

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LVI

OCTOBRE 1927

No 10

BULLETIN

LE PROFESSEUR ANSELME LÉGER

Le grand amphithéâtre. Quelques professeurs, trop peu nombreux. De rares amis. Cahier déployé, stylo en main, les élèves de troisième et de quatrième caressent leur premier enthousiasme scientifique de l'année. L'attente de quelque chose d'inusité assourdit leurs conversations et donne à la vaste salle une atmosphère où l'on sent trop la présence de l'Université et pas assez celle de notre Faculté.

La porte s'ouvre: le doyen, le vice-doyen, un professeur — l'Aîné ! — puis une toge.

Une toge d'où émerge une figure trouée par des yeux vifs, intelligents, plus humides que d'habitude, un peu tordue par un sourire qui se voudrait moins ému, largement éclairée par un front illimité. Des applaudissements crépitent: le Professeur Anselme Léger.

Et le doyen, avec les paroles d'usage, lui confie la chaire qu'il devra désormais occuper.

Nouvelle salve. Le nouveau titulaire de la Pathologie interne monte à la tribune.

Et pendant quarante minutes nous écouterons cette parole un peu hachée, mais nette et concise, nous raconter, sous forme d'apologie aux maîtres d'autrefois et à ceux d'aujourd'hui, l'histoire d'une tenacité toute acadienne. La sobriété du geste, la simplicité de la forme donnent aux idées un relief que n'eut pas obtenu la moindre redondance. Aussi faut-il avoir entendu ce salut aux aînés, disparus et vivants, pour comprendre que l'éternelle course du flambeau peut se faire sans heurts, sans déchirements, par la seule force attractive d'une entité morale, autour de laquelle viennent se grouper, par ordre d'attirance, les ouvriers de la Pensée. Nulle ambition de pécune ne saurait arrêter cette force en mouvement. On prête à la parente noble et pauvre, la Faculté.

Et le geste ne recouvre aucune attrapoire.

Le programme du nouveau professeur, on pourra le lire plus loin. Mais cette lecture, si elle sème les idées, ne saurait éveiller dans les cerveaux indifférents l'esprit de décision qui animait ces phrases. *Il aurait fallu être là.* Combien étions-nous ?

Toutefois, il est bon de faire connaître que la routine est une vieille monnaie qui, depuis longtemps, n'a plus de valeur au cours de pathologie interne. Parallélisme entre les divers cours, cohésion des efforts, cours publics, examens... consciencieux (pour n'effrayer personne !), moins de cumul dans le travail, autant de réactions utiles. Cette leçon pénètre toute une époque.

L'Aîné — le professeur LeSage — explique ensuite l'origine de cette carrière, par une habile comparaison entre sa génération et la précédente. Lutte épique. Qui sortit vainqueur ? Un microscope. Ce qui prouve qu'il ne faut pas toujours se servir du télescope pour regarder dans un monde inconnu et que la Faculté peut très bien supporter l'examen au Zeiss, quand on est averti des progrès des vingt-cinq dernières années. Au reste, il y en a beaucoup à faire encore. Il y en aura toujours.

Malgré la consigne, les nouvelles épauettes se consacrent par le chant traditionnel que celui qui les a gagnées écoute jusqu'à la fin, debout près de la porte, en serrant des mains qui se tendent.

R. B.

LEÇON INAUGURALE DU COURS DE PATHOLOGIE INTERNE (1)

Par le Professeur Anselme LEGER

Revêtu de la toge officielle, mais dépouillé, il me semble, de toute prétention magistrale, j'éprouve, en gravissant les marches de cette chaire que j'aurai le grand honneur de présider, une grande joie, une certaine émotion. Me voilà lié, dorénavant, et tout entier, à l'œuvre de l'enseignement médical de cette école par l'hermine ajoutée aux épaules de la toge de l'agrégué. A mes yeux, c'est le jour où le titre déjà conféré reçoit sa consécration; aux yeux d'une pieuse tradition, c'est le jour où avec respect l'on doit évoquer le passé et avec confiance envisager l'avenir.

Dans cette leçon inaugurale, où j'ai devant moi la grande famille universitaire, mon premier témoignage de reconnaissance doit aller aux quinze membres du Conseil Médical "dont les suffrages m'ont ouvert les portes de cette Faculté"; ils savent — le passé en fait foi — qu'ils peuvent, devant la tâche immense qu'ils m'ont assignée, compter sur le meilleur de mon activité.

Monsieur le Doyen,

Depuis plus de dix ans vous dirigez les destinées de cette Faculté. Elle vous doit d'être sortie de la médiocrité; puissiez-vous, longtemps encore, affermir l'édifice, l'élever comme un flambeau qui éclairera au delà des préjugés et des frontières qui nous entourent.

A côté du Doyen que vous êtes, je vois en vous une autre personnalité qui complète admirablement la première: le conseiller courtois, accueillant, encourageant, qui en mainte circonstance m'a témoigné une amitié presque paternelle.

J'ai à l'esprit tant de souvenirs qui m'attachent à vous, que d'en parler, il me semble, serait les profaner. De toute cette bienveillance, je vous garde une profonde gratitude.

Monsieur le Vice-Doyen,

En ces temps où l'inconscience et l'incompétence s'agitent autour des problèmes médicaux, pour mieux exploiter la bêtise et la crédulité humaines, il n'est pas hors de propos de saluer en vous le modèle qui incarne la conscience et la compétence professionnelles. Vous êtes de ceux, permettez que je vous le dise, qui ont laissé sur mon

(1) 19 septembre 1927.

cerveau d'étudiant une empreinte profonde et dont l'influence, par la suite, s'est manifestée largement sur mon éducation médicale. Par nos rapports quotidiens aux vieilles baraques en bois, rue Notre-Dame; par ces petites marches du midi vers l'Université — que le malheureux automobile a fini par supprimer — insidieusement, j'ai acquis quelques-unes de vos qualités dominantes: celle de la prudence et de la modestie d'un diagnostic, entre autres.

Pendant des heures délicieuses, où j'admirais tant la phrase et le mot, vous avez été pour moi un exemple. Je vous retrouve Directeur et Vice-doyen de cette Faculté: l'art du bistouri a fait place au talent d'organisation. Le benjamin de votre Conseil pédagogique compte toujours sur l'encourageant accueil qu'il n'a pas encore, chez vous, trouvé en défaut.

*

* *

En pathologie médicale, mes maîtres ont été le regretté professeur Hervieux et le professeur Albert LeSage.

Peu d'entre vous n'ont connu Hervieux. Gros, trapu, l'œil noir et pétillant d'intelligence, il apportait dans ses idées une précision, et dans l'expression une facilité, une clarté qui rendaient ses cours fort attrayants. L'énergie qui complétait sa personnalité le désignait pour les postes d'avant; il y atteignait quand la mort est venue. En 1912, revenant d'Europe où il était allé chercher secours médical, se sentant irrémédiablement atteint et voyant sa fin prochaine, il ordonna lui-même, avant le départ du paquebot qui devait le rapatrier, l'achat de son cercueil. Son sens médical ne l'avait pas trahi: il s'y coucha pour le grand sommeil avant d'atteindre l'Amérique.

C'est depuis lors, messieurs, que le distingué professeur LeSage oriente l'enseignement médical de notre école vers un idéal qui s'imposait, et lorsqu'à l'automne de 1912 il fut appelé à remplacer Hervieux, voici ce que le professeur Latreille prédisait alors du nouveau titulaire :

“LeSage, dit-il, fera école dans cette maison, parce qu'il est de ceux qui ont compris que la médecine, en ce pays, ne devait pas éternellement ne servir qu'à nourrir l'homme qui l'exerce ou la vulgarise; que l'enseigner, au vrai sens du mot, voire même contribuer à l'enrichir, étaient des devoirs auxquels nous ne pouvions plus, aujourd'hui, déceimment nous soustraire. Maître, il saura, lui,

comme par le passé, donner l'exemple de l'effort, réveiller autour de lui les enthousiasmes et susciter ainsi la production scientifique."

Vous savez, messieurs, comment cette prédiction s'est réalisée; et déjà en 1919, lorsqu'en juillet, le professeur LeSage était appelé à siéger au Conseil de la Faculté de Médecine, le professeur Fortier écrivait :

"Tout ce que l'enseignement de la pathologie comporte de connaissances, d'érudition, de généralisations intéressantes et même d'applications philosophiques, LeSage l'apprend à ses élèves dans un cours méthodique, soigneusement préparé et dit avec une éloquence sincère."

Voilà ce que l'on disait de vous en haut lieu. Ce que vous avez été pour nous, qui regardions de moins haut, je le trouve exprimé, comme s'il avait été dit pour vous, dans un sentiment que Lemierre, en rappelant dans sa leçon d'inauguration à la chaire de bactériologie ce qu'il devait à son maître Widal, exprime :

"Vous avez été, dit-il, l'animateur des jeunes enthousiasmes, celui qui sait grouper autour de lui les bonnes volontés agissantes et leur indiquer leur voie suivant leurs aptitudes; en un mot, le patron, le vrai chef d'école."

Depuis plusieurs années déjà, vous présidiez à deux chaires importantes, et malgré les inquiétudes manifestées par vos amis et vos collègues, cette tâche ardue — qui vous laissait, du matin jusqu'à 3 heures de l'après-midi, juste assez de temps pour vous *gargariser* (le mot est de vous) — ne vous a pas empêché de porter, sans une ride, le front bien haut. L'idée qui vous animait, qui vous fortifiait, en confiance, vous l'avez maintes fois développée: elle vous justifiait, à mes yeux, d'un pareil surmenage.

En juin dernier, vous résignez votre chaire de pathologie médicale.

Le Conseil vous trouve un successeur. Je ne suis pas prêt à admettre qu'il vous remplacera; ce que je puis affirmer, c'est que l'œuvre édifiée ne sombrera pas. Le disciple empreint de vos idées continuera votre enseignement. Sans s'en douter, la Faculté lui adjoint des collaborateurs tous imbus de votre savoir, tous désireux de marcher dans les sentiers battus. Les docteurs De Guise, Pépin, Boucher, Legrand vous diront que le mot d'ordre est donné: nous sommes, ici, les représentants de votre école; des traditionnalistes qui sauront tout de même mettre à profit les progrès d'une science en constante évolution.

Quinze années se sont écoulées depuis votre leçon inaugurale !
Quinze années vous m'avez permis travailler à vos côtés !
Quinze années vous m'avez guidé de vos conseils, imprégné de votre savoir !

Quinze années je vous ai suivi pas à pas !

Quinze années, vous le répétez souvent, j'ai été votre doublure !

Aussi, ce n'est pas sans une certaine mélancolie que je vous vois quitter cette estrade où votre grand talent didactique cesse de se manifester.

Vers les salles de l'Hôpital Notre-Dame se dirigeront, pour vous entendre, vos élèves, vos étudiants et les générations de praticiens que vous avez formés. Vous m'y avez conservé ma place d'assistant. Vous ne sauriez croire comme je suis heureux de voir continuer cette collaboration intime de quinze années; de vous retrouver tous les matins, le premier rendu, pour enseigner et prodiguer; de me savoir toujours un peu de la famille.

Mon cher Maître, avec toute la déférence qui vous est due, j'ai tenu à vous rendre, ici, cet hommage: hommage d'admiration et d'attachement d'un élève, qui devenu chef à son tour ne cessera de prôner bien haut tout ce qu'il vous doit, c'est-à-dire le meilleur de lui-même.

*

* *

Messieurs les étudiants,

Au nom de mes collaborateurs et en mon nom personnel, qu'il me soit permis de vous souhaiter la plus cordiale des bienvenues.

Le programme de l'année, pour les cours de pathologie médicale, comporte une première série de leçons sur les maladies du sang; suivront les maladies de la nutrition, du poumon (Dr Pépin) de la plèvre (Dr Legrand), de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum (Dr Boucher), de l'intestin, du péritoine (Dr De Guise) et enfin du foie et du pancréas (Dr Léger).

Un peu à ma suggestion, une collaboration intime s'établit, cette année, avec le professeur d'anatomie pathologique. Cette innovation, qui consiste à marcher presque côte à côte les deux cours, est d'autant plus réalisable que l'enseignement des deux matières se fait en deux années et à des jours qui alternent: à 5 heures, le lundi, mercredi et vendredi, pour la pathologie médicale; à 5 heures, le mardi et jeudi, pour l'anatomie pathologique. Le professeur Pierre Masson, recon-

naissant pour l'étudiant le grand avantage d'une pareille entente, n'a pas hésité à modifier le cadre de son programme.

Le Conseil Médical voit d'un bon oeil ce parallélisme. Il semble que ce soit le premier pas vers l'uniformisation de l'enseignement médical à l'Université de Montréal; l'anatomie pathologique et la pathologie médicale peuvent, certes, servir de pivot à la réalisation d'un tel projet. L'étudiant, qui bénéficiera du nouveau régime, ne devra pas considérer l'examen comme une simple formalité: tout à l'avantage de ceux qui auront bien voulu travailler, nous croyons à la sévérité et à l'impartialité de l'épreuve finale, où il sera moins tenu compte de la mémoire que du jugement, que de la compréhension.

Je puis vous dire, sans grave indiscretion, qu'un autre projet est actuellement à l'étude, en vue d'admettre aux cours réguliers les médecins praticiens. Avec la permission du Conseil, bien entendu, tous les mois l'*Union Médicale* publierait le programme des cours. En même temps, une invitation serait faite aux praticiens qui voudraient bien s'inscrire. En principe le projet est admissible; des objections d'ordre disciplinaire en empêchent pour le moment la réalisation.

Les cours théoriques sont à la base de tout perfectionnement des sciences de laboratoires et des sciences cliniques. L'assistance du médecin à ces cours comporterait et pour le médecin et pour le malade un avantage incontestable.

Devant la vague croissante de littérature médicale, véritable pléthore, les praticiens se sentent débordés. Il appartient au professeur de soustraire les matières nuisibles, de sélectionner, de coordonner, de faire l'inventaire, la synthèse, de l'enseignement médical moderne, en indiquant les faits acquis, mais aussi "les imperfections et les lacunes de nos connaissances" (Roger).

Inévitablement, dans l'ordre médical surtout, les années démolissent le meilleur savoir et, à moins d'une volonté bien arrêtée d'ajouter à l'acquis, l'acquis lui-même se perd; insidieusement, la routine s'installe et finit par niveler les plus vaillants. J'ai bien l'impression que là réside une des causes du charlatanisme. Un praticien mieux averti, par "ce renouvellement périodique d'instruction médicale" (Widal), plus au courant des méthodes nouvelles d'investigation et de traitement, me paraît l'arme par excellence contre ces parasites, ces illuminés qui s'entourent du mystère au seul profit de leur gousset.

Mais les professeurs ne peuvent-ils pas, eux aussi, par des rapports plus intimes, acquérir davantage au profit de ceux qu'ils sont chargés de former. L'assistance des professeurs aux divers cours de leurs collègues me paraît un autre excellent moyen vers l'unité de l'enseignement.

Autant qu'il sera possible, j'ai l'intention d'assister aux cours qui seront donnés par mes collaborateurs et nullement, je tiens à les en avertir, avec l'esprit critique, mais bien plutôt avec l'idée d'y acquérir beaucoup et, à moins que le professeur Masson ne le veuille, j'ai résolu, pour mon plus grand profit, d'assister également à ses magistrales leçons.

S'il était possible d'ainsi grouper professeurs, assistants, médecins praticiens, étudiants, nous formerions la grande et véritable famille universitaire "où dans une atmosphère de camaraderie nous raffermirions les liens de la confraternité médicale" (Widal).

*
* * *

Mais édifier le bagage scientifique de l'étudiant est pour le professeur un premier devoir. La formation morale, la conscience professionnelle, qui va s'en charger, sinon l'Université par son personnel enseignant? Aussi doit-il y contribuer par la parole et l'exemple. Vous me pardonnerez bien, si j'en parle encore, mais indiscutablement le niveau moral de la profession médicale est en baisse; en baisse, sous prétexte de bien-être matériel, bien-être que l'on jalouse aux aînés et que l'on voudrait réaliser sans comme eux avoir peiné; que l'on voudrait réaliser, dis-je, en se débarrassant de toute servitude.

Commencer au bas de l'échelle, atteindre péniblement le sommet, formule démodée pour quelques-uns. En mal de succès immédiat, les méthodes abusives de traitement et la pratique presque illégale sous forme de dichotomie, d'intérêts dans les compagnies de médecines brevetées, de séances d'agents physiques inutiles ou mal à propos, supplantent, petit à petit, l'effort honnête, modeste et soutenu qui seul aboutit au véritable succès.

Certes, ce succès ne comporte pas la fortune. L'étudiant qui s'oriente vers la médecine avec l'idée d'atteindre la richesse fait mieux de rebrousser le chemin parcouru; d'autres routes y atteignent plus sûrement. L'exercice de la médecine, tout en faisant honorablement

vivre son homme, donne d'autres compensations que tout homme de cœur sait apprécier.

"Le médecin, dit Bordet aux journées médicales de juillet 1926, se sent grandi par la science qu'il représente, il l'aime profondément. Il n'entend pas faire vœux de pauvreté, mais il appréciera toujours comme sa véritable richesse le souvenir des tâches bien accomplies."

Le maréchal Lyautey, qui honorait de sa présence ces journées médicales, disait que "l'attitude du médecin penché sur la poitrine du patient ne doit pas seulement apparaître comme un geste voulu par la technique: elle revêt à mes yeux la beauté d'un symbole".

Ces sentiments si bien exprimés doivent vous faire comprendre la grandeur de votre mission. Une profession qui est l'objet d'une telle vénération revêt d'un sacerdoce celui qui l'exerce; elle l'élève au-dessus des profanations.

