

L'Union Médicale du Canada

COMITE DE DIRECTION

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

COMITE DE REDACTION

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé 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.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, comptable, 3705 rue St-André ou Boîte Postale No 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE.—A. Clerc, Angine de poitrine et théorie coronarienne (p. 43). — Chiray et Triboulet, La pseudo-tuberculose d'origine cholécystique (p. 44). — Tremolières et Parturier, Périviscérités sous-hépatiques (p. 45). — Echaux, Un cas d'ictère traité par l'Insuline (p. 45). — Porak, La pression artérielle et les rythmes organiques (p. 45). — Lewis, Gangrene of the extremities (p. 46).

CHIRURGIE.—Schrapf, Sur la maladie de Buerger (p. 47). — Sicard, Sur la maladie de Buerger (p. 47). — Clute, Du traitement chirurgical des adénites tuberculeuses cervicales (p. 48). — Grant, Les hématomes chroniques sous-dure-mériens (p. 48). — Rogers, Thyroïdites suppurées (p. 48). — Thalheimer, De la dégastro-entérostomisation (p. 49).

PEDIATRIE.—Nobécourt, Spasmes douloureux du colon dans la moyenne et dans la grande enfance (p. 50). — Dufour, Considérations, sur l'étiologie et la vaccinothérapie des broncho-pneumonies (p. 50).

TUBERCULOSE PULMONAIRE.—Courmont et Gardère, Le pouvoir bactéricide des épanchements pleuraux tuberculeux (p. 53).

UROLOGIE.—Pugh, Pyelitis in pregnancy. Its treatment with the indwelling catheter (p. 53). — Beer, Phosphaturia as a local phenomenon: preliminary communication (p. 54).

ORTHOPEDIE et CHIRURGIE INFANTILE.—Cotton, Pression surajoutée dans les fractures du col du fémur (p. 54). — Schultz, Résection bilatérale du maxil-

laire inférieur dans le prognathisme (p. 55). — Orr, Le traitement de l'ostéo-myélite (p. 55). — Burnell, La réparation de la fissure palatine (p. 55). — Pouzet, Traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne (p. 55). — Albee, Sixty-four joint mice of the shoulder (p. 56).

GYNECOLOGIE.—Sigalas, Diagnostic de l'hématocèle par la réaction de sédimentation (p. 56). — Ionescu et Hristu, Traumatisme intestinal par tentative d'avortement (p. 57).

OBSTETRIQUE.—Broulia, Les indications de l'interruption de la grossesse (p. 57).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.—Pierre, Citrate de soude en O.-R.-L. (p. 58). — Terrien, L'amaurose post-hémorragique (p. 59).

NEURO-PSYCHIATRIE.—Claude, Lamarche, Dubar: Tension rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien (p. 59).

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE.—Perin, La syphilis, cause de stérilité (p. 61). — Beinhauer, Predisposing factors in eczema (p. 61).

MEDECINE LEGALE.—Balthazard et Calvert, Etude médico-légale du tétanos (p. 61).

ELECTRO-RADIOLOGIE.—Chaperon, Etude radiologique du hile pulmonaire normal et pathologique (p. 62).

LABORATOIRE.—Oberling, Le problème de l'amylose (p. 63). — Mondain Douris et Beck, Au sujet du séro-diagnostic du cancer (p. 64).

Ce sont une résistance amoindrie et un tonus subnormal qui rendent possible la croissance et la multiplication des bacilles de la tuberculose dans le corps.

Le Sirop Composé aux Hypophosphites "FELLOWS"

contient les sels minéraux appropriés associés à des médicaments synergiques qui augmentent le pouvoir assimilatif de la cellule et stimulent l'activité dynamique.

Littérature et échantillons sur demande

FELLOWS MEDICAL MFG., CO., Inc.

26 CHRISTOPHER STREET, NEW YORK CITY

Agents:

LYMANS, LIMITED,
344, St. Paul Street West, Montreal.

Le Lait Malté "HORLICKS" dans l'alimentation des enfants

Pour plus qu'une génération les membres de la profession médicale du monde entier ont reconnu les mérites du lait malté "Horlick" dans l'alimentation des enfants.

"Horlick's" contient les graisses, les protéines, les hydrates de carbone, les sels minéraux et les vitamines nécessaires au développement des os, des dents et des tissus.

Echantillons et littérature sur demande

HORLICK'S MALTED MILK CORPORATION

Racine, Wis.

Montreal, Can.

BULLETIN

UNE EVOLUTION -- UN PROGRAMME

Le numéro actuel apporte quelques changements dans la tenue et la direction scientifique du journal.

Les directeurs en ont confié la rédaction à un groupe de médecins plus jeunes recrutés parmi les assistants des services hospitaliers de cette ville.

Chacun d'eux a pris la direction d'un département du journal et assure ainsi le recrutement et la sélection des travaux.

Dans un premier chapitre paraîtront les mémoires et travaux originaux.

Nous demandons à tous ceux qui collaborent de condenser autant que possible les observations et les commentaires qui les accompagnent.

Les mémoires trop longs sont fastidieux, et peu lus. Comme l'espace est restreint et que les travaux seront sans doute nombreux et variés, nous serons obligés de limiter l'effort des uns au bénéfice de tous les autres.

Le chapitre suivant sera consacré aux observations cliniques. Les chefs de service de nos hôpitaux devraient faire profiter davantage les médecins des districts ruraux des faits nouveaux observés autour d'eux, des résultats thérapeutiques ou chirurgicaux obtenus chez des malades sériés dans un but particulier.

Nous leurs en fournirons l'occasion.

Ils pourront ainsi préluder utilement aux cours de perfectionnement que les hôpitaux ont l'intention d'organiser en mai 1928.

Une revue générale permettra de faire des mises au point qui rafraîchissent la mémoire et orientent quelquefois certains travaux de recherches.

Une page sera accordée à la pharmacologie.

Mais le chapitre consacré aux analyses recevra, de notre part, une attention particulière. La revue des journaux et des livres représente le véritable mouvement médical. Des résumés succincts permettent aux lecteurs de connaître, sur les questions nouvelles, le point essentiel, l'orientation nouvelle, les recherches bibliographiques utiles à consulter, la conclusion à retenir.

Nous n'avons pas l'intention d'épiloguer sur les questions d'intérêts professionnels. Elles ont leur importance. Nous ne nous désintéressons pas complètement de la politique médicale, mais nous l'écartons de notre programme habituel. Si des problèmes se posent qui exigent une opinion dans l'intérêt général, nous la formulerons ensemble afin de trouver une solution raisonnable. Voilà notre programme.

Pour le mener à bonne fin, nous avons formé un comité de rédaction présidé par le rédacteur en chef et dont les membres se recrutent parmi les jeunes médecins des hôpitaux de Montréal :

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

Je suis très heureux de présenter cette nouvelle organisation au public médical dans l'espoir qu'il continuera à l'*Union Médicale* son bienveillant patronage et ses encouragements.

ALBERT LESAGE.

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES DU CATHETERISME DES URETERES

Par Oscar MERCIER,

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

Le cathétérisme des uretères, d'usage courant dans le diagnostic des affections de l'appareil urinaire, n'est pas un mode de thérapeutique nouveau. Et dès le début de l'ère cystoscopique, la mise à demeure d'une sonde dans les uretères est employée dans le traitement de diverses affections urétéro-pyélo-rénales. Aussitôt, enseigné par Albarran, le cathétérisme thérapeutique des uretères connaît une période de grande faveur, qu'il s'agisse du traitement des pyélonéphrites ou de celui de l'anurie calculieuse. Puis, sans cause précise, sans que la méthode soit devenue inefficace, cette thérapeutique tombe peu à peu dans un abandon relatif. Actuellement, elle paraît être employée de nouveau plus fréquemment par un nombre plus considérables d'urologues.

Nous devons maintenant nous demander si ce mode de thérapeutique comporte des contre-indications. Nous n'en voyons guère. Et celui que l'on a formulé, à savoir l'infection ascendante du rein par la sonde, peut être facilement évité par une asepsie rigoureuse. Dans ce but, si les sondes sont laissées à demeure, on aura soin de déposer quelques centimètres cubes de formol dans le récipient qui collectera les urines.

Le cathétérisme thérapeutique des uretères peut s'employer de deux façons. D'une part, il est *temporaire*, soit qu'il serve à introduire dans le bassin des solutions antiseptiques, soit qu'il ait pour but de dilater l'uretère, présentant des points rétrécis. Dans ce cas

la sonde urétérale est retirée, dès que les manœuvres sont exécutées. D'autre part, il a pour but d'appliquer dans la lumière urétérale une sonde à demeure. Il est alors utilisé soit comme moyen de drainage, de désinfection du bassinets, soit comme procédé de dilatation de l'uretère pour favoriser l'expulsion d'un calcul engagé dans la lumière de ce conduit.

Dès maintenant, les indications thérapeutiques du cathétérisme des uretères nous apparaissent nombreuses. Nous voulons ici schématiser ces indications et en illustrer les bienfaits par quelques observations de malades que nous avons dernièrement traités.

Indications: 1° *Rétrécissement de l'uretère.*

2° *Lithiase urétérale:* colique néphritique
anurie
calcul de l'uretère

3° *Infections banales du bassinets.*

4° *Fistule urinaire lombaire.*

Rétrécissement de l'uretère

L'école américaine, depuis les dernières années, a attiré l'attention des urologues sur la fréquence des rétrécissements de l'uretère. Pour les Américains, ces rétrécissements seraient à l'origine des hydronéphroses et de nombreuses infections banales des bassinets. Imbus de ces idées, ceux-ci dilatèrent l'uretère à l'aide de bougie urétérale conique pour en agrandir la lumière. Leurs expériences paraissent trop récentes pour en tirer des conclusions pratiques.

Personnellement, nous n'avons jamais observé de rétrécissements intrinsèques de l'uretère, ayant leur origine dans les parois urétérales. Tous les cas chez lesquels nous avons vu des diminutions de calibre de la lumière urétérale avaient une cause extrinsèque, compressive. Il s'agissait alors d'adhérences ou de brides périurétérales, comparables à la membrane de Jackson au niveau du cæcum ou de vaisseaux anormaux du rein qui comprimaient et déformaient l'uretère. Nous nous demandons donc comment la simple dilatation de la lumière urétérale pourrait agir sur ces rétrécissements extrinsèques. Au contraire, nous avons obtenu des résultats complets et durables en réséquant soit les brides, soit les vaisseaux anormaux.

Lithiase urétérale

Colique néphritique :

Dans la lithiase, qu'il s'agisse du passage de cristaux dans l'uretère ou du cheminement d'un calcul, on sait que la colique néphritique n'est pas toujours soulagée par des doses même massives de morphine ou d'atropine. Les malades continuent à souffrir.

Le cathétérisme des uretères est alors le seul moyen qui puisse produire la sédation des douleurs. La sonde introduite jusqu'au bassinnet vide ce dernier dont la distension par l'urine est la cause des souffrances. M. Marion en a rapporté dans la *Presse Médicale* trois observations démonstratives. Nous présentons ici celle d'un malade dont les douleurs cessèrent avec le cathétérisme urétéral.

Observation I (résumé) : M. J..., âgé de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, chambre 38, le 23 août 1927, pour une crise de colique néphritique gauche. Cette crise a débuté il y a deux jours. Elle est classique et ne cède pas aux calmants; même une dose massive de 4 centigrammes de morphine et de 1 milligramme d'atropine n'amène aucune sédation de la douleur. Antérieurement, le malade depuis 2 ans a eu 3 crises semblables, mais moins violentes. Son médecin me l'adresse à l'hôpital pour que je le soulage immédiatement. Les urines sont limpides, mais très foncées. Une radiographie ne fait voir aucun calcul. Nous pratiquons d'urgence un cathétérisme de l'uretère gauche et une pyélographie qui montre un bassinnet normal. La sonde urétérale est laissée à demeure. Cette dernière en parvenant au bassinnet évacue une quantité abondante d'urine en rétention, ce qui soulage immédiatement le malade. Une demi-heure après les douleurs ont entièrement disparu et la sonde est retirée 3 heures après. Le malade quitte l'hôpital le lendemain sans aucune souffrance. Depuis, il n'a pas eu d'autres crises.

Anurie calculeuse :

Nous pouvons dire que l'anurie calculeuse est le triomphe du cathétérisme thérapeutique de l'uretère. Son histoire est déjà ancienne et date de 1903, époque où Tebaldo Cimino obtint le retour de la sécrétion rénale chez un anurique lithiasique par la mise en place d'une sonde dans l'uretère. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer un cas dernièrement. Mais nous en avons vu plusieurs dans le service de M. Marion à Paris chez lesquels les résultats ont été brillants.

Calcul de l'uretère :

Il ne fait aucun doute que tout calcul de l'uretère doit être rapidement enlevé, car il détruit plus certainement le rein que les calculs de cet organe. Cependant le chirurgien n'a pas le droit d'en pratiquer

l'ablation avec le bistouri avant d'avoir essayé un autre moyen plus simple, sans danger, qui réussit très souvent, je veux parler du *cathétérisme urétéral à demeure*. Nous ne comptons plus maintenant dans la littérature médicale les cas si nombreux où la simple introduction d'une sonde dans l'uretère a été suivie de l'expulsion du calcul qui en obstruait la lumière. Nous en publions 3 observations où les suites du cathétérisme urétéral furent la sortie du calcul.

La seule contre-indication à l'emploi de la sonde urétérale à demeure dans le traitement du calcul de l'uretère est l'impossibilité de franchir l'obstacle. Cependant des résultats excellents ont été obtenus, même lorsque la sonde n'avait pas passé au delà du calcul. Lorsque nous tentons de déloger une concrétion calcaire de l'uretère, nous procédons de la façon suivante. A l'aide du cystoscope à fulguration, nous introduisons dans l'uretère une sonde spéciale que nous avons fait construire par la maison Eynard à Paris. Cette sonde a pour caractéristique d'être conique. Son extrémité calibre le No 10 (Pasteau), tandis que rapidement son diamètre après quelques centimètres prend celui du No 20 (Pasteau). La forme conique en permet à la fois l'introduction facile et la dilatation large de la lumière urétérale. Nous laissons alors la sonde en place pendant 24 heures. Avant de la retirer, nous y introduisons quelques centimètres cubes d'huile goménolée pour lubrifier les parois de l'uretère. Nous donnons alors au malade de la belladonne pour éviter les spasmes du conduit urétéral. Enfin, nous lui ordonnons l'ingestion de liquide et une marche avec montée et descente d'escaliers pour favoriser le délogement du calcul. Dans la majorité des cas, les manœuvres sont suivies d'une faible crise de colique néphritique avec expulsion du calcul. Chez certains autres la sonde doit être remise en place une seconde fois pour obtenir un résultat. Enfin, chez quelques rares malades (observation II), le calcul s'engage dans le méat urétéral et vient poindre dans la vessie. Il faut alors ouvrir l'orifice urétéral à l'aide du cystoscope opérateur. Grâce à ce débridement qui guérit sans laisser de rétrécissements le calcul tombe dans la cavité vésicale.

Observation II (résumé): M. C..., âgé de 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, chambre 191, le 25 avril 1927 pour des crises de colique néphritique classiques. La première remonte à 3 ans et siègeait à gauche. La deuxième est survenue il y a 2 ans et siègeait à droite. Depuis les crises à droite sont de plus en plus fréquentes, tandis qu'elles surviennent exceptionnellement à gauche. Il n'y a jamais eu d'hématurie. Tous les

parents du malade sont des lithiasiques urinaires. A l'examen, on voit des urines limpides. Le palper rénal est négatif. **La radiographie montre un calcul de l'uretère droit, situé à 2 cms de la vessie et un calcul du calice supérieur du rein gauche.** Le calcul de l'uretère a le volume d'une grosse fève, celui du rein gauche le volume d'un noyau de cerise.

Le 26 avril dilatation de l'uretère droit par sonde conique à demeure. La suite est une violente crise néphritique sans expulsion du calcul. Le 30 avril nouvelle tentative qui est suivie d'une crise de colique néphritique sans résultat. Le 5 mai une cystoscopie montre que le calcul est engagé dans l'orifice urétéral et point dans la vessie. Débridement de l'orifice par des étincelles électriques. Le 7 mai violente colique néphritique avec expulsion du calcul.

Le 24 octobre néphrotomie gauche pour sortir le calcul du rein. Les suites sont normales et le malade quitte l'hôpital le 11 novembre, entièrement guéri.

Observation III (résumé): M. H..., âgé de 58 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, chambre 32, le 22 août 1927 pour une crise de colique néphritique gauche. Cette crise dure depuis 10 heures et est classique. Pas de crise antérieure. La radiographie montre un calcul de l'uretère gauche à 1 centimètre de la vessie environ. Son volume est celui d'un pois. Le même jour dans l'après-midi cathétérisme de l'uretère gauche avec sonde conique, qui est laissée en place 24 heures. Deux heures après le retrait de la sonde crise de colique néphrite qui se termine par l'expulsion du calcul.

Observation IV (résumé): Mme S..., âgée de 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, chambre 164, le 23 octobre 1927 pour une crise de colique néphritique gauche. Cette crise est survenue il y a 12-jours et a duré 36 heures. Depuis la malade a une pesanteur à la région rénale et des nausées avec vomissements. Pas d'hématurie. Depuis 3 jours pollakiurie. Il y a eu 4 radiographies qui montrent la progression d'un calcul de l'uretère gauche. La dernière prise la veille fait voir le calcul à 6 centimètres environ de la vessie. Son volume est celui d'un gros pois.

Le 24 octobre sonde urétérale conique à demeure. Retrait le lendemain et expulsion du calcul le 26 octobre.

Infections banales du bassinet

Les pyélites constituent la première et la plus importante des indications du cathétérisme urétéral thérapeutique. C'est tout particulièrement dans les *pyélonéphrites de la grossesse* que les résultats sont démonstratifs. Dès que la sonde est placée, la fièvre tombe et l'état général se relève. Dans ces cas, la sonde urétérale sera d'un fort calibre et sera laissée 3 jours après l'apyrexie complète. Nous en rapportons ici une observation très démonstrative.

Observation V (résumé): Mme B..., âgée de 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, chambre 75, le 11 août 1927 pour de la fièvre, un syndrome d'ictère

grave et des douleurs lombaires. Le début remonte à 5 jours par des douleurs lombaires gauches, de la température à 103° F., des vomissements. Le lendemain de l'ictère est survenue et de la constipation. La malade est enceinte de 5 semaines environ. Son état général est mauvais et son estomac est complètement intolérant. A l'examen on trouve un foie qui déborde les côtes de 3 travers de doigt et la rate est nettement augmentée de volume et palpable. La palpation des régions rénales

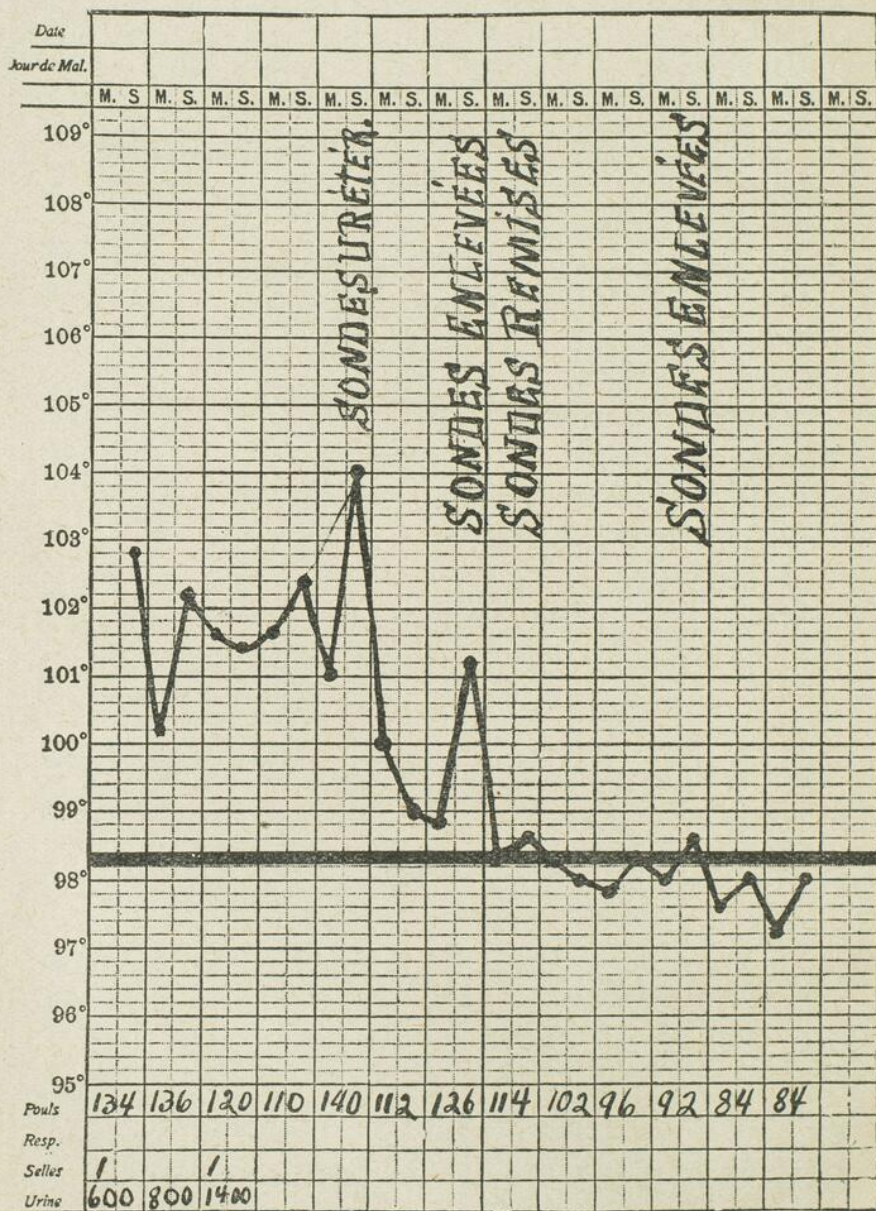


Fig. I
Tableau thermique de l'observation V.

révèle des douleurs violentes, surtout à gauche. L'examen microscopique des urines montre du pus en abondance et de nombreux colibacilles. L'examen du sang se lit ainsi :

Hémoglobine 8%,
Globules rouges 3,150,000,
Globules blancs 50,000.

