Tome LIX No 11 Novembre 1930

MÉMOIRES

DU PIED BALLANT PARALYTIQUE

J. E. SAMSON.

Il arrive qu'un enfant atteint de paralysie infantile puisse heureusement s'en tirer sans séquelles; mais par contre un grand nombre des victimes de ce terrible fléau restent avec une paralysie d'un groupe plus ou moins important de muscles qui peut être la cause de déformations ultérieures.

De toutes les parties du squelette, le pied est de beaucoup le plus souvent intéressé; les statistiques de tous les auteurs s'accordent sur ce point sans en donner d'explication.

Les déformations du pied provenant de la poliomyélite antérieure peuvent être multiples, étant donné la distribution irrégulière de la paralysie qui peut frapper certains muscles en respectant leurs proches voisins et, dans un même muscle, certaines fibres tandis que d'autres restent saines. Cependant au pied, la paralysie atteint souvent un groupe de muscles à l'exclusion des autres.

Le but de ce travail est d'exposer brièvement la question du pied ballant et son traitement. Les autres déformations — pied varus talus équin et creux — seront exposées dans d'autres articles subséquents.

La paralysie complète ou incomplète de tous les muscles de la jambe donne naissance à un pied ballant.

Dans la paralysie complète tous les muscles sont atrophiés, ayant subi une dégénérescence graisseuse et perdu tout pouvoir de contractilité; alors le pied est flasque comme un fléau, tout mouvement actif est perdu mais la mobilité passive est exagérée en tout sens.

L'attitude du pied varie suivant que le patient est au repos ou à l'état de marche. Au repos il se met en équinisme par son propre poids; debout il a une légère tendance au valgus.

La marche au début n'est pas trop gênée, la chute du pied qui traîne sur le sol oblige le patient à lever la jambe plus haut pour faire le pas, le pied prend contact avec le sol en position normale. Après un certain temps les ligaments n'étant plus soutenus par le tonus musculaire se relâchent, de sorte que l'étendue des mouvements passifs augmente graduellement au point de diminuer la solidité du pied et la sûreté de la marche.

Il arrive fréquemment qu'une déformation secondaire se produise; elle est différente suivant que la paralysie n'intéresse que le pied et permette par conséquent la marche, ou qu'elle s'étende à un groupe important de muscles empêchant le patient de marcher.

Dans le premier cas la déformation se produit en valgus parce que le calcanéum verse en dedans sur sa face interne lorsqu'il porte le poids du corps sans être soutenu par les muscles. L'exagération de cette première déformation peut donner un pied plat. — 2°.— Lorsque le patient ne peut marcher, le pied n'appuie plus sur le sol et celui-ci est soumis non plus au poids du corps, mais à son propre poids auquel s'ajoute celui des couvertures; la déformation se produit alors en équinisme avec tendance au varus. La station prolongée dans la même position peut fixer les articulations définitivement en varus équin.

Dans le cas de paralysie incomplète ou de parésie les muscles conservent un certain degré de contractilité mais insuffisant pour assurer le fonctionnement normal musculaire; certains groupes de muscles peuvent demeurer dans cet état pendant longtemps s'il existe une cause mécanique s'opposant à l'accomplissement de leur fonction normale. Ainsi l'on verra fréquemment un pied ballant parésié se déformer secondairement en équinisme parce que les muscles du mollet plus solides que les extenseurs, le bras de levier étant plus court, récupèrent plus facilement leur tonicité; le tendon d'Achille ne rencontrant plus la résistance des antagonistes se rétracte; par ailleurs les extenseurs qui avaient un certain pouvoir de contraction se trouvent gênés par cette résistance sans cesse croissante; surdistendus continuellement ils sont voués à une atrophie qui persistera aussi longtemps que la cause mécanique existera.

TRAITEMENT.

La question du traitement se pose différemment suivant que la paralysie est récente ou ancienne et suivant l'âge du patient.

Dans la phase du début, massage léger, bain chaud, enveloppement chaud, prévenir les déformations, mobilisation passive et active, si possible, constitue toute la thérapeutique. Il est à conseiller de faire porter un appareil amovible qui empêchera la chute du pied. La marche doit être reprise le plus tôt possible afin d'améliorer la circulation. — L'électrisation est aussi un bon adjuvant lorsqu'elle est faite par un expert en la matière; autrement elle est plutôt nuisible et dangereuse.

Après avoir reçu ce traitement pendant une période de deux ou trois ans, si le pied est encore ballant et si le patient a atteint l'âge de 6 à 8 ans il convient alors de chercher une solution définitive, valable pour toute la vie du malade.

Comme il a été mentionné plus haut, le pied ballant est compatible avec la marche si les articulations restent solides, mais il arrive fréquemment qu'elles cèdent. Le pied ballant tend alors à se déformer en valgus. Pour prévenir cette déformation l'usage d'une chaussure de pied plat avec semelle surélévée en dedans est une bonne précaution.

Le but du traitement définitif est de relever la pointe du pied et d'empêcher la déviation en valgus. Pour obtenir ce résultat un grand nombre d'opérations ont été proposées et essayées sur ce sujet. Aujourd'hui cette question est définitivement réglée.

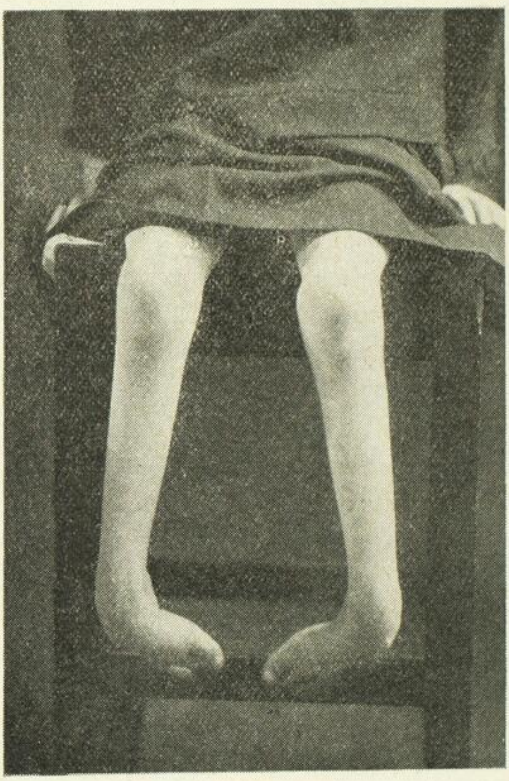
Si la paralysie est incomplète avec rétraction du tendon d'Achille, la section de ce tendon suffit fréquemment à faire disparaître la paralysie des extenseurs en leur donnant leur liberté d'action. Un très grand nombre de chirurgiens conseillent l'allongement en Z plutôt que la simple ténotomie. J'ai personnellement fait plus de deux mille sections sous-cutanées sans avoir eu d'ennuis subséquents.

Il est à conseiller d'immobiliser au moyen d'un plâtre le pied en rectitude pendant une période variant de trois à quatre semaines, et ensuite de soumettre ce pied à la physiothérapie; s'il reste quand même ballant, il faut alors lui appliquer le traitement de la paralysie totale.

Ténodèses pan-arthrodèses — astragalectomie et arthrodèses ont été utilisées pour ces cas.

Les ténodèses sont aujourd'hui complètement abandonnées; les tendons transposés ne présentant aucune action, et ayant subi une dégénérescence graisseuse avancée se laissent distendre facilement et ne peuvent suffire à maintenir le pied à angle droit.

L'indication d'une pan-arthrodèse, c'est-à-dire d'une arthrodèse du cou-de-pied, de la sous astragalienne, de l'astragalo-scaphoïdienne et calcanéo-cuboïdienne est de plus en plus limitée. Elle a l'immense inconvénient d'enlever tout mouvement au niveau du cou-de-pied, ce qui est une cause de gêne à la marche, d'autant plus grande qu'il faut quelquefois avoir recours à l'arthrodèse du genou en face d'un genou ballant. Cette opération est cependant à conseiller lorsque le membre à opérer est plus court que l'autre; la fixation de la tibio-tarsienne en équinisme au degré voulu permettra quelquefois une



Avant l'opération.

démarche plus facile sans qu'il soit nécessaire de porter une chaussure surélevée.

A mon point de vue le choix d'une opération se fera entre l'astragalectomie et l'arthrodèse.

L'astragalectomie remplit les deux conditions du traitement du pied ballant. Elle empêche le pied de tomber et corrige l'attitude du valgus; elle permet un mouvement assez étendu au niveau de la tibio-tarsienne pour favoriser une démarche facile sans boiterie apparente.

Le Dr Royal Whitman, de New York, le premier, a préconisé l'astragalectomie pour déformation du pied talus, puis ensuite à étendu l'application de ce procédé au pied ballant. Il se proposait de prévenir la chute du pied en le faisant glisser d'avant en arrière, il ne s'occupait peu du mouvement qu'il pouvait obtenir.

J'ai pensé qu'il y aurait peut-être moyen, en modifiant légèrement la technique, de gagner un mouvement plus étendu. Au moment de

Après l'opération.

replacer le pied astragalectomisé dans la mortaise tibio-péronière, j'ai remarqué que le scaphoïde venait buter contre la poulie tibiale formant un vrai blocage osseux. Alors j'enlevai la moitié supérieure du scaphoïde et quelquefois même tout le scaphoïde, les nouvelles facettes articulaires taillées sur le calcanéum-cuboïde et scaphoïde étaient ensuite polies soigneusement, puis le reste de l'opération fait suivant la technique précise de son auteur. Cette petite modification m'a permis d'augmenter l'amplitude de flexion passive du pied sur la jambe.

J'ai opéré 288 patients suivant ce procédé et ai obtenu des résultats fort satisfaisants pour le patient et encourageants pour le chirurgien. Sur ce nombre 27 ont subi l'ablation des deux astragales et marchent sans boiterie apparente. Le seul inconvénient de cette méthode est le raccourcissement variant d'un quart à un demi-pouce qu'elle détermine; inconvénient d'autant plus grave que le membre paralysé est déjà quelquefois plus court que l'autre; il faut alors recourir à un autre procédé de choix qui est l'arthrorise.

L'arthrorise a été exécutée la première fois par le Dr Campbell de Memphis, Tennessee. Cette intervention consiste à prévenir les déviations latérales en pratiquant l'arthrodèse des articulations astragalo-scaphoidienne et sous-astragalienne. La chute du pied est prévenue en interposant un nombre suffisant de greffons tibiaux entre le calcanéum et la face postérieure de l'extrémité inférieure du tibia. Ces greffons faisant corps avec le calcanéum après un certain temps appuient sur le tibia au moment où le calcanéum remonte, ce qui prévient la chute du pied. Je n'ai l'expérience que d'un cas opéré suivant ce procédé, le résultat a été très bon.

Les Américains utilisent fréquemment cette méthode au cours de l'intervention du pied ballant.

En 1924 le professeur Nové-Josserand de Lyon réalisa une modification fort heureuse de l'opération de Campbell. Elle consiste à utiliser la face supérieure du calcanéum comme greffon; la prise du greffon est très simple au lieu d'enlever seulement le cartilage, l'on taille à l'aide d'un ostéotome large un lambeau osseux de forme triangulaire sans en libérer la base — l'on fait bailler suffisamment pour permettre l'introduction du greffon à pedicule à la face postérieure du tibia.

L'immobilisation absolue dure deux mois; ensuite l'on peut faire marcher le patient en lui conseillant de s'aider de béquilles. Six mois après l'opération le patient marche habituellement sans appareil et sans appui.

BIBLIOGRAPHIE

Campbell. — "Bone block operation for drop foot" The Journal of Bone and Joint Surgery, p. 317, 1930.

Noré-Josserand. — "Arthrodese of the foot". The Journal of Bone and Joints Surgery, p. 261, 1928.

Witman. — "Orthopædic Surgery."

RECUEIL DE FAITS

LEUCÉMIE MYÉLOIDE
et
RADIOTHÉRAPIE.

Albert LeSAGE,
Roméo BOUCHER
A. LAFLEUR interne.

OBSERVATION CLINIQUE

Cette observation a pour but de démontrer l'importance d'un diagnostic précis lorsqu'il s'agit d'une maladie du sang et, en second lieu, l'action rapide de la radiothérapie dans certaines formes de leucémie.

Nous savons, depuis les travaux de Bennett et de Virchow, que les leucémies sont caractérisées à la fois par des symptômes hématologiques et cliniques. Elles diffèrent cependant entre elles soit par leur formule hématologique, soit dans leur évolution, soit dans leur traitement. Il importe donc de préciser le diagnostic dans chaque cas afin de prescrire le traitement le plus efficace.

Nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment, à l'hôpital Notre-Dame, un cas de leucémie où le traitement a été efficace, et que nous avons pu suivre chaque jour, grâce à des analyses hématologiques fréquentes nous permettant d'assister à l'évolution rapide vers une guérison qui, nous l'espérons, sera prolongée sinon définitive.

Observation. — Louise A., 36 ans, est admise à l'hôpital le 3 juillet 1930, pour une voussure de l'hypocondre gauche, accompagnée d'une sensation de lourdeur, de douleur lancinante et de gêne surtout durant l'inspiration. Ce malaise est plus accentué durant l'heure qui suit le repas. Il y a quelques mois, elle aurait été forcée de séjourner au lit durant une quinzaine de jours, avec fièvre oscillant entre 101 et 104. En mai dernier, après une période d'accalmie assez prolongée, elle est reprise des mêmes troubles, avec fièvre vespérale, dyspnée, toux sèche et persistante. Elle est admise à l'hôpital Notre Dame dans cet état.

L'examen général de la malade nous permet de noter les signes suivants: amaigrissement assez prononcé; du subictère des conjectives, la décoloration des tissus, l'anémie avec la pyorrhée alvéolo dentaire, quelques râles à la base des deux poumons en arrière, plus gros du côté gauche; un souffle systolique à la pointe. L'abdomen est tendu, il y a un peu de tympanisme. Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigts, il mesure 19 centimètres sur la ligne axillaire. La rate est percutable, grosse, étalée, plongeant dans le flanc gauche, mesurant plus de 18 centimètres sur la ligne axillaire. Rien de particulier du côté des membres.

En présence des principaux symptômes que nous venons d'énumérer, à savoir, anémie, hypertrophie du foie et de la rate, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un cas de maladie du sang, leucémie myéloide, leucémie lymphatique, leucémie aiguë, anémie pernicieuse. Seule la formule sanguine pouvait nous permettre de préciser le diagnostic.

L'examen du sang pratiqué le 7 juillet 1930, donne la formule suivante :

Globules rouges	2,412,000
Globules blancs	438,500
Hémoglobine	60 %
Valeur globulaire	1.
Polynucléaires	51 %
Mononucléaires	42 %
Lymphocytes	4 %
Eosinophiles	3 %

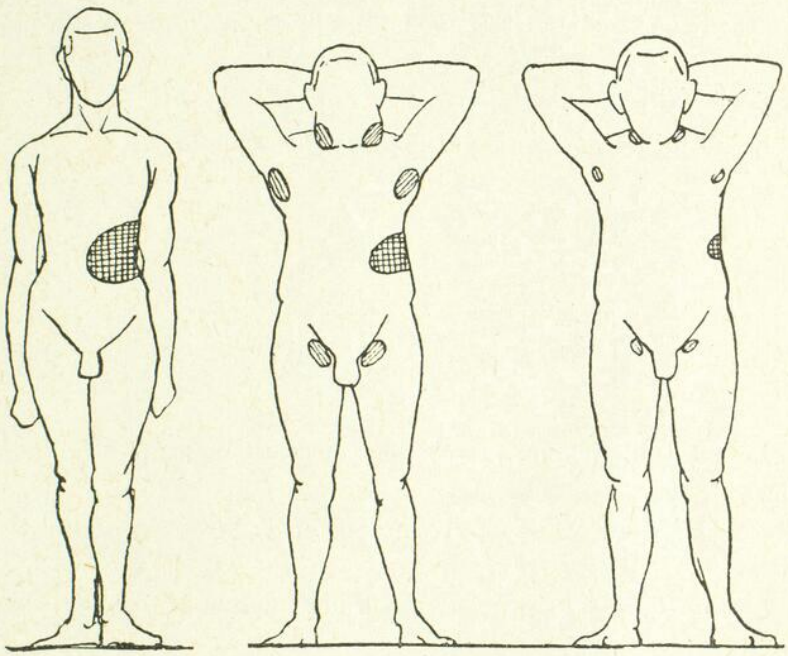
Gl. rouges nucléés.
Nombreux myélocytes.

Si, à côté de cette formule globulaire impressionnante, nous plaçons la formule normale du sang, il est facile de savoir ce qui les distingue.

