
MÉMOIRES ORIGINAUX

LA FORMULE SANGUINE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX SOUMIS A LA MALARIATHERAPIE (1)

Par Albert BERTRAND

Le paludisme étant une maladie infectieuse déterminée par un parasite du globule rouge, l'hématozoaire de Lavran, il était tout naturel de penser que le sang devait subir certaines modifications au cours des accès et de rechercher quels étaient les éléments les plus affectés.

Tous les auteurs qui ont traité de la question ont constaté une diminution considérable des globules rouges et de l'hémoglobine; une modification également marquée dans le nombre des globules blancs avec perturbation considérable de la formule leucocytaire.

Ayant eu l'avantage d'observer un certain nombre de paralytiques généraux traités par la malaria, il nous a paru intéressant de suivre au jour le jour, voire d'heure en heure, les modifications de la formule sanguine.

Les mêmes constatations déjà signalées par d'autres ont été faites par nous. Le nombre total des globules rouges est franchement diminué. Pour Marchoux, "les destructions qui se produisent périodiquement par la déhiscence des rosettes et l'émission de toxines hémolytiques abaissent considérablement le nombre des globules rouges". "Même s'il n'y a pas d'accès, il peut y avoir un globule

(1) Travail des laboratoires de l'Hôpital Notre-Dame et de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

rouge parasité sur 100,000, c'est-à-dire 250 millions au total. C'est donc d'un chiffre au moins égal à celui-ci que le nombre s'en abaisse au moment de la maturité des protozoaires." Plus loin le même auteur ajoute: "Quand les accès se répètent quotidiennement la numération des hématies indique une disparition moyenne de 1 million par jour et par millimètre cube."

Pour Rieux, "le paludisme est le type des anémies hémotoxi-infectieuses. Il est classique qu'après un ou deux accès palustres le taux des hématies baisse de 5 à 10% de la normale."

Pour Paiseau, "l'anémie palustre se traduit par une diminution souvent considérable du nombre des hématies qui tombent fréquemment à 2,250,000 et dans les cas graves à 1,000,000 ou au-dessous."

Nous-même avons observé des diminutions de 1,700,000, 2,100,000, 2,500,000 et 3,500,000 chez quelques-uns de nos paralytiques généraux soumis à la malariathérapie.

Ces diminutions ne se traduisent pas cependant par une série de chiffres dont la valeur va décroissant d'une manière régulière et constante. Il y a des arrêts, voire même de légères régressions comme l'indiquent les courbes 1, 2, 3, 4. (1)

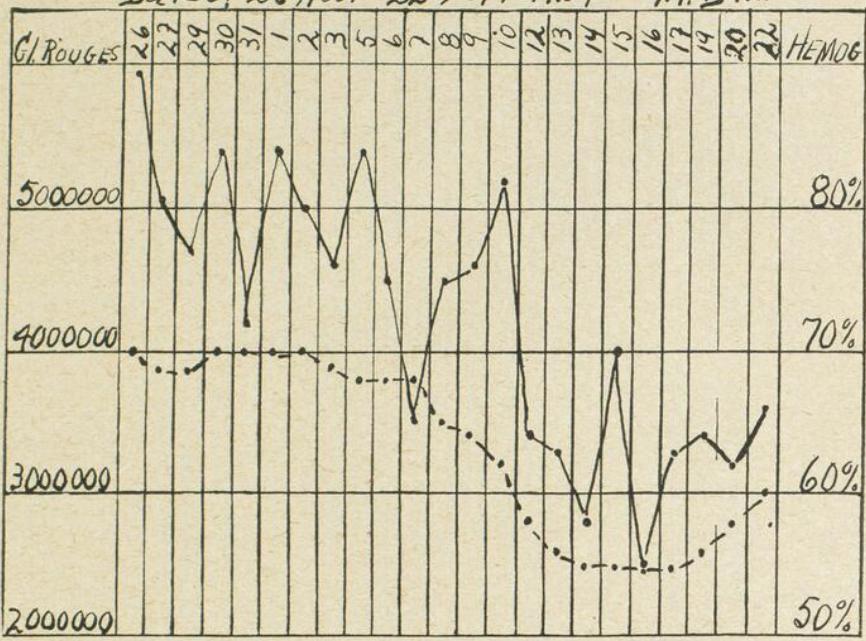
Ces arrêts et ces régressions s'expliquent d'une part par la transpiration abondante qui suit l'accès, d'autre part et surtout par l'hyperfonctionnement des organes hémopoïétiques.

En effet, dans les heures qui suivent le frisson, la peau se couvre de sueurs dont l'abondance est souvent considérable, "inondant le lit du malade" (Paiseau). Cet état peut se prolonger de 4 à 8 heures. La conséquence naturelle de cette perte d'eau est une concentration plus grande du sang en globules rouges et une augmentation relative de ceux-ci par rapport à la masse totale du sang.

En même temps que cette concentration s'opère les organes hémopoïétiques entrent en hyperfonctionnement. D'après Marchoux: "Si la destruction des globules rouges est rapide leur régénération va presque aussi vite." Pour Rieux: "Si la destruction globulaire est rapide la régénération ne l'est pas moins dans les premiers accès, surtout quand ils sont assez espacés; il arrive même qu'elle précède en quelque sorte la destruction, si bien qu'on peut observer un

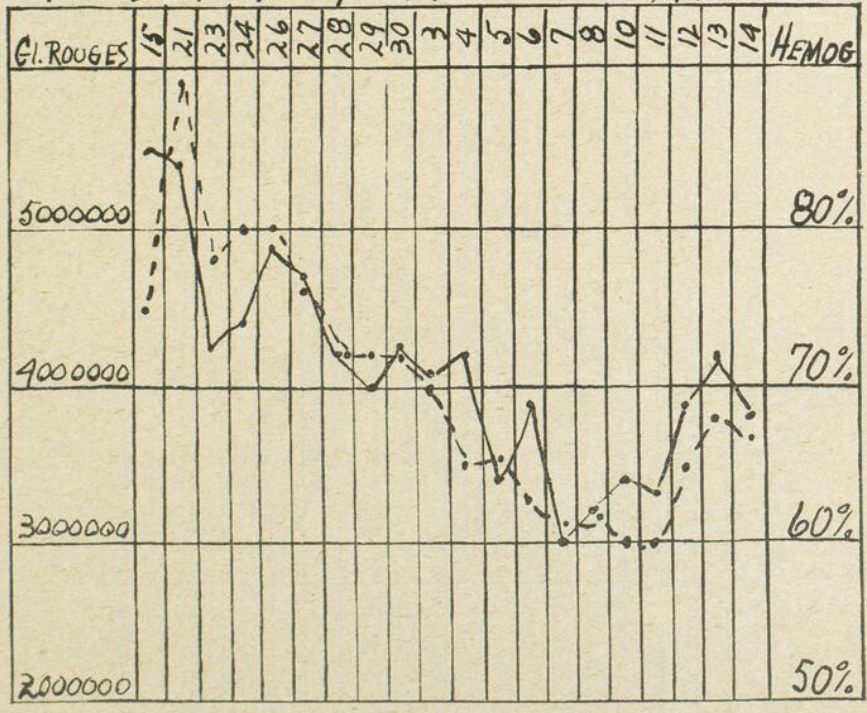
(1) Les cas 1, 2, 3 proviennent du service de MM. Archambault et Marin de l'Hôpital Notre-Dame. Le cas 4 est du service de M. Richard de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

N°1 Dates, 26 Aout - 22 Sept 1927 M.D....

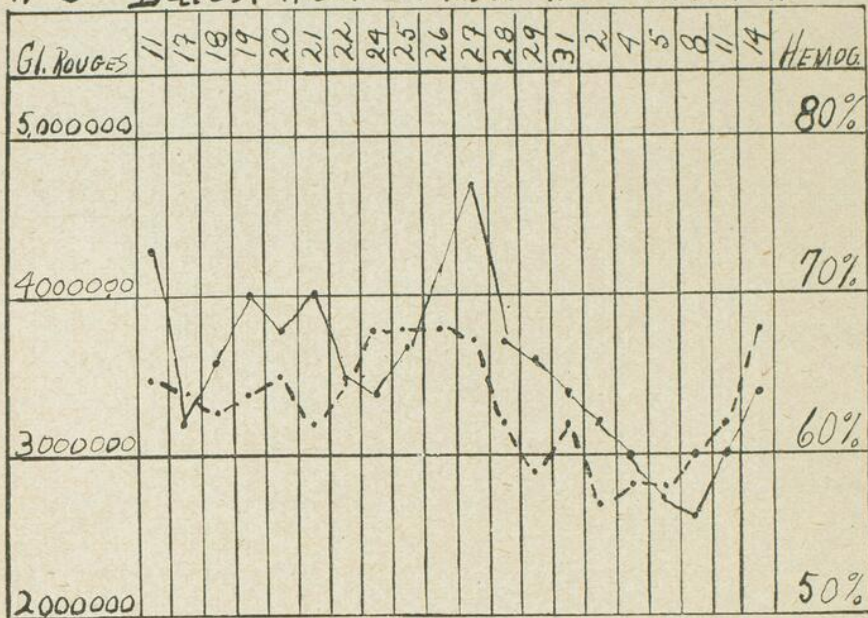


— = Gl. rouges; - - - = Hémoglobine.

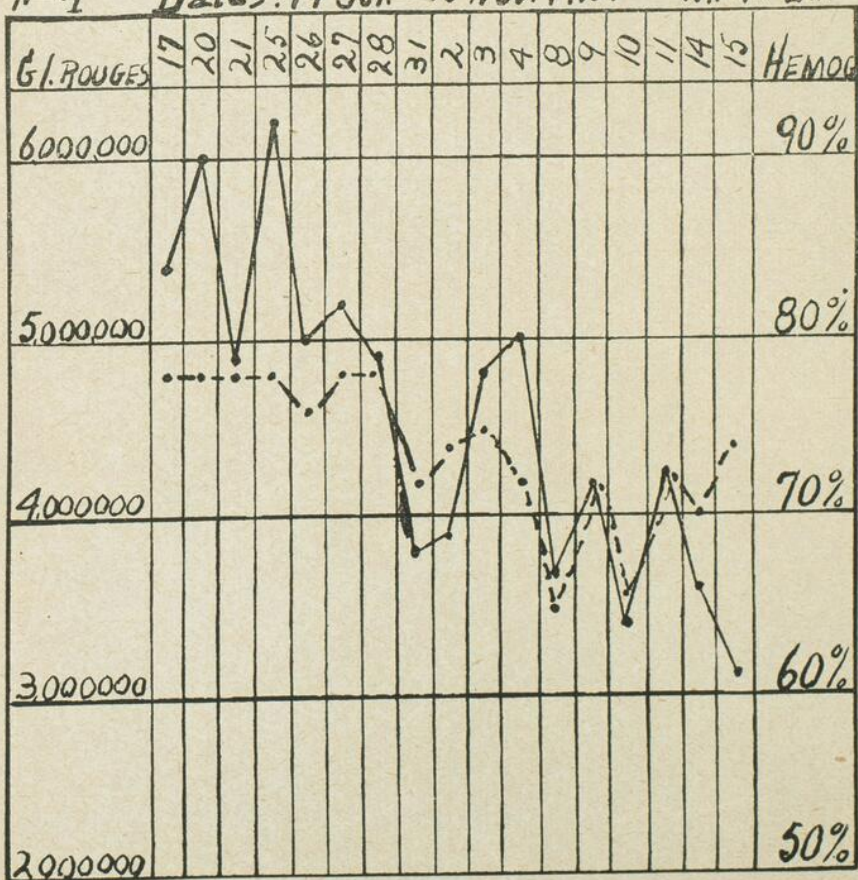
N°2 Dates: 15 Sept. - 14 Oct. 1927. M.S... M...



N^o 3 Dates: 11 Oct - 14 Nov. 1927 M. E... T..



N^o 4 Dates: 17 Oct. - 15 Nov. 1927 M. R.. L...



nombre plus considérable de globules rouges après un accès qu'avant son apparition."

Chez au moins trois de nos malades, 1, 2, 3, il nous a été possible de faire la numération des hématies pratiquement tous les jours et nous avons noté également cette surproduction des globules rouges dépassant de quelques milliers le nombre des hématies détruites par l'éclatement des mérozoïtes. Fait intéressant à remarquer cependant, c'est surtout au début de la maladie, dans les 4 ou 5 premiers jours, que cette exagération de la régénération globulaire se manifeste le plus nettement. Dans les jours qui suivent, la destruction des hématies s'accroît graduellement pour arriver aux chiffres que nous savons. Il semble que les organes hémopoïétiques, d'abord stimulés par la multiplication des parasites, se fatiguent peu à peu, s'intoxiquent et deviennent incapables de produire les globules rouges en nombre suffisant. Autre fait également digne d'intérêt chez un de nos malades, le cas No 2, fait déjà signalé par Marchoux, c'est l'arrêt momentané de la maladie avec ascension du taux des globules rouges vers la normale sans thérapeutique pouvant expliquer ce phénomène.

Cet arrêt de la maladie semblerait normal dans la tierce bénigne pour Marchoux qui l'expliquerait par l'apparition des anticorps dans le sang et par la schizontolyse. Cette rémission serait de quelques semaines d'après le même auteur, puis la fièvre ferait de nouveau son apparition pour diminuer d'intensité et se terminer par la guérison.

En même temps que se produit cette chute du nombre des globules rouges, il se produit également des modifications profondes dans la teneur du sang en hémoglobine. Le taux de cette dernière baisse rapidement, plus rapidement que le nombre des globules rouges, pour certains auteurs, et ne revient à la normale que beaucoup plus lentement. (Marchoux).

Chez les quelques malades que nous avons suivis, le taux de l'hémoglobine s'est nettement abaissé. Nous avons noté des chutes de 15 à 20%. Ces variations cependant n'ont pas été aussi accentuées que celles des globules rouges. La diminution de la teneur du sang en hémoglobine s'est faite plutôt d'une manière régulière, sans présenter ces ascensions brusques vers la normale, ascensions remarquées pour les globules rouges. Le relèvement du taux de l'hémoglobine a semblé se faire parallèlement au relèvement du taux des globules rouges.

La diminution de l'hémoglobine s'explique facilement par la destruction des globules rouges et par les toxines hémolytiques circulant dans le sang après l'éclatement des rosettes.

Comme conséquence de la diminution des globules rouges et de l'abaissement du taux de l'hémoglobine on a signalé des modifications considérables de la valeur globulaire. Pour Rieux "la valeur globulaire s'abaisse dans des proportions semblables à l'abaissement de l'hémoglobine. Le taux de la valeur globulaire est toujours inférieur à l'unité et varie entre 0.9 et 0.4". Paiseau et Lemaire ont noté le fait inverse et ont observé des valeurs globulaires souvent supérieures à l'unité.

Chez tous nos malades il nous a été donné d'observer des valeurs globulaires supérieures à l'unité de même que des valeurs s'abaissant jusqu'à 0.5. Le malade No 2 en particulier a fourni une valeur globulaire pratiquement stable pendant tout le cours de l'observation. Sa valeur globulaire s'est maintenue entre 0.8 et 0.9 pour s'abaisser une fois à 0.7 et toucher une fois l'unité.

Un autre de nos malades, le No 3, a vu sa valeur globulaire dépasser l'unité dès le premier jour de son traitement par la quinine.

Des modifications considérables dans le nombre et dans la variété des globules blancs ont été notées également par tous les auteurs. Pour Rieux "quel que soit le type de paludisme, pendant la période d'apyrexie qui sépare les accès de fièvre, le chiffre total des globules blancs est soit normal (7000 à 8000), soit abaissé (4000 à 5000). L'abaissement est notable (2000 à 3000) surtout dans les heures qui précèdent immédiatement le frisson. Pendant la période de chaleur le taux augmente rapidement, revient à la normale, souvent la dépasse (10000)." Marchoux signale les mêmes modifications dans le nombre des globules blancs et dans la proportion des diverses variétés. "La diminution des leucocytes se constate surtout dans les deux heures qui précèdent le frisson. Au moment de l'accès l'accroissement du nombre des globules blancs est rapide et peut atteindre le chiffre de 15000."

Les chiffres que nous avons observés, sans se rapprocher sensiblement de ceux donnés par les auteurs cités plus haut n'ont que rarement atteint 10000 pour s'abaisser à 3000 et même à 1500.

Par contre les variations de la formule leucocytaire que nous avons notées au cours de la maladie correspondent bien à celles signalées par Rieux et Marchoux. Des examens de sang (malade No 1) faits toutes les 2 heures pendant 48 heures consécutives, c'est-à-

dire entre deux accès, ont fait voir les modifications indiquées par le tableau 5.

No 5

**Variations de la formule leucocytaire du cas No 1
entre deux crises.**

Heures	Polynuc.	Mononuc.	Lympho.	Eosino.	Remarques
Midi	76	10	12	2	Au moment du frisson
2	78	12	9	1	
4	90	6	3	1	
6	71	23	5	1	
8	68	19	12	1	
10	80	10	9	1	
Minuit	61	19	20	0	
2	44	34	22	0	
4	57	23	19	1	
6	54	30	14	2	
8	56	23	20	1	
10	49	27	23	1	
Midi	56	23	20	1	Nouveau frisson.
2	58	19	23	0	
4	40	22	36	2	
6	50	13	36	1	
8	49	9	41	1	
10	40	15	44	1	
Minuit	33	21	44	2	
2	45	18	36	1	
4	47	18	34	1	
6	58	13	28	1	
8	62	8	27	3	
10	70	18	10	2	

Au moment de la crise la formule leucocytaire était la suivante : Polynucléaires 76%; Mononucléaires 10%; Lymphocytes 12%; Eosinophiles 2%. Le nombre des polynucléaires s'est élevé graduellement pour atteindre, 4 heures après le début de l'accès, 90%. En même temps le nombre des mononucléaires et des lymphocytes s'est abaissé peu à peu pour donner à la même heure 6% de mono. et 3% de lympho. Après la chute de la température des modifications inverses se sont produites dans la formule. Le nombre des polynucléaires a diminué lentement pour tomber, 38 heures après le début de la crise, à 33%, tandis que les mononucléaires ont atteint pendant le même temps 21% et les lymphocytes 44%.

Le retour vers la formule initiale a commencé dans les heures qui ont suivi, et au moment d'un nouveau frisson la formule était devenue la suivante: Polynucléaires 70%; Mononucléaire 18%; Lymphocytes 10%; Eosinophiles 2%.

Ces variations sont à peu près classiques, du moins pour les auteurs déjà cités. Le taux des éosinophiles cependant a semblé varier dans des proportions qui ne sont pas celles observées par Rieux puisque ce dernier a constaté une diminution considérable et quelquefois une absence d'éosinophile.

Nous avons pu rencontrer des éosinophiles pratiquement à tous les moments de nos observations et leur nombre s'est élevé quelquefois jusqu'à 3%, comme l'indique le tableau 5.

En résumé les modifications de la formule sanguine que nous avons notées au cours des quelques cas étudiés se rapprochent sensiblement de celles faites par de nombreux auteurs, savoir: diminution du nombre des globules rouges, abaissement du taux de l'hémoglobine et perturbation considérable de la formule leucocytaire.

BIBLIOGRAPHIE

Marchoux.—Paludisme (Collection Gilert et Carnot).

Rieux.—Hématologie clinique.

Paisseau.—Sergent (Traité de pathologie médicale, tome XIV).

L'ENSEIGNEMENT DE LA PUERICULTURE ELEMENTAIRE AUX JEUNES FILLES DANS LES ECOLES ET LES PENSIONNATS

Par Gaston LAPIERRE,

Médecin de l'Hôpital Sainte-Justine et de
l'Ecole d'Hygiène Sociale appliquée.