Des sondes urétérales sont mises à demeure qui montrent du pus dans chaque rein et des colibacilles. La fièvre tombe alors le soir même (Figure 1). Deux jours après les sondes ayant été enlevées par mégarde, la fièvre remonte. Nous remplaçons les sondes et la fièvre tombe alors définitivement et l'état général s'améliore très rapidement. Le 20 août la malade commence à s'alimenter. Les sondes sont enlevées le 24 août. La malade se lève alors. La malade quitte l'hôpital le 3 septembre entièrement guérie. Les urines ne contiennent alors ni pus ni microbes.

Nous savons combien fréquentes sont les hématuries dans les pyélonéphrites. Celles-ci sont ordinairement tenaces et ne cèdent pas à la médication ordinaire. La mise à demeure d'une sonde urétérale arrête immédiatement l'hémorrhagie. Nous en avons rapporté un cas avec Pérard dans le Journal d'Urologie.

Les pyélonéphrites chroniques sont souvent d'une ténacité déconcertante malgré une thérapeutique interne active. Le cathétérisme des uretères pratiqué pour laver les bassinets avec des solutions antiseptiques donne des résultats. Nous employons ordinairement une solution de collargol à 10% et nous répétons les lavages à tous les 4 jours au début, puis à toutes les semaines.

Observation VI (résumé) : Mme B..., âgée de 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, chambre 165, le 6 septembre 1927 pour des douleurs rénales et de la pyurie. Le début des accidents remonte à 7 mois. La malade qui était alors enceinte fait de la pyélonéphrite aiguë qui a duré pendant toute la grossesse. Après l'accouchement la température a cessé, mais la pyurie a persisté et des douleurs rénales. A l'examen on voit des urines troubles. Les deux reins sont augmentés de volume. La capacité vésicale est normale. Le cathétérisme des uretères montre du pus et des colibacilles dans chaque rein. La pyélographie montre une dilatation congénitale des deux bassinets. On fait alors un lavage des bassinets au collargol à 10%. Le 13 septembre, nouveau lavage des bassinets. Le rein droit ne contient alors ni pus ni microbes. Le rein gauche renferme du pus et des colibacilles. Le 16 septembre lavage des bassinets au collargol. Traces de pus et coli dans le rein gauche. Rein droit normal. Le 27 septembre lavage des bassinets au collargol. Rein droit normal. Rein gauche traces de pus et coli. Le 5 octobre lavage des bassinets au collargol. Rein droit normal. Rein gauche: absence de pus, colibacilles. Les lavages des bassinets ont été faits régulièrement

à tous les 10 jours environ. Actuellement il n'y a pas de pus dans les urines.

Fistules urinaires lombaires

Après la pyélotomie ou la néphrotomie, il s'établit parfois une fistule urinaire lombaire persistante. De même, dans quelques rares cas de néphropexie trans-rénale une fistule urinaire peut apparaître. La mise à demeure d'une sonde dans l'uretère sera alors utile pour tarir cet écoulement d'urine.

Le cathétérisme des uretères nous a été d'un grand secours chez la malade dont nous résumons l'observation. Il s'agissait d'une femme que nous avons néphrectomisée à droite au mois de février 1927 pour une tuberculose rénale. A la fin de mars elle fut atteinte d'un phlegmon colibacillaire périrénal gauche. Après l'ouverture et le drainage de ce phlegmon, il s'établit vers la 18^e journée une fistule urinaire, probablement produite par l'ouverture d'un petit abcès de la corticalité du rein. Il ne pouvait être question d'une néphrectomie, ce qui aurait été le traitement idéal, si l'autre rein n'avait pas été enlevé. La mise à demeure d'une sonde dans l'uretère arrêta définitivement à la 5^{ème} journée l'écoulement d'urine par la plaie. Actuellement la malade est bien et sa plaie est entièrement fermée. Dans ce cas la sonde urétérale à demeure nous a été sans contredit d'une utilité incomparable.

BIBLIOGRAPHIE

- André:** Huit cas de calculs de l'uretère traités avec succès par le cathétérisme urétéral. *Journal d'Urologie*, tome X, p. 89.
- Blanc:** De l'hématurie dans les pyélonéphrites. *Journal d'Urologie*, tome XX, août 1925.
- Caulk:** Drainage par le cathétérisme urétéral des infections rénales, en particulier dans l'hydronéphrose gravidique infectée. *Journal of Theam. Med. Ass.*, tome XXVIII, No 9, p. 675.
- Corbus et Danforth:** Pyelitis in Pregnancy. *The Journal of Urology*, novembre 1927, p. 543.
- Creysel:** Contribution à l'étude thérapeutique du cathétérisme urétéral à demeure. *Journal d'Urologie*, tome XVII, p. 449.
- Hourtoule:** Une observation de pyélonéphrite de la grossesse traitée par le cathétérisme urétéral. *Journal d'Urologie*, tome VI, p. 555.
- Harris:** Pyélite chez la femme. *The Urologic & Cutaneous Review*, mai 1917, p. 270.
- Kummer, Robert H.:** Note sur quelques cas de pyélonéphrite et sur le traitement par les sels d'argent. *Journal d'Urologie*, tome XIV.

- Marion:** De l'utilité du cathétérisme urétéral dans la colique néphritique par lithiase. *Presse Médicale*, 5 août 1925, p. 1043.
- Martin Schreiber:** Ureteral Stricture; its anatomical and pathological background, based upon the findings in one hundred consecutive autopsies. *Surgery, Gynec. & Obstetric*, oct. 1927, p. 423.
- Mercier et Pérard:** Un cas d'hématurie abondante de pyélonéphrite arrêtée par le cathétérisme urétéral. *Journal d'Urologie*, tome XXII, oct. 1926, p. 304.
- Périneau:** Résultats actuels du traitement des urétéro-pyélonéphrites suppurées par le cathétérisme urétéral et les lavages du bassin. *Journal d'Urologie*, tome I, p. 663.
- Winfield, Scott Hugh:** Pyelitis of Pregnancy; its treatment with the indeelling catheter. *The Journal of Urology*, nov. 1927, p. 553.

L'APPENDICITE NEUROGENE ET SES RAP- PORTS AVEC LA CLINIQUE (1)

Par L. C. SIMARD.

Depuis les travaux et le mémoire original de Masson, l'appendicite neurogène prend une place importante dans le chapitre des appendicites, et, malgré les recherches contradictoires mal conduites, a droit de paraître dans les traités classiques. L'appendicite neurogène, les névromes appendiculaires et les carcinoïdes sont des entités proche parentes à un titre plus élevé que la mastite chronique, l'adénome et le cancer du sein. Le clinicien doit aussi bien être au courant de l'hypergénèse nerveuse de la sous-muqueuse appendiculaire qu'il connaît l'hépatisation rouge dans la pneumonie.

Quand un malade se plaint de palpitations, de bouffées de chaleur, d'insomnie, de nervosité, et présente quelques vagues signes locaux dans la fosse iliaque droite, signes suffisants pour faire poser un diagnostic d'appendicite chronique, le médecin doit penser aux proliférations nerveuses de l'appendice qui peuvent exciter le système nerveux végétatif.

Voici comment on peut résumer les constatations de Masson. Des cellules lieberkühniennes de l'épithélium se multiplient, forment un bourgeonnement, s'isolent de la glande et par un neurotropisme particulier pénètrent dans les nerfs de la sous-muqueuse et, après être devenues argentaffines, s'individualisent. Par leur présence et pour des raisons trop longues à expliquer ici, ces cellules déterminent une hyperplasie des nerfs. Ces nerfs hyperplasiés habités par des cellules argentaffines expliquent seuls quelques cas, certains, syndromes appendiculaires qui peuvent donner le change, comme nous en avons eu des exemples dernièrement, pour une appendicite aiguë.

D'autre part on sait que l'appendice peut s'oblitérer à la suite d'une ulcération étendue de la muqueuse; c'est même à ce processus que beaucoup d'auteurs rattachent toutes les oblitérations appendi-

(1) Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Hôpital Notre-Dame. Directeur, Monsieur le professeur P. Masson.

culaires. Il y a plus. Dans beaucoup d'appendices n'ayant pas subi de mutilations antérieures, l'oblitération peut se faire à la suite d'une involution épithéliale débutant à l'extrémité distale et cette oblitération stimule la production de nerfs. Aussi le plexus muqueux hyperplasié se pelotonne et donne naissance à des névromes plus ou moins volumineux.

Les cellules argentaffines qui existent également dans les névromes peuvent proliférer à un moment donné et alors apparaîtra dans l'appendice le neuro-carcinoïde que nombre d'auteurs considèrent encore maintenant comme un simple épithélioma.

Tumeur néoplasique sans aucun doute, mais tumeur bénigne que le clinicien ne doit pas interpréter comme étant de nature cancéreuse, puisque le carcinoïde généralement ne fait pas de métastase, et ne laisse pas de trace après ablation de l'appendice.

Pour bien montrer toute l'importance que devrait prendre en clinique l'appendicite neurogène, nous donnons ici une statistique basée sur les appendices examinés à l'Hôpital Notre-Dame depuis le mois de janvier 1927 jusqu'à novembre inclusivement.

Signalons auparavant quelques constatations intéressantes du point de vue anatomo-clinique. Comme nous le marquions au début de cette communication il nous est arrivé de constater à l'examen histologique des appendicites neurogènes pures avec hypergénèse nerveuse et nombreuses cellules argentaffines sans aucune lésion inflammatoire dans des cas où, cliniquement, le malade avait présenté le syndrome classique de l'appendicite aiguë.

D'un autre côté, dans certains cas où on avait enlevé l'appendice à l'occasion d'une hystérectomie ou d'une laparatomie exploratrice nous avons trouvé une appendicite aiguë typique avec du pus dans la cavité. Ce qui nous fait croire que la douleur de la crise aiguë appendiculaire n'existe qu'en autant que le péritoine est intéressé. Sur les 144 cas examinés 26 présentaient des névromes plus ou moins volumineux, localisés à l'extrémité distale ou disséminés en chaînons au milieu de l'organe, et 3, des neurocarcinoïdes.

Les appendicites aiguës se chiffrent au nombre de trente-deux et le nombre global des appendicites neurogènes, avec neurogenèse, névromes et carcinoïdes est de quatre-vingt-huit.

*Statistique**Appendices perméables sans passé clinique*

Hypergénèse argentaffine	Aucune lésion appréciable
37.5%	62.5%

Appendices perméables à passé pathologique

Hypergénèses		Hypergénèse nerveuse
Argentaffine seule	Nerveuse argentaffine	sans cellules argentaffines
2.8%	43.4%	13%
Hyperplasie lymphoïde	Hyperplasie généralisée	Cicatrices ou rien
15.9%	4.3%	20%

Appendices sans vestiges de lésions inflammatoires récentes

Hypergénèse	Nerveuse	Pas d'hypergénèse
neuro-argentaffine	sans cellules argentaffines	nerveuse
79.4%	7.6%	12.8%

Cette statistique est rédigée dans le même sens que celle du mémoire de Masson, et un fait intéressant domine tout, c'est le pourcentage à peu près identique dans l'une comme dans l'autre. Il faut cependant dire ici que nos appendices n'ont pas été étudiés aussi complètement que ceux qui ont servi de base au travail de Masson. Si l'étude de nos appendices avait été plus poussée, il est probable que le pourcentage des appendicites neurogènes dans les appendices perméables à passé pathologique aurait été plus élevé. Quoi qu'il en soit, l'hypergénèse nerveuse et argentaffine dans les appendices perméables à passé pathologique correspond au chiffre de 42.8% dans le travail de Masson, dans notre statistique elle est de 43.4%. Pour les appendices oblitérés 86.4%, à l'Hôpital Notre-Dame 79.4%.

Dans les appendices perméables sans passé clinique notre chiffre est beaucoup plus élevé.

Voici d'ailleurs pour comparaison la statistique de Masson :

Appendices perméables sans passé clinique

Hypergénèse argentaffine	Aucune lésion appréciable
3.3%	96.6%

Appendices perméables à passé pathologique

Hypergénèse		Hypergénèse
Argentaffine seule	Nerveuse et argentaffine	sans cell. argentaffines
33.7%	42.8%	2.7%
1 ————— 1		
76.5%		

Hyperplasie lymphoïde	Hyperplasie généralisée	Cicatrices ou rien
6.5%	2.7%	11.6%

Appendices oblitérés sans vestiges de lésions inflammatoires récentes

Hypergénèse	Nerveuse	
neuro-argentaffine	sans cell. argentaffines	Pas d'hypergénèse
86.4%	2.7%	4.5%

L'appendicite neurogène est donc pour le moins aussi constante au Canada qu'en France, et serions-nous parvenu à attirer l'attention des médecins sur cette question nous aurions atteint le but que se propose ce travail.

RECUEILS DE FAITS

ENDOCARDITE INFECTIEUSE LENTE OBSERVATIONS CLINIQUES (1)

Par Albert LeSAGE,

Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Notre-Dame.

La fréquence et la gravité de l'endocardite infectieuse lente n'a pas encore attiré suffisamment l'attention des médecins.

Nous connaissons bien l'endocardite rhumatismale, son évolution vers la sclérose de la valvule, sa rétraction tendineuse et son insuffisance.

C'est une complication grave, mais cette évolution est si lente et son échéance si éloignée, bien souvent, que nous y attachons une moindre importance à cause d'une adaptation rapide du cœur et d'une survie prolongée de ces malades.

L'Endocardite infectieuse lente diffère de la précédente par la multiplicité des complications qui l'accompagnent et la gravité constante de son pronostic.

Voyons comment évolue cette affection au cours d'une maladie infectieuse.

OBSERVATION I. Alice M..., 44 ans, entre à l'Hôpital Notre-Dame le 12 septembre 1923 pour des douleurs dans l'abdomen ayant débuté à la suite d'un œdème généralisé survenu en avril, accompagné de dyspnée d'effort et d'une douleur dans la région précordiale.

Au mois de juillet suivant, elle fait une poussée de température, 104° F., avec œdème des jambes et transpirations profuses.

Dans son passé nous relevons la rougeole, la scarlatine et la typhoïde.

A l'examen, le jour de son entrée, nous constatons de l'ascite, un *assourdissement des bruits* du cœur, une pression de 105 sur 60, la pointe

(1) Clinique Médicale de l'Hôpital Notre-Dame.

abaissée et déviée, l'aire de matité augmentée, aucun frémissement, quelques bouffées d'*arythmie*, forme extra-systolique à prédominance ventriculaire gauche; aucun souffle perceptible à ce moment. En somme, un cœur indiquant une insuffisance de son myocarde.

Les poumons sont en pleine suppléance à droite, à gauche on entend des râles humides à la base. Présence de *pneumocoques* dans les crachats.

La *rate* est grosse, percutable.

La *constante* est à 0.08: normale, malgré des traces d'albumine.

Bordet-Wassermann négatif.

Température 99° F.

Une chose nous frappe: l'aspect anémique de la peau derrière une apparence sub-ictérique.

L'examen du sang dans une première analyse donne la résultat suivant :

Globules rouges	2,650,000
Globules blancs	9,375
Hémoglobine	25%
Polynucléaires	73%
Mononucléaires	8%
Lymphocytes	18%
Eosinophiles	1%

En présence de ces principaux symptômes, d'accord avec l'un de nos assistants, le Dr Roméo Boucher, nous posons le diagnostic d'*endocardite infectieuse lente*.

Les jours suivants, la température oscille entre 99½ et 102 F. et elle persiste ainsi jusqu'au 15 octobre où une ascension subite est suivie rapidement de l'apparition des signes classiques d'une pneumonie au poumon gauche.

A partir de ce moment l'évolution se précipite et s'aggrave. L'hypoglobulie s'accroît de jour en jour : 2,474,000, 1,924,000, 1,750,000, 1,500,000.

La fièvre remonte à 103.

Le pouls oscille de 128 à 144 pulsations.

A l'auscultation, *tachyarythmie* accompagnée d'un *souffle systolique* avec pialement.

Délire.

Le lendemain, *bradycardie* avec *dissociation nette* auriculo-ventriculaire.

Bientôt apparaît une paralysie faciale.

Délire.

La malade succombe le 3 novembre.

Voici le protocole de l'*autopsie*, pratiquée par le professeur Wilfrid Derome, le jour du décès.

Sang très fluide, aucun caillot dans le cœur.

Cœur: le myocarde a une couleur jaune pâle; une grosse végétation apparaît sur la valvule mitrale. Une autre siége sur la paroi de l'oreillette

droite. Elle est molle, pédiculée, constituée par des dépôts fibrineux infiltrés de leucocytes polynucléaires *farcis de nombreux pneumocoques*.

La *rate* est grosse et présente de nombreux foyers hémorragiques dont l'un plus considérable offre l'aspect d'un infarctus ancien.

Au microscope on voit de nombreux polynucléaires infestés de pneumocoques.

Reins: dégénérescence graisseuse.

Le *foie* souffre aussi de dégénérescence graisseuse.

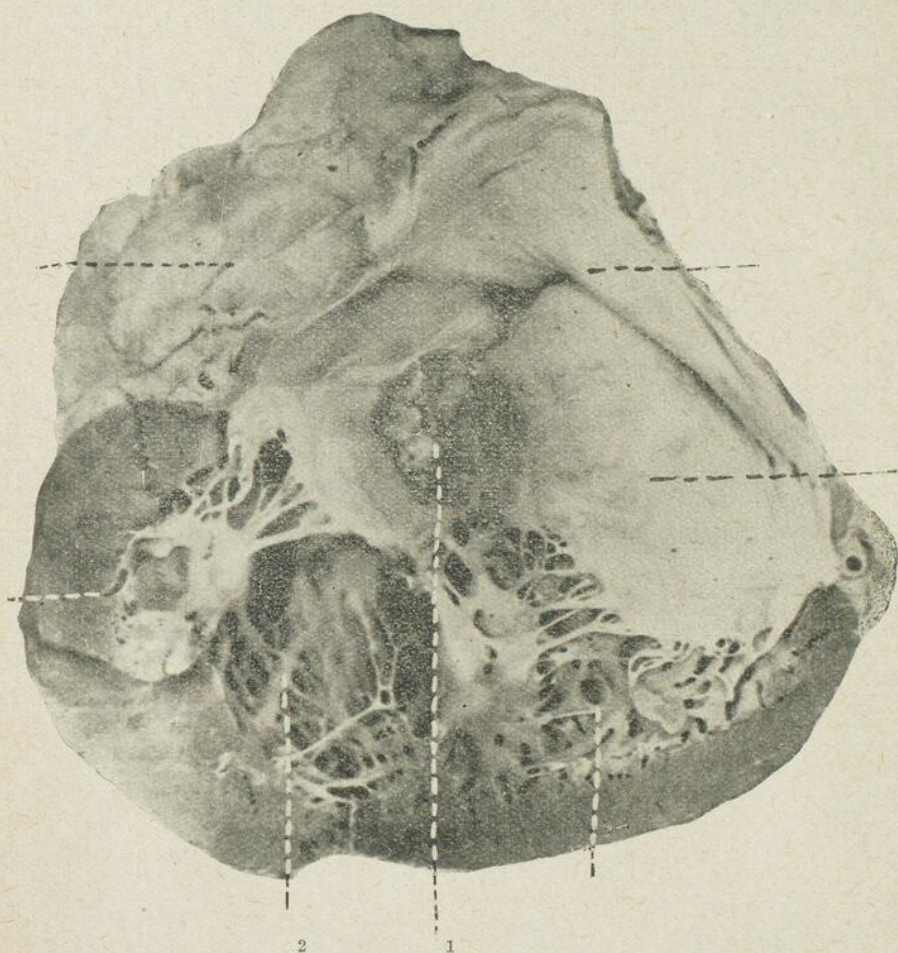


Fig. I

- (1) Végétation implantée sur paroi O. D. au-dessus orifice tricuspide 1 cm. 5.
- (2) Végétation sur valvule mitrale.

En résumé: maladies infectieuses antérieures, surtout la typhoïde, ayant évolué secondairement et sans bruit sur certains organes importants. Entrée en scène d'une infection banale — pneumococcie — évoluant avec aisance sur des organes dégénérés. Ensemencement de

l'endocarde: endocardite lente développant peu à peu une septicémie pneumococcique avec embolies microbiennes, cause des infarctus nombreux décelés à l'autopsie.

