comment les choses se présentent. Le chirurgien est appelé à examiner, dans son cabinet de consultation, un malade qui lui est adressé pour une hernie à la suite d'un accident du travail. Ce malade il ne l'a jamais ni vu ni connu antérieurement et très souvent l'accident remonte déjà à plusieurs jours. L'histoire de l'accident, dans la majorité des cas, est à peu près toujours la même. C'est un ouvrier qui nous raconte avec quantité de détails, les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident: échafaudage défectueux, faux pas, effort subit et considérable, etc., etc., très rarement à la suite d'un traumatisme direct à l'abdomen. Quelques fois la victime, au moment de l'accident, a ressenti une douleur dans l'aîne et a été capable quand même de continuer son travail, mais ce n'est qu'un peu plus tard qu'elle s'est aperçue d'une petite tuméfaction. Dans d'autres cas la douleur a été très violente, la tuméfaction est apparue aussitôt et l'ouvrier a été obligé de quitter son travail. Invariablement l'ouvrier déclare qu'il n'avait pas de hernie avant l'accident.

Le médecin fait l'examen du malade et constate en effet la présence d'une hernie d'un côté, et en général une faiblesse de la paroi ou même une pointe de hernie de l'autre côté; il peut cependant arriver que le côté opposé soit tout à fait indemne.

S'agit-il réellement d'une hernie-accident? Est-ce une hernie de force ou une hernie de faiblesse? La hernie est-elle congénitale ou bien existait-elle avant l'accident? Voilà un problème assez compliqué à résoudre si l'on songe que dans la très grande majorité des cas le médecin voit le malade pour la première fois.

Afin de faciliter la solution de ce problème je rappellerai très brièvement et sans aucun détail quelques dispositions anatomiques indispensables pour bien saisir le mécanisme de la production d'une hernie.

Le canal inguinal s'étend du pubis vers l'épine iliaque antéro-supérieure, sur une distance d'environ trois pouces, ce n'est pas un canal proprement dit: c'est un simple trajet par lequel passe le cordon spermatique en se frayant un passage à travers les différents plans de la paroi abdominale comme le ferait un nerf ou un vaisseau. Les deux extrémités ou orifices du canal sont appelés anneaux, l'orifice supérieur ou interne s'appelle l'anneau inguinal interne et l'orifice inférieur ou externe, l'anneau inguinal externe. Si on examine maintenant la région inguinale par sa face interne ou péritonéale on y trouve trois fossettes ou dépressions qui constituent de véritables points faibles de la paroi au niveau du canal inguinal; c'est par un de ces points que s'échappe l'intestin pour constituer les hernies dites inguinales. Normalement donc, la région inguinale représente un point faible de la paroi abdominale.

Une autre notion aussi qu'il ne faut pas oublier, c'est la persistance dans certains cas, du canal péritonéo-vaginal. Sans entrer dans des détails anatomiques et embryologiques, nous savons que pendant la vie foetale, lorsque se fait la descente des testicules ils entraînent avec eux le péritoine dans les bourses formant ainsi un vrai canal, mais peu à peu ce canal s'oblitére et à la naissance il est en général complètement fermé. Cette oblitération dans certains cas peut faire défaut complètement ou partiellement et cette persistance du canal péritonéo-vaginal explique la pathogénie des hernies dites congénitales. Cette malformation n'entraîne pas fatalement une hernie mais y prédispose fortement.

Quelles sont maintenant les conditions requises pour qu'une hernie se produise.

D'abord la prédisposition herniaire. D'après Quervain: "C'est l'ensemble des conditions anatomiques grâce auxquelles la simple pression intra-abdominale suffit à provoquer une hernie, c'est-à-

dire l'engagement, du moins passager, d'un intestin dans un diverticule du péritoine. La prédisposition herniaire dépend de l'état du péritoine, de celui de la paroi musculaire abdominale ou des deux".

Cette prédisposition n'est pas constante, elle est plus marquée chez certains individus et moins chez d'autres.

Il faut donc retenir qu'une prédisposition herniaire, congénitale ou acquise, n'est pas du tout une hernie. La hernie congénitale est la conséquence d'une malformation préexistante; la malformation existe de fait depuis la naissance mais la hernie peut se produire beaucoup plus tard. On ne peut donc pas logiquement invoquer contre un accidenté du travail le fait qu'il est porteur d'une hernie congénitale.

La hernie de faiblesse. — Il existe encore ici une prédisposition mais d'une autre nature. La hernie de faiblesse est causée par un affaiblissement local de la paroi abdominale au niveau du canal inguinal: faiblesse musculaire, dissociation des fibres tendineuses du muscle grand oblique et donc agrandissement des anneaux et du canal inguinal. On conçoit que dans ces conditions une hernie puisse se produire à la suite d'un effort plus ou moins considérable.

La hernie de force. — La hernie de force c'est la première sortie des viscères dans un sac herniaire préformé sous l'influence d'un traumatisme direct ou indirect. Cette variété de hernie est due à un effort considérable dépassant les forces normales d'un individu.

Deux facteurs peuvent intervenir dans la production des hernies dites de force: soit un effort violent et considérable ou encore un effort même normal accompli dans des conditions défavorables; soit un traumatisme direct et considérable au niveau de la paroi abdominale, ce qui est plutôt rare.

Excepté les cas où le traumatisme est direct il faut presque toujours qu'il existe une prédisposition herniaire: cependant même dans ces conditions il reste acquis qu'il n'y avait pas de hernie avant l'accident.

Comment devons-nous interpréter une hernie au point de vue accident du travail?

Quelles sont les hernies qui doivent être complètement indemnisées?

Quelles hernies ne doivent être que partiellement indemnisées ?

Enfin quelles hernies ne méritent pas de compensation?

La hernie accident se produit brusquement à la suite d'un effort plus ou moins violent, soit à travers une paroi abdominale solide, soit à travers une paroi déjà atteinte de faiblesse. On appelle la première hernie de force et la seconde, hernie de faiblesse.

La hernie de force se produit chez un sujet sain, à paroi solide, sans prédisposition apparente, à la suite d'un effort violent et considérable ou d'un traumatisme direct à l'abdomen. Tout le monde admet pour ces cas que l'accidenté a droit à une indemnité complète. La hernie directe, traumatique, est très rare.

La hernie de faiblesse est la conséquence d'une prédisposition congénitale ou acquise et l'accident joue un rôle secondaire dans sa production, mais l'accident y contribue quand même.

Faut-il indemniser cette hernie? Je dis oui. Nous devons faire une distinction entre une hernie préexistante et une hernie qui se produit brusquement à travers une paroi même très affaiblie. Nous savons que la hernie dite traumatique est une rareté; si nous éliminons les hernies de faiblesse du bénéfice de la loi, il serait plus simple de déclarer que la hernie ne constitue en aucun cas un accident.

On invoque souvent l'effort fourni au moment de l'accident. D'après Imbert, ce n'est pas tant l'effort même qu'il faut considérer mais bien la qualité de cet effort pour démontrer la proportion du rôle joué par l'accident, et déterminé le degré d'incapacité.

Quant à la douleur subite, et aiguë qui oblige l'accidenté à abandonner son travail, d'après Imbert encore, elle indique simplement que la hernie n'existait pas auparavant, mais il ne faut pas en faire une condition indispensable de la hernie-accident, car cette douleur peut manquer, surtout si l'ouvrier fait un travail léger.

De même pour l'apparition d'une tuméfaction, il ne faut pas en faire une condition indispensable de la hernie-accident. S'il est vrai que dans la plupart des cas cette petite tumeur existe, par exemple, dans une pointe de hernie, qui en réalité est une hernie, elle n'apparaît pas.

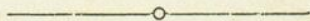
Les hernies scrotales volumineuses, les hernies inguinales dont l'anneau laisse passer facilement le bout du doigt, les hernies renfermant de l'épipleon adhérent au sac, les hernies supportées par des bandages ne doivent jamais être considérées comme des hernies-accidents.

Comme conclusion je crois qu'il est raisonnable d'admettre en principe que : toute personne embauchée sans être porteuse de hernie et qui à la suite d'un accident du travail développe une hernie, qu'elle soit de force ou de faiblesse, doit être indemnisée. Cette manière de voir a été endossée par la Société de Chirurgie de Montréal.

Je comprends que ce principe inclut l'examen médical avant l'engagement, malheureusement la chose n'est pas toujours possible en pratique, mais rien ne s'oppose à l'admission de ce principe puisque certains patrons exigent un examen médical avant d'employer un ouvrier.

Dans les cas où l'examen médical n'a pas été fait, c'est à l'expert devant les tribunaux d'apprécier la valeur relative de la prédisposition et du traumatisme dans la production de la hernie et d'atténuer dans une proportion raisonnable l'indemnité accordée.

En terminant, je ne saurais mieux résumer toute la question qu'en disant après M. Imbert "Que le critérium de l'accident en matière de hernie ne me paraît être ni dans la qualité de l'effort ni dans les manifestations du blessé : il réside dans l'existence ou l'inexistence d'une hernie antérieure à l'accident. On ne discute guère la responsabilité d'un accident qui aggrave une hernie : pourquoi nier celle du traumatisme qui, créant la hernie, aggrave un état antérieurement défavorable, du reste?"



RECUEIL DE FAITS

PANARIS PROFOND PAR ONYCOPHAGIE

Roméo BOUCHER

Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

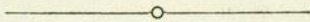
Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement dans notre service de l'Hôpital St-Luc une cause peu banale de panaris profond



qui n'a pas, je crois, été signalée fréquemment par les auteurs qui ont étudié les plaies et les infections de la main. Voici, brièvement résumée cette observation.

M. J. R., 79 ans, ébéniste, se présente à l'hôpital pour douleurs au genou gauche avec impotence fonctionnelle de la jambe. La température est à 96° , le pouls bat régulièrement à 62 pulsations à la minute, la respiration est à 18, la pression artérielle à 158/68 (Baunmanomètre). L'examen organique ne révèle rien d'autre qu'un peu d'assourdissement des bruits du cœur, avec léger souffle systolique de la pointe, des traces d'albumine et la présence d'urobiline dans les urines, une hernie inguinale droite. Le B. W. est négatif et la langue est animée de mouvements involontaires qui viennent se buter sur deux chicots, seuls représentants d'une denture jadis éclatante. La bordure gingivale de ces deux chicots est nettement pyorrhéique. Malgré son âge, le malade a la mauvaise habitude de se ronger, de s'arracher, plutôt les ongles avec ces deux chicots qui lui servent de tenailles. A la suite d'une mutilation plus considérable — la photographie ci-jointe montre l'ongle de l'auriculaire gauche complètement arrachée et celui de l'annulaire mi-rongé — le lendemain le malade se plaint d'une sensation de chaleur et de douleur à l'auriculaire gauche. Le surlendemain tout le doigt est rouge, et le malade accuse une sensation de douleur pulsatile dans la profondeur du doigt. La rougeur suit le bord externe de la main gauche et monte jusqu'à mi-bras. Une incision, des compresses humides au Dakin ont eu vite raison de l'infection commençante.

Si nous rapportons ce fait ce n'est pas tant pour sa banalité clinique que pour sa rareté étiologique. En effet, l'onycophagie n'est pas une cause fréquente de panaris profond. C'est en observant ces petits épisodes d'un service quotidien de clinique qu'on arrive à avoir une vue d'ensemble sur certains chapitres pathologiques souvent négligés.



UN CAS D'HÉMATURIE PAR RUPTURE D'UNE ARTÉRIOLE VÉSICALE.

Oscar MERCIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur X, âgé de 47 ans, nous est amené en ambulance à notre consultation à l'Hôtel-Dieu, le 4 février 1930 pour une hématurie très abondante. Le début de l'hématurie remonte à 5 jours. Elle est survenue spontanément, est d'apparence totale, accompagnée de caillots. Elle s'accompagne en même temps de dysurie très marquée, avec pollakiurie.

Dans l'histoire du malade, nous remarquons qu'il souffre depuis 10 ans de troubles prostatiques. Cependant, depuis trois semaines, la difficulté à uriner est plus intense et la pollakiurie est plus fréquente. Le malade urine sept à huit fois la nuit et à toutes les heures le jour. Plusieurs mois avant l'hématurie ses urines avaient une odeur ammoniacale. Depuis qu'il saigne, il éprouve le besoin d'uriner à toutes les 10 ou 15 minutes.

A l'examen, nous trouvons un malade dont l'aspect général est très mauvais. Son teint est pâle et son haleine est acétonurique. Il est sourd. Ses artères sont très durs et sa pression artérielle, malgré l'hémorragie, est à 190/110. Sa respiration est rapide, sa langue est sèche.

A l'examen local, les urines sont très fortement colorées par le sang et contiennent des caillots. La vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. La palpitation rénale est négative. Le toucher rectal montre une forte hypertrophie de la prostate.

Nous croyons alors que l'hémorragie vient du col vésical en raison de cette hypertrophie de la prostate. Nous procédons malgré tout à une cystoscopie. Le lavage vésical est laborieux et doit durer 20 minutes avant que nous parvenions à sortir de la vessie tous les caillots. L'eau de lavage étant claire, nous faisons l'examen cystoscopique. Nous voyons immédiatement au dôme vésical à gauche près de la face postérieure un jet très marqué de sang qui sort en giclant comme s'il venait d'une artériole.

En présence de ce signe, nous portons le diagnostic d'hématurie par rupture d'une artériole. Et nous pratiquons un étincelage dirigé sur le jet. Après l'application de quelques étincelles, l'hémorragie cesse immédiatement.

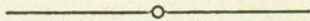
Le malade est transporté chez lui, les parents ne voulant pas le laisser à l'hôpital. Dans les jours qui suivirent le malade n'a plus présenté d'hématurie.

Notre observation comporte un fait intéressant. Celui de présenter une hématurie par rupture d'une artériole vésicale. Nous n'avons pas pu en retracer un cas identique dans la littérature médicale. Nous y trouvons des observations où l'hémorragie est produite par une rupture d'une varice vésicale. Il ne pouvait s'agir chez notre malade d'une hématurie d'ordre veineux, puisque le jet de sang était pulsatile.

Nous croyons expliquer cette rupture artérielle par un phénomène ulcéreux infectieux. En effet, la vessie de notre malade présentait des signes d'inflammation marquée.

Au point de vue pratique, il se dégage de notre observation la nécessité de pratiquer une cystoscopie chez tout malade qui présente une hématurie. Fait au cours de l'hémorragie, cet examen permet de localiser exactement l'endroit où le sang se répand dans l'appareil urinaire.

Une autre conclusion pratique découle du cas que nous présentons. C'est la facilité extraordinaire avec laquelle nous pouvons contrôler ces hématuries vésicales par la cautérisation du vaisseau rupturé à l'aide de l'étincelage.



DEUX CAS DE VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES TUBERCULEUSES.

Jules BRAULT,

Ophthalmologiste à Notre-Dame.

1ère observation :

Le 8 juillet dernier, dame âgée de 51 ans souffrant depuis quelques mois d'adénite cervicale double m'est référée par un confrère pour examen du rhino-pharynx.

Elle ne comprend pas la raison de sa visite à mon bureau car, dit-elle, elle n'a jamais souffert de maux de gorge et elle a toujours eu une respiration nasale parfaite.

La rhinoscopie antérieure ne décèle rien d'anormal. L'inspection la plus minutieuse des amygdales ne nous permet pas de faire sourdre la moindre sécrétion muco-purulente de ces dernières.

Je me croyais sûrement en présence d'un rhino-pharynx normal, cependant par routine je fis l'inspection du cavum, assuré de n'y rien trouver, quand à ma grande surprise j'aperçus suspendue en plein milieu comme une stalactite une masse de végétations adénoïdes à contours propres et bien délimités du volume d'un marbre environ.

Que faire et que penser en présence d'un tel état de chose ? La malade ne se plaignait nullement de mauvaise respiration ni de rhino-pharyngite. Une intervention dans ce cas ne semblait pas être des plus indiquées.

Nous trouvions cependant fort étrange de trouver des adénoïdes si énormes chez une personne de 51 ans. Ce ne pouvait pourtant pas être le vestige de végétations de l'enfance, la masse eut été beaucoup plus petite.

Poussé par notre grande curiosité de savoir de quelle nature pouvaient bien être ces végétations et aussi par le désir d'être utile à notre malade, nous conseillâmes l'intervention.

L'ablation de la masse adénoïdienne fut pratiquée dès le lendemain et la pièce fut portée au laboratoire.

Rapport de l'examen histologique :

"Tissus de réaction inflammatoire granulomateuse avec follicules et cellules géantes."

Signé : L.-C. Simard.

(11 juillet 1929).

La malade retournée à son médecin traitant fut soumise à un traitement général physio-thérapique. L'état de la malade à date est des plus satisfaisants.

2ème observation :

Enfant, F. P... âgé de 14 ans : En 1928 a subi l'amygdalectomie et l'adénoïdectomie. Cette dernière a semblé alors agir très bien et l'enfant a pu jouir d'une bonne respiration nasale durant un an et demi. Mais depuis environ six mois, il a commencé à dormir la bouche ouverte et le jour à respirer difficilement par le nez. Depuis un mois il souffre d'obstruction nasale complète.

Le 23 octobre 1929, il m'est référé par un confrère qui le traite pour lésions pulmonaires suspectes et qui me demande de le faire respirer par le nez, coûte que coûte.

A l'inspection j'aperçois à la rhinoscopie antérieure une cloison nasale déviée à droite et un gros cornet gauche ; l'examen du pharynx nous laisse voir une paroi postérieure enduite de sécrétion muco-purulente. La rhinoscopie postérieure est impossible à faire et n'est du reste pas nécessaire car l'on sent facilement au toucher des masses de végétations adénoïdes qui emplitissent totalement le cavum et le débordent même en s'introduisant dans les choanes et descendent assez bas pour qu'on puisse les apercevoir à l'inspection.