La grande cause de la mortalité infantile, c'est l'ignorance des mères.

“Lorsque vous aurez dit, lorsque vous aurez expliqué, avec des formes diverses, suivant les milieux, suivant les âges, et suivant les sexes, la valeur des éléments que tout enfant apporte en venant au monde, de ces éléments immortels puisqu'ils doivent perpétuer l'espèce quand on ne les perturbe pas, lorsque vous aurez donné connaissance aux jeunes gens des deux sexes des trésors qu'ils doivent conserver, qu'ils ne doivent pas amoindrir, mais au contraire augmenter, alors seulement vous aurez fait véritablement de l'Hygiène de l'espèce, car vous aurez éclairé toute procréation, vous aurez fait disparaître la cécité du génie de l'espèce.” (Pinard)

Depuis une vingtaine d'années, on ne s'est pas contenté de chanter la natalité féconde des Canadiens-français, on a déploré aussi leur mortalité infantile considérable, et de nombreuses œuvres de puériculture ont surgi chez nous: gouttes de lait, dispensaires d'hôpitaux d'enfants, consultations pour les femmes enceintes, crèches, assistance maternelle, service social, etc. Qui dira tout le travail, toutes les inquiétudes, tous les dévouements, tous les sacrifices connus ou ignorés, attachés à ces fondations, et qui se perpétuent et s'accroissent avec les années !

Pourquoi ces idées ont-elles germé dans le cerveau des fondateurs de ces belles œuvres sociales ? Parce que ceux-ci, frappés par le caractère effroyable d'une plaie vive au flanc de notre race, ont donné et donnent encore le meilleur de leur vie pour combattre *un mal déjà existant*.

Mais pour faire de la “prophylaxie”, pour faire de la médecine préventive en puériculture, si je puis m'exprimer ainsi, il y a un moyen important, c'est d'enseigner la puériculture élémentaire aux

jeunes filles pendant leur dernière année d'école ou de pensionnat, c'est d'armer la future mère sur ce noble terrain, comme sur les autres. Alors, viennent les "bonnes femmes", donneuses de mille conseils dangereux concernant l'alimentation, le vêtement, le logement, les soins ordinaires, les sorties de l'enfant; surgissent les commères, parentes, voisines ou autres, avec leurs pratiques odieusement ignorantes, servies sous l'auguste et imposant manteau des maternités nombreuses, et elles se buteront à des jeunes personnes averties.

Depuis longtemps déjà on enseigne des leçons de choses, dans les écoles de campagne surtout, afin que les jeunes paysans s'attachent mieux à la culture et au bon soin des animaux sur les fermes. Très bien !

Et la puériculture ne vaudrait-elle pas la "porciculture" ?... Nous posons la question au Conseil de l'Instruction Publique de la Province de Québec, afin qu'il explique à notre population ce qu'il entend par l'"immoralité" de la question. Elle a droit de le savoir, avec force explications.

S'il est important de sauver le dernier-né parmi les veaux, s'il est important de savoir comment on évite le "mildiou" des patates, nous croyons que le petit Canadien-français couché dans le ber, à qui on met des cataplasmes de fumier, dans les oreilles de qui on met de l'urine chaude, quand on ne la lui verse pas dans le gosier, a droit à des soins élémentaires plus éclairés; on ne le criera jamais trop fort.

ET C'EST PAR LA QU'IL FAUT RECOMMENCER LA LUTTE CONTRE LA MORTALITE INFANTILE.

Il est vrai qu'il faudra apprendre aux jeunes filles de quatorze, quinze ou seize ans, que ce ne sont pas "les sauvages" qui apportent les bébés, mais nous sommes convaincus que la bonne religieuse, l'institutrice dévouée, y mettront toujours toute la délicatesse voulue.

C'est en enseignant la puériculture élémentaire aux jeunes filles pendant leur dernière année de cours, soit à l'école, soit au pensionnat, que nous pouvons espérer former une nouvelle génération de futures mères où les ignorantes ne seront qu'exception. L'esprit de l'enfant est très malléable, et c'est à ce moment qu'il faut le modeler. Depuis dix ans que nous recevons à la consultation des dispensaires qui nous sont confiés un très grand nombre de mères, et combien souvent, — beaucoup trop souvent, hélas ! — nous nous sommes convaincu que c'est "forger à froid" que s'attaquer aux esprits déjà formés des adultes.

Nous savons qu'il existe à Montréal, sous une direction compétente, des cours de puériculture où les jeunes filles et les jeunes mères peuvent aller s'instruire. Mais si on veut bien nous communiquer le nombre de personnes qui ont suivi ces cours en entier pendant les dix dernières années, nous serons renversés en constatant le chiffre infiniment insignifiant en regard de la population; et il s'agit de la "métropole du Canada" !...

De plus, lorsque la masse des mères sera instruite de cette façon, elle comprendra mieux le contrôle médical sous ses différentes formes et elle s'y soumettra beaucoup plus volontiers: consultations prénatales, consultations de nourrissons, services annexes.

Que les incrédules sachent que "de la puériculture dépend absolument la conservation et l'amélioration de l'espèce humaine". (1)

La science de l'hygiène appartient à tout le monde et le médecin ne doit être que son propagateur. Pour protéger l'enfant comme il convient, il faut commencer bien avant son existence. Et il n'y a pas plusieurs issues à la question, l'assistance bénévole aux cours publics de puériculture est le fait d'un nombre fort restreint de mères ou de jeunes filles, et dans une seule ville de notre province: les statistiques seront peu modifiées par le résultat de cet enseignement.

Il faut imposer aux jeunes filles l'enseignement de la puériculture élémentaire pendant leur dernière année d'études: alors, leur esprit sera déjà armé, il sera amorcé au perfectionnement des connaissances acquises pour le plus noble des buts.

Nous savons qu'il y a loin de cet exposé à un texte de loi, nous savons plus que beaucoup d'autres, que les figures populaires sont souvent celles qui passent, le sourire aux lèvres, dans des sillons creusés par d'autres et approuvés à l'avance de toute façon, mais l'auguste sacerdoce de la médecine comporte certains mouvements d'avant-garde, et cet enseignement super-vital que nous préconisons ralliera des adeptes de plus en plus sombres, et un jour viendra où il aura chance de s'implanter pour notre plus grand bien, car, mortalité infantile dans soixante-cinq à soixante-dix pour cent des cas, égale ignorance et misère. Quel vaste champ ouvert à des efforts variés dans le domaine de l'enseignement et de l'hygiène sociale !

Il y aura encore le cinéma, qui, dans des "films" courts, précis et frappants, pourra servir de moyen puissant pour éduquer le peuple

(1) Kaplan—"L'enseignement de la puériculture aux jeunes filles en France". (Thèse 1925, Paris).

en puériculture. Quelques tentatives timides et isolées, sans plan défini, sans exécution soutenue, ont été faites dans ce sens. Nous reviendrons un peu plus tard à ce projet.

On pourrait remplir un gros volume à énumérer seulement les différents préjugés qui existent depuis des siècles en puériculture. Citons-en quelques-uns :

L'usage de saucissonner le nourrisson ou de l'emmailletter fortement, "pour soutenir ses p'tit reins", ou "pour pas qu'il lui pousse une bosse", est un usage détestable qui ne donne aucun confort au bébé, et qui n'est pas hygiénique à plus d'un point de vue.

Pour la première tétée, "on attend au huitième jour pour les garçons et aux dixième jour pour les filles" — pauvres filles ! ne soyons pas surpris s'il y a des suffragettes —; en attendant, vous pensez bien que les "p'tites ponces de paparmane" battent leur plein, et que le nourrisson s'en va "faire un p'tit ange de plus au ciel", pour veiller sur la famille de quinze, qui en a "réchappé" trois...

Pour empêcher l'enfant de crier, on le berce jour et nuit. Mieux vaut lui donner un régime alimentaire approprié. Puis, un bébé, ce n'est pas une "baratte à battre le beurre".

"Plus l'enfant prend, plus l'enfant augmente": aphorisme désastreux, dont les effets se font souvent sentir dans les années qui suivent, quand ce n'est pas immédiatement, et ici, la meilleure classe de notre population se laisse prendre à cette fausse direction, parce qu'un représentant d'une petite école allemande d'engraissement a réussi à les enrôler.

"Le vin pris par la nourrice donne du teint à l'enfant." Et son système nerveux, qu'en fait-on ?

Et les "suçons", les fameux "suçons", qui existent encore ! Ils sont faits d'un chiffon dans lequel on met un petit morceau de pain macéré. C'est un moyen assez sûr d'infecter le tube digestif de l'enfant.

La question du nombre des repas en est une de toute première importance, et cependant, un des conseils dangereux donnés par les personnes "qui ont eu beaucoup d'enfants", par les personnes "qui connaissent ça", c'est de mettre le bébé au sein, ou de lui donner un biberon de lait dès qu'il crie. C'est un des mauvais conseils qui est suivi de nos jours par un trop grand nombre de mères.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les différentes recettes contre l'engorgement des seins.

Abrégeons ce chapitre, gai en apparence, triste en réalité: ce sont nos petits qui expient ces sottises.

Ignorance, préjugés, bêtise humaine, tout cela. Un mur d'obstacles, nous le savons, se dresse entre cet état de choses et l'arme nécessaire pour le combattre: la puériculture enseignée à temps.

Nous ne devons pas nous lasser d'exposer les raisons qui militent en faveur de cette amélioration, nous devons augmenter nos effectifs pour cette lutte qui se fait strictement dans notre domaine. Aujourd'hui comme hier, c'est avec des arguments exposés publiquement, et non avec des injures, le seul tort que nous ayons étant de vouloir diminuer la mortalité infantile d'une façon plus rapide et plus marquée, que l'on solutionnera cette question qui regarde tout le monde.

Le Docteur Bergeron, qui fut secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine, répétait volontiers cette phrase: "Un enfant qui vient au monde a moins de chances de vivre une année qu'un vieillard de 80 ans et moins de chances de vivre une semaine qu'un vieillard de 90 ans." (1)

Le grand poète latin Lucrèce dit dans son livre V sur la nature des choses: "Semblable au matelot que la tempête a jeté sur le rivage, l'enfant qui vient de naître est étendu à terre, nu, incapable de parler, dénué de tous les secours de la vie".

Alors que le poussin va se promener peu de temps après avoir brisé sa coquille, alors que le caneton peu après sa sortie de l'œuf, peut aller barboter avec père et mère dans la mare voisine, l'enfant nouveau-né remue, crie, mais ne tarde pas à mourir si l'on ne s'occupe pas de lui.

C'est pourquoi, en termes aussi énergiques que l'auteur latin, un grand homme d'Etat français pouvait dire: "Il semble que tous les périls, tous les fléaux qui pèsent sur l'humanité se donnent rendez-vous autour de l'enfant et qu'il doive, pour conquérir le droit à la vie, triompher, lui, chétif et débile, faible et presque inorganisé, de toutes les chances de la mort." (Demelin et Devraigne).

Et ce secours vital dont il a un si urgent besoin, il faut que la mère soit déjà organisée pour le lui donner avant sa naissance, avant même sa procréation, et nous ne voyons aucun autre moyen sûr et suffisamment généralisé, pour qu'il porte des fruits réels, que l'en-

(1) Demelin et Devraigne—"Manuel du puériculteur", Paris, 1921.

seignement de la puériculture élémentaire aux jeunes filles pendant leur dernière année de cours d'étude.

Le Bureau municipal d'Hygiène et des Statistiques de la cité de Montréal avait déjà élaboré un programme à cette fin. Il comprenait les douze leçons suivantes :

- 1ère leçon: Croissance et développement du bébé;
- 2e " Les dents;
- 3e " Bain et valeur de l'eau;
- 4e " L'air pur;
- 5e " Sommeil et repos;
- 6e " Vêtements, propreté;
- 7e " Premiers soins à un bébé malade;
- 8e " Le lait;
- 9e " L'estomac du bébé;
- 10e " Le soin du lait;
- 11e " Direction pour la modification du lait;
- 12e " Récapitulation des leçons précédentes.

Ce programme semble acceptable, avec quelques retouches; par exemple, nous pourrions remplacer une des trois leçons sur le lait, en condensant les deux autres, par une mise en garde contre les préjugés et les conseils dangereux.

RECUEILS DE FAITS

METASTASE PAR VOIE SANGUINE D'UN EPITHELIOMA DE L'OVAIRE⁽¹⁾

Par L. C. SIMARD et O. A. GAGNON.

Les épithéliomas de l'ovaire qui prennent naissance dans des kystes ou des vestiges wolffiens peuvent proliférer à la façon des épithéliomas germinatifs superficiels et donner de multiples greffes à la surface péritonéale. Ils envahissent le plus souvent l'ovaire, suscitent une stroma-réaction avec hyperplasie conjonctive parfois très marquée, pénètrent dans les lymphatiques pour aller donner ensuite des métastases. L'origine lymphatique de la métastase de l'épithélioma wolffien de l'ovaire est la seule admise et citée dans les auteurs classiques.

Le cas rapporté ci-dessous nous a paru intéressant à publier, tant par son histoire générale que par certains détails d'évolution tumorale.

Madame R..., 63 ans, se présente à l'Hôpital Notre-Dame le 18 février 1927, pour tumeurs au bras et à la jambe. Il y a cinq mois, la malade s'aperçut qu'elle avait dans la région inguinale droite une petite tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Cette tumeur augmenta lentement de volume. Depuis trois mois la patiente ne peut plus marcher. Entre temps apparaissaient sous la peau de la cuisse droite de petites tumeurs grosses comme des pois et roulant sous le doigt, précédées d'une sensation de chaleur. Une autre petite tumeur augmentant rapidement, mais non douloureuse, survenait enfin au bras droit, en plein deltoïde.

Antécédents personnels: Opération gynécologique il y a environ 20 ans, pour une tumeur dont il est impossible de retracer la nature.

* Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Hôpital Notre-Dame, directeur: M. le professeur Masson; et du service de M. le professeur B. Bourgeois.

Antécédents héréditaires: Père mort à 65 ans d'affection pulmonaire inconnue. Mère morte subitement. Cinq sœurs et deux frères vivants et en bonne santé.

Examen clinique. Patiente cachectique. Téguments flasques; muqueuse décolorée, ongles bleutés, subictère conjonctival; voix éteinte. Pouls régulier mais rapide. Thorax, rien à signaler.

Abdomen: Hernie ombilicale avec éventration sous-ombilicale dans une vieille cicatrice post-opératoire de laparotomie.

Examen gynécologique. Vulve, rien de particulier. Col lacéré; utérus mobilisable dans les deux sens; cul de sac antérieur donne l'impression d'une masse rénitente.

Membre inférieur droit. Position demi-fléchie et en abduction, œdème marqué. Au niveau du pli de l'aîne et dans toute la région du triangle de Scarpa, tumeur d'une dureté ligneuse, dont la base est mobile dans le sens latéral et dont le sommet semble fixé à l'arcade et à l'épine du pubis, empêchant les mouvements d'ascension et de descente. Les mouvements volontaires de flexion, d'extension et d'abduction sont limités. Région postéro-externe de la jambe, près du creux poplité, autre masse de même nature, presque aussi volumineuse, non adhérente.

Membre supérieur droit. Mouvements normaux. Sur le bord externe du deltoïde et faisant corps avec lui, tumeur dure, du volume d'un œuf, plus ou moins régulière, non adhérente au squelette, ni à la peau, suivant les mouvements de latéralité.

Examen radioscopique (Dr J. E. Panneton). L'hémi-thorax gauche est considérablement obscurci par des ombres floues et mal définies.

L'ombre aortique paraît grosse et repoussée à droite. Au-dessus du diaphragme droit existe aussi une ombre dense pas très volumineuse (petite pommette).

A gauche immobilité absolue du diaphragme. A droite diaphragme très actif par compensation. La malade ne pouvant se tenir debout, ne nous permet pas de faire un examen très détaillé.

Opération. Anesthésie au gaz. Extirpation de la tumeur du bras qui est en plein muscle et adhérente au périoste. Hémostase, suture de la peau, drainage à la partie inférieure.

Histo-diagnostic No 88 (M. le professeur Masson).

Tumeur intra-musculaire du bras.

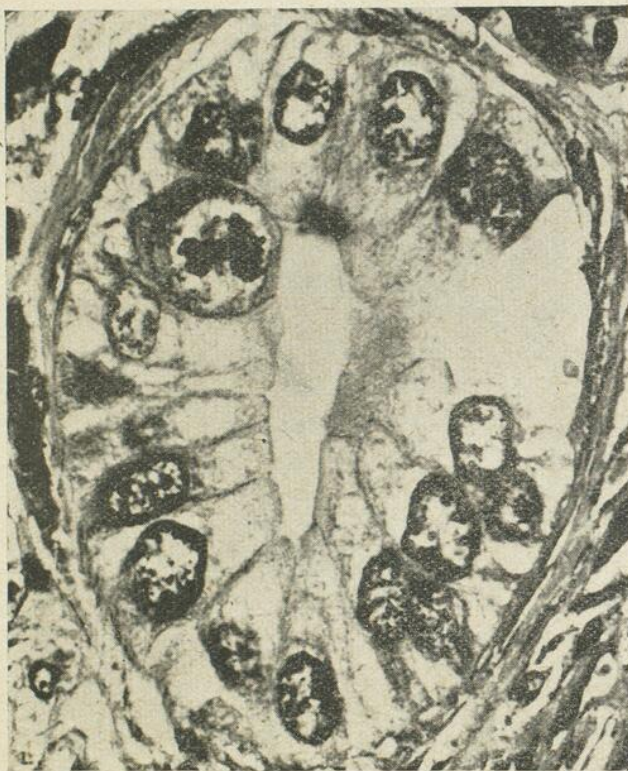
Métastase d'un épithélioma cylindrique à grandes cellules claires et mucipares.

Origine probable: Vestige wolffien, kyste muqueux de l'ovaire.

Voilà donc, en résumé, une malade opérée il y a une vingtaine d'années pour une tumeur du petit bassin, et présentant actuellement une tumeur pelvienne inopérable, des métastases d'un épithélioma provenant d'un vestige wolffien ou d'un kyste ovarien.

Cette tumeur pelvienne paraît être la récidue, la repullulation lente, progressive, sur place, de cette ancienne tumeur, envahissant

par métastase les ganglions de l'aîne et du creux poplité. Bien que nous n'ayons pu, à cause de son état général, opérer la patiente qui est allée mourir chez elle, il ne paraît pas illogique, bien au contraire, de rattacher ce processus tumoral récent à cette ancienne histoire néoplasique. D'ailleurs, l'aspect histologique de la métastase deltoïdienne, aspect typique d'un épithélioma cylindrique mucipare ovarien, milite en faveur de cette interprétation.



Microphotographie de la métastase deltoïdienne.

(Gross, 1800.)

Tube glanduliforme formé par des cellules cylindriques; mucus dans le pôle apical des cellules; Kittleisten en bordure de la cavité.

Une mitose dans la partie supérieure gauche de la figure.

Cette métastase musculaire du deltoïde nous intéresse plus particulièrement, et nous paraît être d'origine sanguine. Il est moins que probable en effet que le transport par voie lymphatique d'un embolus cancéreux provenant d'une tumeur pelvienne, inguinale et poplitée, puisse se faire jusque dans un muscle de l'épaule. L'examen radiologique montre dans le poumon des ombres denses qui sont,

sans aucun doute, des métastases pulmonaires du même épithélioma. Cet envahissement pulmonaire, dont la tumeur deltoïdienne serait la conséquence, correspond à une généralisation sanguine tardive de l'épithélioma wolffien. Les auteurs classiques n'admettent ou ne parlent pas de ce mode de généralisation dans les cancers ovariens; Handley lui-même, pour les cancers du sein, ce qui semble encore plus difficile à accepter, n'admet pas la généralisation par voie sanguine.