La pâleur, la persistance de la température, les douleurs rhumatoïdes, l'arythmie et l'assourdissement des bruits du cœur, la lésion

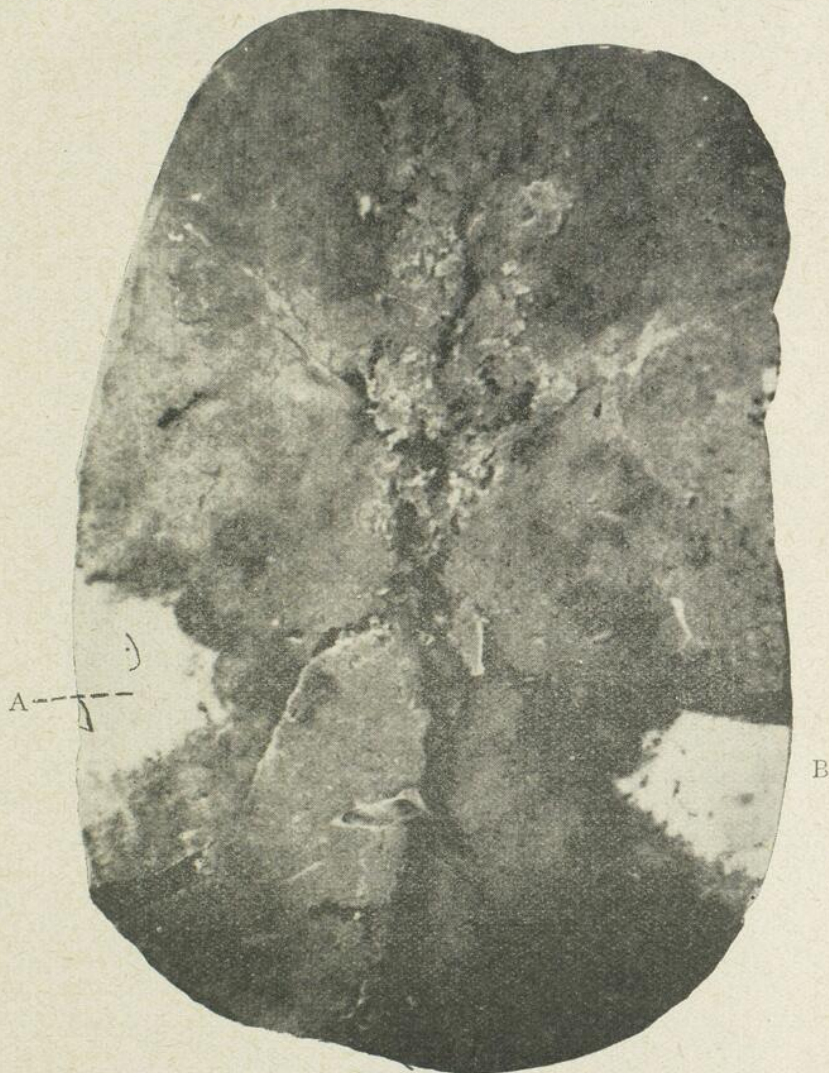


Fig. II
Rate leucémique
A. B. = infarctus anciens.

pneumococcique du poumon, accompagnée d'une anémie rapide et progressive vers l'état pernicleux nous ont permis de penser à l'endocardite infectieuse lente.

Nous savons gré au professeur W. Derome d'avoir préparé ces microphotographies permettant de constater sur place l'essaimage de la pneumococcie.

OBSERVATION II. Il s'agit d'un Polonais âgé de 35 ans enrôlé en 1916, ayant séjourné dans les tranchées durant six mois. Il reviet en 1919 se plaignant de nausées, vomissements, vertiges et crises de dyspepsie accompagnée d'angoisse.

Après un séjour dans le Nord-Ontario il rentre à Montréal parce qu'il est incapable de travailler. (1)

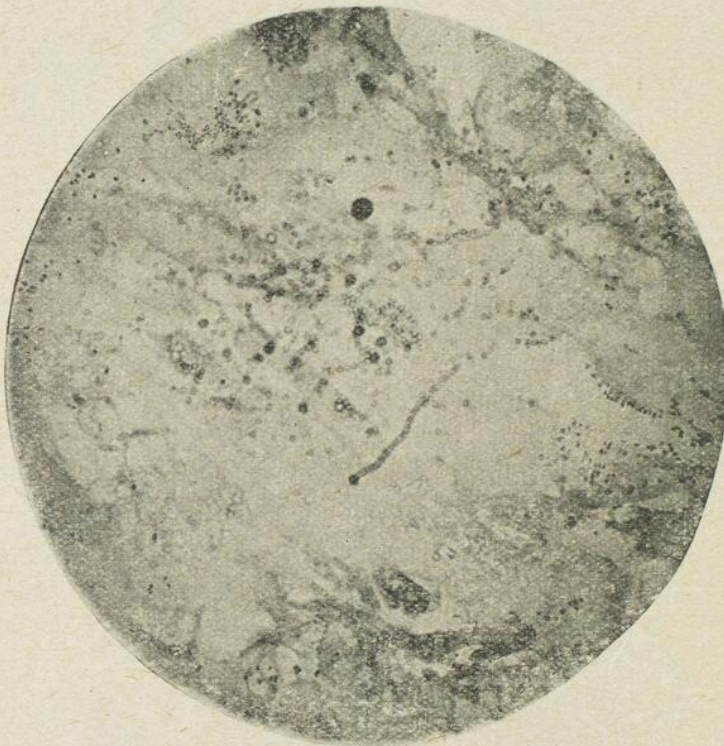


Fig. III

Coupe de végétation dans oreillette dr., présence de pneumocoques.
(Septicémie pneumococcique)

Une crise d'oppression subite l'oblige de s'aliter et il meurt subitement avant l'arrivée du médecin.

L'autopsie pratiquée par le Dr Fontaine, assistant du professeur W. Derome, qui a bien voulu nous communiquer la pièce que nous publions en même temps qu'un résumé de l'observation, démontre ce qui suit :

Cœur hypertrophié. L'orifice aortique est parsemé de végétations grisâtres peu résistantes au toucher, implantées sur une surface ulcérée et rougeâtre. On observe les mêmes lésions sur tout le pourtour de

(1) Communiqué par M. Fontaine.

l'orifice de l'artère coronaire, sur les valvules aortiques, déchiquetées, et sur les cordages tendineux de la valvule mitrale.

Le foie, la rate et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse avec quelques infarctus.

Je pourrais citer d'autres observations de malades décédés dans notre service à l'Hôpital Notre-Dame, où le diagnostic d'endocardite infectieuse a été confirmé par l'autopsie. L'un d'eux a présenté le syndrome Millard-Gubler (paralysie alterne) quelques jours avant sa mort.

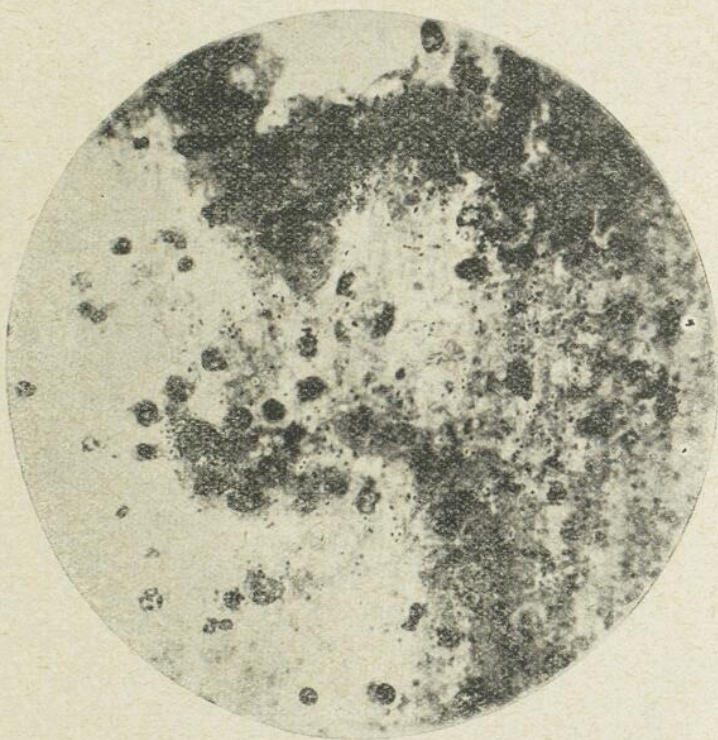


Fig. IV

Coupe de la rate infectieuse, présence de nombreux pneumocoques.
(Septicémie pneumococcique)

La gravité de cette affection nous incite à la dépister de bonne heure dans tous les cas de maladies infectieuses évoluant chez d'anciens cardiaques, qui ont déjà subi l'épreuve d'une crise de rhumatisme polyarticulaire aigu.

Le premier symptôme qui donne l'éveil, c'est une douleur précordiale subite accompagnée d'angoisse et d'hypothermie durant l'évolution d'une maladie infectieuse.

Bientôt apparaissent des vertiges, des frissons, de la gêne respiratoire, une douleur à l'hypocondre gauche, dans la région splénique.

Puis se succèdent ou s'affrontent les arthralgies, les vomissements cycliques, la diarrhée, les sueurs profuses, l'anémie, les nodosités érythémato-douloureuses des doigts et des orteils, des taches purpu-

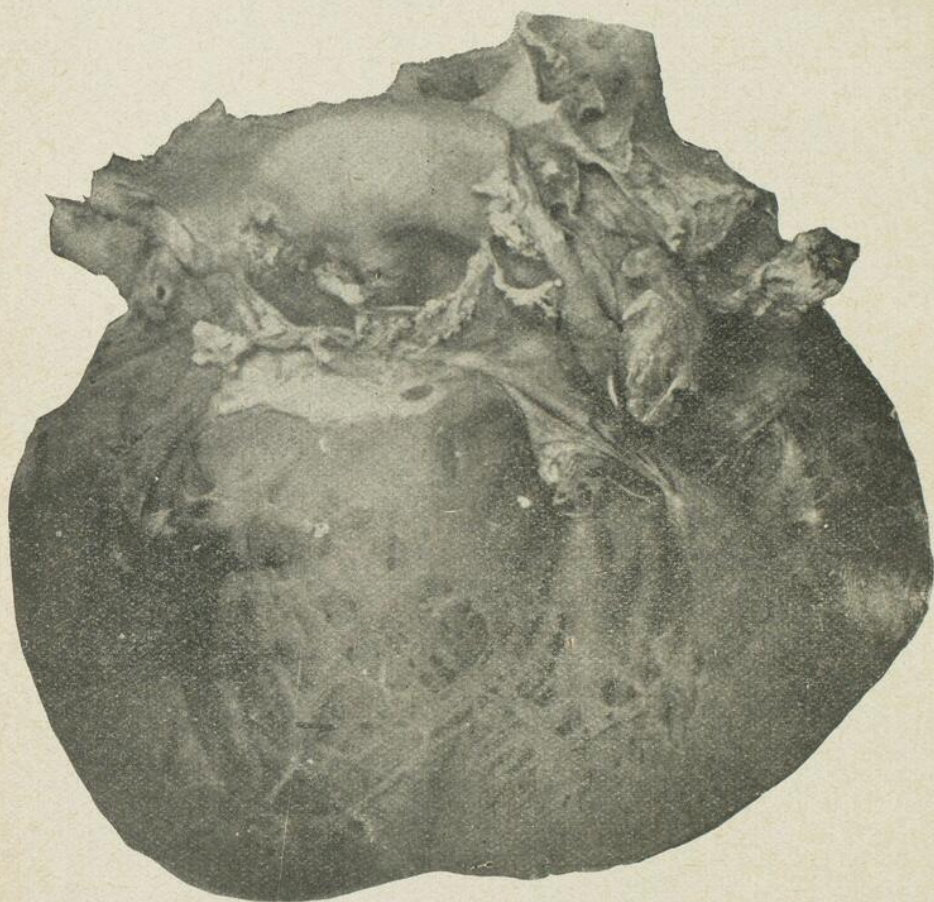


Fig. V
Endocardite infectieuse ulcéro-végétante.

riques, des oscillations prolongées de la température malgré tous les essais. Le cœur participe aussi à la progression de la maladie. A l'assourdissement des bruits succèdent les souffles et les pialements. L'anémie pernicieuse s'amorce et les malades succombent à une dernière embolie ou bien à une insuffisance hépatique, ou bien à une syncope, dernière étape d'une dégénérescence graisseuse du cœur.

L'endocardite infectieuse lente est une véritable liquéfaction des organes hémato-poétiques.

*
* *

Contre une telle affection pouvons-nous lutter avec espoir et efficacité ?

Tous les traitements ont échoué.

Dans notre service à Notre-Dame, nous avons tout mis en œuvre. Echec complet.

Actuellement nous en observons un cas à l'Hôpital. Le dernier essai a été l'acriflavine en injection intra-veineuse.

Même échec.

Il importe donc de suivre avec un soin méticuleux la marche d'une maladie infectieuse quelconque chez les cardiaques anciens, à cause de l'apparition possible et de l'évolution silencieuse de l'endocardite infectieuse lente.

Le sac de glace en permanence, l'acriflavine, la septicémine et autres médicaments sont plutôt des préventifs utiles que des curatifs aléatoires.

En présence d'un cas de maladie infectieuse, surveillons avec soin l'évolution cardiaque de la maladie si nous voulons, quelquefois, prévenir l'éclosion de cette complication grave et mortelle dans 97% des cas.

ICTERE SYPHILITIQUE POST-THERAPEUTIQUE

Par Albéric MARIN.

Le médecin est souvent fort perplexe lorsque survient un ictère chez un syphilitique qui a reçu des injections d'arsénobenzol quelques semaines auparavant. Quelle est la nature de cet ictère ? S'agit-il d'un ictère infectieux secondaire ou primitif, d'un ictère lithiasique, néoplasique, etc ? Est-ce un ictère toxique dû à l'arsenic ? N'est-il pas plutôt causé par l'infection tréponémique qui a touché le foie en dépit de la cure arsénobenzolique, laquelle dans la plupart des cas a du reste été manifestement insuffisante ?

Un diagnostic particulièrement délicat est à faire entre l'ictère toxique et l'ictère syphilitique, quand les autres éventualités (ictère infectieux, lithiasique, etc.) ont été éliminées. Il importe de préciser l'étiologie de cette hépatite pour deux raisons : d'abord à cause du traitement du syndrome lui-même, ensuite au point de vue de la conduite à tenir ultérieurement quand il s'agira de guérir le malade de sa syphilis.

S'il s'agit d'une intoxication arsénicale, on ne doit recourir qu'à une thérapeutique symptomatique : repos au lit, diète lactée, tisanes diurétiques, lavements, cholagogues, adrénaline (Milian). De plus, et ce point est très important, quand le malade sera débarrassé de sa jaunisse, on ne pourra plus le remettre aux arsénobenzènes, vis-à-vis desquels il est intolérant. Le traitement spécifique devra être prudemment conduit, à base de mercure et de bismuth. Et le malade perd désormais le bénéfice d'une des plus grandes découvertes de ce siècle : le 606 et ses dérivés.

Si, au contraire, l'ictère est de nature syphilitique, l'on devra traiter immédiatement par les composés arsénicaux. Sous prétexte que la majorité des ictères syphilitiques finissent par guérir d'eux-mêmes, on ne doit pas pratiquer la politique des bras croisés, puisqu'à côté de ceux qui guérissent spontanément il en est d'autres qui deviennent des ictères graves, suivis de mort. Il est du reste mauvais de laisser évoluer sans traitement spécifique une hépatite syphilitique

qui laissera des séquelles, plus ou moins marquées, plus ou moins tardives.

L'ictère syphilitique post-thérapeutique se présente dans les conditions suivantes :

Un syphilitique secondaire ou latent a suivi un traitement arsénobenzolique insuffisant. Les injections ont été trop espacées, ou trop faibles; la dose totale de la série n'est pas assez élevée. La dernière piqûre remonte à 3, 4 ou 6 semaines. Le malade se sent fatigué, affaibli. Il souffre de maux de tête, avec exacerbation vespérale ou nocturne. Il n'a pas de fièvre. A part la céphalée il n'éprouve aucune douleur, si ce n'est parfois une légère sensibilité à l'hypochondre droit. Il n'a plus faim. Il n'a ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée. Il est plutôt constipé. Puis brusquement, sans colique hépatique, apparaît un ictère qui se développe franchement en 48 heures. Les matières se décolorent. Les urines deviennent forcées. A l'examen on trouve le foie et la vésicule normaux; parfois le foie est-il légèrement gonflé et quelque peu sensible à la palpation. La rate peut aussi être légèrement hypertrophiée. La température reste normale. Enfin la langue est en général rosée et humide, non pas saburrale. Il arrive fréquemment de trouver d'autres signes de syphilis active: plaques muqueuses, micropolyadénopathie, Wasserman positif.

Cet ictère n'est pas un ictère toxique, car, apparaissant de un à deux mois après la dernière injection arsénicale, son apparition se fait alors que l'arsenic est éliminé depuis longtemps. Un poison chimique comme l'arsenic n'a pas de période d'incubation aussi longue.

De plus, l'ictère toxique, qui survient toujours en cours de traitement et non pas longtemps après, s'accompagne en général d'autres signes d'intoxication. Il survient, par exemple, après une crise nitritôide, à la suite d'une injection qui a provoqué de la diarrhée, des vomissements, une crise prurigineuse, une éruption morbiliforme ou scarlatiniforme, au cours d'une érythrodermie vésiculo-œdémateuse.

Le diagnostic d'ictère syphilitique étant posé il faut traiter. L'on peut traiter par le Mercure ou le Bismuth, mais nous croyons, avec Milian, qu'il vaut infiniment mieux recourir aux arsénobenzols parce qu'infiniment plus actifs.

Nous publions à ce sujet le résumé d'une observation intéressante:

A. G. (No 70820, Service de Dermato-Syphiligraphie, Hôpital Notre-Dame), âgé de 45 ans, a un chancre de la verge, fin novembre 1926, qu'il traite lui-même par soins locaux. Cette ulcération se cicatrise en 4 semaines environ. En janvier 1927, il fait une éruption roséolique mais ne se présente à la Consultation qu'en mars. Il montre des vestiges d'une roséole en train de s'effacer, des plaques muqueuses labiales, de petits ganglions dur, libres et indolores à l'aîne et à la région cervicale. Son Wasserman est fortement positif. Il est mis au traitement par 914 et reçoit, du 4 mars au 29 avril, la dose totale de 3 grammes seulement. Il abandonne le traitement et revient le 8 juin demander une séro-réaction qui donne un Wasserman fortement positif. Il disparaît de nouveau pour revenir le 19 juillet avec un ictère qui date de trois jours. Cet ictère s'est déclaré en 36 heures, sans nausées, sans vomissements, sans coliques hépatiques. Température normale. Foie et rate normaux. Pas de sensibilité à la palpation du foie. Urines foncées. Matières décolorées. Langue humide, non chargée. Se sent très fatigué. Wasserman positif. Céphalée nocturne.

Nous le mettons immédiatement au 914: doses progressivement croissantes et très rapprochées. Du 19 juillet au 2 août, il reçoit 5 injections de 0.15 ctg., 3.30 ctgr., 0.45 ctg., 0.60 ctg., 0.75 ctg., soit 2.25 grammes et à cette date du 2 août, c'est-à-dire 14 jours après le début du traitement, son ictère a complètement disparu, ses urines sont devenues normales et les matières recolorées. Il ne ressent plus aucune lassitude. Fait à signaler: ce malade n'a pas été mis au repos; il a reçu un traitement ambulatoire; de plus, loin de le mettre au régime lacté nous lui avons permis de manger ce qui lui plairait. Nous savons que ceci n'est pas à recommander. Nous ne l'avons fait que pour mieux démontrer la nature syphilitique de cet ictère.

Ainsi donc, voici un syphilitique secondaire qui reçoit un traitement insuffisant, qui 6 semaines après sa dernière piqure de 914 présente un ictère, apparu sans prodromes, sans fièvre, sans douleurs, que nous traitons immédiatement par novarsénobenzol seulement et qui guérit en 14 jours.

Nous croyons les faits suffisamment éloquentes pour être autorisés à prétendre que les ictères qui apparaissent dans ces conditions sont des ictères syphilitiques. Le traitement d'épreuve est concluant dans notre observation. S'il s'était agi d'un ictère toxique, les doses rapprochées que nous lui avons administrées auraient sûrement aggravé son cas, auraient même pu amener un dénouement fatal.

A PROPOS D'UN CAS DE SCORBUT INFANTILE LIE AU LAIT SEC

Par Paul LETONDAL,

Docteur en Médecine de l'Université de Paris,
Diplômé de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Paris.
Médecin de l'Hôpital Sainte-Justine et de l'Institut Bruchési.

Le scorbut infantile ou maladie de Barlow est une affection qui devient de moins en moins fréquente à mesure que se répandent davantage les saines notions de diététique. On peut même dire sans exagéré que c'est un fait extraordinaire aujourd'hui de rencontrer un cas de scorbut de la première enfance. C'est ce qui explique sans doute pourquoi, cette maladie étant devenue exceptionnelle, le médecin en fasse moins facilement le diagnostic.