Globules rouges	5,000,000
Globules blancs	7,000
Hémoglobine	90 %
Polynucléaires	66 %
Mononucléaires	33 %
Eosinophiles	1 %

Inutile d'ajouter que nous ne rencontrons pas à l'état normal de globules rouges nucléés, ni de myélocytes.

L'augmentation énorme du nombre des globules blancs, la présence, en grande abondance, d'éléments qui, à l'état normal, restent cantonnés dans la moelle osseuse, tels que myélocytes éosinophiles, neutrophiles et basophiles accompagnés de globules rouges nucléés et déformés, nous permettaient de faire le diagnostic de leucémie myéloide.



I—*Leucémie myéloïde.* Splénomégalie; peu ou pas d'adénopathie.
II—*Leucémie lymphatique.* Splénomégalie peu marquée; adénopathies généralisées.
III—*Leucémie aiguë.* Splénomégalie et adénopathies très peu marquées.

Nous pourrions discuter, s'il était nécessaire, le diagnostic différentiel avec la plupart des maladies du sang, telles que la *leucémie lymphatique.* Mais si l'on veut bien se rappeler que la leucémie lymphatique est caractérisée surtout par des adénopathies multiples et progressivement croissantes, par une prédominance extraordinaire des lymphocytes et une évolution chronique fatale, nous serons d'accord pour l'écarter dans un cas comme celui-ci.

L'anémie pernicieuse présente quelques-uns des caractères que nous rencontrons dans cette formule sanguine, tels que la déforma-

tion des globules rouges (poikilocytose), et des globules rouges nucléés. Mais le nombre des globules blancs est normal ou à peine augmenté, rarement il dépasse le chiffre de 10,000. Nous y rencontrons aussi des myélocytes.

Ces caractères distinctifs hématologiques que nous énumérons succintement suffisent pour nous permettre de poser chez notre malade le diagnostic de *leucémie myéloide.*

Mais ce diagnostic ne reçut pas au début toute l'attention qu'il méritait. On s'efforça d'abord de traiter la malade par des stimulants cardiaques et un traitement ferrugineux, jusqu'au 29 juillet.

Le 9 *juillet, première séance de radiothérapie.* (1)

Le 16 juillet la formule sanguine se lit comme suit:

Globules rouges	3,248,000
Globules blancs	306,250
Hémoglobine	75 %
Valeur globulaire	1.
Polynucléaires	76 %
Mononucléaires	6 %
Lymphocytes	17 %
Eosinophiles	1 %

Le 29 juillet, nous prescrivons un traitement par la radiothérapie.

Le 30 *juillet, la malade reçoit son second traitement.* (2)

L'examen du sang, pratiqué le 5 août, donne la formule sanguine suivante :

Globules rouges	4,760,000
Globules blancs	527,625
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire	0.6
Polynucléaires	68 %
Mononucléaires	28 %
Lymphocytes	5 %
Eosinophiles	3 %

Myélocytes nombreux.
Globules rouges nucléés.

Le nombre des globules rouges a augmenté ainsi que celui des globules blancs. Parmi ceux-ci, le nombre des polynucléaires est passé de 51 à 68%, et les mononucléaires de 42 à 28%.

(1) 1000 R.
(2) 800 R.

Le 18 août, nouvel examen du sang. Le nombre des globules blancs est descendu à 284,375.

Globules rouges	2,840,000
Globules blancs	284,375
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire	1.
Polynucléaires	50 %
Mononucléaires	41 %
Lymphocytes	8 %
Eosinophiles	1 %

Myélocytes nombreux.

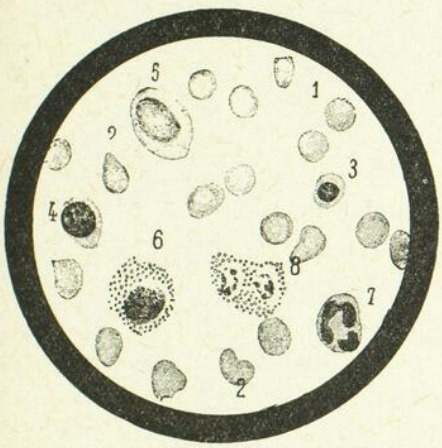


Fig. I Sang de leucémie myéloïde
1) globule rouge normal
2) globules déformées (poïkilocytes)
3-4) globules rouges nucléés
5) mononucléaire normal
6) myélocyte éosinophile
7) polynucléaire neutrophile
8) polynucléaire éosinophile.

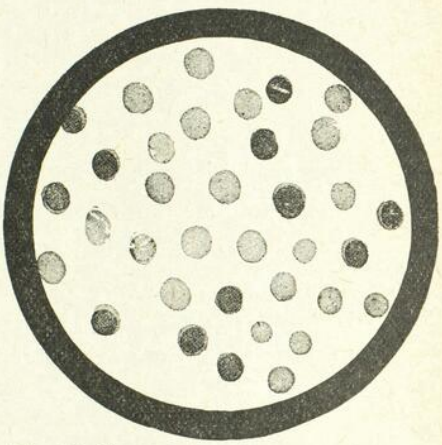


Fig. II Sang de leucémie lymphatique
Mononucléose considérable.

Le 20 *août, la malade reçoit un troisième traitement.* (1)

Le 4 septembre, nous demandons une nouvelle formule sanguine, que voici:

Globules rouges	2,480,000
Globules blancs	21,875
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire	0.9
Polynucléaires	58 %
Mononucléaires	38 %
Lymphocytes	2 %
Poly. éosinophiles	1 %
Mon. éosinophiles	1 %

Présence de myélocytes et de globules rouges nucléés.

(1) 1000 R.

Nous voyons que le nombre des globules blancs, entr'autres, est rendu au chiffre de 21,875, du chiffre initial de 438,500 et de 527,-625. Les éosinophiles sont à 1%.

Le 13 *septembre, elle reçoit un quatrième traitement.* (1)

Le 21 du même mois, nous demandons la formule sanguine, que voici:

Globules rouges	4,200,000
Globules blancs	10,934
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire	0.8
Polynucléaires	83 %
Mononucléaires	7 %
Lymphocytes	7 %
Eosinophiles	5 %

Les globules rouges sont passés au chiffre imposant de 4,200,000, mais les globules blancs sont rendus au chiffre de 10,934.

Nous suspendons la radiothérapie dans la crainte qu'un nouveau traitement provoque une lyse trop considérable de ceux-ci.

Le 1er octobre nous demandons une nouvelle formule sanguine que voici:

Globules rouges	3,100,000
Globules blancs	4,687
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire	1.
Polynucléaires	61 %
Mononucléaires	18 %
Lymphocytes	20 %
Eosinophiles	1 %

Les globules blancs ont atteint le chiffre de 4,687.

Le 6 du même mois, nous demandons une nouvelle analyse afin de nous rendre compte de la réaction leucocytaire. Le chiffre en est légèrement abaissé, il est rendu à 3,125.

Globules rouges	2,824,000
Globules blancs	3,125
Hémoglobine	60 %
Valeur globulaire	1.
Polynucléaires	63 %
Mononucléaires	16 %
Lymphocytes	20 %
Eosinophiles	1 %

(1) 1000 R.

Nous alimentons notre malade, elle est au repos complet. Le 13, nous demandons une nouvelle formule sanguine. La voici:

Globules rouges	3,200,000
Globules blancs	4,687
Hémoglobine	65 %
Valeur globulaire	1.
Polynucléaires	75 %
Mononucléaires	8 %
Lymphocytes	10 %
Eosinophiles	4 %

Les globules blancs ont atteint le chiffre de 4,687; les globules rouges 3, 200,00; les polynucléaires 78%, mais les éosinophiles sont encore à 4%, ce qui n'est pas un chiffre excessif.

Cette observation démontre que la radiothérapie agit avec efficacité dans la leucémie, en particulier la leucémie myéloide.

Elle exerce une action heureuse sur l'état général: l'appétit renaît, la fièvre disparaît, les forces reviennent, et, chez la femme, la menstruation se rétablit. Nous ajoutons que, chez notre malade, l'état général s'est amélioré très rapidement. La rate a diminué à ce point qu'elle n'est plus perceptible dans le flanc gauche et elle est à peine percutable. La gêne, la voussure et les douleurs dues à la tuméfaction sont complètement disparues. Quant aux modifications du sang, elles ont porté sur les globules rouges et les globules blancs.

Immédiatement après la première séance, le nombre des globules blancs a diminué rapidement. Le 18 août, nous pouvions constater un chiffre de 284,375 globules blancs. Le 4 septembre, ce chifre était déjà abaissé à 218,875, pour atteindre 10,000 le 21, et 4,000 le 1er octobre.

Ce sont là des chiffres impressionnants qui nous indiquent que le traitement a été excessivement rapide. Quant aux globules rouges, ils se sont également modifiés. Le 4 septembre, il y avait encore des globues rouges nucléés. A partir du 21 septembre on ne rencontre plus, dans la formule sanguine, de globules rouges nucléés ni déformés.

Il est facile de constater, en comparant ces formules hématologiques, que la radiothérapie agit favorablement sur les hématies et les quantités d'hémoglobine, qui augmentent progressivement. D'autre part, le nombre des globules blancs diminue après chaque séance et se rapproche de l'état physiologique. Dans certains cas, cette diminution peut aller au-dessous du nombre normal, comme nous l'avons constaté dans notre observation.

Il importe donc de faire pratiquer des examens répétés afin de suivre la courbe leucocytaire, car un traitement trop prolongé peut provoquer une lyse trop intense et les désordres graves comme on en rencontre dans la leucopénie.

Pour obtenir des résultats rapides et prolongés, il faut, avant tout, dans la forme myéloide, irradier la rate et les os aux moelles rouges, tels que sternum, côtes, vertèbres épiphyses des os longs. (Lafont).

En ce qui concerne le nombre et le rapprochement des séances, il n'y a pas de règle absolue; il faut exercer un contrôle par les examens répétés du sang. Certains radiothérapeutes ajoutent que ce traitement n'est pas toujours efficace, qu'il peut demeurer impuissant pendant des mois, pour manifester son efficacité au moment où l'on se dispose à l'abandonner. Quoiqu'il en soit, il doit être rigoureusement appliqué dans tous les cas.

Quant au mécanisme de la radiothérapie, il est encore indéterminé. Porte-t-il sur les organes hématopoiétiques, sur le sang circulant, sur un agent pathogène microbien ou parasitaire? Est-il producteur de leucolysine? Nous n'en savons rien. En attendant que de nouvelles théories s'édifient, tâchons d'améliorer le plus grand nombre possible de malades en se basant sur l'observation clinique.

La radiothérapie est-elle le seul traitement de la leucémie myéloide? Non. Le radium a une action immédiate extraordinairement puissante sur la leucémie myéloide, lorsqu'on l'utilise sur la rate, à doses massives, appliqué pendant 24 ou 48 heures et réparti sur une surface de 500 à 600 centimètres carrés. Les rates fondent, le nombre des globules blancs tombe, les myélocytes disparaissent, la formule leucocytaire se transforme, après trois ou quatre séances, ainsi que l'état général. Le malade serait guéri après quatre ou six semaines. Mais il faut se méfier, disent les auteurs, de ces guérisons apparentes à la suite d'un traitement par le radium. La

maladie peut récidiver et les malades ayant acquis l'accoutumance au radium finissent par succomber au bout de deux ou trois ans après le début du traitement.

Il semble donc que la radiothérapie soit supérieure à la radiumthérapie. C'est du moins l'opinion de gens plus compétents que nous sur ce sujet.

Quel est le pronostic dans ce cas ?

C'est une malade qui devra subir des examens plus ou moins fréquents car la récidive arrive dans presque tous les cas. C'est le conseil que nous lui avons donné. Il semble que la sensibilité aux rayons s'émousse puis s'éteint, c'est alors que la maladie reprend à une allure accélérée pour aboutir à une fin rapide. Comme il est impossible de fixer une limite de temps à la reprise des accidents possibles, soyons satisfaits des résultats acquis et pratiquons la veillée des armes.

TABLEAU SYNOPTIQUE

	Début		Radiothérapie							NORMALE
	7-7-30	16-7-30	5-8-30	18-8-30	4-9-30	21-9-30	1-10-30	6-10-30	13-10-30	
ules Rouges	2,412,000	3,248,000	4,760,000	2,848,000	2,480,000	4,200,000	3,100,000	2,824,000	3,200,000	5,000000
ules Blancs	436,500	306,250	527,625	284,378	21,875	10,934	4,687	3,225	4,687	7,000
moglobine	60 %	75 %	65 %	65 %	65 %	65 %	65 %	60 %	65 %	90 %
Globulaire	1	1	0.6	1	0.9	0.8	1	1	1	1
lynucléaires	51 %	76 %	68 %	50 %	58 %	83 %	61 %	63 %	78 %	66 %
nonucléaires	42 %	6 %	28 %	41 %	38 %	7 %	18 %	16 %	9 %	33 %
mphocytes	4 %	17 %	5 %	8 %	2 %	5 %	20 %	20 %	10 %	
sinophiles	3 %	1 %	3 %	1 %	2 %	7 %	1 %	1 %	4 %	1 %
h. rouges nucl. rélocytes	Prés.	—	Prés.	Prés.	Prés.	—	—	—	—	—

VASTE NAEVUS PIGMENTAIRE VERRUQUEUX PILEUX DE LA JOUE. AUTOPLASTIE.[1]

J. N. ROY, F.A.C.S.,
Professeur à l'Université de Montréal.
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Observation. — Le 18 juin 1926, Mr. J. M. âgé de 19 ans, vient nous consulter pour un naevus de la joue du côté gauche. Il raconte qu'à sa naissance il avait une tache brunâtre, de la grosseur d'un pois, qui a toujours progressé avec la croissance. Sa famille ne présente aucune lésion cutanée de ce genre, et ce naevus facial est le seul dont il soit atteint. De 14 à 17 ans, il eut un traitement local qui consistait en une pommade quelconque, et qui produisit de l'infection et de la suppuration. Consécutivement il se forma des croûtes qui tombaient et laissaient au vif la région malade. Ce traitement eut pour effet de faire augmenter l'épaisseur et le volume du naevus. Des emplâtres, paraît-il, de sucre et de savon produisirent la cicatrisation.

En août 1923, il demanda l'avis d'un médecin qui lui proposa d'essayer l'électrolyse. Il eut la bonne inspiration de ne pas accepter.

En juin 1925, il consulta un dermatologiste qui, pendant huit séances d'une semaine d'intervalle, lui appliqua la neige carbonique. Cet agent chimique eut simplement pour propriété de faire blanchir un certain nombre de follicules pileux.

La même année, en octobre, il alla voir un spécialiste en radium. Celui-ci lui déclara que malheureusement rien ne pouvait être espéré dans son cas au moyen de la curiethérapie, et ajouta en plus que les rayons X seraient aussi impuissants à faire disparaître sa lésion jugale.

En désespoir de cause le malade vint à nous pour savoir ce qu'il pouvait escompter de la chirurgie.

A l'examen nous constatons un naevus pigmentaire verruqueux pileux considérable, ayant envahi une grande partie de la joue gauche. Ce nævus, dont le grand diamètre se trouve de haut en bas, est légèrement incliné vers le lobule de l'oreille dans sa pointe inférieure. S'étant développé sur la région de l'os malaire, de la paupière inférieure et de l'aile du nez, il dépasse assez fortement la commissure labiale. Il a 3 pouces de hauteur sur 1½ pouce dans sa plus grande largeur. A certains endroits il excède le niveau de la peau qui l'entoure de 3 lignes environ. Cette tache pigmentaire noirâtre renferme une forêt de papilles assez longues et minces, surmontées et entourées de nombreux follicules pileux.

---

(1) Communication faite au XIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Montréal, 17 septembre 1930.

Il n'y a rien d'intéressant à ajouter en rapport aux organes des sens. (Voir photographie No 1).

Nous expliquons alors au malade qu'il nous sera facile d'enlever son nævus en le diminuant graduellement jusqu'à son ablation complète. Toutefois, nous l'avertissons qu'en dernier lieu, nous serions peut-être obligé de recourir à la greffe, vu l'ampleur de la lésion. Très découragé par les traitements déjà subis, et les avis sceptiques qu'on lui avait donnés sur la possibilité de le guérir, il accepte avec empressement notre intervention chirurgicale.