Je dis alors aux parents que l'enfant a besoin de subir de nouveau l'adénoïdectomie et dans un an ou deux la résection sous-muqueuse de sa cloison déviée.

Grand étonnement de la part de ces derniers qui me demandent aussitôt si les végétations adénoïdes ont repoussé ou si elles ont été mal opérées la première fois. Connaissant la compétence du confrère qui avait fait la première intervention et en tenant compte de la narration des parents, je répondis ce que je pensais être la vérité, que je croyais que les végétations adénoïdes de l'enfant s'étaient reformées et que j'avais déjà constaté un fait analogue chez quelques-uns de mes propres opérés.

L'ablation de ces végétations adénoïdes récidivantes est décidée immédiatement et faite dès le lendemain.

Rapport de l'examen histologique :

"Végétations adénoïdes semées de très nombreux follicules tuberculeux et tubercules miliaires."

Signé : P. Masson.

(25 octobre 1929.)

L'opération était à peine terminée que l'enfant respirait librement par le nez. Ce dernier possède depuis lors une bonne respiration nasale, et fait actuellement une cure dans les montagnes où son état général s'améliore sensiblement. Je ne l'ai pas revu depuis, mais je serais l'homme le moins surpris du monde de trouver aujourd'hui dans son cavum des végétations en voie de formation.

Que faut-il conclure de ces deux observations cliniques. Il est bien difficile de tirer des conclusions générales de deux faits particuliers, mais je crois que les constatations que nous avons relevées dans ces deux histoires de cas ne sont pas uniques à ces deux dernières. Au

contraire je présente là deux malades types dont nous possédons un dossier à peu près complet. Combien d'autres patients ayant des histoires cliniques analogues à ces dernières que je pourrais présenter, mais que je n'ose de crainte d'abuser des pages du journal et ce sans aucun intérêt scientifique.

Les végétations adénoïdes tuberculeuses existent donc réellement. Meyer de Copenhague en 1874 et Lermoyez en 1894 ont dans le temps signalé leur existence. Aujourd'hui le fait n'est nullement discutable, mais il semble qu'il n'est pas suffisamment enseigné.

Les végétations tuberculeuses présentent des symptômes cliniques identiques à ceux des végétations adénoïdes ordinaires. Cependant il est certaines considérations cliniques qui doivent nous y faire songer comme ce fut le cas pour les deux malades dont j'ai demandé l'examen histologique des végétations enlevées.

Ainsi dans la première observation on note une grosse végétation dans le cavum chez une personne de 51 ans. C'est là une rareté que de rencontrer de grosses adénoïdes chez une personne de cet âge. En présence d'un tel fait on doit songer à quelque chose de suspect et au bacille de Koch.

De même lorsque l'on est en présence de végétations adénoïdes récidivantes faut-il toujours avoir à l'esprit l'idée d'une tuberculose possible.

Les végétations adénoïdes récidivantes ne sont nullement une rareté. J'ai à mon crédit ou à mon passif, si vous préférez, quelques petits malades que j'ai opérés deux ou quelquefois trois fois d'adénoïdectomie. Ces malades malheureusement ont été opérés à Saint-Jean et je n'ai pas eu l'examen histologique de leurs végétations. D'un autre côté le fait que j'étais seul rhinologiste à Saint-Jean m'a permis de faire moi-même les reprises de ces adénoïdes et de suivre plus longtemps l'évolution d'un opéré de végétations adénoïdes. A Montréal j'ai rarement repris mes propres cas ; d'autres confrères en ont sûrement eu la tâche de même que parfois j'ai du reprendre les leurs.

En présence de végétations adénoïdes récidivantes l'on doit toujours repousser l'idée d'une première intervention imparfaite, tout en admettant la possibilité de la chose cependant et l'on devrait dans chacun des cas demander l'examen histologique des débris adénoïdiens. En agissant ainsi lorsque la tuberculose serait reconnue, l'on pourrait prévenir le patient de l'état sérieux dans lequel il se trouve et lui prescrire le traitement requis.

UN CAS DE STERCOROME CÆCAL AVEC DIVERTICULOSE SIGMOIDIENNE.

J.-Alfred MOUSSEAU,
de la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

A côté des tumeurs vraies du colon, susceptibles d'en modifier les différentes couches au point d'être facilement perçues par le palper, et que l'on peut faire disparaître, soit par l'exérèse, soit par un traitement médical, approprié à la nature de la lésion, se rencontrent celles non moins importantes qui remplissent un des différents segments du gros intestin, et qui sont constituées par un amas stercoral durci donnant également à la palpation l'impression d'une tumeur véritable.

Elles en imposent d'autant plus que leur localisation particulière et la symptomatologie clinique qu'elles fournissent les apparentent avec les tumeurs néoplasiques, spécifiques, tuberculeuses, ou actynomycosiques.

L'observation suivante recueillie en clientèle de ville en est une illustration intéressante ; parce que, d'une part, le stercorome du caecum est observé rarement ; d'autre part, parce que son association avec une diverticulose du sigmoïde, constatée par la radiographie, pourra peut-être nous en fournir la pathogénie.

Observation.

Un homme de 53 ans, célibataire, tisserand de son métier, vient consulter à notre bureau le 10 décembre 1929, pour de vagues troubles gastro-intestinaux datant depuis environ une dizaine d'années.

Ces troubles : gaz, brûlures au creux épigastrique, apparaissant loin des repas et légèrement calmés par des alcalins n'ont jamais donné lieu à des vomissements ; mais il éprouve des nausées au réveil comme avant le repos de la nuit ; jamais de véritables douleurs ; plutôt des malaises abdominaux.

Tous les jours, 4 ou 5 selles liquides, jaune clair, n'ayant jamais causé de prurit anal et n'ayant jamais provoqué de coliques, avant comme après les évacuations ; jamais de sang dans les selles.

Dans ses antécédents héréditaires et personnels, on ne relève rien qui puisse se rattacher aux troubles actuellement accusés : ni tuberculose, ni syphilis, ni cancer.

Habitudes : fume raisonnablement ; présentait autrefois un bon appétit ; pas d'éthylisme.

A l'examen, le malade nous paraît légèrement amaigri, présente un teint terreux, un facies fatigué et anxieux ; les pupilles sont normales ; pas d'Argyll ; les muqueuses palpébrales sont légèrement décolorées ; la langue est pâle, humide, légèrement saburrale. Dentition artificielle. Pas de leucoplasie ; les réflexes sont normaux. Aucune adénopathie. Le cœur est normal, le pouls est lent, 65. La pression artérielle 135/80. L'auscultation des poumons ne révèle rien ; le foie nous paraît petit. La rate n'est pas percutable. Les urines renferment ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

A l'examen de l'abdomen on remarque une voussure au niveau du caeco-ascendant. A la palpation, on trouve une masse dure, ressemblant à un cône, dont la base semble fortement adhérer à la paroi postéro-latérale du flanc droit et dont le sommet remonte jusqu'au niveau de l'angle hépatique. Cette masse dure ne cède nullement sous la pression des doigts ; à sa base, elle mesure environ 12 centimètres de largeur ; à son sommet 5 centimètres ; elle est plus ou moins régulière ; n'est *nullement douloureuse* à la pression, pas plus qu'aux tentatives de déplacement. Fait singulier : le malade nous dit qu'il n'a jamais remarqué rien d'anormal dans son abdomen, et que s'il y a là une tumeur, elle ne l'a jamais fait souffrir ; cette grosse masse reste donc pour le malade une révélation, et pour le médecin une surprise de la voir aussi silencieuse.

Il est par conséquent très difficile de dire depuis combien de temps date sa formation.

Le reste du cadre colique ne révèle aucune douleur ; on ne remarque ni péristaltisme, ni antipéristaltisme au niveau du petit intestin. Le colon transverse et le sigmoïde ne donnent au palper aucun cordon. Il n'y a pas d'hémorroïdes ; le toucher rectal ne révèle rien ; aucune hypertrophie des ganglions de l'aïne.

En résumé, chez un homme de 53 ans, qui vient consulter pour des digestions lentes, avec hyperchlorhydrie, des nausées, de l'asthénie généralisée et de la diarrhée, on trouve une grosse masse dure dans la fosse iliaque sur le trajet du caeco ascendant ; masse qu'il n'a même jamais soupçonnée parce qu'elle ne l'a jamais fait souffrir. Un traitement médical, appliqué durant 9 jours et qui consiste en trois grands lavements quotidiens à l'eau de racine de guimauve et à l'eau de graine de lin, avec 4 cuillerées à soupe par jour de pétrolagar, pris par la bouche, toutes les six heures et des applications humides chaudes sur l'abdomen, fait disparaître la masse et transforme graduellement l'état local au point de n'y plus rien trouver, si ce n'est un tout petit empâtement au niveau de l'angle hépatique ; ce même traitement atténué par la suite, mais continué pendant 2 mois, transforma complètement notre malade.

Il prend douze livres de poids ; son teint se recolora ; sa gaieté revient ; il nous paraît tout à fait guéri.

En face d'un semblable cas, à quoi devions-nous d'abord penser ? Notre première idée fut qu'il pouvait s'agir de cancer ou de tuberculose du cæcum ; sans corser davantage notre diagnostic, nous jugions à propos de le faire entrer immédiatement à l'hôpital afin de l'examiner plus à fond.

Avant de demander à la radioscopie ou à la radiographie la solution de ce problème, je crus qu'il était sage et nullement contraire à l'esprit clinique, d'essayer de libérer en autant qu'il serait possible, cette partie du gros intestin de tout son contenu, autant pour faciliter ultérieurement la réponse des rayons X que pour nous éclairer davantage sur la nature de cette lésion.

Je dois dire immédiatement ce qui me poussa à tenter d'abord un traitement médical dans l'espoir d'en obtenir de bons résultats. C'est que notre malade, malgré la tumeur qu'il présentait, n'avait jamais éprouvé de véritables douleurs ; il n'avait perdu qu'une dizaine de livres en 2 ans ; son appétit n'avait pas sensiblement diminué ; il n'avait jamais eu de mélaena ni fièvre ; et c'est parce qu'il éprouvait quelques vagues troubles gastro-intestinaux qu'il se présentait à la consultation. Il était donc logique avant d'avoir recours aux agents physiques et instrumentaux, qui ne doivent être que moyens de contrôle ou de confirmation, d'instituer tout d'abord le traitement médical.

Nous fûmes agréablement surpris de constater, avons-nous déjà dit, que cette masse caecale tout en conservant sa dureté, diminuait graduellement de jour en jour au point qu'après la neuvième journée, la tumeur avait presque complètement disparu. Fait curieux : dans les évacuations qui suivirent les lavements, jamais il ne fut possible de trouver le moindre morceau de matière dure, ni la moindre tache de sang, comme si un effritement parcellaire de ce bloc stercoral s'était effectué au cours de chaque traitement évacuant.

La disparition de la masse tumorale ne nous empêcha pas de faire radiographier ce gros intestin ; un lavement baryté fut administré : la progression se fit sans difficulté jusqu'au caecum, qui nous parut très élargi et comme en accordéon, sans aucune lacune à son niveau.

Une autre surprise devait nous attendre : sur le trajet du sigmoïde, un grand nombre de diverticules s'étaient rangés militairement, dans l'attente de voir passer une armée de cybales que, d'ailleurs, nous attendions nous-même.

L'histoire de ce cas appelle quelques considérations.

Est-il possible de faire cliniquement un diagnostic de stercorome du caecum ? Evidemment il faut toujours y penser. Mais il est facile de le confondre avec les autres tumeurs habituelles de la région. Lesquelles ? Elles sont très nombreuses. Je ne ferai que les signaler.

Les tumeurs rénales ? il n'y avait pas de ballottement lombaire ; et d'ailleurs le ballottement n'est pas spécial aux lésions du rein car on peut le rencontrer aussi bien dans certains cancers du caecum que dans la tuberculose caecale ; donc symptôme sans valeur.

Quant à la tuberculose rénale, l'hydrohéphrose ou le rein mobile, le cathétérisme de l'uretère en élimine le diagnostic. Chez la femme, un kyste de l'ovaire comme certaines lésions des trompes et des ovaires pouvant remonter dans la fosse iliaque droite, sont parfois susceptibles d'en imposer pour des lésions du caecum.

Des adénites tuberculeuses, profondément situées ainsi que des péritonites circonscrites autour de l'appendice, l'actynomicose quoique maladie exceptionnelle, peuvent faire errer le diagnostic. Mais, les deux lésions qu'on rencontre le plus souvent sont : la tuberculose caecale et le cancer du caecum.

Dans la tuberculose caecale, à la période avancée où commence à apparaître le symptôme capital, la tumeur, on trouve du sang dans les matières fécales, une douleur continue dans la fosse iliaque droite, des crises intestinales et parfois même de l'occlusion ; souvent une adénopathie dans la région inguinale droite ; le tout accompagné de troubles infectieux : fièvre, amaigrissement, transpiration, cachexie progressive, etc.

Quant au cancer du caecum, il ne forme pas une grosse tumeur, parce qu'il ne développe pas autour de lui de gangue lipomateuse ; et à une période assez avancée on trouve également du sang et du pus mêlés aux matières fécales.

Pour ce qui est de l'actynomicose, localisée au caecum, il est impossible d'en faire le diagnostic au début ; mais cette maladie évolue rapidement ; se propage dans le voisinage, crée des adhérences, gagne la paroi abdominale pour former un plastron qui s'ulcérera et d'où on pourra voir sortir du pus froid et des grains caractéristiques.

Le diagnostic des véritables tumeurs étant éliminé chez notre malade, par suite de l'absence des symptômes qui leur sont propres,

on en arrive à la tumeur fantôme, dû à l'accumulation des matières fécales dans le caecum.

On sait que les fécalomes se rencontrent généralement dans la partie gauche du colon ou même dans le transverse surtout vers l'angle splénique ; mais la constatation que je viens de faire prouve qu'il faut penser à leur localisation, exceptionnelle peut-être, mais possible, du côté du flanc droit.

A ce moment-là, l'application logique d'une thérapeutique évacuante des matières emprisonnées : lavements huileux, mucilages pris par la bouche, des applications de compresses humides chaudes en permanence, viendra effectivement prouver la nature de ces tumeurs en les faisant disparaître.

Et maintenant, eut-il été pratique et logique pour en faire le diagnostic de commencer par faire radiographier notre malade ? Non. Parce que la réponse aurait été très probablement celle-ci : "obstruction complète au niveau de l'angle hépatique qui empêche de voir au-delà."

Cette masse remplissant le caecum à sa pleine capacité, n'aurait pu laisser passer le lavement baryté quand on sait avec quelle difficulté il arrive à pénétrer dans le colon ascendant, même vide.

Mais après l'application du traitement médical la radiographie peut être utile : elle nous renseignera sur l'état du caecum et pourra, comme pour le cas qui nous intéresse, nous révéler la présence de singularités intéressantes, comme les "diverticules" dont j'ai parlé plus haut.

Ces diverticules sont des évaginations de la paroi intestinale, "formant des sortes de petits sacs ou de saillies herniaires, analogues à celles qui sont produites dans une chambre à air de bicyclette, quand par suite d'une faiblesse de résistance de la paroi et de la pression exercée à l'intérieur de cette chambre à air", un petit segment pariétal se laisse distendre. Ces diverticules sont appelés complets ou incomplets, selon qu'ils comprennent ou non tous les éléments de la paroi intestinale : muqueuse, musculuse, séreuse.

Au niveau de l'anse-sigmoïde ce sont le plus souvent des diverticules incomplets : la muqueuse faisant hernie à travers la musculuse. La sigmoïdo-diverticulose est la plus fréquente de toutes les diverticuloses. Quand il y a inflammation de ces diverticules il y a diverticulite, causée le plus souvent par l'incarcération ou l'emprisonnement des fèces, (cavité close, conception de Dieulafoy.) Dans ces

cas, l'orifice intestinal étant complètement oblitéré par un collet inflammatoire, le diagnostic radiologique en est toujours impossible. Ce sont des symptômes cliniques locaux, ressemblant à ceux de la sigmoïdite, qui en feront faire le diagnostic.

PATHOGENIE

La pathogénie du diverticule est-elle à même de fournir celle du stercorome caecal ?

Nous savons bien que le symptôme constipation chronique se rencontre d'une façon presque constante chez les sujets porteurs de diverticules et que l'âge moyen des malades qui en sont porteurs est de 60 ans.

Lockhartmummery, examinant le colon chez les jeunes et chez les enfants n'a pu trouver une seule fois un diverticule.

Nous savons d'autre part qu'à la périphérie de ces diverticules, la musculature de l'intestin manque toujours, quand ils sont vieux.

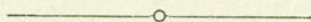
Un fait reste donc acquis, c'est la faiblesse de la musculature intestinale favorisant la hernie de la muqueuse à travers la musculaire ; d'autre part, ces diverticules ne sont pas communément observés au-dessus des rétrécissements du rectum : ceci vient à l'encontre de l'hypothèse du rôle du facteur pression intra-intestinale. En toute probabilité, il faut donc, pour qu'il y ait diverticule, qu'il y ait perte de tonicité de la paroi intestinale et de la couche musculaire en particulier. Si nous nous rappelons la physiologie du sigmoïde, réservoir normal des matières fécales, il est aisé de comprendre que ce segment intestinal, soumis comme il l'est constamment à une pression par les matières et les gaz, et étant animé de mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques, ces phénomènes expliqueraient la fréquence des diverticules à cet endroit et leur fréquence à un âge avancé de la vie. Plusieurs autres théories ont été émises pour expliquer la diminution de résistance de la paroi, en particulier les petits orifices normaux, créés par le passage des vaisseaux nourriciers dans la paroi intestinale.