Et pourtant existe-t-il une affection plus facile à reconnaître ? Il suffit d'y penser. "Si la mère dit que c'est du rhumatisme dans les jambes et si vous voyez les gencives qui saignent, c'est du scorbut." Ainsi s'exprimait il y a plus de 30 ans W. P. Northrup à un confrère pressé qui lui demandait les signes du scorbut au moment où il allait monter dans un tramway. (2)

Dans cette phrase d'un laconisme presque génial se trouvent les deux éléments essentiels de la maladie de Barlow: les douleurs osseuses et les hémorrhagies gingivales.

Semblablement Comby dans son important mémoire (3) basé sur 92 cas personnels donne du scorbut infantile la définition suivante: "Affection caractérisée par une pseudo-paraplégie douloureuse à peu près constante et par des hémorrhagies gingivales qui ne se voient que chez les enfants pourvus de dents. Inconnu dans l'allaitement naturel ou mixte, le scorbut n'atteint que les nourrissons alimentés avec des laits ou farines de conserve. Ces aliments arti-

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, le mardi 15 novembre 1927.

(2) Cité par G. Blechmann in Les Feuilletts de Pédiatrie, 1ère série, 1926, p. 24.

(3) Comby. Nouvelles observations de scorbut infantile. Archives de Médecine des Enfants, janvier 1925.

ficiels, en effet, sont privés de la *vitamine C*, qui est antiscorbutique. La maladie de Barlow est une avitaminose."

En ce qui concerne la symptomatologie et l'anatomie pathologique du scorbut infantile, il semble bien à l'heure présente que tout soit dit et qu'il n'y ait plus rien à ajouter. Mais sur certains points de son étiologie l'accord est loin d'être fait.

Quel est le pouvoir antiscorbutique des différents laits ou farines servant à l'alimentation des nourrissons? Sur cette question d'actualité Marfan, dans une leçon consacrée au scorbut de la première enfance (4), résume sa pensée, fruit d'une longue expérience, dans le tableau que voici :

Aliments scorbutigènes :

- Farines pures (sans addition de lait) ;
- Lait homogénéisé ou fixé ;
- Lait maternisé ou humanisé ;
- Lait stérilisé industriellement consommé plus de trois semaines après sa préparation ;
- Poudre de lait préparée par le procédé du "spray" ;
- Lait condensé non sucré (entier) ;
- Lait chauffé deux fois à un intervalle de quelques jours.

Aliments non scorbutigènes :

- Lait bouilli ou chauffé au bain-marie à 100°, même longtemps ;
- Lait stérilisé industriellement par simple surchauffage, s'il est consommé moins de trois semaines après sa préparation ;
- Poudre de lait préparée par le procédé du tambour ;
- Lait condensé sucré s'il n'est pas consommé trop longtemps après sa préparation.

Au sujet du lait sec Marfan fait donc une différence entre la poudre de lait préparée par le procédé du "spray" et la poudre de lait préparée par le procédé du tambour. Tout en admettant le bien-fondé de cette distinction, qu'il nous soit permis de dire avec Ribadeau-Dumas (5) et Schreiber (6) que nous ne connaissons pas dans la littérature médicale un seul cas authentique de scorbut infantile lié au lait sec. C'est pourquoi ayant eu l'occasion d'observer récemment en clientèle un cas de maladie de Barlow indiscutable chez un nourrisson alimenté exclusivement pendant 9 mois avec de

(4) Marfan. Le scorbut de la première enfance (Maladie de Barlow). *Journal des Praticiens*, 1926, Nos 35-38.

(5) L. Ribadeau-Dumas. *Pédiatrie*, tome 1, p. 888 du *Traité Sergent*.

(6) G. Schreiber. *La pratique de l'alimentation des nourrissons*, p. 123.

la poudre de lait préparée par le procédé du tambour, nous avons cru que ce fait clinique méritait d'être rapporté.

Observation.—Hélène C., 12 mois, nous est envoyée le 18 août 1927 par M. le professeur A. Ferron pour impotence douloureuse des membres inférieurs.

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires: la mère n'a jamais eu de fausses couches et ne tousse pas; le père est bien portant.

Née à terme à la suite d'un accouchement normal, pesant 9 livres, l'enfant fut nourrie au sein jusqu'à 6 semaines, puis au biberon. Elle eut ses premières dents à 8 mois et commençait à se tenir debout à 10 mois.

Cette enfant fut sevrée à 6 semaines, parce que son médecin, après analyse du lait de la mère, jugea qu'il n'était pas assez nourrissant. Bien entendu ce sevrage précoce fut suivi de troubles digestifs sérieux: traitement par une diète hydrique prolongée qui amena l'enfant à la limite de l'athrepsie. Finalement le lait sec fut prescrit, et c'est alors seulement que disparurent les troubles digestifs et que l'enfant se mit à prendre du poids; en sorte que, à partir de l'âge de 3 mois, ce bébé fut nourri exclusivement avec de la poudre de lait, sans la moindre addition de jus de fruit.



(RADIOGRAPHIE)

Fig. I

Radiographie montrant un trait de fracture assez net au niveau du tiers inférieur du tibia droit.

Ajoutons un détail qui nous paraît très important: les parents qui tiennent commerce d'épicerie avaient l'habitude d'acheter le lait sec en grosse quantité, et une enquête nous a révélé que ce lait n'était consommé par l'enfant que longtemps après la livraison, le plus souvent au bout de 3 mois. Il y a là un facteur "vieillessement" sur lequel nous croyons devoir insister.

La maladie actuelle a débuté il y a 2 mois par une tuméfaction de la gencive au niveau des incisives médianes supérieures, saignant légèrement au toucher; cette tuméfaction atteignit par la suite les incisives latérales et les première pré-molaires.

Il y a 6 semaines l'enfant fit une chute peu importante: il en résulta néanmoins une fracture incomplète du tiers inférieur du tibia droit dont la radiographie pratiquée le 16 juillet 1927 par le docteur A. Comtois à l'Hôpital Sainte-Justine donna l'image suivante:

Comme les phénomènes de gingivite ne faisaient qu'augmenter de jour en jour et que l'enfant semblait souffrir du côté de ses membres inférieurs au point de ne pouvoir les remuer, les parents sur la recommandation de leur chirurgien se décidèrent à venir nous consulter.

Au moment où nous voyons le bébé pour la première fois, — le 18 août 1927 — nous sommes d'emblée frappés par des manifestations typiques de gingivite hémorragique. Cette gingivite s'explique du fait que l'enfant, malgré son jeune âge, possède 10 dents.

Ce bébé criait dès qu'on l'approchait et paraissait souffrir beaucoup lorsqu'on mobilisait ses membres inférieurs. A notre grande surprise, malgré l'examen le plus attentif du système osseux, nous ne trouvâmes pas de signes pouvant nous permettre de parler d'hématome sous-périosté: à peine avons-nous pu constater une légère tuméfaction au niveau du tiers inférieur du tibia droit, seul vestige de sa fracture. D'autre part il existait des signes évidents de rachitisme: chapelet costal, nouures des épiphyses, bourrelets sus-malléolaires, mais pas d'anémie appréciable. Les téguments étaient bien un peu pâles, mais les conjonctives étaient nettement colorées. Enfin le foie était augmenté de volume et débordait de 5 centimètres le rebord costal sur la verticale mamelonnaire.

Dans ces conditions nous portons le diagnostic de scorbut infantile avec rachitisme léger, et nous prescrivons une alimentation composée de lait de vache cru et de miel avec adjonction de jus d'orange, après nous être assurés que le lait donné à l'enfant provenait d'une vache non tuberculeuse et alimentée avec des fourrages verts. Localement au niveau des gencives nous prescrivons des attouchements fréquents avec du jus de citron dilué.

Sous l'influence de ce traitement très simple, mais très consciencieusement appliqué par la mère, en 7 jours les phénomènes de gingivite hémorragique disparurent complètement, et après 12 jours il n'existait plus de douleurs du côté des membres inférieurs.

Nous avons revu l'enfant le 29 septembre: il n'existait plus de traces de chapelet costal, et le 27 octobre, les bourrelets sus-malléolaires étaient à peine perceptibles: il ne subsistait en somme, comme signe de rachitisme, qu'un très léger gonflement épiphysaire du côté des membres inférieurs. L'état général était des plus satisfaisants: le bébé, qui pesait 16 livres aux

premiers jours de septembre, pesait plus de 19 livres à la fin d'octobre. Au surplus le foie ne débordait plus que de 3 centimètres le rebord costal.

Cette observation nous paraîtrait incomplète si nous ne donnions quelques détails sur le lait sec employé dans ce cas, et qui, dans les conditions où il a été consommé, s'est montré nettement scorbutigène.

La poudre de lait utilisée ici est une poudre préparée par le procédé du tambour, dans le vide, à une température ne dépassant pas 140° F (60° C). Ce mode de préparation est bien différent du procédé de Just Hatmaker dans lequel le lait est porté à une température de 280° F (137° C) au contact de l'air. Il va sans dire que le procédé du tambour, effectué dans le vide ou même au contact de l'air, est supérieur au procédé du "spray" dans le quel "le lait, préalablement homogénéisé par surpression, est projeté en fin brouillard dans un courant d'air chaud" (Marfan).

D'autre part on peut lire sur l'étiquette de la boîte du lait sec en question que ce lait possède la composition suivante :

Matières azotées	12%
Matières grasses	27%
Hydrates de carbone	57%
Sels	4%

et que les hydrates de carbone sont constitués par :

Maltose	18%
Dextrine	17%
Lactose	20%

Enfin d'après le prospectus concernant cette poudre de lait, "la vitamine C (antiscorbutique) y est presque totalement détruite, mais son défaut n'est pas important si l'on donne au bébé du jus d'orange contenant cette vitamine."

*

* *

Cette observation de scorbut infantile lié au lait sec nous a paru intéressante à plus d'un titre, mains principalement du point de vue clinique et étiologique.

1° *Du point de vue clinique*: Il est rare d'observer à un âge aussi rapproché de la naissance un scorbut se traduisant par une gingivite

hémorrhagique aussi typique; d'ordinaire la gingivite caractéristique est plutôt le fait de l'adulte, comme le soulignait Nobécourt avec infiniment de justesse dans une leçon clinique à laquelle nous assistions à Paris en 1923 (7).

L'absence d'hématome sous-périosté ne doit nullement nous surprendre, car ce symptôme est peu fréquent (10 fois sur 92 cas dans la statistique de Comby).

L'augmentation de volume nous paraît digne d'être soulignée; elle se montre d'accord avec les recherches de Mouriquand qui a toujours rencontré des lésions importantes de la glande hépatique au cours du scorbut expérimental. (8)

Le rachitisme qu'a présenté notre malade est un rachitisme assez spécial, dont la rapide disparition sous l'influence du traitement antiscorbutique n'a pas été sans retenir notre attention. Quelles que soient les idées que l'on professe à l'égard du rachitisme barlowien, nous croyons qu'il faut être éclectique et admettre ici une relation évidente de cause à effet. Bien que le rachitisme soit une maladie et que le scorbut infantile en soit une autre, nous croyons que parfois la maladie de Barlow peut produire un certain degré de rachitisme, mais un rachitisme spécial, léger, qui disparaît en même temps que le scorbut.

2° *Du point de vue étiologique*: Notre observation prouve, croyons-nous, avec la netteté d'une expérience de laboratoire que la poudre de lait peut engendrer le scorbut. En effet notre malade fut alimentée exclusivement pendant 9 mois avec du lait sec, sans la moindre addition de jus de fruit. Ce fait clinique confirme donc les recherches expérimentales de Lesné et Vaglianos à Paris (9), de Barnes et Hume à Cambridge (10), qui ont montré que, chez l'animal tout au moins, la poudre de lait était fortement scorbutigène.

Si l'on considère le grand nombre d'enfants élevés au lait sec et le peu de cas de scorbut observés, on doit forcément admettre que la question est complexe. La poudre de lait préparée par le procédé du tambour et dans le vide est en soi peu scorbutigène, mais si elle

(7) Nobécourt. Leçon clinique inédite sur le scorbut infantile, 1er octobre 1923.

(8) G. Mouriquand, P. Michel et Bernheim: Les lésions du foie dans le scorbut. Soc. Méd. Hôp. de Lyon, 17 juin 1924. (La Presse Médicale, 5 juillet 1924, p. 575).

(9) Lesné et Vaglianos. Du pouvoir antiscorbutique de différents laits servant à l'alimentation des nourrissons. Le Nourrisson, 1922, p. 377.

(10) Barnes et Hume. Lancet, 2, 323, août 1919.

est consommée trop longtemps après sa fabrication, elle peut produire la maladie de Barlow.

Il y a plus. A côté du facteur "temps" il faut considérer le facteur "terrain". C'est du reste l'avis de Lesné et Vaglianos qui écrivent: "L'avitaminose n'est pas tout et la question du terrain est très importante: l'organisme semble pouvoir s'adapter à la carence partielle du facteur antiscorbutique."

Conclusions

1. Le lait sec, même préparé par le procédé du tambour et dans le vide, à une température ne dépassant pas 140° F (60° C), peut produire le scorbut chez le nourrisson, si son usage est prolongé et exclusif, et surtout, s'il est consommé trop longtemps après sa fabrication. L'influence du "vieillissement" nous paraît prépondérante dans le cas que nous rapportons.

2. Il ne faut pas compter sur la présence d'un hématome sous-périosté pour faire un diagnostic de scorbut; il faut avant tout se baser sur la pseudo-paraplégie douloureuse des membres inférieurs et sur la gingivite hémorragique — lorsque l'enfant est pourvu de dents, — sur l'âge du malade et sur la notion de carence alimentaire.

3. Enfin tout médecin devrait savoir que le scorbut infantile est une maladie essentiellement évitable, et devrait en conséquence prescrire systématiquement à tous les nourrissons qui lui sont confiés — surtout à ceux qui sont élevés artificiellement — un peu de jus d'orange ou de citron dès l'âge de 3 mois.

BIBLIOGRAPHIE

- Aucoin.—Les vitamines et le scorbut infantile. *L'Union Médicale du Canada*, juillet 1920, p. 337.
- Aviragnat et Dorlencourt.—Le lait sec dans l'alimentation des enfants du premier âge sains et malades. *Le Nourrisson*, 1922, p. 81.
- Barlow.—Article Scorbut infantile in *Traité des Maladies de l'Enfance* de Grancher, Comby et Marfan, t. II, p. 123.
- Comby.—La question des vitamines. *Archives de méd. des enfants*, 1924, p. 678; le diagnostic du scorbut infantile. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 3 avril 1925, p. 567.
- Fischer.—*Diseases of Infancy and Childhood*. Vol. 1, p. 346.
- Hess (A. F.).—*Scurvy. Past and Present*. Philadelphie, 1920.
- Hess (Julius H.).—*Feeding and the Nutritional Disorders in Infancy and Childhood*, 1925, p. 405.

- Holt and Howland.**—The Diseases of Infancy and Childhood, 1925, p. 229.
- Marfan.**—Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot, 1912, t. XXXIX, p. 48; Trait. de l'Allaitement et de l'Alimentation des enfants du premier âge, 1920, p. 548.
- Mouriquand.**—Précis de Diététique et des Maladies de la Nutrition, 1926, p. 397.
- Porcher.**—Le lait desséché, 1926.
- Weill et Mouriquand.**—Traitement préventif et curatif des maladies de carence. Rapport au XVI^e Congrès français de Médecine, Paris, 1922, p. 221.
-

Pour bibliographie récente et complète sur le scorbut infantile, consulter l'excellente revue analytique de Pierre Woringer (de Strasbourg), dans la Revue Française de P.diatric, t. I, année 1925, p. 192.

REVUE GÉNÉRALE

EXAMEN PRELIMINAIRE D'UN MALADE

Par Roméo BOUCHER,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Une même méthode guide la médecine
dans ses progrès et le médecin dans sa
pratique journalière. L'humanité pourrait-
elle penser selon d'autres lois que l'homme?
Ch. ACHARD.

La méthode clinique !

Que d'impairs on commet parce qu'on n'en a pas et qu'on croit en avoir ! Quel praticien peut se vanter de n'avoir jamais commis d'erreur diagnostique ! Qui ne s'est, peu après, aperçu d'un défaut de technique ou d'observation ? En 1926, à l'ouverture du cours de clinique médicale de l'Hôpital Beaujon, Achard, dans une leçon faite aux stagiaires de "première" année, décrit les diverses étapes de l'enquête clinique: étape séméiologique, pure phase d'observation des symptômes; étape anatomo-pathologique et étiologique qui donne l'explication des symptômes et l'interprétation de leurs causes; enfin étape thérapeutique, "ars curandi", phase de combat contre ces causes et leurs effets.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes ces phases qui comprennent la pathologie tout entière. Nous voulons simplement souligner l'importance d'un interrogatoire préliminaire bien conduit, des renseignements qu'une observation clinique et clairvoyante peut en tirer.

*

* *

1.—Nom

D'ordre essentiellement pratique en clientèle, ce renseignement ne doit jamais être négligé la première fois qu'on voit un malade. C'est une excellente habitude à prendre; plus tard on peut se trouver en

présence du même individu ou vouloir colliger des observations intéressantes. Du reste, la *manière* dont sont donnés ce nom et cette adresse est souvent utile à noter. Que pensera-t-on d'un individu qui se les rappelle mal, qui les prononcera mal, qui les articulera difficilement ? L'émotivité mise à part, cette amnésie et cette dysarthrie font-elles partie d'un trouble nerveux ou psychique ?

2.—L'âge

L'âge aide souvent à diagnostiquer une maladie. Chez les nourrissons, c'est la pathologie gastro-intestinale qui préside, avec l'hérédosyphilis, l'infection bacillaire, le rachitisme et la malnutrition. **Ne jamais oublier de se renseigner sur l'hérédité directe et l'entourage immédiat d'un enfant qu'on examine.**

Plus tard, à mesure que l'enfant grandit, les chances de contamination augmentent, les maladies se greffant avec facilité sur un terrain qui n'a pas subi la longue immunité de l'âge adulte. C'est la raison de la fréquence des maladies contagieuses et de leurs complications dans la deuxième enfance, de la broncho-pneumonie, de la méningite tuberculeuse, des tumeurs adénoïdes et des amygdalites, de l'ostéomyélite et de la chorée.

Entre la puberté et la pleine adolescence, apparaissent le rhumatisme polyarticulaire, la tuberculose, les troubles cardiaques, reliquats de maladies infectieuses antérieures, la fièvre typhoïde, les affections du poumon et de la plèvre, l'appendicite.

L'âge mûr amène avec lui la kyrielle des maladies hépatiques, rénales, cardio-vasculaires et digestives: les troubles de la cinquantaine, les maladies de la nutrition et leurs complications sévères. Cette seconde partie de la vie moyenne comprend aussi l'artério-sclérose, le rhumatisme chronique, la paralysie agitante, l'hypertrophie de la prostate, l'hémorragie cérébrale, le tabès. La vie des vieillards se termine souvent par congestion pulmonaire passive ou par une pneumonie aux symptômes silencieux mais fatals.

Avant de clore ce paragraphe, ajoutons que l'âge apparent et l'âge réel renseignent un bon observateur. Il n'est pas sans utilité, en effet, de constater qu'un malade a l'air plus vieux que son âge et que sa sénilité est précoce.

3.—Le sexe

Le sexe influe sur les maladies et les symptômes. La chlorose, le cancer, les calculs biliaires, le goître sous toutes ses formes, le rétrécissement mitral congénital, la lithiase rénale sont des maladies plus fréquentes chez la femme, tandis que l'homme a pour partage les intoxications professionnelles, les maladies des voies respiratoires, les hernies, la goutte.

Quant aux accidents de la vie sexuelle de la femme, ils sont complexes et multiples. L'aggravation d'une maladie chronique coïncide souvent avec la puberté; les grossesses répétées, outre qu'elles soient souevnt le

point de départ d'infections graves, prédisposent aux troubles hépatiques; la ménopause entraîne avec elle des accidents psychiques, parfois sérieux. En dernier lieu, les tumeurs utérines avec leurs compressions et leurs hémorragies.

4.—La race et la nationalité

La race et la nationalité ont des affections qui leur sont propres. Nous mettons immédiatement de côté celles des régions tropicales et orientales, exceptionnellement rencontrées ici. Signalons toutefois la **lèpre** qui peut échapper à la surveillance de nos frontières et le **paludisme** qu'on rencontre au Canada. C'est un fait acquis que cette dernière maladie n'existe pas ici d'une manière endogène, mais que des soldats, des marins, des compatriotes amateurs de voyages au long cours peuvent l'avoir contractée dans les pays où elle sévit. (1)

La **tuberculose** est particulièrement sévère pour les races qui n'ont pas subi la contamination de nos milieux civilisés. On connaît la morbidité excessive des noirs qui quittent leur pays pour vivre dans nos villes. On connaît aussi ses ravages parmi la population indienne du Canada et des Etats-Unis. Les mêmes observations ont été faites chez les indigènes de toutes les colonies.