Bref, nous croyons que la tumeur primitive a donné d'abord une récurrence sur place, puis des métastases ganglionnaires inguinales et poplitées, que c'est à partir d'une de ces tumeurs qu'une généralisation sanguine, suivant le cours de la petite circulation, a donné des métastases pulmonaires, et que les métastases deltoïdiennes répondent à l'envahissement de la grande circulation par des embolies métastatiques de provenance pulmonaire.

Ce serait la première fois, croyons-nous, que l'on signale la métastase par voie sanguine d'un épithélioma wolffien.

Deux leçons pratiques se dégagent de cette histoire de cas, ne serait-ce que pour fixer le pronostic: 1° L'importance de la biopsie et de l'histodiagnostic; 2° la nécessité d'examiner à fond les malades qui présentent des tumeurs à topographie variée, apparemment étrangères les unes aux autres dans leur évolution, mais relevant d'une cause unique: l'épithélioma wolffien ou ovarien.

THORACOPLASTIE PARAVERTÉBRALE ET PARASTERNALE

Par Edmond DUBE,

Chirurgien de l'Hôpital Sainte-Justine et de
l'Hôpital du Sacré-Coeur.

La thoracoplastie paravertébrale préconisée par De Cérenville de Lausanne en 1885 et vulgarisée par Sauerbruck et Willms en 1911, est devenue depuis quelque temps une opération courante et, de l'aveu de plusieurs phthisiothérapeutes distingués, elle constitue un des plus grands progrès dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Elle n'est pas encore très répandue chez nous, et pour des raisons difficiles à expliquer on ne lui concède pas l'importance qu'elle a réellement. A la demande de mon collègue et ami le Docteur Vidal, j'ai déjà pratiqué trois interventions de thoracoplastie à l'Hôpital du Sacré-Cœur à Cartierville et c'est l'observation d'un de ces malades que je veux présenter.

Les indications de la thoracoplastie ont dépassé les limites qu'on a voulu d'abord lui accorder, et il ne faut pas attendre l'évolution avancée de la tuberculose pour en utiliser les avantages. Chez les malades atteints de cavités et chez qui on a vainement tenté tous les moyens thérapeutiques connus, l'opération ne peut donner tous ses bénéfices. D'après Alexander, 37% des malades opérés dans tous les pays ont été guéris, et 24% considérablement améliorés. La mortalité opératoire s'élève à 1.5% — 19% sont morts d'une lésion siégeant dans le poumon non opéré ou dans un autre organe, et 12% d'une cause qui ne saurait être attribuée à l'intervention elle-même. Cette statistique peut surprendre, mais elle est strictement basée sur les cas rapportés et serait encore plus favorable si les malades opérés n'avaient pas présenté des lésions aussi avancées.

Les indications de la thoracoplastie ne sauraient être précisées d'une manière absolue, mais on considère que les malades dont l'état général est bon et qui présentent une lésion unilatérale au début, qui a tendance à devenir chronique, bénéficient nettement de l'intervention. Cependant, la thoracoplastie ne doit pas être pratiquée avant que la malade ait été soumis à une période de repos prolongé, soit

six mois environ, sous la surveillance de son médecin. Dès que l'on aura constaté que le repos, aidé ou non d'un pneumothorax artificiel, n'a pas donné le résultat attendu, il faudra penser à proposer l'intervention. Cette direction de traitement demande une coopération active entre le médecin et le chirurgien, et c'est grâce à cet accord que le malade bénéficiera de toute la garantie à laquelle il a droit. Il est pratiquement impossible de préciser le moment exact où il faudra opérer, mais il ne faut pas perdre de vue qu'un retard exagéré peut compromettre toutes les chances du malade. L'état général est un facteur important pour l'indication opératoire et le cachectique chez qui toute autre tentative de traitement a échoué, ne sera jamais qu'un mauvais risque opératoire.

En général, l'intervention devra être limitée aux malades de 15 à 45 ans, mais on a souvent dépassé ces deux extrêmes. Cette période cependant semble être la période de choix.

La thoracoplastie paravertébrale avec résection de la première à la onzième côte, quand l'intervention est indiquée, est la technique la plus employée chez la majorité des malades. Si l'immobilisation pulmonaire n'est pas suffisante après cette première opération, on peut lui adjoindre une phrénicectomie ou une thoracoplastie parasternale. La paravertébrale peut être pratiquée en deux temps, mais même dans les cas graves, on considère que l'opération complète doit être faite dès le début, et dans quelques cas exceptionnels, l'intervention partielle peut être tentée.

De tous les anesthésiques, l'éther semble donner les meilleurs résultats et présenter le moins d'inconvénients. On a souvent utilisé l'anesthésie locale combinée avec l'éther, et certains chirurgiens, notamment en France, n'opèrent pas à moins qu'ils ne puissent utiliser l'anesthésie locale seulement. Ces deux méthodes ont leurs avantages et c'est l'état général du malade au moment de l'intervention qui devra guider sur le choix de l'anesthésie.

Observation. Madame P., âgée de 25 ans, est admise à l'hôpital du Sacré-Cœur, à Cartierville le 26 août 1926. Elle se présente avec un diagnostic de tuberculose pulmonaire. Etat général très mauvais, toux et crachats abondants, température, amaigrissement, fatigue, anorexie.

La maladie actuelle semble avoir débuté en novembre 1925, alors que la malade accusait un point de côté et de la gêne respiratoire sans expectoration. En décembre 1926, après un accès de toux, elle fait deux vomiques abondantes, d'une odeur infecte; après ces vomiques, légère accalmie sans disparition de la toux et de l'expectoration, suivie d'une reprise des symptômes du début.

La maladie a toujours évolué avec des élévations de température correspondant à une diminution des sécrétions, syndrome caractéristique de rétention, suivie d'une chute de température accompagnée d'une expectoration puriforme abondante, marquant l'évidement du foyer purulent.

Le diagnostic de dilatation bronchique, secondaire à un abcès pulmonaire, d'origine tuberculeuse probable, est posé.

Le repos absolu est prescrit, et le 26 décembre 1925, le Dr Vidal pratique une injection intra-trachéale de lipiodol, qui démontre après radiographie des dilatations ampullaires et sacciformes des bronches du lobe inférieur droit.

Pas de Koch dans les crachats.

Globules blancs, 22,000. Poids, 115 livres.

Le repos est prolongé pendant six mois et malgré l'amélioration de l'état général, la lésion continue à évoluer et on décide de faire une thoracoplastie paravertébrale, dans le but d'immobiliser le poumon.

6 juin 1927. Sous anesthésie générale à l'éther, thoracoplastie paravertébrale et résection des 7, 8, 9, 10èmes côtes. Les suites opératoires sont normales. La toux et les crachats diminuent notablement pendant les deux mois qui suivent l'intervention, mais réapparaissent progressivement. Une nouvelle injection de lipiodol est pratiquée au cours du mois d'octobre et la radiographie démontre que la rétention de pus persiste au niveau du lobe inférieur droit, mais apparemment en moins grande quantité qu'avant l'intervention. A la suite de cette constatation, on décide de compléter la première opération par une thoracoplastie parasternale.

21 novembre 1927.—Thoracoplastie parasternale et résection des 4, 5 et 6èmes côtes, sous anesthésie à l'éther. A l'ouverture de la plèvre adhérente aux côtes, on trouve une quantité abondante de pus. Suites opératoires normales, mais la plaie donne abondamment.

Depuis cette deuxième intervention, l'état local et général de la malade se sont améliorés. La toux est diminuée et les crachats sont moins fréquents et moins abondants.

Malgré ce résultat satisfaisant, il est encore trop tôt pour oser conclure à une guérison, mais on peut tout de même espérer que l'amélioration actuelle saura se prolonger et que la cicatrisation complète de la lésion sera obtenue.

Cette observation de thoracoplastie pratiquée chez une malade dont l'état général était médiocre au moment de l'intervention et pour qui les traitements usuels ne paraissaient plus donner de résultat ne saurait être citée comme une démonstration de l'efficacité absolue de la thoracoplastie. Cependant l'amélioration obtenue, bien qu'elle ne soit pas encore définitive, démontre suffisamment, à notre avis, que cette thérapeutique encore peu pratiquée est appelée à rendre des services appréciables dans le traitement des affections tuberculeuses des poumons.

UN CAS DE RUPTURE TRAUMATIQUE DE L'URETRE PERINEAL TRAITÉ PAR L'URETRORRAPHIE CIRCULAIRE

Par Oscar MERCIER,

Chargé du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter avec succès dans mon service à l'Hôtel-Dieu un cas de rupture traumatique de l'urètre périnéal. Les considérations thérapeutiques qui découlent de cette observation m'ont incité à la présenter.

OBSERVATION.—D... (Lucien), âgé de 17 ans, est tombé à 11 heures du soir le 18 septembre 1928, à califourchon sur le timon de sa voiture. Immédiatement l'enfant a ressenti une vive douleur au périnée et a constaté un écoulement sanglant abondant par l'urètre. Il n'a rien dit à ses parents et s'est allé coucher. Vers 3 heures du matin, il a ressenti un violent besoin d'uriner, mais la miction est impossible. Un médecin appelé tente vers 8 heures un cathétérisme qui est impossible et aboutit à la reprise de l'urétrorragie, qui devient très abondante. Tous les efforts du médecin se portent pour arrêter l'écoulement de sang par l'urètre. De plus, il administre un calmant pour le soulager des envies d'uriner et il conseille le transport à l'hôpital. Je vois le malade à 9 heures du soir, c'est-à-dire 22 heures après l'accident. Depuis la miction a été impossible. A l'examen, je constate que l'urétrorragie a cessé et il existe une ecchymose considérable qui s'étend au périnée et aux bourses; il n'y a pas d'hématome considérable. La vessie est distendue perceptible à la palpation et faisant une saillie appréciable à la vue. A 10 heures, je pratique une cystostomie sans m'occuper de la rupture de l'urètre et sans avoir exploré le canal. Les suites immédiates sont simples. Durant les 3 premiers jours la température vespérale se maintient vers 100° F. puis elle tombe à la normale pour s'y maintenir. Le 30 septembre, c'est-à-dire 11 jours après l'accident, le canal est exploré sans brutalité et il est impossible de passer même une bougie filiforme. Le 3 octobre, (14 jours après la cystotomie), je pratique une réparation de la rupture. L'enfant étant placé en position de la taille, je fais une périnéotomie médiane qui me conduit sur le foyer de rupture. Le bout distal de l'urètre est trouvé facilement, grâce à une sonde qui avait été introduit par le méat. Le bout central est à 1 centimètre du plancher périnéal, au niveau de la crosse de l'urètre. La section est très irrégulière et entourée de tissu infiltré. Une recoupe au bistouri du bout central est pratiqué aussi rectiligne que possible. Le bout distal est

dégagé sur une longueur de 4 centimètres environ et est recoupée rectiligne au bistouri. La sonde est alors passé dans les 2 bouts jusque dans la vessie. Deux points latéraux fixés sur la portion distale à 3 cms de son extrémité sont passés dans les tissus qui avoisinent le bout central. Quatre points totaux au calgut No 0 sont passés dans la paroi de chaque bout sans traverser la muqueuse. Les fils sont serrés et les 2 bouts viennent au contact facilement, sans tirer. La suture urétrale est cachée par quelques points au catgut qui prennent les tissus périnéaux. La peau est suturé au crin. Pas de drainage. La sonde urétrale est retirée et les urines sont dérivées par la cystostomie déjà établie. Les suites immédiates sont simples. Les crins sont enlevés à la 8ième journée. Le 15ième jour, le tube de cystostomie est retiré et une sonde Nélaton est laissée à demeure dans l'urètre. Le 20ième jour, la cystostomie est fermée et le 23ième jour la sonde urétrale est retirée; le malade urine facilement sans douleur. Le 14 novembre, le malade est revu et son canal admet facilement une Bougie No 20. Il est encore revu, le 26 janvier 1928, c'est-à-dire 4 mois après l'opération et le canal admet encore facilement une Bougie No 20.

Il m'a paru intéressant de présenter cette observation parce qu'elle est conforme aux conclusions de la dernière discussion importante qui eut lieu sur la sujet à la Société Nationale de Chirurgie à Paris (séances 30 juin 1926, 15 décembre 1926, 12 et 26 jan. 1927).

Il est maintenant un fait acquis que dans un cas de rupture traumatique grave de l'urètre les tentatives de cathétérisme doivent être évitées et que seul le traitement chirurgical est indiqué. Ce dernier consiste en une cystostomie de dérivation et en une suture bout à bout de l'urètre rupturé. Celle-ci ne guérira par première intention que si aucune sonde à demeure n'est laissée. Marion depuis plusieurs années a montré l'importance de la cystostomie de dérivation. La sonde à demeure est, en effet, le gros obstacle à la cicatrisation et l'un des facteurs importants du rétrécissement secondaire rapide. Avec cette technique le succès est certain sans diminution du calibre de la lumière urétrale. Chez notre malade, 4 mois après l'intervention l'urètre admet facilement un Beniqué No 40; chez le malade d'Iselin (Société de Chirurgie, 30 juin 1926) une sonde No 16 passe seize mois après l'opération. — A la suite de la discussion à la Société de Chirurgie, un point de technique est resté en litige. Legueu préconise la cystostomie et la suture immédiate des bouts rupturés. Marion, au contraire, est partisan de la cystostomie et de la suture tardive, après la 6ième semaine. Il base son affirmation sur le fait que dès le début l'étendue de la contusion ne pouvant être précisée, on s'expose à suturer dans une zone de

nécrose future ou à réséquer une portion plus large que nécessaire de tissu de l'urètre.

Il me paraît que dans les cas graves avec contusion marquée la conduite de Marion est la seule qu'il faille suivre. Dans les autres cas où il existe une section moins étendue, plus nette, il semble rationnel de tenter une suture immédiate, qui a l'avantage d'immobiliser pour une période plus courte le blessé.

Chez mon malade, j'ai suivi, en somme, une ligne de conduite intermédiaire aux enseignements des deux écoles et les résultats ont été très bons, avec séjour raccourci à l'hôpital.

UN CAS DE PURPURA HEMORRHAGIQUE TRAITE PAR LA RADIOTHERAPIE

Par Albert COMTOIS,

Electro-radiologiste de l'Hôpital Sainte-Justine.

Au mois d'octobre 1927, l'enfant Marcel T., âgé de dix ans entre dans le service du Professeur Masson à l'Hôpital Sainte-Justine. L'examen du petit malade pratiqué par le Dr Letondal donne les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires.—Rien de particulier.

Antécédents personnels.—Rougeole, varicelle, coqueluche. Pneumonie en 1927.

Examen subjectif.—L'enfant se plaint de faiblesse et de troubles digestifs parmi lesquels on relève en particulier de la constipation et quelques vomissements.

Examen objectif.—L'enfant paraît un peu maigre. Son poids est de 51 livres. Au niveau des articulations des membres supérieurs et inférieurs, de la région fessière, de la face et de la région postérieure du thorax il existe des manifestations hémorrhagiques. Ces manifestations se présentent par endroits sous forme de pétéchies, mais surtout sous forme d'ecchymoses.

Cœur: rien de particulier.

Poumons: submatité avec léger souffle expiratoire à la région inter-scapulo vertébrale.

Abdomen: rien de particulier.

Thorax: déformation rachitique. Sillon sous-mammaire.

Bouche: taches purpuriques au niveau de la voûte palatine.

Dès les premiers jours de l'hospitalisation divers examens de laboratoire furent pratiqués qui révélèrent des traces d'albumine dans les urines et du sang dans les urines et les selles.

Le 26 octobre la formule sanguine se lisait comme suit :

Globules rouges	3,100,000
Globules blancs	13,450
Hémoglobine	80%
Valeur globulaire	1
Polynucléaires	71%
Mononucléaires	1%
Lymphocytes	29%

Le temps de saignement et de coagulation recherchés donnèrent respectivement 3 minutes et 10 min.

L'enfant, au repos absolu, fut soumis au chlorure de calcium et aux injections d'hémostyl jusqu'au 4 novembre, date à laquelle on substitua à cette médication celle de l'adrénaline per os.

Durant la période qui s'écoula du 18 octobre au 11 novembre, il y eut peu d'amélioration. Les manifestations purpuriques disparaissaient et réapparaissent presque aussitôt, soit sur place, soit à un endroit différent; le poids restait stationnaire.

En présence de ces récurrences répétées malgré un traitement classique, le Dr Letondal nous référa le petit malade pour traitement radiothérapique le 11 novembre.

Le même jour nous fîmes une première séance sur la région de la rate avec la technique suivante: enfant en décubitus latéral droit, ampoule centrée sur la région splénique à une distance de 25 centim., 141 kilov., 5 millis, 4 mm al, 2 min. 15 sec.

Les séances furent répétées les 18, 22, 28 novembre, 3, 9 décembre, 5, 17 janvier.

Le 16 novembre, 5 jours après la première irradiation, de nouvelles taches apparurent sur les cuisses et la partie externe des bras. Le 19 les taches étaient presque complètement disparues et elles continuèrent de s'atténuer les jours suivants, si bien que le 3 décembre l'examen des muqueuses et de la peau ne révéla rien d'anormal; l'enfant avait repris du poids, l'état général était très bon.

L'examen du sang le 24 janvier 1928 donna :

Globules rouges	4,600,000
Globules blancs	9,600
Hémoglobine	88%
Valeur globulaire	0.9%
Polynucléaires	79%
Mononucléaires	0
Lymphocytes	20%
Polyn. éosin.	1%

Le 6 février les urines et les selles ne renfermaient plus de sang; cependant il y avait encore des traces d'albumine dans les urines.

A son départ de l'hôpital, le 7 février, l'enfant pesait 55 livres.

Il résulte de cette courte observation que la radiothérapie a eu un effet manifestement favorable sur l'évolution de la maladie et qu'à côté de leur action cytolytique élective, les Rayons X peuvent ne produire que des modifications chimiques intra-cellulaires et déclencher des réactions humérales indirectes.

Stephan, en 1920, n'hésitait pas à conseiller l'irradiation de la rate à petites doses comme le meilleur agent hémostatique.

REVUE GÉNÉRALE

ATONIE GASTRO-INTESTINALE ET HYPOTENSION ARTERIELLE

Par J.-Alfred MOUSSEAU,

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

Les résultats encourageants que m'a fournis une certaine thérapeutique dans les cas d'atonie gastro-intestinale avec hypotension artérielle chez l'adolescent, m'ont amené à envisager cette importante question, surtout au point de vue pathogénique et thérapeutique.

L'atonie gastro-intestinale est une affection très répandue chez les adolescents des deux sexes; et comme elle est la plupart du temps négligée par le médecin, soit qu'il la considère comme "quelque chose qui doit guérir avec le temps", soit à cause du caractère apparemment irréductible qu'elle présente, parce que justement elle est prise pour une affection primitive, alors qu'elle n'est souvent qu'un symptôme d'une autre maladie, il arrive qu'elle embrouille le diagnostic et conduit, de ce fait, à une thérapeutique surchargée, inutile et inefficace dont les résultats pèsent d'abord sur le malade, ensuite sur le médecin.