Mais n'étant pas moraliste de carrière, il ne me sied pas de m'attarder sur ces considérations d'ordre véritablement moral. Et pour mot de la fin, permettez que j'emprunte au professeur Vidal un sentiment qui peint bien la sublimité de la profession qui sera la vôtre. "Puissiez-vous, dit-il en s'adressant à des collègues, au sortir de ce rendez-vous accepter avec enthousiasme les servitudes d'une profession qui comporte tant de grandeur; qui nous fait vivre dans un idéal de bienfaisance et de progrès scientifiques et nous met, chaque jour, en mains des armes plus solides pour triompher de la souffrance et de la mort."

MEMOIRE

L'OSTEO-SYNTHESE METALLIQUE TEMPORAIRE

Par le Docteur O. F. MERCIER,

*Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Montréal,
Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame.*

Actuellement, il semble que dans tous les pays, l'ostéo-synthèse à matériel perdu soit en défaveur. Nous connaissons la vogue universelle que cette méthode avait acquise, surtout, depuis l'apparition des plaques de Lane. Plusieurs chirurgiens, ne voulant plus se contenter de bons résultats fonctionnels, recherchèrent dans tous les cas, des restaurations anatomiques parfaites. Ils généralisèrent alors l'emploi de l'ostéo-synthèse au traitement de toutes les fractures. Ces excès ne tardèrent pas à entraîner des désastres. Ceux-ci eurent pour origine l'inexpérience d'un grand nombre et la sensibilité toute particulière du tissu osseux à l'infection. Cependant, ces abus, les difficultés de technique et d'asepsie, ne furent pas les seuls facteurs qui diminuèrent la vogue de l'ostéo-synthèse. On s'aperçut, dès qu'on put revoir des malades opérés depuis longtemps, que l'ostéo-synthèse à matériel perdu présentait d'autres inconvénients non moins graves.

Les agents de prothèse, par leur présence, produisirent souvent de l'ostéite, sous l'effet d'une infection endogène du cal. Ces foyers d'ostéite, sous l'effet d'une infection endogène (focal infection), dont les Américains ont mis en relief l'importance, furent parfois le siège de graves suppurations, immédiates ou retardées. Ces lésions d'ostéite hypertrophiante, ces exubérances du cal, l'infection qui peut s'y ajouter, en plus d'occasionner des troubles souvent graves, rendent parfois très difficiles les opérations nécessaires à l'enlèvement du matériel de prothèse.

L'an dernier, j'avais à opérer un client traité sept ans auparavant pour une fracture de jambe, fracture oblique, à grand déplacement. Les fragments, après réduction à ciel ouvert, avaient été maintenus par un appareil consistant en trois plaques d'aluminium encerclées de quatre fils d'argent. Il avait été imaginé par mon excellent ami le Professeur St-Jacques et avait été mis en place par lui-même avec mon assistance. Dans le cours de l'hiver 1924, sans cause bien déterminée, le siège de cette ancienne fracture devint douloureux et le malade se mit à faire des températures vespérales élevées. Appelé en consultation par son médecin, je diagnostiquai l'existence d'une

ostéite suppurée localisée au niveau de la prothèse métallique. Il faut remarquer que pendant près de sept ans, cet appareil avait été supporté sans la moindre réaction inflammatoire et sans la moindre douleur. Je conseillai d'enlever les agents de prothèse, de cureter l'os infecté et de compléter par un drainage en surface. Pour confirmer mon diagnostic, je demandai que l'examen au rayon X fût fait. La radiographie nous fit voir les fils d'argent qui s'étaient rompus en plusieurs endroits. Mais en raison de la grande perméabilité de l'aluminium aux Rayons X, les plaques de prothèse ne donnèrent aucune impression sur le film. L'opération fut acceptée par le client. Je trouvai les fils rompus et incrustés de tissus osseux de nouvelle formation. Les plaques d'aluminium, à moitié détruites, étaient de même recouvertes par le cal osseux dont la consistance très dure et éburnée en rendit difficile la démolition. Le tibia lui-même était rongé à ce niveau par de l'ostéite raréfiante et par la suppuration. Les fils et deux des plaques furent enlevés, mais la troisième plaque fut laissée en place. Après quelques semaines de traitement, une nouvelle poussée inflammatoire surgit et je conseillai une deuxième tentative pour enlever à tout prix cette plaque. Cette opération fut excessivement laborieuse, mais produisit une guérison complète qui se maintient depuis.

Je me rappelle un des premiers cas que j'ai traités par la mise en place d'une plaque de Lane. C'était au début de cette méthode. Il s'agissait d'une jeune fille qui s'était fracturée la jambe gauche, fracture oblique simple avec déplacement irréductible. La guérison chirurgicale eut lieu par première intention. Cependant, quelques semaines après son retour chez elle, des phénomènes inflammatoires surgirent. Je la ramenai à l'hôpital. La plaque fut enlevée sans aucune difficulté, mais des points d'ostéite s'étaient formés autour des vis. Ce n'est qu'après de nombreuses interventions que la guérison fut réalisée définitivement, mais après deux ans d'inquiétude et de souffrances.

L'hiver dernier, lors de mon retour de Paris, je trouvais dans mon service un jeune homme dont la fracture du fémur droit (fracture fermée) avait été traitée par des bandes de Parham, encerclant des plaques de Putti. La plaie chirurgicale était en pleine suppuration. Son état précaire interdisait toute opération sérieuse. Des incisions et une désinfection prolongée de la plaie me permirent de remonter son état général, et après quelques semaines, il me fut possible de lui enlever cet appareil sous anesthésie générale. Ce

n'est qu'après plusieurs mois de traitement que la consolidation définitive fut obtenue; le résultat de cet accident sera malgré tout déplorable. Ce membre, en effet, dont l'articulation du genou est pratiquement perdue, ne retrouvera plus sa souplesse et sa force.

Je pourrais vous citer plusieurs autres exemples de ces accidents. D'ailleurs je ne doute pas que la plupart des chirurgiens puissent en faire autant.

C'est par crainte de ces accidents immédiats ou retardés, qu'un grand nombre de chirurgiens enlèvent systématiquement les agents de prothèse quelques semaines après leur mise en place.

Si l'ostéo-synthèse à matériel perdu peut donner lieu à de tels désastres lorsqu'il s'agit de fracture simple fermée, que doit-on penser de son emploi dans les fractures ouvertes dont l'asepsie du foyer est si problématique? Les longues discussions que ce sujet a soulevées l'an dernier à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, sont un des meilleurs arguments pouvant en faire comprendre les dangers.

Est-ce à dire que la méthode doit être systématiquement rejetée et qu'il va falloir de nouveau se contenter de bons résultats fonctionnels et ne plus rechercher le résultat anatomique parfait? Je ne le crois pas. L'ostéo-synthèse métallique comme traitement des fractures est la seule méthode qui puisse dans un grand nombre de cas assurer une consolidation satisfaisante des fragments, non seulement au point de vue anatomique mais même au point de vue fonctionnel. Je crois cependant que l'ostéo-synthèse temporaire est appelée à remplacer totalement et sous toutes ses formes l'ostéo-synthèse permanente.

Les griffes et la pointe de Malgaigne sont peut-être les premières tentatives qui furent faites dans cette direction. Plus tard, Rigaud, de Strasbourg, imagina la première fixation par vissage temporaire, et Béranger-Féraud en parle dans son traité: "De l'immobilisation directe dans les fractures". (Paris 1870.) Parkill a décrit un appareil basé sur le même principe et enfin, Lambotte d'Anvers, dans son ouvrage intitulé: "Chirurgie opératoire des fractures", nous décrit un instrument qu'il appelle "fixateur" et qu'il utilise depuis 1902. Ce n'est qu'en 1924, après avoir vu à Paris mon excellent ami le professeur Ombrédanne employer chez les enfants le petit fixateur qu'il présenta en 1924 au Congrès d'Orthopédie de Milan, et qui est une simplification de l'appareil de Charlier de Lyon, que je commençai à mettre cette méthode en pratique. J'apportai même de Paris cet appareil complet, et c'est avec lui que je fis mes deux premières

expériences sur adultes, en employant quatre vis fixatrices au lieu de deux. En effet, si, chez les enfants, deux vis peuvent suffire pour donner la solidité voulue, nécessaire à maintenir les fragments en place, j'avais réalisé, avant même ma première expérience, que pour l'adulte l'emploi de quatre vis était absolument indispensable. J'en avait d'ailleurs causé avec Ombrédanne lui-même qui approuvait entièrement ma manière de voir.

J'employai donc l'appareil Ombrédanne pour mes deux premiers cas, mais je compris tout de suite que les quatre vis se trouvaient ainsi trop rapprochées les unes des autres. L'appareil d'ailleurs, ainsi modifié, est excessivement difficile à mettre en place. La tringle métallique trop courte fait que les deux vis centrales se trouvent trop rapprochées de la ligne de fracture. J'ai cru m'apercevoir que ces tiges implantées trop près du foyer où la consolidation devra s'opérer en retardent son processus et exposent à l'écllosion d'ostéite difficile à guérir. L'espace laissé libre entre chacune des quatre vis étant trop petit, il devient très difficile de rapprocher exactement et de suturer les lèvres de la plaie et la mise en place du pansement est aussi de ce fait rendue très difficile.

C'est après ces constatations que je pensai à apporter certaines modifications à cet appareil, sa tringle métallique d'union et sa forme me parurent idéales comme poids et rigidité. C'est elle que j'adoptai, un peu plus longue mais ni plus volumineuse ni plus forte. J'avais été profondément impressionné par la légèreté et le petit volume de cet appareil, et je dois avouer que l'emploi de l'appareil de Lambotte ne m'avais jamais souri à cause de son volume. La tringle d'union de l'appareil d'Ombrédanne, fabriquée avec de l'acier doux, nickelé, est suffisamment rigide pour résister à toute flexion forcée. Sa résistance d'ailleurs est augmenté par les huit écrous des quatre vis que j'emploie et qui viennent la serrer entre eux à chacune de leurs paires. Après quelques tâtonnements, j'en suis arrivé à adopter, pour les grands os longs, une longueur de $15\frac{1}{2}$ centimètres, longueur qui me paraît suffisante pour couvrir toutes les indications de la méthode, employée soit pour les fractures de jambe ou les fractures de cuisse.

J'ai remplacé les vis de l'appareil Ombrédanne par de longues simples vis à bois de $\frac{1}{2}$ centimètre de diamètre et de 10 cent. de longueur pour mon grand modèle, de 8 cent. pour mon modèle moyen et de 6 cent. pour mon petit modèle, et je les ai modifiées de la façon suivante.

La pointe de la vis, sur une longueur d'environ un centimètre, est laissée intacte et conserve par conséquent son filet régulier auquel j'attache une grande importance. A partir de ce point, ce filet est entièrement enlevé jusqu'au cylindre même de la vis en remontant jusqu'à la partie supérieure lisse, laquelle est filetée pour recevoir deux écrous semblables. La tête de la vis est enlevée et son bout supérieur est équerri sur une longueur de $\frac{1}{2}$ centimètre de façon à pouvoir y adapter une clef spéciale qui servira à la visser.

Une clef s'adaptant à l'extrémité supérieure ci-haut décrite de la vis, et deux clefs anglaises devant servir à serrer à bloc les écrous, viennent compléter l'appareil. J'en ai fait fabriquer trois formats différents. Les deux plus grands comportent quatre vis chacun et

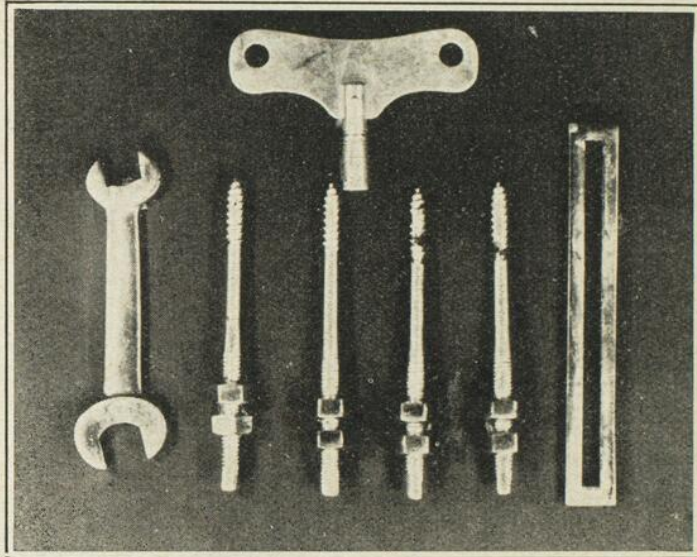


Fig. I. — Instrumentation de l'appareil de Mercier.

pour le plus petit, dont la tringle est en tout point semblable à celle de l'appareil Ombrédanne, je n'emploie que deux vis. L'appareil complet d'ailleurs est actuellement fabriqué en Amérique par la maison V. Mueller & Co. de Chicago.

Les planches suivantes illustreront mieux la forme de cet appareil qu'aucune description que je pourrais en faire.

Une technique particulière et un traitement spécial post-opératoire sont absolument indispensables pour obtenir de ce petit appareil les excellents résultats qu'il m'a donnés dans les quelque seize différents cas de fractures de toutes sortes pour lesquelles je l'ai employé.

Le plus grand nombre de ces cas furent des fractures de jambes, mais je l'ai utilisé dans deux cas de fractures de l'avant-bras, deux cas de fractures de l'humérus, deux cas de fractures du fémur et un cas de fracture de la clavicule. Dans un seul cas, un cas de fracture du fémur, une infection assez sérieuse est venue compliquer mon opération. Cependant même dans ce cas, grâce à une désinfection énergique et un large drainage, la consolidation s'est opérée quand même avec un cal plus volumineux mais solide, et je n'ai eu aucun symptôme au cours de cette infection de développement d'ostéomyélite. Tous mes autres cas ont guéri normalement sans infection, par conséquent sans suppuration.

La technique opératoire est pour ainsi dire la même, quel que soit l'os fracturé dont on ait à fixer les fragments. Cependant je

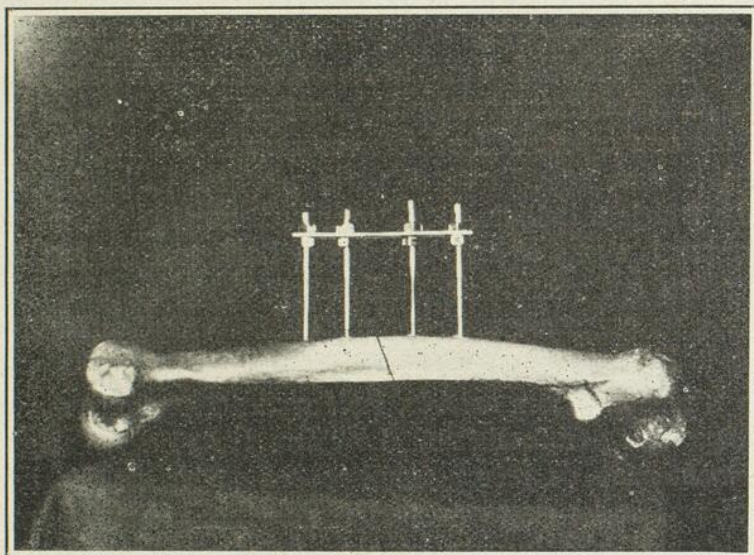


Fig. 2. — Appareil en place.

crois qu'il est préférable pour en bien comprendre les différents temps, de prendre comme type la fracture de jambe qui d'ailleurs est la plus fréquente.

Qu'il s'agisse de fracture simple ou ouverte, peu importe. La méthode trouve son indication peut-être avec plus de raison s'il s'agit d'une fracture exposée que d'une simple, mais alors il faut, autant que possible, agir avant que le foyer soit infecté ou tout au moins après l'avoir désinfecté le plus minutieusement possible. A deux reprises, j'ai eu l'occasion de traiter de la sorte des fractures de

jambes exposées et le résultat obtenu n'a pas différé de celui qui me fut fourni par des cas de fracture simple non exposée.

Un des grands avantages qu'offre, suivant mon expérience, mon petit appareil, à part sa légèreté et la petitesse de son volume, c'est sa grande facilité de mise en place et d'ajustage.

Le siège de la fracture étant bien localisé, et par les Rayons X et par une palpation minutieuse, une longue incision rectiligne dont le centre doit correspondre au centre du foyer de la fracture, qu'elle soit oblique ou transversale, est pratiquée sur la peau recouvrant la face antérieure du tibia. Cette incision doit avoir environ deux centimètres de plus que la tringle métallique et devra être pratiquée un peu en dedans de la crête du tibia. Les tissus mous étant alors écartés, en évitant cependant autant que possible de détacher le périoste, les fragments sont exactement juxtaposés et maintenus en place, soit par un des clamps de Lane ou soit une des pinces fixatrices de Lambotte. S'il s'agit d'une fracture ancienne mal consolidée, ou en voie de consolidation vicieuse, le cal en formation, devra être minutieusement enlevé et les bouts des fragments nettoyés de toute substance osseuse nouvelle ou de toute substance fibreuse ou étrangère. La tringle métallique est alors appuyée sur le tibia, maintenue en place par le clamp et par les mains de l'assistant, pour guider les quatre points qui seront poinçonnés, soit à l'aide d'une mèche plus petite ou d'un poinçon quelconque pour pouvoir repérer les endroits de la sorte bien placés où viendront s'implanter les quatre vis.

La tringle est alors enlevée, les fragments toujours maintenus en juxtaposition par l'assistant. Le chirurgien alors à l'aide d'une mèche américaine de même diamètre que l'âme des vis choisies d'avance, perfore les quatre points poinçonnés et pénètre, à l'aide de la clef ci-haut décrite, jusqu'au canal médullaire, qui ne doit pas être dépassé. Une première vis munie de son premier écrou est alors mise en place et vissée dans le trou préalablement percé.