Les Juifs paraissent avoir contre la tuberculose et l'alcoolisme une immunité réelle. La race blanche a pour elle les intoxications par le tabac, l'alcool, la morphine et la cocaïne; l'Orient par le haschich et l'opium. Notons aussi en passant que certaines maladies ont une prédilection d'individus et d'espèces. La scarlatine (2), par exemple, est plus grave chez les Anglo-saxons que chez les autres peuples, tandis qu'elle est pratiquement inconnue chez les jaunes.

L'explication de ces phénomènes résiderait dans les immunités successives subies par tout un groupement d'individus (races, nationalité, etc.). Comme le dit si bien un maître de la médecine moderne: "C'est une adaptation collective d'un processus pathologique".

5.—Les professions

Il existe toute une série de maladies dues aux professions. Les médecins, les garde-malades, les infirmiers ne sont pas les moins exposés

(1) Sans compter les paralytiques généraux qui ont été soumis à la malariathérapie.

(2) Cette opinion est admise par tous les classiques et se trouve citée par tous les auteurs. Je me suis livré dans nos hôpitaux à une petite enquête dont je publierai les résultats. Notre ville, composée d'éléments de races différentes, est dans une situation exceptionnelle pour nous permettre de juger cette prétendue gravité de la scarlatine anglo-saxonne. Or, il n'y a rien de tel ici. Canadiens-anglais ou Canadiens-français ont à peu près le même taux de mortalité, la même fréquence et la même gravité dans les complications. On ne pourrait en dire autant de la race juive. Celle-ci contracte facilement la maladie, mais sous une forme bénigne le plus souvent. Question de race ou de climat?

à la diphtérie, aux fièvres éruptives, à la syphilis, à la fièvre typhoïde. Le plomb et le mercure (3) peuvent donner des intoxications graves et beaucoup d'infections sont contractées dans les métiers de boucher et d'épicier par des manipulations de produits contaminés. Certains métiers ont une localisation de prédilection pour l'appareil pulmonaire: les pneumonias des mineurs, mouleurs, verriers, potiers, porcelainiers. Les blanchisseurs, par contre, sont sujets à la tuberculose et à la fièvre typhoïde; les égoutiers et les fossoyeurs à des intoxications particulières aux émanations putrides. Signalons en dernier lieu l'eczéma rebelle des chirurgiens, l'anémie des cuisinières causée par l'oxyde de carbone, l'alcoolisme chronique des tenanciers de bars et de tripots ainsi que celui de leurs employés.

6.—Antécédents

Il est classique avant de commencer l'examen d'un malade de lui faire subir un interrogatoire serré sur ses antécédents personnels et familiaux. Ce qu'on en obtient peut n'avoir aucun intérêt. Tout dépend de la maladie. Mais il n'en est pas moins **prudent** de fouiller le passé, souvent fertile en renseignements.

a) S'il s'agit d'une maladie chronique, les **antécédents héréditaires** ont surtout de l'importance. Les parents vivent-ils? Quel est leur état de santé actuel? Sinon à quel âge sont-ils morts? De quelle maladie?

(3) Voici, d'après Balthazard, la liste des travaux industriels susceptibles de provoquer l'intoxication saturnine et mercurielle des ouvriers.

A. *Saturnisme*.—1) Métallurgie et raffinage du plomb; 2) Fonte, laminage et ajustage du plomb et de ses alliages; 3) Fonte des caractères d'imprimerie en alliage de plomb; 4) Fabrication des poteries dites d'étain en alliage de plomb; 5) Soudure à l'aide d'alliage de plomb; 6) Conduite des machines à composer utilisant un alliage de plomb; 7) Etamage à l'aide d'alliage de plomb; 8) Fonte des jouets en alliage de plomb; 9) Fabrication des capsules métalliques pour bouteilles en alliage de plomb; 10) Dessoudure des vieilles boîtes de conserve; 11) Manipulation des caractères d'imprimerie en alliage de plomb; 12) Fabrication de sel de plomb (céruse, minium, litharge, chromate de plomb); 13) Broyage des couleurs à base de plomb; 14) Peinture de toute nature comportant l'emploi de couleur plombifères; 15) Fabrication des accumulateurs au plomb; 16) Fabrication des huiles siccatives et des vernis plombifères; 17) Fabrication de la poterie et de la faïence avec émaux plombifères; 18) Décoration de la porcelaine à l'aide de produits plombifères; 19) Emaillage des métaux à l'aide d'émaux plombifères; 20) Vernissage et laquage à l'aide de produits plombifères; 21) Teinture à l'aide de couleurs à base de plomb; 22) Polissage des glaces à l'aide des "potée d'étain".

B. *Mercurie*.—1) Distillation du mercure; 2) Fabrication des lampes à incandescence et des ampoules radiographiques à l'aide de trompes à mercure; 3) Fabrication des baromètres, manomètres et thermomètres à mercure; 4) Dorure, argenture, étamage au mercure; 5) Fabrication des sels de mercure (azotates, chlorures, cyanures); 6) Secrétage des peaux par le nitrate acide de mercure; 7) Travail des fourrures et pelleteries à l'aide de sels de mercure; 8) Bronzage et damasquinage à l'aide des sels de mercure; 9) Empaillage d'animaux à l'aide de sels de mercure; 10) Fabrication des amorces au fulminate de mercure.

Autant de questions à poser, de renseignements à obtenir qui peuvent avoir leur valeur. C'est presque toute la pathologie qu'on passe en revue.

Il faut dépister d'abord la tuberculose, la syphilis et le cancer; puis, par ordre d'importance, le rhumatisme, les maladies de la nutrition et des glandes endocrines, les maladies organiques du foie et des reins, les maladies nerveuses et psychiques. Ce qui intéresse le médecin, c'est moins la pathologie que le fœtus subit "in utero" (maladies congénitales) que l'hérédité de terrain et de germe.

b) Les **antécédents collatéraux** sont plus difficiles à obtenir et tout aussi intéressants. A-t-il déjà existé quelque contact avec des parents — oncles, tantes, frères ou sœurs — tuberculeux ou syphilitiques? Combien de frères et sœurs morts en bas âge? La cause? Quel est l'état de santé de ceux qui vivent?

C'est-à-dire les maladies antérieures qui ont modifié les aptitudes morbides. Les unes immunisent pour un certain temps le terrain qu'elles ont envahi, les autres prédisposent à des affections ultérieures, d'autres enfin se compliquent d'épisodes graves. Il est rare d'avoir deux fois la variole; la coqueluche, la rougeole et la pleurésie favoriseront une éclosion bacillaire.

Parmi les infections qui laissent des reliquats organiques, citons la scarlatine (néphrite, péricardite), la coqueluche (dilatation des bronches), la rougeole (tuberculose), la diphtérie (myocardite) et le rhumatisme polyarticulaire aigu (endocardite).

Les maladies vénériennes et la syphilis ont des complications multiples se localisant sur les organes internes et périphériques et sur le système nerveux (la syphilis en particulier).

Les maladies de la nutrition indiquent chaque fois une déficience d'organes importants. Même observation pour les troubles d'hyper ou d'hypofonctionnement des glandes endocrines. Pour n'en donner qu'un exemple, rappelons-nous les ménopauses précoces, dues à des opérations nécessaires et entraînant des modifications physiques et psychiques importantes.

7.—Mode de vie

Un mode de vie défectueux prédispose à de nombreuses maladies. Le **surmenage** physique mène à des états de déficience au cours desquels l'économie se défend mal contre l'envahissement des microbes. La tuberculose, la typhoïde, la pneumonie, la pleurésie profitent souvent de ces délabrements pour se développer. Quant au surmenage intellectuel ou génital, il conduit à des troubles nerveux et tenaces.

La **privation d'aliments** comme la **suralimentation** ont aussi leur signature particulière. Le rachitisme, l'hypotrophie des nourrissons, la tuberculose n'ont parfois pas d'autre cause que l'hypoalimentation; la goutte, le diabète, les néphrites invoquent la plupart du temps des excès dans le boire et le manger.

L'**habitation** joue un rôle net dans l'étiologie bacillaire et rhumatis-

male. Nous n'insisterons pas outre mesure sur ce chapitre hygiénique des taudis mal éclairés et mal aérés, toujours humides et malsains.

Les **intoxications** modernes (alcool, tabac, narcotiques) forment à l'heure actuelle toute une pathologie spéciale et la genèse de certains troubles organiques. Mentionnons aussi dans ce chapitre les chagrins et les **soucis** moraux et financiers.

8.—L'attitude

Enfin, l'attitude du malade. En clientèle active, le médecin voit ses patients debout ou couchés, dans son cabinet ou à domicile. Les attitudes varient avec les personnes dans la consultation de cabinet. Aussi ce ne sont pas tant les attitudes qui intéressent à ce moment que des détails d'attitude dans la **position verticale**. Beaucoup d'entre eux appartiennent à la séméiologie du système nerveux. Nous ne saurions cependant passer sous silence l'attitude du malade dans la luxation de l'épaule, dans la fracture du bras, dans certaines lésions de la hanche, du sacrum et de la colonne vertébrale (mal de Pott), signes sur lesquels nous reviendrons plus loin.

C'est surtout dans le **décubitus** que le médecin puisera des indications précieuses. Il sera **dorsal** complet dans toutes les affections à douleurs violentes et irradiées du rhumatisme, de la sciatique. Afin de relâcher les parois du ventre les jambes seront légèrement fléchies si la douleur est abdominale.

Même position dans le coma, l'hémiplégie, la paraplégie. Dans le tétanos, il peut y avoir de l'**opisthotonos**, position renversée en arrière avec extension forcée de tout le tronc.

Il sera **latéral** droit dans les cas de cirrhose hypertrophique, pour empêcher le foie de comprimer l'estomac; sur le côté sain s'il existe un point pleurétique douloureux ou un point de côté pneumonique, une névralgie intercostale; sur le côté malade dans les cas de pleurésie avec épanchement.

Il existe cependant dans la méningite une attitude en **chien de fusil**, caractérisée par le décubitus latéral, les jambes en flexion sur les cuisses et celles-ci sur l'abdomen (décubitus en zigzag).

Le **décubitus ventral** se rencontre dans les affections gastriques et dans toutes celles que la compression soulage.

La **position assise** est caractéristique des gênes respiratoires d'origine pulmonaire ou cardiaque. On la rencontre aussi dans les grandes suffocations et dans les cas d'asthme. Cette position favoriserait le jeu des muscles inspiratoires accessoires en leur fournissant un point d'appui pour leur contraction. Dans certaines péricardites, d'origine azotémique en particulier, les malades assis dans leur lit appuient tête et thorax sur un oreiller placé sur leurs genoux.

D'autres, au contraire, ne peuvent adopter de position définitive, à cause de souffrances intolérables dues à une pancréatite, une colique hépatique ou néphrétique.

L'attitude physique du malade n'est pas la seule importante pour le médecin; l'**attitude psychique**, multiple comme sa cause, est la seule parfois qui soit en relief. Si elle est fruste, il faudra une grande expérimentation clinique et une observation minutieuse du sujet pour dépister un simulateur, un intoxiqué, une forme d'obsession; pour donner toute sa valeur à un mutisme ou à un négativisme absolu; pour apprécier avec justesse des symptômes accusés par le malade qui a intérêt à tromper son médecin (grossesse illégitime, expertise, assurance); pour situer cliniquement celui-ci dans la catégorie qui lui convient.

Le neurasthénique ou l'hypocondriaque qui s'amènent avec une observation détaillée et écrite indiquent bien ce que nous voulons entendre par attitude psychique.

*

* *

Voilà réunies en faisceau quelques notions de pratique courante que chacun connaît mais qu'on trouve dispersées çà et là dans les traités de pathologie générale et de séméiologie.

PHARMACOLOGIE

1° Contre la rétention d'urine post-opératoire:

Acide borique 30 grammes

Glycérine pure neutre 100 cc

Stériliser à l'autoclave

Après avoir vidé la vessie injecter par instillation et laisser en place vingt à trente cc de la préparation.

Répéter au besoin.

2° Contre le rhumatisme polyarticulaire aigu:

Salicylate de soude (Poulenc) 1 gramme

Bicarbonate de soude 2 grammes

Pour une poudre No

Une dans de l'eau ou de l'eau de Vichy toutes les deux heures jour et nuit avec diète lactée. On peut donner 10 à 15 grammes de salicylate par 24 heures.

3° Contre l'angio-cholite infectieuse aiguë:

Salicylate de soude 0 gr. 50 centigr.

Benzoate de soude 0 gr. 25 centigr.

Pour un cachet ou capsule

Un trois à quatre fois par jour.

4° Huile de Harlem

15 gouttes dans un peu d'eau ou de lait le soir.

5° Broncho-pneumonie:

Carbonate d'ammoniaque 5 grammes

Citrate de soude 30 grammes

Sirop écor. or. amères 50 cc

Eau distillée 100 cc

Une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau toutes les trois heures.

6° Contre les douleurs dorsales:

Chloroforme 10 grammes

Huile camphrée 40 grammes

Extr. belladone	}	ââ 1 gramme
— jusquiame		
— thébaïque		

En application locale sur plusieurs doubles de coton à fromage entouré de taffetas gommé.

ANALYSES

MEDECINE

A. CLERC. — **Angine de poitrine et théorie coronarienne** (Presse Médicale, 11 mai 1927).

Depuis le jour (1768) où son entité clinique fut reconnue et où elle a reçu son nom définitif, l'angine de poitrine est demeurée un accident terrible et décevant, terrible à cause de la douleur et de l'angoisse inexprimables qu'il engendre, décevant, car trop souvent, il se réduit à un ensemble de troubles purement subjectifs où tout signe extérieur d'une lésion cardiaque et toute arythmie peuvent manquer, mais capables de tuer par leur seule action.

Si l'on réfléchit au rôle fondamental que jouent dans la vie intense du cœur les artères nourricières, et aux désordres brutaux qu'entraîne leur oblitération expérimentale, la théorie coronarienne due à Parry (1799), soutenue par Potain et Huchard, a pris d'emblée une importance considérable.

Mais plus tard, ce qui semblait un dogme fut profondément ébranlé par les objections de Vaquez, des Pierre Merklen, des Clifford-Abbutt, etc., partisans de la distension aiguë de l'aorte et du ventricule gauche.

Dans ces dernières années des méthodes d'investigation plus approfondies, ont de nouveau mis en valeur l'importance possible du rôle joué par les artères nourricières dans le déchaînement de l'angor pectoris.

La ligature expérimentale des artères coronaires, si elle siège à l'origine des vaisseaux, détermine l'affollement des ventricules et leur fibrillation consécutive, mortelle. Si les rameaux intéressés sont moins importants, les infarctus du myocarde en sont la conséquence presque obligée; même si le rythme n'est pas troublé l'électrocardiogramme montre qu'ici la qualité de la contraction a été atteinte. De même chez l'homme la thrombose coronarienne entraînera les mêmes lésions et les mêmes troubles fonctionnels et des altérations électriques superposables à celles que l'expérimentation a pu réaliser.

La douleur de l'angor relève de l'irritation du plexus cardiaque, le système sympathique transmettant l'excitation du cœur et de son enveloppe aux centres ganglionnaires cervicaux puis à la moëlle, d'où la douleur se réfléchit par les racines postérieures sur le territoire cutané de la paroi thoracique antérieure et irradie vers la face interne du bras (le gauche surtout), vers le cou et même vers l'épigastre.

Par quel mécanisme l'oblitération coronarienne déchaîne-t-elle la douleur? Tout probablement par l'inflammation ou l'irritation de la

péri-artère et aussi par l'ischémie qui résulte de l'occlusion artérielle, ischémie analogue à celle de la claudication intermittente.

Les autopsies nous montrent soit des oblitérations coronariennes massives ou récentes, expliquant la brutalité des troubles. Ou alors s'il s'agit de sclérose et même de calcification sans oblitération réelle, force est de supposer qu'un spasme vasculaire, complétant l'ischémie, a été responsable de la crampe douloureuse, comme le démontrent les anomalies des complexes ventriculaires de l'électrocardiogramme, mettant en évidence des troubles profonds dans la qualité des contractions.

On peut bien trouver des lésions coronariennes sans que le sujet ait présenté d'angor, mais ici les lésions s'étaient constituées lentement sans surprendre le myocarde, et la brutalité nécessaire au spasme réflexe a manqué, ou alors des anastomoses secondaires se sont constituées pour prévenir l'ischémie.

Dans quelques rares cas on ne trouvera aucune lésion à l'autopsie: l'angor aurait pu dépendre d'un angiospasme; mais il est plus plausible d'admettre dans ces cas l'influence de la distension brusque ventriculaire ou aortique.

Souvent la douleur et l'angoisse sont les phénomènes cardinaux, l'auscultation est muette, la pression artérielle est normale ou basse, les battements du pouls réguliers et l'ombre radioscopique sans déformation: ici l'électrocardiogramme pourra révéler des troubles temporaires ou définitifs des complexes ventriculaires.

La théorie coronarienne (que l'on adopte l'oblitération proprement dite ou le spasme constricteur) reste encore dans la majorité des cas la mieux capable d'expliquer l'angor en général et en particulier l'angine dite d'effort.

L'électrocardiographie au point de vue de diagnostic n'a pas dit son dernier mot et en nous permettant à elle seule d'envisager la possibilité d'un foyer de méiopraxie et même de désintégration myocardique elle nous permet de donner comme un substratum lésionnel vérifié par l'expérimentation avec phénomènes douloureux même atténués, et de les séparer ainsi bien souvent des simples précordialgies sans conséquence.

Albert de GUISE.

CHIRAY et TRIBOULET. — La pseudo-tuberculose d'origine cholécystique ("Arch. des Mal. de l'Appareil digestif", juin 1927).

Une affection chronique de la vésicule biliaire peut simuler la tuberculose, en présentant au premier plan des symptômes généraux, tels que fatigue, amaigrissement, fièvre, hypotension, troubles menstruels, insomnie. Le diagnostic devient encore plus délicat quand, sur ces symptômes, viennent se greffer des troubles fonctionnels pulmonaires (douleurs thoraciques, toux) et que "les modifications sthétacoustiques portent, non sur l'existence de souffles ou de bruits adventices, mais sur de simples changements de tonalité ou d'intensité du murmure vésiculaire normal". Il faut donc éliminer soigneusement toute tuberculose pulmo-

naire avant de se prononcer et de conseiller une intervention qui sera efficace dans les cas chroniques de cholécystite.

BOUCHER.

TREMOLIERES et PARTURIER. — **Périviscérités sous-hépatiques** ("Rev. des Mal. du Foie, du Pancréas et de la Rate", sept-oct. 1927).

Beau travail sur cette forme d'inflammation péritonéale chronique. L'anatomie pathologique de la séreuse et des organes, la propagation de cette forme de péritonite, ses points d'origine, sa pathogénie sont passés en revue avec soin. Douleurs tardives mais fixes, troubles digestifs, constipation, troubles des glandes à sécrétion interne, déséquilibre du vago-sympathique, tels sont les principaux signes cliniques de ces périviscérités sous-hépatiques. Cependant l'allure clinique en est parfois tellement caractéristique qu'il devient possible de localiser de façon certaine leur siège exact. Et c'est ainsi qu'on décrit des formes gastroduodénale, biliaire, (pseudo-lithiasé ou typhlo-cholécystite), occlusive. Le diagnostic, s'il n'est pas un diagnostic d'étiologie, est grandement aidée par la radiologie. Le traitement médical par lavements paraffinés ou huileux, par la diathermie, les rayons ultra-violet, la thiosinamine ou les cures thermales doit compléter le traitement chirurgical, avant tout prophylactique.

BOUCHER.

F. ECHAUX. — **Un cas d'ictère traité par l'insuline** ("Rev. des mal. de foie, du pancréas et de la rate", sept.-oct. 1927).

Après avoir passé en revue les diverses maladies — diabète insipide, Basedow, shock, intoxication alimentaire des enfants, dénutrition grave, psoriasis, ulcères variqueux, rhumatismes chroniques, hypertension, acidose non diabétique, hépatite post-anesthésique, tic douloureux du visage — au cours desquelles l'insuline a été employée comme traitement l'auteur cite le cas d'une jeune fille de 13 ans souffrant d'ictère catarrhal avec acidose et glycosurie. L'insuline (10 unités cliniques par jour, pendant six jours, avec régime lacto-végétarien) aurait amené une sédation rapide de tous les symptômes et la possibilité de donner à la malade une nourriture plus nutritive, sans avoir recours au tubage duodénal et à l'injection dans la duodénum d'une solution tiède de sulfate de magnésium à 25%.

BOUCHER.

RENE PORAK. — **La pression artérielle et les rythmes organiques** ("Le Progrès Médical", 12 novembre 1927).

Des chiffres de la pression artérielle recueillis dans des conditions mal déterminées n'ont pas de signification. Et l'auteur cite trois obser-

vations de malades affolés par des chiffres élevés de pression artérielle qui s'abaissaient à la normale après un repos. Par d'autres observations faites pendant la guerre sur de jeunes soldats P. en est arrivé à la conclusion qu'un chiffre de pression pour avoir une valeur clinique doit être placé dans le cadre de ses variations rythmiques, périodiques et journalières; que ces rythmes sont souvent compliqués par les conditions complexes de la vie qui diffère avec chaque sujet. C'est, pour le praticien, une observation nouvelle à faire avec chaque nouveau cas pour déterminer la zone limite entre la santé et la maladie et prévenir le mal.

BOUCHER.

LEWIS. — Gangrene of the extremities ("The Canadian Medical Association Journal", octobre 1927).