C'est à l'aide d'une observation type que j'ai envisagé la question. Supposé moins hypothéqué par la vie que n'est censé l'être l'adulte jeune ou vieux, l'adolescent nous permettra peut-être de mieux saisir le mécanisme du facteur pathogénique; car ce même facteur, susceptible de se rencontrer chez l'adulte, nous apparaît alors moins évident à cause des nombreuses maladies intercurrentes. L'histoire clinique d'un adolescent de 19 ans, le prototype de tous ces jeunes dyspeptiques à type hypotonique, et qui ne sont en somme, souvent, que des gastriques secondaires, va me fournir l'occasion d'exposer le résultat de mon observation personnelle, en regard de ces cas, ainsi que les conclusions auxquelles j'en suis arrivé, après bientôt sept années que

je les ai observés, aussi bien à Paris, chez mes maîtres, que dans mon cabinet de consultation, ou dans notre service à l'Hôpital N.-Dame.

Pathogénie

Nous connaissons depuis longtemps le syndrome de l'hypertension artérielle avec ses troubles et ses accidents toujours sérieux. Ce syndrome *si riche*, dont la pathogénie peut reposer, soit sur une lésion rénale chronique, soit d'après les diverses théories en présence, sur une perturbation endocrinienne, *s'oppose à la pauvreté* du syndrome de l'hypotension artérielle, qui comporte, tout de même, un ensemble d'accidents dominant souvent la scène clinique et dont la répercussion s'effectue dans les différents domaines de l'économie :

Dans le domaine cardio-vasculaire: ce sont les lipothymies et la syncope; la bradycardie totale ou sinusale (et ici, l'hypervagotonie semble jouer aussi un rôle étiologique dans la production de ces deux symptômes).

Dans le domaine nerveux: Une fatigabilité, qui de légère, peut devenir considérable, au point d'aboutir à une véritable asthénie, et conduire à un état psychasténique.

Dans le domaine pulmonaire: Ici me vient une idée que j'émetts, même si elle peut vous paraître un peu osée.

Bien des jeunes malades, étiquetés tuberculeux par la clinique, et à propos desquels ni les Rayons X ni le laboratoire ne peuvent se prononcer, et qui présentent de la fatigue, de l'amaigrissement, de l'anémie, une asthénie marquée, ne présentent — et je l'ai constaté souvent — rien de plus que de *l'atonie pulmonaire* dont la cause réside loin des poumons. Cette atonie pulmonaire serait justement caractérisée par une *expiration* un peu soufflante et prolongée au niveau de la zone sous-claviculaire ou même de la zone d'alarme, qui ne correspondrait pas toujours à une condensation du parenchyme pulmonaire, mais serait due, *bien au contraire*, à une *atonie* du parenchyme ou encore à un trouble fonctionnel du pneumogastrique.

Le poumon, en effet, possède une trame fibreuse et une innervation. Or, dans l'atonie, la rétractilité pulmonaire se faisant plus lentement, et le poumon revenant sur lui-même dans une sorte d'ondulation lente et saccadée, expliquerait cette expiration prolongée et souvent soufflante, sans traduire, pour tout cela, une lésion proprement dite de l'organe. Et dans un même ordre d'idées: ces souffles systoliques, rudes ou râpeux, perçus entre les deux chefs du sterno-

mastoïdien, surtout à droite, au-dessus de la clavicule, chez les chloro-
anémiques à la puberté, ne feraient que traduire l'atonie du système
artériel: je vous en dirai un mot tout à l'heure dans l'histoire de
l'adolescent que je rapporterai et à propos duquel la radiographie n'a
rien enregistré qui pût confirmer les doutes que nous entretenions
au début sur l'intégrité de ses poumons.

Je mentionne, enfin, les accidents que fournit l'hypotension
artérielle *dans le domaine digestif*. Ce sont: des ptoses, rarement
dans le sens que nous l'entendons, mais *l'atonie*, *l'aéro-gastro-colie* et
la *constipation*. Cette atonie que l'on prend pour une maladie de
l'estomac, *chez l'adolescent à croissance rapide*, me paraît être un
écho gastrique, *secondaire dans bien des cas*, à une insuffisance sur-
rénalienne moyenne, dont la perturbation, je vous l'avoue, peut
parfois nous paraître difficile à préciser, car il existe un syndrome
fonctionnel des surrénales sans lésions de la glande, *et c'est ce qui
différencie la maladie d'Addison* (où l'irritation des plexus nerveux
péri-capsulaires intervient comme élément pathogénétique pour don-
ner par irritation du sympathique la mélanodermie, les douleurs
lombaires et abdominales) *de l'insuffisance surrénale pure* où le
déficit glandulaire produit l'asthénie, les troubles digestifs, l'ama-
igrissement, l'hypotension, l'hypothermie, tous symptômes qui se
réunissent à ceux de la maladie d'Addison, de façon à produire des
syndromes mixtes dont la maladie d'Addison représente le type le
plus pur.

Pour résumer l'ensemble de nos remarques sur l'atonie gastro-
intestinale, *en rapport avec l'hypotension artérielle* chez l'adolescent,
et sur la pathogénie de cette affection si fréquente, disons que:
l'insuffisance surrénale fonctionnelle constitue un syndrome tenant
sous sa dépendance l'hypotension artérielle avec ses accidents loca-
lisés un peu dans tous les systèmes de l'économie, *en particulier dans
le système digestif*; et je n'en veux pour preuve que l'observation type
suivante, qui vous montrera tout l'intérêt pratique *du syndrome
nosologique de l'hypotension artérielle chez l'adolescent à croissance
rapide* qui vient consulter pour des troubles digestifs et chez lequel le
diagnostic d'atonie gastrique est toujours facile à porter, mais chez
lequel aussi il est important de rechercher la cause de cet état patho-
logique, cause que l'on trouve souvent, si l'on veut se donner la peine
d'examiner son malade: ce qui nous permet ensuite d'être en mesure
d'appliquer une thérapeutique rationnelle et effective.

Observation

M. X., 19 ans, écolier, nous est amené par son père en consultation le 3 octobre 1927. Il accuse une digestion difficile et lente avec perte d'appétit, un amaigrissement progressif et un malaise localisé au creux épigastrique, persistant durant tout le temps de la digestion. C'est à l'âge de 15 ans, alors qu'il venait d'entrer comme pensionnaire au collège, que ses troubles ont débuté: le jeune homme remarque vers ce temps-là que sa croissance s'effectue rapidement.

Du côté héréditaire: rien à signaler.

Les antécédents personnels sont excellents jusqu'à la 15ème année. C'est un jeune homme plutôt sérieux et studieux qui ne fume pas et ne prend aucune liqueur.

On se trouve en présence d'un sujet **type longiligne**, manifestement amaigri, pâle, non ictérique, asthénique et neurasthénique.

Il mesure à 19 ans: 5 pieds 9½ pouces.

Poids: 51 kil. = 112 lbs.

P. A. = 100/70. Pouls: 60. Température: 98.

Il n'y a ni albumine ni sucre dans les urines.

L'histoire clinique de ce malade ne nous ayant rien révélé du côté du foie, de la rate, du système génito-urinaire, si ce n'est une spermatorrhée bi-hebdomadaire, ni rien du côté ganglionnaire, notre attention a été surtout attirée par les systèmes **pulmonaire et glandulaire, circulatoire et digestif.**

A. Système pulmonaire

Si j'insiste sur les poumons, c'est que cet ado'escant nous a donné l'impression d'être un tuberculeux.

A l'inspection: une dépression marquée sous-claviculaire des deux côtés.

La respiration: 16 par minute; (il ne tousse pas, n'a jamais craché de sang; aucune douleur thoracique; signes fonctionnels absents).

A la percussion et à la palpation: rien d'appréciable.

A l'auscultation: expiration prolongée, soufflante, un peu plus marquée du côté droit; dans la zone sous-claviculaire et la zone d'alarme aucun râle d'aucune sorte.

A l'examen radioscopique: les sommets paraissent légèrement voilés des deux côtés, mais les poumons, les sinus costo-diaphragmatiques et le médiastin postérieur sont clairs.

Il existe quelques petits ganglions aux deux hiles.

La radiographie montre un très léger voile au sommet gauche; le voile du sommet droit est moins net. (Dr Panneton.)

B. Système glandulaire et circulatoire

On note l'anémie, l'asthénie, l'hypothermie, l'hypotension artérielle et la bradycardie.

C. Système digestif

Les nouveaux procédés d'investigation n'étant pas toujours à la portée du praticien exerçant hors de l'hôpital, c'est avec intention que nous avons examiné notre jeune malade au point de vue digestif, avec les seules méthodes courantes d'examen, qui permettent quand même au simple praticien d'acquérir des éléments précieux de diagnostic.

La langue est pâle, humide; la dentition excellente; les amygdales légèrement hypertrophiées; les muqueuses un peu décolorées; les pupilles en légère mydriase; le corps thyroïde nous paraître normal.

A l'inspection du thorax, on constate que l'angle de Charpy est très aigu; la peau est sèche et présente une certaine flaccidité; on remarque une légère dépression au niveau de l'épigastre avec léger ballonnement hypogastrique; pas de circulation collatérale ni aucune lésion cutanée; absence d'ondes péristaltique; un petit battement aortique soulève régulièrement la paroi au niveau du creux épigastrique: c'est le ventre en S des "dilatés" ou des ptosés.

A la palpation une très légère sensibilité au creux épigastrique, n'amenant aucune modification du pouls et des pupilles, ni aucune défense musculaire; on ne remarque aucune masse anormale, si ce n'est la masse de l'intestin grêle qui fait un léger ballonnement dans la région hypogastrique.

Présence du bruit de flot et du bruit de clapotage qui nous permettent de localiser, en position horizontale, la limite inférieure de la grande courbure à trois travers de doigt environ au dessus de l'ombilic.

Gargouillement sur tout le trajet du cœco-ascendant, avec distension cœcale marquée: stase estinale chronique; quand on tente de faire refluer vers l'**angle hépatique** le contenu aéro-liquide du cœco ascendant, on fait naître à ce niveau une légère douleur. Le transverse est difficilement repéré, mais on sent, par contre, sur le trajet du colon descendant, des billes molles qu'on réussit à écraser facilement par la pression des doigts.

La percussion: L'espace de Traube est agrandi; on constate une différenciation de sons au niveau du quadran abdominal: la **zone gastrique** donne une très grande sonorité, sorte de tympanisme; la **zone du grêle**, une légère matité; celle du **cœcum** rend un son élevé ressemblant à celui de la zone gastrique: donc de l'aéro-gastrie et de l'aéro-colie droite.

L'épreuve de la sangle est négative et nous y reviendrons tout à l'heure au sujet du traitement.

Toucher rectal: à bout de doigt, on sent un boudin fécal de consistance moyennement dure.

Subjectivement: Le malade, après son repas du midi et du soir, éprouve une sensation de pesanteur, de boule, au creux épigastrique qu'il nous dit le gêner jusqu'au repas suivant; mais cette désagréable sensation n'est pas vraiment douloureuse et semble s'atténuer en position horizontale.

La quantité d'aliments prise par le malade équivaut au quart environ d'une ration normale et est prise sans aucun appétit.

Cette sensation désagréable non vraiment douloureuse éprouvée par ce jeune homme traduirait, par l'absence des contractions gastriques, une atonie en même temps, peut-être, qu'un léger spasme du pylore; car il est connu que l'estomac et le pylore ont une innervation différente: sympathique pour le pylore, et pneumogastrique pour l'estomac. Comme ces deux innervations sont opposées, une excitation sympathique peut provoquer un spasme du pylore et un relâchement de l'estomac par inhibition pneumogastrique, et vice versa.

Le malade n'a jamais éprouvé ni crampes, ni torsion, ni pyrosis; jamais de nausées, ni vomissements; mais il accuse par contre une constipation opiniâtre et qui est renforcée autant par l'inanition que par l'atonie qui en résulte; il n'a jamais eu de melœna ni hémorrhôides.

Traitement

En présence de ces faits cliniques, voici le traitement que nous avons cru rationnel d'instituer.

Tout d'abord, nous avons imposé à ce jeune adolescent, étant donné son asthénie profonde, un repos complet au lit, durant dix jours; après quoi: trois heures de lit par jour durant un mois et demi; nous l'avons convaincu de la nécessité de s'alimenter, chose qu'il redoutait, et *d'autant plus*, que son régime antérieur d'inanition avait notablement diminué sa capacité digestive, ainsi que sa résistance morale et physique. Et comme nous pensions avoir affaire à cette variété d'atonie pure, *secondaire toujours*, non véritablement compliquée de spasme pylorique, nous avons choisi les aliments les plus excito-moteurs: viande rouge, puis blanche, poissons, œufs, légumes en purée et une petite proportion de fruits crus, bien mûrs, riches en vitamines; nous avons permis un tout petit peu de pain de son, séché au four. Au cours du repas, contrairement aux idées reçues, nous l'avons autorisé à prendre une demi-tasse de thé faible; nous lui avons interdit le thé noir, à cause du tanin, qui provoque la constipation. Dans l'heure qui précède chaque repas et qui doit être passée au lit, le malade prend un grand verre d'eau, en vue de l'hydratation des tissus et d'un meilleur fonctionnement intestinal.

Au début de cette première partie du traitement et dans le but de réveiller le péristaltisme intestinal nous avons ordonné un lavement de 400 grammes d'eau de racines de guimauve, deux fois la semaine, ceci en attendant le réveil spontané de l'intestin que provoque merveilleusement l'administration d'une dose moyenne de crééne.

L'intestin étant ainsi préparé, trois médicaments ont déclenché assez rapidement le relèvement physique et moral de notre jeune malade :

L'extrait surrénalien; l'éphédrine; et l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse.

Bien que ce dernier médicament, dont l'action physiologique se déroule dans le sens d'une excitation du "vague", me parût peu indiqué chez les vagotoniques, et mon malade représentait ce type, je n'en ai pas moins remarqué avec le secours de l'éphédrine et de l'extrait surrénalien (ces trois médicaments étant administrés alternativement) une amélioration marquée dès le début du traitement; et après deux mois et vingt-cinq jours de ce traitement, administré trois fois la semaine, nous avons obtenu une guérison certaine, confirmée d'ailleurs par le résultat suivant :

Le malade, du 3 octobre 1927 au 29 décembre 1927, a engraisé de 18 livres; la P. A., de 100/70 est montée à 125/85; le pouls de 60 à 85. L'intestin se vide maintenant spontanément; l'appétit est revenu normal; le moral s'est relevé et l'état général de cet adolescent de dix-neuf nous fait totalement oublier l'adolescent squelettique que nous voyions pour une première fois, à notre cabinet, il y a à peine trois mois, et qui souffrait de son estomac et de son intestin depuis au delà de quatre années.

Je dois ajouter que, dans ce cas-ci, nous n'avons eu recours à aucun moyen de sustension, tel que ceinture ou pelote; car nous persistons à croire que, dans la plupart des cas d'atonie gastro-intestinale chez les maigres qui sont jeunes, le port de la ceinture, appliquée dans les meilleures conditions, est souvent inopportun, et provoque en plus des douleurs au niveau des plexus, ainsi que de la constipation. Tout au plus la ceinture est-elle tolérée, chez les jeunes, que lorsque la tonicité de l'intestin commence à se réveiller: et à ce moment-là, une gymnastique bien comprise supplée, par le développement de la musculature abdominale qu'elle favorise, à cet instrument de torture, qui cesse de l'être, pour les adultes, autrefois gras et devenus maigres, avec ventre en besace, et qui représentent, en somme, les types de ptosés, susceptibles de profiter le plus du port d'une ceinture abdominale.

FORMULAIRE

Contre la coqueluche :

- 1° Extrait de cannabis indica 1 gramme
Extrait de belladone 0 gr. 50 centigr.
Sirop tolu 40 grammes
Une cuillerée à café 4 à 8 fois par jour dans un infusion chaude.
- 2° Bromure de potassium }
Bromure d'ammonium } 2 grammes
Bromure de sodium 4 grammes
Hydrate de chloral 3 grammes
Sirop d'écorces oranges amères 60 c.c.

Une cuillerée à soupe contient 0.50 centigr. de chloral.

Avant cinq ans: une cuillerée à thé 3 à 4 fois par 24 heures. Après cinq ans: une cuillerée à dessert 3 à 4 fois par 24 hrs, contre la toux spasmodique sans signes de bonchite.

Contre l'anémie :

- 3° Protoxalate de fer 0 gr. 10 centigr.
Magnésie 0 gr. 10 centigr.
Poudre noix vomique 0 gr. 01 centigr.
Pour une poudre — avant chaque repas.

- 4° Tartrate ferrico-potassique 25 grammes
Eau distillée 25 grammes
Sirop simple 950 grammes
Une grande cuillerée à soupe contient 0.50 centigr. de fer.
Une avant chaque repas.

- 5° Arséniate de soude 0 gr. 05 centigr.
Tr. de kola. }
Tr. de coca. } 0 gr. 50 c.c.
Extr. mou de quinquina 2 grammes
Acide citrique 1 gramme
Une cuillerée à thé dans un peu d'eau après chaque repas.

Contre la toux (rougeole) :

- 6° Sirop belladone 10 grammes
Sirop tolu 20 grammes
Benzoate de soude 0 gr. 30 centigr.
Eau fleurs d'oranger 60 grammes
Eau de tilleul 50 grammes

Enfant de cinq ans ou plus: Une cuillerée à dessert toutes les 2 heures.

ANALYSES

MEDECINE

GOUGEROT et PEYRE. — **Hypoépinéphrie et dysinsulisme. Nouveau syndrome pluriglandulaire** ("Revue de Médecine", 1927, No 5).

A la suite des travaux de Scale Harris, les auteurs rapportent quatre observations, dont deux familiales, d'hyperfonctionnement pancréatique associé à une insuffisance surrénale. La syphilis et l'hérédosyphilis seraient mises en cause dans les trois premières, tandis que la dernière en serait exempte. Le pancréas en hyperfonctionnement produit, tout comme l'injection d'insuline, une hypoglycémie, se traduisant cliniquement par des vertiges, des faiblesses, des petites crises de contracture, de la tachycardie. Si, sur ce tableau, viennent se greffer la fatigue, l'hypotension, l'hypothermie et la cryesthésie de l'insuffisance surrénale, on aura l'aspect exact du syndrome pluriglandulaire décrit par G. et P. Le traitement consiste d'abord à s'attaquer à la cause quand elle est décelable, puis à lutter contre les symptômes par l'ingestion de sucre avant les repas, par l'opothérapie adrénalinienne et surrénalienne.

BOUCHER.

BOUCHUT et RAVAUT. — **Les formes anormales du cancer du pancréas** ("Revue de Médecine", 1927, No 4).

Les auteurs en décrivant *cinq* formes, appuyées par des observations complètes, avec nécropsie. Les *formes qui simulent le cancer gastrique* se présentent avec des constatations cliniques, chimiques et radiologiques de cancer de l'estomac, démenties par l'autopsie; les *formes ictériques à début anormal* se déclarent brusquement sous forme de colique hépatique avec son cortège habituel; les *formes à syndrome douloureux ectopique* peuvent prendre toutes les apparences, puisque, dans les deux observations publiées, les symptômes se présentaient sous forme de sciatique bilatérale pour l'une, et de phlegmon perinéphrétique pour l'autre; les *formes fébriles* qui ont pour symptôme dominant la fièvre; enfin les *formes métastatiques*. Conclusions: les anomalies cliniques du cancer pancréatique sont ordinairement "le fait d'une localisation spéciale de la tumeur ou d'une disposition particulière de ses généralisations"; il ne faut pas trop se fier à la constatation, souvent difficile, d'un syndrome coprologique ou glycosurique; tout processus néoplasique à point de départ imprécis doit faire penser au cancer du pancréas.