Les trois autres vis, munies elles aussi de leur premier écrou, ne sont qu'amorcées dans l'os et dans les trous prêts à les recevoir. La tringle est alors placée et embrasse, par-dessus les écrous inférieurs, les quatre vis. Par dessus la tringle, chaque vis reçoit son deuxième écrou. Les trois dernières tiges sont alors vissées fortement dans l'os, pendant que l'assistant maintient solidement la tringle métallique qui les empêchera de dévier. Les écrous inférieurs sont alors placés à hauteur égale, en les tournant suivant indication dans un sens ou dans l'autre, et les écrous supérieurs sont descendus sur la tringle

et serrés à bloc à l'aide de la clef anglaise, en ayant soin pour ce faire de maintenir en place les écrous inférieurs. Le clamp est enlevé et il sera facile alors au chirurgien de constater la solidité de cette fixation des fragments ainsi obtenus, car il pourra sans crainte, en se servant de l'appareil comme d'une poignée, élever la jambe et le pied, et les manœuvrer en tous sens.

Le filet de la vis à bois, qui seul s'incrute dans l'os perforé, étant très étroit et profond, mord dans la substance osseuse profondément, mais il est le seul à exercer sur cette substance une pression qui serait probablement nuisible et de nature à faire développer de l'ostéite raréfiante, si cette pression était exercée par l'âme de la vis en plus de ses filets. C'est une particularité de mon appareil à laquelle je donne une grande importance. Il est un autre avantage qu'il offre, c'est la possibilité de pouvoir redresser facilement les fragments, de les élever ou de les abaisser l'un contre l'autre en remontant ou en abaissant alternativement les écrous, à l'aide de la clef anglaise.

Une hémostase parfaite, une aseptie complète et le rapprochement des lèvres de la plaie par des points séparés au crin de Florence, viennent terminer l'opération. Il est de haute importance que les lèvres de l'incision rapprochées par ces points viennent bien hermétiquement entourer les tiges fixatrices. Il est généralement nécessaire pour obtenir ce bon rapprochement de mettre deux points entre chaque tige.

J'attache aussi beaucoup d'importance au premier pansement et au traitement post-opératoire. Après avoir badigeonné la ligne d'incision ainsi suturée avec la teinture d'iode que je laisse sécher, je la couvre d'une petite couche de poudre de Vincent. Je passe alors entre les vis, sous la tringle, de petites bandes de gaze simple stérilisée que je recouvre de compresses stérilisées, et je fixe le tout par un bandage de gaze que j'ai garde de trop serrer. Prenant toujours comme type de description de ma technique la fracture de jambe, j'emploie comme appareillage, que je laisse en place pendant les premiers quinze jours, la gouttière en bois de Vaulkman avec bandages circulaires et planchette latérale. A moins d'indications particulières, élévation de température, douleur et gonflement, accidents que je n'ai d'ailleurs pas encore rencontrés, je laisse cet appareil en place sans toucher au pansement pendant quinze à vingt jours. Chose particulièrement intéressante, non seulement l'appareil d'ostéosynthèse est facilement supporté sans créer la moindre douleur ni la

moindre inflammation, mais les chocs extérieurs qu'il pourrait recevoir ne réveillent aucune sensibilité. Dans aucun cas il ne fut pour mes blessés une chose encombrante ou nuisible dont il m'a ou aurait pu me demander de le débarrasser. Dernièrement même, j'avais dans mon service une petite fillette d'une dizaine d'années, qui m'avait été confiée pour une fracture de jambe très vicieusement consolidée depuis quatre mois. Après avoir défait à l'aide de la scie Albee un cal osseux, volumineux et très dur, et avoir remis en place exactement juxtaposée l'extrémité des fragments, j'avais employé mon appareil pour les maintenir en position normale. Cette enfant est complètement guérie (sans aucun raccourcissement, avec jambe parfaitement droite), et au cours de sa consolidation, je prenais plaisir à montrer à mon élèves l'absence de toute douleur ou de toute sensibilité qu'auraient pu déterminer des chocs esur l'appareil, je prenais plaisir à me servir de ce dernier comme d'une poignée pour lever membre et appareillage, et ce, sans que l'opérée manifestât la moindre sensation de douleur.

Je laisse ce premier appareil en place pendant 15 à 20 jours, après lesquels je l'enlève pour le remplacer par une demi-gouttière plâtrée, de préférence la gouttière de Hergott. Ce n'est que le lendemain, quand l'appareil plâtré est complètement durci, que je dévisse et enlève mon appareil fixateur métallique. J'enlève en même temps les points au crin de Florence et j'applique sur les quatre petits trous qui restent dans les chairs, après avoir nettoyé le champ opératoire à l'aide d'une compresse imbibée d'éther, un pansement sec ordinaire que je fais précéder d'une couche de teinture d'iode sur lesquelles je saupoudre de la poudre de Vincent.

Les fragments, au bout de ces 15 à 20 jours, ne sont pas, bien entendu, définitivement consolidés, mais le tissu fibreux qui s'est formé dans l'intervalle est déjà suffisant pour les empêcher de chevaucher et l'appareil plâtré suffit pour empêcher l'axe du membre de se dévier. Il ne reste donc plus alors qu'à attendre que le temps nécessaire à la consolidation soit terminé, pour enlever, comme s'il s'agissait de toute autre fracture traitée sans ostéo-synthèse, l'appareil plâtré en temps voulu.

Pour le traitement des fractures du bras et de l'avant-bras, je termine mon opération d'ostéo-synthèse par la mise en place d'une gouttière plâtrée. S'il s'agit d'une fracture de la clavicule, j'immobilise le bras et l'épaule, soit avec l'écharpe de Mayo, soit avec des bandelettes de Diachylon (appareil de Sayre) ou de simples bandages

de coton roulé. La fracture du fémur comporte aussi un appareillage. Jusqu'à maintenant, j'ai employé l'appareil à extension de Tillaux, et ce à ma grande satisfaction.

Dans tous les cas, en principe, l'ostéo-synthèse métallique n'est que temporaire et devrait être enlevé, suivant l'âge du blessé et suivant l'os fracturé, 15 à 25 jours après sa mise en place, mais toujours l'immobilisation qu'il peut donner doit être complétée par un appareillage ad hoc, appareillage qui pourra être remplacé au besoin, mais nécessaire jusqu'à consolidation complète des fragments de la fracture, et ce, comme s'il s'agissait d'une fracture traitée par l'appareillage sans ostéo-synthèse.

AVION-AUTOMOBILE SANITAIRE

Par *PIERRE DELCOURT*,
à Vertus (Marne).

Sesquiplan de grande surface, bimoteur à deux fuselages et incapotable. L'avion transporte entre ses plans une voiture légère d'ambulance, afin d'éviter le transbordement des blessés ou malades.

Les blessés, sur leur brancard, sont placés dans la voiture sur les lieux de l'accident ou champ de bataille, pour rejoindre rapidement l'hôpital choisi, qui doit les opérer, sans s'inquiéter de la distance, avec le maximum de confort et de souplesse.

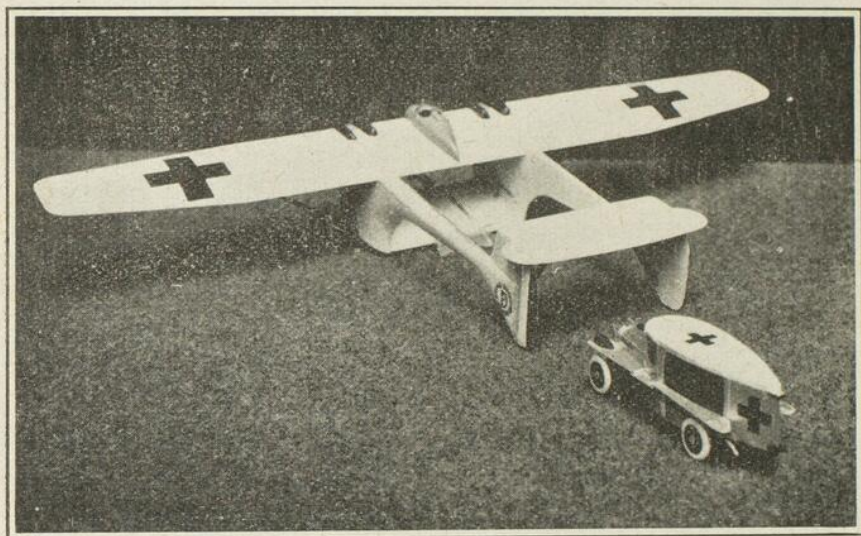


Fig. I.

La voiture carrossée en conduite intérieure profilée, avec ses garde-boue horizontaux, réduit la résistance à l'avancement, ainsi que les volets qui cachent son radiateur évitent l'air d'y entrer. Les brancards y sont placés sur des glissières superposées accessibles par l'arrière.

Cet appareil peut aller secourir les blessés dans les pays accidentés et éloignés (telles que Colonies) où un avion sanitaire ordinaire ne saurait se poser.

L'aviateur cherche un terrain pour s'y poser le plus près de l'accident, de cet endroit il devient chauffeur et quitte l'avion, dans

l'auto en marche arrière, en passant sous le stabilisateur, qui est surélevé, ce qui lui donne un meilleur rendement puisqu'il travaille au-dessus des remous formés par l'aile. Il est accompagné d'un

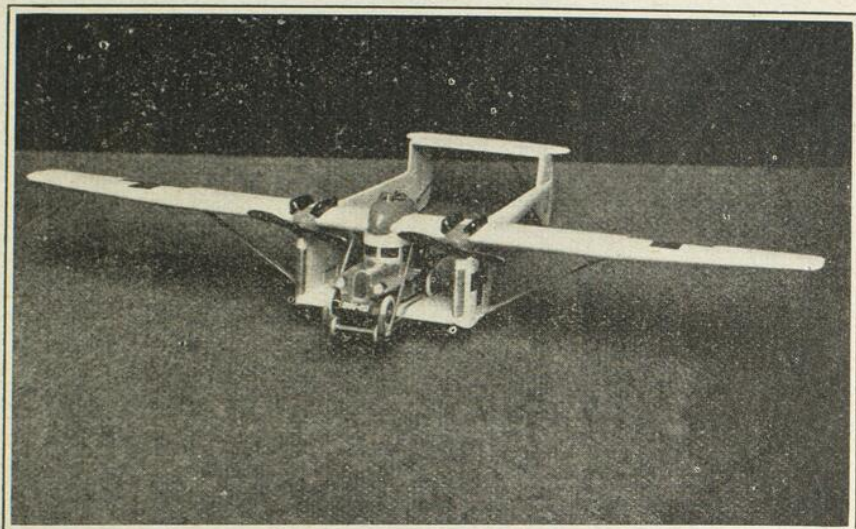


Fig. II.

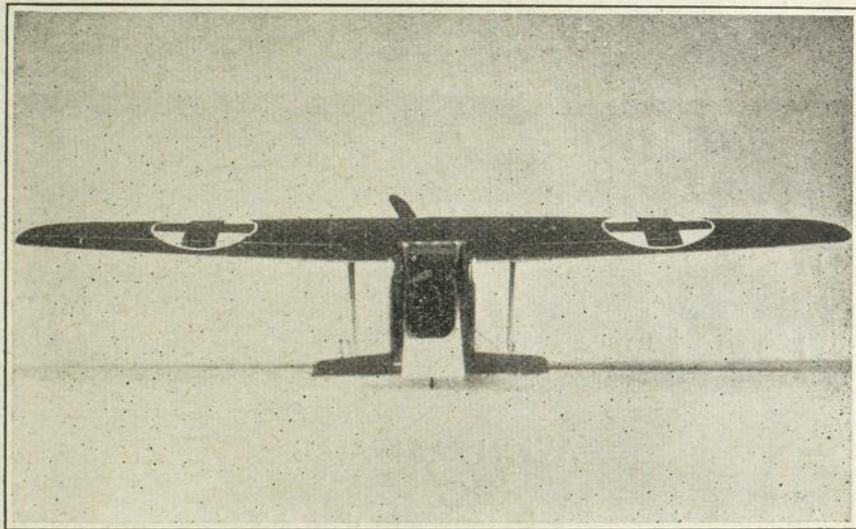


Fig. III.

médecin avec son matériel de première nécessité. En revenant elle passe sous la queue cette fois en marche avant et prend sa place en roulant sur le plan inférieur guidée par les gorges qui y sont creusées.

La voiture est bloquée par des crampons suivant son chargement. Le pilot n'a plus qu'à reprendre sa place au poste de pilotage placé plan le plan inférieur et décoller.

L'avion est rendu incapotable par les patins avant, son train d'atterrissage peut s'escamoter pour abaisser l'appareil et permettre à la voiture de monter sur le plan inférieur, à plat dans les terrains détremés où ses roues patineraient.

Il peut être équipé pour d'autres usages suivant son aménagement intérieur.

La voiture se trouve au centre de gravité, de sorte que l'avion peut voler aussi bien sans elle. Les réservoirs sont dissimulés dans l'aile supérieure. En cas de panne de l'avion, l'auto part seule et termine sa mission.

*
* *

A première vue cet appareil paraît lourdement chargé; il ne l'est pas plus qu'un avion de bombardement ou de transport. Nombreux sont ceux en service de même puissance avec charge utile supérieure.

<i>Caractéristiques :</i>	Quatre hommes.	280 Kgs
	Une voiture légère	700 "
	Essence	350 "
	Surface	90 m ²
	Deux moteurs de	250 CV.
	Poids total par m ²	40 Kgs environ

Le poids de la voiture peut être abaissé à 400 kgs environ, par l'emploi d'une voiture légère à trois roues, avec moteur à refroidissement par air. La roue avant est directrice et motrice pour faciliter la marche dans les champs.

AVION SANITAIRE

Appareil léger pour le transport d'un blessé accompagné du médecin; de puissance moyenne (120 à 150 CV. environ) avec grande facilité de transbordement.

Cet appareil est monoplan bien profilé, à aile épaisse, de forme trapézoïdale, les ailerons sont peu profonds et très longs. Le train

d'atterrissage à large voie est du type sans essieu, ses jambes de force sont reliées à l'aile.

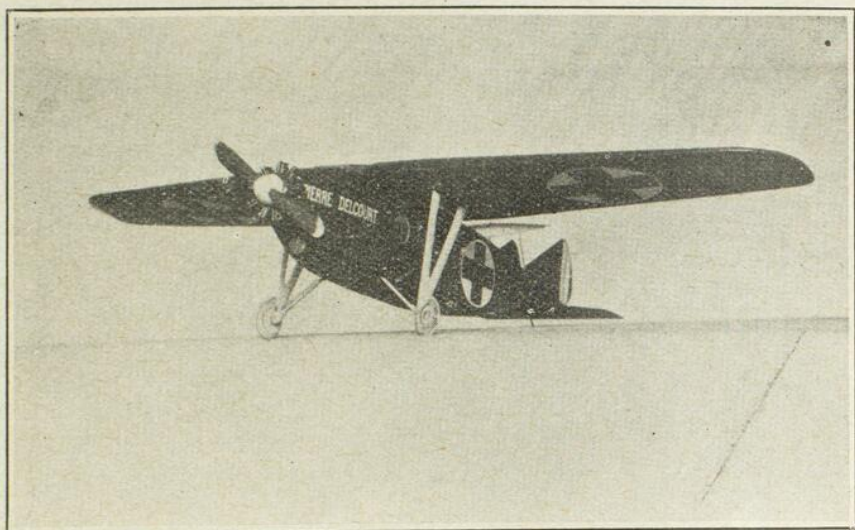


Fig. IV.

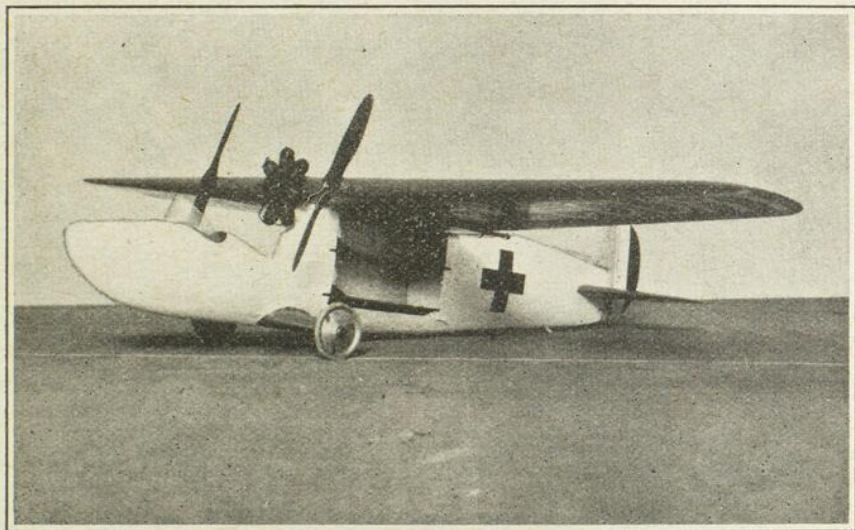


Fig. V.

Le pilote est placé derrière le moteur en avant de la cabine, il est surélevé, sa tête est à la hauteur de l'aile, ce qui lui donne une bonne visibilité. Les réservoirs sont dissimulés dans l'épaisseur

de l'aile de chaque côté du fuselage, ils sont larguables en cas d'incendie en vol.

Le fuselage se termine par deux plans de dérive, suivi de deux gouvernails de direction, pour laisser le passage entre eux et du stabilisateur horizontal.

Le transbordement des blessés peut être effectué rapidement, sans heurts, plus simplement que dans une voiture d'ambulance. Les personnes qui portent le brancard pénètrent de plein pied dans la cabine par l'arrière du fuselage, sans escalier et sans faire d'acrobaties, par une trappe qui est relevée. Il n'y a pas de diagonales en travers du fuselage, la rigidité lui est assurée par des cercles ovales qui laissent ce couloir libre.