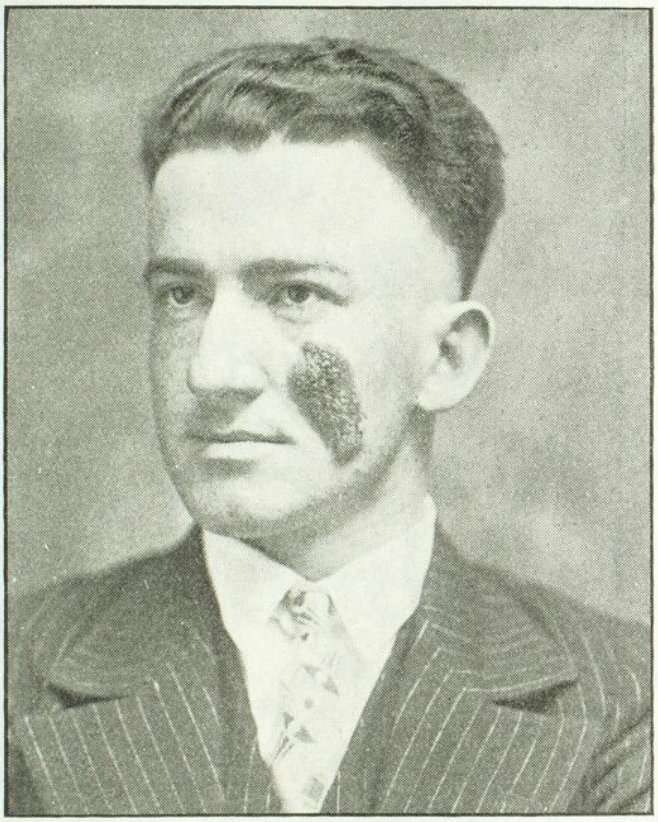


Fig. 1. — Aspect du nævus avant l'opération.

Opérations. — Six différentes séances opératoires furent nécessaires, dans l'espace de neuf mois, pour atteindre notre but. Le 21 juin, après asepsie et anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline, nous réséquons un gros morceau de naevus dans le sens de la longueur, en ayant bien soin de dépasser la base d'implantation des follicules pileux. Les lèvres de l'incision étant suturées, les suites sont des plus simples. Le 4 août, le 20 septembre, le 22 octobre, — et le 28 janvier 1927, nous répétons exactement la même technique, sans complications. Enfin, le 16 mars, tout ce qui pouvait rester de la tache pigmentaire est finalement enlevé. Durant cette dernière opération, nous nous appliquons à ménager la paupière supérieure, pour ne pas avoir un ectropion consécutif, et à éviter également la traction de la narine.

Quant à la commissure labiale gauche, légèrement plus basse que la droite, nous procédons de manière à l'attirer un peu vers le haut. Lors de nos interventions antérieures nous avions pris soin de ne pas avoir une dépression de la joue. Avant de poser nos dernières sutures, qui en somme étaient les plus importantes au point de vue esthétique, nous libérons la peau vers l'oreille, et appliquons de chaque côté cinq ligatures sous-dermiques au catgut, pour mieux faciliter la coaptation des lèvres de l'incision. Encore cette fois tout se passe normalement. Notre malade sort de l'hôpital bien satisfait, et

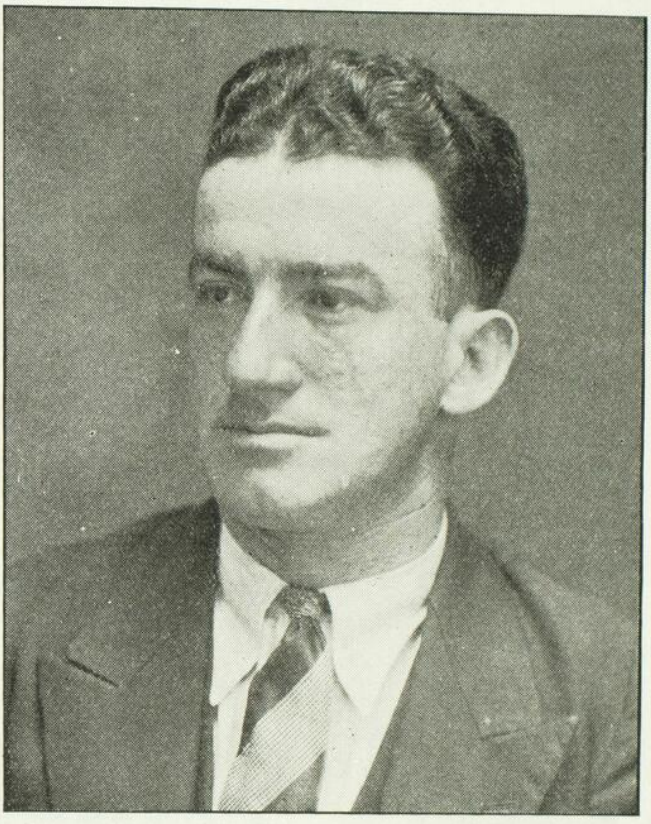


Fig. 2. — Aspect du malade après l'intervention.

vient nous voir de temps à autre. Sa cicatrice d'abord rougeâtre blanchit graduellement. Elle est devenue très souple, et se trouve sur le même niveau que les parties environnantes. Il n'existe pas d'ectropion de la paupière inférieure, ni de traction de l'aile du nez. La bouche est sur un même plan horizontal, et il n'y a pas de parésie de la commissure du côté opéré.(1) (Voir photographie No 2, prise quatre ans après l'opération).

(1) Ce malade a été présenté, en voie de guérison, à la Société Médicale de Montréal, séance du 19 avril 1927, — et guéri à la *Canadian Medical Association*, à l'Hôpital Notre-Dame le 9 juin 1929 ; et encore au XIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, à l'Hôpital Notre-Dame, le 17 septembre 1930.

Ayant eu l'occasion, dans un travail antérieur, [1] de décrire les différents traitements des naevi pigmentaires de la face, verruqueux pileux ou autres, nous serons donc brefs dans notre appréciation en rapport à ce cas particulier. Il est maintenant reconnu qui si les radiations, — et par ce mot nous voulons dire le radium et les rayons X — peuvent quelquefois faire disparaître une tache pigmentaire quelconque, en retour elles sont impuissantes à guérir un naevus verruqueux pileux. Ainsi en est-il de même, quant à cette dernière variété d'affection, pour les agents chimiques, ou physiques. La chirurgie reste donc l'unique moyen de guérir ces patients. C'est à mon regretté maître Morestin, si habile en réparation plastique de la face, que revient le mérite d'avoir été le premier à décrire la marche à suivre dans ces cas. Avant de recourir à la greffe, même si à la fin du traitement elle devenait nécessaire, il conseillait de toujours diminuer l'étendue de la lésion, en procédant à des ablations successives. Comme nous le savons le tissu cutané a pour propriété de s'étendre, et quelquefois d'une manière considérable. Aussi, par ses interventions, le chirurgien doit atteindre la limite extrême, sans toutefois obtenir de traction du côté des sourcils, des paupières, des ailes du nez, des commissures labiales, ou du lobule des oreilles. Chez notre malade, après avoir exactement suivi cette technique, nous avons pu obtenir, par ce simple moyen, un excellent résultat, et la greffe, envisagée lors de notre premier examen, n'a pas été nécessaire.

Ce serait sortir de notre sujet, dans ce modeste travail, d'exposer ici les différentes variétés de greffes susceptibles d'aider finalement à la guérison d'un naevus.

Afin de diminuer l'apparence inévitable de la cicatrice post-opératoire, il est recomandable, lors de la dernière intervention de mettre quelques points sous-dermiques de catgut qui, produisant déjà la coaptation des lèvres de la plaie, facilitent la mise en place des sutures, et empêchent que les fils ne cèdent ou ne coupent la peau. Nous savons, en effet, qu'à cette période ultime le rapprochement des tissus est fort laborieux, et l'on doit s'aider, dans un but esthétique, de tous les trucs possibles qui sont à notre disposition.

---

(1) J. N. Roy. — Un cas de naevus pigmentaire pileux nasal, et pigmentaire verruqueux pileux jugo-labial du côté droit. Autoplasties variées. Guérison. *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, Bordeaux, nov.* 1923.

Pratiquée de la sorte, l'opération ne doit laisser aucun chéloïde, et la cicatrice reste bien mobile. S'il arrivait, au bout d'un certain temps, que celle-ci ne soit pas tout à fait de la même couleur que les tissus environnants, il est toujours facile de recourir alors à son tatouage. En terminant nous dirons que le traitement chirurgical, tel que nous venons de le décrire, est le seul moyen de faire disparaître esthétiquement un naevus pigmentaire verruqueux pileux d'une partie quelconque de l'organisme.

MOUVEMENT MÉDICAL

L'HYGIÈNE MENTALE
ET
CONSIDÉRATIONS ÉCONOMIQUES.

Omer NOEL
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

L'Hygiène Mentale, dit "Potet" a pour objet propre de protéger et d'améliorer le psychisme de l'homme. C'est un essai pour établir les bases naturelles et scientifiques de son fonctionnement, pour donner les directives qui constituent la prophylaxie des psychopathies chez l'individu normal, chez le prédisposé, chez l'anormal, pour améliorer le plus possible les rouages divers des fonctions mentales; elle cherche à contribuer pour une large part au bonheur durable de l'individu et de la société; par là elle constitue une des parties de l'hygiène sociale.

Je vais essayer de vous donner aussi brièvement que possible un aperçu du fléau qu'est l'aliénation mentale; bornant mon enquête à la Province de Québec; je vous indiquerai aussi quelques-unes des causes de ce fléau et le remède que peut y apporter l'hygiène mentale.

D'après le rapport de M. le docteur Desloges, directeur général de nos hôpitaux, le nombre des aliénés qui y étaient internés le 31 décembre 1928, était de 7136.

Selon des recherches étendues, les statisticiens de la Compagnie d'Assurance Metropolitaine en sont venus à la conclusion qu'un homme de 30 ans gagnant $50. par semaine a une valeur économique de $31,000.00, et que déjà à sa naissance un enfant représente pour le pays une valeur de 9333.00. Il se peut, comme le dit justement le Rév. Père Léon LeBel dans son admirable thèse sur les allocations

familiales, que ce chiffre soit trop élevé pour notre province, il vaut peut-être pour les Etats-Unis où les salaires et le niveau général de la vie sont supérieurs à ceux de chez nous; mais tout en diminuant jusqu'à $5000. la valeur de la vie humaine chez nous, nous devons admettre que dans nos seuls hôpitaux d'aliénés, il y a un capital de 35,680,000.00 complètement paralysé. Non seulement ce capital est improductif, mais de plus il faut pourvoir à son entretien. En évaluant à $250.00 les dépenses occasionnées pour chacun des aliénés, on arrivera à la jolie somme de 1,784,000 de dépenses annuelles. Ce qui représente l'intérêt à 5% d'un capital de plus de $30,000,000.

Jusqu'à présent, il ne fut question que d'aliénés internés, mais il ne faut pas oublier les non-internés, ceux qui vivent soit dans le milieu familial, soit dans les hospices, et qui ne constitue pas moins un capital humain improductif. Quel est leur nombre ? Nous ne possédons aucune statistique; cependant tous les psychiâtres soutiennent unanimement qu'il est plus considérable que celui des internés. Pour ne pas encourir le reproche d'exagération, supposons-le égal à celui des internés et disons qu'il s'en trouve 7136. Improductifs comme les premiers, ils représentent un capital mort de $35,680,000; en fixant à $100. seulement par année les frais de leur entretien, on atteint comme dépense annuelle la somme de $713,600. D'après les calculs que je viens de vous exposer, il appert donc que les aliénés de la province de Québec représentent un capital improductif de plus de $71,360,000 et que leur entretien coûte annuellement la jolie somme de 2,497,600, soit l'intérêt à 5% d'un capital de $50,000,000.

Ce fléau de l'aliénation mentale n'appartient pas en propre à la province de Québec. Des recherches faites aux Etats-Unis en 1928 nous mettent en état d'affirmer que si l'on mettait d'un côté les lits occupés par les personnes atteintes de maladies physiques, et de l'autre ceux occupés par les personnes atteintes de maladies mentales, les premières occuperaient 48% de tous les lits, tandis que les dernières occuperaient le reste, soit 52%. S'il est vrai qu'une personne sur 2406 est atteinte de tuberculose, il n'en reste pas moins vrai que 1 sur 325 souffre de troubles mentaux. C'est-à-dire que la folie sur toutes ses formes est presque 8 fois plus répandue que la tuberculose aux Etats-Unis tout au moins.

Ces chiffres ont leur triste éloquence, et si l'hygiène mentale est appelée à prévenir la folie, il vaut d'y porter son attention immédiate. Le Service de Santé de la Ville de Montréal a organisé en 1929 une sec-

tion d'hygiène mentale composée de deux psychiâtres et de deux psychologistes, avec la collaboration du personnel enseignant, nous nous sommes appliqués à la recherche d'anormaux dans les écoles de la Commission Scolaire Catholique; douze écoles comptant globalement 12,543 élèves ont été visitées; 1790 enfants ont été signalés comme présentant une anomalie psychique quelconque, 1710 ont subi un examen psychométrique avec les résultats suivants: 238 ont un quotient intellectuel supérieur à 90% et sont considérés comme normaux; 451 ont un quotient intellectuel variant de 80 à 89, et bien dirigés pourront plus tard donner un rendement à peu près normal.

519 ont un quotient intellectuel de 70 à 79 et sont évalués en espèce à 75% de la valeur d'un normal, ce qui vient à dire qu'au lieu de valoir $5000.00, celui ainsi touché n'en vaut que $4000,00, équivalant à une perte en espèce de $519,000 pour ces 519 enfants, et si dans toutes les écoles de Montréal on trouve la même proportion de niveau intellectuel, on devra conclure que sur les 135,000 enfants fréquentant nos écoles, il y en a 5400 dont la valeur en espèce est diminuée de $1000. pour chacun d'eux, représentant, si on les prend collectivement, une diminution de notre valeur humaine, seulement pour cette catégorie d'anormaux, la jolie somme de $54,000,000.

387 ont un Q.I. de 50 à 69, c'est-à-dire qu'ils sont des débiles mentaux, et leur valeur est a peu près nulle au point de vue économique. Même, le débile mental, s'il peut plus tard se suffire à lui-même, il sera incapable d'être utile à la société ni par sa valeur de rendement par le travail, ni en concourant à la multiplication de l'espèce humaine, étant donné que les débiles mentaux n'ont pas l'organisation psychique suffisante qui leur permet de procurer de sujets sains. Plus que cela, il faut bien remarquer qu'un très grand nombre d'entre eux seront un lourd fardeau pour la société, car il est prouvé que 90% des criminels sont des vagabonds se recrutant parmi les débiles mentaux.

Devons-nous abandonner à leur malheureux sort les deux catégories d'arriérés mentaux dont je viens de faire mention. L'hygiène mentale ne pourrait-elle pas leur être de quelques secours. L'expérience répond dans l'affirmative. Il est démontré en effet que leur rendement au point de vue économique deviendra supérieur si on sait leur donner par l'entremise de classes auxiliaires, d'écoles de perfectionnement et d'orientation professionnelle, les moyens de défense qu'ils ne peuvent acquérir d'une autre manière; ainsi instruits à un

certain degré, on les orientera vers des métiers qu'ils aimeront et où ils auront des succès; s'attachant à leur occupation, ils s'écarteront des pervers instinctifs dont ils sont si facilement la proie. Ne serait-il pas à propos que ce congrès exprime des voeux priant nos gouvernants d'étudier la question de la création de semblables institutions, qui deviendraient le pilier de l'oeuvre de l'hygiène mentale de l'enfance.

33 ont un Q.I. de 0 à 49, c'est-à-dire que ce sont des imbéciles qui seront une charge à la société. Vous me direz peut-être que ce nombre de 33 enfants sur les 12542 fréquentant les écoles visitées ne représentent qu'un pourcentage de 0.3. c'est-à-dire qu'il n'y a que 3 enfants par 1000 qui ne pourront seuls pourvoir à eux-mêmes. Cela peut être vrai pour les enfants des écoles, mais non pour tous les enfants de la population. Car ceux qui ont un Q.I. inférieur à 50% ne sont pas aptes à fréquenter les classes ordinaires, ni dans les circonstances normales ils y sont tolérés, parce que non seulement ils n'en retirent rien, mais en plus il sont une cause de distraction pour leurs compagnons pour qui ils sont la risée. Ces imbéciles supérieurs sont toutefois perfectibles par des méthodes spéciales que l'on appelle l'éducation sensorielle, oeuvre d'école spéciale.

La Province de Québec possède une de ces institutions qui a nom Ecole de la Jemmerais, située à Québec. Souhaitons ensemble que Montréal soit un jour dotée d'une de ces écoles dont le besoin se fait si cruellement sentir.