Et maintenant comment comprendre le mécanisme pathogénique du stercorome caecal ? Mettons à l'avant certaines hypothèses et rappelons-nous quelques données modernes relatives à la physiologie musculaire du gros intestin.

Il est possible que l'intestin, lésé par plusieurs diverticules, ait une certaine tendance à se rétrécir à ce niveau, ce qui pourrait favoriser la distension de tout le gros intestin en arrière de l'obstacle diverticulaire.

Ce même obstacle diverticulaire par l'influence qu'il aurait "sur les cœurs intestinaux" chargés de régler le péristaltisme et l'anti-péristaltisme des différents segments du colon, créerait un mouvement rétrograde de la colonne fécale et arriverait ainsi à charger en quelque sorte le caeco ascendant de matières demi-solides, qui prendraient avec le temps, la consistance normale des matières contenues dans la partie distale.

Cette segmentation physiologique du colon par les "cœurs intestinaux" et la notion de ces ondes anti-péristaltiques qui prendraient plus d'amplitude dans certaines lésions du sigmoïde, expliqueraient peut-être la formation, toujours si rare d'ailleurs, du stercorome du caecum. Ajoutons une certaine déficience de la couche musculaire du caecum, et l'hypothèse que nous avons soulevée, mériterait d'être retenue.



REVUE GÉNÉRALE

LES INDICATIONS CHIRURGICALES DANS LA LITHIASSE BILIAIRE.

H. LAFFITTE

Ancien Intern lauréat des
Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital de Niort.

Pierre SMITH

Ancien assistant étranger de la
Clinique Thérapeutique Chirurgi-
cale de Paris,
Interne de l'Hôpital de Niort.

La lithiasse biliaire est une affection dont la caractéristique anatomique est la présence de calculs dans les voies excrétoires du foie : vésicule ou canaux.

Ces calculs peuvent être parfaitement tolérés toute la vie sans aucune manifestation clinique. Dans d'autres circonstances ils se révèlent soit par des troubles douloureux de types variables (coliques hépatiques), soit par des phénomènes infectieux (cholécystites, angiocholites), soit par des accidents dus à l'occlusion des voies biliaires (ictère par rétention) ou de l'intestin (iléus biliaire), obstrués au cours de leur migration.

Si médicalement parlant, il n'existe aucune thérapeutique, capable de dissoudre les calculs biliaires ou de les évacuer sans dommage, il ne s'ensuit pas que toute lithiasse biliaire doive être traitée chirurgicalement.

En effet la lithiasse biliaire peut coexister avec un état de santé parfait et ne constituer qu'une trouvaille d'autopsie.

Les troubles qu'elle occasionne doivent être suffisamment intenses pour motiver une intervention chirurgicale, sérieuse même dans des mains exercées ; mais lorsque les accidents douloureux infectieux ou occlusifs sont tels qu'ils compromettent la santé et même la vie des malades, il faut savoir que les méthodes chirurgicales sont seules ca-

pables de la juguler. L'évolution spontanée de ces complications vers les guérisons existant néanmoins, l'indication opératoire est uniquement fonction d'un diagnostic précis et de l'appréciation comparative du risque couru par le malade abandonné à lui-même, avec le risque opératoire.

Il convient donc d'examiner successivement les indications opératoires concernant les trois sortes d'accidents énoncés plus haut : douloureux, septiques, occlusifs.

Accidents douloureux et dyspeptiques.

Ce sont les plus fréquents. Cliniquement aucun signe vésiculaire. Il existe seulement des crises étiquetées coliques hépatiques qui se répètent et croissent en intensité. La malade — car le plus souvent c'est une femme — réclame un soulagement ; c'est à ce moment que le chirurgien a l'occasion de la voir.

Celui-ci a donc pour premier devoir de vérifier s'il s'agit vraiment d'une lithiasé et de procéder à tous les examens modernes s'ils n'ont été déjà mis en oeuvre : nous ne rappellerons pas les signes cliniques bien connus mais nous insisterons sur les éléments qui nous paraissent avoir le plus de valeur. Tout d'abord l'irradiation à l'épaule droite, ensuite la douleur accusée par la malade que l'ont fait respirer à fond, la pointe des doigts enfoncés sous le rebord costal au niveau de la 9ème côte. Enfin la réaction de présence de sels biliaires dans les urines après la crise douloureuse.

La radiographie est indispensable mais elle est souvent bien décevante. Certains radiologues paraissent plus favorisés que la majorité ; ils obtiennent dans des circonstances favorables des clichés positifs. On a cru trouver plus de précision en faisant ingérer aux malades des composés iodés (tétraïode) et on en a donné des conclusions qui malheureusement dans la pratique courante ne sont pas toujours trouvés exacts. L'idéal serait d'avoir des clichés avec des ombres nettes, mais bien souvent il n'en est pas ainsi et nombreux sont les cas où l'intervention montre le caillou que le cliché ne permettait pas de soupçonner. Il s'en suit qu'il faut toujours demander un cliché mais ne jamais conclure à l'absence de calculs quand il est négatif.

En conclusion nous pouvons dire que l'indication opératoire dans les cas douloureux ne peut être motivée que par l'intensité et surtout la répétition des crises.

Il faut en outre avoir présent à l'esprit deux choses : que les crises douloureuses peuvent exister sans lithiasse et que l'intervention chirurgicale même très bien exécutée, même si elle a enlevé une vésicule calculeuse ne met pas la malade à l'abri des récidives.

En ce qui concerne ce premier point nous ne pouvons pas taire les cas où l'on a tous les droits de porter le diagnostic de lithiasse vésiculaire et où l'intervention montre une vésicule à paroi épaisse, certainement pathologique, mais sans calcul. Ces cas relèvent beaucoup plus d'ailleurs du drainage par cholécystostomie que de la cholécystectomie. Ce drainage doit être quelquefois maintenu pendant des mois et cette technique permet, disons le en passant, d'enregistrer des succès dans ces formes qui autrefois étaient vouées aux échecs.

Quant au second point, rappelons qu'un des meilleurs moyens pour éviter les récidives douloureuses est de maintenir un régime strict que l'on relâchera peu à peu.

Enfin les hépatiques sont bien souvent des gastriques soit que l'on se trouve en présence de signes dyspeptiques purs, soit que l'on ait affaire à des troubles gastriques plus ou moins vagues. Tantôt partant de cet élément clinique, on remontera jusqu'au diagnostic exact de lithiasse, ce qui est parfait. Tantôt on persistera dans l'idée d'une lésion stomacale et le diagnostic sera redressé au cours de l'intervention.

N'oublions jamais en effet de regarder et de palper une vésicule lorsque l'on ne trouve pas au niveau de l'estomac une lésion franche.

En résumé nous concluons de cette revue rapide que les indications dans les formes douloureuses et dyspeptiques ne sont jamais impératives. Elles sont seulement motivées par l'intensité et la durée des troubles constatés, et l'échec du traitement médical.

Lorsque les signes vésiculaires sont évidents le diagnostic est singulièrement facilité et les indications opératoires sont plus nettes. D'ailleurs l'examen radiologique est souvent positif quand il s'agit d'une grosse vésicule soulevant la paroi ou même palpable.

Il faut savoir que l'on se trouve quelquefois en présence d'une tumeur "muette" de l'hypochondre droit. Le diagnostic alors est à faire avec les tumeurs rénales et nombreuses sont les observations où l'anesthésie et la laparatomie ont permis de trouver la lésion véritable. Mais ce cas est beaucoup plus rare que ceux où la symptomatologie est plus complète (crise, troubles dyspeptiques, accidents infectieux légers).

Dans tous les cas où les signes vésiculaires sont évidents, il faut opérer, car l'intervention chirurgicale seule permet de guérir ces malades voués soit à la douleur comme nous venons de le voir, soit aux infections ou aux complications occlusives que nous allons maintenant aborder.

Accidents infectieux.

Pour la clarté de l'étude, il convient d'isoler ce chapitre ; mais quelle n'est pas la forme de la lithiasé que l'infection ne touche... La forme douloureuse pure offre certainement de petites ascensions thermiques qui passent inaperçues et que l'examen attentif d'une courbe de température révélerait, surtout en ce qui concerne le point vespéral.

D'autre part, nous parlerons spécialement de l'occlusion cholédocienne et pourtant a-t-on le droit de l'isoler du chapitre infectieux ?... Nous aurons en réalité ici en vue, les cas où le syndrome infectieux domine toute la scène.

Une première forme clinique rencontrée est celle où l'on se trouve en présence d'une douleur aiguë siégeant au-dessus du point de MacBurney, dans l'hypochondre droit. A l'examen défense et douleur limitées à cette région. La température est élevée. Il existe des vomissements. Seuls les antécédents de coliques hépatiques permettent d'éliminer pratiquement le diagnostic d'appendicite.

Si on intervient on se trouve alors en présence d'une vésicule épaisse, violacée, distendue, véritable "aubergine", le problème qui se pose au chirurgien est de savoir choisir entre la cholécystostomie ou la cholécystectomie. L'état général et les difficultés opératoires résoudront le choix du traitement, mais toujours il restera une question d'espèce. Nous avons obtenu avec ces deux techniques autant de succès suivant les cas.

Il est évident que tout est question de degrés et que nombre de ces poussées vésiculaires se calment et permettent l'intervention à froid. Mais lorsqu'elles sont très nettes, que la défense est marquée, que la température est très élevée nous pensons qu'il y a tout intérêt à intervenir en suivant les indications que nous avons vues. Il nous est arrivé de faire chez des gens très âgés une première intervention avec quelques gouttes de cocaïne, suivie plus tard de l'ablation de la vésicule avec plein succès.

Parfois la poussée inflammatoire loin de se calmer va en augmentant. A la simple défense succède le plastron, puis un empâtement, enfin la collection est évidente. C'est le phlegmon biliaire qu'il faut se borner à ouvrir ; il faut se contenter d'un minimum, la malade guérira de ces accidents inflammatoires et ultérieurement on lui fera une cholécystectomie à froid.

Notons que ces collections péri-vésiculaires peuvent se diriger vers d'autres régions profondes et notamment constituer une variété des abcès sous-phréniques. Dans d'autres cas nous avons affaire à une péritonite biliaire, par perforation de la vésicule. C'est le tableau d'une cholécystite aiguë avec des signes généraux plus intenses, douleur plus brutale et des signes locaux dépassant largement les limites de l'hypochondre droit. En ce cas le diagnostic est souvent fait lors de l'intervention ; le drainage de la vésicule et de la région sous-hépatique doit être réalisé avec soin.

Le pronostic en est grave et fonctionne comme dans toutes les péritonites de la précocité de l'intervention.

Il existe un tableau clinique complètement différent et qu'il faut bien connaître ; celui de l'anglo-cholite calculeuse. Ici les signes locaux sont frustes, une douleur infime, un empâtement à peine marqué mais en revanche des signes généraux qui peuvent être très graves ; l'hyperthermie est à grandes oscillations, les frissons sont fréquents ; on rencontre presque toujours de l'ictère. Ici une indication thérapeutique capitale : le drainage des voies biliaires. Ce n'est pas tant la vésicule qu'il faut drainer car le cystique peut être oblitéré, mais l'hépatique par l'intermédiaire du cholédoque. Un drain de Kehr mis au bon moment peut transformer complètement l'allure clinique de cette affection.

Ce qui rend l'indication thérapeutique délicate, c'est que l'angio-cholite peut coexister avec une lithiasse du cholédoque et que dans ces cas non seulement il faut drainer mais encore lever l'obstacle constitué par le caillou. Or, lorsque l'on se trouve en présence de poussées légères d'angio-cholite, il peut être utile d'attendre une rémission des phénomènes aigus et d'opérer à froid. La malade est alors plus résistante, l'intervention peut être plus complète. Toutefois, si les accidents infectieux se repètent, revêtent le type palustre et s'accompagnent plus ou moins d'une poussée ictérique il convient d'intervenir sans délai.

Accidents occlusifs.

Le signe fondamental de l'obstacle cholédocien est l'ictère par rétention. Cependant il ne faut pas perdre de vue que dans 50% des cas environ, le calcul du cholédoque ne provoque pas d'ictère. C'est alors la forme fruste ou lithiasse dissimulée du cholédoque sur laquelle nous aurons l'occasion d'insister plus longuement dans un article ultérieur.

On a beaucoup discuté pour savoir à quel moment il fallait opérer ces ictères. En réalité la question est mal posée, tout est affaire de diagnostic. Si on sait qu'il existe un calcul dans le cholédoque, il n'y a pas d'hésitation, il faut intervenir. La difficulté vient de ce que l'on ne le sait pas. Alors on se fie au temps pour faire le diagnostic et l'on envoie au chirurgien des malades ictériques depuis des mois, dont les cellules hépatiques sont profondément altérées et les résultats sont nécessairement mauvais.

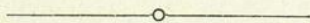
Il est ici de toute urgence d'établir un diagnostic étiologique de cet ictère par rétention et de mettre en oeuvre tous les moyens que nous offrent la clinique, le laboratoire, la radiologie. Si l'ictère persiste au-delà d'une dizaine de jours, que la fièvre s'installe progressivement suivant une courbe qui ne rappelle pas celle des ictères infectieux, il faut agir vite. Il est évident qu'ici l'interrogatoire garde toute sa valeur. L'anamnèse de coliques hépatiques antérieures a une importance considérable. Mais il faut savoir que si dans la majorité des cas, le passé des malades permet de rattacher l'obstruction à un calcul, il en existe d'autres où un ictère par rétention s'installe progressivement sans douleur, sans température, et sans que rien ne puisse en un mot rappeler une lithiasse. Il ne faut pas que la crainte de trouver un néoplasme du pancréas, puisse écarter la possibilité d'une intervention suivie de succès ?

Classiquement on recommande d'attendre quatre à six semaines, sous prétexte que l'ictère cholédocien est un ictère chronique et que la chronicité est établie au bout d'un mois et demi. C'est un danger et une erreur. Il faut faire un diagnostic et très rapidement faire appel au chirurgien. Là encore il faut signaler des cas exceptionnels, véritables surprises auxquelles on assiste parfois, et qui consistent en l'expulsion inattendue d'un calcul avec guérison de l'ictère. A ce sujet, comme illustration de ce cas, signalons qu'un jour, nous fûmes en présence d'un malade atteint d'ictère par rétention et qui était rendu

au stade d'ictère grave. Nous refusâmes de l'opérer étant donné son état général. Il fut transporté chez lui, à 50 kilomètres de distance sur une route très mauvaise et éventuellement la guérison eut lieu. Il ne faut, bien entendu, nullement compter sur ces contingences exceptionnelles.

Enfin dans certaines circonstances à la suite d'ouverture spontanée dans le duodénum, de gros calculs peuvent s'engager dans l'intestin et provoquer une occlusion aiguë, non pas tant par leur volume que par le spasme qui les accompagne. L'iléus biliaire est le diagnostic fort difficile ; on pense naturellement à une occlusion aiguë, on intervient et c'est alors que l'on découvre l'élément causal. Certes, cette migration a pu se faire à la faveur de lésions inflammatoires graves, mais celles-ci ont pu passer inaperçues. Là encore le salut est dans l'intervention la plus précoce possible.

Cette revue rapide montre non seulement la nécessité d'une indication opératoire précise, hâtive mais encore celle d'une liaison intime entre médecins, radiologues, chefs de laboratoires, chirurgiens. C'est vers la perfection de cette collaboration que doivent tendre actuellement tous nos efforts.



MOUVEMENT MÉDICAL

6^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS DE LANGUE FRANÇAISE.

L.-Arthur MAGNAN.

C'est à Bruxelles les 3, 4 et 5 octobre derniers, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges, que s'est tenu le 6^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française.

Ayant eu l'occasion d'assister à ce Congrès nous avons pensé qu'il serait intéressant pour les lecteurs de l'Union Médicale d'en faire un rapport.

Le choix de la capitale belge a été motivé par le 40^e anniversaire de la Sté belge de Gynécologie. Et ce fut avec un plaisir unanime que tous les membres du Congrès acceptèrent de se réunir à Bruxelles. On sait que l'affabilité et la courtoisie de l'hospitalité belge égalent sa splendeur et sa magnificence.

Nous ne parlerons pas de l'organisation qui fut parfaite en tous points. Mais, s'il est vrai que notre compte rendu doit avoir un caractère essentiellement médical, nous croyons que l'éclat des réunions mondaines mérite d'être relaté.

Les résumés que nous ferons des savants rapports ne contiennent que les faits essentiels. Ceux qui voudront approfondir les différentes questions traitées n'auront qu'à se procurer les numéros août et septembre de la Revue de Gynécologie et Obstétrique dont nous nous sommes servi ici.

Bien que les communications aient été mises au second plan cela ne veut pas dire qu'elles ont manqué d'intérêt. Leur grand nombre nous a privé du plaisir de toutes les entendre ; il a bien fallu partager les programmes.

Enfin, après avoir commenté la séance opératoire nous nous permettrons de faire certaines conclusions d'ordre personnel.

PARTIE SOCIALE ET MONDAINE

C'est au Palais des Académies qu'eut lieu la séance inaugurale.

S.M. la Reine témoigna, par sa présence, du grand intérêt qu'elle porte à l'Association.

Le discours d'ouverture fut prononcé par M. Carnoy, Ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène. Dans un verbe élégant il salue la présidence de S.M. la Reine, qui, dit-il, "A toujours été protectrice des oeuvres sociales féminines et est en outre un modèle de dévouement d'épouse et de mère". Et, après avoir évoqué quelques-uns des derniers progrès de la gynécologie, il déclara le Congrès officiellement ouvert.