Au cours des dernières années, on a bien différencié les lésions des vaisseaux des extrémités inférieures. Si l'on connaît les syndromes cliniques qui les produisent, on ignore à peu près tout des causes qui président à leur développement.

La gangrène spontanée s'observe chez les vieillards et les adultes jeunes. La classification clinique de gangrène sénile et présénile trouve donc sa justification. L'une dépend d'un processus dégénératif, l'autre d'un processus inflammatoire. L'artério-sclérose les explique toutes deux. Dans la gangrène présénile, il y a association à peu près constante de lésions artérielles et veineuses (thrombo-angéite oblitérante).

Du point de vue anatomo-pathologique, l'artério-sclérose et la thrombo-angéite sont distinctes. Dans celle-ci l'artérite et la péri-artérite sont les lésions du début et elles ont une tendance à la guérison par transformation fibreuse des tissus inflammatoires.

L'auteur rapporte une série de 139 cas de gangrène spontanée des extrémités. L'observation de chacun de ces cas est complète.

47 de ceux-ci ont pour substratum anatomo-pathologique l'artério-sclérose. Dans 43 cas, il y a association à l'artério-sclérose de la glycosurie. 27 cas, avec modifications artérielles négligeables, sont des diabétiques. 14 cas relèvent de thrombo-angéite oblitérante, un de sclérodermie. Dans les 7 derniers, les modifications artérielles représentent une cause au moins contributive de la gangrène.

L'auteur pose ensuite la question de la gangrène des membres supérieurs en regard de la fréquence de celle des membres inférieurs. Il en attribue la cause à la distribution anatomique différente des vaisseaux sanguins.

Si on envisage maintenant la statistique des décès, celle-ci reste élevée: 9 mortalités à peu près immédiates (soit plus de 19%), dans les cas de gangrène sénile; 18 ou 25% dans la gangrène diabétique. Quel a été le pourcentage de mortalité attribuable à chacun des autres facteurs de gangrène, Lewis ne le détermine pas. Il termine son article en insistant sur la nécessité de la coopération étroite et constante entre le médecin et

le chirurgien et l'importance de faire disparaître au plus tôt tout foyer d'infection chez le diabétique.

J. ROMEO PEPIN.

CHIRURGIE

RENE SCHRAPP. — **Sur la maladie de Buerger** ('Presse Médicale', 30 juillet 1927).

La maladie de Buerger est une artério-phlébite à la fois profonde et superficielle des extrémités des membres. C'est, selon Gilbert et Coury, une panvascularite segmentaire avec périvascularite, aboutissant à la gangrène; elle se distingue des artérites chroniques qui nous sont familières et qui présentent une symptomatologie concrète et définie.

Voici quelques-unes des réflexions émises par l'auteur à la suite d'une observation personnelle d'un cas de maladie de Buerger.

1° L'évolution se fait en trois stades:

Le stade de la claudication intermittente, paroxystique, douloureuse par l'angéite latente avec spasmes vasculaires surajoutés.

Le stade de la dysbasie douloureuse progressive par l'angéite hypertrophiante sténosante segmentaire, c'est la période de la rigidité musculoligamentaire.

Le stade terminale de la gangrène par la thrombo-angéite oblitérante.

2° La symptomatologie diffère selon le stade évolutif.

La sensibilité objective était troublée chez le malade observé par l'auteur. De tous les signes subjectifs, la douleur est le plus important à cause de sa persistance et de son acuité, elle est l'expression de l'irritation inflammatoire des nerfs vaso-sensitifs.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'état des réflexes dans la maladie de Buerger, cette discordance n'est qu'apparente cependant, il suffit de s'entendre sur la période de la maladie à laquelle se fait l'examen. Pendant la période de claudication intermittente, les réflexes tendineux et cutanés existent, et ce n'est qu'au cours de dysbasie et de gangrène que la réflexité disparaît dans les territoires lésés.

A. BELLEROSE.

SICARD. — **Sur la maladie de Buerger** ("Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux", 1er avril 1927).

L'auteur pense que la maladie de Leo Buerger doit être individualisée dans le groupe des artérites.

Il s'agit d'une affection dont l'évolution ne concorde pas avec celle de l'athérome ou de l'artério-sclérose, c'est une maladie qui frappe les hommes jeunes; qui, après avoir envahi les membres inférieurs, s'attaque souvent aux membres supérieurs; qui s'accompagne de réaction inflammatoire humide; qui respecte le sexe féminin, avec une prédilection

particulière pour les Israélites russes, polonais, roumains, et les Japonais, représentant les deux-tiers des cas étudiés; dont le lipio-diagnostic artériel est un peu spécial, et dont l'anatomie pathologique montre avec une fréquence inaccoutumée la présence d'une gangue scléreuse inflammatoire tout le paquet vasculo-veineux sans atteinte des gros vaisseaux.

Ces éléments étudiés dans leur ensemble donnent l'impression d'une maladie autonome.

Puisque la maladie épargne le sexe féminin, pour l'auteur il y a lieu de féminiser les sujets artéritiques du type Buerger: on y arrive en injectant du sang de femme par voie sous-cutanée. Il a pu ainsi retarder une amputation et limiter le foyer de sphacèle.

A. BELLEROSE.

HOWARD M. CLUTE. — Du traitement chirurgical des adénites tuberculeuses cervicales ("Annals of Surgery", 1927, vol. LXXXVI, No 5).

L'auteur étudie 131 cas d'adénites cervicales d'origine bacillaire et traités chirurgicalement. Les meilleurs succès obtenus furent chez les cas opérés dès le début de l'affection, où la cicatrice opératoire fut à peine visible, étant donné qu'une résection large n'était pas nécessaire et que l'exérèse complète des ganglions était possible.

Dans les cas où l'intervention est pratiquée avant l'apparition des abcès et des trajets fistuleux il n'y a eu que très rarement récurrence.

Chez les malades ne pouvant pas se permettre le temps et les dépenses nécessaires pour un traitement hygiénique de longue durée, le traitement chirurgical serait le traitement de choix.

MERCIER-FAUTEUX.

FRANCIS C. GRANT. — Les hématomes chroniques sous-dure-mériens ("Annals of Surgery", 1927, vol. LXXXVI, No 4).

Les traumatismes crâniens les plus légers en apparence peuvent se compliquer d'hémorragie sous dure-mériennes. Leur mécanisme dans ces cas et les causes prédisposantes ne sont pas encore bien nettement précisés, bien qu'il soit certain qu'une lésion chronique spécifique ou autre évolue chez ces malades.

La symptomatologie de la pression anormale intra-crânienne qui résulte de l'épanchement sanguin est insidieuse jusqu'au moment où se déclarent des signes bien précis montrant l'atteinte d'une région bien définie de la zone corticale.

Étaler la région lésée et évacuer les caillots, est le traitement que l'on doit établir.

MERCIER-FAUTEUX.

LAMBERT ROGERS. — Thyroïdites suppurées ("The Lancet", vol. CCXII, No 5408).

La rareté des observations de ce genre a engagé l'auteur à en rapporter deux. Elles sont différentes par le mécanisme de l'infection thyroïdienne.

Dans un cas, il s'agit d'infection de voisinage (furoncles au niveau de l'articulation sterno-claviculaire gauche); dans l'autre, c'est à la suite d'une grippe qu'une femme de 48 ans, possédant depuis longtemps un noyau goitreux, voit celui-ci grossir.

L'incision suffit généralement pour voir cesser les troubles, sauf, d'après l'auteur, dans les cas où existent des nodules goitreux calcifiés auxquels cas une extirpation secondaire est indispensable comme seule capable de guérir la fistule.

MERCIER-FAUTEUX.

MARCEL THALHEIMER, Paris. — **De la degastro-entérostomisation** ("Journal de Chirurgie", tome XXX, No 4, octobre 1927, pages 385-93).

La degastro-entérostomisation est une opération qui consiste à supprimer une bouche de gastro entérostomie.

T. considère que si la gastro entérostomie donne des résultats excellents dans diverses affections, telles que: sténoses pyloriques, ulcus duodénal, etc., elle donne par contre des résultats médiocres dans les cas de syndrome pylorique où l'exploration minutieuse n'a pas permis de trouver un ulcus, car dans ces cas, d'après l'auteur la gastro-entérostomie même bien faite, n'est en général suivie que de résultats fonctionnels décevants. La "maladie de la gastro entérostomie", consécutive à ces cas ne guérit qu'après la suppression de la bouche de gastro entérostomie.

Dans d'autres cas où la gastro-entérostomie est indiquée à cause d'un ulcus par exemple, l'opération assure la guérison complète de cet ulcus, mais après quelques mois apparaissent des troubles dyspeptiques d'un caractère nouveau, et le chirurgien est amené à pratiquer une nouvelle intervention, il constate alors la disparition de l'ulcus et sa cicatrisation. L'auteur nous dit qu'il faut alors détruire la gastro-entérostomie pour rétablir la situation normale des organes.

Il peut arriver aussi qu'il existe un ulcère peptique de la bouche de gastro-entérostomie dans ces cas la degastro-entérostomisation supprime l'anastomose et l'ulcère peptique à moins de frais que par une resection étendue.

T. rapporte le cas d'une malade chez qui on avait fait une gastro-entérostomie de "complaisance", quand il s'agissait en réalité d'une appendicite avec dyspepsie et hématomèse qui avait été méconnue. La gastro-entérostomie ne fit qu'augmenter les troubles préexistants. La degastro-entérostomisation fit disparaître les troubles gastriques et après appendicectomie la guérison fut parfaite.

T. décrit ensuite la technique de la degastro-entérostomisation.

E. TROTTIER.

PEDIATRIE

NOBECOURT. — Spasmes douloureux du Colon dans la moyenne et dans la grande enfance ("La Médecine", août 1927).

Les causes habituelles: invagination intestinale, dysenterie, entéro-colite dysentérique; parfois, ils représentent la seule manifestation clinique; ils accompagnent aussi certains syndrômes coliques survenant sans lésion ou avec des lésions discrètes des colons.

Ces spasmes sont fréquents dans la deuxième et dans la grande enfance.

L'auteur opine que le terrain névropathique est le principal facteur étiologique dans le deuxième et le troisième groupe de ces troubles, qui sont sous la dépendance de modifications du système nerveux neuro-végétatif ou vago-sympathique.

G. LAPIERRE.

A. DUFOUR. — Considérations sur l'étiologie et la vaccinothérapie des broncho-pneumonies ("Paris Médical", 5 novembre 1927).

Question de premier plan au Ve Congrès des pédiâtres de langue française, qui vient de se tenir à Lausanne. L'auteur expose, avec certaines considérations critiques les données qui ont en cours à ces délibérations importantes. Il semble que plus de clarté doit en jaillir, et que la notion de l'utilité des vaccins et leur emploi ont fait des progrès indiscutables.

La bactériologie des broncho-pneumonies a été très controversée, sans doute parce que les méthodes d'examen n'étaient pas exemptes d'erreurs. Par exemple, tous les examens bactériologiques pratiqués sur le cadavre, ou même immédiatement avant la mort, sont suspects. Aussi bien dans les dernières heures de la vie que dans celles qui suivent le décès, on assiste à des surinfections d'origine sanguine ou d'origine aérienne descendante. Le sang véhicule dans tous les organes des germes divers, notamment les plus répandus, coli-bacille, pneumocoque, staphylocoque, etc.

Il est facile de réaliser la réalité des infections aériennes descendantes, avant et après la mort, en comparant lesensemencements à diverses périodes. La fonction pulmonaire établit qu'il n'existe pas de rapports entre la flore du rhino-pharynx et celle des alvéoles pulmonaires pendant la vie; mais, si on compare lesensemencements du rhino-pharynx faits la veille du décès avec ceux qui proviennent des poumons après la mort (ensemencement d'autopsie), on observe une certaine homologie.

La donnée qui paraît la plus importante à l'auteur, c'est celle du monomicrobisme habituel des broncho-pneumonies. Dans 80 pour 100 des cas qu'il a suivis, il n'a isolé du poumon, par ponction, qu'un germe

unique. MM. Nobécourt et Paray ont montré que toutes les pneumococcies d'une même crèche étaient, durant la même période, sous la dépendance d'un pneumocoque de même race, que le germe nocif vient du dehors, et qu'il n'existe pas antérieurement dans le rhino-pharynx, sauf chez les immunisés, qui jouent le rôle de porteurs sains de germes et sont dangereux pour leur entourage.

Le poumon est aseptique à l'état normal. Dans la broncho-pneumonie même, si l'aiguille à ponction passe en dehors des foyers broncho-pneumoniques, l'ensemencement du suc retiré ne donne pas de résultat.

Trois grands germes sont responsables des broncho-pneumonies: le pneumocoque, le streptocoque et l'entérocoque. Les autres germes ont un rôle moins certain: le bacille de Pfeiffer a été rencontré par l'auteur que dans 4 p. 100 des cas, le rôle du staphylocoque est des plus restreint, le bacille de Loeffler aurait une place importante au dire de certains auteurs, mais la plupart des congressistes se sont élevés contre pareille conception, les lésions broncho-pulmonaires n'étant jamais sous la dépendance de ce germe, quant tout au plus il a pu y avoir parfois descente de ce germe à l'agonie, bien que M. Marfan et son interne M. Samsoën aient pu constater sa présence par ponction pulmonaire pendant la vie. Dans ce dernier cas, on peut discuter son rôle. Agit-il pour lui-même ou favorise-t-il simplement l'action des pyogènes? La réaction de Schick peut ici intervenir. C'est toute la question des porteurs de germes qui se pose.

On a prétendu que les enfants broncho-pneumoniques étaient presque toujours des enfants ayant une infection diphtérique occulte du rhino-pharynx. On peut opposer à cette conception les statistiques qui viennent d'être produites par certains auteurs des plus qualifiés, comme MM. Kolmer, Lesné, Lereboullet, Barbier, au Congrès de pédiatrie. Ces auteurs n'ont pas trouvé aucune concordance entre l'infection du rhino-pharynx par le Loeffler et l'incidence des broncho-pneumonies. On peut dire que le rôle du bacille de Loeffler dans la genèse des broncho-pneumonies est nul, en dehors des cas de la diphtérie confirmée.

M. Ribodeau-Dumas, partisan de l'emploi des vaccins, examine les objections que l'on a le droit d'élever contre leur action strictement spécifique. En injectant un vaccin, n'injecte-t-on point des protéines? D'autre part, les germes des broncho-pneumonies ne sont-ils pas précisément ceux dont le pouvoir antigénique s'avère faible vis-à-vis des animaux?

Comment assimiler complètement la vaccinothérapie à la protéinothérapie. On n'injecte d'abord qu'une dose vraiment impondérable de protéine. Et comment cette dose agirait-elle alors que des injections beaucoup plus considérables de diverses protéines, telles que le lait, le sérum de cheval, n'ont aucun effet sur les broncho-pneumonies? Puis l'action de choc de la protéinothérapie est bien dissemblable de l'action des vaccins: la première est immédiate, brutale; la seconde est lente, progressive, douce.

Au surplus, comment expliquer, avec la théorie de la protéinothérapie, la vaccination anti-broncho-pneumonique préventive, que par exemple une race de streptocoque ne protège que contre cette race, ainsi que Lédalliau l'a démontré.

Est-ce à dire que la vaccinothérapie soit une méthode destinée à réduire à rien la mortalité par broncho-pneumonie ? Il paraît difficile d'abaisser la mortalité dans une proportion égale aux deux-tiers, l'auteur croit possible de l'abaisser environ de moitié.

Le succès est fréquent avec les vaccins dans les broncho-pneumonies à pneumocoque et à entérocoque, et il ne l'est pas dans les broncho-pneumonies à streptocoque.

Pour que la vaccinothérapie agisse, il est nécessaire d'autre part que l'organisme ne soit pas en état d'anergie, autrement il ne peut fabriquer des anticorps. L'adjonction de sérums spécifiques au vaccin est utile en pareil cas, d'après M. d'Oelsnitz.

M. Barbier a insisté sur un point intéressant, c'est-à-dire la nécessité d'utiliser les vaccins à petites doses dans les broncho-pneumonies étendues et graves. On doit redouter ce que Wright appelle la phase négative de la vaccinothérapie. En voulant aller trop vite, on augmente la susceptibilité du malade, on sidère le peu d'anticorps qui existent déjà.

L'anergie s'observe souvent dans les broncho-pneumonies secondaires, voilà pourquoi on n'obtiendra jamais des statistiques aussi bonnes dans les broncho-pneumonies secondaires que dans les broncho-pneumonies primitives. C'est surtout dans la broncho-pneumonie de la coqueluche que la vaccinothérapie paraît agir avec le plus de difficulté. Il ne faut pas exiger de la vaccinothérapie des broncho-pneumonies des résultats comparables à ceux qu'elle donne dans une infection moriomicrobienne toujours identique à elle-même.

On s'est étonné de voir survenir des complications suppurées, otites, pleurésies purulentes, méningites, chez des enfants dont la broncho-pneumonie a été soumise aux vaccins. On ne doit pas oublier que l'immunité vaccinale ne protège pas contre un processus suppuré.

Un vaccin, pour agir efficacement dans une broncho-pneumonie, ne devra pas se heurter à un germe qui, tel que le streptocoque, est peu ou pas influencé par ce traitement; ensuite, l'organisme ne devra pas être en état d'anergie absolue. Réduite à des proportions plus humbles, la vaccinothérapie constitue un indéniable progrès dans le traitement des broncho-pneumonies, surtout chez le jeune enfant. Et l'auteur termine par cette phrase de M. Grenet: "C'est avec une profonde conviction, que nous nous élevons contre le scepticisme stérile qui se rit des efforts et ne retient, dans les méthodes nouvelles, que les échecs."

Gaston LAPIERRE.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

P. COURMONT et H. GARDERE. — **Le pouvoir bactéricide des épanchements pleuraux tuberculeux** ("Journal de Médecine de Lyon", oct. 1927).

Le pronostic des pleurésies est essentiellement variable. La nature du liquide donne déjà au clinicien des indications importantes. La pleurésie séro-fibrineuse, surtout primitive, guérit très fréquemment; cependant les pleurésies séreuses des hydro-pneumo-thorax sont d'un pronostic très variables. Après avoir étudié les propriétés des liquides séreux ou séro-fibrineux l'auteur en déduit des données pronostiques très importantes.

Ces propriétés sérologiques sont surtout le pouvoir agglutinant, le pouvoir de dévier le complément et le pouvoir bactéricide. Paul Courmont attache depuis 1900 une grande importance aux propriétés agglutinantes (séro-pronostic des pleurésies) et a particulièrement étudié le pouvoir bactéricide *in vitro* vis-à-vis des cultures homogènes du bacille de Koch.

Après avoir décrit les propriétés sérologiques des liquides des pleurésies tuberculeuses et avoir démontré le pouvoir bactéricide l'auteur conclut que par l'étude de ces recherches on peut fournir à la question du pronostic des épanchements tuberculeux ou hydro-pneumo-thorax des renseignements très précieux. Voilà une étude qui mérite d'être considérée dans toute sa valeur car elle fournit au clinicien et au physiologue qui en feraient une pratique courante, de précieuses indications générales tant diagnostiques que pronostiques.

J. A. VIDAL.

UROLOGIE

WINFIELD SCOTT PUGH. — **Pyelitis of pregnancy. Its treatment with the indwelling catheter** ("The Journal of Urology, vol. XVIII, No 5, nov. 1927, p. 553).

L'auteur fait une étude générale de la pyélonéphrite de la grossesse. Après un court aperçu de l'histoire de la question, il en aborde l'étiologie. Pour lui, la pression du fœtus qui comprimerait l'uretère est secondaire. La vraie cause prédisposante est la congestion des organes du bassin produite par la grossesse qui créerait un appel au microbe. La preuve en est que les deux reins sont le plus souvent atteints. Cependant, la gêne à l'écoulement de l'urine apportée par pression sur l'uretère pourrait expliquer le fait que les lésions sont plus marquées à droite. La pyélonéphrite existe pour Pugh chez 10% des femmes enceintes. Mais chez plusieurs, la maladie existerait déjà avant la grossesse à l'état chronique.

En outre des antiseptiques urinaires et de l'ingestion abondante d'eau, le traitement idéal est la sonde urétérale à demeure. Celle-ci sera aussi grosse que possible pour obtenir un drainage parfait; elle sera à bout coupé. Dès les premières heures de la mise en place de la sonde, des douleurs aux régions lombaires peuvent survenir. Elles sont sans importance et disparaissent rapidement. Avec la sonde urétérale à demeure l'avortement thérapeutique est très rarement indiqué. Sur 15 cas rapportés et traités par la sonde urétérale à demeure, l'auteur a eu des résultats rapides et définitifs chez toutes, à l'exception d'une malade qui est morte d'anurie.

Oscar MERCIER.

EDWIN BEER. — **Phosphaturia as a local phenomenon: preliminary communication** ("The Journal of The American Medical Assoc.", 21 mai 1927, p. 1625).