BOUCHER.

DANIELOPOLU, ASLAN, MARCOU et PROCA. — **Les zones réflexogènes carotidiennes** ("Bull. de l'Acad. de Méd.", 25 oct. 1927).

En préparant la carotide primitive à son point de trifurcation, de manière à isoler de l'artère le vago-sympathique tout en conservant les filets qui se rendent à la paroi artérielle, on peut obtenir par simple pincement avec les doigts, 1o) un *réflexe respiratoire* qui se traduit, en dehors de toute excitation vagale, par une "augmentation de la fréquence de l'amplitude respiratoire, ou une raréfaction du rythme et une amplification du mouvement respiratoire, ou bien à une simple amplification, sans modification du rythme"; 2o) un *réflexe presseur-dépresseur*, c.à.d. qui augmente ou baisse la pression; 3o) un *réflexe viscéral carotidien* qui inhibe puis augmente la motilité de l'estomac jusqu'au demi-tétanos sans excitation des filets sympathiques ou parasympathiques; 4o) un *réflexe moteur* provoquant des convulsions et que les auteurs n'ont pas fini d'étudier; 5o) *une sensation douloureuse* par la voie de filets conduisant la sensibilité consciente. Cette zone réflexogène carotidienne, se traduisant par une conduction double et antagoniste du réflexe, s'ajouterait donc à la zone réflexogène cardio-aortique déjà décrite par ces auteurs. Toutes les deux auraient une influence sur l'équilibre fonctionnel des divers organes. A cet exposé de leurs recherches D. et ses collaborateurs ajoutent des considérations sur la pathogénie de la dyspnée d'effort et sur le traitement de certaines dyspnées, de la sclérose pulmonaire et de l'asthme, qui ne sont que de simples suppositions.

BOUCHER.

LEON BERNARD, MARCEL LELONG et Mlle G. RENARD. — **La localisation péri-hilaire de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte** ("Annales de Médecine", tome XXI, No 5, mai 1927).

Les auteurs présentent dans une revue d'ensemble les caractères qui appartiennent en propre à cette localisation. Leur description est basée sur 22 cas choisis parmi les plus typiques qu'il leur a été donné d'observer.

Cette localisation de la tuberculose pulmonaire de l'adulte où les lésions sont cantonnées, au moins à un moment de leur évolution, à la région pulmonaire immédiatement voisine du hile, leur a paru fréquente. Pas de lésion appréciable au sommet.

La radioscopie met bien en lumière et permet de localiser les ombres dans les différents plans, elle permet d'apprécier le groupement péri-hilaire de ces ombres et leur maximum de densité à ce niveau. La radiographie nous renseigne encore davantage sur l'existence de ces lésions, rendant visibles les plus fines arborisations. Le hile apparaît très empâté; à la façon d'un éventail les arborisations diffusent vers la périphérie.

Les variétés de cette tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte, à localisation hilare, revêtent six formes.

A) Dans la première, l'image se traduit par un semis de taches autour du hile; celles-ci peuvent apparaître en forme de grains rappelant l'image de granulations tuberculeuses. On peut les rencontrer par ailleurs plus volumineuses et mal différenciées. Ce type d'image s'observe quand des lésions primitivement unilatérales se propagent au côté opposé.

B) Les ombres peuvent apparaître linéaires, elles se dirigent de la partie supérieure du hile et, s'entrecroisent pour former un réseau à mailles irrégulières. Elles couvrent tout particulièrement la zone inter-cléido-hilaire sur l'importance de laquelle les auteurs ont déjà insisté.

C) Dans un troisième cas, il s'agirait d'une sclérose du tissu interstitiel péri-broncho-vasculaire, prédominant dans la région hilare qui se traduit à la radiographie par une exagération des ombres hilaires normales avec aspect finement réticulé de la partie voisine du champ.

D) Dans le quatrième type une masse d'ombres de forme vaguement arrondie, très opaque, est accolée immédiatement au bord droit ou gauche de l'ombre cardiaque. Les auteurs reconnaissent de cette variété, d'après son siège trois types.

a—Péri-sus-hilaire

b—Para-hilaire

c—Péri-sous hilaire.

On sait que ces deux derniers types sont exceptionnels chez l'adulte alors qu'on les rencontre souvent chez le nourrisson et le jeune enfant.

E) Dans d'autres cas, il s'agit d'une ombre triangulaire dont la base est soudée au hile et le sommet tourné vers le parenchyme. Elle pénètre, disent les auteurs, comme une pointe acérée dans la clarté pulmonaire. L'examen radiologique peut aussi mettre en évidence une image cavitaires juxta-hilaire. Cette image, souvent régulièrement sphérique, peut atteindre sur le cliché des dimensions d'une pièce de 5 francs ou même davantage. Cet aspect résulte probablement de l'évolution vers le ramollissement des lésions qui se traduisent par l'image en plage d'ombre décrite dans le quatrième type.

Ces images se peuvent observer chez tous les types de malades, depuis les tuberculeux ulcéro-caséux très évolutifs, jusqu'aux tuberculeux ulcéro fibreux ou même fibreux purs, peu ou pas évolutifs. Elles ne répondent donc pas à un type clinique proprement dit mais seulement à une variété topographique.

Les auteurs de cette étude concluent que l'observation de leurs malades leur permet de mettre en évidence ces deux seuls traits communs.

a—Que ces ombres correspondent à des stades de début.

b—Et surtout qu'elles sont muettes à l'auscultation.

CHIRURGIE

MM. SICARD et LAPEYRIE. — **Luxation ouverte du coude** ("Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.", 18 juin 1927).

Les auteurs rapportent un cas de grand traumatisme du coude avec luxation en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, l'épiphyse sort à travers les parties molles au niveau du pli du coude.

Après réduction et excision des lambeaux musculaires déchiquetés, on ferme partiellement la brèche cutanée et draine par une mèche de gaze; une immobilisation avec une gouttière plâtrée empêche la luxation de se reproduire.

Les résultats immédiats sont bons: un mois et demi après l'accident l'extension du coude se fait jusqu'à un angle obtus de 140° environ, la flexion dépasse de 45° l'angle droit, la pronation et la supination sont parfaites, seule la flexion des doigts manque de force.

Le traitement institué par les auteurs est correct, cependant on peut leur reprocher le drainage qui non seulement est inutile mais dangereux à cause de l'infection secondaire qu'il favorise; c'est là une notion classique depuis la guerre.

A. BELLEROSE.

M. AUVRAY (Paris). — **Remarques à propos de 51 cas personnels de traumatismes crâniens** ("Gazette des Hôpitaux", novembre 1927).

L'auteur a surtout en vue dans son travail la question thérapeutique et envisage les résultats obtenus par la ponction lombaire.

Sur 47 malades traités par la ponction lombaire, 34 guérisons ont été obtenus. Sur ce chiffre il y a 17 cas qualifiés graves et très graves dans lesquels la ponction s'est montrée à elle seule efficace. Cette proportion élevée de cas graves est un argument très favorable à la ponction lombaire dans la thérapeutique des traumatismes crâniens.

Toutefois les bons résultats de la ponction lombaire ne doivent pas faire rejeter systématiquement la trépanation; celle-ci s'impose dans certaines conditions d'ailleurs bien déterminées: 1) existence d'un enfoncement osseux; 2) existence de symptômes de foyer, de localisation pouvant faire soupçonner la compression par un hématome; 3) hypertension intra-crânienne ne cédant pas aux ponctions répétées.

MERCIER-FAUTEUX.

STOLZ, MEYER, WEISS. — **La patellite ou maladie de Sinding-Larsen**. ("Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.", 18 juin 1927).

Il s'agit ici d'une affection osseuse de la rotule que l'on rencontre chez les adolescents.

Cette maladie ressemble à l'ostéochondrite de la hanche, à la sca-

phoïdite tarsienne, enfin à tous les états pathologiques dont la particularité essentielle est un trouble de la calcification osseuse.

Voici l'observation d'un cas de patellite que les auteurs ont eu l'occasion d'étudier à la Clinique chirurgicale B de la Faculté de Strasbourg.

Auguste F., vingt-deux ans, tombe sur le genou gauche, le 5 janvier, sept semaines après, on le conduit à l'Hôpital de Strasbourg. A ce moment, les signes cliniques sont les suivants: tuméfaction douloureuse de l'articulation, épanchement, atrophie du quadriceps. La flexion est très douloureuse.

La radiographie montre une rotule ayant un aspect pommelé, le pôle inférieur semble séparé du corps. L'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia sont décalcifiés.

L'examen histologique d'un fragment de la rotule, pratiquée par M. Masson, fait voir des transformations considérables: une lame d'os compact très amincie et irrégulière, un tissu spongieux tantôt en voie de destruction, tantôt en voie d'accroissement avec augmentation de la circulation sanguine; en somme, il y a hypervascularisation, raréfaction et condensation osseuse sans phénomènes inflammatoires.

Comment peut-on expliquer ce phénomène? Pour les auteurs, il s'agit de troubles osseux d'origine vaso-motrice.

"La vaso dilatation, stimulant les échanges, provoque une mobilisation du calcium, qui, par le mécanisme dit des mutations calciques, va se déposer ailleurs. La raréfaction osseuse, résultant de l'hyperhémie, provoque en d'autres points la précipitation des particules de calcium."

La rotule décalcifiée, ramollie se laisse allonger par les tractions du tendon rotulien.

L'hypervascularisation du tissu osseux, quelqu'en soit la cause, irritation mécanique prolongée, traumatisme, infection atténuée, augmente les échanges dans le territoire affecté et favorise les mutations calciques, qui se traduisent par de l'ostéite raréfiante et condensante.

A. BELLEROSE.

M. ROBINEAU. — Un cas de névralgie du trijumeau ("Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie", tome LIII, No 35).

M. de MARTEL. — Sur la neurotonie rétro-gassérienne.

R. LERICHE. — A propos de 49 cas de neurotonie rétro-gassérienne ("Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie", tome LIV, No 1).

Robineau rapporte cette observation du professeur Hortoloméi (de Passy). Une femme souffrant depuis 16 ans de névralgies faciales terribles, avait subi déjà des sections périphériques des nerfs puis une double sympathectomie cervicale sans résultat. Les douleurs persistèrent aussi atroces.

Hortoloméi voulant pratiquer la neurotonie rétro-gassérienne dut interrompre l'opération en cours de route, la malade ayant tendance à

faire des syncopes. 9 jours plus tard la neurotomie fut pratiquée heureusement. Guérison complète.

Dans ses conclusions, Hortoloméi croit 1° que l'anesthésie générale au chloroforme est le mode d'anesthésie de choix pour les interventions sur la tête, le cou; 2° il attire l'attention sur la bénignité de l'opération en 2 temps, et donc son utilité chez les sujets âgés et débiles.

Or, de Martel, Leriche et Robineau pensent tout autrement. Pour Robineau, l'opération, l'opération en 2 temps paraît tout à fait inutile; deux raisons peuvent forcer le chirurgien à s'arrêter en cours de route: l'abondance de l'hémorragie et l'état de choc avec chute de la tension artérielle. Or l'hémorragie peut être évitée et cède toujours au traitement méthodique.

S'il n'y a pas d'hémorragie abondante, le choc ne peut résulter que de l'anesthésie générale par inhalation, qui est un facteur de gravité à cause de la longueur de l'opération. Il faut donc ou bien comme de Martel "abandonner complètement l'anesthésie générale pour l'anesthésie locale qui permet de pratiquer toute l'opération avec une facilité très grande" (Tome LIV, No 1); ou bien, comme Robineau et Leriche pratiquer l'anesthésie rectale par lavement d'huile éthérée, une demi heure avant l'intervention.

Si la gassérectomie demeure toujours une opération fort dangereuse, quelle est donc la gravité de la neurotomie rétro-gassérienne? Dans ses 100 premières neurotomies, Robineau a eu 4 morts. Une mortalité de 4 p. 100 n'est pas considérable, et contrairement, à l'opinion répandue, n'implique pas une grande gravité. L'âge avancé n'est pas une contre-indication systématique, Robineau, sur ses 100 malades, en compte 9 qui étaient âgés de 70 à 79 ans.

"Pour ce qui est de la gravité de la neurotomie, dit de Martel, elle est exactement nulle. J'ai à l'heure actuelle opéré une série de 92 neurotomies sans une seule mort, et parmi ces opérés il y a plusieurs sujets très âgés et très fragiles.

"J'ai fait jusqu'ici 49 neurotomies rétro-gassériennes pour névralgie du trijumeau (R. Leriche, séance du 11 janvier 1928, de la Société de chirurgie). J'ai eu deux morts. Depuis 1922, je n'ai pas perdu un malade sur 42 cas. En somme, dès qu'on sait faire l'opération, elle n'a plus aucune gravité, même chez les gens âgés."

Quand aux résultats thérapeutiques de la radicotomie rétro-gassérienne, Robineau insiste sur l'efficacité parfaite de l'opération: la récurrence est l'infime exception.

"La gassérectomie et l'arrachement des branches ne peuvent être comparés à la neurotomie. La gassérectomie est fort dangereuse, et l'arrachement des branches inefficace. Dans les cas de névralgie typique, le résultat est généralement excellent": telles sont les paroles de de Martel.

Pour R. Leriche: "Je pense donc que quand il s'agit de névralgie vraie du trijumeau la neurotomie guérit toujours si elle n'a pas oublié quelques fibres. S'il y a persistance des douleurs ou récurrence, c'est que l'opération n'a pas été suffisante et il n'y a qu'à la recommencer."

La gassérectomie, si elle a permis quelques triomphes à des "as"

de la chirurgie, demeure une opération formidable; la radicotomie, elle, est une admirable opération, qui, entre les mains d'un bon artisan, amène régulièrement la guérison de la névralgie faciale essentielle.

Armand PARE.

M. DESMAREST. — A propos de la suture de la paroi abdominale en un seul plan après laparatomie ("La Presse Médicale", Paris, 10 août 1927).

L'auteur dit qu'il paraît superflu de parler de la fermeture de la paroi après laparatomie et que chacun tient pour excellent le procédé qu'il a coutume d'employer.

En pratique l'opérateur se trouve en face de deux éventualités: ou l'opération a été parfaitement aseptique, ou les manipulations d'organes septiques ou de tissus contaminés peuvent faire craindre une inoculation pariétale.

Dans le premier cas l'auteur pense que la paroi doit être suturée avec le plus grand soin plan par plan. D'abord le péritoine par un surjet au catgut fin, puis des points de suture séparés à la soie ou de préférence au fil de lin sur les muscles et les aponévroses. D'après l'auteur les fils de lin sont plus faciles à stériliser et donnent beaucoup plus de sécurité que les catguts, qui étant résorbables peuvent être la cause d'évémentation dans la suite, surtout chez les personnes grasses.

L'auteur est d'avis que dans certains cas où le chirurgien est en droit de craindre une infection pariétale le fil non résorbable doit être proscrit. C'est dans ces cas que certains chirurgiens conseillent de fermer la paroi en un seul plan à l'aide de fil d'argent ou de bronze.

D. n'hésite pas à condamner cette manière de faire qu'il considère comme une erreur très préjudiciable aux opérés dans beaucoup de cas.

Les avantages de cette technique résident dans sa simplicité et sa rapidité, mais c'est une technique brutale et en plus elle expose aux évènements et favorise l'infection de la paroi par appel de liquide vers les tissus en suivant le trajet du fil.

En fin de compte l'auteur n'hésite pas à condamner la suture de la paroi en un seul plan comme une méthode dangereuse.

E. TROTTIER.

PEDIATRIE

X. LUST. — La fièvre du lait sec ("Le Monde Médical", 15 nov. 1927).

A la liste déjà énumérée par MM. Debré et Sémélaigne ainsi que par MM. Aviragnat, P. Marie, Schreiler et Florent, M. Lust rapporte le cas d'un enfant alimenté avec le lait sec présentant une t. à 39°.5, cependant que l'état général reste bon et la courbe de poids normale. Après plusieurs examens, M. Lust supprime le lait sec; la T. tombe à 36.5.

Reprise du lait sec, nouvelle poussée de T. On supprime définitivement le lait sec aucune poussée fébrile ne reparait.

Eliminant toute cause infectieuse, M. Lust rattache cette hyperthermie à un phénomène toxique ainsi expliqué: dans le lait sec, outre le sucre, les matières protéiques et la graisse (en petite quantité), il y a des matières salines en proportion supérieure à celles contenues dans le lait frais coupé d'eau. En alimentant le nourrisson avec le lait sec, on lui donne une quantité de calories suffisante pour fournir à ses besoins normaux caloriques qu'il doit perdre dans la proportion de 73% par évaporation cutanée et pulmonaire. Comme il reçoit une quantité de matières salines supérieure à la normale, l'enfant doit se servir de sa réserve d'eau et diminue ainsi ses éliminations aqueuses; sa déperdition calorique étant moindre, il se produit une rétention de calories donnant une ascension du thermomètre.

Lucien COUTU.

LEON TIXIER. — Comment guérir les nourrissons athrepsiques et hypotrophiques ("Le Monde Médical", 1er décembre 1927).

Chez les nourrissons athrepsiques et hypotrophiques il est un point capital sur lequel on ne saurait trop insister: c'est le lavage d'estomac.

L'auteur envisage: A. Les modifications des troubles gastro-intestinaux; B. L'établissement du régime alimentaire; C. Les moyens de stimuler les échanges nutritifs; D. Les résultats obtenus.

A. Il note que les troubles gastriques sont plus importants que les troubles intestinaux. Les régurgitations, les vomissements sont les symptômes qu'il faut modifier si l'on veut que la thérapeutique ne soit pas inopérante. Le lavage d'estomac, facile à faire avec une sonde urétérale du calibre 20 à 30, ramènera, si pratiqué à jeun, une première fois des débris alimentaires, des caillots de lait, des matières en putréfaction. Alors, fait remarquable, tandis que l'intolérance gastrique était absolue pour tout liquide, l'estomac devient tolérant, très souvent dès le premier lavage d'estomac, pour le lait convenablement préparé. Ce serait donc ces débris alimentaires et cette bouillie sanieuse, qui entretiendraient le spasme et gêneraient le fonctionnement des glandes de la muqueuse stomacale.

B. Une fois la tolérance gastrique obtenue grâce au lavage d'estomac, la majeure partie des cas catalogués intolérants pour le lait, tel ou tel lait, ou différents laits s'évanouissent. M. Tixier insiste beaucoup à défaut de lait de femme sur le lait d'ânesse. A partir de l'âge de six mois, les farines lactées, la crème d'orge, la crème de riz, bien préparées donneraient de bien plus beaux résultats que les thérapeutiques les plus variées.

C. Pour stimuler les échanges nutritifs nous aurions d'une part les injections d'extraits thyroïdiens et d'autre part les rayons ultra-violet. Les résultats sont là pour confirmer l'heureuse influence des injections sous-cutanées d'extraits thyroïdiens. Avec les rayons ultra-violet, il y a

d'abord atténuation des phénomènes spasmodiques et ensuite l'excellente prophylaxie du rachitisme.

D. Pour montrer les résultats, M. Tixier cite deux observations typiques. Deux nourrissons vomisseurs qui vers 4 mois pesaient environ 300 grammes de moins qu'à la naissance auraient repris dans un laps de temps relativement court 1200 à 2200 grammes.

Henri BARIL.

L. DEVRAIGNE. — **Rôle du médecin dans les Consultations Maternelles** (“Notes pratiques d'actualité médicale”, septembre 1927).