Arrivé dans la cabine le brancard métallique (système Médecin-Inspecteur Rouvillois) est posé sur ses supports qui sont surélevés du plancher, sur le côté droit. A ses extrémités il y a largement la place pour un homme et sur la gauche de quoi relever le siège du médecin qui était replié sur le côté. Dans le fond à gauche il y a une table avec un coffre en dessous, à droite une porte qui donne accès à l'escalier qui communique au poste de pilotage. Au plafond, au-dessus du brancard, il existe des attaches pour en suspendre un second au besoin. La cabine peut être fermée hermétiquement et chauffée. Le médecin a toutes ses aises et peut refaire un pansement, il peut aussi communiquer avec le pilote. De chaque côté il y a deux ouvertures vitrées.

L'appareil est principalement caractérisé par la forme de son fuselage et l'aménagement de sa cabine. Ce modèle de fuselage pourrait équiper une cellule biplane ou manoplane haubannée d'un type courant.

Les ailerons sont conjugués avec le gouvernail de profondeur par un différentiel, afin de décoller plus rapidement et de freiner à l'atterrissage.

Résumé.—Avion léger, de faible consommation, pouvant se poser sur un petit terrain, cabine confortable et chaude, risques d'incendie réduits, facilité de pilotage et de transbordement rapide, médecin peut assister le blessé à tout moment.

DIAGNOSTIC CLINIQUE DU CHANCRE SYPHILITIQUE GÉNITAL CHEZ L'HOMME

Par les Docteurs

GUSTAVE ARCHAMBAULT et ALBERIC MARIN

Il n'est peut-être pas inutile d'insister après tant d'autres sur l'importance capitale du diagnostic précoce du chancre syphilitique. Attendre l'apparition de la roséole et des autres accidents secondaires avant d'instituer le traitement, c'est exposer pendant plusieurs semaines l'entourage du malade à des contaminations multiples, c'est aussi permettre aux tréponèmes de se répandre dans tout l'organisme d'où il sera des plus difficiles sinon impossible de les déloger plus tard. Commercer au contraire le traitement au début de l'infection, dans les premiers jours qui suivent l'apparition du chancre, avant même que la séro-réaction de Bordet-Wassermann ne soit devenue positive, c'est écourter de beaucoup la période de contagion en même temps que rendre possible une guérison rapide et définitive du malade.

Habituellement l'accident primitif s'individualise assez nettement. Les signes cliniques qu'il présente en indiquent la nature. Nous les esquisserons plus loin. Mais nous désirons tout de suite souligner le fait que trop souvent ils ne peuvent à eux seuls élucider l'énigme: syphilis ou ulcération banale. Nous devons alors recourir au laboratoire, à l'*ultramicroscope* qui, en montrant la présence du tréponème, donnera une réponse immédiate et sans réplique. L'usage de ce procédé de laboratoire n'est malheureusement pas encore passé dans la pratique courante du médecin, malgré la facilité de sa technique et les services immenses qu'on en peut tirer. Il est indispensable d'y recourir dans tous les cas d'ulcérations douteuses dont on ne peut cliniquement préciser la nature. Le praticien, s'il n'est pas lui-même rompu au maniement de l'*ultramicroscope*, n'a pas le droit de perdre un temps précieux en tâtonnements stériles. Il doit diriger son malade le plus tôt possible à un laboratoire où l'on pourra faire la recherche des tréponèmes. C'est prendre une très lourde responsabilité que de ne pas suivre rigoureusement cette ligne de conduite.

Néanmoins à côté de ces ulcérations suspectes, à diagnostic délicat, où l'aide du laboratoire est indispensable, il en est une quantité d'autres où l'examen clinique seul peut très bien donner une réponse précise. Il importe d'ailleurs que le praticien, éloigné des laboratoires et des grands centres, puisse reconnaître cliniquement le

chancre syphilitique dont nous allons maintenant étudier les caractères particuliers.

Signes cliniques

1. Période d'incubation de trois semaines :

Rappelons tout d'abord que le chancre syphilitique apparaît en moyenne de 15 à 25 jours après la contamination. Cette période d'incubation qui n'est jamais plus courte que 15 jours peut cependant être plus longue, 30, 40, 50 jours dans des cas rares. Elle est bien différente de celle du chancre mou qui apparaît toujours dans les 3 ou 4 premiers jours qui suivent la contamination.

2. Exulcération superficielle, sans bords décollés :

Histologiquement, la lésion produite par le tréponème est une *érosion* surmontant un infiltrat plasmocytaire périvasculaire. C'est une érosion, c'est-à-dire une perte de substance de l'épiderme seulement. Le derme lui-même n'est pas entamé, n'est pas creusé. L'atteinte est toute superficielle, contrairement à ce qui se passe dans le cas de la chancrelle de Ducrey, vulgairement nommée chancre mou, où le derme est intéressé.

Cette notion explique le signe le plus constant du chancre syphilitique: c'est une *exulcération, une érosion superficielle, sans bords décollés*. Ceux-ci ne peuvent être soulevés avec un stylet promené à la surface du chancre. Ils adhèrent. Dans la chancrelle, au contraire, l'entamure portant sur l'épiderme et le derme, ces deux feuillets sont décollés et les bords épidermiques de l'ulcération s'accrochent facilement.

3. Surface lisse, fonds uni, non bourgeonnant :

La surface en est plate, lisse, le fonds uni, non bourgeonnant, non anfractueux. Souvent on dirait d'une abrasion faite au rasoir. Parfois cependant lorsqu'il siège sur la peau, l'exagération de son infiltrat périvasculaire le surélève et lui donne quelque peu l'aspect d'une pastille. La prééminence du talus circulaire qui le délimite fait apparaître son centre plus déprimé: chancre en godet; mais son fonds est toujours lisse, non vermoulu.

4. Forme arrondie, ovulaire :

Sa forme est arrondie ou ovulaire, régulièrement et nettement délimitée. Ses limites sont précises. Il ne se confond pas insen-

siblement et irrégulièrement avec la peau saine. Il est tranché. Au prépuce, au frein, il est parfois étiré, allongé, *en raquette*.

Sa dimension est des plus variables. Il y a des chancres nains gros comme un pois, les plus dangereux parce que le plus souvent ignorés ou pris pour des bobos insignifiants. Il y a aussi des chancres géants atteignant parfois la dimension d'une pièce de cinq francs.

5. *Couleur rouge, chair musculaire :*

Sa couleur est rouge plus ou moins foncé. On dit qu'il a l'aspect de la chair musculaire. Il ne suppure pas à moins d'infection secondaire. Il n'y a donc ni pus, ni croûtes, pour le masquer. Il est net, propre, légèrement suintant à la pression, et donne parfois l'impression d'être vernissé, comme recouvert d'une mince couche de collodion.

6. *Induration caractéristique :*

Cette induration demande à être expliquée. C'est à tort que le syphilôme primaire a été appelé chancre induré. Ce n'est ni le signe le plus constant, ni le plus sûr. Il manque souvent, notamment au gland et chez la femme aux petites lèvres. D'autre part, d'autres lésions non syphilitiques, le chancre mou par exemple, sont souvent indurées. Il suffit de les cautériser ou d'appliquer à leur surface un antiseptique comme l'onguent au calomel pour qu'elles durcissent et présentent le même caractère que le chancre syphilitique. Il ne faut donc pas croire qu'induration signifie fatalement vérole. Ce signe n'a rien de pathognomonique.

Cette induration est particulière. Ce n'est pas un empâtement diffus, aux limites imprécises. Ce n'est pas non plus la dureté ligneuse, en masse, de l'épithélioma spino-cellulaire. C'est une induration lamelleuse que l'on perçoit très bien entre le pouce et l'index lorsqu'on palpe le chancre en tentant de le soulever. On a comme l'impression d'une carte de visite entre les doigts. Cette induration spéciale est même parfois visible. L'œil la perçoit très bien lorsque le chancre est localisé au sillon balano-préputial et que le malade retire en arrière son prépuce. La muqueuse, au lieu de se déplier normalement au niveau de l'ulcération, se retourne brusquement, d'un bloc rigide, comme par exemple lorsqu'on retourne la paupière supérieure.

7. *Indolore :*

Il est indolore. Il ne donne pas lieu à des élancements spontanés

et n'est pas non plus sensible à la palpation. Cette indolence le fait même trop souvent négliger de ceux qui en sont porteurs.

8. *Ordinairement unique :*

Le chancre syphilitique est le plus souvent *solitaire*, mais pas toujours. Autrefois l'on attachait une très haute signification à l'unicité et l'on admettait que le chancre syphilitique était toujours unique, par opposition au chancre mou toujours multiple. Cette opinion s'est modifiée beaucoup. Les chancres syphilitiques multiples sont devenus de moins en moins rares depuis que l'ultramicroscope nous permet d'y déceler les tréponèmes. Ces chancres multiples sont le résultat d'inoculations contemporaines ou encore d'autoinoculations parfaitement réalisables, ainsi que l'a démontré Queyrat, pendant les 10 ou 12 premiers jours qui suivent l'apparition de l'accident primaire. L'unicité n'est donc pas un caractère différentiel absolu.

9. *Adénopathie satellite :*

Le chancre syphilitique génital est toujours accompagné d'une adénopathie inguinale, bilatérale le plus souvent, plus accentuée du côté malade, et qui apparaît environ une semaine après le début du chancre. C'est donc un signe précurseur et constant.

Les ganglions de l'aîne sont durs, mobiles, roulant sous le doigt, ils n'adhèrent pas aux tissus voisins et ne sont pas soudés les uns aux autres. Ils ne sont ni douloureux, ni inflammatoires, ils ne suppurent pas, ne s'abcèdent jamais, sauf s'il y a infection secondaire. Au milieu de cette pléiade ganglionnaire on trouve toujours un ganglion plus volumineux que les autres, *le Préfet de l'Aîne*, comme l'avait dénommé Ricord. Cette adénopathie persiste longtemps après la disparition du chancre, et permet souvent un diagnostic rétrospectif.

10. *Evolution en 4 à 6 semaines :*

La durée ordinaire du chancre, laissé à lui-même, est d'environ un mois à 6 semaines. Il disparaît progressivement, la réparation se faisant de la périphérie vers le centre. L'induration persiste plus longtemps sous forme d'un léger parcheminement de la peau. La réparation est généralement totale, et à moins d'infection secondaire ou de cautérisations intempestives il ne reste pas de cicatrice, à peine une petite tache pigmentée qui s'atténue peu à peu pour disparaître graduellement.

Diagnostic différentiel

Le chancre classique sera facilement reconnu: ulcération *plate, superficielle, sans bords décollés, arrondie ou ovale, nette, vernissée, indurée* en carte de visite, *indolore*. On n'oubliera pas qu'il est toujours accompagné d'une *adénopathie inguinale* en grains de chapelet, aplegmasique, indolente, et qu'il apparaît environ *trois semaines* après le coit infectant.

Au prépuce le chancre provoque parfois un phimosis. L'anneau préputial, de plus en plus rétréci, empêche de découvrir le gland. L'extrémité de la verge se gonfle et prend l'aspect d'un "*battant de cloche*". A la palpation on sent une induration circonscrite qui est le chancre. Il siège assez fréquemment au méat. La sérosité légèrement purulente qui s'écoule alors de la fosse naviculaire peut en imposer pour une blennorrhagie. Mais l'induration toute spéciale du gland et les ganglions de l'aîne mettront le médecin sur la piste. Le microscope d'ailleurs lèvera tous les doutes.

Les organes génitaux peuvent être le siège d'ulcérations de nature très diverse, herpès, chancre mou, balanite, érosion traumatique, gale, etc., qu'il faut bien connaître pour ne pas les confondre avec le chancre syphilitique.

1. Les *érosions traumatiques* sont rouges, douloureuses, de forme irrégulière, ne s'accompagnent ni d'induration ni d'adénopathie et ne durent que quelques jours.

2. La *balano-posthite érosive* est caractérisée par des érosions multiples, superficielles, très rouges, douloureuses, sans induration ni adénopathie. Elles dessinent des circinations à larges contours: macropolycyclisme. Elles sont toujours situées sur la partie du gland qui recouvre le prépuce et baignent dans un liquide purulent et fétide. Elles guérissent rapidement avec quelques soins d'hygiène.

3. L'*herpès* se présente sous forme de vésicules groupées en bouquet. Celles-ci n'ont qu'une durée éphémère. Elles se rompent rapidement et laissent de petites érosions très superficielles, suintant abondamment, se réunissant les unes aux autres pour tracer des arcs de cercle (circinations) à petits contours: micropolycyclisme. Ça et là on trouve toujours quelques petites vésicules isolées au voisinage du bouquet principal. Elles ne sont jamais indurées, disparaissent au bout de quelques jours et récidivent fréquemment. Les ganglions inguinaux qui accompagnent l'herpès sont plus petits que ceux du chancre syphilitique et légèrement douloureux.

4. La *gale* est fréquente au gland et à la verge qui sont, chez l'homme, des sièges d'élection de cette dermatose. Les lésions qu'elle y occasionne sont aisément reconnaissables. Ce sont de petites pustules surmontées d'une croûte qui recouvre une ulcération purulente et non indurée. Les galeux accusent toujours un prurit intense à exacerbation nocturne, et il est facile de découvrir d'autres éléments scabieux aux endroits d'élection.

5. Le *furoncle* est une masse inflammatoire, acuminée, rouge vif, à évolution très rapide, qui s'abcède et évacue son bourbillon: Pas d'induration ni de ganglions inguinaux.

6. Le *chancre mou* (chancrelle) dont la période d'incubation est très courte, 2 à 3 jours environ, présente des caractères nettement différents du chancre syphilitique. C'est une ulcération plutôt irrégulière de contours, creusée, non plate, avec des bords décollés (un stylet les accroche au passage et les relève), dont le fonds est purulent, anfractueux, vermoulu. Sa base est molle, pâteuse, non indurée, sauf si on l'a cautérisée ou si on a fait des applications de médicaments. Habituellement il n'y a pas d'adénopathie inguinale. Mais si elle existe elle offre des caractères tout particuliers. Au lieu de trouver de nombreux ganglions durs, mobiles, non douloureux, comme dans la syphilis, il n'y a qu'un seul ganglion volumineux, empâté, très douloureux, adhérent aux plans voisins, qui se ramollit et s'abcède fréquemment. C'est le *bubon* classique. La recherche du bacille de Ducrey et l'autoinoculation au bras confirmeront le diagnostic dans les cas douteux.

7. Le *chancre mixte*, résultat d'une infection double, chancre mou et syphilis, est parfois des plus difficiles à reconnaître à cause de l'aspect clinique différent qu'il présente suivant le stade de son évolution. Il débute comme un chancre mou ordinaire, quelques jours après la contamination, et en offre tous les caractères cliniques. Mais au lieu de guérir dans les délais normaux il ne répond guère au traitement. Puis vers la troisième semaine, lorsque la période d'incubation de la syphilis est terminée, il s'indure, sa forme devient plus régulière, sa couleur plus rouge, et peu à peu il prend tous les caractères d'un chancre syphilitique typique.

C'est ici que le laboratoire est d'un immense secours. A cause de la fréquence extrême du chancre mixte, nous croyons absolument nécessaire de répéter les recherches de laboratoire, ultramicroscope et séro-réaction de Bordet-Wassermann, dans tous les cas d'ulcérations génitales, même si l'on est cliniquement en présence d'un chancre mou

typique. Qui sait si cette chancrelle ne masque pas une syphilis au début ? Des prises de sang et des examens à l'ultramicroscope doivent être faits toutes les semaines, pendant au moins 6 semaines à compter du début de l'ulcération. Ce n'est qu'après cette date que l'on est en droit d'éliminer la vérole, si tous les résultats ont été négatifs.

8. Le *cancer* du gland est presque toujours un épithélioma spino-cellulaire, variété des plus redoutables si elle a été reconnue tardivement. Il se présente sous la forme d'une *tumeur ulcérée*, d'une masse de volume variable, dure comme du bois. L'ulcération est profonde, saignotante, le fonds est tomenteux, anfractueux, rempli de pus et de tissus nécrotiques. Un bourrelet saillant, éversé, l'entoure. Cette masse est douloureuse et accompagnée de ganglions inguinaux petits et durs. L'évolution lente, l'âge du malade, l'atteinte de l'état général, faciliteront le diagnostic.

9. Mentionnons l'*érythroplasie de Queyrat*, affection précancéreuse peu fréquente mais dont le diagnostic précoce est très important à faire à cause de la conduite à tenir. C'est une ulcération très lentement extensive et n'ayant aucune tendance à la réparation. Elle offre une surface allongée, bien circonscrite, rouge vif, velvétiqué, brillante. Elle n'est pas indurée, ne suppure pas et n'est pas douloureuse. Il n'y a pas d'adénopathie. Laisée à elle-même elle finit par se transformer en épithélioma, tandis que diagnostiquée à son début elle peut être détruite facilement par la cryothérapie, ou d'autres agents physiques.

10. La *tuberculose* plutôt rare à la verge, se présente sous forme d'une ulcération (ulcère tuberculeux) irrégulière, très douloureuse, aux bords décollés, flottants, à fonds inégal, anfractueux, parsemé de petits grains jaunes semblables à des grains de tapioca (grains jaunes de Trélat). L'évolution en est fort longue, et elle survient généralement chez des sujets porteurs d'une tuberculose viscérale.

11. La *syphilis tertiaire* que l'on rencontre aux organes génitaux sous forme d'ulcération est appelée: *gomme ulcérée*. Elle a une évolution bien spéciale. Elle débute par une tumeur venant de la profondeur, puis se ramollit peu à peu, et finit par s'abcéder, s'ulcérer après une évolution de 6 à 7 semaines. L'ulcération est nettement arrondie, les bords sont taillés à pic, la base est dure, le fonds irrégulier, déchiqueté, recouvert d'un enduit jaunâtre. Il n'y a pas d'adénopathie et, signe important, bien que le Wassermann soit souvent positif, l'ultramicroscope est négatif.

12. On peut rencontrer aux organes génitaux de l'homme d'autres ulcérations, telles que l'*érythème bulleux* ou *hydroa de Bazin* qui débute toujours par des bulles, les *aphtes* qui sont de petites ulcérations jaunâtres, punctiformes, rondes, douloureuses, et entourées d'un liséré rouge vif caractéristique, la *lymphogranulomatose* de *Nicolas et Favre* avec sa petite ulcération génitale bientôt suivie de ganglions inguinaux inflammatoires qui s'abcèdent et se fistulisent, mais ces lésions sont peu fréquentes, et le cadre de cet article ne nous permet pas de les décrire plus en détail.