L'auteur se rapportant à 3 cas qu'il présente croit que la phosphaturie est un phénomène local qui prend origine dans l'appareil urinaire, contrairement aux idées de ceux qui croient qu'elle découle d'un trouble du métabolisme des sels de chaux. L'alcalinité de l'urine engendre la précipitation des sels de chaux. Une diète alcaline et formée d'une quantité abondante de phosphates est une cause fréquente. Mais la cause la plus ordinaire serait la présence d'une abondante sécrétion muqueuse des uretères ou de l'urètre qui ferait la phosphaturie. Cette sécrétion en alcalinisant les urines précipite les sels de chaux. Elle peut exister sans infection de l'appareil urinaire.

Oscar MERCIER.

ORTHOPEDIE ET CHIRURGIE INFANTILE

FRED. COTTON. — **Pression surajoutée dans les fractures du col du fémur [Artificial impaction in hip fractures]** ("Surg. Gynec. & Obs.", 1927, vol. XLV, No 3).

Avec de nombreuses radiographies à l'appui, Cotton démontre que les fractures du col du fémur doivent être envisagées d'après la variété des lésions produites. Si les fragments sont en bonne position, aucune manœuvre de réduction n'est tentée et la fracture est maintenue en place à l'aide d'un spica double, la jambe étant en abduction légère et en rotation interne.

Si la fracture est complète, il faut bien réduire avant d'appareiller. Dans une troisième variété, lorsque les fragments sont en mauvaise position, il faut tenter l'apposition normale et immobiliser. La consolidation est la règle dans la majorité des cas, mais le résultat varie nécessairement avec l'âge du sujet.

Edmond DUBE.

LOUIS SCHULTZ. — **Résection bilatérale du maxillaire inférieur dans le prognathisme** [Bilateral resection of the mandible for Prognathism] ("Surg. Gynec. & Obs.", 1927, vol. XLV, No 3).

Lorsque le prognathisme siège au niveau du maxillaire inférieur, S. fait une résection égale à l'espace à rétrécir, et aborde l'os sur son bord externe. Dans un cas opéré, le résultat fut très encourageant, et en recommandant cette nouvelle technique modifiée, S. se propose de l'appliquer dans tous ses cas.

Edmond DUBE.

W. ORR. — **Le traitement de l'ostéo-myélite** [The treatment of osteomyelitis] ("Surg. Gynec. & Obs.", 1927, vol. XLV, No 4).

Orr propose la désinfection du foyer infecté, sans chercher à enlever, tous les tissus intéressés, croyant que le malade réagira toujours, si l'état général est bon, contre une partie de son infection. Le drainage devra être large atteignant la profondeur même des foyers, et la plaie opératoire sera protégée par un pansement approprié, contre toute chance de réinfection. L'immobilisation complète du membre est nécessaire pour empêcher les mouvements et pour combattre la douleur et la contracture musculaire. Orr conseille l'appareil plâtré fénêtré, facilitant ainsi le lavage de la plaie. Il ne fait pas d'autre pansement et insiste que l'immobilisation est une condition indispensable dans la direction du traitement.

Edmond DUBE.

S. BURNELL. — **La réparation de la fissure palatine** [Cleft Palate repair. The cause of failure in infants and its prevention.] ("Surg. Gynec. & Obs.", 1927, vol. XLV, No 4).

Contrairement à la pratique usuelle, Burnell répare la fissure palatine dès l'âge de 16 à 22 mois, avant que le bébé ait commencé à parler. Pour protéger les sutures qui ont souvent tendance à céder, au moins en partie, B. se sert d'un palais artificiel métallique perforé qui est mis en place après l'opération et maintenue par un dispositif spécial. Ce palais amovible permet la désinfection complète de la bouche, à laquelle il faut veiller avec soin. Les points sont enlevés le 12^{ème} jour et le palais métallique deux jours après.

Edmond DUBE.

P. POUZET, clinique du prof. NovéJosserand. — **Traitement chirurgical de la tuberculose tibio-tarsienne** ("Revue d'Orthopédie", sept. 1927).

L'auteur nous montre que l'immobilisation dans l'arthrite tibio-tarsienne donne de bons résultats dans 66% des cas. Devant l'échec de

la méthode conservatrice, l'intervention chirurgicale s'impose, l'auteur en donne les indications: intervention tardive après traitement conservateur ne donnant pas de résultat; comme technique opératoire: abord des lésions par voie sous-astragaliennne, section des péroniers latéraux, ouverture de la sous-astragaliennne et astragalo-scaphoïdienne, ablation de l'astragale, curettage des autres os malades — pas d'obturation, mais drainage large —, appareil plâtré.

Les suites opératoires jusqu'à guérison ont duré onze mois pour l'astragalectomie et treize mois pour la tarsectomie. Les enfants de moins de dix ans guérissent plus facilement.

Les résultats sur 39 opérations ont donné 73% de guérison; mortalité 23% — un amputé. La mortalité est due plutôt à la gravité des cas. La guérison est plutôt stable et la statique est bonne.

Jos. H. RIVARD.

FRED. H. ALBEE, M.D., F.A.C.S. — Sixty-four joint mice of the shoulder ("The Journal of Bone & Joint Surgery", nov. 1927).

L'auteur rapporte un cas chez qui il a trouvé 64 corps étrangers articulaires dans l'épaule gauche d'un individu de 35 ans qui avait subi un traumatisme de cette épaule treize ans auparavant en jouant au foot-ball. Le malade continuait tous les exercices sportifs, tout en ayant une légère nuisance et surtout une douleur particulière en se croisant les bras, cette gêne et la douleur furent augmentées par des traitements d'ostéopathe.

Sous l'influence d'un choc léger, les douleurs devinrent plus intenses, le médecin de famille consulté fit faire une radiographie, constata quelque chose d'anormal dans l'articulation, il en demanda l'explication à l'auteur.

Le traitement opératoire enleva 64 corps étrangers. Le docteur Albee avait déjà constaté ces corps étrangers dans les articulations du genou, du coude, de la hanche.

Comme résultat, la fonction du bras est normale.

Jos. H. RIVARD.

GYNECOLOGIE

SIGALAS. — Diagnostic de l'hématocèle par la réaction de sédimentation ("Gynécologie et Obstétrique", juillet 1927).

La sédimentation du sang se produit lorsqu'on met dans un tube de verre du sang citraté: les globules rouges tombent au fond du tube au bout d'un certain temps laissant au-dessus d'eux une couche claire formée par le plasma. S. a fait des expériences dans le service de gynécologie de l'Hôpital Broca sous la direction du professeur J.-L. Faure et vient à la conclusion que la réaction peut donner des renseignements utiles, lorsqu'on est en présence d'une tuméfaction pelvienne d'un dia-

gnostic hésitant, cette réaction se produisant plus ou moins rapidement suivant la lésion. L'hématocèle donnant une réaction beaucoup plus rapide et plus complète que toutes les autres affections gynécologiques (fibromes, annexite, affections inflammatoires). L'auteur appuie ses avancées de onze observations contrôlés par l'opération.

Léon GERIN-LAJOIE.

IONESCU et HRISTU. — Traumatisme intestinal par tentative d'avortement ("Gynécologie et Obstétrique", juillet 1927).

I. et H. rapportent un fait clinique: perforation de l'utérus par des lamineaires dans une tentative d'avortement, sans la moindre souffrance durant trois jours. En procédant au curettage l'avorteuse ne retire rien; avec une pince elle abaisse un lambeau et le coupe au ciseau. Les auteurs appelés reconnaissent des petits fragments d'épiploon sur des morceaux d'ouate et diagnostiquent perforation utérine. La laparotomie révèle en outre d'une perforation utérine par les lamineaires, un ascaris, du sang épanché, des matières intestinales vertes, mêlées à des restes alimentaires, une anse grêle entièrement sectionnée près du caecum, des bouts d'intestin arrachés du mésentère sur une distance de 10-15 cm. L'opération a consisté en la résection de 70 cm. d'intestin, l'entéro-anastomose latéro-latérale, le nettoyage soigné de la cavité abdominale et l'hystérectomie sub-totale avec conservation d'un ovaire. Le drainage se fit avec un Mickulicz; une mèche fut laissée dans la cavité de Retzius. Les suites opératoires furent normales. On fit également de la vaccinothérapie locale et générale.

Les auteurs insistent sur la rapidité de l'intervention chirurgicale, trois heures après l'accident, qui leur assura en partie le succès.

Léon GERIN-LAJOIE.

OBSTETRIQUE

BROULIA. — Les indications de l'interruption de la grossesse ("Gynécologie et Obstétrique", tome XVI, No 3).

Au Vème Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, tenu à Lyon, en septembre dernier, M. Brouha de Liège présente un rapport sur les indications de l'interruption de la grossesse dans les viciations pelviennes. Il étudie les résultats de l'accouchement prématuré provoqué (A. p. p.) comparés aux résultats obtenus par la césarienne conservatrice.

Le sort de l'enfant reste encore la pierre d'achoppement de l'A. p. p. Les statistiques indiquent une mortalité infantile qui varie entre 10% et 25%. Quant à la mortalité maternelle, le pourcentage ne varie guère entre l'A. p. p. et la césarienne conservatrice, soit environ 1%.

En ces dernières années, la Césarienne basse a conquis la faveur des Obstétriciens, surtout lorsqu'elle est associée à l'épreuve du travail.

Certes, les intérêts immédiats de la mère et de l'enfant sont mieux sauvegardés par la césarienne basse que par l'A. p. p., mais la rupture de la cicatrice utérine risque de compromettre l'avenir obstétrical de la femme par la nécessité d'une hystérectomie, lors d'une grossesse ultérieure.

L'avantage de la césarienne basse sur la césarienne classique est de diminuer la fréquence de cette rupture de la cicatrice et de supprimer les adhérences intestinales toujours redoutables au cours des césariennes itératives.

L'excès de volume du fœtus sera une indication de provoquer le travail dans les derniers temps de la grossesse chez les femmes qui ont déjà perdu un ou plusieurs enfants. Chez les primipare, l'A. donne sa préférence à l'épreuve du travail, suivi, si nécessaire, de la césarienne basse.

Donatien MARION.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

PIERRE. — Citrate de soude en oto-rhino-laryngologie ("Société Française d'O. R. L.", Congrès de 1926).

Les propriétés anti-coagulantes du citrate de soude en solutions faibles sont connues depuis longtemps, mais les propriétés coagulantes des solutions concentrées ne sont guère connues que depuis la communication de Maurice Renaud à la Société Médicale des Hôpitaux, séance du 6 mai 1925.

Il semble que les solutions fortes agiraient en produisant un choc humoral qui modifieraient presque instantanément les conditions favorables aux hémorragies spontanées ou post-opératoires.

Pierre appliqua ces données en oto-rhino-laryngologie et réussit à l'aide de solutions concentrées de citrate de soude en injections intra-veineuses à arrêter des hémorragies d'une gravité extrême, épistaxis postérieurs, hémorragies traumatiques ou post-opératoires. L'efficacité du citrate de soude fut toujours constantes.

Il l'emploie maintenant d'une manière préventive dans tous ses cas d'amygdalectomies ou d'interventions nasales. Depuis au-delà d'un an qu'il met cette méthode en pratique, il dit n'avoir eu aucun opéré ayant fait d'hémorragie post-opératoire.

Aussi conseille-t-il fortement aux confrères d'utiliser en oto-rhino-laryngologie les propriétés anti-hémorragiques des solutions concentrées de citrate de soude, qui ne s'altèrent guère avec le temps et donnent les plus beaux résultats.

Le citrate de soude en solutions concentrées se prépare suivant la formule de Renaud qui est celle-ci:

Citrate de soude	20 gr.
Chlorure de Mg.	10 gr.
Eau distillée q. s.	100 gr.

La dose moyenne à employer est de 20 cc. en injection intra-veineuse. On peut répéter cette dose au besoin sans produire de phénomènes apparents de choc.

La dose préventive est de 10 cc. en injection intra-veineuse une heure avant l'opération.

Jules BRAULT.

M. TERRIEN. — **L'amaurose post-hémorragique** ("Concours Médical", juillet 1927).

L'amaurose post-hémorragique se manifeste habituellement entre le cinquième et le huitième jour après l'hémorragie. Les troubles visuels habituellement bilatéraux sont parfois unilatéraux, ils apparaissent le plus souvent subitement, ou ils sont précédés d'obnubilation qui est bientôt suivie d'une baisse marquée de la vision avec rétrécissement du champ visuel. Les pupilles sont en mydriase et ne réagissent pas à la lumière. Le fond de l'œil présente une papille pâle avec des artères petites et des veines volumineuses.

Le tout s'explique par une chute de la tension artérielle rétinienne.

Le pronostic est toujours sombre, la cécité par atrophie du nerf optique étant la règle dans plus de la moitié des cas. On constate une amélioration dans 28% des cas et la guérison seulement dans 13% des observations.

Ces amauroses se rencontrent surtout à la suite d'hématémèses, du mélobna et des métrorragies survenant chez des sujets antérieurement affaiblis; mais elles sont très rares à la suite des hémorragies traumatiques ou post-opératoires.

Le traitement est avant tout reconstituant: injections de sérum et transfusion sanguine. Localement on prescrira des instillations de pilocarpine de façon à diminuer le tonus de l'œil et à faciliter du fait la circulation rétinienne.

Jules BRAULT.

NEURO-PSYCHIATRIE

H. CLAUDE, A. LAMARCHE, J. DUBAR. — **Tension rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien** ("Encéphale", No 1, 1927).

Depuis un an, les auteurs ont recherché systématiquement les relations qui existent entre la tension artérielle rétinienne et celle du liquide céphalo-rachidien. Leurs observations portent sur 60 malades. Chez un bon nombre de ceux-ci, les mensurations ont été rejetées à plusieurs reprises à des dates différentes. Ils ont employé la technique de Baillart qui a montré que la tension rétinienne était normalement sous la dépendance de la tension artérielle générale et de l'état anatomique vasculaire local. Baillart a noté que des rapports importants existaient entre la pression intra-crânienne et celle de l'artère centrale de la rétine.

Expérimentalement, avec Hartmann, il enregistre une élévation de la tension artérielle minima des vaisseaux papillaires en exerçant une compression médiate sur le cerveau. Il rapporte dans son traité, une observation où l'hypertension céphalo-rachidienne fut décelée par l'hypertension artérielle rétinienne avant la ponction lombaire. Bollack, Mériqot et H. Coppez rapportent des observations analogues.

La tension du liquide céphalo rachidien a été mesurée au moyen du manomètre anéroïde du professeur H. Claude; la tension artérielle rétinienne était évaluée au moyen de l'ophtalmo-dynamomètre de Bailart. L'observateur examine à l'ophtalmoscope l'émergence de l'artère centrale de la rétine au niveau du disque optique. En même temps, il exerce normalement, au globe, une pression progressive à l'aide du dynamomètre. Lorsque les pulsations artérielles apparaissent dans le fond de l'œil, nous avons la tension artérielle diastolique ou minima. En accentuant cette pression, les pulsations viennent à disparaître, la rétine pâlit. Nous avons alors la tension maxima ou systolique. Ces mesures sont complétées par la tension artérielle générale. Pour la tension artérielle générale. Pour la tension artérielle rétinienne normale, on obtient environ 30 à 35 grammes d'eau pour la minima et 60 à 70 pour la maxima. La tension diastolique est la plus intéressante et la plus stable.

Les auteurs, après avoir étudié les relations qui existent entre la tension rétinienne et la tension rachidienne, montrent les modifications qui s'opèrent dans les deux domaines sous l'influence de certaines perturbations physiologiques (émotion et menstruation): hypertension passagère du L. C. R. Ils étudient encore les mêmes relations dans la P. G., tumeur cérébrale, méningite séreuse, psychoses diverses, épilepsie.

Ils concluent que la tension rétinienne est avant tout sous la dépendance de la tension artérielle générale; au point de vue rachidien, elle ne présente d'intérêt que lorsqu'elle se trouve en dysharmonie avec celle-ci. Chez un sujet à tension artérielle normale, elle doit, basse, mettre sur la voie d'une hypotension intra-crânienne; élevée, faire porter un diagnostic d'hypertension. Pour que ce signe ait toute sa valeur, il faut avoir éliminé, par examen ophtalmoscopique, toute possibilité de lésions des vaisseaux. Nous pouvons ainsi déceler l'hypertension avant l'apparition de la stase. Il ne s'agit pas de remplacer la prise de tension rachidienne. Elle permet de renouveler chez le même malade, des mensurations, à des dates rapprochées, et de se rendre compte sans trauma grave de l'évolution de la tension intra-crânienne. En présence d'un syndrome clinique d'hypertension avec ponction lombaire négative, l'hypertension rétinienne fera suspecter un cloisonnement des espaces sous-arachnoïdiens. Utile au neurologue, cette méthode aide le chirurgien à déceler l'hypertension consécutive à un trauma crânien. Au médecin, elle lui permet de se rendre compte de ces hypertensions passagères, paroxystiques, que la clinique laisse suspecter sans qu'il soit possible de les vérifier, la ponction lombaire restant une exploration d'exception.

Emile LEGRAND.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

LUCIEN PERIN. — **La syphilis, cause de stérilité** ("Revue française de Dermatologie et de Vénérologie", septembre 1927).

L'auteur a recherché les causes de la stérilité involontaire dans les ménages syphilitiques et d'autre part le pourcentage des cas de syphilis dans les ménages involontairement stériles. Dans le premier cas il a rencontré 25 ménages où la stérilité était absolue, involontaire sur 78 ménages syphilitiques qu'il a examinés, soit une proportion de 32%. Il s'agissait de syphilis acquise, 19 fois et de syphilis héréditaire, 6 fois. Dans le deuxième cas, recherche de la syphilis dans les ménages involontairement stériles, sur 20 ménages, Périn en a trouvé 6 où la syphilis était évidente, soit 30%. Chez plusieurs hommes la cause de stérilité a pu être mise en évidence: lésions du testicule ou de l'épididyme (sarco-cèle, atrophie scléreuse, infantilisme testiculaire,) azoospermie, oligospermie, necrozoospermie. Chez la femme les altérations glandulaires sont mal connues. Le rôle de la syphilis doit quand même être soupçonné quand la syphilis est certaine et qu'il n'existe pas d'autre étiologie connue expliquant la stérilité.

Quand la syphilis est démontrée au moins chez l'un des deux conjoints et que la stérilité ne s'explique par rien d'autre, le traitement antisiphilitique doit être tenté. Pour qu'il ait des chances d'être efficace il doit être régulier, énergiques, longtemps continué, suivi en même temps par les deux conjoints et continue pendant la grossesse dans le cas où elle surviendrait.

Albéric MARIN.

L. G. BEINHAUER. — **Predisposing factors in eczema** ("Archives of Dermatology and Syphilology", juillet 1927).

L'auteur sur 114 cas d'eczéma chez l'adulte dans lesquels on ne pouvait incriminer de cause extrême a trouvé 29 fois des troubles gastro-intestinaux, 11 fois des "focal infections", 7 fois, des troubles endocriniens, 11 fois des affections de l'appareil génito-urinaire. Il en conclut que les eczémas de cause interne sont en général dus à une maladie qui favorise son éclosion et que le traitement de l'état général est de la plus haute importance. Nous sommes entièrement de cet avis mais nous ajoutons qu'il est parfois très difficile, sinon impossible de dépister l'affection prédisposante.

Albéric MARIN.

MEDECINE LEGALE

BALTHAZARD et CAFFORT. — **Etude médico-légale du Tétanos** ("Sociétés de Médecine Légale de France", séance du 5 juillet 1926).

Les auteurs attirent notre attention sur les difficultés médico-légales que peut soulever le tétanos tant au point de vue du diagnostic qu'à

celui de l'étiologie et de la durée d'incubation. A cet effet ils rapportent trois observations typiques.

Dans la première — il s'agit d'une femme qui succombe après avoir présenté des crises caractéristiques de tétanos. A l'autopsie, on démontre que la femme a avorté très récemment au 3e mois de la grossesse. La culture des débris de placenta a permis d'isoler à l'état de pureté le bacille de Nicolaïer.

Dans la deuxième observation — une fille est blessée d'une balle de revolver au cou, elle meurt de tétanos huit jours après. Les coupes du nerf pneumo-gastrique au contact duquel fut retrouvée la balle ont permis de mettre en évidence des bacilles de Nicolaïer.

Dans la troisième — une femme est battue et jetée dans un égout où elle est retrouvée sept heures après l'attentat souffrant de plaies contuses un peu partout. Cette femme succombe trente-quatre jours après l'attentat. Des fragments de plaies ont permis d'isoler là aussi le bacille du tétanos. En rapportant ces observations les auteurs ont pour but de démontrer que l'inoculation peut se faire de la façon la plus inattendue et que la période d'incubation est très variable.

Pour qu'il soit possible d'imputer à une blessure déterminée le développement du tétanos soit au civil et en particulier dans les accidents du travail il faut *premièrement*: que la durée d'incubation varie en moyenne entre six et dix jours; ce délai peut être prolongé jusqu'à 78 jours. Mais pour admettre une prolongation aussi marquée de la période d'incubation il est nécessaire d'éliminer la possibilité d'une inoculation ultérieure.

Les auteurs nient la possibilité d'une période d'incubation inférieure à trois jours. La culture à partir des spores jusqu'aux colonies de bacilles adultes demande au moins 24 heures et ce n'est qu'au bout de trois jours au minimum que cette culture injectée aux animaux provoque immédiatement du trismus.

Il faut *deuxièmement*: que les blessures s'accompagnent d'une solution de continuité des téguments, les simples contusions ne sont pas propices à l'inoculation de spores tétaniques.