La consultation maternelle ou prénatale, dirigée par un médecin compétent, bien averti de tout ce qui concerne la gestation et la maternité, constitue un arme admirable, de tout premier ordre, dans le vaste champ de la médecine préventive, qui est en somme le dernier mot de l'hygiène moderne. “Tant vaut le médecin, tant vaut la consultation” disait Budin: celle-ci n'aura de réelle valeur que si celui-ci est réellement compétent.

Le premier devoir du médecin dirigeant une consultation de femmes enceintes sera de faire œuvre obstétricale: surveiller le développement de l'œuf, préparer l'accouchement pour la sécurité de la mère et de l'enfant. Les examens répétés, le palper et la percussion abdominale, le toucher vaginal, le port d'une ceinture souple et élastique, les conseils hygiéniques appropriés à chaque sujet permettront de corriger des présentations vicieuses, préviendront des ruptures utérines, des rétroversions et des éventrations, éviteront même des dystocias et des basiotripsies lamentables.

Le médecin de consultation maternelle devra aussi faire œuvre de gynécologue afin de pouvoir dépister la grossesse extra-utérine, diagnostiquer, à bonne heure, la rétroversion de l'utérus gravide, éliminer les fibromes fantômes, et éviter des complications vésicales graves. Il pourra aussi demander l'aide du chirurgien pour opérer des tumeurs abdominales ou pelviennes avec ou sans utérus gravide.

Aussi faudra-t-il que l'examen d'une femme enceinte ou supposée telle, soit le plus précoce possible si l'on veut faire œuvre de prévention.

Le médecin dirigeant une consultation maternelle devra enfin être un bon accoucheur doublé d'un gynécologue, se rappelant qu'il est avant tout un médecin: il lui faudra bien connaître et à fond son sujet.

C'est par un examen complet de tous les appareils, des antécédents physiologiques, pathologiques et obstétricaux qu'il fera besogne utile, lui permettant de dépister la syphilis, de reconnaître la tuberculose, de suivre l'évolution de quelque malade et poser son pronostic. Il lui sera permis de surveiller de très près l'hygiène générale. L'auscultation systématique de tous les cœurs de femmes enceintes, la surveillance attentive du tube digestif, le contrôle des urines, l'examen bactériologique des sécrétions vaginales, rendront des services énormes à la patiente et préviendront les accidents graves. Le laboratoire sera pour le médecin d'une aide indispensable, pour le contrôle des diagnostics.

Il faudra donc que le médecin en charge soit un homme bien averti et que la direction n'en soit pas confiée à une sage femme quelconque, nullement préparée à tous les desiderata d'une femme enceinte. Et pour l'aider dans son travail, le médecin s'adjoindra des aides, internes, infirmières, etc., et surtout une assistante sociale qui assurera la liaison entre le médecin et les familles de ses clientes pour contrôler l'exécution de ses prescriptions en les commentant et en en prouvant le bien fondé et la nécessité.

En résumé, le rôle du médecin dans la consultation maternelle est très complexe et très vaste puisque ce confrère devra être à la fois un obstétricien, un gynécologue, un bon médecin, un bon éducateur social, un excellent puériculteur, et un parfait hygiéniste, assurant dans les meilleures conditions possibles, la naissance d'enfants sains, ayant la satisfaction d'avoir joué un rôle dans la lutte contre la mortalité infantile. rôle de prophylaxie et de médecine préventive.

Arthème DUTILLY.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

J. ALBERT. — **Pleurésie séro-fibrineuse et tuberculose.** (Revue Clinique et laboratoire).

Comment mettre en évidence, par le laboratoire, l'origine tuberculeuse de la pleurésie, origine insoupçonnée dans de nombreux cas.

Landouzy disait que "toute pleurésie qui n'a pas fait sa preuve est tuberculeuse." A cette époque, cette opinion nouvelle fut vivement critiquée; cependant l'idée a fait son chemin, et aujourd'hui tout le monde admet que Landouzy avait raison et on va même plus loin, on dit que toute pleurésie qui ne peut pas être indiscutablement considérée comme secondaire à une affection connue, est *tuberculeuse*.

Comment donc reconnaître qu'une pleurésie est tuberculeuse? A la clinique parfois suffisante viennent s'ajouter les données du laboratoire dont l'importance primordiale est la recherche du Bacille de Koch.

I. *Examen cytologique* du liquide pleural qui pourra donner d'utiles renseignements ne devra pas recevoir trop d'importance. A la lymphocytose classique on y trouve souvent une polynucléose manifeste. Il faut remarquer que la formule cytologique est beaucoup plus fonction de la forme que revêt la maladie que du germe en cause.

II. *Examens sérologiques* pratiqués sur le sang par Besredka a une valeur inconstante, si on pratique la réaction sur le liquide pleural elle est plus souvent positive. La réaction de Debré et Paraf qui recherche dans le liquide l'antigène et non l'anticorps a une grosse valeur diagnostique.

III. *Examens bactériologiques* sont ceux qui ont la plus grosse valeur. 1° Examen du liquide pleural; 2° Inoculation au cobaye, et enfin 3° Culture du Bacille de Koch.

N.B.—L'inoculation et la culture du liquide pleural systématique-

ment pratiquées étendront encore le cadre de la tuberculose. Chaque médecin en présence de tout épanchement pleural non purulent doit penser à la tuberculose et s'efforcer par tous les moyens possible d'en établir la nature microbienne afin de ne pas laisser à la vie active de ces malades qui, sous une apparence de convalescence parfaite, conserve une cortico-pleurite non éteinte et gravement menaçante.

J.-A. VIDAL.

UROLOGIE

BUZEU. — L'Acridinothérapie dans la blennorrhagie ("Journal d'Urologie", nov. 1927, tome XXIV, p. 401).

L'auteur, après avoir défini l'acriflavine et avoir fait l'historique de l'acridinothérapie en expose la technique, celle de Jausion. Trois fois par semaine, on pratique des injections intra-veineuses de 5 c. c. d'une solution à 1/50e de gonacrine associées à 5 c. c. d'une solution à 1/50e d'alun de chrome. Ce dernier corps chimique produit le rôle d'activer l'action de la gonacrine.

Les *inconvenients* de la méthode sont minimes et se résument en phénomènes de shock (sensation de brûlure de la gorge, congestion de la face) et de photosensibilisation (coup de lumière) qui sont facilement combattus par un cachet de 0 grm. 25 de résorcine. Chez certains malades, il existe un cumul toxique, qui se traduit par des nausées, de la tachycardie et une légère coloration des téguments.

Puis Buzeu passe en revue les résultats thérapeutiques de Jausion, ceux de Skutesky, ceux de Duhot, ceux de Drudin, ceux de Clara et ceux de Lebœuf.

Il a employé la gonacrine dans 43 cas. Il a maintenant abandonné l'alun de chrome qui produit une irritation veineuse marquée et n'aide pas à l'action. Parmi les 43 cas, l'auteur a traité 25 cas d'uretrite aiguë dont 8 ont été guéris sans traitement local et 17 guéris avec un traitement local; 7 cas de cystites aiguës tous guéris avec 1 à 3 injections; 1 cas de cystite chronique guéri avec 3 injections; 2 cas d'épididymites guéris avec 5 à 6 injections; 2 cas de prostatites aiguës guéris; 4 cas de prostatites chroniques dont 4 échecs et 2 cas d'uretrites chroniques avec 2 échecs.

En conclusion, Buzeu dit que l'acridine est un médicament précieux dont les résultats sont remarquables dans les cas aigus. Au contraire, les résultats sont nuls ou médiocres dans la blennorrhagie chronique.

Oscar MERCIER.

TISSOT et THEVENARD. — De quelques considérations relatives au traitement abortif de la blennorrhagie par l'argyrol. ("Journal d'Urologie", nov. 1927, tome XXIV, p. 392).

La technique suivie par Tissot et Thévenard est celle de Janet. Le premier jour après constatation du gonocoque dans les sécrétions, un

lavage de l'urètre antérieur avec une solution à 1/500 d'argyrol est fait, puis une injection d'argyrol à 20 p. 100 qui sera gardé 5 minutes. Ce traitement sera répété 5 fois de 12 heures en 12 heures, en abaissant à 10 et à 5 p. 100 la concentration de l'injection. On contrôle les sécrétions au microscope pendant 5 jours. Puis le malade subit l'épreuve de la bière. S'il n'y a pas de gonocoques après l'épreuve, la guérison est établie.

Les Auteurs insistent sur l'importance d'agir avec de l'argyrol fraîchement préparé et de maintenir la solution dans l'urètre 10 minutes au lieu de 5. Les indications au traitement se résument ainsi:

1° Qu'il ne coule que depuis 36 heures au maximum

2° Que la durée du temps d'incubation ait été de 6 fois supérieure à celle du temps d'écoulement lorsque la malade vient consulter.

Les résultats des Auteurs ont été brillants: sur 43 cas il y a eu 36 guérisons dont 17 primo-infectés avec 15 succès et 26 récidivistes avec 21 succès.

Oscar MERCIER.

ORTHOPEDIE et CHIRURGIE INFANTILE

CHARLES E. FARR et MILTON LEVINE. — **L'empyème chez les enfants** [*Empyema in children*] ("Surg. Gyne. & Obs.", vol. XLVI, No 1, 1928).

A la suite d'une étude de 371 observations d'empyème chez les enfants, F. insiste sur la nécessité de classier les malades d'après l'âge, le début de l'infection et la nature microbienne. Tous les malades de Farr ont été diagnostiqués à l'aide de la ponction exploratrice et de l'examen radiologique et tous furent opérés.

Dans la majorité des cas, soit 92%, l'empyème reconnaît comme cause déterminante la pneumonie; d'autres infections, comme la sinusite, la bronchite, l'abcès pulmonaire, le corps étranger, la péritonite et la tuberculose peuvent être aussi le point de départ de la pleurésie purulente. Quelquefois, l'étiologie ne peut être précisé.

La mortalité chez les enfants en bas âge est très élevée; elle diminue après trois ans, pour devenir presque nulle après l'âge de 7 ans. L'âge joue donc un rôle important dans le pronostic sans être cependant aussi important que la nature microbienne. Les résultats opératoires sont en rapport direct avec l'état général de l'enfant au moment de l'intervention. L'empyème est rarement la cause de la mort, qui peut être attribuée à la maladie causale ou à la débilité du malade.

Le traitement par pleuro-costotomie, aidé d'un bon drainage donne les meilleurs résultats et doit être institué dès que le diagnostic de pleurésie purulente franche est posé. Avec cette technique, la récurrence est exceptionnelle.

Edmond DUBE.

ROLLIER. — **L'héliothérapie dans les affections de la hanche** [*Heliotherapy in hip joint diseases*] ("Surg. Gyne. & Obs.", vol. XLVI, No. 1, 1928).

De l'avis de Rollier, l'héliothérapie présente trois grands avantages en favorisant l'amélioration notable de l'état général, le développement musculaire et le retour fréquent des mouvements de l'articulation. L'action du soleil est général et se manifeste sur tous les systèmes; la peau, les muscles, le sang, les glandes endocrines et sur le squelette lui-même. La peau devient pigmenté et reprend rapidement ses fonctions, diminuées par l'infection. Pour Rollier, la résistance du malade est en rapport avec le degré de pigmentation. Pour les muscles, le soleil agit comme un massage en activant la circulation. Les rayons solaires peuvent même pénétrer jusqu'à l'os et aider à sa récalcification. La douleur disparaît, l'appétit est influencé et l'état général s'améliore.

L'application de l'héliothérapie, pour être efficace, doit être méthodique. Le dosage est indispensable, si l'on veut éviter les effets nocifs du soleil. Les malades de Rollier ne sont jamais appareillés dans le plâtre; à leur arrivée au Sanatorium, on les habitue graduellement à l'air, au soleil et à l'altitude, en exposant d'abord les membres inférieurs, pendant une période définie, soit 5 minutes, trois fois par jour. Cette durée d'exposition au soleil est pigmenté peu à peu pendant les trois premiers jours et la 4^e journée, on expose l'abdomen et le lendemain le thorax. Lorsque l'état général du malade le permet, et il faut être prudent, on peut faire trois heures d'héliothérapie par jour, mais il ne faut pas dépasser cette durée.

Rollier ne prétend pas que l'héliothérapie est la seule thérapeutique dans les lésions de la hanche et en présence d'une malformation il a recours à l'intervention, sans se servir cependant de l'appareil plâtré, qui pour lui est toujours nuisible. Par contre, comme moyens d'immobilisation, il préconise les appareils ouverts, tels que gouttières métalliques ou supports en celluloid, qui permettent aux rayons solaires d'agir sur les lésions.

Dans le but de conserver un bon moral au malade, R. recommande de lui procurer une occupation qui lui convienne, tout en considérant ses aptitudes. Cette précaution est un adjuvant précieux du traitement général.

La durée du traitement varie avec la nature des lésions. Le retour des mouvements doit être spontané, sans influence extérieure et il devra être guidé par l'examen radiologique qui montrera si l'os est cicatrisé. Les abcès, quand ils existent sont ponctionnés et les fistules largement drainés. La marche n'est permise que lorsque l'examen radiologique et les signes cliniques démontrent qu'il y a cicatrisation complète des lésions. Pour Rollier, les résultats de l'héliothérapie sont tels qu'elle doit être considérée comme la méthode de choix dans le traitement des lésions tuberculeuses de la hanche.

Edmond DUBE.

GYNECOLOGIE

R. I. FRANK. — **Endocrine causes of sterility in women** ("Surgery, Gynecology and Obstetrics", août 1927).

L'auteur, laissant de côté les cas de stérilité dus aux femmes qui ont épousé des hommes stériles, aussi bien qu'aux cas d'endocervicite ou d'antéflexion aiguë, trouve que 20% des femmes stériles le doivent à des troubles endocriniens. Il divise les cas en quatre types: 1) féminité normale; 2) l'infantile; 3) la neutre; 4) la pseudomasculine, et étudie chacun de ces types. Son pronostic est réservé surtout si le traitement n'a pas donné de résultat au bout de cinq semaines.

Le traitement est général et local: diète mitigée pour les obèses avec thyroïde; suralimentation pour les hypoplastiques; réglementation de la vie sociale et sexuelle; localement, stimulation de la fonction ovarienne par les Rayons X à petites doses dans certains cas, et la promesse d'une préparation d'hormone efficace dans un avenir rapproché.

Léon GERIN-LAJOIE.

G. DE TARNOWSKY. — **The local use of ether in Gynecology** ("Surgery, Gynecology and Obstetrics", novembre 1927).

T. rapporte 10 cas de patientes, souffrant d'endocervicite chronique, traitées par des injections intra-utérines d'éther. La technique est la suivante, simple en somme et facilement applicable en consultation.

Les instruments nécessaires sont: un spéculum, une pince à application, une pince à griffe pour fixer le col, une seringue de 20 cc. en verre, et des cathéters mâles en caoutchouc, ou sondes de Nélaton Nos 12 ou 14. Une fois la malade en place et le spéculum introduit, on fixe le col avec la pince à griffes. Le bout du cathéter, saisi avec la pince à application est introduit dans le canal cervical sur une distance de $1\frac{1}{2}$ à 2 pouces. La pince à griffes est retiré délicatement, de même que la pince à application et un tampon de coton est placé sur la paroi postérieure du vagin afin d'empêcher les gouttes du liquide qui pourrait s'écouler dans le vagin de causer de la douleur. La seringue de 20 cc. remplie d'éther est ajustée à la sonde et l'on injecte doucement ce liquide. la patiente qui reçoit 20 cc. d'éther en une seule injection se plaint d'une sensation de froid, suivie immédiatement d'une sensation d'extrême chaleur, mais jamais l'on a accusé une douleur vive. Cinq minutes après ce traitement, le tampon vaginal est retiré et cinq à dix minutes plus tard, la patiente peut quitter le bureau. Ces traitements se font deux fois la semaine.

Résultats: sur 10 malades traités: 10 succès. Une III-pare, une IV-pare, 4 mariées stériles, 4 non mariées. Durée de la maladie avant le traitement: quelques mois à quatre ans.

Ces malades après une période de trois mois à un an et demi sont définitivement guéries, sans leucorrhée, sans ulcération du col.

Léon GERIN-LAJOIE.

OBSTETRIQUE

La mortalité maternelle au Canada. Ministère de la Santé, Ottawa. 1928.
Ottawa.

L'enquête sérieuse et détaillée faite par le Ministère de la Santé, à Ottawa, révèle que 1532 femmes, au Canada, ont payé à la mort les conséquences de leur maternité, du 1er juillet 1925 au 1er juillet 1926.

Dans la Province de Québec seule, 479 mères sont décédées sur un nombre total de 84846 naissances, ce qui correspond à une mortalité maternelle par 177 naissances.

Dans l'Ontario, 498 femmes sont mortes sur un nombre de 68844 naissances ce qui représente un décès maternel par 138 naissances.

Cette enquête dirigée par le Dr J. A. Amyot et son Assistant le Dr J. A. Clark a été facilitée par les renseignements que tous les membres de la profession médicale ont bien voulu fournir au Ministère de la Santé.

La surveillance médicale, durant la grossesse, a fait défaut dans 1302 cas: indice que la plupart des complications peuvent être évitées par une médication tempestive.

5073 enfants sont devenus orphelins.

Le forceps a été appliqué dans 289 cas, soit 19% du nombre total des décès.

L'extrait pituitaire fut employé dans 327 cas. 385 femmes furent hospitalisées soit 25%.

L'éclampsie, les hémorragies, les vomissements incoercibles et la tuberculose sont les causes qui ont provoqué l'issue fatale dans la majorité des cas.

En résumé. 1532 documents officiels du Ministère de la Santé attestent que ces mères, d'un âge moyen de 31 ans, dorment de leur dernier sommeil, au détriment de leurs familles et de leur pays.

Nous n'arrêterons cette funèbre procession que le jour où les femmes saisiront l'importance d'une surveillance attentive, durant leur grossesse, et que les médecins comprendront mieux la gravité de leurs devoirs professionnels. On estime encore trop peu la valeur d'une mère.

Donatien MARION.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. L. COLLIN. — Un cas de greffe de cornée ("Monde Médical", août 1927).

Un jeune homme de quinze ans fit une kérato-conjonctivite de l'œil droit avec large ulcération cornéenne. Il se produisit une rupture de

la cornée et une hernie de l'iris. La cautérisation et le recouvrement conjonctival furent tentés, mais sans succès.

Au bout d'un mois l'auteur fit une kéroplastie avec la cornée d'un jeune lapin. Il régularisa au couteau la brèche cornéenne en s'efforçant d'en tailler les bords à pic et aviva légèrement le fond formé par du tissu irien. On transporta dans cette plaie un lambeau cornéen de même forme qui s'y logea à peu près exactement. La paupière supérieure fut appliquée sur la greffe et un pansement modérément serré resta en place six jours consécutifs.

Le résultat fut parfait. La greffe après avoir passé par une phase d'opacification avec vascularisation intense, s'éclaircit et semble maintenant fixée définitivement.

Le malade qui présentait au début une cécité à peu près complète de cet œil, pouvait quelques mois plus tard compter les doigts qu'on lui présentait.

Jules BRAULT.

M. RAMOND. — Les formes cliniques et les complications de l'angine de Vincent ("Progrès Médical", octobre 1927).

L'angine de Vincent se présente sous deux formes cliniques si l'on considère l'aspect de la lésion amygdalienne: 1° la forme diphtéroïde dans laquelle l'ulcération est recouverte par une pauvre membrane; 2° la forme chancreiforme où l'ulcération ressemble au chancre de l'amygdale.

D'autre part si on étudie l'évolution de la maladie on peut distinguer 1° une forme bénigne qui guérit en huit jours; 2° une forme prolongée qui dure un mois et plus; 3° une forme grave avec complications.