Si nous avons compté le nombre des arriérés dans les écoles de la Commission Scolaire Catholique, nous n'avons pas négligé de rechercher les causes de ces maladies mentales. Sans pouvoir donner un pourcentage absolument exact, nous sommes cependant en mesure d'affirmer que la cause de ce défaut de développement mental est dans environ 80% due à la congénitalité, et dans 20% aux maladies de la première ou seconde enfance. Nous sommes allés plus loin encore et avons cherché les facteurs nocifs à la congénitalité. Nous avons trouvé que les principaux se rapportaient à la conception et à la gestation, plus encore qu'à l'hérédité proprement dite. J'en citerai par ordre chronologique, quelques-unes qui agissent au moment de la conception: d'abord, la contraction du mariage par des sujets inaptes, soit physiquement, soit mentalement, à procréer des enfants sains. "Il est évidemment anormal" dit le docteur H. Bouquet, dans

sa thèse sur le certificat pré-nuptial, "que les soins que prennent les éleveurs de race d'animaux, de sélectionner les reproducteurs et d'éliminer surtout ceux qui sont tarés et malades, afin d'obtenir des produits sains, ne soient pas de mise dans l'espèce humaine." Cela nous vaut des sujets dont la valeur sociale est très faible et d'autres qui sont dès leur jeune âge à la charge de la collectivité. Quand un mariage en effet est projeté, chacune des deux familles se préoccupent très légitimement de la fortune de l'autre, de sa situation sociale, de ses relations de l'avenir du futur conjoint, les deux fiancés ont pour leur part des objectifs d'autre nature, mais la question de santé est en général, par les uns comme par les autres, sinon laissée de côté, du moins jugée par un examen tout superficiel, et sans enquête sérieuse, suivant les apparences beaucoup plus que selon la réalité. Nous ne saurions donc trop faire l'éducation de la jeunesse candidate au mariage, afin qu'elle s'étudie honnêtement et se connaisse avant de contracter une union indissoluble; sans ses précautions ils pourraient procréer des enfants qui, au lieu de faire la joie du foyer par leur santé physique et leur parfait équilibre mental, ne sauraient être par les tares dont ils seraient porteurs, qu'un sujet de désolation perpétuelle.

Un second facteur, cause aussi de troubles tant physiques que mentaux chez le descendant, c'est l'ignorance des parents en ce qui a trait à la conception. On sait concevoir mais on en ignore toute l'hygiène. On ne se soucie guère des conditions dans lesquelles se trouvent les générateurs. Nous avons retracé un grand nombre d'enfants conçus dans de mauvaises conditions hygiéniques; ils étaient tarés non seulement au point de vue physique, mais bien davantage au point de vue mental, et les tares leur avaient été imprimées lors de leur conception par un générateur soit en état d'ébriété, ou soit encore atteint d'une maladie infectieuse, entre autre la syphilis, ou soit encore d'une maladie fébrile comme la tuberculose du générateur à qui l'enfant est redevable de ses tares.

Dans tous les cas que je viens de mentionner, les parents ignoraient complètement que de semblables conditions pouvaient influencer aussi défavorablement le produit de leur conception.

J'ai dit quelques mots de certaines causes qui paraissent les plus nocives au moment de la procréation. Je veux aussi vous parler d'une autre, qui elle, frappe le foetus pendant la période de

gestation. Chez un grand nombre d'enfants examinés, nous avons trouvé que la cause de leur arriération mentale résidait vraisemblablement dans les misères physiques et morales que la mère avait dû endurer pendant sa gestation.

L'hygiène pré-natale conseille avec raison, à la femme enceinte, de saines distractions, un travail léger, de l'air pur et du soleil, un régime alimentaire simple mais nutritif. Mais peut-on s'imaginer une mère dont le mari gagne de $15. à $20. par semaine, qui a déjà trois enfants, dont l'ainé n'a que 4 ou 5 ans, se payer l'air frais, un repos prolongé, des distractions et une nourriture substantielle lorsque, comme dans la très grande majorité des cas, il n'entre dans ce foyer que le faible salaire du chef. Je parle d'une mère de trois enfants, mais que dire de celle qui en a six ou huit ou dix, et qui sont le plus grand nombre. Il est presque miraculeux que cette mère écrasée par un travail de mercenaire pendant toute la période de gestation, privée de toute distraction, souvent ne faisant que deux maigres repas par jour, ne donne pas naissance qu'à des enfants qui, si dès leur jeune âge ne présente pas des signes d'arriération mentale, ne soient pas pour plus tard prédisposés à toutes formes de désiquilibre mental. Que le paupérisme doive figurer parmi les causes d'arriération mentale, c'est une conclusion légitime du fait que le pourcentage des arriérés mentaux est beaucoup moins élevé dans les quartiers bourgeois que dans les quartiers ouvriers. On ne peut trop admirer le travail efficace accompli par l'oeuvre de l'Assistance Maternelle, mais elle est insuffisante pour subvenir à tous les besoins. Il est plus temps que jamais que nos sociologues, nos économistes et nos gouvernants, s'entendent pour solutionner le problème du paupérisme en venant en aide aux familles nombreuses qui sont les plus méritantes.

Quant aux arriérés mentaux dont l'arrêt de développement intellectuel est dû à une maladie de la première ou de la seconde enfance, il n'y a pas l'ombre d'un doute que leur nombre pourrait être diminué d'une façon notable, si dès qu'un petit présente un état fébrile quelque peu grave, on avait recours au service du médecin. Celui-ci dans beaucoup de cas, épargnerait à l'enfant des complications méningées ou encéphaliques, qui ont toujours une répercussion désastreuse sur son développement mental...

Que dire maintenant de ces psychoses qui s'attaquent à l'adulte. Pour la plupart elles sont évitables; évidemment je me garderai de

parler de celles liées à une lésion organique de quelque nature qu'elle soit, mais je dis qu'un milieu agréable, une orientation professionnelle judicieuse, un physique sain, empêcheraient un nombre considérable de psychoses d'éclore, et j'en donnerai comme preuve le fait que nous guérissons un grand nombre de ces psychosés en les changeant de milieu, en leur faisant accepter un travail plus en rapport avec leurs aptitudes et en leur imposant des règles d'hygiène physiques et mentales conformément à leur besoin.

Loin de moi la pensée que l'hygiène mentale fera disparaître complètement la folie du genre humain; mais je puis assurer que lorsqu'elle sera bien comprise et appliquée par tous les dirigeants, au lieu de voir le fléau de la folie grandir de jour en jour, on le verra stationnaire pour enfin diminuer, ne concourant ainsi qu'au bonheur des individus de la société.

UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE

Joseph F. HOULE
Anesthésiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Une nouvelle méthode d'anesthésie générale par administration rectale de *tribrométhane d'acool* vient d'être appelée à rendre de grands services aux opérés de demain.

Peu connue encore ici, cette méthode a déjà donné, en Europe, des résultats si encourageants que nous ne pouvons plus ni l'ignorer ni refuser de connaître sa valeur réelle.

En effet plus de 50,000 cas ont déjà été rapportés et si quelques morts furent enrégistrées, dès le début, ce fut plutôt une question de dosage mal défini. Aujourd'hui il est reconnu, par son emploi journalier, qu'en solution à 2.5%, sa toxicité est à peu près nulle.

Seize fois moins toxique que le chloroforme, son administration a peu ou pas d'influence sur la pression artérielle ou le pouls. Les lésions organiques graves du foie et des reins ainsi qu'une tuberculose pulmonaire avancée en sont les seules contre indications. Rapidement absorbé par la muqueuse intestinale, son élimination par le rein est presque complète dans les 48 ou 50 heures, qui suivent.

Ce *tribrométhane d'alcool,* plus connu sous le nom d'Avertin, tenu en solution dans l'hydrate d'amylène (liquide oléagineux) est facilement soluble dans l'eau entre 95 et 104 Farn.

Je me dispenserai d'en décrire ici la manipulation, elle est toute indiquée dans le pamphlet *"Nouvelle méthode d'anesthésie générale sur l'Avertin."*

Il ne faut pas cependant regarder *l'Avertin* comme anesthésique capable à lui seul et dans tous les cas de produire un relâchement musculaire parfait; non, il doit être plutôt considéré comme un anesthésique basal et il ne faut pas craindre de le compléter par quelques bouffées de *protoxyde d'azote* ou *d'ether,* la quantité en sera si minime alors qu'il convient de n'en pas tenir compte.

Et d'ailleurs, il suffit d'avoir vu quelques malades s'endormir ou se réveiller après une anesthésie à *l'Avertin* pour se convaincre et de son utilité et de sa grande valeur.

Autant le sommeil est paisible et exempt de toute surexcitation nerveuse, autant le réveil est calme et débarrassé des nausées et vomissements qui font parfois le désespoir du malade et de son chirurgien.

REVUE GÉNÉRALE

OÙ EN SOMMES-NOUS EN 1930 AVEC LA QUESTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CHEZ NOUS ?

Gaston LAPIERRE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
Chef de clinique médicale à l'Hôpital Ste.-Justine

Certains sujets ont une importance telle, qu'il ne faut pas craindre d'y revenir à satiété. La question de l'Allaitement Maternel est de ce domaine.

Est-il donc vrai que les femmes de notre temps et...de notre race, se dispensent plus aisément qu'autrefois du souci de l'Allaitement Maternel ?

Il y a cinquante ans, Fonssagrives, ancien professeur de clinique des enfants en France, pouvait dire: "Certainement les conditions affairées de notre vie actuelle sont bien opposées à la flaccidité méthodique des anciennes moeurs qui réservait du temps à tous les devoirs; mais la permanence des plaintes des médecins et des moralistes à toutes les époques , montre que le mal n'est pas nouveau."

On croirait entendre un homme de notre temps.

Si Jean Jacques Rousseau signalait le peu d'empressement que les femmes du XVIIIe siècle mettaient à nourrir, c'est apparemment que l'humanité à été de tout temps ce qu'elle est aujourd'hui, et qu'il a fallu jadis, comme il le faut maintenant, comme il le faudra toujours, défendre ce devoir contre les entreprises de la noblesse et les suggestions du plaisir.

Les écrits de St. Ambroise, de St. Chrysostôme, de St. Clément d'Alexandrie, en particulier, nous montrent que l'Eglise s'alarmait du relâchement dans l'observation de ce devoir maternel il y a déjà bien longtemps, et les prédicateurs et les moralistes de nos jours y reviennent périodiquement.

L'enfant a un droit absolu au lait de sa mère, qui doit le compléter au cours des premiers mois de sa vie, comme il avait droit au sang de sa mère, alors qu'il était encore dans son sein.

Pas une femelle, même dans l'espèce animale, refuse d'allaiter son petit.

Les républiques anciennes, qui poussaient l'ingérence de l'Etat dans la famille jusqu'à une limite aussi absurde que vexatoire, avaient décrété l'allaitement obligatoire, et attaché à l'abandon de cette pratique des sanctions pénales.

Je ne suppose pas que nous en revenions là, et je ne vous cache pas que d'autres moyens de propager l'allaitement maternel me vaut mieux, bien que ce soit un art, et "un art difficile," comme se plait à le répéter avec tant de raison, le professeur Marfan.

Examinons pendant quelques instants quelles sont les causes de la diminution effroyable du nombre de mères qui nourrissent chez nous, puisque cela nous touche davantage, bien que le problème soit international, dans sa réalité, dans sa progression et dans ses tristes conséquences.

Personne ne doute de sa réalité, bien que l'étendue puisse échapper à plusieurs d'entre nous. Depuis douze ans que je reçois, à part celles que je vois en clientèle, un grand nombre de mères à ma consultation de Ste-Justine, je suis frappé du nombre rapidement décroissant d'année en année, de celles qui allaitent encore leurs petits: exclusivement, nombre infîme; partiellement, nombre très restreint; pas du tout, l'immense majorité.

Le plus grand nombre de femmes qui chez nous travaillent hors du foyer, sont célibataires, veuves, ou si elles ont mari et enfants, elles ont généralement passé l'âge d'être nourrices.

Si certains grands magasins connus de Paris, ont par exemple pouponnière et chambre d'allaitement, attachées à leurs départements, cela, de toute évidence, implique le nombre important de mères-nourrices dans l'établissement.

Il en est de même à certaines usines, et les patrons méritent sûrement une mention de reconnaissance de la part de leurs compatriotes.

Cette partie-là du problème n'existe pour ainsi dire pas chez nous.

La maladie ? Combien peu souvent cette cause, invoquée à tort et à travers, est susceptible d'entraver ou de supprimer l'Allaitement Maternel. Sauf certaines maladies organiques graves chez la nour-

rice, et les maladies contagieuses, à part un vice de conformation du mamelon, crevasses ou lymphangite, il y a peu d'obstacles réels et permanents.

La petite quantité de lait sécrétée n'est pas un empêchement absolu, elle peut servir à l'allaitement mixte, et elle est très précieuse de ce chef pour faciliter la bonne utilisation de l'autre lait.

La vie hors du foyer de plus en plus marquée, les plaisirs qui prennent le pas plus facilement sur les devoirs, induisent parfois la mère de chez nous, comme celle des autres pays, à chercher le moindre prétexte, à forger la moindre excuse, pour se dispenser d'allaiter.

La menstruation normale qui réapparaît assez fréquemment au cours de la période d'allaitement ne doit pas servir d'excuse au sevrage, comme il arrive parfois. Le nourrisson pourra à l'occasion présenter pendant ces quelques jours de légers troubles, très passagers, qui ne justifient pas une décision aussi grave, qui porte malheureusement trop souvent l'approbation du médecin de famille.

L'égoïsme de certaines nourrices, qui craignent de diminuer leurs charmes physiques en allaitant, est une cause fréquente des petits trucs et des petites histoires qui mènent au sevrage.

La femme qui nourrit, accomplit en somme une fonction normale, et elle est plus belle pendant cette période qu'en aucun autre temps, et son état de santé même, si elle ne se surmène pas par ailleurs, ne peut que bénificier de l'accomplissement de cet allaitement.

L'indifférence de certaines nourrices, qui est souvent fortifiée par leur ignorance, mène facilement au sevrage. Celles-là sont parfois accessibles aux bons conseils et aux encouragements de leurs médecins, ou d'infirmières-visiteuses ayant beaucoup de tact.

La misère, avec toutes ses tristesses et ses drames, est souvent aussi chez nous une cause de privation du lait maternel pour le nourrisson. C'est ici que la charité doit s'exercer, charité individuelle, assistance spéciale des organisations philanthropiques, religieuses ou autres.

Il y a aussi, nous n'avons pas le droit de faire le silence là-dessus, les conseils médicaux parfois imprudents, et qui suppriment trop facilement l'allaitement maternel, même chez une jeune nourrice souvent bien disposée à faire tout son devoir, sous un prétexte superficiel "d'un lait trop pauvre" — sans investigation scientifique, — ou pour d'autres raisons pas toujours bien assises.

Il arrivera au nourrisson au sein d'être malade, mais il sera infiniment plus facile de remédier à ses troubles, que s'il est soumis à l'allaitement artificiel.

Admettant avec le professeur Marfan que la proportion des mères qui sont vraiment dans l'impuissance physique d'allaiter ne dépasse guère 10 pour 100, on voit le problème sous un jour particulièrement sombre en constatant que c'est plutôt le nombre de mères qui nourrissent leurs petits qui ne dépasse guère 10 pour 100.

Au Congrès international de protection de l'enfance tenu à Paris il y a un an, le professeur Lereboullet s'écriait avec combien de raison : "Pour convaincre les mères, il faut être convaincu. Dans ce sens, peut-être y a-t-il à faire plus qu'on ne le fait pour persuader tous ceux et celles qui sont appelés à soigner les nouveau-nés, de cette rareté des obstacles à l'allaitement liés à la santé de la mère, et de la responsabilité qu'ils encourent en arrachant l'enfant au sein pour des raisons insuffisamment motivées."

Nous comprenons que le dramatique et triste refus de la mère de nourrir son enfant constitue parfois un formidable obstacle d'ordre moral, contre lequel le plus souvent se buttent en vain toutes les prédications religieuses et laïques. Mais nous restons convaincus que, hors ces cas pour ainsi dire désespérés, nous pouvons par l'ensemble de nos efforts, par leur constance, et surtout par la sincérité de nos convictions, améliorer la situation de l'Allaitement Maternel chez nous, qui est de plus en plus sombre.

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES KYSTES DE L'OVAIRE NON COMPLIQUÉS.

L. Arthur MAGNAN
assistant bénévole au service de gynécologie de l'Hôpital Notre-Dame.

Il est toujours classique de diviser les kystes de l'ovaire en trois groupes: 1° les kystes mucoides, 2° les kystes dermoides, 3° les kystes mixtes i.e. mucoides et dermoïdes.

Cette division, il est vrai ne correspond pas toujours aux caractères histologiques des kystes, mais elle a le grand avantage de simplifier la clinique. D'ailleurs le diagnostic des diverses formes anatomo-pathologiques est aujourd'hui à peu près impossible avant l'ouverture de l'abdomen.