*

* *

Voici, résumés, les caractères cliniques des ulcérations les plus fréquentes que l'on a l'habitude de rencontrer aux organes génitaux de l'homme. Ils permettront au médecin praticien, dans la majorité des cas, de reconnaître le chancre syphilitique et d'instituer immédiatement le traitement, sans attendre l'éclosion des accidents secondaires. C'est le moyen le plus sûr, et nous le répétons, le seul moyen de stériliser rapidement et complètement le malade. Dans un prochain article, nous indiquerons quel doit être ce traitement. (1)

— o —

(1) Les médecins qui veulent publier des travaux de ce genre pourront nous les adresser. Le Docteur Desloges se fera un plaisir de tirer des exemplaires et de les distribuer parmi les médecins sans frais pour l'auteur.—N. D. L. R.

TROIS CAS DE SINUSITÉ ETHMOIDO-FRONTALE AVEC COMPLICATIONS ORBITAIRE ET CÉRÉBRALE (1)

Docteur GEORGES BADEAUX

Travail du Service otologique de l'Hôtel-Dieu (Professeur Lassalle)

Ayant eu à traiter au cours de ces deux dernières années plusieurs sinusites frontales, j'ai cru intéressant de vous présenter trois de ces cas avec complications orbitaire et cérébrale.

D'abord pour vous rappeler comment ces accidents sont fréquents, et ensuite vous démontrer comment il est dangereux de trop vouloir temporiser dans le traitement opératoire de ses complications.

Premier cas

Enfant M. A..., âgée de huit ans, tombe malade le 8 mai 1926. La petite malade est prise d'un violent coryza, que la maman soigne avec tous les soins d'usage. Sudation, antipyrétique, pommade, etc. Le 11, la température monte à 102.1 avec violent mal de tête localisé au-dessus de l'orbite gauche. La maman fait des applications humides chaudes et donne force Aspirine à l'enfant. Le lendemain, comme la maladie semble s'aggraver, que la température est 103.0, on m'appelle auprès de l'enfant, qui malheureusement demeure en dehors de la ville. Je m'y rends dans la soirée. Je trouve l'enfant se tordant dans les bras de sa mère, malgré une injection de morphine faite par le médecin de l'endroit. La paupière est œdématiée à sa limite et n'est pas palpable tant elle est douloureuse. D'après l'histoire de la maman, je suis persuadé que l'enfant souffre de sinusite aiguë avec fistulisation orbitaire. La narine gauche est remplie de pus. Je fais le vide au moyen d'un vacuum à poire et je retire du pus en abondance. La température est de 104.2 et la céphalée très intense. Je décide la maman de m'amener l'enfant à l'hôpital, pour le lendemain matin.

13 mai.—La petite malade est très souffrante, la température à 9 heures A.M. est de 103.3 Comme les symptômes ne sont pas amendés, je décide l'opération d'urgence.

(1) Communication faite au Congrès de l'American College of Surgeons tenu à Montréal le 28 octobre 1926.

L'incision faite, après réclinaige des tissus le pus s'échappe du côté de l'orbite provenant des cellules antérieures de l'ethmoïde et du plancher inférieur du sinus frontal perforé. Il s'en écoule environ 30 cc. J'ouvre la paroi inférieure du sinus qui est remplie de pus. J'en fais le curettage complet ainsi que des cellules ethmoïdales antérieures, j'élargis le canal naso-frontal, y installe un drain caoutchouté et je ferme la plaie en laissant un drain à la partie inférieure de l'incision.

Le lendemain la température est normale et l'enfant ne souffre plus.

15 mai.—Premier pansement. La plaie ne suppure pas.

16 mai.—J'enlève le drain nasal et remplace le drain externe.

17 mai.—Pansement tous les jours et le 24 mai l'enfant quitte l'hôpital absolument guérie.

Cette enfant, revue plusieurs fois depuis, se porte tout à fait bien.

Deuxième cas

Monsieur P..., demeurant à Southbridge, E.-U., âgé de 20 ans, arrive à l'hôpital le 10 juin 1925. Cinq semaines auparavant, il a été pris d'un violent coryza pour lequel il a été traité à domicile. Huit jours plus tard, la paupière a commencé à gonfler, et la douleur, qui était localisée à son os frontal, s'est propagée dans l'orbite. Les jours suivants, sa famille remarque que l'œil droit semble sortir de l'orbite. Inquiet, on décide de le diriger sur un hôpital de Boston. A cet endroit, pour drainer l'abcès de l'orbite on incise à différentes reprises la paupière inférieure sans pouvoir tomber dans la poche de pus, et on ne fait aucune intervention sur l'os. Souffrant beaucoup, l'œil s'extériorisant de plus en plus et la vision s'affaiblissant tous les jours, quelqu'un de sa famille décide de le conduire à Montréal, à l'Hôtel-Dieu. A son arrivée, le 10 juin, on m'appelle auprès du malade.

Ce qui me frappa d'abord fut l'exophtalmie considérable de l'œil droit, complètement refoulé du côté externe. La paupière supérieure est très œdématisée et très douloureuse au toucher. La paupière inférieure a été incisée à deux endroits, une des incisions est encore ouverte, et on peut introduire un stylet à deux centimètres de profondeur. L'œil conserve comme vision un peu de perception lumineuse. Ophtalmoplégie externe complète.

L'examen du nez laisse voir du pus jaunâtre dans la narine droite seulement et forte hyperémie de la muqueuse. L'os frontal

est très douloureux au toucher. L'éclairage des sinus maxillaires est normal, ainsi que le sinus frontal gauche. La radiographie révèle un sinus droit envahi, ainsi que les cellules ethmoïdales. Je décide donc de trépaner sans délai. Le malade mis sous anesthésie générale, je trouve le sinus frontal rempli de pus et non fistulisé. Le pus a envahi les cellules ethmoïdales antérieures et postérieures et celles-ci sont ouvertes dans l'orbite. Enlevant les cellules formant la paroi interne de l'orbite, je tombe dans une poche de pus, qui refoule complètement l'œil en dehors. Je curette largement toutes les cellules intéressées, et j'établis un bon drainage par le nez en enlevant le cornet moyen et tout ce qui pourrait produire de la stagnation du côté du sinus. Je suture la plaie avec drain à la partie la plus basse de l'incision.

12 juin.—Premier pansement, l'exophtalmie a beaucoup diminué, mais la vision baisse.

14 juin.—Enlèvement du drain externe. La vision est encore plus mauvaise. Pansement tous les jours.

20 juin.—L'incision est cicatrisée, le nez suppure à peine, mais malheureusement la vision a disparu.

30 juin.—Le malade quitte l'hôpital tout à fait guéri de son œdème orbitaire, mais avec cécité complète de l'œil droit, amenée par une élongation trop prolongée du nerf optique et par névrite infectieuse.

Troisième cas

Ce dernier cas, de beaucoup le plus intéressant, demanderait plus de temps qu'il m'en est accordé pour que je le rapporte en entier; je vous en ferai donc un résumé.

M. D. L..., âgé de 22 ans, étudiant, est pris d'un violent coryza vers le 10 mai 1926. On lui donne les soins d'usage durant huit jours; son état ne s'améliorant pas, on le dirige sur un hôpital où on essaye de drainer le pus par tous les moyens mis à notre disposition, sauf chirurgicaux.

Le malade retourne au collège, mais après quatre jours on doit de nouveau le renvoyer à l'hôpital. Cette fois on le dirige à l'Hôtel-Dieu, et je suis appelé auprès du malade. Je le vois le 26 mai au soir. Il est très souffrant et répond difficilement au questionnaire. La paupière supérieure est très œdématiée et l'œil est refoulé vers la gauche. Palper douloureux. Fluctuation. Température 101.0. Céphalée intense. L'examen du nez révèle du pus en abondance et

localisé qu'à la narine gauche. L'éclairage des sinus maxillaires se fait bien. La radiographie confirme qu'il n'y a rien de ce côté, et laisse voir de grands sinus frontaux avec un canal naso-frontal très étroit à gauche, cause probable de tout le trouble. Examen du sang, forte leucocytose (20,000).

Je décide d'ouvrir, par voie externe, le drainage endo-nasal ne semblant pas pouvoir être possible par cause anatomique. A l'incision profonde le pus sort en abondance. Le plancher orbitaire du sinus est perforé. Ouverture du sinus, qui est rempli de pus et de fongosites aux extrémités. Chose curieuse, la muqueuse est en partie disparue. (Le malade m'a dit plus tard n'avoir jamais eu d'ennui avec son nez.)

Je curette le sinus et les cellules ethmoïdales antérieures. Je place un drain dans le nez, et referme la plaie avec un drain. Les huit jours suivants le malade s'améliore. Le 2 juin le malade est pris de céphalée. Le nez drainant mal et la céphalée persistant, le 7 juin, je remets le malade sous anesthésie et j'élargis encore le canal naso-frontal. J'en profite pour enlever quelques cellules ethmoïdales, et j'installe par le nez un drain caoutchouté se rendant au sinus. Les jours suivants le malade se plaint toujours de céphalée franchement localisée au-dessus du sinus frontal gauche. Il est affaibli. Pas de température. Somnolence prononcée. Pouls variant de 48 à 60. Bâillements répétés. Constipation opiniâtre. Vomissements verdâtres. Ponction lombaire, albuminorachie. J'en conclus que le malade fait un abcès cérébral. Je demande le Dr Lassalle en consultation et nous décidons d'aller à la recherche de l'abcès.

16 juin.—Le malade anesthésié, nous agrandissons la brèche osseuse, enlevons la paroi postérieure du sinus pour explorer la méninge. Pas de solution de continuité. Pas d'abcès cérébral. Après asepsie rigoureuse de la méninge, nous l'ouvrons pour pouvoir ponctionner la matière cérébrale. Le trocart enfoncé par trois fois à une profondeur de 2, 3 et 4 centimètres dans le lobe frontal nous laisse sans résultat. Une quatrième ponction faite à une profondeur de 5 centimètres, mais avec une inclination supérieure de 15° à 20°, nous fait tomber cette fois dans une poche de pus de coloration jaunâtre sans odeur et non consistant. Ce pus est sous pression, et il s'en écoule au moins 100 cc. Après évacuation du contenu nous installons un drain caoutchouté.

17 juin.—Le lendemain matin le malade est tout à fait soulagé, la céphalée a disparu et le pouls remonte à 70. Injections de septicé-

mine et pansements deux fois par jour tous les jours. Le pus s'écoule difficilement.

27 juin.—Les symptômes observés le 16 se répètent.

29 juin.—Nouvelle intervention sous anesthésie générale. Je prélève cette fois environ 60 à 70 cc. L'examen du pus donne des pneumocoques. Injection quotidienne de vaccin anti-pneumococcique.

Cinq ou six jours plus tard, nouvelle crise, la poche est de nouveau remplie, mais en plus cette fois le malade fait une crise d'épilepsie qui se répète le lendemain.

5 juillet.—Avec le trocart je retire 30 cc. de pus très épais et sans odeur. Décidément, le drainage se fait mal, et il me faut trouver un autre genre de drain, car il est très difficile de pénétrer dans l'abcès. Le sac doit se refouler sur lui-même avec le drain, et ne le laisser pénétrer que lorsqu'il est rempli. Je décide donc de me servir d'un cathéter de femme. Celui-ci me permet de drainer plus facilement. Durant trois semaines, tout va bien, le malade peut lire et écrire. Ses forces reviennent, et il engraisse. Le 26 juillet il est subitement pris de vomissements verdâtres et de céphalée. Une nouvelle crise se prépare encore accompagnée de crises épileptiques se déclanchant vers les quatre heures P.M. Cette fois, la vue s'en mêle. Papillite assez prononcée, et le malade voit double. Durant trois jours j'essaye de vider la poche, mais il m'est impossible de pénétrer. Il s'est fait un tissu cicatriciel rendant le trajet du trocart oblique. Enfin le 1er août j'ai le plaisir d'évacuer l'abcès. Il s'écoule environ 40 cc. de liquide jaunâtre non à l'état de pus. L'analyse donne une flore microbienne nulle. J'injecte dans le sac des Bouillons Vaccins au moyen du trocart. Le malade est tout à fait remis et de nouveau son état général s'améliore. J'introduis le trocart tous les jours sans avoir de pus. A chaque changement de drain, celui-ci renferme un peu de liquide citrin. Pas de microbes à chaque analyse. Je continue les Bouillons Vaccins. Durant 3 semaines un drain en verre de 5 centimètres est maintenu dans la plaie, mais changé tous les jours. Le malade se rétablit rapidement, et engraisse de 5 à 6 livres par semaine. La papillite disparaît et la vision s'améliore.

Je commence à raccourcir le drain à chaque pansement, pour l'enlever complètement le 30 août. Le malade circule par tout l'hôpital, et se sent tout à fait bien. La vision est redevenue normale, et le malade est en possession de toutes ses facultés intellectuelles. Le 31 août il quitte l'hôpital pour retourner dans sa famille. II

devra plus tard subir une plastique. Une lettre datée du 16 septembre me laisse savoir que le malade est tout à fait remis.

Quelle quantité de pus s'est-il écoulé de cet abcès durant ces trois mois de drainage ? Les cinq grandes crises réunies nous donnent 250 c.c., à ajouter au drainage de tous les jours, ce qui nous permet de porter le chiffre entre 400 et 500 cc. Le drain a été introduit au delà de cent fois, et le cerveau a dû subir au moins 30 à 35 ponctions.

La durée de cet abcès est expliquée par la difficulté du drainage. La position dorsale qu'affectionnait le malade empêchait le pus de pouvoir s'écouler facilement. Il eut certainement fallu agrandir l'ouverture cérébrale, mais le champ opératoire à travers la paroi postérieure du sinus frontal était trop restreint pour pouvoir introduire un long spéculum permettant d'atteindre la poche de pus. Ce procédé tout nouveau est plutôt facile dans les abcès temporaux ou occipitaux.

Conclusion

Ces deux derniers malades auraient-ils eu ces complications si on était intervenu plus tôt ? Je ne le crois pas. Nos confrères non spécialisés ne devraient pas attendre des semaines avant de nous adresser leurs malades de sinusite frontale, quand le traitement qu'ils ont institué ne semble pas soulager le malade. Une complication est toujours à craindre. En protégeant le malade, le médecin protège sa réputation.

HERNIES TUBAIRES, OVARIENNES ET TUBO-OVARIENNES INGUINALES ET FEMORALES

Par AIME-PAUL HEINECK, M.D., Chicago,
Chirurgien des Hôpitaux :
Frances Willard, St. Paul, Lakeside & Washington Park.

(Suite)

Diagnostic

Afin de préserver l'intégrité de la trompe et de l'ovaire, il importe donc de ne pas méconnaître les hernies des annexes. Dès leur apparition, elles doivent être traitées chirurgicalement et de préférence avant qu'il se soit constitué des lésions irréparables dans les organes herniés.

Le diagnostic est généralement évident. Chez la femme, la présence d'une masse visible et palpable, mobile ou fixe, "douloureuse ou complètement indolore" (27, 37), dans la région inguinale ou fémorale doit suggérer au clinicien la possibilité d'une hernie des annexes. De nombreux facteurs influencent le tableau clinique. Dans les cas compliqués, la douleur est variable, parfois légère, parfois extrêmement vive. Les symptômes varient avec l'âge, avec les organes déplacés, la variété anatomique et clinique de la hernie, suivant qu'il existe ou non des malformations, des adhérences, des infections, des tumeurs ou suivant que d'autres éléments soient contenus dans le sac (14). Par suite du petit volume de la plupart de ces hernies, et des nombreux processus pathologiques de la région inguinale, la percussion (29) ne rend que peu de services pour un diagnostic différentiel. Dans quelques cas, on a noté de l'expansion de la tumeur au moment des accès de toux (34, 55) ou pendant une crise de larmes (29). La réduction des hernies des annexes ne s'accompagne pas de bruits de glou-glou.

On comprend facilement que la symptomatologie d'une hernie ovarienne du volume d'un haricot différera de celle d'une hernie tubo-ovarienne contenant en même temps une portion d'intestin grêle et une partie de l'estomac (57). Nous ne nous occupons pas ici des symptômes dus à la présence ou à la maladie d'autres éléments contenus dans le sac.

Quand le chirurgien a conclu que la tumeur est une hernie, il doit déterminer s'il s'agit d'une hernie fémorale ou inguinale et se

rendre compte de la nature et de l'état de son contenu. Si la tumeur est labiale, si son plus grand volume se trouve au-dessus d'une ligne imaginaire s'étendant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis, et si le canal inguinal est occupé par le pédicule de la hernie, celle-ci est inguinale. Dans une hernie fémorale, la tumeur n'est pas labiale, son plus grand volume se trouve au-dessous de la ligne ilio-pubienne, le canal inguinal ne contient que le ligament rond avec ses vaisseaux et ses nerfs, et le canal crural est occupé par le pédicule de la hernie. "Sur une courte distance, on pouvait passer le doigt dans le canal inguinal." (40). Comme le canal crural et les anneaux fémoraux ne sont pas susceptibles d'un grand élargissement, les hernies fémorales atteignent rarement de grandes dimensions; elles sont souvent méconnues.

Avant l'opération, on soupçonne plutôt qu'on ne connaît la nature du contenu du sac. Il n'est pas étonnant qu'ont ait tant de surprises opératoires, car seule l'opération permet de se rendre compte du contenu de la hernie. Quand une hernie par exemple renferme l'intestin grêle, le grand épiploon, l'ovaire et la trompe, il est à peu près impossible de faire un diagnostic exact avant que l'intestin et le grand épiploon aient été rentrés dans la cavité abdominale et qu'on se soit rendu compte des mouvements des annexes par l'examen rectal, vaginal ou vagino-abdominal.