Ces complications peuvent être locales ou à distance.

Les premières sont déterminées par le processus ulcéro-nécrotique qui peut s'étendre au pilier et au voile du palais, peut produire la nécrose de la luette et la stomatite ulcéro-membraneuse.

Beaucoup plus sérieuses sont les complications à distance, lesquelles sont produites par une infection streptococcique associée, développée à la façon des ulcérations pharyngées. Elles peuvent produire l'œdème inflammatoire du pharynx et du larynx ou encore le phlegmon de l'amygdale et du voile du palais. Dans d'autres cas se fait l'envahissement des sympathiques par le streptocoque avec des adénites souvent suppurées. Si enfin l'infection se généralise par la voie sanguine nous pouvons avoir le tableau des septicismes graves, mortelles en deux ou trois jours ou des formes moins graves d'infection générale s'accompagnant d'arthralgies, d'érythèmes infectieux, de purpura, de broncho-pneumonie ou de néphrite.

Jules BRAULT.

NEURO-PSYCHIATRIE

J. LHERMITTE, G. LEVY, M. NICOLAS. — **Les sensations de décharge électrique, symptôme précoce de la sclérose en plaques** ("Presse Médicale", 14 mai 1927).

Il ne manque pas de signes pour reconnaître la sclérose en plaques à la période d'état. Il n'en est pas de même à la phase initiale de la maladie où tant de raisons commandent de mettre tout en œuvre pour dépister une affection au masque aussi changeant et d'allure aussi trompeuse.

Le symptôme décrit permet d'éviter quelques méprises. C'est un phénomène spécifique qui ne peut pas être confondu avec aucun autre. Il ne s'agit point ici de douleur ou l'une quelconque de ces paresthésies pour lesquelles les malades se livrent aux comparaisons les plus imaginées. Tous les malades, indifféremment du milieu et de l'éducation, se servent d'une comparaison identique; "décharge électrique" qui parcourt brusquement l'épine dorsale, de la nuque au coccyx, et rayonne jusqu'à l'extrémité des membres. Pendant le repos complet ou au cours d'une période de sommeil, le sujet est indemne de ces sensations. Les conditions de l'apparition du phénomène sont, d'une part, la fatigue, et, d'autre part, le mouvement, particulièrement la flexion de la tête ou l'inclinaison du tronc provoquent également le phénomène.

Les sensations, à type de décharge électrique, ne sont pas pathognomoniques de la sclérose multiple. Elles se voient aussi dans les traumatismes de la moëlle. Pour expliquer le mécanisme physio-pathologique du phénomène, les auteurs se servent de faits de conditions plus simples. La sensation de décharge électrique qu'on provoque en percutant, en comprimant ou en pratiquant l'élongation des nerfs périphériques intéressés par une blessure légère, a pour condition primordiale le dépouillement des fibres nerveuses de leurs gaines myéliniques réduites ainsi à une mince membrane isolante. Or le propre de la commotion médullaire et de la sclérose en plaques est de léser très fortement les gaines myéliniques tout en ménageant la continuité des cylindre-axes. On peut donc supposer que cette parité lésionnelle est pour beaucoup dans les conditions d'apparition du symptôme que nous visons.

La cause provocatrice des vibrations électriques dans les nerfs périphériques adultes est mécanique. Dans la moëlle atteinte de lésions commotionnelles de foyers de sclérose, la décharge électrique apparaît au cours des mouvements qui ont pour conséquence, un étirement de la moëlle et un accollement plus direct de celle-ci aux corps vertébraux. L'apparition du phénomène, à une période précoce dans la sclérose multiple et sa disparition à une période plus avancée, renforce cette hypothèse. C'est qu'alors les cylindre-axes, ayant perdu définitivement leurs gaines myéliniques, s'entourent d'une gaine épaisse de nature névroglie qui joue le rôle de la membrane isolante disparue.

En dernière analyse, ces sensations du type électrique reconnaissent

comme mécanisme immédiat une excitabilité anormale des fibres nerveuses dépuoillées de leur gaine, excitabilité qui met en branle l'élongation de la moëlle plaquée contre le rachis. Quoi qu'il advienne de cette explication pathogénique, il reste le fait que l'aurore de cette maladie si grave et si répandue qu'est la sclérose en plaques, peut se marquer par ce phénomène spécial de décharge électrique.

Emile LEGRAND.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

GOUGEROT. — Malaria spontanée préventive impuissante et malaria-thérapie "guérissant" une paralysie générale ("Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie", 10 novembre 1927).

L'auteur rapporte la très intéressante observation d'un malade syphilitique qui contracta la malaria peu de temps après sa syphilis. Cette maladie n'empêcha pas ce malade de s'acheminer vers la paralysie générale dont, 11 ans après son infection tréponémique, il présentait les signes psychiques, physiques et sérologiques.

A ce paralytique général, ancien paludéon, on inocula la malaria (terce bénigne) que l'on laissa évoluer durant onze grands accès. L'amélioration clinique est rapide, évidente et peu de temps après le malade peut revenir à la vie normale et à son travail. Les signes sérologiques se sont aussi grandement améliorés.

Il est du plus haut intérêt de souligner l'action heureuse du paludisme sur la P. G. mais aussi le fait, d'apparence étrange, que la malaria incapable de prévenir la P. G. peut l'arrêter, la guérir peut-être, une fois constituée.

Albéric MARIN.

MEDECINE LEGALE

Me FOG (Copenhague). — L'examen médical des chauffeurs en état d'ivresse ("Annales de Médecine Légale", 1926, page 298).

L'auteur indique que la loi danoise sur les véhicules automobiles interdit formellement à quiconque étant en état d'ivresse de conduire des automobiles; toute infraction à cette loi entraîne le retrait définitif du permis de conduire indépendamment de l'amende et de la prison. La rigueur de la loi danoise réside dans ce fait qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait accident, ou même menace d'un danger évident pour la sécurité publique pour être appliquée; le fait seul de l'ivresse suffit.

Il s'ensuit que des règles précises ont été édictées et après avoir envisagé la possibilité de recourir à des examens chimiques des urines et du sang et à des épreuves psychophysiques — épreuves d'application difficile, — on adopta l'examen clinique aujourd'hui seul en usage et dont la conduite fut très minutieusement précisée.

Cet examen est pratiqué par des médecins légistes en ce qui concerne la capitale et par des médecins hygiénistes dans le reste du pays.

L'inculpé est examiné dès son arrivée au poste de police et toujours en présence d'un témoin; cet examen le classe dans une des trois catégories suivantes: état d'ivresse manifeste, ébriété légère, état sobre. Il est bien évident qu'entre ces trois types tous les intermédiaires sont possibles, de telle sorte que seul un médecin et qualifié pour l'examen et peut éviter des erreurs dues à l'existence d'autres affections (coma diabétique, hémorragie cérébrale, etc.).

L'examen médical joint aux sévères dispositions de la loi, constitue un facteur préventif de grande importance, et, pris dans son ensemble, il contribue notablement à assurer la sécurité publique comme le démontrent les statistiques.

R. FONTAINE.

MM. SIMONIN et PROVENT. — **Des limites juridiques du diagnostic biochimique de l'alcoolisme aigu** (XIe Congrès de méd. lég., Paris, 1926. "Ann. de méd. lég.", 1926, page 304).

La mise en pratique de la méthode de diagnostic biochimique de l'ivresse ne soulève, au point de vue juridique, aucune difficulté lorsque la recherche de l'alcool porte sur le cadavre; il n'en est pas de même lorsqu'elle porte sur le vivant. L'expérience montre que les sujets ne consentent pas volontiers à livrer leurs urines ou à se laisser faire une prise de sang. Bien qu'il soit d'un intérêt capital pour la justice d'être renseignée sur l'état d'ivresse d'un individu vivant, inculpé, victime ou témoin, l'expert n'est pas autorisé, devant le refus formel de cet individu, à procéder par la force soit à un cathérisme, soit à une prise sang. En l'absence de décisions judiciaires relatives à des cas analogues, les auteurs recommandent de s'en tenir strictement à la loi à savoir que 1° nul ne peut prescrire au médecin légiste l'emploi d'aucun moyen de contrainte violente sur la personne des sujets à expertiser, et que 2° l'emploi de coercition à l'égard d'un inculpé est en contradiction avec l'esprit de la procédure pénale. A fortiori en est-il de même pour le témoin.

R. FONTAINE.

ELECTRO-RADIOLOGIE

J. GARCIN. — **La Cholécystographie. Résultats et valeur de l'épreuve du sel de Tétraiode par la voie buccale** ("Journal de Radiologie et d'Electrologie", octobre 1927).

L'auteur, bien que concédant que la voie veineuse entre des mains expertes est considérée plus sûre, trouve qu'elle présente assez d'inconvénients plus ou moins graves, pour être remplacée par la voie buccale,

qui est plus simple et dont les inconvénients les plus sérieux sont un léger état nauséux et un peu de diarrhée.

Bien qu'on ait reproché à cette dernière méthode d'être infidèle, il n'en reste pas moins que la voie veineuse ne doit être employée que comme examen de contrôle de la voie buccale dans les services hospitaliers.

La technique de Garcin consiste à donner 10 centigrammes de tétraiodopar kilogramme de poids au repas du soir. Les radiographies sont prises entre la 15^{ème} et la 16^{ème} heure. Garcin a utilisé cette méthode dans 52 cas avec les résultats suivants:

Vésicule nettement visible	}	Normale	16 cas
		Déformée	3 cas
		Hypertrophique	4 cas
Vésicule faiblement visible			3 cas
Vésicule invisible mais calculs visibles			11 cas
Vésicule invisible sans calculs appréciables			15 cas

Cette méthode comporte un progrès considérable en élevant de 50% la moyenne des résultats positifs qui passe de 20% à 70%.

L'ombre vésiculaire normale équivaldrait dans 95% des cas à une vésicule normale ou présentant des lésions légères ne modifiant pas son pouvoir de concentration.

Lorsque l'ombre vésiculaire est anormale dans sa forme et ses dimensions, qu'elle est faiblement visible ou qu'elle ne l'est pas du tout il faut être prudent dans son interprétation et ne pas tirer à la hâte des conclusions de vésicule pathologique.

Quoi qu'il en soit, bien que le défaut de visibilité de la vésicule ne constitue pas un critérium de l'état pathologique de la vésicule ou des voies biliaires, il n'en constitue pas moins un facteur de grande probabilité.

Albert COMTOIS.

LABORATOIRE

COSTA, BOYER et JAUR. — Utilisation de la gélatine formolée pour le précipito-diagnostic de la fièvre typhoïde ("C. R. S. B.", 24 juin 1927).

Les auteurs ont mis au point une méthode permettant de faire la précipito-réaction à la température de l'étuve à 37° et présentant les avantages suivants: rapidité et sécurité. La méthode aurait donné dans leurs mains des résultats comparables à ceux obtenus par le séro-diagnostic de Widal. Les résultats seraient spécifiques avec le B. d'Eberth. Il n'y aurait pas de co-précipitation avec les para A et B.

A. BERTRAND.

KAHN. — **Applications de la méthode de Kahn pendant 5 ans** ("J. A. M. Ass.", 26 novembre 1927, page 1841).

L'auteur explique que sa réaction, après avoir passé par une période d'expérimentation de 5 années a cessé de ne présenter qu'un intérêt académique pour devenir d'une application courante dans le diagnostic de la syphilis et a remplacé le Bordet Wassermann dans de nombreux laboratoires. Les avantages de la réaction de Kahn selon l'auteur seraient: sa grande rapidité puisque dans l'espace d'une heure le résultat peut être connu ce fait ayant une grande importance soit pour un traitement rapide soit pour un diagnostic chez un donneur de sang pour transfusion. Un autre avantage de la méthode serait sa grande simplicité. La réaction ne nécessite ni complément ni ambocepteur ni globules rouges ni inactivation. Elle présente en plus l'avantage de pouvoir être faite dans tous les centres médicaux tandis que le Bordet Wassermann ne peut se faire que dans les centres de quelque importance.

Au point de vue sécurité la réaction serait pratiquement sans causes d'erreurs.

Au point de vue spécificité l'auteur considère sa méthode au moins égale si non supérieure au Bordet Wassermann. Elle serait même plus sensible dans la syphilis primaire et dans la syphilis traitée que le Bordet Wassermann.

Albert BERTRAND.

A. JAUBERT et A. GARY. — **Le sérodiagnostic de la syphilis par la réaction de Meinicke** ("C. R. S. B.", 26 novembre 1927, page 1455).

Les auteurs ont étudié 2100 sérums dont 610 provenant de malades souffrant de syphilis. La méthode de Meinicke (antigène selon la formule de Muterlmich de l'Institut Pasteur) a été contrôlée par la réaction de Bauer-Hecht. Ils ont trouvé une concordance dans 91% des cas. J. et G. n'ont pu établir un rapport entre la sensibilité respective des réactions de Meinicke et de Bauer-Hecht vis-à-vis des différentes formes et manifestations de la syphilis. Cependant J. et G. attachent une grande importance à la réaction de Meinicke à cause de sa grande simplicité.

Albert BERTRAND.

IGNACE SCHILLER. — **Contribution à la Biologie du Bacille de Koch** ("C. R. S. B.", 11 novembre 1927, page 1274).

L'auteur préconise une nouvelle méthode pour augmenter le nombre des bacilles de Koch dans les crachats et pour en faciliter la recherche. Il additionne les crachats d'un volume égal de la solution suivante: eau 25 cc; glycérine 75 cc; glucose 2.5 grammes. Il porte le tout à l'étuve à 37° pendant 24 heures. Les résultats ainsi obtenus seraient très satisfaisant. L'examen de crachats provenant de tuberculeux à la

deuxième période aurait été positif dans 33% des cas alors que l'examen antérieur fait selon la méthode ordinaire aurait été négatif. Dans la tuberculose au premier stade la méthode de culture aurait donné une augmentation des cas positifs de 10%. Le même milieu additionné de fragments de foie ou de poumon de cobaye sain aurait donné un rendement en Bacilles de Koch de 127 à 128% supérieurs aux méthodes ordinaires de recherche.

Albert BERTRAND.

— o —

SOCIETES

La Société Médicale de Montréal

Séance du 7 février 1928

Présidence du Professeur Baril

- 1.—Lecture et adoption du procès-verbal.
- 2.—Correspondance.
- 3.—Mise en nomination. M. YVES LEFEBVRE.
- 4.—Election de membre. M. MERCIER FAUTEUX.
- 5.—Communications :
 - Chirurgie conservatrice dans les grands traumatismes des membres. Présentation de malade. M. A. BELLEROSE.
 - Deux épithéliomas de l'antre de Highmore envahissant la face et l'orbite. Présentation de malade. M. P. E. BOUSQUET.
 - Traumatisme du thorax et tuberculose pulmonaire. M. J. A. JARRY.
 - Cancer et lithiase du rein. Présentation de pièces. M. B. BOURGEOIS.
 - Malformations costales. MM. A. LEGER et O. A. GAGNON.
- 6.—Affaires de routine.
- 7.—Avis de motion. Motions.

Le Secrétaire,
L. C. SIMARD.

Séance du 21 février 1928

- 1.—Lecture et adoption du procès-verbal.
- 2.—Correspondance.
- 3.—Mise en nomination.
 - MM. J. DELAGE, P. LATOUR, H. LACHARITE.
- 4.—Election de membre. M. YVES LEFEBVRE.
- 5.—Communications :
 - Invagination cœcale insipiens. M. J. U. GARIEPY.
 - Néphrite chronique atrophique. Présentation de pièces. M. le Prof. A. LeSAGE.

Fibromes multiples à pédicule tordu de l'ovaire. M. L. GERIN-LAJOIE.

Un cas de purpura hémorragique traité par les Rayons X. M. A. COMTOIS.

Oscillométrie et radiographie dans le diagnostic des endartérites. M. le Prof. A. LEGER.

6.—Affaires de routine.

7.—Avis de motion. Motions.

Le Secrétaire,
L. C. SIMARD.

Association Médicale de la Province de Québec

Assemblée générale annuelle

Le 27 septembre 1927, eut lieu l'assemblée générale annuelle de l'Association Médicale de la Province de Québec qui prit cette année la forme d'une Journée Clinique.

Les trois réunions constituèrent un tout scientifique extrêmement intéressant et instructif pour les membres qui répondirent à l'appel du Comité Exécutif, plus de 325 médecins prenant part aux différentes cliniques ou conférences.

L'Association étant forcément bilingue, une des réunions eut lieu le matin, à l'Hôpital du Sacré-Coeur, et les cliniques données en langue française. La réunion de l'après-midi se tint au Montreal General Hospital où les sujets traités, nombreux et variés furent donnés en langue anglaise. La troisième réunion fut bilingue. L'un des buts de l'Association Médicale de la Province de Québec étant l'avancement du caractère et de l'honneur de la profession médicale et la protection de ses droits dans la société, une Soirée d'Intérêts Professionnels suivit immédiatement le dîner traditionnel servi à l'Hôtel Mont-Royal.

Il est très difficile dans un rapport annuel comme celui-ci de donner un sommaire de toutes les questions traitées; toutefois d'insister sur quelques-unes serait injuste pour celles que nous serions forcés de négliger. Tous les sujets traités furent pratiques, avec présentation de malades ou illustrés.

Suit le programme de l'avant-midi :

Hôpital du Sacré-Coeur.

9.30 a.m.—Inscription.

10.00 a.m.—Cliniques par les médecins de l'Institution.

Président: Docteur Jas. Stevenson.

- 1.—Les différentes formes de tuberculose pulmonaire traitées à l'hôpital du Sacré-Coeur Dr Y. Laurier
- 2.—Présentation de faux tuberculeux Dr C. O. Milot
- 3.—Une histoire de cas Dr E. Vigeant
- 4.—Présentation de malades traités par le pneumothorax artificiel,

Dr G. E. Mignault

- 5.—Phrénicectomie; thoracoplastie extra-pleurale. Indications et présentations de malades Dr J. A. Vidal
 6.—Technique opératoire de la phrénicectomie et de la thoracoplastie. Démonstration Dr E. Dubé
 7.—Présentation de pièces anatomo-pathologiques Dr L. J. Jutras
 8.—Un cas de sarcome infectieux humain Prof. P. Masson
 12.15 p.m.—Visite de l'Institution.
 1.00 p.m.—Déjeuner à l'Institution.

Suit le programme de l'après-midi :

2.30 p.m.—Clinic at the Montreal General Hospital by the teaching staff of the McGill University.

Chairman: Dr. Guy Hamel.

- 1.—Typhoid Fever Dr. C. P. Howard (MGH)
 2.—Idiopathic Dilatation of the oesophagus. Late result in living case,
 Dr. F. A. Scrimger (RVH)
 3.—A case of leptothrix Dr. F. Burgess (MGH)
 4.—Demonstration of orthopaedic cases Dr. J. A. Nutter (MGH)
 5.—Reconstruction of the tear duct Dr. G. Mathewson (MGH)
 6.—A case of congenital polycystic kidney with pyelographic findings,
 Dr. F. S. Patch (MGH)
 7.—The value of lipiodol in the localisation of pressure on the spinal
 cord Dr. C. R. Russel (RVH)
 8.—A case of post-operative tumour of the cord Dr. G. Johnson (MGH)
 9.—Cord lesions due to birth injuries Dr. L. Lindsay (CMH)
 10.—A case of acromegaly Dr. G. Browne (MGH)
 11.—Extra-articular ankylosis of the jaw Dr. W. L. Barlow (MGH)
 12.—Myositis ossificans Dr. A. Goldbloom (CMH)
 13.—A case of calcification of the pleura Dr. W. L. Ritchie (MGH)
 14.—The diagnosis of sub-diaphragmatic abscess, Dr. A. H. Gordon (MGH)
 15.—Sarcoma of the heart: living case Dr. G. R. Brown (RVH)
 16.—A giant cell tumour of the tibia with bone graft, Dr. F. J. Tees (MGH)
 17.—The results of thoracoplasty in pulmonary tuberculosis,
 Dr. E. W. Archibald (RVH)
 18.—A case of Hodgkin's disease Dr. R. R. Struthers (CMH)
 19.—Treatment of diabetic gangrene Dr. E. H. Mason (RVH)
 20.—A simple process for the research of acetonaemia,
 Dr. I. M. Rabinovitch (MGH)
 21.—Large extra-peritoneal cyst in a female Dr. D. Patrick (MGH)
 22.—Post-operative results of splenectomy Drs. A. T. Bazin and E. S. Mills
 23.—A case of carcinoma of the splenic flexure Dr. F. B. Gurd
 and two other subjects, one by Dr. H. M. Little (MGH) and one by Doctor
 E. M. Eberts (MGH).