Les kystes de l'ovaire sont relativement assez fréquents. Ils constituent 95% des tumeurs de l'ovaire. Olshauser a trouvé sur 2272 cas, 80% de kystes mucoides; leur cause est inconnue. On connait cependant certains mécanismes de productions. Ainsi trois variétés sont dues à la distension de cavités préexistantes: 1° La rétention kystique des glandes résiduelles du canal de Wolff, 2° la distension des follicules, 3° le ramollissement et l'accumulation de liquide dans le corps jaune. Mais peu importe ici l'origine et le type histologique du kyste puisque la clinique est impuissante à les signaler et que le traitement est unique.

Le début des kystes de l'ovaire est insidieux et latent. Constitué il ne provoque que de légers troubles. L'état général est peu affecté. Le facies ovarien peut-être typique i.e. figure maigre, jaunâtre, le teint cancéreux, le ventre énorme. Les fonctions ovariennes sont peu impressionnées. Quelquefois les règles diminuent en quantité et en durée, ou elles sont plus fréquentes et plus douloureuses, mais l'aménorrhée est rare. La fécondation est également possible car l'ovulation ne cesse qu'avec la destruction complète des ovaires. Cependant la stérilité est la règle dans les kystes bilatéraux.

Les douleurs en général sont peu marquées. Si elles existent, elles sont sourdes et constantes. C'est plutôt une sensation de pesanteur due à la compression.

Suivant sa situation le kyste amènera divers *troubles*. S'il est petit, gros comme un oeuf, il tombera dans le Douglas et produira

de la douleur à la marche, au coït. Par compression ou adhérences il donnera de la constipation. S'il se développe en haut dans l'abdomen il sera moins remarqué. Seuls le grossissement de son ventre, les mictions fréquentes attireront l'attention de la malade. Car les kystes à développements abdominaux ne créent aucune douleur à moins qu'ils n'aient pas de pédicule.

Les signes physiques donnent des renseignements plus précis.

Les kystes à développement pelvien font saillie dans le bassin. Au toucher combiné, on a la sensation d'une tumeur limitée, sans formes arrondies, molle ou élastique. Si l'on cherche le fond de l'utérus, on se rend compte que la masse lui est séparée. La mobilité de l'utérus n'est pas transmise à la tumeur. Entre l'utérus et la tumeur il existe toujours un sillon.

Si le kyste est immobilisé, le diagnostic devient plus difficile. Il faut bien chercher l'indépendance de l'utérus. Le toucher rectal est d'un grand secours. L'hystérométrie et l'hystéro-salpingographie aideront enfin à trancher la question.

Les kystes à développement abdominaux donneront la sensation d'une boule ronde et mobile. Au toucher il faut chercher la situation de l'utérus, son indépendance, sa mobilité, sa position inclinée ou non; il ne faut pas confondre avec une anse intestinale lorsque le kyste est pédiculé.

Dans les gros kystes l'abdomen fait saillie. La tuméfaction est globulaire, élastique, tendue, uniforme, insensible. Les déformations latérales sont caractéristiques. La percussion est mate et située autour de l'ombilic. Les flancs sont sonores. Il y a tympanisme sous-costal. Au toucher rectal, on peut sentir soit la masse qui tombe dans le bassin soit l'utérus qui est situé en arrière.

Diagnostics.

1° *Des kystes pelviens*: Dans les *salpingo-ovarites,* les contours sont moins limités moins arrondis; les douleurs sont plus marquées et il y a toujours une histoire inflammatoire.

Dans la salpingite kystique le grand axe est transversal.

Dans la *grossesse extra-utérine* ou l'histoire du retard est de règle, il faut rechercher les petits signes de grossesses. La tuméfaction n'est pas arrondie, elle a des caractères diffus, une consistance pâteuse et est bien plus haut située.

Dans la *rétroversion,* il faudra rechercher la mobilité de l'utérus dans les diverses positions. Le col est déplacé.

Dans les *kystes para-ovariens* le diagnostic est très difficile. Ils sont très bas, la fluctuation est plus facile à percevoir.

Les *inflammations pelviennes* s'accompagnent de fièvre, sont plus sensibles, moins limitées; et il y a l'histoire d'infection.

Les *fibromes sous-péritonéaux* sont attachés à l'utérus, plus durs multiples moins mobiles.

L'hydrosalpinx a une histoire d'infection chronique; elle est plus allongée et plus tortueuse. L'image est caractéristique à la salpingographie.

2° Les *kystes à développement abdominal* ne doivent pas être confondus avec l'ascite, où la matité est concave en haut tandis qu'elle est convexe en haut dans le kyste. En plus la sensation de flot est très bien transmise dans l'ascite et si l'on fait remuer la malade, la matité change suivant les positions.

Lorsque l'on doute une *grossesse* il faut en chercher les petits signes (histoire, col mou, seins, auscultation, etc)., et savoir attendre en s'aidant de la radiographie.

La *grossesse fantôme* se produit chez un tempérament nerveux, chez une femme stérile qui désire un enfant.

Dans le *fibrome utérin* il y a les métrorragies; l'utérus est lié à la tumeur qui n'est pas uniforme. A l'auscultation on peut entendre le souffle utérin. L'hystérométrie et l'hystérographie éclaircissent la question en montrant une cavité utérine élargie et déformée.

Les kystes mésentériques ou pancréatiques sont para-ombilicaux ou sous-costaux. Le bassin est ordinairement libre. Le kyste rénal est dans le flanc. Les kystes hydatiques du foie, de la vésicule biliaire ou du péritoine seront éliminés par la réaction de déviation.

Diagnostic de la variété.

Les kystes dermoides sont plus durs et le pédicule est plus long. Ils peuvent être unis ou multiloculaires, alors les sensations au toucher seront variables pour la même tumeur.

Les kystes mucoides sont beaucoup plus grands, plus molasses et peu sensibles.

La malignité primitive est rare. Elle s'accompagne d'ascite, d'amaigrissement. Les kystes sont alors plus douloureux et moins volumineux.

Traitement.

Le traitement des kystes de l'ovaire est unique. Il faut les enlever. C'est d'ailleurs un des plus beaux triomphes de la chirurgie gynécologique.

PETITE CLINIQUE

L'HÉMARTHROSE TRAUMATIQUE DU GENOU.

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

Le 28 septembre dernier, un jeune homme fait une chute sur les deux genoux. Il se relève péniblement, et malgré une douleur assez vive au niveau du genou droit, il réussit à gagner son domicile sans trop de difficultés.

Arrivé chez lui, la douleur s'intensifie, le genou augmente de volume et progressivement s'installe une impotence complète du membre inférieur droit; le blessé parvient à peine à râcler le plan de son lit avec le talon.

Le 2 octobre, les symptômes ne s'amendant pas, il est conduit en ambulance à l'Hôtel-Dieu dans le Service de Monsieur le Professeur Saint-Jacques. Et ce matin nous allons l'examiner ensemble; c'est je crois un cas intéressant, non pas qu'il est rare, mais parce qu'il présente une lésion traumatique fréquente, qu'il faut par conséquent savoir facilement diagnostiquer puisque vous serez souvent appelés à la traiter en clientèle.

Disons de suite que lorsque l'on se propose d'examiner un genou, c'est tout le membre qu'il faut mettre à nu, afin de pouvoir se rendre compte de la position du membre et des déformations qui ont pu résulter du traumatisme; mais ce n'est pas tout, il faut de plus découvrir aussi le membre opposé afin de permettre des comparaisons indispensables pour établir un diagnostic précis.

Et maintenant que nous avons bien en vue les deux membres inférieurs, quels renseignements peut-on tirer de la seule inspection ?

Voyez, l'attitude n'est certainement pas la même chez les deux. Celui de gauche est bien en extension normale et en légère rotation

externe, mais celui de droite est en demi-flexion et repose sur le lit par sa face externe. Par ailleurs cependant l'axe normal est bien conservé des deux côtés et la mensuration que nous venons de faire montre bien qu'il n'y a pas de raccourcissement.

Un autre fait doit aussi vous frapper. Regardez le genou gauche. La région rotulienne fait sa saillie normale et tous les méplats péri-rotuliens apparaissent bien dessinés. Il n'en est pas de même du genou droit. Celui-ci est très augmenté de volume; la saillie rotulienne a disparu et avec elle les dépressions latérales et celles situées au-dessus de la base de la rotule; enfin le revêtement cutané de ce genou globulaire, lisse, tendu, luisant, est émaillé de petites éraillures superficielles laissant à découvert un derme enflammé et suintant.

Il faut maintenant palper ce genou qui apparaît si singulièrement touché. Il est douloureux, uniformément douloureux; mais il y a plus, de la rénitence et même de la crépitation neigeuse. Le choc rotulien doit-être positif. Oui, il l'est. Aucune erreur possible maintenant, nous sommes bien en présence d'un épanchement; le traumatisme n'est pas para-articulaire, il a atteint l'articulation; la synoviale a été lésée.

L'attitude du membre droit en demi-flexion est maintenant expliquée puisque cette position correspond au maximum de capacité articulaire; et nous trouvons de plus la raison de l'impotence fonctionnelle.

Mais reste un dernier problème à résoudre. Quelle est la nature de cet épanchement ? S'agit-il d'hydarthrose ?

N'oubliez jamais que l'hydarthrose ne se montre que tardivement à la suite d'un traumatisme, alors qu'il s'est développé déjà un certain degré d'arthrite traumatique; chez ce blessé l'épanchement est survenue rapidement en quelques heures, l'articulation était remplie; cette apparition brusque et la constatation clinique de crépitation neigeuse doit nous orienter vers un tout autre diagnostic; et vous verrez tout à l'heure au cours du traitement qu'il s'agit bien d'une hémarthrose traumatique.

Le traitement de l'hémarthrose traumatique du genou a suscité pendant longtemps bien des controverses. Verneuil se fit l'ardent défenseur de l'immobilisation simple et cette méthode insuffisante dut être rejetée vu ses résultats franchement déplorables. Elle déterminait une atrophie musculaire du quadriceps qui avait pour conséquence des mois et des mois de massage et d'électrisation afin de rendre au muscle sa tonicité perdue.

Lucas Championnière impressionné par l'amyotrophie toujours imminente dans ce genre de traumatisme et beaucoup plus sérieuse d'ailleurs que l'épanchement lui-même, laisse ce dernier au second plan et institue la méthode du massage et de la mobilisation précoce. Les résultats obtenus furent merveilleux. Actuellement ce principe reste à la base du traitement. Tout de même, il n'en reste pas moins vrai qu'il faut évacuer l'articulation de son contenu si l'on veut favoriser la mobilisation.

Il nous faudra donc vider d'abord l'articulation. La ponction, opération simple et à la portée de tous, permet d'atteindre ce but, mais incomplètement. L'arthrotomie, opération plus délicate, videra totalement l'article et assurera l'intégrité parfaite de l'articulation. Immédiatement après, nous commencerons la mobilisation passive et active. Ainsi ce jeune blessé pourra marcher dans quelques jours et avant peu reprendre ses occupations quotidiennes.

MÉDECINE PRATIQUE

1° **Pour exciter l'appétit :**

tr. colombo
tr. de gentiane } ââ 15 c.c.
tr. ipeca

ou bien:

2°

tr. colombo
tr. ipeca } ââ 15 c.c.
tr. noix vomique

Vingt à vingt-cinq gouttes dans un peu d'eau avant chaque repas.

ou bien:

3°

tr. de rhubarbe
tr. de colombo } ââ 15 c.c.
tr. de badiane

Vingt-cinq à trente gouttes dans un peu d'eau avant les deux principaux repas.

4° **Contre constipation spasmodique:**

tr. de belladone } ââ 15 c.c.
tr. de jusquiame

Quinze à trente gouttes par jour en deux ou trois fois durant deux à trois semaines.

5° **Contre colites douloureuses et débâcles diarrhéiques.**

Sulfate de soude	6 grammes
Bicarbonate de soude	4 grammes
Chlorure de sodium	2 grammes

Pour un paquet, à faire dissoudre dans un litre d'eau bouillie. Prendre un grand verre de cette solution à la température de la chambre, ou tiède, le matin à jeûn en une ou plusieurs fois.

REVUE DES LIVRES

"Les Régimes du Praticien", par le docteur Roméo BOUCHER. professeur agrégé à l'Université de Montréal. (Editeurs Edouard Garand, à Montréal, 1433 rue Sainte-Elizabeth).

Sous une forme pratique, le docteur Boucher vient de publier un opuscule destiné à rendre de grands services au praticien. En un peu moins de cent pages, il passe en revue tous les régimes susceptibles d'être prescrits en clientèle, en les dépouillant de toutes les considérations scientifiques qui les accompagnent habituellement. La liste des aliments, l'indication, le mode de formuler le régime, telles sont les directives que l'auteur n'a point voulu perdre de vue. Son travail se divise en trois catégories: les diètes hospitalières, les régimes de cure (diète hypograisseuse, hyperminéralisée, etc...) et les régimes exclusifs. Ces derniers portant le plus souvent le nom d'un des grands maîtres de la médecine contemporaine (diète de Sippy, de Labbé, etc.).

Nous avons parcouru le volume du docteur Boucher et nous sommes convaincu que le praticien trouvera là une source d'information condensée de manière à lui rendre les services les plus précieux.

L.

ANALYSES

MEDECINE

MARCEL LABBE. — **De quelques erreurs dans l'emploi de l'insuline chez les diabétiques.** — (La Presse Médicale, 10 septembre, 1930).

L'insuline s'oppose au trouble physiologique qui constitue fondamentalement le diabète. On sait que ce trouble consiste, dans les cas légers, en un défaut du métabolisme des hydrates de carbone auquel s'associent dans les cas graves, des perturbations du métabolisme des albumines et des graisses.

Banting et Best ont indiqué dès le début le mode d'emploi de l'insuline. Ils l'emploient en injections sous-cutanées, de préférence un quart d'heure avant les repas, à des doses qui varient avec la gravité de la maladie en cours. Les cliniciens ont conservé cette manière de procéder et, tout en reconnaissant l'action utile de l'insuline dans le diabète bénin, posent ses réelles indications dans le diabète grave et le coma diabétique.

L'auteur envisage dans son étude un certain nombre d'erreurs ou préjugés sur l'action de l'insuline.

Certains médecins croient que l'insuline exerce une action véritablement curative sur le diabète. Ce fait manque de preuves à moins que l'on n'envisage comme guérisons des améliorations marquées de la tolérance. Celles-ci, l'expérience le prouve, ne se maintiennent pas si l'on vient à supprimer, même pendant un intervalle limité la médication insulinique.

D'autres, à la suite d'accidents survenus au moment de la cessation de la cure, ont cru que l'insuline offre le danger d'une accoutumance médicamenteuse. Il s'agit là d'une erreur d'interprétation chez des diabétiques graves qui ne peuvent plus, à ce stage de leur maladie, retrouver leur équilibre aux dépens du seul élément-diète, parce que leur organisme est devenu totalement déficient en secrétion pancréatique.

Quant aux accidents d'hypoglycémie, ils sont plus impressionnants que redoutables. Pour peu que le médecin introduise dans l'alimentation du malade une quantité de grammes d'hydrates de carbone proportionnelle au nombre d'unités d'insuline injectées, et que la médication soit employée 15 minutes avant chaque repas, l'hypoglycémie ne revêt jamais un caractère grave, à tout le moins, est-elle alors facile à combattre.

On a essayé beaucoup d'autres voies d'introduction de l'insuline dans l'organisme: injections intra-nasales, intra-trachéales, rectale, etc. L'insuccès qui a marqué ces différentes tentatives les a fait abandonner.

Si l'on consulte les courbes de glycémie à la suite de l'usage des insulines buccales on constate que celles-ci ne subissent guère de modification. Leur emploi constitue donc "un danger social qui dépasse le domaine de la thérapeutique et mériterait d'attirer l'attention des législateurs dont le but doit être de protéger le public".

J. Roméo PEPIN.

CHIRURGIE

OURY P., GODARD P., NICHITA V. — **La douleur gastrique chez les dyspeptiques fonctionnels.** — (Arch. App. Digest. Tome XX. No 6, 1930).

L'examen clinique en pathologie digestive donne la plupart du temps des signes plutôt restreints; c'est pourquoi l'interrogatoire doit occuper une place prépondérante. Or, ce qui domine avant tout dans l'histoire que racontent les malades c'est la description des caractères et de la localisation de leurs douleurs gastriques. Quels renseignements peut-on tirer de ces descriptions, souvent très profuses, afin d'établir un diagnostic? Les auteurs du présent article ont étudié une soixantaine de malades se présentant dans le service de M. Bensaude pour uniquement des douleurs gastriques.