Les hernies des annexes non compliquées n'ont que peu de symptômes. Dans les cas les plus simples, les signes ne diffèrent pas beaucoup de ceux qu'on observe dans les petits entéroécèles ou épiploécèles. Quand il y a de l'irréductibilité, de l'étranglement ou de la torsion, les symptômes caractéristiques de ces diverses complications viennent s'ajouter au tableau clinique. Dans les hernies des annexes chez les adultes, un examen vagino-abdominal peut permettre au chirurgien de découvrir la déviation latérale de l'utérus vers le côté de la hernie. Dans quelques cas, la pression du doigt dans le vagin contre l'utérus se transmet aux organes herniés et est perçue par la main qui recouvre la hernie. L'examen rectal a moins de valeur; chez les enfants, il est inutile. Parfois ces hernies peuvent être distinguées des hernies intestinales par la roentgenographie. Dans l'observation 57, la radiographie montra qu'une partie de l'estomac avait pénétré dans le sac.

Habituellement une hernie inguinale ou crurale réductible constitue une masse indolore, souvent élastique (15), située dans l'aîne ou dans la région fémorale. Les hernies ont un volume variable. Elles

peuvent avoir le volume d'un haricot (17), d'un œuf de pigeon (22, 33, 34), d'une pomme (36), d'une tête de fœtus (14, etc). L'axe longitudinal de la hernie suit généralement la direction du canal inguinal. Les différents organes contenus dans le sac peuvent augmenter son volume à tel point que la miction, la défécation et la marche (12) sont sensiblement gênées. Dans l'observation 12, la hernie constituait une tumeur ovoïde du volume d'un ballon — de football — présentant à son pôle inférieur une surface cutanée nécrosée et entourée d'une zone eczémateuse. La présence d'autres organes dans la hernie peut obscurcir le tableau clinique de telle manière que, avant l'opération, le chirurgien est totalement ignorant de la présence des annexes dans le sac.

Une hernie inguinale complète donne lieu à une tumeur labiale dont le volume augmente avec l'accroissement de la pression intra-abdominale, avec les efforts de toux, les vomissements, les crises de larmes et toutes les variétés d'efforts musculaires, etc. La grande lèvre peut être très distendue (13); la hernie peut simuler un abcès de la lèvre (30).

Sauf une sensation de tiraillement (14), de malaise, de tension (24), de lourdeur dans la région de la tumeur, les hernies réductibles ne causent généralement aucun trouble. Quelques auteurs attribuent la douleur à la traction exercée sur le ligament large. Parfois, avec l'apparition de l'irréductibilité, et toujours avec l'apparition de l'étranglement ou de la torsion, il survient de la sensibilité et une douleur plus ou moins prononcée.

Les hernies irréductibles sont ou légèrement mobiles (44) ou complètement immobilisables (20). Seule l'opération permet de ramener leur contenu dans l'abdomen. Les hernies irréductibles causent plus de malaise que les hernies réductibles; la sensibilité et la douleur sont augmentées par la toux (15), la pression d'un bandage (26, 10), la menstruation (9, 16), les tentatives intempestives de réduction (26), etc.

Les symptômes des hernies des annexes étranglées ou tordues ressemblent beaucoup aux symptômes des hernies intestinales incomplètement étranglées. La torsion — aussi bien que l'étranglement — augmente la douleur et les troubles subjectifs dus à l'inflammation. Il est bon de se rappeler que dans ces hernies étranglées ou tordues, il n'y a pas d'arrêt d'émission des gaz (7, 10), ni de rétention des matières fécales (25). Quand il survient des vomissements, ils sont alimentaires (10), muqueux ou bilieux (19), ils ne sont jamais

fécaloïdes. La douleur locale est très vive; presque toujours elle irradie à travers l'abdomen. On peut observer de la tympanite légère (11, 17, 22). Dans les hernies irréductibles, étranglées et tordues, on n'a pas constaté d'expansion de la tumeur à l'occasion des accès de toux (33, 40, 49, 50, etc.).

Traitement

Les hernies des annexes sont justiciables d'un traitement chirurgical précoce. Si l'état général de la malade permet une intervention simple et bénigne, on renoncera aux manœuvres de taxis, on repoussera les bandages. L'ovaire et la trompe sont des organes délicats et importants; on ne doit pas exposer aux dangers de la pression des bandages et aux troubles circulatoires et aux traumatismes répétés provoqués par l'ectopie.

Le traitement d'élection répond à deux indications :

- a. Retour du contenu de la hernie dans son habitat normal.
- b. Fermeture de l'orifice de la hernie, suivie de la réparation et du renforcement de la paroi de l'abdomen au siège de la hernie. — Le traitement de nécessité sacrifie les annexes, mais oblitère le sac et reconstruit la région affaiblie.

Dans toutes les observations étudiées ici, on a eu recours au traitement chirurgical. Excepté une enfant de 3 mois (48), toutes les malades ont guéri. Dans presque tous les cas, la guérison a été rapide, sans incident, et complète. Une enfant de 6 mois (43) prit le sein douze heures après une castration unilatérale pour torsion de la hernie d'une trompe et d'un ovaire. Une femme enceinte de cinq mois (58) fut opérée d'une hernie tubaire fémorale étranglée et la grossesse continua sans interruption. Dans une observation (24), on a noté une thrombose post-opératoire de courte durée.

Presque toujours, la herniotomie est une opération très simple. Chez les adultes, on peut la pratiquer avec succès sous anesthésie locale; chez les enfants, l'anesthésie générale est toujours préférable. L'anesthésie locale (5), la novocaïne (10, 23) ont été employées dans 3 cas; l'anesthésie spinale (36), la syncaïne (11), la stovaïne (49), ont été aussi employées dans trois cas. Dans les 72 autres observations, on eut recours à l'anesthésie générale: chlorure d'éthyle (17), chloroforme (5, 8, 9, etc.), éther (25, 31, 43, etc.) dans toutes les autres.

Il y a eu trois hernies bilatérales: une ovarienne (27) et deux tubo-ovariennes (35, 42). Dans la première, on enleva l'ovaire gauche, hypertrophié, adhérent et kystique; l'ovaire droit fut reporté dans l'abdomen. Dans la seconde, on enleva la trompe gauche très étranglée et l'ovaire; neuf semaines plus tard, on rentra dans l'abdomen la trompe et l'ovaire droits. Enfin dans l'observation 42, on procède à la réduction des annexes.

Dans 36 hernies unilatérales, on ramena dans la cavité abdominale le contenu de la hernie (ovaire, 4 cas, trompe, 11 cas, trompe et ovaire, 18 cas). Dans une observation personnelle (54b), et par suite de la présence d'adhérences épaisses, nous avons eu de grandes difficultés dans la réduction des organes herniés: trompe, ovaire, grand épiploon, une boucle d'intestin grêle. Une enfant de 19 mois avait une hernie inguinale indirecte contenant l'utérus, les deux trompes, les deux ovaires et une petite anse d'intestin: Ludington rentra tout le contenu dans la cavité abdominale.

Dans 30 hernies unilatérales (2 ovariennes, 4 tubaires, 24 tubo-ovariennes), on procéda à l'ablation ou totale ou partielle du contenu de la hernie: ovaire, trompe, ovaire et trompe. Dans l'observation 37, le chirurgien explora seulement le contenu du sac à travers l'incision de la herniotomie; ensuite, il fit une laparotomie médiane et enleva les organes génitaux rudimentaires.

Les huit cas suivants présentent un intérêt particulier. Dans deux hernies tubo-ovariennes, (11, 50), on enleva un pyo-salpinx. Nous avons déjà signalé l'observation 12 (hernies ovariennes): on enleva le kyste dermoïde et le kyste de l'ovaire, on réduisit le reste du contenu du sac. Schoenmeier (14) enleva tout le contenu de la hernie: utérus, les deux trompes, les deux ovaires et un cystoma de l'ovaire. — Moure (23) rentra d'abord la boucle prolabée d'intestin grêle et réséqua les annexes gauches. — Dans l'observation 52, on enleva l'ovaire hernié et en réduisit le reste du contenu du sac. — Dans l'observation 57, on remit en place l'intestin hernié ainsi que l'estomac et on enleva la trompe gauche et l'ovaire. — Pour la cure d'une hernie tubaire irréductible, Seibold (13) pratiqua une herniotomie et une laparotomie: la trompe non herniée était normale, l'ovaire non hernié était kystique, l'utérus petit mais normal. L'auteur ne parle pas de la disposition du contenu du sac.

On ne doit pas sacrifier inutilement les annexes de l'utérus. Avant et pendant la période de gestation, et en l'absence de lésions compromettant leur intégrité anatomique et fonctionnelle, on ne doit

pas enlever une trompe ou un ovaire herniés réductibles si, grâce à l'opération, on peut les rentrer dans la cavité abdominale et si on peut prévenir la récurrence de la hernie. Au moment et aux environs de la ménopause, l'ablation de ces organes est moins grave parce qu'ils ont alors moins d'importance.

On réduira alors chirurgicalement l'organe ou les organes herniés :

a. Dans tous les cas de hernies non compliquées ovariennes, tubaires et tubo-ovariennes, si le pédicule de la hernie est normal, s'il n'y a pas d'adhérences inflammatoires, si le viscère ou les viscères herniés ne sont pas autrement altérés.

b. Dans tous les cas de hernies compliquées ovariennes, tubaires et tubo-ovariennes, si les lésions sont discrètes ou susceptibles de guérison, si le viscère ou les viscères herniés ne sont pas irrémédiablement compromis. Dans ces conditions, les lésions rétrocedent généralement et la restauration anatomique s'ensuit.

c. Dans tous les cas de hernies irréductibles :

1. Quand il n'y a pas d'adhérences inflammatoires;
2. Quand il y a des adhérences pouvant être séparées ou clivées sans mutilation des annexes;
3. Quand il n'y a pas d'inflammation, d'étranglement ou de torsion.

Il est indiqué de procéder à l'ablation de la trompe, de l'ovaire, de la trompe et de l'ovaire dans toutes les hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes si la hernie est le siège de :

a. Grossesse tubaire ou ovarienne.

b. Étranglement, quand on suspecte la vitalité de l'organe ou des organes herniés, et quand après libération de l'étranglement et application de compresses chaudes, le contenu enflammé de la hernie ne reprend pas une apparence normale. — Le pronostic est d'ailleurs excellent et contraste avec le pronostic plus ou moins grave des hernies intestinales étranglées.

c. Torsion. Dans tous les cas de torsion, on a enlevé les annexes herniées. Il est en effet nécessaire de sacrifier la trompe et l'ovaire par suite de la coexistence d'un certain nombre de complications dont les plus importantes sont: le gonflement, l'œdème, la gangrène inflammatoire, l'infiltration hémorragique et la dissociation des tissus, les infarctus, la thrombose des vaisseaux au siège de la torsion.

d. Arrêt de développement ou malformation.

e. Irréductibilité. Si la réduction est impossible ou inutile (59, 15, 16, résection de la trompe). Dans toutes les hernies irréductibles, sauf une, où on a enlevé l'ovaire, la trompe, ou la trompe et l'ovaire, l'âge des malades allait de 37 ans à 56 ans.

f. Hydro ou pyo-salpinx; Ovaire atrophié, kystique ou néoplasique. Une femme de 56 ans avait une hernie ovarienne fémorale contenant le grand épiploon et un kyste ovarien folliculaire de cinq pouces de longueur. — Dans l'observation 50, le sac herniaire contenait une trompe, un ovaire et un utérus fibroïde.

Dans tous les cas, après la réduction ou l'ablation du contenu de la hernie, on pratiquera la cure radicale. Chez les femmes, le canal inguinal peut être complètement fermé, il n'y a pas lieu de conserver un passage comme chez l'homme, et la guérison est ordinairement définitive. Dans 69 cas, on a procédé à la cure radicale. On a eu recours à diverses méthodes: méthode d'imbrication d'Andrews (43), méthode de Bassini (2), méthode de Kocher (2^u), etc. Une malade âgée de 62 ans fut opérée in extremis (52): elle souffrait d'une hernie ovarienne étranglée, le sac contenait l'épiploon et le colon transverse. On enleva l'ovaire, et on fixa l'intestin sphacélé à la plaie opératoire; il survint une fistule fécale. 3 semaines plus tard, on réséqua l'intestin et les extrémités furent anastomosées par un bouton de Murphy. Un mois après, la malade quitta l'hôpital, guérie de sa hernie et de la fistule. Dans huit observations (1, 4, 13, 17, 34, 40, 53, 58), on ne donne pas de détails sur la méthode opératoire employée. L'opération a souvent été pratiquée alors qu'il y avait de l'inflammation du champ opératoire ainsi qu'il arrive dans les cas d'étranglement et aussi de torsion; cependant, une fois seulement, on a eu recours au drainage.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Rowley:** Report of a Case of Inguinal Hernia Complicated by Hernia of the Ovaries and Tubes. — *Am. J. Obst. & Gyn.* 1925, X, 709.
2. **McNealy:** Sliding Hernia of the Fallopian Tube with Report of a Case. — *Intern. Clin.* 1920, IV, 47.
3. **Rochet & Peycelon:** Volvulus de la trompe et de l'ovaire droits dans un sac herniaire chez un enfant de 10 mois. *Lyon Méd.* 1925, CXXXVI, 459.
4. **Rocher:** A propos de 4 cas de hernie de l'ovaire chez le nourrisson. — *J. de Méd. Bordeaux*, 1925, CII, 2, 991.
5. **Verdelet & Chavannaz:** Hernies de la trompe. *Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 1924, XLV, 396.

6. **Daggett:** Strangulated Hernia Containing Ovary and Fallopian Tube in Infant. — *Brit. Med. J.*, 1925, III, 346.
7. **Ecot:** Hernie isolée de la trompe utérine. — *Bull. & Mém. Soc. anat. de Paris*, 1922, XIX, 174.
8. **Estor & Aimes:** Torsion aiguë des annexes gauches dans un sac de hernie inguinale chez une enfant de cinq mois. — *Bull. & Mém. Soc. anat. Paris*, 1921, XVIII, 43.
9. **Gasne:** Hernie crurale droite isolée de la trompe. — *Paris Chir.* 1922, XIV, 589.
10. **Bertaux:** Hernie inguinale étranglée de l'ovaire et de la trompe chez une enfant de sept mois. — *Soc. anat. Paris*, 1923, XX, 764.
11. **Jeanneney & Dax:** Sur un cas de salpingite herniaire. — *Soc. anat. Paris*, 1923, XX, 141.
12. **Uhrlich:** Hermaphroditisme gynandroïde compliqué d'une énorme hernie inguinale contenant au fond du sac un kyste dermoïde ovarien. — *Soc. anat. Paris*, 1923, XX, 24.
13. **Seibold:** Ein Gleitbruch mit der Tube als gleitendem Organ. — *Zentralbl. f. Gynaek*, 1923, XLVII, 1, 270.
14. **Hewitt:** Hernia of the Female Internal Genitalia Through the Inguinal Canal. — *Am. J. Obst. Gyn.*, 1923, V, 530.
15. **Schoenmeier:** Ueber Ovarialhernien. — *Brunns' Beitrag. z. klin. Chir.* 1923, CXXVIII, 451.
16. **Camus:** Les hernies de la trompe utérine seule. — *Arch. Méd. de Province, Tours*, 1923, XIII, 400.
17. **Birmann:** Ein Beitrag zur Kasuistik der Adnexhernien Wien klin. Wehnschr. 1922, XXXV, 583.
18. **Watson:** The Diagnosis of Hernia of the Ovary and Tube. — *Med. Rec.* 1922, CI, 668.
19. **Delepine:** La hernie de la trompe de Fallope; son étranglement. *Rev. franç. de Gynéc. & Obst.*, 1921, XII, 548-558.
20. **Cadwallader:** Solitary Inguinal Hernia of an Ovary. — *J. A. M. A.*, 1920, LXXV, 2, 1137.
21. **McClanaghan:** Report of Female Infant with Double Inguinal Hernia, Prolapsed Tube and Ovary in Left Side, — Operation — Recovery — with Review of Current Literature and Reference to Foetal Development of Pelvic Organs. — *Tr. Am. Pediat. Soc. Chicago*, 1921, XXXIII, 362.
22. **Hallopeau & Colleville:** Hernie inguinale gauche contenant la trompe et le pédicule ovarique. — *Soc. anat. de Paris*, 1920, XVII, 336.
23. **Moure:** Hernie de la trompe. — *Soc. anat. Paris*, 1920, XVII, 115.
24. **Chauvin:** Hernie par glissement de la trompe de Fallope. *Soc. anat. Paris*, 1920, XVII, 95.
25. **Lery & Guillaume:** Hernie de la trompe. — *Soc. anat. Paris*, 1920, XVII, 185.
26. **Grant:** Femoral Hernia of the Ovary. — *J. A. M. A.* 1920, LXXV, 1, 289.
27. **Mutel:** Hernie inguinale bilatérale de l'ovaire. — *Rev. Méd. de l'Est, Nancy*, 1920, XLVIII, 416.