5.00 p.m.—Tea given by the governors of the Hospital.

Ce thé fut servi dans les salons de la maison des gardes-malades de l'Hôpital. Cette maison fut visitée dans la suite.

A 6 heures 45, un diner sans cérémonie eut lieu à l'Hôtel Mont-Royal suivi immédiatement par la lecture des rapports annuels du Secrétaire et du Trésorier.

Les élections suivirent la lecture de ces rapports et les discours du Président et du docteur Meakins, parlant au nom de ses collègues de langue anglaise. Les officiers élus du Comité Exécutif de l'Association sont :

Président: Dr Jas. Stevenson, Québec; Vice-Président: Drs J. A. Viger, St-Hyacinthe; C. C. Birchard, Montréal; B. Bourgeois, Montréal; Secrétaire général: Dr L. Gérin-Lajoie; Trésorier honoraire: Dr E. Trottier.

Membres: Drs A. T. Bazin, Montréal; J. R. Bélisle, Hull; H. C. Cabana, Sherbrooke; E. C. Cross, Trois-Rivières; C. Dagneau, Québec; H. Delaney, Québec; F. L. Dubé, Notre-Dame-du-Lac; O. Faubert, Rigaud; Guy Hamel, Montréal; Gordon Hume, Sherbrooke; J. R. Pépin, Montréal; J. E. Piette, Joliette; A. H. Robert, Montréal.

Finalement, la réunion des intérêts professionnels eut lieu, à laquelle des questions du plus haut intérêt furent discutées.

Suit le programme complet de cette soirée :

Réunion des Intérêts Professionnels

Président: Dr J. E. Bélanger, Prés. du C. M. et C. P. de Q.

1. Les Sociétés Médicales Autonomes Dr J. A. Boisvert
- 2.—La Loi des Accidents du Travail Dr H. Dorval
- 3.—Où il est question de Chiropraticiens et de bien d'autres choses,

Dr L. Pariseau

- 4.—Proposition d'un Tarif Médical Détaillé Dr J. R. Gagnon
- 5.—Proposition de Loi plus sévère pour les Sages-Femmes, Dr J. R. Gagnon
- 6.—La Profession Médicale et les Dispensaires Dr A. H. Desloges

11 h. p.m.—Rafrachissement.

Brièvement, l'Assemblée Annuelle de l'Association Médicale de la Province de Québec fut un succès sous tout rapport. Le nouvel Exécutif a en vue une réunion encore plus considérable et plus élaborée pour l'année à venir.

LEON GERIN-LAJOIE,

Secrétaire de l'A. M. P. Q.

— o —

BIBLIOGRAPHIE

LE CANCER. FORMES ET VARIETES DU CANCER ET LEUR TRAITEMENT, par le Dr P. Ménérier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. 2e édition, 1 vol. gr. in-8 de 768 pages avec 322 figures: 120 fr. (Librairie J.-B. Baillière et ils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Les données nouvelles que fournit la pathologie expérimentale sont considérables; elles ont été exposées par l'auteur dans des chapitres très développés et d'un grand intérêt.

Les types anatomiques et histologiques des tumeurs ont été minutieusement étudiés et précisés dans des cadres nouveaux qui se remplissent, notamment en ce qui concerne les tumeurs des glandes endocrines, des glandes sexuelles, les tumeurs des tissus nerveux, les dérivés néoplasiques des ébauches embryonnaires, les embryomes, etc., etc.

Des méthodes de diagnostic utilisant les techniques plus perfectionnées

des laboratoires ont été étudiés par l'auteur, permettant une reconnaissance plus complète des formes viscérales des cancers et contribuant ainsi sans doute à cette augmentation apparente du nombre des cancers, que révèlent les statistiques, et qui semble si fort préoccuper le public.

Dans l'exposé des méthodes thérapeutiques, l'auteur a donné des indications générales destinées à guider le médecin non spécialiste dans le traitement du cancer, à le renseigner sur le choix du traitement à instituer. Mais en ce qui concerne l'application pratique de ces divers traitements, chirurgie, curiethérapie, röntgentherapie, diathermocoagulation, etc., il insiste sur ce fait que leur apparente facilité dissimule de très réelles difficultés. Enlever un sein cancéreux paraît être une opération d'une grande simplicité; encore est-il que les chirurgiens qui ont pratiqué beaucoup d'amputations du sein considèrent que c'est une intervention très délicate à effectuer, lorsque l'on a le souci, non pas seulement d'enlever le sein et de recoudre, mais encore de ne point laisser de tissus suspects, d'éviter toute inoculation des tissus sains et de supprimer ou diminuer le plus possible les risques de récurrence.

En effet, et tandis que les techniques chirurgicales ont continué de se perfectionner, les méthodes radiothérapiques, Röntgentherapie et Curie-thérapie, pleines de promesses il y a quinze ans, sont aujourd'hui entrées dans la période de réalisation.

Pour l'exposé de ces nouvelles méthodes de traitement, l'auteur a eu la collaboration particulièrement compétente du Dr Rubens-Duval, chef du laboratoire Saint-Michel pour l'étude du cancer.

ESSAI DE BLANCHIMENT des psoriasis par un nouveau composé arsénical associé en cure intra-veineuse à l'oxidiéthyl-dicarboxy-diimino-isobutyrate de bismuth.

Dans une communication faite à la Séance du 10 novembre 1927 de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie (Bulletin No 8, Novembre 1927), MM. Debucquet, Jausion et Pecker, après avoir analysé les essais négatifs antérieurs de l'un d'entre eux (Jausion) dans la cure des psoriasis présentent un composé arsénical nouveau, qu'ils ont associé à un sel soluble de bismuth (association présentée sous le nom de Psothanol). C'est le composé arsénical sédatif neuro-végétatif de Debucquet, qui paraît donner au produit en cause sa vraie physionomie thérapeutique, car avec la dose de 5 cg. administrée chez l'homme en injections intraveineuses, nulle réactivation des lésions n'a été observée sur des psoriasis même aigus, généralisés et rebelles.

En revanche, 15 malades ont été blanchis par le mélange arsénobismuthique endo-veineux. Pour certains, de longues années de cures antérieures (14 ans, 6 ans, etc.), par les produits les plus divers étaient demeurés sans résultat analogue.

Mais les succès sont trop frais et trop peu nombreux pour que les auteurs aient l'imprudence de présenter la méthode, jusqu'ici d'action constante, comme un procédé infallible; viendront sans doute des échecs, mais le médicament n'en garde pas moins un intérêt de premier plan.

MALADIES DU CERVEAU, par les Drs Léri, Klippel, Sérieux, Mignot et N. Péron. Un volume gr. in-8 de 356 pages, avec 65 figures: 50 fr. (Librairie J.-B. Baillière et ils, 19, rue Rautefeuille, à Paris).

On trouvera dans ce nouveau fascicule du *Traité de médecine*, dirigé par Carnot et Lereboullet, un exposé complet et clair de la pathologie du Cerveau. Le Dr André Léri s'est chargé de développer les chapitres: *Commotion cérébrale*, *Hémorragie cérébrale*, *Ramollissement cérébral*. Chacune de ces affections a été traitée au point de vue étiologie, symptomatologie, diagnostic et traitement.

Le Dr Klippel a rédigé dans le même esprit les articles: *Syphilis cérébrale*, *Tumeurs cérébrales et Abscès cérébral*. Le volume se termine par une étude sur la *Paralysie générale*, que les Drs Sérieux, Mignot et Péron, ont exposé avec soin.

Cet ouvrage réalise dans son ensemble, et par une collaboration étroite des auteurs, un traité complet sur ces questions de pathologie nerveuse qui intéressent les médecins, spécialisés ou non.

SUR L'ADMINISTRATION INTRA-VEINEUSE d'un nouvel sel soluble de bismuth, l'oxydiethylo-dicarboxy-isobutyrate de bismuth (solutanol).

Dans une communication faite à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie, le 10 novembre 1927, MM. Jausion et Pecker, après avoir brièvement rappelé la querelle sur les solubles et les insolubles, rapportent les essais expérimentaux faits à Alfort par le Professeur Panisset avec le sel bismutique qu'ils présentent. Très maniable ce composé a pu être administré à l'homme en séries intraveineuses. La tolérance est parfaite à 2.5 cgr. de Bi-métal par injection.

16 syphilitiques seulement ont été traités jusqu'à ce jour, qui ont été profondément modifiés par une seule série de 20 injections: épidermisation tégumentaire, amélioration des lésions viscérales (aortite), réduction sérologique, tels ont été les résultats constatés.

Cette brève étude est à parfaire, mais le médicament signalé paraît d'autant plus intéressant qu'il peut être associé dans la même seringue à la plupart des arsénicaux en usage, et tout spécialement au novarsénobenzol.

Fait clinique

"Le malade a souffert de constipation chronique pendant très longtemps, et d'hémorroïdes internes et externes. Véritable cercle vicieux aggravé par l'état psychique du malade dû à ce fait qu'un de ses parents souffrait de cancer du rectum. La douleur ressentie au moment de la défécation et l'apparition de sang dans les selles le portèrent à ralentir

la régularité de l'évacuation et à aggraver la constipation, qui ne cédaient qu'à des purgatifs salins. Et le cycle recommençait.

Un examen méthodique ayant démontré que le sang était purement hémorrhoidal, il refusa l'opération, se mit des suppositoires et prit de l'Agarol à la dose d'une cuillerée à bouche le soir au coucher.

En une semaine toute douleur avait disparu et les matières fécales presque normales. Quelques semaines plus tard il réduisit la dose à une cuillerée à thé par jour, puis tous les deux jours. Les hémorrhoides cédant au traitement par suppositoires, et comme il n'y avait pas de sang, l'état psychique fut considérablement amélioré.

Le malade a gagné du poids et du terrain."

Des plus intéressantes est l'action presque immédiate de l'Agarol sur le rétablissement de l'action normale de l'intestin dans le cas ci-dessus. Avec certitude l'Agarol sera toujours efficace dans ces cas.

Les fabricants, William R. Warner & Co., Ltd., 727 King Street, Toronto, Ont., seront heureux d'adresser un échantillonnage gratuit à tout médecin désirant l'essayer en clientèle.

— o —

Pathogénie habituelle et Traitement de l'Emphysème pulmonaire

Dr VIGAN

(Le Concours Médical — No 51 — 18 décembre 1927)

Les recherches contemporaines ont montré que l'emphysème est le plus souvent une affection paratuberculose. L'emphysémateux est un tuberculeux fibreux-floride, un malade à évolution bacillaire arrêtée. Ajoutons qu'il est très souvent un syphilitique. C'est la syphilis qui, au dire de Sergent, Nigoul-Foussal, et autres auteurs, oriente la tuberculose vers cette évolution fibreuse et, en effet, l'emphysémateux, est un individu gras, avec bon état général, et qui ne se plaint que d'une gêne respiratoire avec oppression.

Il existe souvent une bronchite banale concomitante, venant augmenter encore cette oppression.

L'auscultation de ces malades fait localiser des zones respiratoires obscures, avec de nombreux râles musicaux et une respiration dite "humée".

L'examen radiologique montre l'existence fréquente de localisations bacillaires anciennes, mais l'analyse bactériologique des crachats est habituellement négative.

A ces emphysémateux convient surtout la médication iodée, *mais non iodurée*. L'iodure chauffe leurs lésions et leur fait expectorer des bacilles. L'iode, au contraire, est un stimulant des défenses leucocytaires, un asséchant, un antitoxique. Les auteurs qui ont étudié les effets de l'iode dans la tuberculose (Boudreau, Marissal, Nigoul-Foussal, Bonnamour et Delore, etc.) ont montré que ce métalloïde est l'un des mdica-

ments les plus actifs lorsqu'il est utilisé dans les formes non évolutives et à localisation limitées. L'emphysème pulmonaire correspond précisément à une lésion bacillaire faiblement évolutive et les propriétés modificatrices de l'iode s'exercent ainsi et tout à la fois sur les deux lésions.

Mme Donon-Brico (1) étudiant le Triradol (association d'iode organique, de camphre mentholé et d'éléments radioactifs) a montré que ce médicament devait être préconisé dans le traitement de l'emphysème parce qu'il joint, aux propriétés lymphagogues de l'iode, l'action eupnéique du camphre.

Chez l'emphysémateux, le traitement sera prolongé: il consistera à injecter chaque jour une ampoule de 1 c. c. de cet iodé, et pendant 30 jours consécutifs. On cesse ensuite la médication pendant une quinzaine de jours pour la reprendre à nouveau pendant un mois.

A la belle saison le Mont-Doré est utile, et, en tout cas, un climat d'altitude moyenne.

(1) Recherches expérimentales et cliniques sur la médication iodée en phitiothérapie, étudiée plus particulièrement sous sa forme injectable (Thèse de médecine, Paris, 1927).

o

NOUVELLES

NECROLOGIE

MADAME DEJERINE était née à San Francisco. A onze ans, elle part pour l'Europe où elle fait ses études secondaires. Son baccalauréat passé à Lausanne, elle vient à Paris s'inscrire à la Faculté de Médecine. En 1882, elle est la première femme externe des Hôpitaux et la première interne en 1886. Trois ans plus tard, elle présente une thèse demeurée classique sur "Les polynévrites en général et les paralysies et atrophies saturnines en particulier". Puis elle épouse Déjerine, dont elle demeurera l'active collaboratrice jusqu'à la mort de ce dernier, en 1917. Depuis lors, elle partage son temps entre la recherche, les sociétés savantes et surtout la création et l'organisation d'un merveilleux musée neurologique. Le 30 novembre 1927, elle décède après une courte maladie...

"L'Anatomie des Centres nerveux" suffirait à placer Madame Déjerine au nombre des grandes gloires médicales françaises. Les neurologistes du monde entier lui doivent quantité d'autres travaux d'une valeur considérable, écrits les uns seule, les autres en collaboration avec Monsieur Déjerine et ses élèves...

Nous sommes quelques-uns au Canada, depuis le regretté Docteur Prévost, à avoir joui chez elle et chez ses fils spirituels — André Thomas, Jumentié, Roussy — de l'hospitalité intellectuelle, chaude de sympathie, dont les Français ont le secret. C'est une raison de plus pour la jeune neurologie canadienne de s'unir de tout coeur au deuil de la neurologie française.

Antonio BARBEAU.

La Profession Médicale a appris avec douleur la mort de l'un de ses membres les plus dévoués et les plus réputés. Le docteur A.-D. AUBRY était hautement estimé de tous ses confrères. Il est décédé à l'âge de 78 ans, à sa résidence, 3410 rue Delorimier. Il était médecin de l'Hôtel-Dieu où il se dépensa sans compter au soulagement des malades. Il laisse quatre enfants dont l'une de ses filles épouse du docteur O.-A. Gagnon, chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

HOPITAL STE-JEANNE-D'ARC

M. L. J. Tarte, président du bureau d'administration de l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, a réuni autour d'une table somptueuse au Club St-Denis, les directeurs et les médecins de l'Institution. Dans son allocution très applaudie li a glorifié l'esprit de civisme qui doit animer tous les citoyens à l'égard de leurs institutions de charité, en particulier les hôpitaux. Les Canadiens français doivent prendre soin de leurs malades et l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc est équipé pour répondre à toutes les demandes. Il fait un appel au public et aux médecins.

Nous félicitons M. Tarte du bel exemple qu'il vient de donner.

DINER HARWOOD-MIGNAULT

Tout le personnel enseignant de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal s'est réuni au Cercle Universitaire pour présenter leurs hommages à deux d'entre eux: le Doyen, le professeur Harwood, promu Officier de la Légion d'Honneur, et le professeur Mignault, décoré de l'ordre de Saint Grégoire le Grand.

Le professeur T. Parizeau s'est fait l'interprète de tous pour exprimer la joie que nous en avons ressentie. L'honneur en rejallit sur toute la Faculté.

Le vice-doyen avait eu la délicate pensée de grouper à la table d'honneur tous les professeurs de la Faculté de Médecine, au nombre de 14, décorés de la Légion d'Honneur à titre scientifique ou militaire.

En réponse le Doyen et le professeur Mignault ont fort heureusement exprimé leurs sentiments en cette circonstance.

DINER DES MEDECINS DE L'HOTEL-DIEU

Le 21 février, tous les médecins de l'Hôtel-Dieu s'étaient réunis au Cercle Universitaire pour célébrer la réorganisation du Bureau Médical. Le dîner eut lieu sous la présidence du docteur LaSalle, président du Bureau. Le docteur T. Parizeau était l'hôte d'honneur. Une cérémonie eut lieu à la fin du repas, figurant la Faculté de Médecine, le Bureau Médical et les autorités religieuses de l'Hôtel-Dieu consacrant la réorganisation du Bureau Médical.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

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

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

Comité de Rédaction

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

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

Prix de l'abonnement pour 1928

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

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adresse franco

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

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

Administration

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

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Clerc, L'Arythmie complète et son traitement (p. 241).

CHIRURGIE

Yater, Acquired arterio-veinous fistula (p. 242). — Demel, Quels sont les organes le plus souvent atteints dans les contusions de l'abdomen (p. 242). — McKim, Infections de la main (p. 243). — Desmarets, De la cholécystectomie sous-séreuse sans drainage (p. 243).

PEDIATRIE

Taillens, Mort par méningite tuberculeuse d'un enfant vacciné au B. C. G. (p. 244).

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Anderson, The Tuberculosis nature of Pleurisy from the life insurance standpoint (p. 245).

UROLOGIE

Hunt, Immediate and end-results of suprapubic prostatectomy: a consideration of the factors involved (p. 246).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Kidner, Les résultats comparés des méthodes sanglantes et non sanglantes dans le traitement de la Tuberculose vertébrale (p. 247). — Maes, Diagnosis, the crux of the problem of acute osteomyelitis (p. 248).

OBSTETRIQUE

Julius, La délivrance du placenta adhérent (p. 248).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Ridpath, La sinusite sphénoïdale et ses symptômes particuliers (p. 249).

NEURO-PSYCHIATRIE

Sicard, Le ballotement du pied (p. 250).

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Bernard, Aide-mémoire de syphiligraphie comparée et de thérapeutique (p. 251).

MEDECINE LEGALE

Emile et Raymond Sorel, Arthrites syphilitiques et traumatismes (p. 252). — Coustela, Arthrite syphilitique du genou par traumatisme (p. 252).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Castells et Carulla, La Roentgenthérapie profonde dans la paralysie infantile (p. 253).

LABORATOIRE

Rienhoff, Transformation histologique dans le goître exophtalmique, traité par l'iode (p. 253).