R. FONTAINE.

ELECTRO-RADIOLOGIE

ROBERT CHAPERON. — **Etude radiologique du hile pulmonaire normal et pathologique** ("Paris Médical", 5 février 1927).

Constatant d'une part l'insuffisance des descriptions du hile radiologique dans les ouvrages classiques et d'autre part les conséquences néfastes de l'incertitude qui existe dans l'interprétation des ombres hilaires portées sur l'écran ou la plaque radiographique, l'auteur a, depuis 1921, entrepris une série de recherches systématiques sur le cadavre par la méthode des injections de substances opaques dans les vaisseaux pulmonaires et les bronches.

Les résultats anatomiques obtenus ont été contrôlés par la suite par l'étude du vivant, d'abord chez l'enfant puis chez l'adulte.

Après avoir décrit les différents types de hile normal et pathologique et les causes d'erreur qu'il faut éviter l'auteur conclut ainsi:

Les conceptions que nous venons d'exposer sont assez différentes de ce qui est généralement admis, et nous devons en conclure que l'on n'a plus le droit actuellement de pratiquer empiriquement des examens radiologiques du thorax sans une étude attentive préalable du trajet des vaisseaux et des bronches, de leur point de repère par rapport au contour cardiaque et de leurs rapports réciproques; il faut connaître leurs conditions de visibilité, les superpositions et suppressions d'ombres, les entrecroisements vasculaires avant d'aborder les images pathologiques.

Il est hors de doute que les artères pulmonaires donnent encore lieu à des erreurs d'interprétation multiples, en particulier en ce qui concerne les adénopathies. L'étude anatomo radiologique des hiles permet une analyse minutieuse des images radioscopiques et radiographiques, elle découvre des lésions plus fines et par conséquent facilite singulièrement un diagnostic plus précoce de la tuberculose. La connaissance de la topographie vasculaire et bronchique rendra de grands services pour le diagnostic des affections lobaires et scissurales.

Enfin un examen radiologique des hiles est incomplet sans un contrôle des cavités cardiaques correspondantes, et les syndromes de stase veineuse et d'hypertension pulmonaire vont avoir un intérêt pronostique en indiquant, par la regression de certaines images, l'influence de la médication toni-cardiaque, ou au contraire, par leur immobilité décevante, la gravité de l'évolution.

A. COMTOIS.

LABORATOIRE

CHARLES OBERLING. — **Le problème de l'amylose** ("Annales d'anatomie pathologique", juillet 1927, tome IV, No 7).

Dans une revue générale très instructive, l'auteur rassemble les notions actuelles sur l'amylose, rapporte quelques données nouvelles, émet à l'occasion ses idées personnelles et s'occupe assez longuement des recherches expérimentales.

Au premier chapitre, après avoir énoncé les produits chimiques qui mettent en évidence la substance amyloïde: teinture d'iode, acide sulfurique dilué, violet de Paris, l'auteur discute sur la valeur de la méthode au Rouge Congo pour les colorations histologiques, méthode qui, avec une technique appropriée, pourra être d'un précieux concours pour le diagnostic clinique de la maladie amyloïde. On sait en effet que le Rouge Congo est un colorant vital, et la découverte de Benhold aura comme véritable intérêt la mise en évidence d'un moyen de diagnostic.

Le deuxième chapitre s'intéresse à la constitution chimique de la substance amyloïde, substance sans doute protéique mais dont la gènes

s'entoure d'obscurités. La présence de l'acide chondroïtine-sulfurique et son action sur l'amyloïde, les travaux d'Oddi, la transformation des globulines en hyaloïdine, des globulines en amyloïde, l'affinité de l'amyloïde pour le tissu élastique sont autant de problèmes que l'auteur discute avec clarté en émettant l'hypothèse d'une double action de l'acide chondroïtine sulfurique dans la génèse de la substance amyloïde.

Après avoir signalé l'aspect morphologique de cette substance l'auteur signale ensuite sa disposition dans l'organisme sous forme d'amylose généralisée et d'amylose localisée. Dans la maladie amyloïde classique, la rate, le foie, les reins, les surrénales, les ganglions lymphatiques, l'intestin, le corps thyroïde sont touchés. Le poumon, le pancréas et la peau ne seraient que très rarement frappés.

L'amylose localisée se manifeste sous forme d'infiltration ou de **tumeurs amyloïdes**. Les rapports intimes entre l'amyloïde et l'activité cellulaire permet de rapprocher la formation de l'amyloïde du collagène, et l'auteur conclut en disant que la génèse de la substance amyloïde est soumise aux mêmes lois que la formation des substances fondamentales. "La substance amyloïde peut être considérée comme une substance fondamentale anormale."

Les recherches expérimentales retiennent l'auteur assez longuement et les travaux de Letterer, de Kuczynski et Goldmam de Domagk sont discutés et analysés. Il ressort de cette étude expérimentale que deux facteurs agissent dans la génèse de l'amyloïde.

1° Un facteur général qui est l'appel exagéré de globulines dans le sang et qui se rencontre dans plusieurs affections: tuberculose, tumeurs malignes, troubles intestinaux, certaines néphrites.

2° Un facteur local jusqu'à présent inconnu, peut-être l'acide chondroïtine sulfurique.

L. C. SIMARD.

MONDAIN DOURIS et BECK. — **Au sujet du séro-diagnostic du cancer** ("Annales de l'Institut Pasteur", octobre 1927).

Les auteurs étudient tout spécialement la Réaction de Botello dite Méthode AZR2 (azoto-réaction). Pour eux le précipité formé en milieu nitrique par l'iodure de potassium iodé avec les albumines sériques est soluble dans ces derniers et la quantité de précipité dépend essentiellement de la quantité d'albumines sériques en présence. Leur opinion est basée sur le fait suivant observé par Douris: "Lorsqu'au cours d'une réaction biochimique nous avons production d'un précipité dans la composition duquel entrent des matières albuminoïdes, le précipité formé ou le floculat disparaît sous l'action d'un excès des constituants qui lui ont donné naissance."

D'après Guillerat, 90% des réactions positives constituées avec des sérums non cancéreux concernaient des sérums dont la teneur en albumine évaluée au réfractomètre se montrait inférieure à 80 grammes par litre. Inversement 70% des fausses réactions négatives portaient sur des sérums dont la teneur était supérieure à 80 grammes pour 1000.

La modification apportée par la correction réfractométrique permet bien d'opérer toujours en présence d'une même quantité d'albumine, mais cela ne va pas sans inconvénient. L'évaporation ou la dilution du sérum exerce une grande influence sur la texture primitive des matières albuminoïdes.

Les auteurs concluent que la réaction de Botello est tout simplement une précipitation des matières albuminoïdes du sérum en milieu acide par un réactif précipitant non spécifique. La formation du précipité dépend de la quantité de matières albuminoïdes (excès-dissolution; insuffisance-précipitation). La réaction ne peut donc être considérée comme spécifique des affections cancéreuses.

A. BERTRAND.

— o —

BIBLIOGRAPHIE

SUIS-JE SYPHILITIQUE ? Fréquence de la syphilis héréditaire ou acquise ignorée. Tempéraments et syphilis. Les petits malaises et les troubles graves d'origine syphilitique méconnue. — Par le Dr Scheikevitch, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital St-Louis. En vente à la Librairie Médicale Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris. Un volume in-18, 200 pages, 10 fr.

L'auteur du présent livre expose, avec une rare compétence et une documentation extrêmement étendue, les rapports de la syphilis avec les troubles de la santé les plus divers.

Il montre la fréquence, très grande, de la syphilis héréditaire ou acquise ignorées et les dangers fort graves auxquels ces multiples cas de syphilis exposent les malades.

Cet ouvrage contribuera, non seulement à divulguer dans le public les signes de la syphilis, mais il sera également pour les médecins un guide précieux.

L'auteur a montré comment sous les apparences les plus trompeuses se cachent les manifestations les plus authentiques de la syphilis et l'évolution de cette infection au cours des phases successives de l'existence.

La conception des troubles vasculaires, sanguins et sympathiques d'origine syphilitique et de leurs rapports avec les phénomènes d'instabilité humorale est extrêmement attrayante et apporte une contribution fort intéressante à l'un des chapitres les plus neufs de la séméiologie et de la thérapeutique.

Des notes nombreuses accompagnent le texte, elles donnent le résumé des travaux scientifiques, l'exposé des théories les plus modernes concernant les problèmes biologiques, cliniques et thérapeutiques de la syphilis.

SOCIETES

Avis

Sous cette rubrique, l'Union Médicale est heureuse de publier, suivant l'espace disponible, les comptes rendus des Sociétés Médicales que voudront bien nous faire parvenir les secrétaires de ces sociétés. Nous invitons particulièrement les sociétés médicales régionales éloignées des grands centres à nous adresser les minutes de leur délibération. Toute correspondance à cet effet doit être adressée au docteur Léon Gérin-Lajoie, 3553, avenue du Parc, Montréal, chargé de la compilation de cette rubrique.

Rapport Annuel du Comité des Cours de Perfectionnement de l'Association Médicale de la Province de Québec

Le Comité des Cours de Perfectionnement vient de terminer sa deuxième année de travail, la première toutefois sous l'égide de l'Association Médicale de la Province de Québec.

Dès le début de l'année, des lettres circulaires furent adressées aux conférenciers de l'année précédente, aux secrétaires des bureaux médicaux des hôpitaux, aux secrétaires des sociétés médicales régionales et des articles furent publiés dans les principales revues médicales de la Province. Bref, le mouvement commencé l'année précédente fut mis en branle et les sociétés médicales régionales et les conférenciers répondirent avec enthousiasme au renouvellement de l'organisation de Journées Cliniques.

Aussitôt l'ouverture des routes, les Journées Cliniques se succédèrent sans relâche durant toute la belle saison. Les districts ruraux furent à peu près couverts entièrement, en autant que les sociétés médicales régionales y existaient. C'est ainsi que les endroits suivants furent visités : Amos, Beauceville, Chandler, Cowansville, Deschambault, Edmunston, Farnham, Granby, Hull, Joliette, Rigaud, Roberval, St-Eustache, St-Hyacinthe, St-Georges, Sherbrooke, Trois-Rivières, Valleyfield, Victoriaville. En tout, 19 endroits, qui ont tenu 20 réunions, avec une assistance de 468 médecins, et une moyenne de 24 par réunion. Les sociétés médicales régionales ont contribué au succès de notre entreprise et nous leur en sommes profondément reconnaissants : l'une d'elles a été complètement réorganisée, tandis que deux autres ont reçu un stimulus qu'elles avaient perdu. Somme toute, le Comité des Cours de Perfectionnement vient de terminer brillamment une seconde année de travail. L'assurance de l'octroi d'un montant pour une troisième année lui laisse entrevoir des succès plus complets et partant plus profitables à la profession médicale de notre province.

Dans les centres les plus nombreux, il ne serait pas impossible que nous inaugurons cette année une série de causeries cliniques durant les mois d'hiver. Les Sociétés Médicales des régions intéressées recevront un avis à cet effet.

Léon GERIN-LAJOIE,

Secrétaire du C.C.P.A.M.P.Q.

— o —

NOUVELLES

NECROLOGIE

La profession médicale canadienne-française a appris avec douleur la perte de l'un de ses membres les plus dévoués et respectés. LE DOCTEUR J. H. CHARTIER était hautement estimé de tous ses confrères. Aussi compétent que modeste, le docteur Chartier personnifiait admirablement le type du médecin praticien qui se dépensait sans compter au soulagement de ses malades. Gradué en 1888, il traversa les mers pour parfaire ses études. Il fut professeur à l'Université Laval de Montréal, et de 1900 à 1906, il occupa le poste de Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le 8 novembre 1927 mourait subitement le Docteur ALBERT BLAGDON de Verdun. Agé de 40 ans, il était le frère du Docteur Léo Blagdon, chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame.

Signalons aussi la mort du Docteur LOUIS-PHILIPPE DE GRAND-PRE, greffier des procès-verbaux à l'Assemblée Législative, dont les funérailles ont eu lieu le 26 décembre en l'église Saint-Georges.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

M. le Docteur L. DE LOTBINIERE HARWOOD, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, et M. le Docteur ROUSSEAU, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, tous deux chevaliers de la Légion d'honneur, ont été promus au grade d'officier. Nous leur offrons nos félicitations.

ANNIVERSAIRE

Le Docteur CHARLES N. DeBLOIS, gouverneur du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec, vient d'être l'objet d'une brillante manifestation d'estime et de sympathie de la part de ses confrères. Les médecins de la ville et du Cap de la Madeleine au nombre de 35, ont en effet célébré d'une façon splendide le soixantième anniversaire de naissance de leur distingué confrère.

Grâce au dévouement et à l'initiative du Dr Wellie Godin, président de la Société Médicale de Trois-Rivières, une soirée de famille fut organisée, à l'insu de celui que l'on voulait fêter, et un cadeau fut offert au Dr DeBlois comme témoignage tangible des sentiments de tous à son égard. Cette veillée réunit la plupart des médecins dans les salons du Château DeBlois,

et le succès complet de cet événement est un bel hommage à la popularité du propriétaire de notre Sanatorium, à l'esprit d'entreprise du président de la Société Médicale et au grand esprit de confraternité qui unit les membres de la profession médicale.

On avait retenu le Dr DeBlois, en prétextant une assemblée spéciale pour traiter des questions professionnelles. Il se prêta de bonne grâce à cette demande et avait aussi bienveillamment permis l'usage de ses salons. Mais son émotion ne connut plus de bornes en constatant qu'il ne s'agissait que d'une habile supercherie et que ses confrères voulaient lui présenter l'hommage de leurs vœux.

Plusieurs discours furent prononcés, dont un par l'hon. Dr L. P. Normand, doyen des médecins du district, ex-président du Conseil Médical du Canada, et de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Il incombait à l'éminent doyen de la profession médicale du district de faire l'éloge du Dr DeBlois et de retracer à grands traits sa brillante carrière, soulignant qu'il avait occupé tous les postes d'honneur qu'il est possible qu'un médecin ambitionne et obtienne.

Rappelant quelques-unes des principales circonstances où le Dr DeBlois se mit en évidence, l'orateur nota particulièrement que le héros fut secrétaire général du Congrès Médical de 1906, congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui se tint en notre cité. C'est alors que pour la première fois au pays, la France envoyait des délégués officiels à ces congrès, et ce fut Trois-Rivières qui eut l'honneur de les recevoir. Durant un an le Dr Normand travailla avec le Dr DeBlois, pour assurer le succès de cet événement extraordinaire, et il montra l'incessant labeur du secrétaire général afin d'assurer ce beau résultat.

L'orateur décrivit ensuite les débuts du Sanatorium DeBlois, puis du Sanatorium Hôtel, après la conflagration de 1908, répondant ainsi à un besoin urgent de la population.

Au cours de son allocution, le Dr Normand rappela que le héros de la fête fut durant de longues années président de la Société Médicale des Trois-Rivières, président du Comité Médical de l'Hôpital St-Joseph, et depuis un an gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens du district des Trois-Rivières. L'orateur dit ici que le Dr Godin étant d'opinion que le Dr DeBlois était grand voyageur devant l'Eternel, il convenait de lui présenter des articles de voyage, et on lui apporta alors une superbe valise de voyage, ainsi qu'un nécessaire de toilette, véritable merveille artistique.

Le Dr Normand trouva le moyen dans son discours d'associer délicatement le nom de Madame DeBlois à l'hommage que les médecins trifluviens étaient heureux d'offrir au compagnon de sa vie.

Le Dr DeBlois, au milieu d'une émotion qu'il avait peine à contenir, remercia ses confrères.

Le Dr DeBlois reçut royalement ses hôtes et un délicieux goûter leur fut servi au Grill du Château. Le Dr Willie Godin, président de la Société Médicale, adressa la parole. Il mentionna l'empressement que chacun avait manifesté à répondre promptement à son appel, ajoutant que cette bonne et franche camaraderie faisait honneur à la profession tout aussi bien qu'à celui que l'on fêtait. Il annonça aussi que la Société Médicale célébrerait prochainement le 25ième anniversaire de sa fondation.

L'Union Médicale du Canada

COMITE DE DIRECTION

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Latreille, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Masson (R.), Mercier, Pariseau (L.), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.
Président: D. Masson; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.

COMITE DE REDACTION

MM. Badeaux, François; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Boucher, R.; Brault, Jules; Comtois, A.; Dubé, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapiere, G.; Legrand, E.; Letondal, P.; Marin, A.; Marion, D.; Mercier, Oscar; Mercier-Fauteux; Paré, Armand; Paré, Louis; Pepin, R.; Rivard, J.; Simard, Ls C.; Trotier E.; Vidal, J. A.
Président: A. LeSage; Vice-Prés.: 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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé 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.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, comptable, 3705 rue St-André ou Boîte Postale No 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE: A. Clerc, Anomalies électrocardiographiques au cours de l'oblitération coronarienne (p. 102). — L. Barriau, L'huile camphrée doit-elle être conservée comme cardiotonique (p. 104). — Paul Sainton, Glandes endocrines et troubles oculaires (p. 104). — James E. Paullin, Renal Diabetes (p. 104).

CHIRURGIE: Greuet et Delarue, Deux cas de tétanos généralisé guéri par la sérothérapie (p. 105). — Gaudier, A propos d'un cas de prothèse osseuse (p. 106). — Chevrier, Sur les anévrysmes artérioveineux (p. 106). — Bower et Clark, Controllable factors affecting the mortality of acute appendicitis (p. 107). — Caraven, Occlusion intestinale mécanique sans abcès ni péritonite, au cours d'une première crise d'appendicite (p. 107).

PEDIATRIE: Chevalley, Diphtérie du nourrisson (p. 109). — Marfan, Traitement du rachitisme (p. 109). — Lereboullet, Le traitement actuel de l'angine diphtérique (p. 110). — Apert, Diagnostic de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant (p. 111).

TUBERCULOSE PULMONAIRE: Courmont, Gardere, Michel, Le diagnostic manométrique des cavernes et du pneumothorax enkysté du sommet (p. 112).

UROLOGIE: Rodriguez, Nouveau traitement des arthrites gonococciques et autres complications blennorhagiques (p. 113). — Bordet, La forme médicale du phlegmon périnéphritique (p. 113).

ORTHOPEDIE et CHIRURGIE INFANTILE: Schwartz, Péritonite à streptocoque, sans cause déterminante, chez les enfants (p. 114). — Sonnenschein, L'extension verticale comme traitement des fractures du fémur chez l'enfant (p. 114). — Cohen, Infections aiguës de l'abdomen

chez l'enfant (p. 115). — Henderson et Fortin, Tuberculose du genou chez l'adulte (p. 115).

GYNECOLOGIE: Eastman, Torsion of hydrosalpinx (p. 115). — Keller, Paramétrites suppurées à évolution particulière (p. 116).

OBSTETRIQUE: Rhenter, La séparation de la mère et de l'enfant (p. 116).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE: Gérard, L'hémispasme facial (p. 117). — Bouchet et Soulas, La céphalée du méat moyen (p. 118).

NEURO-PSYCHIATRIE: Starobinski, Une nouvelle conception du génie et du talent (p. 118). — Nathan, La sensibilisation dans la diathèse et dans les psychoses (p. 119).

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE: Whitehouse et Bechet: Lupus erythematosus, lupus vulgaris, tuberculide and tuberculosis of the skin (p. 120). — Schamberg et Wright, The use of gold and sodium thiosulphate in the treatment of lupus erythematosus (p. 121).

MEDECINE LEGALE: Brisard, Condamnation du médecin dans un cas de syncope mortelle (p. 121).

ELECTRO-RADIOLOGIE: Scott, Nouvelle méthode de traiter l'asthme par la radiothérapie (p. 123). — Bensaude et Marchand, Le traitement diathermique du rétrécissement inflammatoire du rectum (p. 123).

LABORATOIRE: Roussy, Leroux et Vermès, Les causes de la mort chez les cancéreux (p. 123). — Klukine, Du rôle de la peau dans la production des anticorps, de l'anaphylaxie et de l'antianaphylaxie (p. 124). — Lancelin, Bideau et Dubreuil, Recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien (p. 125).

Le Sirop Composé aux Hypophosphites

"FELLOWS"

Le reconstituant par excellence, contient les aliments chimiques (calcium, sodium, potassium, fer et manganèse), associés à la quinine et à la strychnine.

Son action curative est prompte et énergique dans les cas de

PHTISIE, NEURASTHENIE, ANEMIE,
AFFECTIONS PULMONAIRES, RACHITISME.

Littérature et échantillons sur demande

FELLOWS MEDICAL MFG., CO., Inc.

26 CHRISTOPHER STREET, NEW YORK CITY

Agents:

LYMANS, LIMITED,
344, St. Paul Street West, Montreal.

Le Lait Malté "HORLICKS" dans l'alimentation des enfants

Pour plus qu'une génération les membres de la profession médicale du monde entier ont reconnu les mérites du lait malté "Horlick" dans l'alimentation des enfants.

"Horlick's" contient les graisses, les protéines, les hydrates de carbone, les sels minéraux et les vitamines nécessaires au développement des os, des dents et des tissus.

Echantillons et littérature sur demande

HORLICK'S MALTED MILK CORPORATION

Racine, Wis.

Montreal, Can.