Complétant l'examen clinique par un examen radiologique et un chimisme gastrique, ils ont cherché dans quelle mesure la douleur gastrique d'un cas déterminé peut correspondre à des variations de la forme ou du chimisme de l'estomac.

De cette étude minutieuse ressort que la division des douleurs gastriques en brûlures, crampes, tiraillements et pesanteurs ne correspond à aucun type clinique précis.

C'est à la radiologie et au chimisme qu'on doit toujours avoir recours si l'on veut expliquer ces douleurs et interpréter leurs caractères.

Mercier FAUTEUX.

B. BLANKOFF. — **Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'antigène méthylique.** — (Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur).

L'auteur a inauguré cette méthode il y a trois ans. L'antigène méthylique leur fut fournie par MM. Boguet et Nègre de l'Institut Pasteur. (Pour nature et propriétés de l'antigène voir: Antigénothérapie de la tuberculose par MM. Boguet et Nègre. — Masson et Cie Editeurs).

Méthodes employées — à côté de la méthode:

1°—*Classique* d'injection progressive plusieurs fois répétées de ¼ à 1 c.c. de la solution au 1/10 puis de la solution pure, deux autres essais furent tentés.

2°—L'application en compresses ou en instillation dans les trajets fistuleux aux mêmes doses que ci-dessus.

3°—Traitement par l'antigène associé aux rayons ultra-violets.

La méthode est en général inoffensive; dans certains cas: réactions locales telles que induration au siège de l'injection, rougeur et douleur, de 24 à 48 heures de durée que l'auteur attribue à un phénomène de défense active de l'organisme sous l'influence du médicament. La production d'anticorps amène très rapidement une hyperleucocytose au foyer de suppuration. Bien plus l'auteur croit que chaque fois que dans une tuberculose ouverte la suppuration s'est montrée plus intense après les premières injections le résultat final a été ou une guérison ou une amélioration sensible.

Dans les cas contraires le résultat a été nul.

METHODE CLASSIQUE

	Cas	*Guérisons*	*Améliorations*	*Insuccès*
Adenite	6	3	3	
Coxalgies fistuleuses —	7	1	3	3
Osteïtes costales	2	1		1
Tumeur blanche — genou	1			1
Pott	1		1	
Osteo Arthrite tibio tarsienne	1		1	
Fistule anale	1			1

METHODE DES COMPRESSES

	Cas	*Guérisons*	*Améliorations*	*Insuccès*
Adénites	2	1	1	
Coxalgie	1			1
Osteo Arthrite du poignet	2	1	1	
Arthrite du genou	1	1		

METHODE COMBINEE

	Cas	*Guérisons*	*Améliorations*	*Insuccès*
Adénite	2	2		
Spina Ventosa	1	1		
Coxalgie	3		2	1
Tuberculoses multiples	3	3		

CONCLUSIONS

1° Il semble bien que c'est dans les adénites et les lésions facilement accessibles que l'antigénothérapie donne les meilleurs résultats, peut-être du fait que la lésion est limitée et circonstrite à un petit foyer.

2° L'augmentation de la suppuration est un phénomène quasi constant et toujours favorable.

3° Il n'y a jamais de réactivation.

4° Dans les cas où la suppuration ne devient pas abondante, le traitement est abandonné après 4 ou 5 injections.

5° Le traitement par compresses semble préférable dans les lésions superficielles.

6° La combinaison de l'Antigène avec les rayons ultra-violets paraît très heureuse, cependant ne jamais pratiquer d'injection et de cure d'U.-V. le même jour.

7° L'auteur insiste sur le fait que les cas choisis sont presque tous des cas graves, chez qui toutes les autres méthodes avaient échoué. Donc le nombre de résultats positifs ou encourageants obtenus semble montrer que les indications de l'Antigénothérapie sont plus larges encore que l'application qui en a été faite.

P. CAUMARTIN.

OBSTETRIQUE

HOFSTEIN J. — **Absence congénitale des muscles abdominaux.** — (Génécolngie obstétrique, juillet 1930).

Cette anomalie qui se rencontre rarement existait chez un nouveau-né du sexe féminin. Le diagnostic fut précisé par l'examen à la fois clinique et radioscopique. La paroi abdominale, flasque dans la position couchée, se distendait dans la position verticale et laissait dessiner les contours des organes abdominaux. L'enfant s'alimentait bien et prenait du poids.

Les théories émises pour expliquer cette absence congénitale des muscles abdominaux ne sont aucunement satisfaisantes.

L'avenir de ces enfants est gravement hypothéqué, car importantes sont les fonctions des muscles abdominaux au point de vue de la défécation, de la miction et de la respiration; chez la femme, on connaît le rôle de ces muscles pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

Le traitement ne peut consister que dans le port d'un bande durant les premiers mois de la vie pour être remplacée, plus tard, par une ceinture.

Donatien MARION.

PEDIATRIE

P. LEREBOULLET. — **Prophylaxie actuelle de la diphtérie du nourrisson.** — ("Paris Médical", No 23, 7 juin, p. 527).

La fréquence relative et les caractères cliniques assez spéciaux de la diphtérie du nourrisson sont actuellement bien connus. On sait qu'à Paris, à l'hospice des "Enfants-Assistés" — que dirige maintenant le professeur Lereboullet — M. Chevalley en 1926 a trouvé une proportion de 10 p. 100 de porteurs de bacilles diphtériques chez les enfants de moins d'un an, et que parmi ces porteurs bien peu font des manifestations typiques. En thèse générale, le nourrisson ne réagit pas par une angine membraneuse ou un croup; s'il fait fréquemment du coryza, souvent la diphtérie est chez lui camouflée, se traduisant soit par de l'otite, soit par de la broncho-pneumonie ou de l'hypothrepsie.

Bien que la fréquence de la diphtérie du nourrisson reste encore controversée, il n'en est pas moins établi que, dans les milieux hospitaliers où sévit l'infection diphtérique, la mortalité des porteurs de germes est élevée et contraste singulièrement avec la mortalité générale, toujours beaucoup plus basse.

Quelques notions fondamentales ont servi de base aux recherches du professeur Lereboullet sur la prophylaxie de la diphtérie.

1° La diphtérie est le plus souvent une maladie à *contagion interhumaine.*

2° La diphtérie se transmet fréquemment par des *porteurs de germes sains.*

3° La prophylaxie de la diphtérie ne peut être assurée dans les agglomérations de nourrissons que par l'*ensemencement systématique de tous les entrants* et la répétition assez fréquente de l'ensemencement chez les nourrissons hospitalisés.

4° L'*isolement absolu et relatif de tous les porteurs* est la conclusion logique de cette recherche et comporte, comme corollaire, la *désinfection des fosses nasales.*

Y a-t-il un procédé efficace pour détruire les germes diphtériques du rhinopharynx? A cette question on donnait volontiers jusqu'ici une réponse négative.

L'auteur, après avoir essayé plusieurs procédés, a eu la bonne fortune de trouver, avec son collaborateur J.-J. Gournay, une méthode vraiment efficace. Elle consiste dans l'emploi des *arsénicaux* et notamment du *novarsénobenzol.* On se sert d'une ampoule de 15 centigrammes de novarsénobenzol dans laquelle on verse le contenu d'une ampoule de 2 centimètres cubes d'eau distillée stérilisée. Avec la solution extemporanée ainsi préparée (qui ne peut servir que pour la journée), on fait des instillations deux à trois fois par jour dans chaque narine. Après trois jours on cesse quelques heures et on fait un ensemencement. Est-il négatif? On suspend les installations, et deux autres ensemencements sont faits à trois jours d'intervalle. Y a-t-il un résultat positif à l'un ou l'autre de ces examens? La méthode est reprise trois jours et l'on continue ainsi jusqu'à disparition définitive des germes. Dans la règle, la désinfection est obtenue dans les trois jours, et le nombre des échecs ne dépasse pas 5 p. 100. L'auteur évalue à 85 p. 100 le nombre des cas où le résultat fut complet dès le premier ensemencement. Au surplus, la mortalité chez les porteurs de germes n'a été que de 7 p. 100, la mortalité générale étant de 11 p. 100.

Les heureux résultats obtenus dans la prophylaxie de la diphtérie du nourrisson par cette méthode simple et d'application facile nous ont paru dignes d'être signalés. Sans doute il serait prématuré d'affirmer que ces résultats seront constants. Il se peut qu'à certaines périodes la diphtérie se montre plus fréquente et plus résistante. Néanmoins la rareté des échecs (qui ne dépassent pas 5 p. 100) semble permettre d'affirmer qu'il s'agit là d'une méthode vraiment efficace.

Paul LETONDAL.

W. MIKULOWSKI. — **Lésions cérébrales dans la coqueluche.** — ("Archives de Médecine des Enfants", No 9, septembre 1930, p. 519).

La coqueluche n'est pas seulement une maladie "de la toux" qui dure six semaines (*Hustenkrankheit des Allemands*), mais une maladie longue, récidivante, et une des plus mortelles de la première enfance; elle témoigne d'une infection générale de l'organisme; on est donc obligé de considérer les lésions cérébrales comme survenant sous l'influence toxique et infectieuse du virus coquelucheux sur le cerveau, le système nerveux et le système vasculaire.

Malgré que l'hypothèse généralement admise de l'action mécanique de la toux sur l'hyperémie veineuse, l'œdème cérébral et les hémorragies céré-

brales soit capable d'expliquer un petit pourcentage d'encéphalites coquelucheuses, néanmoins il n'est pas possible de se montrer satisfait de cette conception unique.

Toute une série de faits cliniques plaident contre cette hypothèse, simple seulement en apparence.

La pathogénie des hémorragies au cours de la coqueluche est à rechercher dans des états passagers d'une diathèse hémorragique provoquée par mauvais fonctionnement du foie sous l'influence du virus coquelucheux; la même application est valable pour les hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde.

Paul LETONDAL.

G. MOURIQUAND. — **Un programme de lutte contre la mortalité infantile.** — ("Le Journal de Médecine de Lyon", No 243, 20 février 1930, p. 107).

La lutte contre la mortalité infantile doit concentrer toute son action sur des points précis, majeurs, et non éparpiller son temps et ses crédits sur des points mineurs, secondaires. Le professeur Mouriquand rappelle que trois périls essentiels menacent l'enfance:

1° Le péril congénital;
2° Le péril alimentaire et digestif;
3° Le péril infectieux.

1° *Le péril congénital* relève essentiellement du surmenage, de la mauvaise hygiène de la femme enceinte et de l'hérédo-syphilis.

La femme enceinte doit être entouré de soins précis, mise au repos les derniers temps de la grossesse, bien alimentée. Elle doit recevoir d'importantes primes de grossesse. L'hérédo-syphilis sera systématiquement dépistée dans les consultations hospitalières, extra-hospitalières, gouttes de lait, etc. Les primes actuelles attribuées à ce dépistage seront augmentées.

2° *Le péril alimentaire et digestif* menace avant tout le premier âge. Il est presque à coup sûr écarté par l'allaitement au sein.

Une prime importante sera donc donnée à toute mère nourrice et tout sera fait pour qu'elle ne soit pas séparée de son enfant.

L'enfant au biberon sera surveillé à domicile par les infirmières visiteuses si possible, non séparé de sa mère; si la séparation s'impose on évitera d'accumuler les nourrissons dans les mêmes locaux, on évitera aussi de trop les disséminer, les plaçant ainsi loin de toute surveillance.

Les centres d'élevage permettent à la fois la séparation et la surveillance. Un effort considérable doit être fait pour les multiplier.

3° *Le péril infectieux* sera écarté pour la diphtérie par l'anatoxine, etc. Pour la tuberculose, par la séparation du type Grancher, pratiquée dès la naissance. La majorité des crédits doivent aller à ces Oeuvres, dont l'efficacité est certaine, et aux laboratoires d'où dérivent tous progrès d'hygiène sociale.

Paul LETONDAL.

UROLOGIE

RUDOLPH CHAWLLA. — **Our experience with intra-venous pyelography.** — (Notre récente expérience avec la pyélographie intra-veineuse.) The British Journal of Urology, septembre 1930, p. 256.

L'auteur apporte ici l'expérience du service d'Urologie de l'Hôpital Civique de Vienne, Autriche. Il s'élève contre l'idée que la pyélographie endo-veineuse est appelée à remplacer celle pratiquée par voie urétérale. Cependant, dans les cas d'hydronéphrose la pyélographie avec l'urosélectan est préférable et remplacera certainement l'ancienne méthode. De même, la pyélographie endo-veineuse peut rendre d'utile services, lorsque le cathétérisme des uretères est impossible. L'auteur termine en mettant en garde contre la technique de vouloir employer cette méthode au détriment de toutes les autres méthodes pour l'examen de l'appareil urinaire pour établir un diagnostic.

Oscar MERCIER.

LEWIS and CARROLL. — **Recurrent prostatic hypertrophy with report of a case.** — (Hypertrophie de la prostate récidivante). The Journal of Urology, septembre 1930, p. 319.

Les auteurs rapportent le cas d'un malade opéré d'hypertrophie de la prostate en 1916, par eux, chez lequel il y a eu récidive qui a nécessité une 2e opération similaire. Leur malade opéré en 1916 avec soin a été bien jusqu'en 1928. A cette époque, il y a eu réapparition des signes de prostatisme qui ont nécessité une 2e prostatectomie. A ce sujet les auteurs s'étendent assez longuement sur l'étiologie de cette récidive, et en viennent à la conclusion de Freudenberg.

Les récidives viennent de ce que le chirurgien a laissé au cours de l'opération quelques petits noyaux adénomateux dans la loge prostatique; ces noyaux progressent dans quelques cas suffisamment pour causer les symptômes de prostatisme.

Oscar MERCIER.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

GOUGEROT. — **Syphilis Arseno-Récidivantes.** — (Annales des maladies vénériennes).

Il s'agit dans la grande majorité des cas, de malades atteints de syphilis récente qui, au cours de la première série de Novarsenobenzol, vers la fin de la série (aux doses de 0.75 ou de 0.90 cgr.) ou bien quelques jours après la fin de cette série, voient apparaître une éruption caractérisée par des plaques infiltrées de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à 2 francs, d'une coloration rouge cuivrée foncée, saillantes et papuleuses, dures, tendues, nettement squameuses, parfois psoriasiformes, isolées ou agminées pour

former des nappes plus ou moins étendues, et siégeant avec prédilection à la face, à la nuque, au tronc, à la verge et aux membres supérieurs.

Ces lésions s'exacerbent quand on poursuit le traitement arsenical. Mais elles cèdent rapidement au traitement bismuthique. Parfois il existe une pluri-résistance au bismuth et même au mercure et dans des cas semblables Jeanselme et Burnier ont conseillé de recourir aux sels d'or.

Il est également intéressant de constater comment se comporte le Bordet-Wassermann chez les arseno-résistants. Tantôt le B.W. est négatif au début, reste négatif après la guérison des accidents arséno-résistants par le bismuth et ne devient positif que 2 à 3 mois plus tard; tantôt le B.W. négatif ou faiblement positif au début devient positif sous l'influence du bismuth qui guérit les accidents; tantôt enfin, le B.W. qui était positif au début des accidents arséno-résistants, devient plus ou moins rapidement négatif sous l'influence du bismuth.

L'auteur tente d'expliquer la négativité du B.W. au début par l'absence de défense de l'organisme et que la positivité apparaît quand le bismuth suscite la réaction de défense et guérit les accidents. Mais des cas guérissant alors que le B.W. était négatif ne sont pas en faveur de cette hypothèse.

Paul POIRIER.

GOUGEROT H. et PEYRE ED. — **Essaie de bactériophage antichancrelleux.** — (Annales des maladies vénériennes, août 1930).

Les auteurs publient quatre cas dans lesquels le bactériophage leur a donné un réel succès dans un laps de temps très court. Mais dans d'autres cas ils ont eu des échecs.

Il ne leur a pas été possible d'obtenir un bactériophage antichancrelleux. Ils se sont servis d'un mélange de divers bactériophages (rhino-intestino, etc.).

La technique est simple: ponctionner en peau non amincie et avec une aiguille fine, afin de ne pas favoriser une fistulisation; pas trop fine, afin que le pus puisse être évacué et aussitôt après par la même aiguille restée en place, on injecte la même quantité d'un mélange de divers bactériophages. S'il se produit une réaction inflammatoire dans les 24 heures, il ne faut pas s'en inquiéter, on peut continuer.

Paul POIRIER.

GYNECOLOGIE

F. DOUAY et Mlle P. ILPUREANO. — **Diagnostic de la salpingite tuberculeuse. Réaction de Bedreska.** — (Gyn. et Obst., mai 1930).