28. **Vas:** Retrograde Incarceration der Tuba. — Zentralbl. f. Chir. 1920, XLVII, 1, 374.
29. **Ludington:** Case of Uterus and Both Ovaries in Indirect Inguinal Sac. — N. Y. M. J. 1920, CXI, 986.
30. **Royster:** Inguinal Hernia of the Uterus. — Southern M. J. 1920, XIII, 275.
31. **Buquet:** Hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe chez le nourrisson. — Paris Chirur. 1925, XV, 298.
32. **Roufiart:** Hernie de l'ovaire dans le vagin à travers un orifice de colpotomie. — Rev. mens. Gynéc. & Obst. 1919, XIV, 213.
33. **Magarey:** Fallopian Tube Incarcerated in Femoral Hernia. — M. J. Australia, 1918, II, 511.
34. **Cuff:** Hernia of Ovary and Tube. — Brit. M. J. 1918, II, 629.
35. **Mueller:** Inguinal Hernia Complicated by Hernia of the Ovary and Tube. — Ann. Surg. 1918, LXVII, 380.
36. **Unterberger:** Zur Aetiologie der Hernia Inguinalis uteri. — Zentralbl. f. Gynaek. 1917, XLI, 521.
37. **Eunike:** Ueber Hernia uteri inguinalis bei unvollkommoner Entwicklung des Genitales. — Zentralbl. f. Gynaek. 1916, p. 47.
38. **Clark:** Inguinal Hernia Attached to the Cord, Undescended Testicle, Uterus, Tubes and Broad Ligament. J. A. M. A. 1916, LXVII, 2, 195.
39. **Brindeau:** Utérus et trompes contenus dans une hernie inguinale chez l'homme. — Arch. Mens. d'Obst. & Gyn. 1916, VIII, 150.
40. **Renny:** Fallopian Tube in Left Femoral Hernia. — Lancet, 1916, CXC, 4, 713.
41. **Abellia:** Strangulated Fallopian Tube, Ovary and Intestine in an Infant. J. A. M. A. 1916, LXVI, 1, 813.
42. **Rabinovitz:** Double Ovarian Inguinal Hernia. Absence of the Uterus and a Rudimentary Vagina. — Med. Rec. N. Y. 1915, LXXXVII, 586.
43. **Eustace & McNealy:** Case of Strangulated Tubo-Ovarian hernia in an Infant. — J. A. M. A. 1914, LXII, 772.
44. **Barr:** A Case of Right Inguinal Hernia of Ovary and Tube. — J. A. M. A. 1914, LXII, 451.
45. **Whitlocke:** Two Successful Cases of Operation for Strangulated Inguinal Hernia in Female Infants of the Ages of 22 and 17 Days. Brit. J. Child. 1913, X, 353.
46. **Farrar:** Hernia of the Uterus and Both Adnexae. — Surg. Gyn. & Obst. 1913, XVII, 586.
47. **Petit de la Villeon:** Deux cas de hernie de l'ovaire opérés chez l'enfant. — Jour. de Méd. de Bordeaux, 1913, XLIII, 644.
48. **Matthey:** Ueber sog. eingeklemmete Hernien der Adnexae. — Bruns' Beitrag z. klin. Chir. 1913, LXXXIII, 361.
49. **Daniel:** Die Leistenhernien der weiblichen Geschlechtsorgane. Hernien-Adnexitiden. — Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaek. 1913, XVIII, 312.

50. **Waddelow:** A Case of Suppurating Inguinal Ovarian Hernia. Operation. Recovery. — *Lancet*, 1911, II, 70.
51. **Veau et Berger:** Hernie de l'ovaire, torsion de son pédicule. — *Arch. de Méd. des Enfants*, 1911, XIV, 36.
52. **Dervaux:** Hernie inguinale de l'ovaire et du colon transverse étranglée; opération in extremis; anus, iliaque, entérectomie secondaire. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1911, XXXVII, 108. Rapport de Guinard.
53. **Kangemak:** Ueber Brucheinklemmung von Adnexen in Saeuglingsalter. *Deutsche Ztschrft. f. Chir.* 1911, CIX, 195.
54. **Heineck:** Hernias of the Ovary, of the Fallopian Tube, and of the Ovary and the Fallopian Tube. — *Surg. Gyn. & Obst.* 1912, XV, 63.
55. **Turneux, J. P.:** Hernie de la trompe de Fallope. — *Rev. mens. de Gynéc., d'Obst. et de Pédiat.* 1913, VIII, 484-488.
56. **Dunet et Rousset:** Hernie tubo-ovarienne avec quadruple torsion du pédicule chez un nourrisson de 3 mois. — *La Presse Médicale*, 1925, XXXIII, 1106.
57. **Vernejoul et Luna:** Volumineuse hernie inguinale renfermant l'estomac et les annexes. — *La Presse Médicale*, 1925, XXXIII, 1208.
58. **Devane:** Fallopian Tube Found in Femoral Hernia. — *Lancet*, 1916, II, 805.
59. **Barthélemy et J. Hoche:** Hernie inguinale gauche renfermant la trompe de Fallope. Ectopie des annexes. — *Soc. anat. Paris*, 1924, LXXXIV, 279.

LE REVUE DES LIVRES

I.—MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (1)

Ce grand traité, publié sous la direction du Professeur Sergent, continue la série de ses monographies de pathologie interne.

Nous venons de recevoir les deux volumes qui traitent des maladies de l'appareil circulatoire. Le premier volume est presque entièrement écrit par M. le professeur agrégé Lian, élève du professeur Sergent, qui publie fréquemment des articles très remarquables dans la *Presse Médicale* sur les formes cliniques de l'insuffisance cardiaque.

Je n'ai pas la prétention d'analyser chacun des chapitres de ce volume de 700 pages. Je me limiterai à tracer le plan qu'il a suivi.

L'auteur insiste d'abord sur la précision du diagnostic étiologique. Une lésion des orifices a son importance, car la recherche de la cause initiale nous permettra d'exercer une action utile et quelquefois décisive, s'il s'agit de rhumatisme, de syphilis ou autres maladies. Mais notre éminent collègue attache une importance prévalente à l'étude du muscle cardiaque. Dans tous les cas le médecin doit établir le bilan de la valeur fonctionnelle du cœur.

En effet, la plupart des lésions d'orifice s'accommodent d'une survie souvent prolongée pourvu que le muscle cardiaque maintienne l'équilibre, car "le système cardio-vasculaire, dit-il, l'organisme entier, peuvent s'adapter à ces mauvaises conditions de travail et le rendement fonctionnel circulatoire peut rester sensiblement normal, la lésion restant à peu près latente. C'est au contraire l'apparition d'un déficit fonctionnel qui va entraîner les phénomènes morbides amenant le sujet à se plaindre de son cœur, et transformer une infirmité insoupçonnée en une maladie plus ou moins pénible." (Lian).

C'est la théorie myogène qui a mis cette question au premier plan. Autrefois le diagnostic d'un souffle retenait toute l'attention. Mais les travaux de Corvisart ont été complétés par ceux de mon vénérable et regretté maître Potain dans ses études si fouillées sur le bruit de galop et les souffles anorganiques.

L'école anglaise adhéra à la théorie myogène. Mackenzie et son élève Lewis soutinrent que le diagnostic différentiel des souffles a moins d'importance que la mesure de l'aptitude fonctionnelle du

(1) 2 volumes. 2ième édition. Par Vaquez, Lian, Haitz, Leconte, Bosriél. Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. — Maloine, éditeur. Paris 1926.

cœur. Ces deux auteurs affirment que ces souffles n'auraient plus d'intérêt, que l'insuffisance mitralè ne doit pas nous préoccuper outre mesure, car "rien ne prouve, disent-ils, qu'à l'état normal la valvule ne laisse pas refluer une certaine quantité de sang".

Le Professeur Vaquez nous met en garde, avec Lian, contre une opinion aussi exclusive. Elle peut être nuisible et périlleuse. Et nous nous rangeons à leur avis. Une lésion d'orifice peut être l'occasion d'accidents redoutables au cours d'une grossesse, d'un surmenage, d'un écart de régime, d'une maladie infectieuse (endocardites infectieuses secondaires sur valvule insuffisante).

Nous devons donc tenir compte des lésions d'orifice tout en cherchant à évaluer la valeur fonctionnelle du cœur.

Quels sont les moyens que nous avons à notre disposition pour la préciser ?

Le Professeur Lian s'y applique après avoir exposé d'une façon très lucide les étapes de l'insuffisance cardiaque: dyssystolie, hypsystolie, asystolie, attribuant à chacun des ventricules les signes réciproques témoins de leur fléchissement.

Nous voyons défiler les cardiogrammes, les plébogrammes et les électrocardiogrammes qui illustrent les nombreux cas observés à l'hôpital ou dans le cabinet particulier.

Ce qui frappe, c'est l'importance donnée à la clinique dans toutes ses recherches. Malgré l'étude très approfondie du complexe ventriculaire dans les différentes formes d'arythmie, malgré l'importance qu'il attache à toutes les méthodes modernes, on sent que la clinique le préoccupe par dessus tout et que toutes ces nouveautés doivent plutôt confirmer le diagnostic clinique et non l'infirmier si le médecin a pris le soin de grouper les symptômes et de leur attribuer leur véritable signification.

Que notre collègue nous permette d'adhérer vivement à cette opinion, que nous soutenons ici depuis longtemps. Nous reconnaissons volontiers que tous ces appareils sont très utiles au médecin des hôpitaux qui poursuit des recherches; mais nous ne devons pas exiger d'eux plus qu'ils ne peuvent donner. Corvisart s'élevait contre la fâcheuse conception des formules mathématiques, en médecine. Potain et Traube ont essayé de s'exprimer dans un langage accessible à tous. Lian pense ainsi. Son maître Vaquez appuie cette opinion de sa haute autorité, en discutant la valeur du soulèvement T dans le complexe Q.R.S.T.

Il ne croit pas que les modifications signalées dans les différentes dérivations soient spécifiques parce que ces altérations sont provoquées par des causes très diverses. "Tant que l'on n'aura pas fait le départ de ces divers éléments, dit-il, il sera impossible de tirer des conclusions définitives de la forme du complexe ventriculaire et de la relation avec le mode de fonctionnement du cœur."

Ce qui importe, c'est de dépister le fléchissement du cœur au début. C'est ce que nous pouvons faire aujourd'hui, grâce à la radioscopie qui précise les diamètres des ventriculaires et à l'électrocardiographie qui localise le défaut de la cuirasse.

Ce court aperçu indique déjà l'intérêt que peut susciter la lecture de ce premier volume.

Mon distingué collègue a fait là un travail considérable et consciencieux que nous admirons et dont nous le félicitons.

Le traitement n'a pas été négligé.

Tour à tour la digitaline, la ouabaïne et autres médicaments cardiaques sont étudiés à fond.

Nous savons tous que le maniement de ces drogues est difficile, à cause, trop souvent, de l'insuffisance de nos méthodes d'investigation dans l'étude des syndromes d'encombrement vasculaire progressif, d'encombrement aigu de la circulation pulmonaire et de surcharge ventriculaire gauche ou droite.

Toute la pathologie du cœur est ainsi passée en revue.

Le second volume est entièrement consacré à l'étude des affections de l'aorte, des artères et des veines précédée d'un chapitre très documenté sur la Pression Artérielle et les instrumentations si variées du sphygmanomètre et de l'oscillomètre.

La dernière partie est consacrée au traitement des varices par la méthode sclérosante accompagnée de figures explicatives.

Ceux qui lisent peu les journaux de médecine trouveront grand profit à lire certains chapitres se rapportant à des cas particuliers. Les plus ambitieux liront les volumes, à petite vitesse, afin de connaître le dernier mot de la pathologie du cœur, mieux étudiée qu'autrefois, mais encore trop peu connue des praticiens, bien qu'elle soit accessible à tous.

J'adresse à mon éminent collègue, avec mes félicitations, mes regrets de limiter l'espace à une œuvre aussi considérable, mais les lecteurs combleront ce vide.

ALBERT LESAGE.

II.—SEMEIOLOGIE URINAIRE (1)

Voici un livre canadien écrit par un jeune chirurgien de talent, que tous les médecins doivent lire et méditer.

Dans la préface, le professeur G. Marion, de Paris, son maître, s'exprime ainsi :

... "Celui qui veut connaître à fond la pathologie d'un organe doit avant tout posséder à fond la séméiologie, c'est-à-dire la valeur des symptômes provoqués par les maladie de cet organe. Si tant d'erreurs sont commises journellement à propos de cas parfois très simples, cela provient de ce que l'on ignore totalement les affections qui peuvent provoquer les symptômes qu'occupe le malade."

L'auteur a cru opportun d'écrire ce livre "parce qu'on ne trouve, dit-il, en urologie aucun ouvrage spécial de séméiologie où le médecin puisse trouver les principes de son éducation dans les maladies des voies urinaires".

Il a voulu combler cette lacune en publiant un livre "conçu dans un esprit très simple en n'y apportant que des faits dépourvus de discussions historiques et pathogéniques capables d'obscurcir le sujet".

L'auteur s'efforce d'illustrer aussitôt ce plan en étudiant quelques syndromes.

Ainsi, une étude très brève de l'hématurie nous permet d'en distinguer l'origine par l'épreuve des trois verres: *ré nale*, *vésicale*, *cervico-prostatique*.

On retrouve le même plan dans l'étude de la *pyurie*.

La *bactériurie* est un chapitre important auquel on attache trop peu d'importance: essentielle ou par *élimination*, l'on sait l'influence des infections à distance (constipation, grossesse) favorisant la pénétration des coli-bacilles dans les vaisseaux lymphatiques et secondairement dans l'appareil urinaire.

Puis viennent les chapitres de la chylurie, phosphaturie, oxalurie.

A propos de l'azoturie nous y lisons des remarques très appropriées sur le dosage de l'urée dans le sang, la Constante d'Ambard et la Phénol-Sulfone-Phtaléine.

Cette première partie se termine par une étude clinique sommaire de l'*infection urinaire* et de la *polyurie*.

(1) Par le Dr Oscar Mercier, jr, Chargé du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Legrand, éditeur. Paris 1927.

Le chapitre suivant est une étude abondamment illustrée concernant les ombres en radiographie urinaire, pyélographie et cystoradiographie.

La plupart de ces planches ont été recueillies dans le service de Marion. Quelques-unes sont personnelles.

Puis vient l'examen des urines divisées avec son interprétation. L'auteur arrive ainsi à proposer des formules de reins sains et de rein pathologique: tuberculose rénale, pyélonéphrite, pyonéphrose, hydronéphrose, cancer du rein, reins polykystiques. Le médecin reçoit, en les lisant, une directive très utile pour le diagnostic et le traitement.

C'est ainsi que les douleurs rénales et urétérales sont étudiées avec soin à propos des gros reins, des hydronéphroses, des fistules lombaires, de l'anurie, etc.

Puis, tour à tour défilent sur l'écran séméiologique la miction impérieuse, la pollakyurie, la cystite, la pneumaturie et tous les caractères spéciaux des urines arythmiques: arrêt du jet, incontinence, dysurie, rétention.

L'auteur étudie ensuite le prostatisme accompagné de son cortège de symptômes confus où le médecin doit appeler les lumières de la cystoradiographie. Nous voyons défiler un grand nombre de figures en couleurs qui illustrent le texte et éclairent le diagnostic.

Il m'est impossible de détailler ce chapitre important où l'abondance des figures le dispute à la beauté et à la perfection du coloris.

Le dernier chapitre est consacré aux affections de l'urètre chez l'homme et chez la femme.

Cette analyse sommaire ne rend pas justice au livre, il faut le lire et le consulter.

J'y engage tous les médecins soucieux de leur devoir envers leurs malades.

Ce livre est écrit autant pour les praticiens, qui sont les plus nombreux, que pour les maîtres qui désirent vulgariser cet enseignement.

Je ne saurais mieux faire, en terminant, de me retrancher derrière l'opinion du Professeur Marion, son Maître et le nôtre à tous.

... "Je suis heureux, dit-il, de voir un de mes élèves, et l'un des meilleurs, écrire ce livre de séméiologie urinaire où l'on retrouve un

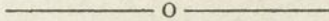
reflet de mon enseignement. Il l'a écrit de façon précise, claire, exacte, complétant son texte par de nombreux schémas, etc...

"Je suis certain que tous ceux qui le liront en tireront le plus grand profit."

Il n'est pas superflu que je félicite le jeune auteur — l'un de nos élèves les plus brillants — de l'effort qu'il vient d'accomplir et du succès que son livre a déjà obtenu en France.

"...La valeur n'attend pas toujours le nombre des années."

ALBERT LESAGE.



INSTITUT SCIENTIFIQUE FRANCO-CANADIEN

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Par Monsieur le Professeur EMILE SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine—Professeur à la Faculté de Paris.

LEÇON D'OUVERTURE, lundi le 3 octobre à 11 hrs a.m.

Sujet:

LES METHODES D'EXPLORATION DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Donnée dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine

LEÇONS THEORIQUES

Les lundi, mercredi et vendredi à 5 hrs p.m. à la Faculté,
à partir du 10 octobre.

PROGRAMME

- 1° Dilatation des bronches: Diagnostic et traitement.
- 2° Dilatation des bronches: Diagnostic et traitement.
- 3° Suppurations broncho-pulmonaires.
- 4° Suppurations broncho-pulmonaires.
- 5° Tuberculose lobaire et scissurites tuberculeuses.
- 6° Tuberculose lobaire et scissurites tuberculeuses.
- 7° Indépendance cinématique des lobes pulmonaires.
- 8° Le diaphragme dans le pneumothorax.
- 9° Insuffisance surrénale.

LEÇONS CLINIQUES

Les cliniques du Professeur Emile Sergent auront lieu le matin à 10 heures a.m. dans les divers hôpitaux aux jours suivants :

Hôpital Notre-Dame: les lundis, mercredis, vendredis, 10, 12, 14, 17, 19, 21 octobre.

Hôtel-Dieu: les lundis, mercredis, vendredis, 24, 26, 28, 31 octobre, et 2 et 4 novembre.

Hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville: mardi et mercredi 4 et 5 octobre, et les mardis, jeudis et samedis, 11, 13, 15, 18, 20, 22 octobre.

Institut Bruchési: les mardis, jeudis et samedis 25, 27, 29 octobre et 3 et 5 novembre.

Les médecins sont cordialement invités à toutes les cliniques.

Les étudiants seront admis aux cliniques de Notre-Dame et de l'Hôtel-Dieu seulement.

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIXe Congrès Français de Médecine

PARIS, du Mardi 11 au Samedi 15 Octobre 1927

Président: Professeur Pierre Teissier
Vice-Présidents: Professeurs Ch. Achard, F. Bezançon, Médecin-Inspecteur C. Dopter, Docteur E Rist
Secr-taire Général: Docteur M. Chiray — Adjoint: Docteur P. Gastinel
Trésoriers: C. Lian, P. Masson, éditeur.