Le discours suivant fut prononcé par le Dr Weymeersch, président du Congrès. Après les hommages à S.M. la Reine, il fait l'histoire de l'Association, précise son but et remercie les membres de l'intérêt qu'ils lui portent.

Ce fut ensuite M. J. L. Faure, président de l'Association. Ayant eu le privilège de parler devant S.M. la Reine trois fois depuis dix ans, il dit tout l'honneur qu'il en ressent. Puis, rendant hommage aux médecins disparus depuis le dernier congrès, il rappelle les épreuves subies par la Belgique pendant la guerre. Il exprime ses craintes pour la paix future, malgré les efforts qui se multiplient en ce moment et termine en disant toute sa confiance en l'influence du travail, de l'intelligence, de la culture française, pour cette cause de la paix dont le présent Congrès est une contribution scientifique.

Enfin, les Dr. Henrotay (de Anvers) et le Pr. Brindeau exposent successivement l'histoire de la Sté belge de Gynécologie et le travail de l'association.

Le soir, dans le résidence Palace, un banquet fut offert aux congressistes.

Dans un magnifique hall, style moderne, décoré aux couleurs belges et françaises l'élégance et la splendeur éblouissaient les regards.

A la table d'honneur se trouvaient les ministres belge, français, suisse et les membres dignitaires de l'Association. Après avoir apprécié un menu composé de plats du meilleur choix les toasts au roi des Belges, au Président de la République française, au ministre suisse, furent prononcés.

La réception du président du Congrès, le Dr. Weymeersch, qui eut lieu le lendemain ne fut pas moins magnifique.

Au Palais des Arts, dans une salle de musique d'un style très harmonieux et moderne, le fameux trio de la Cour a ravi les auditeurs en exécutant un morceau de Schubert et un fragment de Franck. Après cette charmante audition, les invités visitèrent la galerie d'art qui orne les nombreuses salles du Palais. Et passant dans la salle des Fêtes, un jazz irrésistible entraîna les congressistes à la danse.

Enfin le dernier soir du Congrès, une représentation de gala au Théâtre Royal, fut offerte par le bureau aux médecins étrangers. Cette soirée, rehaussée par la présence de LL. AA. RR. le duc et la duchesse de Brabant, fut une autre manifestation de somptuosité et de splendeur.

RAPPORTS

Les trois rapports touchaient à des thèses bien obscures et complexes. Ils furent magistralement traités. La clarté des énoncés et la netteté des exposés ont permis à tous les auditeurs de suivre les diverses questions jusqu'au limites des domaines cliniques et expérimentaux de la gynécologie. La question à l'ordre du premier jour était :

LES RAPPORTS ENTRE L'HYPOPHYSE ET LES ORGANES GENITAUX DE LA FEMME.

Ce premier sujet d'étude était divisé en deux parties. Une physiologique et l'autre clinique.

PHYSIOLOGIE.

Cette partie fut confiée à M. Lucien Brouha (de Liège).

Comme les données physiologiques connues chez la femme ne permettent pas une étude complète des diverses relations entre l'hypophyse et le tractus génital féminin, il faudra utiliser l'expérimentation chez les femelles des diverses espèces mammifères.

Les expériences de L. B. ont deux préceptes fondamentaux : l'un physiologique qui consiste à remédier par des greffes ou transplants similaires aux troubles qu'engendre l'ablation partielle ou totale d'un organe; l'autre principe est d'ordre pharmacodynamique i.e. qu'au lieu des greffes d'organes on emploie les extraits d'organes.

L.B., après un court rappel anatomique de l'hypophyse divise son travail en deux chapitres : lobe antérieur de l'hypophyse et lobe postérieur. Dans chacun d'eux, il envisage à l'aide de la physiologie et de la pharmacodynamie expérimentale l'action réciproque de l'hypophyse et des organes génitaux.

ACTION DU LOBE INTERIEUR SUR LE TRACTUS GENITAL FEMELLE.

L'hypo ou l'apituitarisme expérimental par hypophysectomie n'entraîne pas la mort comme plusieurs l'ont prétendu. Cependant, si l'antéhypophyse n'est pas un organe essentiel à la vie il n'est pas moins vrai que son ablation entraîne des modifications sérieuses de l'économie et en particulier dans le tractus génital femelle. L'ablation du lobe antérieur amène : 1° chez l'animal impubère un arrêt de développement et une régression marquée des organes génitaux ; donc infantilisme sexuel définitif. 2° Après la puberté une atrophie et une dégénérescence de tout l'appareil génital femelle avec disparition de la contractilité utérine et des appétits sexuels : donc stérilité. 3° chez l'animal gravide, avortement.

Quant au syndrome adiposo-génital, les opinions se partagent sur la pathogénie. L.B. avec Smith croit logique de nommer : 1° *hypophy-saire*, le syndrome de dégénérescence génital sans adiposité, résultat de l'ablation de l'antépituitaire (sans lésion de la base du cerveau) : 2° *tubérien*, le syndrome des adiposites énormes sans atrophies dans la sphère génitale, résultat d'une lésion du tuber cinereum ; "le lobe antérieur étant intact". 3° Enfin *adiposo-génital*, le syndrome Frölich typique venant de lésions simultanées de l'antéhypophyse et de la région sous optique.

Ces diverses constatations faites L. B. s'adresse aux greffes afin de remédier aux différentes lésions ou troubles que ces expériences ont entraînés. Encore avec Smith, il s'adresse aux transplantations quotidiennes qui donnent de meilleurs résultats que les greffes. Et ainsi, ayant implanté tous les jours dans les muscles de petits fragments d'antéhypophyse, il constate après quelques jours, que les organes génitaux lésés ou troublés sont revenus à la normale. Il est donc évident que le lobe antérieur de l'hypophyse exerce une action sur le développement et le fonctionnement de l'appareil génital femelle. Mais comment agit cette action ? Par quelle voie ? Ces questions sont

encore dans le domaine des hypothèses. Cependant L. B., favorisant la voie hormonale, conclut en disant. "Le lobe antérieur de l'hypophyse est un excitant spécifique de la sécrétion interne et externe de l'ovaire et de la formation des hormones. Son activité normale contrôle l'intégrité anatomique et fonctionnel du tractus génital femelle".

ACTION DE L'APPAREIL GENITAL FEMELLE SUR LE LOBE ANTERIEUR.

L'ovariectomie entraîne des modifications anatomiques de l'antéhypophyse qui se traduisent par une hyperhémie et une hyperplasie. Les cellules éosinophiles et basophiles augmentent, tandis que les chromophorbes diminuent.

Sous l'influence de la grossesse au contraire les éosinophiles diminuent et les chromophorbes augmentent. En outre, il a été constaté que pendant la gestation (même au début de la conception) il existe dans le sang et dans l'urine "une substance qui par ses propriétés physiologiques pourrait être considérée comme une hormone antéhypophysaire". Ces faits sont intéressants parce qu'ils apportent une importante contribution au diagnostic très précoce de la grossesse.

ACTION DES EXTRAITS DU LOBE ANTERIEUR SUR L'APPAREIL GENITAL FEMELLE.

Chez les femelles hypophysectomisées les extraits ne semblent pas avoir de valeur. Mais chez la femelle normale l'action des extraits antépituitaires est multiple et divergente. Elle peut être un excitant de la fonction ovarienne et hâter ainsi la puberté. Mais si l'on prolonge les injections d'extrait le contraire semble se produire. La puberté est retardée. Chez la femelle adulte, il y a atésie folliculaire et hyperlutéinisation. Si la femelle est gravide la gestation se prolonge.

Cependant, il est assez bizarre de remarquer une action excitante chez les castrées. Enfin, dernièrement, on a souligné l'importance de l'extrait antéhypophysaire comme stimulant de la sécrétion lactée.

Les diversités de ces phénomènes posent la question de l'unicité ou de la pluralité des hormones antéhypophysaires. Evans et Simpson en admettent : une stimulant le follicule, l'autre provoquant la for-

mation des corps jaunes. Elles seraient inhibitrices l'une sur l'autre. L.B. préfère attendre d'autres progrès de la chimie des extraits avant de se prononcer.

ACTION DES EXTRAITS OVARIENS ET PLACENTAIRES SUR LE LOBE ANTERIEUR.

La folliculine ou l'extrait placentaire injecté aux femelles amènent le retour à la normale du lobe antérieur modifié par la castration ou la grossesse. Le tractus génital a donc une influence sur l'hypophyse. D'après L.B. cette action s'exercerait par la voie hormonale et serait sous la dépendance de la folliculine et de l'hormone placentaire.

LOBE POSTERIEUR.

L'expérimentation physiologique n'a pas fourni beaucoup dans l'enseignement sur le lobe postérieur. Au contraire les extraits exercent sur le tractus génital des modifications importantes.

L'action des extraits post-hypophysaires sur la contractilité utérine est assez connue. Il est superflu d'en parler. Sur la glande mammaire, ces extraits ont une action excrétoire et sécrétoire très marquée.

Quant à l'influence de l'appareil génital sur le lobe postérieur, il semble que l'ovaire modifie le taux de substance ocytocique ; c'est du moins ce que prouve l'analyse comparative de cette substance ocytocique chez des femelles normales et chez d'autres castrées.

De cette étude des divers rapports de l'hypophyse et des organes génitaux L.B. conclut : "1° Le lobe antérieur de l'hypophyse tient sous sa dépendance l'intégrité anatomique et fonctionnelle du tractus génital femelle tout entier. L'anté-hypophyse n'est peut-être pas absolument nécessaire à la vie de l'individu, mais elle est indispensable à la conservation de l'espèce puisqu'elle régit l'ensemble des phénomènes sexuels, y compris le développement des cellules reproductrices.

2°) Le lobe postérieur a un rôle physiologique plus obscur ; il fournit des extraits dont l'activité pharmacodynamique intervient dans la contractilité utérine et la sécrétion lactée.

3°) Le tractus génital femelle exerce une action sur le lobe antérieur de l'hypophyse. Cette action se manifeste par des modifications histologiques dont la signification physiologique est mal connue.

4°) De l'état du tractus génital femelle dépend le taux de substance ocytocique dans l'organisme."

CLINIQUE.

La partie clinique de ce premier rapport fut décerné à M. J.-L. Wodon (de Bruxelles). Ses énoncés qui touchaient de plus près les auditeurs étaient cependant très difficiles à exposer. En effet, l'étude des rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux de la femme a une valeur scientifique moins intransigeante que les données expérimentales. Cependant, si l'on considère les troubles fonctionnels hypophysaires engendrés par une lésion génitale ou vice versa, il est facile de faire des déductions cliniques qui entraînent des applications opothérapiques intéressantes.

Parmi les modifications fonctionnelles génitales qui ont une répercussion sur l'hypophyse, la gravité occupe une première place. En effet, on sait, qu'au cours d'une grossesse toutes les glandes endocrines s'hypertrophient. La glande pituitaire, comme le prouve la radiographie en série de la selle turcique, ne fait pas exception.

Or, cette hypertrophie n'est pas sans amener des troubles de compression régionale. C'est ainsi que l'on a expliqué les affaiblissements gravidiques du champ visuel par compression du chiasma des nerfs optiques.

Les modifications histologiques de l'hypophyse au cours de la grossesse sont caractérisées par la formation des cellules chromophores à gros noyaux et à protoplasma mal limité. Les basophiles ne changent pas, mais les eosinophiles disparaissent à peu près complètement pour ne se reformer qu'au 15^e jour des suites de couches. Ces diverses modifications histologiques ne sont pas spécifiques de la gravidité car elles sont constatées dans les cachexies cancéreuses et dans certaines pyrexies. Cependant dans ces derniers cas, elles sont moins constantes et moins marquées.

Ces faits invitent donc à conclure que la sécrétion pituitaire est plus marquée au cours de la grossesse et va en augmentant jusqu'aux suites de couches où elle revient à la normale.

Un deuxième retentissement hypophysaire des modifications génitales est celui de la castration et de la ménopause. Ici l'on remarque des phénomènes contraires à ceux de la gravidité. Ce sont des troubles plus ou moins semblables à ceux de l'insuffisance pituitaire, tels l'abaissement du métabolisme basal, l'adiposité générale ou locale, l'atrophie des organes génitaux, etc.

Enfin, comme corollaire, il faut dire avec Vignes qu'à la puberté

une suractivité de la pituitaire entraînera un gigantisme et qu'au contraire l'insuffisance hypophysaire amène l'oligoménorrhée et la céphalée menstruelle.

Si l'on envisage maintenant les répercussions cliniques sur l'appareil génital féminin d'une altération pituitaire, l'on est en présence de deux circonstances : ou l'hypophyse a été détruite accidentellement (cas rare) alors il y a syndrome adiposo-génital type Fröhlich (ou syndrome d'insuffisance ovarienne type adipeux, qui n'en diffère pas) ; où l'on a un adénome pituitaire, il y a alors soit infantilisme génital avec atrophie ovarienne, aménorrhée, et stérilité soit acromégalie, suivant que les cellules adénomateuses sont à type chromophorbe ou chromophile.

THERAPEUTIQUE.

Ces constatations cliniques résultant des répercussions réciproques des lésions génitales ou pituitaires entraînent des déductions thérapeutiques intéressantes. Les extraits de lobe antérieur ont donné des résultats plus ou moins bons dans les insuffisances de cette glande. Cependant, plusieurs cas d'oligoménorrhée auraient été améliorés.

Plus intéressant est le diagnostic précoce de la grossesse par l'har-

Plus intéressant est le diagnostic précoce de la grossesse par l'hor-térieur qui existe à dose très élevée dans le sang et les urines des femmes enceintes est capable d'amener la ponte ovulaire chez l'animal im-pubère. Comme cette teneur élevée du sang et de l'urine s'éta- blit immédiatement après la conception il semble que l'on a trou- vé une arme puissante au diagnostic précoce de la grossesse. Voici la manière de procéder de W : il injecte l'urine en même temps à 5 souris ; chacune reçoit toujours la même dose, mais l'une reçoit 0.2 cmc., l'autre 0,25, 0,3, etc. Le premier jour il administre deux injections à 5 h. d'intervalle, le second jour 3 injections à 4 h. d'in-tervalle le 4e jour une dernière injection, le 5e jour l'animal est sacrifié.

Les réactions observées au niveau de l'ovaire ont 3 degrés diffé- rents :

- 1° maturation folliculaire, ponte, et lutéinisation.
- 2° hyperhémie ovarienne avec lutéinisation anticipée du fol-licule qui est le siège d'une hémorragie macroscopique im-portante.
- 3° Lutéinisation de la thèque et de la granuleuse.

Le 2e et le 3e degrés seuls sont caractéristiques de la gravidité.

L'extrait de lobe postérieur occupe un chapitre important en thérapeutique. En obstétrique, l'on sait qu'à certaines doses il a une action ocytocique, c'est-à-dire qu'il accélère le travail de l'accouchement en produisant des contractions utérines plus intenses et plus fréquentes. Cependant il est important de noter que cette sensibilité utérine aux extraits post-pituitaires semble conditionnée à l'état de gravidité ou de l'état aestréale.

Au niveau de la vessie, des intestins, de la vésicule biliaire, les contractions provoquées sont sans importance. Mais sur le système artériel, ils ont une action hypertensive évidente. Grâce à des travaux récents, il est possible de séparer les propriétés hypertensives et ocytociques de manière que ces dernières seules agissent.

Les doses obstétricales établies par la pharmacopée américaine sont de 1/5 de cmc. pour la première injection (2 unités internationales) et ensuite de 1/2 cmc. (5 unités) renouvelable seulement après 30 minutes. Quant aux voies d'administration, il semble que l'injection intra-musculaire est plus efficace que sous-cutanée ; l'injection intra-veineuse est une méthode d'exception et non sans danger. Enfin, en terminant il importe de connaître les applications cliniques de la pituitrine.

Contre-indications : Obstacle mécanique à l'expulsion, hypertonie utérine.

Indications connues : pendant l'expulsion, au cours de la délivrance s'il n'y a pas rétraction du col, au cours des accouchements chirurgicaux (symphysectomie), injections intra-utérine dans le muscle après césarienne.

Pour ce qui est des applications avant le terme de la gestation pour provoquer l'accouchement ou encore pendant la période de dilatation pour combattre l'inertie utérine, il semble que ce sont des questions à l'étude et il est préférable d'attendre une mise au point.

En gynécologie la pituitrine a été utilisée pour combattre les hydrorrhées métriques et les hémorragies menstruelles. Mais elle ne semble pas avoir donné de résultats bien probants.

Enfin, en terminant, W. dit que les accidents d'administration de l'extrait posthypophyse sont de deux ordres : 1° l'injection a été faite involontairement intra-veineuse et il y a des phénomènes de shock plus ou moins intenses avec dilatation cardiaque tachycardie et arythmie : 2° les contre-indications n'ont pas été respectées ou la dose a

été trop élevée, alors il y a tétanisation et rupture utérine, asphyxie plus ou moins grave de l'enfant.

DISCUSSION

Antoine Béclère félicite Brouha et Wodon ; il connaît 3 types d'adénomes hypophysaires ; basophiles, chromophobes et mixtes.

Dans les tumeurs de l'infundibulum traduit uniquement par l'aménorrhée et l'infantilisme, il préconise l'irradiation qui lui a donné des succès.

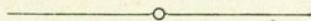
Bien qu'à Vienne on applique la Roentgenthérapie hypophysaire contre les troubles de la ménopause, il croit que cette méthode est sujette à discussion.

Lelorier ne voit aucun danger à prescrire les doses massives de pituitrine lorsqu'elle est indiquée.

Chantillon (de Genève) ne voit aucun danger à prescrire la pituitrine.

Reeb (de Strasbourg) sur 10 essais de diagnostic précoce de grossesse par l'urine des femmes enceintes a eu 7 cas positifs, les femmes étant réellement enceintes, deux cas positifs avec des tumeurs annexielles et un cas négatif.