Le diagnostic précoce de la salpingite T.B. est un problème difficile. Depuis 50 ans de nombreux travaux ont été publiés sur la salpingite T.B.

1° Les uns conseillent l'abstention chirurgicale à cause des tendances à la guérison spontanée et du danger opératoire. 2° Des chirurgiens se contentent d'une laparatomie exploratrice qui expose à l'air les lésions T.B. 3° D'autres sont opérateurs, mais conservateurs. 4° D'autres enfin sont

partisans de l'hystérectomie. Avec J. L. Faure, Douay préconise l'opération précoce et proclame le succès opératoire. Les différentes formes anatomo-cliniques sont: 1° la forme ascitique des jeunes filles qui semble être du domaine médical. Mais la laparatomie exploratrice avec assèchement du petit bassin favorise la guérison. La Radiothérapie, à petite dose, aide également. 2° La forme discrète, superficielle est du domaine de la chirurgie conservatrice, car elle est ordinairement uni-latérale. Cependant si les lésions sont bi-latérales avec des trompes dures, et des noyaux (forme nodulaire) il vaut mieux hystérectomiser. 3° Enfin les cas les plus fréquents ou les lésions annexielles sont volumineuses. Il est évident que ces cas nécessitent une intervention radicale précoce.

La T.B. annexielle est fréquente. Les examens microscopiques montrent un total de 12% des cas.

Le diagnostic clinique doit être fait avec 1° la salpingite à gono, 2° La salpingite puerpérale, 3° la salpingite typhique ou colibacillaire, 4° la grossesse extra-utérine, 5° le kyste de l'ovaire, 6° le fibrome utérin, 7° les kystes végétants de l'ovaire.

En principe toute salpingo-ovarite à symptomatologie anormale doit faire penser à la T.B..

a) Disproportion entre les signes fonctionnels et physiques i, e, grosses lésions sans douleurs et sans troubles menstruels, *b*) caprice de l'évolution malgré le traitement rationnel, *c*) antécédents héréditaires, *d*) troubles menstruels à évolution paroxystique, *e*) signes d'imprégnation T.B.

Chez les jeunes filles à hymen intact le diagnostic de T.B. annexielle est plus facile. De même avec les signes de péritonite T.B. les salpingites sont plus facilement reconnues.

Les moyens de laboratoires qui concourent au diagnostic de la salpingite T.B. sont:

a) la recherche du Koch dans les sécrétion du col. Elle peut être positive dans les métrites et les salpingites T.B.;

b) l'inoculation au cobaye est plus certaine. Mais à cause de la flore microbienne qui garnit le vagin il est difficile d'isoler le Koch ;

c) le Von-Pirquet n'a pas grand valeur chez l'adulte qui a sûrement été antérieurement infecté et qui a des bacilles à l'état latent;

d) Ophtalmo-réaction à la valeur de montrer des lésions en activité;

e) la réaction de fixation du complément appliquée à la T.B. grâce à l'antigène de Besredka a été positive dans 71.43% des cas que Mlle Ilpureano a observés.

En conclusion il faut dire que cette réaction par son pourcentage favorable doit occuper une place importante dans le diagnostic de la T.B. génitale de la femme.

Arthur MAGNAN.

L. GOUSSAKOFF. — **Du choix de la méthode de l'opération césarienne.** — (Gynécologie et Obstétrique, mai 1930).

Il existe trois types d'opération césarienne abdominale. La césarienne classique, la césarienne intra-péritonéale dite césarienne cervicale, la césarienne extra-péritonéale.

Cette dernière méthode est née dans le but d'éviter les complications de péritonite qui surgissent assez souvent à la suite des césariennes péritonéales. Mais ce fut une erreur. Car l'expérience apportée par les laparatomies montre que le péritoine se défend mieux que le tissu cellulaire et l'infection péritonéale est moins grave et moins fréquente que les infections extra-péritonéales. C'est la raison qui a fait dlaisser cette méthode dès sa naissance.

La césarienne classique i, e, la section du muscle utérin sur la paroi antérieure ou sur le fond présente un grand nombre d'inconvénients. D'abord il résulte très souvent une mauvaise adaptation de la plaie et par conséquent une mauvaise cicatrisation. Ensuite la péritonisation de cette plaie n'est jamais satisfaisante. Puis cette cicatrisation est contrariée par la rétraction du muscle, la plaie se déplace, les bords peuvent se désunir. Quant à l'infection elle est plus favorisée, car les germes infectieux tombent immédiatement dans le centre de l'abdomen et sont souvent en contact avec l'intestin qui a tendance à sortir lors de l'extériorisation de l'utérus. Enfin le sort de la cicatrice dans les grossesses futures est toujours inquiétant.

La césarienne cervicale ou basse se pratique à la partie inférieure de l'abdomen. Toute la cavité péritonéale se trouve isolée par l'utérus et les champs qui isolent le col de la cavité abdominale.

Les conditions de suture dans la césarienne basse sont particulièrement favorables, la péritonisation de la plaie se fait facilement par le pli vésico-utérin qui est libre et flasque. La plaie se trouve en repos absolu après l'accouchement. Les ruptures au cours des grossesses ultérieures sont moins favorisées, car le placenta s'insère plus souvent sur le corps ou sur le fond que dans la partie isthmo-cervicale.

Les adversaires de la césarienne basse lui reprochent:

1° L'irruption du liquide ammotique et du sang qui masquent le champ opératoire.

2° Les difficultés d'extraction de la tête du fœtus.

3° La possibilité d'infection qui n'est pas écartée.

4° La supériorité de la cicatrice cervicale sur celle du corps n'est pas démontrée.

G. réfute tous ces arguments adverses et conclut aux grands avantages de la césarienne cervicale.

Arthur MAGNAN.

RADIOLOGIE

DELHERM et BEAU (Paris). — **La radiothérapie du sympathique dans certaines affections cardio-vasculaires.** — (Journal de radiologie et d'électrologie, juillet 1930).

Considérant l'action bienfaisante de la roentgenthérapie portant sur les ganglions sympathiques, les renflements de la moelle épinière, les aisselles, plis du coude, triangles de Scarpa, creux poplités, dans le traitement de la maladie de Raynaud, l'artérite oblitérante et d'autres troubles vasculaires encore mal classés, les A, interprètent l'influence des rayons X non par un mécanisme humoral, mais par des modifications du tonus sympathique.

Envisageant ensuite la radiothérapie de l'angine de poitrine, les A, présentent de nouveaux cas de guérison, nient le danger de l'irradiation bien conduite de la région cardiaque chez les angineux et démontrent que c'est par une action sédative sur le flexus cardiaque hyperexcité que les rayons X atténuent et font disparaître le syndrome angor.

Enfin, tout en se gardant bien de tirer des conclusions prématurés, les A, croient à une part importante du sympathique dans l'hypertension artérielle puisque les résultats de l'irradiation cardiaque ont été plus favorables que ceux des surrénales dans leurs cas d'hypertension dite essentielle et qu'ils ont constaté des améliorations après irradiations dorso-lombaires chez les hypertendus sans lésion des surrénales.

ALBERT JUTRAS.

AUBERTIN, P. THOYER-ROZAT, ROBERT-LEVY (Paris). — **La radiothérapie de la maladie de Hodghkin** (lymphogranulomatose maligne). — (Rapport au Congrès pour l'avancement des Sciences, Alger, avril 1930).

Après avoir donné un aperçu clinique de la lymphogranulomatose maligne les A, reconnaissent la radiothérapie comme le traitement de choix de cette affliction en raison de la grande radiosensibilité du tissu lymphogranulomateux. Ils insistent d'abord sur la nécessité de connaître afin de les frapper suffisamment et d'emblée, toutes les masses ganglionnaires atteintes. Ils soulignent l'importance de suivre au cours du traitement :

1o. La *courbe de température* qui en montrant une hyperthermie élevée et persistante impose des mesures de prudence;

2o. La *formule sanguine, test,* indispensable non seulement pour poser le diagnostic et suivre l'évolution de la maladie, mais aussi pour éviter une leucopénie trop marquée;

3o. Le fonctionnement rénal, car, la diurèse ne doit pas cesser d'être abondante au cours de l'élimination des produits de destruction.

Les rayons de courte longueur d'onde sont les seuls reconnus efficaces: rayons X, très pénétrants, radium, et accessoirement, le thorium.

A la roentgenthérapie convient à la majortié des cas à cause de sa sûreté d'action et de sa maniabilité. Elle doit être instituée le plus tôt possible et comporte: *a* un tr. d'attaque (rayons très pénétrants, doses étalées de 3000 R par champ); *b* un tr. de consolidation. 2 mois après le tr. d'attaque; *c* un tr. d'entretien de 6 mois en 6 mois; *d* un tr. des complica-

tions cutanées, nerveuses, viscérales mais surtout osseuses dans lesquelles la radiosensibilité se montre grande.

B) La *curiethérapie* s'adresse aux anciens cas devenus radiorésistants par une roentgenthérapie antérieure: appareils plastiques dans les localisations superficielles, télécuriethérapie (30 D) sur les masses profondes.

C) Le *thorium*, 300 microgrammes en 6 injections hebdomadaires, est un adjuvant recommandable entre les séries de rayons X ou encore chez les intransportables ou chez les grands fébricitants.

Résultats: disparition des symptômes et survie de plusieurs années, — d'autant plus que le diagnostic et le traitement auront été plus précoces.

Les A. concluent à la prépondérance de la radiothérapie et à la nécessité d'une collaboration plus étroite entre cliniciens et radiothérapeutes pour reculer l'échéance toujours fatale de la maladie de Hodghkin.

Albert JUTRAS.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

A. H. MONTGOMERY et J. J. MUSSIL. — **Le traitement de l'invagination intestinale irréductible chez l'enfant.** "The treatment of irreductible intussusceptions in children" — (Etude clinique et expérimentale.—Surgery, Gynecology and Obstetrics, September 1930).

L'invagination intestinale irréductible est une condition pathologique déconcertante puisque d'après une statistique de Perrin et Lindsay, sur 400 invaginations opérées, ils trouvent une mortalité de 100% chez les enfants de moins de deux ans et de 70% chez les enfants plus vieux.

Le chirurgien se trouvant en face d'une invagination intestinale irréductible peut prendre les moyens suivants pour la guérir:

1. Un anus artificiel en laissant la masse invaginée en place;
2. Une anastomose sur le pourtour de l'obstruction;
3. Une résection de l'intestin avec anus artificiel;
4. Une résection avec anastomose latérale ou bout à bout;
5. L'opération de Coffey.

On a apporté des objections à toutes ces opérations.

Le traitement idéal est la résection de la masse invaginée et l'anastomose, cependant cette opération est trop formidable.

L'invagination intestinale est guérie spontanément assez souvent, par gangrène de la masse invaginée et son élimination. Leichtensten rapporte dans son livre 42% de guérison spontanée sur 513 cas.

Les auteurs rapportent deux cas de guérison par la méthode suivante qui est la plus rapprochée de la guérison sans intervention: sutures à la soie sur le pourtour de l'invagination et anastomose latérale.

Comme les deux cas guérissent les auteurs font des expériences sur les chiens en employant leur méthode chez un groupe de chiens et d'autres méthodes chez deux autres groupes de chiens.

En employant leur méthode sur un groupe de onze chiens un seul meurt et cela d'éviscération. Avec les autres méthodes les chiens meurent après quelques jours ou montrent des signes cliniques d'invagination partielle et d'obstruction et meurent après plusieurs semaines.

J. H. RIVARD.

P. KREUSCHER. — **La guérison post-opératoire histologique dans l'ostéomyélite chronique et l'utilité de la biopsie comme moyen de pronostic.** — (The Histology of the post-operative healing process in chronic osteomyelitis and its prognostication from biopsy sections. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. XII, No. 3, July 1930).

A la suite d'une étude portant sur 207 cas d'ostéomyélite chronique, l'auteur démontre que la cavité osseuse produite au cours de l'intervention, se régénère par trois procédés distincts: la production d'un tissu de granulation, l'apparition d'un tissu fibreux et enfin la formation du tissu osseux. L'infection influence considérablement cette cicatrisation et peut même la retarder pendant un temps assez long.

La nouvelle formation de moelle, de cortex osseux et de périoste n'a jamais pu être trouvée à l'examen microscopique, mais l'auteur croit qu'on devrait les apercevoir à la période ultime de la régénération osseuse.

Comme conclusion, K... estime que la biopsie pratiquée au cours de l'évolution de l'ostéomyélite chronique peut rendre des services, surtout pour le pronostic.

Edmond DUBE.

J.-I MITCHELL. — **La luxation du genou.** (Dislocation of the knee. The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. XII, No. 2, July 1930).

La luxation du genou, sans lésion concomittante de fracture est une affection plutôt rare. Elle peut être complète ou incomplète et pour se produire exige un traumatisme violent. Le déplacement peut être antérieur, postérieur, latéral ou médian.

Les tissus environnants sont toujours intéressés et lorsque le traumatisme atteint les nerfs poplités ou les vaisseaux il faut craindre l'apparition toujours grave de gangrène.

La réduction est souvent assez facile et pour éviter les récidives il est préférable d'immobiliser le membre pendant cinq à six semaines. Après cette période, le massage peut rendre de grands services et doit être utilisé.

Edmond DUBE.

NEURO-PSYCHIATRIE

R. H. SMITHWICK et J. C. WHITE (Boston) — **Elimination de la douleur dans l'arthrite oblitérante de l'extrémité du membre inférieur.** — (Une technique de l'injection d'alcool dans les nerfs sensitifs de la partie inférieure de la jambe). — (Surgery, Gynecology and Obstetrics, September 1930, p. 394).

Les auteurs conseillent cette thérapeutique chirurgicale contre les douleurs intolérables ressenties au niveau du pied ou de la partie inférieure de la jambe, accompagnées ou non d'ulcérations et occasionnées par les processus d'oblitération vasculaire. Elle présente l'important avantage d'éviter

l'amputation, à moins qu'il y ait gangrène ou intoxication générale, et d'être infiniment plus effective que d'autres interventions qui ont été effectuées dans ce but: ligature des artères et des veines périphériques, sympathectomie périartérielle, ganglionnectomie du sympathique dorsal et lombaire, usage des protéines étrangères; elle empêche les malades de recourir à la morphine et se laisser aller à une morphinomanie fatale.

Le bloquage sensitif est d'autant plus facile à la jambe, que les filets sensitifs du pied et de la partie inférieure de la jambe s'y associent en troncs sensitifs exclusivement et bien séparés, ou en nerfs mixtes portant un nombre de filets moteurs sans importance. De cette façon, on peut obtenir l'anesthésie de territoires distincts du pied et de la jambe, ne déterminant tout au plus que la paralysie des muscles intrinsèques du pied.

Les auteurs injectent, sous le névrilemme du tronc nerveux 1/3 cc. d'alcool à 95%, après incision longue de 2 pouces opérée sur les téguments sus-jacents. Il est important de faire cette petite intervention très aseptiquement, et de protéger de l'alcool les tissus avoisinant, par une gaze passée au-dessous du tronc libéré et bien exposé.

Pour obtenir une anesthésie suffisamment étendue du pied, il est nécessaire habituellement d'alcooliser 2 ou 3 nerfs. L'incision doit être faite en tissu sain, d'où jamais à un niveau inférieur au tiers inférieur de la jambe,

Il faut connaître l'innervation sensitive du pied et de la jambe, pour être guidé sûrement vers les troncs à alcooliser et provoquer ainsi le silence sensitif des zônes algiques.

Dans ce but, les troncs qui peuvent être intéressés sont:

le tibial postérieur (incision cutanée à faire à 5 pouces au-dessus de la malléole interne, parallellement à l'angle post. du tibia; innervation du talon; donne les plantaires);

le tibial ant. (incision à faire à 5 pouces au-dessus de la cheville à michemin entre péroné et tibia; innervation de moitié ext. du gros orteil et moitié int. du second, d'une petite pointe cutanée du premier espace interosseux);

la branche cutanée terminale du musculo-cutané (innervation de la face dorsale du pied avec le tibial ant.; on peut atteindre ces 2 nerfs par une seule incision, au-dessous de la tête du péroné);

le saphène externe et son accessoire (innervation de la moitié ext. de la face post. de la jambe du bord ext. du pied, et du petit orteil; si on désire obtenir l'anesthésie de cette dernière région, on doit faire l'incision à 6 pouces de la cheville où les deux troncs sont habituellement réunis; si on veut anesthésier le territoire de la jambe en plus, on doit bloquer les deux branches séparément au-dessous du genou);

le saphène int. (innervation de la moitié int. de la jambe et du bord int. du pied).