Monsieur et très honoré Confrère,

Le Bureau du XIXe Congrès Français de Médecine a l'honneur de porter à votre connaissance que le congrès se réunira à Paris, du mardi 11 au samedi 15 octobre prochain. (Des nécessités impérieuses ont obligé le comité à retarder d'un jour l'ouverture du congrès, primitivement fixée au lundi 10 octobre.) Il sollicite vivement votre adhésion.

Le mardi, le mercredi et le jeudi seront consacrés à l'exposé et à la discussion des rapports ainsi qu'aux cérémonies traditionnelles: Séance solennelle d'ouverture, réception à l'Hôtel-de-Ville, réception par le président du congrès. Il est décidé en principe que le vendredi une excursion sera faite aux champs de bataille de l'Aisne pour se terminer à Rethondes, au carrefour de l'Armistice, et qu'une visite et une réception seront organisées à la cité universitaire le samedi matin.

Un comité s'étant constitué en vue de célébrer le centenaire du grand savant Villemin et sa géniale découverte de l'inoculabilité de la tuberculose, les journées du "Centenaire de Villemin" suivront, dès le 14 octobre et jusqu'au 17, celles qui sont consacrées au congrès. Les deux comités ont été d'accord pour établir une liaison étroite entre ces deux manifestations.

RAPPORTS

1.—Sémiologie des septicémies médicales

Rapporteurs:

- MM. P. Gastinel et J. Reilly (de Paris): **Sémiologie générale de l'état septicémique.**
M. P. de Vezeaux de Lavergne (de Nancy): **Formes cliniques des septicémies aiguës spécifiques à virus connus ou inconnus.**
MM. F. Arloing, P. Dufourt (de Lyon) et L. Langeron (de Lille): **Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques.**

II.—Physio-pathologie des oedèmes

Rapporteurs :

- MM. E. Aubel et P. Mauriac (de Bordeaux): **Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des oedèmes.**
- M. P. Govaerts (de Bruxelles): **Rôle des propriétés physico-chimiques des protéines dans la pathogénie des oedèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire.**
- MM. Pasteur Vallery-Radot et P. Nicaud (de Paris): **Les oedèmes brightiques.**

III.—Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie

Rapporteurs :

- MM. N. Fiessinger et P. L. Brodin (de Paris): **La splénectomie dans les processus hémolytiques.**
- MM. A. Nanta (d'Alger) et J. Tapie (de Toulouse): **La splénectomie dans les processus anémiques: Anémies parasitaires et infectieuses (A. Nanta); Anémies pernicieuses et leucémies (J. Tapie).**

Les rapports actuellement à l'impression seront envoyés au mois de juillet 1927. Les membres adhérents pourront ainsi en prendre largement connaissance et s'inscrire à temps pour toutes communications relatives aux sujets des rapports. Pour recevoir les volumes de ces rapports, les futurs Membres du Congrès sont priés d'envoyer le plus tôt possible leur bulletin d'adhésion et le montant de leur cotisation.

REGLEMENTS DU CONGRES

I.—Membres du Congrès

Article 9.—Les membres adhérents de chaque congrès comprennent:
1° De droit les membres de l'association des médecins de langue française;
2° Sous réserve d'acceptation par le bureau du présent congrès, les médecins et les savants qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part. La cotisation pour les membres adhérents est fixée à 50 francs.

Article 11.—Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents peuvent être admis comme Membres associés du congrès et paient une cotisation de 25 francs.

Article 12.—Tous les membres adhérents prennent part au même titre aux travaux du congrès et en reçoivent les publications. Les membres permanents de l'association possèdent seuls le droits de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions.

Les membres associés ont droit à tous les avantages du congrès, exception faite des publications et des facilités de transport.

II.—Rapports et communications

Article 6.—L'exposé des rapports ne devra pas dépasser vingt minutes. La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser dix minutes.

Article 7.—Le texte des communications ou des observations présentées au cours des discussions devra être remis aux secrétaires à la fin de la séance.

Afin d'assurer une discussion large et méthodique, discussion qui sera réglementée par les présidents nommés pour la diriger, le comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concerne pas exclusivement les questions faisant l'objet des rapports. Les demandes de communications, mentionnant le titre choisi, devront être adressées au secrétaire général du congrès avant le 1er août. Ce délai passé, il ne pourra plus être tenu compte d'aucune demande analogue. Il serait souhaitable qu'un résumé dactylographié soit adressé par avance au comité. Les membres adhérents qui feront cet envoi seront inscrits les premiers pour la discussion.

Inscriptions

Les membres adhérents sont priés de remplir le bulletin à cet effet.

Ils devront y faire figurer, avec l'indication du degré de parenté, les personnes de leur famille qu'ils désireraient faire inscrire comme membres associés.

Le bulletin accompagné du montant de la cotisation (membres adhérents 50 francs, membres associés 25 francs) devra être adressé à M. Pierre Masson, éditeur, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris-VIe, par chèque ou versement à la poste au compte-courant de chèques postaux No 599, Paris.

Facilités de transport

Les membres adhérents du congrès bénéficieront, de la part des Compagnies de Chemins de fer français, de l'avantage suivant: Ils paieront le tarif plein à l'aller, mais auront la gratuité du voyage de retour de Paris à la gare d'où ils seront partis, pour se rendre au congrès. La validité de ces billets sera pour l'aller du 8 au 17 octobre inclus, pour le retour du 11 au 20 octobre inclus. Cet avantage n'est pas accordé aux membres associés.

Des réductions de tarif ont été également demandées aux grandes compagnies de navigation, qui ont bien voulu les accueillir avec la plus sympathique bienveillance. Il est en outre probable que certaines facilités seront accordées par le ministère des affaires étrangères aux congressistes originaires des pays à change déprécié.

Les adhérents français au XIXe congrès français de médecine sont avisés qu'à l'occasion de ce congrès et du centenaire de Villemin, des démonstrations techniques intéressant les médecins militaires de l'active

et de la réserve seront organisées. Les médecins de réserve qui assisteront à ces démonstrations seront considérés comme accomplissant une période d'instruction et auront ainsi droit au tarif militaire sur les chemins de fer français. Pour bénéficier de cette faveur, il leur suffira de s'adresser au comité d'organisation du centenaire de Villemain (direction du service de santé du ministère de la guerre, 66, rue de Bellechasse, Paris).

Renseignements généraux

Pendant la durée du congrès, se tiendra une exposition de journaux et de livres médicaux, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de produits pharmaceutiques et diététiques. Cette exposition sera complétée par celle que le comité du centenaire de Villemain doit organiser. Le détail des fêtes, des réceptions et excursions du congrès sera donné ultérieurement.

La réception de la famille des congressistes, femme et enfants, sera confiée aux soins d'un comité de dames.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la permanence du bureau du congrès, salle Bécлар, à la faculté de médecine de Paris, 12, rue de l'École-de-Médecine, "bureau de l'association pour le développement des relations médicales avec l'étranger" A. D. R. M., ou à M. le docteur M. Chiray, secrétaire général du congrès, 14, rue Pétrarque, Paris-XVIIe, ou à M. le docteur Lian, trésorier, 19, rue de Bourgogne, Paris-VIIIe.

— o —

Société de Médecine Publique et de Génie Sanitaire

Congrès International d'Hygiène et Cinquantenaire de la Société de Médecine Publique (Paris, Institut Pasteur, 25-28 Octobre 1927)

Sous le haut patronage de M. Gaston Doumergue, Président de la Rép.

Présidents d'honneur :

M. le docteur Roux, Directeur de l'Institut Pasteur

M. le professeur Roger, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Un Congrès international d'Hygiène se tiendra à Paris du 25 au 28 octobre 1927 sous la présidence de M. le professeur Léon Bernard, Directeur de l'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et du Comité d'Hygiène de la Société des Nations.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

Relations des assurances sociales et de la Santé publique. Rapporteurs: MM. Kuhn (Copenhague), Holtzmann (Strasbourg), Briau (Paris).

Facteurs de recrudescence de la variole dans le monde et moyens de les combattre. Rapporteurs: MM. les professeurs Ricardo Jorge (Lisbonne), Jitta (La Haye) et Camus (Paris).

L'Hygiène des Camps d'Instruction, rapport par M. le Médecin-Inspecteur Sacquepée, professeur à l'École d'Application du Val-de-Grâce.

Des conférences seront faites, notamment par M. le professeur Madsen, Président du Comité d'Hygiène de la Société des Nations (Organisation internationale de l'Hygiène), par M. le professeur Nuttall, professeur à l'Université de Cambridge (Les relations de la Parasitologie et de l'Hygiène) et par M. le professeur Ottolenghi, professeur d'hygiène à l'Université de Bologne (Quelques aspects de la question des vitamines du point de vue de l'hygiène).

Des visites concernant l'hygiène seront organisées, des films scientifiques seront projetés.

Une exposition d'hygiène, strictement technique, aura lieu à l'Institut Pasteur.

M. le Président de la République fera l'honneur aux Congressistes et à leur famille de les recevoir dans les salons de l'Élysée. Deux autres réceptions auront lieu, l'une à la Faculté de Médecine, l'autre à l'Institut Pasteur.

Un banquet par souscription terminera le Congrès.

Seules seront admises les communications qui auront trait aux sujets des rapports énumérés ci-dessus et dont le titre nous sera parvenu avant le 1er septembre 1927. Elles ne devront pas avoir plus de six pages (pages de 39 lignes de 52 lettres) et leur exposé ne pourra durer plus de dix minutes.

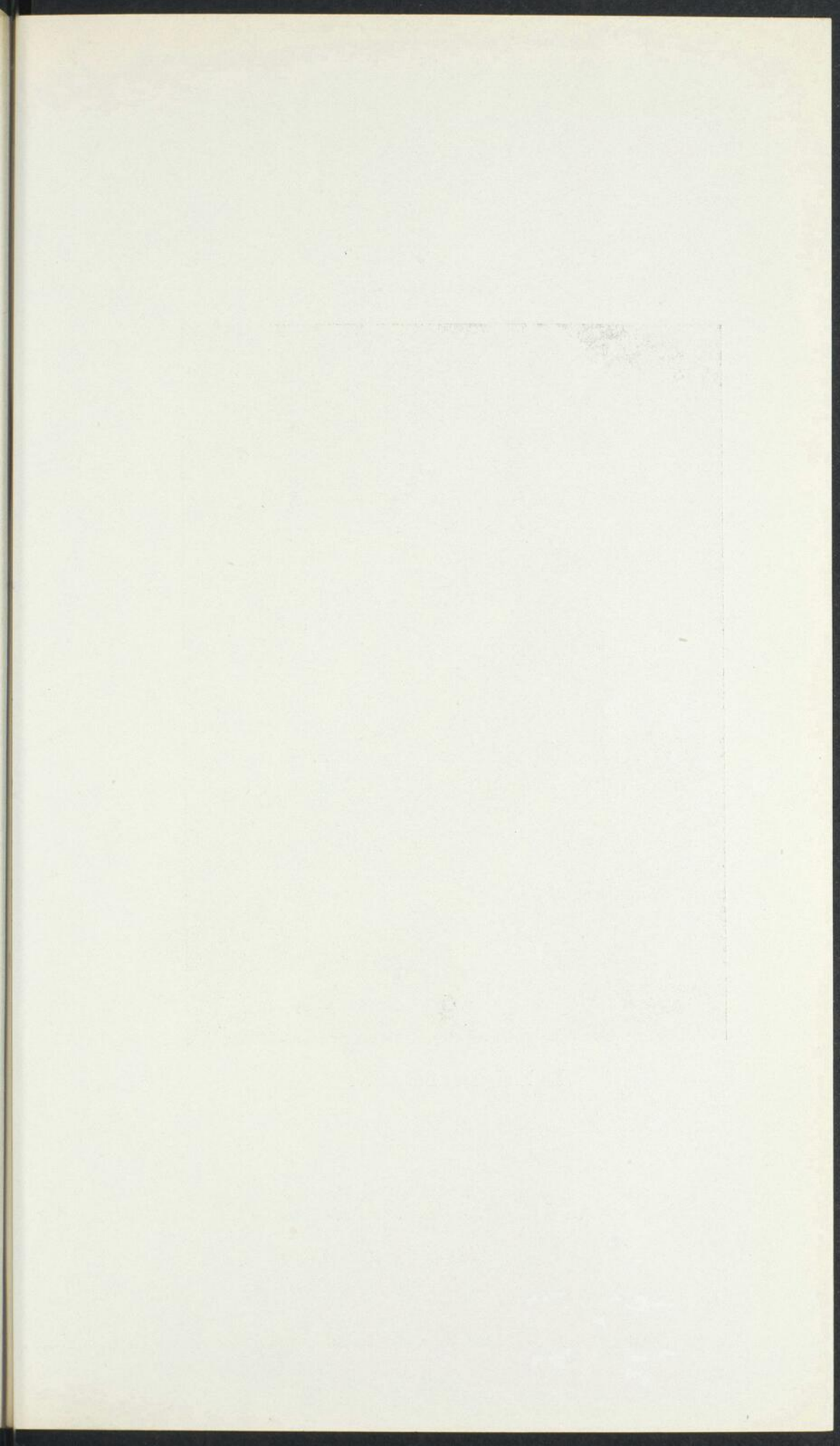
L'inscription au Congrès est gratuite pour les Membres de la Société de Médecine publique. Elle coûtera pour les autres Congressistes une somme allant de 40 francs (Congressistes français), à 60 francs (Congressistes étrangers, frais postaux).

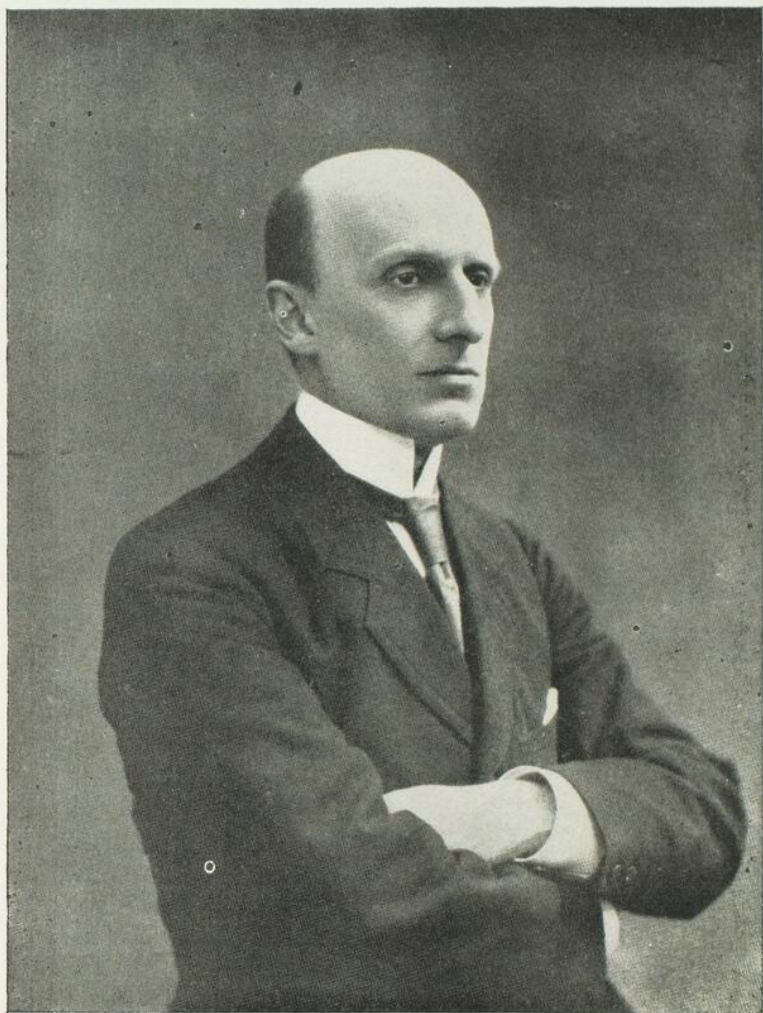
Les inscriptions sont reçues: pour le Congrès, par M. Dujarric de la Rivière, Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur, 26, rue Dutot, Paris (XVe), et pour l'Exposition, par le Comité français des expositions, 42, rue du Louvre, Paris.

— o —

"La Revue Moderne", édition de septembre, offre maintenant sa jolie toilette aux regards de tous les passans dans les meilleurs dépôts de journaux et livres. Une délicieuse couverture nous apporte le tableau d'une jolie jeune fille qui a arboré le costume de Musette et le porte avec un charme mutin. Le sommaire, bien composé comme à l'ordinaire, se lit ainsi: "Nos littérateurs d'hier et d'aujourd'hui", Madeleine; "Le Mal d'Amour" (poésie), Emile Nelligan; "Le Petit Café Maure", Reflet d'Orient; "Nous vivrons de belles heures", Luc Aubry; "Quelques Notes", Jacques Hardy; "L'art d'embellir la vie", Gabrielle Langelier; "Ce que Luc Aubry veut savoir", Un groupe; "Le Canada honore Wilfrid Laurier", Mackenzie-King; "Une jolie Dame vint me voir", Gérard d'Houville; Romans: "Le Mariage de Chiffon" (complet), Gyp; "La Rose Effeillée" (suite et fin), Gem. Moriaud; Fémina: "Le Courrier", Madeleine; "Modes et Travaux Féminins"; "Essais graphologiques", Pierre Lumen; "Comment élever nos bébés", Dr Pironneau; "Choses Féminines", Soeur Marthe; "Prix en Argent pour tous!".

"La Revue Moderne" devient de plus en plus intéressante, et sa lecture est vivement recherchée par tous ceux qui aiment la bonne et saine littérature et apprécient la belle tenue de cette publication du terroir. En vente partout au prix modique de vingt-cinq sous.





Le Professeur SERGENT