(à suivre)



MÉDECINE PRATIQUE

CONDUITE A TENIR PENDANT LA DELIVRANCE

I. — Dans les cas normaux.

1. Respecter le repos physiologique, c'est-à-dire avoir la patience d'attendre le retour de la contraction utérine, qui assurera le décollement du placenta.

2. Se rendre compte, de temps à autre, de la consistance de l'utérus.

3. Après constatation du décollement du placenta par les moyens usuels, faire l'expression utérine, afin de faciliter l'expulsion placentaire.

4. Injection vaginale, si toutes les conditions d'asepsie le permettent.

5. L'extrait pituitaire a-t-il été employé durant l'expulsion ou la délivrance, indication absolue d'une injection d'ergot ou de gynergen, *après* la sortie de l'arrière-faix.

6. Après deux heures d'immobilisation dans le décubitus dorsal, on peut permettre à la patiente de changer de position.

7. Une vessie de glace, placée sur l'hypogastre, immédiatement après la délivrance, maintient l'utérus contracté. Précaution sage de laisser la glace en permanence durant 2 ou 3 jours.

II. — Si hémorragie.

1. Un mince filet de sang s'échappe de la vulve, l'utérus est dur : aucune raison de s'alarmer ; simple indication du décollement du placenta par sa périphérie.

2. L'hémorragie est légère, l'utérus se ramollit : se contenter du massage utérin. Massage léger sur le fond de l'utérus, jamais sur les parties latérales ; le massage violent sur une ancienne lésion annexielle pourrait réveiller un foyer infectieux.

Donner 1 c. c. d'extrait hypophysaire en injection intra-musculaire.

3. L'hémorragie est grave, l'inertie utérine est complète, les moyens cités précédemment ayant échoué ; a) faire la délivrance artificielle, suivie, b) d'une injection intra-utérine ; c) glaçage de l'abdomen ; d) *Après* l'extraction du placenta, injection d'ergot ; e) pour relever l'état général, 10 c.c. d'huile camphrée à 20%, strychnine, caféine ; 500 c. c. de sérum physiologique ou glucosé à 10% sous les seins ; f) au besoin, transfusion sanguine ; g) durant les trois jours qui suivent, donner, par voie buccale, une cuillerée à thé d'extrait fluide d'ergot, 3 fois par jour.

III. — Adhérences anormales du placenta.

Malgré les contractions utérines normales, la délivrance ne se produit pas dans l'heure et demie qui suit : faire la délivrance artificielle.

IV. — Incarcération de l'arrière-faix.

Soit par contraction de l'anneau de Bandl ou par enchatonnement du placenta dans une corne :

1. Savoir attendre plusieurs heures.

2. Injection de 2 ou 3 egr. de morphine.

3. Anesthésie profonde au chloroforme.

4. La délivrance artificielle ne pourra s'effectuer qu'après une dilatation manuelle de l'anneau de contraction.

Donatien MARION.

REVUE DES LIVRES

L'ANNEE MEDICALE PRATIQUE, 1 vol. in-16 publié sous la Direction de C. LIAN, agrégé, Méd. des Hôp. — Préface du Prof. E. SERGENT, 573 p., 26 fig. R. LEPINE édit. 39, d'Amsterdam. Prix : 26 francs.

Comment le médecin d'aujourd'hui, submergé par d'innombrables publications médicales, peut-il augmenter ses connaissances avec profit et sans perte de temps ?

Il lui faut un petit volume annuel, dans lequel des auteurs compétents exposent, chacun dans leur spécialité, les notions médicales à la fois nouvelles et pratiques. Il est nécessaire que ces articles de mise au point soient courts, et suivis d'indications bibliographiques destinées à permettre, le cas échéant, une documentation étendue. Il importe aussi que ces petits articles soient classés par ordre alphabétique, de façon que le médecin puisse trouver en quelques secondes le renseignement désiré.

Il est utile également qu'après ces articles soient mentionnés les nouveaux décrets ou règlements divers, ainsi que les nouveaux médicaments, appareils et livres de l'année. Enfin on ne saurait trop se féliciter de trouver à la fin un index alphabétique des notions nouvelles des 4 années précédentes.

Ce programme parfait est heureusement réalisé dans L'Année Médicale Pratique. Les nouveaux médecins qui connaissent ce petit volume ont tous les ans sur leur bureau l'édition de l'année et sont unanimes à se demander comment ils avaient pu jusque là se passer de L'Année Médicale Pratique.



ANALYSES

MEDECINE

J.-CH. ROUX. — **L'intoxication duodénale.** Soc. Belge de Gastro-Entérologie. — Nov. 1929.

Le pouvoir d'absorption de la muqueuse duodénale étant très rapide, il arrive qu'un retard de transit, occasionné par l'une des nombreuses causes qu'énumère l'auteur, en augmentant la pression du liquide duodénal, crée de ce fait, l'intoxication.

Différents types d'intoxication peuvent se rencontrer : intoxication à grande répercussion sur l'état général; intoxication caractérisée par des "nausées duodénales"; intoxication accompagnée de "migraines duodénales"; et celle causant des troubles nerveux graves : syncopes, convulsions. — L'auteur, à l'aide de belles radiographies, fait voir les principales causes, susceptibles de favoriser la rétention duodénale : brides mésentériques, très fréquentes : péri-duodénite ; ptose duodénale ; dolichoduodénum ; linite plastique avec ses adénopathies secondaires favorisant la stagnation.

D'après l'auteur, les sécrétions déversées dans le duodénum, atteignant une certaine pression du fait de l'obstacle, et du péristaltisme exagéré, provoqué par ce même obstacle, constitueraient l'élément toxique, qui impressionnerait plus particulièrement les malades nerveux.

Comme traitement médical : lavages duodénaux suivis de repos en décubitus ventral, et le port d'une sangle appuyant très bas ; cure de repos prolongé.

Dans les cas graves, intervention chirurgicale ; duodéno-jéjunostomie.

J.-Alfred MOUSSEAU.

MAURICE LOEPER et ANDRE LEMAIRE. — **Le régime des cardiaques et la nutrition du coeur.** La Presse Médicale, 15 février 1930.

Le régime du cardiaque ne s'adresse pas simplement à la nutrition générale de l'individu dont les échanges sont momentanément troublés, mais aussi à la nutrition propre du coeur dont l'équilibre chimique a pu se trouver bouleversé. Ce qui amène les auteurs à se diviser leur étude en deux parties :

A — ALIMENTATION GÉNÉRALE DU CARDIAQUE. Dans l'asystolie ou l'hyposystolie, on sait que :

1) Les échanges sont perturbés et que le cardiaque devient acidémique. En voici l'explication : le muscle, en se contractant, consomme du glycogène qu'il transforme en glycose, en acide phosphorique puis en acide lactique ; cette évolution chimique se fait en anaérobiose par hydratations successives,

autant chez l'homme sain que chez le cardiaque. Le cycle inverse par quoi le muscle normal refait ses réserves glycogéniques exige l'aérobiose ; or cette aérobiose est bien précaire chez le cardiaque où l'encombrement veineux ne permet pas un apport suffisant d'oxygène. Les produits acides provenant de la combustion du glycogène restent alors dans le muscle, puis diffusent dans le sang. C'est l'acidémie ; la médication alcaline s'impose qu'on réalise par l'ingestion de CO_2NAH à petites doses.

2) Il y a rétention des déchets (urée, acide urique, différents produits toxiques dérivant des transformations protéiques). — Il faut donc donner des aliments diurétiques, entre autres le sucre.

3) Il y a rétention saline. — Il faut alors prescrire des aliments à faible teneur en sel : lait, pommes de terre, légumes verts.

4) L'élimination de l'eau se fait mal : le rein fonctionne en retard, il élimine mieux la nuit que le jour. — Donc, restriction des liquides.

5) Il y a infiltration des tissus. — On serait tenté d'utiliser les propriétés diurétiques des sels de chaux qui sont sûrement actifs : cependant leur usage prolongé peut être nuisible surtout chez les cardiaques athéromateux auxquels il faut prescrire un régime peu calcique.

6) Il y a altération du fonctionnement digestif surtout au cours des asystolies digestives : la stase abdominale entraîne la diminution des sécrétions gastriques, pancréatiques, intestinales et hépatiques. Donc, il faut prescrire les substances azotées, particulièrement la viande.

En somme : Correction de l'acidose, régime atoxique peu riche en chlorures et en sels calcaires, régime antidyseptique.

B — ALIMENTATION DU COEUR.

Souvent la défaillance et l'insuffisance du coeur sont d'ordre chimique. Aussi, l'alimentation électorale du coeur doit tenir compte de la constitution du muscle cardiaque. Les différentes parties du coeur n'ont pas toutes la même composition chimique et c'est pourquoi la chaux, le soufre, l'albumine, la sérine, les lipoides varient selon qu'on les dose dans les oreillettes, dans les ventricules ou dans la zone atrio-ventriculaire. Il en est de même du glycogène qui est en proportion énorme dans la zone atrio-ventriculaire (zone correspondant aux éléments intra-cardiaques du faisceau unitif) tandis qu'il est en beaucoup moindre quantité dans les fibres communes. Or, c'est dans les modifications chimiques qui surviennent dans les éléments cellulaires du coeur qu'on doit chercher la raison de la contraction cardiaque ; aussi en conclut-on que c'est la désintégration constante des réserves dynamogéniques qui fait l'explosion contractile.

Expérimentalement, on a vu que le glycose renforce l'action de nombreux médicaments à effet cardiaque et que, sur un coeur fatigué ou altéré par des changements de milieu, l'adjonction de glycose est suivie parfois d'un effet régulateur, parfois d'un effet tonique. C'est ainsi qu'en diminuant par la ptyaline les réserves glycogéniques du coeur d'escargot, on a provoqué un rythme alternant ; mais l'adjonction de glycogène a normalisé le rythme et lui a rendu sa fréquence initiale.

* * *

Il faut donner du sucre aux cardiaques. Le régime lacté (40 grammes de lactose au litre) avec adjonction de pain, de riz, pommes de terre, ne suffit pas toujours ; il faut souvent, en plus, donner du sucre en nature, sous forme

de sirop de glycose (cure glycosée : 50 grammes de sirop de glycose par 24 heures).

Il est certain, disent les auteurs d'après leurs constatations cliniques, que le sucre fait parfois baisser la tension d'un hypertendu, provoque la diurèse, excite le foie et le rein, renforce nettement l'action de la digitaline, de l'ouabaine et de la quinidine, améliore à lui seul des arythmies organiques ou des tachyarythmies de convalescence ; il mérite qu'on lui fasse une large part dans la thérapeutique cardiaque.

Rodrigue LEFEBVRE.

Les Vitamines — (B. D. H. Vitamins Products, 1929).

Funk a démontré que certaines substances dans l'alimentation, quoique de natures différentes, étaient indispensables à la vie et il leur a donné le nom de "Vitamines".

On a cru, pendant plusieurs années, que les seules sources, ou à peu près, des Vitamines D (anti-rachitiques) étaient l'huile de foie de morue, certaines huiles animales, le jaune d'oeuf et les matières grasses du lait.

En 1925, des expérimentateurs, tels que Rosenheim et Webster, Hess et Windaus réussirent à prouver que l'irradiation de l'ergostérol avec des lampes de quartz à vapeur de mercure, émettant des rayons Ultra-Violets, déterminaient la production de Vitamines D.

A la suite de recherches sérieuses, en février 1927, des savants offraient au public médical un produit d'ergostérol irradié, susceptible de guérir et de prévenir le rachitisme.

Donatien MARION.

TISDALL, DRAKE, SUMMERFELDT AND BROWN. — Un nouveau biscuit fait de blé irradié, contenant des vitamines et des substances minérales. (A new whole wheat irradiated biscuit, containing vitamins and mineral elements.) The Canadian Medical Association Journal, février 1930.

Une diète appropriée ne doit pas consister seulement de graisses, d'hydrates de carbone et de protéines, mais doit comporter une certaine quantité de vitamines et de substances minérales.

A l'heure actuelle, on a individualisé six variétés de vitamines qui exercent une action spécifique dans l'organisme. De nombreux expérimentateurs ont démontré non seulement l'importance des foyers d'infection dans la production des maladies, mais ils ont, de plus, établi qu'une insuffisance de vitamines peut contribuer à la propagation de ces foyers d'infection.

L'apport de vitamines et de substances minérales est surtout nécessaire dans l'enfance, durant la grossesse et la lactation.

Ces auteurs ont fait des recherches à l'effet de trouver un produit alimentaire qui, sous forme de biscuit, contiendrait ces substances en quantité appréciable pour assurer la croissance et la réparation des cellules de l'organisme et pour augmenter la résistance contre les maladies.

On peut résumer ainsi les qualités de ce biscuit :

1. Dans sa composition entre une quantité de 15% de germes de blé, contenant les Vitamines A, B1, B2 et E. Grâce à l'action des rayons ultraviolets, l'ergostérol du germe du blé est activé et fournit la Vitamine D antirachitique.

2. Des os d'animaux broyés et séchés assurent le calcium et le phosphore nécessaires.

3. La cuisson est faite à la température de 300 dg. Fahr., ce qui prévient la destruction des vitamines D, inévitable à la température de 425 dg. Fahr., qui est le degré de chaleur nécessaire à la cuisson ordinaire des biscuits.

4. La réaction de ce biscuit est légèrement acide, grâce à une quantité minime de crème de tartre.

Donatien MARION.

CHIRURGIE

MACFEE W. F. et BALDRIDGE R. R. — **Du traitement du shock opératoire par de grandes infusions.** *Annals of Surgery.* Mars 1930, pp. 329.

Les auteurs rappellent d'abord les différentes théories émises pour expliquer le mécanisme du shock opératoire qui ne serait en somme qu'un défaut d'oxygénation des éléments cellulaires par un trouble circulatoire par stase sanguine dans les capillaires.

Ce trouble sérieux de l'hématose doit être avant tout combattu en augmentant le volume du sang circulant et non en administrant des toni-cardiaques.

L'on doit donc donner de très larges doses de sérum physiologique additionné ou non de glucose. Comme il faut agir vite, il faut prendre la voie la plus directe c'est-à-dire la voie veineuse.

Les auteurs rapportent une série de cas vraiment désespérés où cette thérapeutique a donné de véritables résurrections.

Mercier FAUTEUX.

OBSTETRIQUE

P. VIRELY. — **Les sangsues dans le traitement des phlébites.** (Le Journal de Thérapeutique français, 1930.)

De l'avis de tous, les anticoagulants semblent exercer une action favorable sur l'évolution des phlébites. Pour cette raison, en 1922, Termier de Grenoble a proposé l'application des sangsues dans le traitement des phlébites.

Cette action est manifeste, puisque l'examen du sang chez une personne à laquelle on a fait une application de sangsues démontre un retard de coagulation, qui disparaît dans les 48 heures. D'où nécessité d'une nouvelle application, si nous voulons obtenir un effet durable.

Termier avait prétendu que l'hirudination favorise la dissolution des caillots néo-formés, ce dont on peut douter.

Kahn et Trendelenburg ont mis en évidence l'action vaso-dilatatrice de l'hirudine, ce qui expliquerait la sédation de la douleur et un moindre degré d'œdème, durant l'évolution de la phlébite.

Le moment d'application des sangsues joue un rôle prépondérant, ce qui veut dire qu'on doit les utiliser tout au début des symptômes phlébitiques.

Toutes les variétés de phlébites bénéficient de ce traitement, qu'elles soient post-opératoires, puerpérales ou médicales. Seule, la phlébite consécutive à une septicémie ou à une pyohémie contr'indique l'hirudination; autrement, on courrait le risque de reproduire la généralisation de l'infection.

Cela va de soi que le traitement classique des phlébites doit être mis en oeuvre concurremment.

Donatien MARION.

UROLOGIE

PHÉLIP. — L'étincelage dans l'urétrite chronique. ("Le Monde Médical", 1er janvier 1930).

Pour traiter l'urétrite chronique il n'y eut pendant longtemps d'autres moyens que les lavages, les dilatations et la vaccinothérapie. Grâce à l'endoscopie on a pu constater de visu la cause des nombreux échecs rencontrés jusque là, et du même coup, l'étincelage a fait disparaître cette longue théorie d'urétrites chroniques tenues de guerre lasse pour incurables.

Phélip rapporte 2000 cas traités de cette façon avec un pourcentage de guérison de 927 p. 1000.

Il explique sa méthode d'examen des malades suivant le procédé des cinq verres pour se rendre compte du point d'origine de la suppuration. Tous les autres foyers dépistés, traités et éteints, une séance d'endoscopie et d'étincelage, et une seule suffit presque toujours, révèle et guérit définitivement les lésions de l'urètre lui-même.

L'auteur insiste sur la recherche et le traitement préalable des lésions des voies urinaires supérieures et des glandes annexes, sans quoi on aboutit à un échec certain.

Il emploie à peu près exclusivement l'urétrocystoscope à eau. Il en décrit la technique et en fixe les indications: toute urétrite chronique améliorée ou non après trois semaines de traitements ordinaires, ou cliniquement guérie doit être endoscopée. Il y ajoute ensuite mais plus discrètement les urétrites subaiguës chez des malades ayant eu plusieurs contaminations antérieures.

B. DUMAS.

BOYD. — Guérison de l'urétrite gonococcique antérieure aiguë par l'acriflavine. Acute anterior gonorrheal urethritis cured with acriflavine. ("The Journal of Urology", janvier 1928).

L'auteur préconise l'emploi de l'acriflavine selon une technique spéciale dans les cas de blennorragie qui se présentent dans les 24 ou 48 premières heures de l'écoulement. Tous les cas, une quarantaine, qu'il a traités de cette façon ont guéri très rapidement.

Technique : — Deux fois par jour le patient couché sur une table reçoit une injection urétrale de 5 à 10 cc. d'acriflavine à 1 p. 1000. Cette solution est maintenue dans le canal comprimé par les doigts pendant qu'on installe sur le méat un morceau de coton absorbant de 3 po. de longueur, qui est replié de chaque côté et maintenu en place par un deuxième morceau de coton absorbant enroulé autour de la verge. Celle-ci est tenue verticale 10 à 15 minutes.

De cette façon l'acriflavine s'écoule très lentement en baignant cette portion de l'urètre très voisine du méat, la plus infectée à cette période de la maladie.

Ces injections doivent cesser au bout de 8 jours sous peine de voir apparaître le rétrécissement. Elles seront remplacées par des grands lavages au permanganate de potasse en solution très faible une ou deux fois par jour, le patient pouvant se faire lui-même une instillation de néosilvol à 5 p. 100 ou de protargol à 1 p. 100.

Après 3 ou 4 semaines s'il persiste des filaments dans le premier verre, la dilatation avec les sondes les feront vite disparaître.

L'auteur ne croit pas ce traitement efficace quand l'infection aura atteint l'urètre bulbaire.

B. DUMAS.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

FELDMAN-BRATZLAWSKY. — **Un cas d'apoplexi séreuse ou encéphalite hémorragique accompagnée de myélite et de dermatite hémorragique.** — Annales des Maladies Vénériennes, janvier 1930.

M..., 36 ans, tonnelier. Syphilitique depuis 1909. Jusqu'en 1927, il s'est soigné très irrégulièrement, par quelques injections de salicylate de mercure chaque année. — En 1927 commence le traitement arsenical, le 12 avril, 1re injection de Novar O. gr. 15 et le 18, 4e injection de Novar O gr. 30. Trois

heures après, frisson accompagnée de fièvre : le lendemain, le malade présente des vomissements, qui se répètent le 20 avril au matin ; pouls régulier et plein. Le 22, faiblesse et abattement, et la connaissance est quelque peu embrouillée, pouls 52 à la minute, l'artère radiale est tendue comme un fil de fer. — A 1 heure du soir, accès de convulsion, cyanose, écume à la bouche, perte de connaissance. Dans la région de l'hypocondre gauche, apparaît une éruption pétéchiiale très dense, de couleur rose fauve. Cette éruption commence au rebord costal et envahit le ventre, jusqu'à 3 centimètres de l'ombilic. — Et il y a rétention d'urine. — Finalement le malade présente des convulsions toniques des extrémités.

Voici les traitements qu'on a employés à intervalles : injection intraveineuse de 3 gr. de solution de chlorure de calcium à 10% ; le lavement et le purgatif : injection intramusculaire de 1 gr. d'adrénaline à 1% ; une ventouse scarifiée placée sur la nuque : 3 sangsues sur chaque apophyse mastoïde ; inhalation d'oxygène ; saignée de 40 c. c.

L'encéphalite hémorragique heureusement est une maladie fort rare; elle se produit brusquement, après la deuxième (le plus souvent) ou la troisième injection de salvarsan. En règle presque générale, elle est une affection mortelle. Cependant Jadassohn émet la supposition que la majorité des apoplexies séreuses prennent peut-être une marche favorable, mais ne sont pas publiées, ce qui fait naître l'impression que l'encéphalite hémorragique se termine toujours par la mort. Et dans ce cas actuel, le malade guérit.

Paul POIRIER.

PEDIATRIE

JEAN CATHALA. — Les oedèmes et les états de surcharge hydrique dans le premier âge. ("Le Nourrisson", mars 1930, p. 82).

Les oedèmes sont très fréquents dans le premier âge, et ceci d'autant plus qu'il s'agit d'enfants plus jeunes ou plus gravement touchés dans leur état général. Les altérations du coeur et des reins, prépondérantes chez le grand enfant et chez l'adulte, sont ici au second plan. Les oedèmes dans le premier âge sont, avant tout, en rapport avec le métabolisme général et la nutrition. Les facteurs alimentaires qui marquent une empreinte si profonde et durable sur l'organisme en voie de croissance active, ont une influence manifeste. Certaines fautes graves de diététique, conduisent à des troubles profonds du métabolisme tissulaire, à la rétention hydrique pathologique et à l'oedème. Mais, quelque effectifs que soient ces facteurs, ils ne produisent leur plein effet que s'ils agissent sur un organisme prédisposé à les subir.

Cette prédisposition peut être congénitale; c'est ce qu'apprend l'observation clinique; elle peut être acquise à la suite de différents troubles morbides.

L'ensemble des faits observés en clinique du premier âge vient à l'appui des hypothèses, qui placent le problème de la rétention hydrique pathologique sur le terrain des troubles de nutrition.

Paul LETONDAL.

H. JUMON. — Conceptions actuelles de l'adénopathie bronchique chez l'enfant. La Tuberculose hilaire bénigne. ("La Vie Médicale", 25 février 1930, p. 217).

L'adénopathie bronchique chez l'enfant n'existe réellement à l'état pur que dans un seul cas exceptionnel, celui de l'adénopathie tuberculeuse pseudotumeur qui comprime les bronches et se traduit par le cornage et la toux bitonale. Le clinicien ne rencontrera pour ainsi dire jamais cette forme.

Le diagnostic si souvent porté d'adénopathie bronchique fruste, occulte, latente, de pronostic bénin, se rapporte en réalité soit à des erreurs de diagnostic, dont les plus fréquentes visent des troubles d'origine rhino-pharyngée, soit à des faits de tuberculose hilaire bénigne, dont le diagnostic ne peut se faire que par l'examen des radiographies, la cuti-réaction, la notion de contamination familiale, et la recherche directe du bacille de Koch.

Paul LETONDAL.

P. NOBECOURT. — Les hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire des enfants. ("Journal des Praticiens", 15 mars 1930, p. 161.)

Dans cette leçon clinique, l'auteur étudie les principales modalités des hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire des enfants.

Les hémoptysies s'observent à toutes les périodes de l'enfance, mais surtout dans la grande enfance, après 12 ans, et chez les filles.

Elles peuvent être précoces, principalement chez les grands enfants et chez les filles, à la période de la puberté. Cependant ces hémoptysies précoces sont beaucoup plus rares que pendant la jeunesse et l'âge adulte et il ne faut pas compter sur elles pour découvrir la tuberculose.

En tout cas, une hémoptysie survenant en dehors de certaines circonstances précises, doit faire penser à la tuberculose, même si un examen attentif ne permet pas de la découvrir. Il faut se méfier des hémoptysies qu'on qualifie trop facilement d'essentiels, de primitives.

Paul LETONDAL.

P. NOBECOURT, R. LIEGE et Mlle A. HERR. — Rougeole et tuberculose. ("Archives de Médecine des Enfants", février 1930, p. 65.)

L'importante question des rapports de la rougeole et de la tuberculose demeure encore, malgré de nombreux travaux, l'objet de controverses. Pendant les six premiers mois de l'année 1929, le professeur Nobécourt et ses collaborateurs ont recherché systématiquement la tuberculose chez les enfants hospitalisés au pavillon de la rougeole, et, se basant sur une documentation toute personnelle, croient pouvoir avancer les conclusions générales suivantes.

La tuberculose n'a pas d'influence notable sur l'évolution de la rougeole.

Par contre, la rougeole joue un rôle néfaste dans certains cas, mais non dans tous, sur l'évolution de la tuberculose.

La rougeole peut être l'occasion d'une tuberculose pulmonaire aiguë qui entraîne la mort, alors qu'avant elle les enfants paraissaient jouir d'une bonne santé.

D'autre part, il est possible que les broncho-pneumonies banales frappent avec une fréquence particulière les petits tuberculeux et chez eux se terminent le plus souvent par la mort.

A vrai dire, les cas de tuberculose consécutifs à la rougeole ne sont pas très fréquents.

Sur 459 rougeoleux, 15 seulement, soit 3.48 p. 100, ont été atteints de tuberculose nettement consécutive à la rougeole. D'autre part, la rougeole se retrouve dans les antécédents immédiats d'enfants morts de méningite tuberculeuse seulement dans 62 p. 100 des cas.

Si le pourcentage est assez faible, il ne faut toutefois pas en conclure à une simple coïncidence : les faits cliniques, en effet, sont beaucoup plus probants que toute statistique.

Chez certains malades, pour affirmer l'absence de tuberculose à la suite de la rougeole, il importe non seulement de poursuivre une observation clini-

que attentive, mais encore de multiplier les recherches de laboratoire, cuti-réactions à la tuberculine répétées à plusieurs reprises, radiographie, recherche des bacilles de Koch, réactions sérologiques de Vernes et de Besredka. Chez les rougeoleux, ces réactions ont leur utilité, car leur dissociation, le Vernes étant positif, semble être l'indice d'une tuberculose au début.

Si tous ces examens ne sont pas mis en oeuvre systématiquement, la tuberculose peut rester ignorée ou être incriminée à tort.

Paul LETONDAL.

ELECTRO-RADIOLOGIE

E. V. POWELL. — **La radiothérapie dans le goitre toxique.** (Irradiation therapy in thyrotoxicosis). The Radiological Review, Janvier 1930.

Le traitement du goitre toxique ou de l'hyperthyroïdie est encore symptomatique, parce que l'étiologie n'est pas encore nettement établie. Il faut tout d'abord veiller à faire disparaître les foyers infectieux et mettre le patient au repos. C'est à la chirurgie ou à la radiothérapie qu'il faut s'adresser pour contrôler la sécrétion viciée ou excessive des cellules de la glande thyroïde.

L'auteur recommande de faire deux irradiations par semaines jusqu'à ce que le $\frac{1}{4}$ ou la $\frac{1}{2}$ d'une dose erythémateuse soit atteinte. Dans les cas où les symptômes toxiques sont très accusés il est préférable de commencer par des doses plus petites. Après six semaines de repos on fait une seconde série. Quelquefois une troisième série est nécessaire. Si à ce moment le résultat cherché n'est pas atteint, l'opération chirurgicale s'impose. L'auteur considère que les goitres intrathoraciques et les goitres amenant de la compression ne sont pas du ressort de la radiothérapie.

A. COMTOIS.

CHAUMET G. — **Recherches complémentaires sur la tuberculose pulmonaire de l'adulte.** (Journal de Radiologie et d'Electrologie, Janvier 1930.)

A la suite des travaux de Leuret et Piéchaud, de Bordeaux, qui soutiennent que la tuberculose pulmonaire de l'adolescent ou de l'adulte est à point de départ hilair et qu'elle se traduit d'abord par une hilite et périhilite auxquelles succèdent des poussées de lymphangite tuberculeuse rétrograde sous-pleurale ou périvasculaire, l'auteur, s'appuyant sur des milliers de radiographies, étudie le mode d'envahissement du poumon. La radiographie décèle cet envahissement selon trois modalités ; diffusion perihilaire. — pleurite interlobaire — densification des ramifications bronchiques.

A chacune de ces modalités, correspondent des images radiographiques, dont la netteté sera surtout fonction d'une bonne technique. Grande distance — temps de pose très court.

En résumé l'auteur pense que la tuberculose pulmonaire de l'adulte se manifeste la plupart du temps comme une invasion venant du hile par voie lymphatique ; elle provient sans doute de la réactivation d'un menu foyer ganglionnaire, mais ne s'accompagnant pas d'adénopathie visible à la radiographie ni de hilité au sens clinique, comme on en rencontre chez les enfants.

A. COMTOIS.

OPHTALMOLOGIE

A. F. MacCALLAN. — **Infection dentaire et cataracte.** (Section of Ophthalmology of the British Medical Association 1929.)

Dans un travail présenté à la Section d'Ophthalmologie de la "British Medical Association", A. F. MacCallan parla de la question épineuse de la cataracte, qui, croyait-il, ne recevait pas toute l'attention voulue étant donné sa fréquence. Il affirma d'après sa longue expérience que la majorité des cas de cataracte étaient associés à des foyers bien délimités d'infection et il croit que la cause la plus fréquente de la cataracte est la présence de ces foyers d'infection habituellement dentaires. Il croit de plus que si ces foyers d'infection dentaire étaient systématiquement enlevés, on aurait très peu de cataractes à opérer d'ici dix à vingt ans. "Quoi qu'il en soit", conclut-il, "aussi longtemps que chacun insistera pour conserver ses foyers d'infection dentaire, les dentistes seront heureux de faire des obturations et de poser des couronnes, et nous, ophtalmologistes chirurgiens, verrons encore un brillant avenir devant nous."

Jules BRAULT.

GYNECOLOGIE.

K. V. BAILEY. — **Une recherche sur la cause intrinsèque et la nature du cancer du col de l'utérus.** (An inquiry into the basic cause and nature of cervical cancer). Surgery, Gynaecology and Obstetrics, Mars 1930.

Chargé par le Manchester Committee on Cancer de faire des recherches sur le cancer cervical, l'auteur fait un premier rapport dans un article extrêmement détaillé sur la pathologie de la cervicite (ulcération ou érosion du col) et les rapports qui peuvent exister entre la cervicite et le cancer cervical. B. ouvre de nouveaux horizons sur les variétés d'ulcérations et d'érosions du col qui sont fréquemment étiquetées métrites cervicales, diagnostic qui cache souvent une ignorance ou une incertitude du médecin. L'étude porte presque exclusivement sur l'anatomie pathologique des cols enlevés dans 850 cas chirurgicaux, à l'hôpital St. Mary, indistinctement de la nature ou de la maladie pour laquelle ces cols ont été enlevés. Le travail a été long et ardu, des coupes ayant été faites en série pour chaque cas particulier.

L'auteur recherche d'abord la pathologie de la cervicite, érosion du col. Erosion congénitale et érosion inflammatoire sont les deux subdivisions qu'il préconise. Cette dernière fait l'objet d'étude approfondie :⁶ stade un, effets primaires de l'irritation ; stade deux, réaction épithéliale à l'irritation inflammatoire, prolifération et réparation ; stade trois, remplacement de l'épithélium cylindrique par l'épithélium plat, sur la surface malade ; stade quatre, celui de la guérison définitive.

Léon GERIN-LAJOIE.

IRVIN ABELL. — Une technique de ventrofixation de l'utérus.
(The technique of ventrofixation of the uterus). Surgery,
Gynecology and Obstetrics, Mars 1930.

Illustré de très belles planches cet article plaît au premier abord. Préconiser la fixation de l'utérus à la paroi abdominale dans les cas de prolapsus génitaux n'a pas toujours donné les résultats qu'on en attendait. L'auteur suggère une fixation extra-péritonéale de l'utérus en fermant son péritoine autour de l'isthme, puis en incluant et en fixant le corps utérin entre les grands droits de l'abdomen et leurs aponévroses. Les schémas nous portent à croire qu'il pourrait facilement se faire une obstruction intestinale par un étranglement d'une anse entre le ligament large et la paroi. Nous préconisons de préférence l'hystérectomie sub-totale suivie d'une trachéloplexie recto-musculaire et ligamentaire.

Léon GERIN-LAJOIE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE.

VICTOR VEAU. — Technique de la staphylorrhaphie dans les divisions simples du voile du palais. (Journal de Chirurgie, janvier (1930).

L'auteur donne les derniers perfectionnements de sa technique pour la réparation des divisions simples du voile du palais. V. a exécuté au delà de 500 de ces opérations. Il ne se préoccupe pas des végétations adénoïdes, ni de l'hypertrophie des amygdales. Il est préférable d'opérer avant l'âge de deux ans. L'anesthésie se fait au chloroforme. L'opérateur est assisté de deux aides, l'un pour le matériel de suture, l'autre pour l'aspirateur.

La méthode V. comporte trois temps :

Suture de la muqueuse nasale.

Suture des muscles avec un fil métallique.

Suture de la muqueuse buccale.

La suture de la muqueuse nasale est relativement facile, la suture musculaire est d'importance capitale, la suture de la muqueuse buccale est accessoire.

Pour la suture musculaire, l'auteur se sert d'une aiguille Reverdin, qui doit cheminer entre le muscle et la muqueuse nasale sans la traverser ; à la limite de la fissure, l'aiguille sort à 1 mm. du bord libre, un fil métallique est chargé sur l'aiguille et attiré ; l'incision se fait en partant de la lèvre jusqu'à la limite antérieure, il en est fait de même pour le côté opposé. L'auteur conseille pour le passage de l'aiguille de se servir de la main droite pour le côté droit et la main gauche pour le côté gauche. Pour le côté gauche, l'aiguille ramène une anse de fil de soie qui servira ultérieurement à retirer le fil métallique.

Pour la suture de la muqueuse nasale, l'auteur emploie l'aiguille Reverdin droite, la plus fine, se sert de fil de soie fine. La suture commence à la partie antérieure de la fissure, l'aiguille est passée étant chargée, le noeud est placé

à la face postérieure du voile. L'auteur indique certains artifices pour la suture de la lnette.

La suture musculaire est le temps capital ; le fil de bronze du côté droit est amené du côté gauche par l'anse du fil de soie ; l'aiguille de Reverdin va maintenant cheminer entre le muscle et la muqueuse buccale pour aller sortir dans la lèvre de l'incision du bord libre, elle ramène une anse de fil de soie, qui doit servir à attirer le fil de bronze qui va cheminer entre la muqueuse buccale et le muscle, il en est de même pour le côté gauche.

Le fil métallique est noué sur la ligne médiane et un tortillon en est fait, les extrémités du fil sont repliés de façon à ne pas blesser la langue.

Quand le fil métallique a été tordu, la suture de la muqueuse buccale est faite, mais sans chercher à en affronter les bords d'une façon précise.

Cette opération, selon l'auteur, peut se faire en quinze minutes, si tout marche bien.

Comme soins post-opératoires, si l'enfant est jeune on lui donnera à boire quelques heures après l'opération ; s'il est plus vieux, on attendra au soir. Les fils de crins de la muqueuse buccale tombent seuls le plus souvent, le fil métallique est enlevé vers la 8ème ou 10ème journée.

J.-H. RIVARD.

C. H. HEYMAN. — La manipulation des articulations. (Manipulation of Joints. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. XII, No. 1, January 1930).

L'auteur discute les avantages des manipulations actives et passives dans le traitement des ankyloses définitives et douloureuses des articulations et croit que cette thérapeutique, trop délaissée par les médecins, peut rendre de réels services, quand elle est appliquée dans des conditions particulières.

La manipulation forcée, en rupturant les adhérences, réussit souvent à faire disparaître une douleur siégeant au niveau des articulations du genou, du poignet et des maxillaires, mais il est indispensable de bien connaître la technique de ce traitement, si on veut éviter des échecs ou des désastres. En aucun cas, faudrait-il se servir de force brutale. Les résultats obtenus sont souvent fort encourageants.

Edmond DUBE.

E. A. RICH. — La paralysie dans le mal de Pott. (The Paralysis of Pott's Disease. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. XII, No. 1, January 1930).

La paraplégie pottique peut être consécutive à un épaissement oedémateux de la dure mère, à une compression osseuse au niveau de la gibbosité ou à une pression exercée par un abcès enkysté. Cette complication toujours ennuyeuse, devient de plus en plus rare depuis que le mal de Pott est mieux traité.

L'auteur croit que la paraplégie survenant au début de la lésion, surtout si elle est soudaine, peut être traitée avec succès. Au contraire, la paraplégie tardive, s'installant progressivement à la suite d'une pachyméningite, est souvent définitive. Si la paralysie est due à une compression osseuse, la chirurgie peut rendre des services, mais dans tous les autres cas, il vaut mieux avoir recours à un traitement plus conservateur.

Edmond DUBE.

LABORATOIRE.

M. BUGNARD. — **Régulation cholestérolémique et poumon.** —
Bul. Soc. Chim. Biol., janvier 1930, p. 97.

Le sérum du cœur droit contient en moyenne de 0.15 à 0.33 gr. de cholestérol de plus que le sérum du sang du cœur gauche.

Pendant la traversée du poumon le sang s'appauvrit donc en cholestérol. Cet appauvrissement est accru par l'augmentation de la ventilation. L'arrêt de l'hématose produit un effet contraire, l'hypercholestérolémie artérielle.

Si la disparition du cholestérol de la partie liquide du sang semble liée à l'hématose doit-on conclure à une destruction du cholestérol dans le poumon ? Non, puisqu'on ne peut mettre en évidence dans le sang des produits de désagrégation du cholestérol qui est considéré dans l'organisme comme un terme final de métabolisme et qui s'élimine comme tel par le foie et la peau. De plus si le cholestérol est brûlé par le poumon on doit constater une hy-

APPLICATIONS de l'INSULINE*par voie digestive***PANSULINE FORNET****le Diabète***et ses accidents*PILULES

artérite oblitérante
cure d'engraissement
psoriasis

POMMADE

ulcères variqueux
plaies atones, brûlures
rhumatismes diabétiques

Agent dépositaire pour le Canada: C. JOUOT, 460 est, ave. Mont-Royal, Montréal.

percholestérolémie progressive au cours de l'asphyxie. Au contraire dans ce cas on constate un maximum de cholestérol vite atteint suivi d'une chute irrégulière. Il faut donc chercher ailleurs l'explication.

Dans une première série d'expériences B, a montré qu'il existe une différence de 0.30 gr. entre la teneur en cholestérol du sérum sanguin après coagulation à l'air libre et celle du plasma recueilli à l'abri de l'air. Le sérum est plus riche que le plasma. La différence est encore plus grande si on laisse le sang se coaguler à l'abri de l'air. Pour ces raisons les expériences suivantes de Bugnard ont porté sur des sangs artériels et veineux prélevés à l'abri de l'air. Le cholestérol a été dosé dans le plasma et le sang total. Comme témoin de l'état physico-chimique du sang le Ph a été établi sur le plasma artériel et veineux.

Les résultats ont montré dans l'ensemble une différence de 0,13 gr. au litre en faveur du plasma veineux.

Par contre le taux du cholestérol dans les globules a toujours été augmenté pendant la traversée pulmonaire, augmentation s'élevant jusqu'à 0,40 gr. par litre de globules. Le sang total ne subit que peu de variations si on les compare à celles du plasma et des globules. Donc pendant la traversée pulmonaire il se produit un mouvement du cholestérol de la partie liquide du sang vers les globules. Ce n'est pas une destruction du cholestérol mais un déplacement de ce dernier du plasma vers les globules.

Le Ph artériel et le Ph veineux sont assez voisins l'un de l'autre. Cette constance se maintient grâce à un ensemble de mécanismes régulateurs : passage de l'eau et des ions Cl des globules rouges vers le sérum, etc.

Il semble qu'il en est de même pour le cholestérol qui passe du sérum aux globules et vice versa selon les nécessités commandées par l'état physico-chimique du milieu.

Les expériences in vitro semblent confirmer cette hypothèse. En résumé, la répartition du cholestérol entre le plasma et les globules est liée à la réaction du milieu.

Cette régulation se fait dans le tissu sanguin au niveau du poumon sous l'influence des facteurs qui règlent l'équilibre physico-chimique du sang.

A. BERTRAND.

MEDECINE LEGALE

PHOTIS SCOURAS. — Essai médico-psychologique sur Charles Baudelaire. — Annales de l'Institut de Méd. Légale de Lyon, Tome 8, 1929-30.

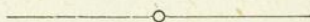
Cette analyse du docteur Scouras, la deuxième sur la vie et le tempérament de Baudelaire nous conduit à la chambre mystérieuse où s'est élaborée l'essence même de l'Art du grand poète.

Charles Baudelaire fut un malade ; ses intimes et ses biographes le

témoignent et il le confesse lui-même dans ses oeuvres. Fruit d'un accouplement disproportionné et dysharmonique, il est marqué dès sa naissance du lourd tribut d'une hérédité chargée. Mal adapté aux conditions habituelles de l'existence il se réfugie dans les paradis artificiels qu'il décrit avec couleur. De l'étude analytique de son tempérament et de son caractère, il résulte que le poète est un déprimé, un asthénique et porté, par son émotivité changeante, à éprouver vivement le plaisir et la souffrance. Il est aussi un aboulique chez qui l'effort intellectuel est particulièrement pénible: "Le peu que je fais est le résultat d'un travail très douloureux", écrit-il. Sur ce fond pathologique s'ajoute l'influence perturbatrice des drogues (opium, haschisch) qui poussent à un degré extrême l'état morbide de sa constitution. La plupart des états pathologiques de Baudelaire ont été transformés par lui en chefs d'oeuvres littéraires. Il a décrit ses douleurs physiques et morales avec une rigoureuse exactitude qui n'a d'égale que la beauté impeccable de la forme dont il les pare. C'est à son déséquilibre psychique que se rattachent de près ou de loin les plus belles de ses productions artistiques.

Charles Baudelaire est mort d'hémiplégie droite avec aphasie. La syphilis cérébrale dont il était atteint depuis trois ans semble bien être la cause de l'ictus apoplectique fatal, mais il paraît évident que la psychasthénie du poète est une chose et que sa syphilis cérébrale en est une autre. La spécificité ne semble avoir eu aucune influence sur le génie de Baudelaire.

R. FONTAINE.



SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 4 mars 1930.

Président : M. G. de BELLEFEUILLE.

Présentation de pièces anatomiques. — M. L.-C. SIMARD présente les pièces anatomiques d'un cas de maladie de Hodgkin.

Hématurie par rupture d'une artériole vésicale. — M. O. MERCIER présente l'observation d'un cas d'hématurie d'origine vésicale, causée par la rupture d'une artériole de la paroi. Cette hématurie est survenue chez un prostatique âgé et semble avoir été produite par une cystite ancienne. L'étiocellage sur l'endroit rupturé a eu immédiatement raison de l'hémorragie.

Deux cas de bifidité de l'uretère. — M. O. MERCIER relate l'histoire de deux malades atteints de bifidité de l'uretère, qui étaient venus consulter pour des coliques néphrétiques. Dans les deux cas, le siège de cette anomalie se trouvait au niveau de la première vertèbre sacrée.

Le rapporteur insiste, en terminant, sur la nécessité de pratiquer la pyélographie chez tous les malades présentant des coliques néphrétiques.

Interprétation des réflexes. — M. EMILE LEGRAND fait une courte revue sémiologique des réflexes ostéo-tendineux.

Adamantôme kystique infecté du maxillaire inférieur. — M. W.-J. DEROME rapporte l'observation d'un jeune homme qu'il a opéré avec succès pour un adamantôme du maxillaire inférieur.

Tuberculose miliaire en fin de grossesse. — M. CHARLES BERTRAND relate l'histoire d'une malade traitée pendant trois ans à l'Institut Bruchési pour tuberculose pulmonaire avec bacilles de Koch dans les crachats. Accouchée en mars 1929 d'un septième enfant macéré, elle présente trois jours plus tard tous les symptômes généraux d'une septicémie puerpérale. Mais l'examen de l'appareil génital ne révèle aucune anomalie et l'hémoculture est négative. Par ailleurs, les signes pulmonaires sont à peine modifiés, les examens de crachats sont négatifs et une nouvelle radiographie n'apporte rien de plus. La malade meurt après six semaines de maladie. A l'autopsie, granulations miliaires typiques disséminés dans les deux poumons.

Somnambulisme d'origine oculaire. — M. P.-E. BOUSQUET rapporte un cas de somnambulisme d'origine oculaire guéri par la correction des vices de la réfraction et le rétablissement de l'équilibre oculo-moteur au moyen de verres appropriés. Il essaie d'expliquer la pathogénie de ces troubles par une théorie sympathique.

Election. — M. J.-G. Sénécal est élu *membre titulaire* de la Société Médicale.

PAUL LETONDAL,
Secrétaire des séances.

Séance du 18 mars 1930.**Président : M. J.-A. JARRY**

Angine de Vincent chez les enfants. — M. H. CHARBONNEAU présente un travail sur l'angine de Vincent basé sur des observations personnelles recueillies à l'hôpital Saint-Paul.

Des fistules pleuro-pulmonaires. — M. A.-M. CHOLETTE rapporte un cas de tuberculose pulmonaire avec pyo-pneumothorax n'ayant pas de tendance à guérir, chez lequel il a pratiqué une pleurotomie avec drainage discontinu, suivant la méthode de Santy et Phélip, de Lyon, en vue de préparer le malade à subir la thoracoplastie.

Le rapporteur fait suivre cette observation d'une étude d'ensemble des fistules pleuro-pulmonaires.

Thoracoplastie et tuberculose pulmonaire. — MM. L.-P. SENECAI et CH. BERTRAND présentent deux observations de tuberculose pulmonaire à tendance fibreuse qui ont subi avec succès la thoracoplastie. Ils insistent sur les indications bien précises de cette opération et sur le choix des cas. La thoracoplastie ne s'applique qu'aux formes fibreuses ou à tendance fibreuse et n'est jamais indiquée dans les formes caséifiantes ou destructives. On fait généralement cette opération en deux temps et sous anesthésie générale.

Rapport à date sur la vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. — M. J.-A. BEAUDOUIN rapporte les statistiques de l'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée sur la prémunition des nouveau-nés par le B. C. G. De 1926 à 1929 inclusivement, il a été pratiqué un total de 1092 vaccinations, et en aucun cas il n'a été noté de réaction morbide. Il y a plus : la mortalité infantile générale des vaccinés a été de 72 pour cent inférieure à celle des non vaccinés.

Quant à l'efficacité du vaccin, elle est démontrée par une statistique spéciale portant sur 117 nouveau-nés vaccinés, vivant en contact avec des tuberculeux contagieux. On constate, d'une part, que le taux de la mortalité par tuberculose n'a été que de 3.4 pour cent, et que, d'autre part, 81 pour cent de ces sujets ont été trouvés en bonne santé, après plusieurs mois de contact.

Le rapporteur termine en concluant à l'inocuité et à l'efficacité de la prémunition des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G.; il se propose de poursuivre son enquête à l'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée, et d'apporter à la Société Médicale des arguments encore plus nombreux et plus décisifs.

PAUL LETONDAL,
Secrétaire des séances.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL**Séance du 5 mars 1930.****Présidence : M. F. de MARTIGNY.**

M. A. FERRON. — Quelques considérations sur la manière de faire l'extension et la contre-extension de la colonne vertébrale.

Dans le traitement du Mal de Pott, soit par le corset plâtré ou par la simple extension et le repos au lit, il faut réaliser une bonne extension et une bonne contre-extension.

M. Ferron signale les difficultés qu'il y a de faire l'extension surtout chez les enfants, à cause de la crainte de ces petits. Il fait voir les inconvénients des différents appareils employés couramment, soit l'appareil de suspension de Calot, la sangle sous-occipito-mentonnaire qui étouffe l'enfant, le fait crier et ne réalise pas l'extension désirable, de même l'appareil de Sayre.

Etant donné certaines difficultés qu'il y a quelquefois à réaliser l'extension, le Dr Ferron a pensé d'utiliser la fronde, qui est un des plus vieux appareils de la chirurgie ; la confection en est des plus facile, il suffit d'avoir une bande de toile ou de coton assez fort, d'une longueur de 4 à 5 pieds. Les deux chefs de la bande sont fendus, laissant une bande mentonnaire d'environ 6 pouces de long, cette bande mentonnaire est attachée à la nuque, l'autre à l'occiput, les deux sont attachés au sommet de la tête et de là à l'appareil qui doit faire l'extension.

Cette fronde est applicable aussi dans la contre-extension de certaines fractures, telle la fracture de cuisse.

L'avantage de ce procédé est la simplicité, la modicité du prix et l'efficacité.

M. TROTTIER félicite M. Ferron de son procédé et se propose de l'adopter.

M. BLAGDON demande à M. Ferron l'utilité des corsets en celluloid. M. Ferron croit à l'efficacité de ces appareils à condition qu'ils soient bien faits ; c'est un corset de convalescence.

M. O. MERCIER. — A propos du traitement des ruptures traumatiques de l'urètre et de leurs sequelles.

rapporte cinq cas de ruptures traumatiques de l'urètre, récents et anciens.

M. L. D. entre à l'Hôtel-Dieu le 19 septembre 1927. pour rétention urinaire et urétrorragie, à la suite d'une chute à califourchon sur un timon de voiture, accident survenu 18 heures auparavant.

Il est impossible de sonder le malade. Cystostomie d'urgence. Le 2 octobre, opération, rupture totale de l'urètre, urétrorrhaphie circulaire bout à bout. 15 jours après l'opération, la sonde vésicale est enlevée, impossible de cathétériser, le canal est perméable. Le malade revu en janvier 1930 est bien portant, le canal laisse passer un biqué 48.

Obs. 11

Malade âgé de 21 ans entre à l'hôtel-Dieu le 21 octobre 1928 pour dysurie et pollakiurie. Le 29 mai précédent il avait fait une chute à califourchon sur une pelle d'écluse amenant l'urétrorragie et de la rétention des urines, le lendemain de l'accident le malade est cystostomisé, il reste cinq mois à l'hôpital, la plaie de la cystostomie se ferme au troisième mois. A son arrivée à l'Hôtel-Dieu, le malade a une fistule périnéo-bulbaire et un canal dans lequel il est impossible de passer un filiforme.

A l'opération, résection du bloc fibreux, urétrorrhaphie circulaire bout à bout, cystostomie. En novembre, le malade quitte l'hôpital guéri.

Un an après l'opération, le canal permet l'entrée d'une sonde No 18.

Obs. III

S. L. âgé de 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 novembre 28 pour rupture de l'urètre à la suite d'un accident survenu cinq jours auparavant, chute sur le siège sur la terre gelée, alors urétrorragie, rétention d'urine, douleur. Cystostomie d'urgence faite à domicile, il n'y a pas de tube dans la plaie. A son entrée à l'hôpital, la plaie de la cystostomie est incrustée de sels calcaires, de plus la radiographie montre une fracture du bassin. La plaie est nettoyée et mise en place d'un tube de Marion.

Vu le mauvais état général, l'urétrorragie a lieu en janvier 1929, périnéotomie, avivement des bouts urétraux, suture bout à bout. Le 17 janvier, ablation du tube, sonde à demeure No 18; en avril le malade quitte l'hôpital.

Revu en septembre 1929, le calibre du canal est celui d'une sonde No 18.

Obs. IV

Malade âgé de 45 ans, entre à l'hôpital le 20 janvier 1929, à huit heures du soir pour rétention d'urine et urétrorragie, il fait une chute à califourchon dans l'après-midi, il présente une ecchymose au périnée. Cystostomie et urétrorrhaphie circulaire bout à bout.

Le 5 février, le tube est enlevé, la sonde à demeure est mise en place. Le 10, la plaie est fermée. Le 15, le malade quitte l'hôpital.

Obs. V

G. L. entre à l'Hôpital en 1929 pour une fistule urinaire sus-pubienne et une fistule périnéo-bulbaire. Le 8 février 1927, il fit une chute à califourchon sur une clôture, il fut opéré dix-sept fois, les fistules se reformaient très rapidement.

Le 23 octobre résection du bloc fibreux périnéal, suture de l'urètre bout à bout. Le 13 novembre, la sonde de Pezzer vésicale est enlevée, mise en place d'une sonde à demeure; la plaie de cystostomie ne guérit pas, fermeture de la vessie après dissection; le malade urine bien. Le 9 janvier il quitte l'hôpital guéri. Le 3 mars 1930, on peut passer une sonde No 19.

M. Mercier signale certains points intéressants de ses observations. La cause de la rupture de l'urètre est presque toujours la même, chute à califourchon. Il conseille l'urétrotomie interne quand il y a décalage des fragments urétraux. Après l'intervention le calibre du canal reste bon. Il est nécessaire de faire la dérivation des urines. Il ne faut pas laisser de corps étranger dans l'urètre durant la cicatrisation.

De plus, il faut faire des points de soutènement dans la paroi urétrale afin de faire tenir les points de suture; les bouts urétraux sont avivés. La sonde à demeure est mise à la quinzième journée.

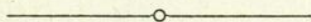
Vaut-il mieux faire l'urétrorrhaphie primitive en secondaire ? Dans les cas où il n'y a pas beaucoup de dégât, il y a avantage à faire la suture immédiate, sinon il vaut mieux attendre l'élimination des tissus mortifiés avant de faire l'urétrorrhaphie.

M. de MARTIGNY croit que la sonde à demeure n'offre pas autant de danger, la suture bien faite est plutôt la clef du succès, il reste toujours un peu de tissu cicatriciel après la suture.

M. MERCIER fait remarquer que ses malades n'ont jamais été dilatés.

M. RIVARD présente **un cas de sutures tendineuses** des fléchisseurs commun profond des doigts et du fléchisseur propre du pouce et suture partielle du nerf cubital chez une fillette. Le résultat est bon. Ces sutures furent faites il y a cinq mois.

J.-H. RIVARD.



NOUVELLES

NOMINATIONS A LA FACULTE DE MEDECINE.

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal vient d'annoncer les deux nominations suivantes : Monsieur le Docteur Albert Lassalle, professeur titulaire d'ophtalmologie et Monsieur le Docteur J.-N. Roy, professeur titulaire d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie plastique de la face.

Nos félicitations aux deux nouveaux titulaires !

L'UNIVERSITE DE MONTREAL A NEW-YORK

Au cours de la semaine du treize avril 1930, avait lieu à New-York, à l'Université Colombia, le trentième Congrès de l'American Association of Pathologists and Bacteriologists.

MM. P. Masson et Ch. Simard, représentant l'Université de Montréal, y présentèrent un travail sur les Schwannômes expérimentaux et spontanés.

Les tumeurs encapsulées des nerfs périphériques sont connues depuis longtemps. En raison de leur consistance habituellement dure et de leur aspect fibreux, Virchow, puis Recklinghausen considèrent comme des fibromes et les nommèrent *neurofibromes*. Bard, Framini, puis Verocay, frappés par certaines particularités de leur structure s'attachèrent à démontrer qu'elles étaient formées non par du tissu conjonctif, mais par des cellules de schwann. (Neurinomes ou Schwannômes). La plupart des pathologistes se sont rangés à cet avis, mais beaucoup sont encore d'opinion que les tumeurs des nerfs sont purement conjonctives. De plus les partisans de la théorie schwannienne pensent que le tissu conjonctif prend une part importante à la constitution de ces tumeurs, surtout lorsqu'elles ont acquis un certain volume.

En somme un doute persistait sur la nature et la constitution des neurofibromes. Il s'agissait de savoir s'ils sont bien formés par des cellules de Schwann et de déterminer la part prise par le tissu conjonctif dans leur constitution.

MM. Masson et Simard ont étudié dans ce but des tumeurs expérimentales constituées par des cellules de Schwann et utilisé pour cela des greffes de sciatique préparées par le Prof. J. Nageotte, du Collège de France puis ils les ont comparées à des neurofibromes humains.

Ils ont pu démontrer 1°/ que les constituants des Schwannômes expérimentaux et ceux des Schwannômes spontanés sont absolument identiques, 2°/ que le tissu conjonctif ne prend qu'une part infime à la constitution des Schwannômes spontanés et 3°/ que l'aspect fibromateux ou myxomateux, pris par certains schwannômes, résulte non d'une substitution de tissu conjonctif aux cellules de Schwann tumorales, mais à certaines modifications morphologiques de ces dernières sous l'influence de conditions circulatoires défavorables.

Cette démonstration fut accompagnée de l'exposition et de la projection de trente quatre photographies en couleur.

Les délégations des Congrès étrangers avec présentations de travaux originaux sont les meilleurs moyens de faire connaître notre Université. Non pas tant pour augmenter le nombre des étudiants que pour attirer chez nous des travailleurs et des spécialistes des autres pays. La réputation d'une Université est moins basée, contrairement à ce que d'aucuns pensent, sur la quantité de diplômes décernés chaque année, que sur la valeur de l'enseignement, les travaux de recherches et le nombre d'étrangers qui viennent s'y perfectionner et y acquérir de nouvelles méthodes. —

Tant que ses laboratoires ne s'extériorisent pas par des travaux de recherches et pour cela il faut des directeurs et du personnel — une Faculté de Médecine court grand risque de demeurer une simple Ecole de Médecine.

Aves les nombreux avantages qu'il serait trop long d'énumérer ici, nous pourrions faire connaître le centre médical montréalais, de formation française, et attirer vers nous les spécialistes américains qui vont poursuivre en Europe leurs cours de perfectionnement.

VOYAGE AUX STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE

Il s'organise actuellement par l'entremise de l'Association Médicale de la Province de Québec et sous les auspices des Stations Thermales et Climatiques de France, un voyage d'étude pour un groupe de 50 médecins américains et 12 canadiens. L'itinéraire comprend la visite des principales stations balnéaires et hydrologiques de France sous la direction de maîtres français et des délégués de l'Académie de Médecine de Paris. Une réduction de 30 pour cent est accordé sur le prix du passage transatlantique pour l'aller et le retour, tandis que tous les frais de séjour en France depuis l'arrivée au Havre jusqu'à la complétion du voyage sont absolument gratuits. Les dames accompagnant les médecins bénéficient des mêmes avantages que ceux-ci. Tous ceux que ce voyage intéresse peuvent s'adresser au secrétaire de l'Association Médicale de la Province de Québec pour de plus amples renseignements, le docteur Gérin-Lajoie, 3553, avenue du Parc, Montréal. Le départ doit s'effectuer le 23 mai de New York. La durée du séjour en France est d'environ un mois.

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD.

A. Chef de délégation. — Dans son numéro d'avril, l'Union Médicale annonçait la nomination de Monsieur le Professeur G. Roussy, comme Chef de la Délégation Française, qui viendra prendre part à nos délibérations de septembre prochain. Monsieur Roussy est avantageusement connu parmi nous, car plusieurs confrères ont pu apprécier ses admirables qualités de Professeur d'Anatomie Pathologique, à la Faculté de Médecine de Paris. Son court séjour à Montréal, il y a deux ans, en compagnie du Professeur Hartmann, n'a laissé qu'une impression agréable à tous.

B. Comité de construction des hôpitaux. — L'organisation hospitalière dans notre province a fait des progrès constants en ces dernières années. Le temps n'est plus où, seule, la population urbaine pouvait bénéficier d'un séjour à l'hôpital. Dans les petites villes même, des hôpitaux ont été construits, sous la direction de différentes communautés religieuses, avec l'aide d'un personnel médical compétent.

Dans le but de donner aux Congressistes une idée de l'évolution bien-faisante dans l'organisation des hôpitaux, le Comité Exécutif a cru bon de s'adjoindre un Comité spécial, appelé : "Comité de Construction des Hôpitaux", chargé d'obtenir des photographies, maquettes, plans et devis qui seront exposés, durant le Congrès, dans une des salles de l'Hôtel Windsor. Les Médecins qui font partie du Bureau Médical des différents hôpitaux de la Province voudront bien exercer leur influence auprès du Conseil d'Administration de leur hôpital respectif, afin d'assurer le succès de cette exposition nouveau-genre.

C. Questionnaire. — La deuxième lettre-circulaire envoyée à tous les Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, le 15 mars dernier, contenait une feuille volante intitulée : "Questionnaire". Le Comité Exécutif désire ainsi obtenir le plus de renseignements possibles sur les activités de ses Membres, la date de leur graduation, leurs fonctions dans l'enseignement, etc. Nous avons la prétention, par cette enquête, de pouvoir nous rendre compte de la valeur et de la variété de l'influence française sur le continent américain.

D. Films. — Au cours des séances du soir, les Congressistes verront défiler, devant leurs yeux, toute une série de films radiographiques qui illustreront l'exposé didactique des Conférenciers.

Le Secrétaire du Congrès,
Donatien MARION.

1er CONGRES INTERNATIONAL DE MICROBIOLOGIE

Paris, 20-25 juillet 1930.

Président d'honneur : M. le Docteur ROUX.

Président : M. le Professeur BORDET.

Le premier Congrès International de Microbiologie, organisé par la Société Internationale de Microbiologie, se tiendra à Paris, à l'Institut Pasteur et au Palais des Congrès, du 20 au 25 juillet 1930.

PROGRAMME

I. — RAPPORTS

Les rapporteurs dont les noms sont *en italique* ont déjà accepté ; les autres n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Première Section : MICROBIOLOGIE MEDICALE ET VETERINAIRE.**1. Variabilité microbienne ; phénomènes lytiques.**Rapporteurs : MM. *J. Bordet*, d'Hérelle, Ledingham, *Max Neisser*, Twort.**2. Scarlatine (étiologie, prophylaxie, thérapeutique).**Rapporteurs : MM. *Cantacuzène*, *Debré*, *Dick Dochez*, *Friedemann*, *Teissier*, *Zlatogoroff*.**3. Eléments filtrables des virus neurotropes (épidémiologie, thérapeutique).**Rapporteurs : MM. *Doerr*, Flexner ou Rivers, *Levaditi*, *Netter*.**4. Fièvre ondulante et avortement épizootique.**Rapporteurs : MM. *Kling*, *Rinjard*, Th. Smith, *G. Vernoni*, Wright.**5. Pathogénie du choléra.**Rapporteurs : MM. *Kitashima*, *Sanarelli*.**6. Grippe (étiologie).**Rapporteur : M. *R. Pfeiffer*.**Deuxième Section : SEROLOGIE ET IMMUNITE.****1. Lipoïdes dans l'immunité.**Rapporteurs : MM. *Belfanti*, *Sachs*.**2. Culture des tissus.**Rapporteurs : MM. *Canti*, *Carrel*, *Fischer*, *Warburg*.**3. Groupes sanguins.**Rapporteurs : MM. *Hirszfeld*, *Landsteiner*, *Lattès*.**Troisième Section : BOTANIQUE ET PARASITOLOGIE****1. La décomposition du squelette végétal dans le sol et la formation de la matière humique.**Rapporteur : M. *Winogradsky*.**2. Immunité chez les plantes.**Rapporteur : M. *Carbone*.

3. Spirochétoses d'origine hydrique.

Rapporteurs : MM. Buchanan, Uhlenhuth.

4. Spirochétoses sanguines (tiques et poux).

Rapporteur : M. Ch. Nicolle.

5. Bartonelloses et infections sanguines des animaux splénectomisés.

Rapporteur : M. Martin Mayer.

II. — CONFÉRENCES ET DÉMONSTRATIONS AU LABORATOIRE.**Conférence sur un sujet d'épidémiologie :**

M. S. Flexner.

Tuberculose et vaccination antituberculeuse :

M. Calmette et ses collaborateurs.

Floculation des sérums thérapeutiques. Vaccination anti-diphtérique.

MM. Ramon, Park, Wardsworth.

Bactériologie médicale.

M. H. Vincent (Collège de France).

Biologie :

M. Fauré-Frémiet (Collège de France).

Conférences et démonstrations de bactériologie médicale :

M. Lemierre et ses collaborateurs (Faculté de Médecine).

Syphilis expérimentale et immunité :

M. Kolle.

Culture des tissus et des tumeurs :

MM. Borrel, Canti, Fisher.

Spirochétose ictérochémorragique :

M. Inada.

Fièvre jaune :

MM. Aragao, Hindle, Hudson, Marchoux, Pettit.

Paludisme :

M. le Colonel Russell.

Culture des protozoaires et physiologie des protozoaires en culture pure :

M. Mesnil et ses collaborateurs.

Bilharziose, culture de trypanosomes, d'amibes et d'helminthes. Mycologie :

M. Brumpt et ses collaborateurs (Faculté de Médecine).

Sont en outre inscrits pour des démonstrations de Parasitologie :

MM. Fülleborn, Nuttall.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel Clinique et Thérapeutique de la diphtérie par les professeurs LEREBoullet et P. BOULANGER-PILEt. (Librairie Baillière et fils).

Nous tenons à signaler de nouveau à l'attention des médecins le beau livre du professeur Lereboullet que nous avons eu le plaisir de recevoir.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'avant-propos signé de l'auteur.

“Placé depuis plus de sept ans à la tête du service de la Diphtérie à l'Hôpital des Enfants-Malades, j'ai eu à y exposer périodiquement à de nombreux auditeurs, étudiants ou médecins, comment on doit reconnaître, traiter et prévenir la diphtérie. Les leçons que nous avons, mes collaborateurs et moi, faites maintes fois n'ont jamais été rassemblées, malgré la demande qui m'en a souvent été faite. J'ai pensé pourtant qu'il serait utile de condenser cet enseignement en un Manuel pratique, facile à consulter. J'ai donc prié mon ancien interne et chef de laboratoire, le Docteur Boulanger-Pilet, de m'aider à grouper et à rédiger les divers chapitres de ce Manuel, en profitant de l'expérience acquise au cours de ces années de pratique hospitalière et d'enseignement. Je tiens à le remercier du zèle et de la compétence qu'il a apportés dans cette tâche.

Diverses circonstances ont retardé la publication de ce petit livre; elles n'ont fait que la rendre plus opportune. Les découvertes récentes faites à l'Institut Pasteur de Garches par M. Ramon ont en effet modifié, sur divers points, les règles de la sérothérapie et ont permis l'emploi d'une vaccination simple, inoffensive et efficace. Ce Manuel a pu ainsi être heureusement complété et, tel quel, il contient l'essentiel des connaissances actuelles sur la diphtérie. Puisse-t-il permettre à ceux qui le liront de mieux comprendre et mieux traiter la maladie de Bretonneau!

Tout en laissant à ce livre un caractère essentiellement pratique, nous n'avons pas voulu négliger les notions biologiques qui rendent si intéressante l'étude de la diphtérie, nous avons dû entrer dans quelques détails

sur les questions, à l'ordre du jour, notamment sur le problème de l'immunité diphtérique. Mais nous nous excusons à l'avance, si le lecteur relève à cet égard certaines omissions; nous ne pouvions penser à être complet, tant sont nombreux les travaux suscités par ces questions et nous tenions à nous limiter.

C'est dans ce même but de simplicité et de clarté, que nous avons reporté à la fin de notre ouvrage toutes les indications bibliographiques en réduisant celles-ci aux travaux qui nous ont semblé intéressants à consulter. S'il en est beaucoup d'autres, la liste de ceux que nous groupons ainsi paraîtra peut-être à certains lecteurs déjà trop étendue.

Nous avons enfin cru opportun de faire précéder cet ouvrage de la mention, aussi complète que possible, des travaux personnels que nous avons poursuivis sur la diphtérie. Ils montreront tout au moins l'intérêt constant porté par nous aux problèmes soulevés par cette maladie et le désir que nous avons eu d'aider à les résoudre.

Il n'est que juste d'ajouter que, sans l'effort de ceux qui m'ont précédé dans ce service des Enfants-Malades, notamment le professeur Marfan et mon prédécesseur immédiat M. Aviragnet, ce Manuel, qui porte la marque de leur enseignement et de leur expérience, n'aurait pu être écrit. Je n'ai fait, sur nombre de points, que reprendre et développer leurs idées. Je ne puis non plus oublier l'appui et les conseils constants que j'ai trouvés à l'Institut Pasteur près de M. L. Martin, de M. Ramon et de M. Loiseau qui ont tant contribué à augmenter nos connaissances sur la biologie de la diphtérie.

Puisse ce Manuel, en faisant mieux connaître la clinique et le traitement actuel de la diphtérie, convaincre tous eux qui le liront de la reconnaissance que nous devons avoir pour ceux qui, à l'hôpital et au laboratoire, ont tant fait pour nous aider à la combattre efficacement!"



L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, De Cotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lasalle, 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.; Letondal, P.; Marin, Albéric; 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: Albéric Marin;

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1930

Canada et Etats-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 doivent 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, avenue 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 3026.

SUITE DU SOMMAIRE



ANALYSES

MEDECINE

R. Carvaillo et Sautel. Le traitement iodé dans les diarrhées (p. 375). — Paul Freud. Cures d'engraissement au moyen de l'insuline prises par la voie buccale (p. 375).

PEDIATRIE

E. Sacquepée et M. Liégeois. Sur le rôle du streptocoque dans la scarlatine (p. 380).

ELECTRO-RADIOLOGIE

B. R. Kirklin. Les sources d'erreur en cholécystographie (p. 381).

CHIRURGIE

Oschner A., Gage I.M., Garside E. Des complications post-opératoires intra-abdominales dans l'appendicite (p. 377).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

OBSTETRIQUE

L. Devraigne. Les nouveautés de 1929 en Obstétrique (p. 378).

C. H. Jaeger. Luxation congénitale de la hanche (p. 382). — H. T. Jones. Hygromas kystiques (p. 382). — E. D. McBride. Nouvel appareil pour pieds bots (p. 383).

UROLOGIE

E. Papin. Le reflux vésico-urétéral chez les prostatiques (p. 379). — Thévenot et Verrière. L'azotémie chez les rétrécis (p. 379).

GYNECOLOGIE

G. V. Smith et J. R. Linton. Déchirure complète du périnée (p. 383).