Après une telle intervention, les téguments du pied deviennent plus secs, ils se réchauffent et changent de coloration (sympathique n'est plus irrité, plusieurs de ses fibres vaso-constrictrices ont été sectionnées par l'alcoolisation des tronc sensitifs).

Ces phénomènes vaso-moteurs ont pour conséquence de déterminer la guérison plus rapide des ulcérations, d'autant plus, que l'absence de sensibilité permet de donner des soins plus fréquents et plus efficaces à ces plaies.

Les auteurs ont traité, de cette façon, 11 malades (5 oblitérations par athérome, 5 par thrombo-angéite oblitérante, 1 par slérose de Monkeberg) et tous furent délivrés de leurs douleurs, les ulcérations pouvant être traitées et cicatrisées.

Figures illustrant le travail. Bibliographie.

Roma AMYOT.

LABORATOIRE

GEO. W. HENRY. — **Métabolisme basal et états émotionnels.** — Basal metabolism and Emotional States. — (Jour. Ner. and Ment. Dis., December 1929).

Les désordres de la personnalité sont réellement des réactions psychobiologiques dont le complexe biochimique est constant bien qu'il ne soit pas toujours facile de le démontrer clairement.

Cette assertion est prouvée par la clinique et le laboratoire qui font voir les relations qui existent entre certains états émotionnels et le métabolisme.

Cependant dans le domaine de la psychiatrie il ne faut pas commettre l'erreur de croire que certains phénomènes complexes sont des entitées scientifiquement établies. Cette erreur a maintes fois été commise lorsqu'il s'est agi du métabolisme basal, et comme conclusion, il n'y a rien de défini en ce qui concerne les variations dans la quantité d'énergie consommée pour le maintien des fonctions automatiques et la chaleur du corps dans les troubles de la personnalité.

Il ne peut donc y avoir de conclusions possibles que s'il est tenu compte de l'état d'agitation ou de repos du patient, de son état mental au moment de l'épreuve, car les variations fréquentes observées dans l'état du sujet, son activité psychomotrice, se traduisent par un changement du métabolisme de base.

Dans les études faites par Henry, seuls les facteurs présentant un certain degré de précision ont été inclus: état physique du sujet bien établi par la clinique; élimination de tout patient présentant un trouble des glandes à sécrétion interne ou un état physique déficient pouvant influencer le taux du métabolisme.

Dans chaque cas l'état mental, l'observation clinique, le moment de l'intervention furent notés. De même seuls les patients pouvant coopérer d'une manière efficace furent soumis à l'expérimentation qui fut conduite selon toutes les exigences de la technique.

Sans entrer dans les détails il ressort du travail de Henry qu'un premier groupe de patients, souffrant de psychoses varées, n'a présenté rien de particulier au point de vue métabolisme basal.

Dans l'opinion de l'auteur des états émotionnnels accompagnés de troubles psychomoteurs devaient au contraire avoir une influence sur le taux du métabolisme. Dans ce but Henry a divisé ses sujets en quatre groupes selon les diagnostics cliniques au moment de l'épreuve.

Les résultats suivants ont été notés:

1.—les sujets présentant de l'hyperactivité, de la logorrhée, de l'égotisme, ont fourni des métabolismes élevés;

2.—les sujets présentant de la dépression, de l'hypoactivité ont fourni des métabolismes abaissés;

3.—les sujets présentant de l'appréhension, de l'agitation ont fourni des métabolismes légèrement élevés, inférieurs toutefois à ceux du premier groupe;

4.—les sujets présentant de l'apathie ont fourni des métabolismes abaissés mais légèrement supérieurs à ceux fournis par les patients chez lesquels l'apathie est compliquée de dépression. A. BERTRAND.

M. GOORMAGHTIGH et A. AMERLINCK. — **Réalisation expérimentale de la maladie de Reclus.** — (Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer, No juillet 1930).

Partant du fait clinique de constater une mastite glandulaire au moment de la ménopause, de la puberté (Masson), de dysménorrhées, etc.... les auteurs reprennent les idées de Pribam, Loeb, Ancel et Bouin sur l'histophysiologie de l'ovaire. Ils recherchent chez la souris les effets que produisent sur la glande mammaire des injections répétées de folliculine délipoïdées. Ces injections de folliculine prolongent la phase lutéinique du corps jaune.

Ils opèrent sur trois classes de souris femelles; pubères vierges, pubères vierges sans cycle sexuel et enfin sur souris châtrées. Les réultats donnèrent chez la première catégorie de souris des images histologiques de maladie de Reclus superposables à celles observées chez la femme. La deuxième classe comme la troisième ne donnèrent qu'une légère dilatation des canaux galactophores ou des acini, mais pas d'hyperplasie.

Ils infèrent de cette expérience que la folliculine seule produirait une sécrétion albumineuse contenue dans les légères dilatations acineuses ou galactophoriques précitées, alors qu'accompagnée du corps jaune (lutéine) elle produirait de véritables maladies kystiques de Reclus.

Voici les conclusions des auteurs:

1) Par des injections quotidiennes de folliculine délipoïdée prolongées pendant plusieurs mois, on peut réaliser chez la souris les aspects fondamentaux de la maladie de Reclus.

2) La folliculine administrée en excès est en grande partie responsable des phénomènes sécrétoires, albumineux, qui caractérisent les premières phases de la maladie. L'hormone du corps jaune périodique agissant d'une façon discontinue et plus longuement que chez les animaux contrôles est responsable des aspects hyperplasiques de l'affection. Les manifestations atrophiques sont vraisemblablement dues à l'action anormalement prolongée de la folliculine administrée en excès.

3) La maladie de Reclus ne peut être provoquée ni chez les souris châtrées, ni chez les animaux à ovaires hypoplasiques privés de cycle et par conséquent de corps jaune périodique.

4) En dernière analyse, on doit admettre que la maladie kystique de la mamelle est le résultat de l'action combinée et alternative de deux hormones ovariques mises en liberté au sein de l'organisme à des doses supérieures à celles de la fonction normale au cours d'un cycle ovarique déréglé où la phase lutéinique est sensiblement prolongée. Alph. BERNIER.

SOCIÉTÉS

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 6 mai 1930.

Président: M. J. A. JARRY.

Considération sur une volumineuse tumeur de l'aisne. — M. O. A. GAGNON rapporte l'observation d'une jeune fille, âgée de 22 ans, qui est venue consulter à l'hôpital Notre-Dame, le 3 février 1930, pour une tumeur de l'aine, dont le volume est tellement considérable que la malade a passé dans son entourage pour être enceinte. Cette tumeur apparemment a débuté il y a quatre ans. D'évolution lente et progressive, elle n'est pas réductible et a toujours été indolore.

Le diagnostic différentiel était à faire avec: 1° Une volumineuse hernie inguino-labiale non réductible; 2° Un lymphôme ou adéno-lymphocelle de l'aine; 3° Un myxôme ou fibrôme du ligament rond; 4° Un lipôme de la même région.

Le rapporteur opine pour un myxôme du ligament rond et opère la malade le 10 février. Après exérèse il constate que cette volumineuse tumeur pèse 16 livres 6 onces. Guérison par seconde intention, en raison d'une infection secondaire de la peau. L'examen histologique, fait par le professeur P. Masson, a montré qu'il s'agissait d'un myxo-lipôme banal.

Et pour terminer, M. Gagnon nous présente cette intéressante pièce anatomique aussi remarquable par son volume et sa localisation que par sa rareté..

Syndrôme neurologique post-traumatique. — M. J. SAUCIER relate l'histoire d'un malade, âgé de 30 ans, fortement commotionné à la suite d'un accident de la rue, survenu le 1er janvier dernier.

Le malade fut amené en ambulance à l'hôpital Notre-Dame et demeura inconscient pendant 48 heures. De multiples contusions recouvraient son hémiface gauche. L'examen médical fait à l'arrivée confirma l'hypothèse de commotion grave: inconscience, mydriase, bradycardie. Les radios du crâne ne montrèrent aucun trait de fracture, la ponction lombaire ramena un liquide rosé.

Un examen neurologique, pratiqué le 7 janvier, permit de constater: une thermoanalgésie complète à droite, remontant jusqu'à D8; des réflexes tendineux vifs avec pendularisme du rotulien gauche; des cutanés abdominaux et crémastériens droits absents; un syndrôme cérébelleux complet à gauche; de la dysphasie; du nystagmus; une parésie centrale du VII gauche; de l'hypoacousie à droite et un tableau mental de sub-confusion.

Le 23 janvier, une nouvelle ponction lombaire ramena un liquide normal à tous égards. Renvoyé chez lui au début de février relativement amélioré, le malade conserve aujourd'hui son syndrôme cérébelleux gauche, mais les autres signes notamment la thermoanalgésie, sont diminuées dans les proportions considérables. Il demeure toutefois très *fatigable*, et son psychisme n'a pas retrouvé sa vivacité d'autrefois.

En résumé, syndrôme de sclérose en plaques et d'hématomyélie régressives, séquelles d'une commotion cérébro-spinale.

Le rapporteur souligne l'intérêt de sa communication au triple point de vue médico-légal, diagnostique et anatomique. Il croit que l'amélioration continuera, bien qu'il soit impossible d'en délimiter actuellement l'étendue. Il mentionne la confusion possible avec la sclérose en plaques post-traumatique, mais dans ces cas, il s'écoule toujours un temps plus considérable entre l'accident et l'apparition des symptômes. Enfin, il admet l'existence de lésions fultiples, vraisemblablement hémorragies microscopiques intramédullaires et rhombencéphaliques.

Thyroidite suppurée consécutive à une pneumonie. — M. C. BOHEMIER présente l'observation d'un malade, traité à l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, qui à la suite d'une pneumonie développe une thyroïdite suppurée s'étendant à toute la glande thyroïde. Après évacuation du pus qui contient des fausses membranes, la guérison est obtenue sans fistule en une vingtaine de jours.

Le rapporteur fait, à ce propos, un rapide exposé d'ensemble de la question, et conclut que cette affection, considérée comme rare, ne le serait pas autant si tous les cas étaient publiés.

— M. J. C. BOURGOIN a observé, il y a quelques années, chez un phtisique un abcès froid de la glande thyroïde qu'on avait pris au début pour un goître banal.

— M. R. DORE souligne l'intérêt du métabolisme basal en pareil cas; on peut ainsi apprécier le fonctionnement de la glande thyroïde, fixer un pronostic, instituer un traitement approprié.

Difficultés du diagnostic de la pleurésie purulente chez le nourrisson. — M. A. DUTILLY rapporte l'observation d'un nourrisson de huit mois, admis à l'hôpital Ste-Justine, le 28 mars 1930, pour une pneumopathie aiguë. Vingt jours après son entrée, la température est devenue normale et l'enfant semble guéri. Mais il existe à la basse droite une matité franche, et on constate une déviation de la pointe du coeur. L'examen radiologique, pratiqué à deux reprises, donne les résultats suivants: processus pneumonique, pas d'épanchement, sinus diaphragmatique libre. Néanmoins, sur la foi des signes cliniques, une ponction exploratrice est faite: on retire facilement 60 centimètres cubes d'un pus épais, verdâtre et bien lié. Quelques jours plus tard, nouvelle ponction, on retire encore 50 centimètres cubes. Ajoutons qu'un examen bactériologique du pus a révélé la présence de nombreux pneumocoques à l'état pur, sans association microbienne.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle souligne l'importance des signes cliniques pour le diagnostic de la pleurésie purulente chez le nourrisson, et qu'elle montre les difficultés que présente ce diagnostic.

Les élements de diagnostic en gynécologie. — M. L. GERIN-LAJOIE passe en revue la symptomatologie que présentent les femmes souffrant de leurs organes génitaux. insiste sur la nécessité d'un interrogatoire serré pour se diriger vers un diagnostic avant même tout examen physique; les douleurs, les troubles fonctionnels, les écoulements pathologiques sont étudiés tour à tour. Enfin, le rapporteur expose la séméiologie générale des maladies de l'utérus et des annexes.

Election. — M. E. Rolland Blais est élu *membre titulaire* de la Société Médicale.

Paul LETONDAL.
Secrétaire des séances.

FORMULAIRE

CONTRE LES DYSPEPSIES HYPOTONIQUES

Les sels de soude, combinés selon une formule de cryoscopique convenable en favorisent l'évacuation.

1) Bicarb. de soude ..... 16 grammes
Citrate de soude ..... 4 grammes
Lactose ..... 180 grammes

Une cuillerée à thé de ce mélange dans une tasse à thé d'eau chaude deux à trois heures après chaque repas.

2) ou bien:
Bicarb. de soude ..... 14 grammes
Phosphate de soude ..... 4 grammes
Lactose ..... 182 grammes

Même usage.

3) ou bien:
Bicarb. de soude ..... 8 grammes
Phosphate de soude ..... 12 grammes
Lactose ..... 180 grammes

4) ou bien:
Phosphate de soude ..... 2 grammes
Citrate de soude ..... 28 grammes
Lactose ..... 170 grammes

5) ou bien:
Bicarb. de soude ..... 7 grammes
Citrate de soude ..... 28 grammes
Lactose ..... 165 grammes

Dans ces formules on varie selon l'effet désiré sur un processus de constipation, de concentration sanguine, etc. C'était la méthode préconisée par Martinet.

L.

NOUVELLES

LE PROFESSEUR P. Z. RHEAUME AU CONGRES DE CHIRURGIE A PARIS LE 16 OCTOBRE 1930.

Délégué du Canada, de l'Université de Montréal et de A. M. L. F. A. N., au Congrès de Chirurgie de Paris, le professeur Rhéaume a été l'objet d'une réception chaleureuse de la part de ses collègues français. Le premier, parmi nos chirurgiens canadiens, il a fait une communication importante; puis il fut invité à opérer publiquement devant un amphithéâtre rempli de spectateurs attentifs et devant lesquels il a fait défiler son film sur la gastrectomie.

Plus tard il préside une séance générale.

Le 25 octobre il donne une conférence devant la Société de Chirurgie de Bruxelles. Le 4 novembre il donnait une autre conférence devant la Société Royale de Gand.

Le professeur Rhéaume nous fait honneur en France et il représente dignement notre grande Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui ne pouvait trouver de meilleure occasion ni de meilleur interprète que son président du dernier Congrès pour faire une bonne et saine propagande parmi les médecins français et leurs hôtes.

L'Union Médicale est heureuse d'apporter cette bonne nouvelle à ses lecteurs, et elle se réjouit du succès remporté par le président de son Bureau de Direction.

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada désire attirer l'attention des médecins et chirurgiens du Canada sur la section 5 de l'Acte d'Incorporation du Collège qui se lit comme suit: —

> "Le Conseil peut, en aucun temps jusqu'à une période de deux ans après la mise en vigueur de cet Acte et sans examen préalable, choisir et admettre comme Agrégé toute personne dûment qualifiée et résidant au Canada qui a donné suivant l'opinion du Conseil une preuve évidente de son habileté dans un ou plusieurs départements de la médecine."
>
> (Acte passé et mis en force le 14 juin 1929.)

Les membres de la profession qui se considèrent qualifiés pour l'admission à titre d'Agrégé suivant cette section de l'Acte, sont invités à faire application pour des blancs de qualification, au Docteur T. C. Routley, 184 rue du Collège, Toronto, Ont., le régistraire-secrétaire du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

CONGRES DE LA LITHIASE URINAIRE.

Ce Congrès aura lieu à Vittel les 24 et 25 mai 1931 sous la présidence conjointe de MM. Legueu, (chirurgie) Labbé, (médecine) Villaret, (hydrologie).

La lithiase urinaire y sera étudiée sous ses différents aspects: signes, complications, troubles fonctionnels, calculs, anurie calculeuse, infection, diagnostic, indications opératoires, récidives, radiologie et cure hydro-minérale.

MM. Labbé, Legueu, Merklen, Marion, Chevassu, Valery-Radot, Pasteau, Papin, Belot et Viode en sont les principaux rapporteurs.

Ceux qui veulent y adhérer peuvent adresser 25 francs français au secrétariat général de la lithiase à Vittel.

COQUILLES MEDICALES ET ANATOMIQUES.

On se moque souvent des journalistes qui, parce qu'ils doivent écrire hâtivement, égarent souvent des "perles" dans leurs articles. Soyons justes. De ces "perles" ils n'ont point le monopole et les littérateurs qui écrivent à loisir, les auteurs les plus réputés n'ont rien à leur envier.

Ainsi:

Victor Hugo ne parle-t-il pas dans *l'Homme qui rit* d'un médecin qui *"remettait les culs-de-jatte sur leurs pieds"?*

Encore d'après Victor Hugo, dans *Quatre-vingt-treize*:

"on marchait sur des cadavres, on écrasait des plaies, on broyait des membres cassés d'où sortaient des hurlements."

Alexandre Dumas nous présente, dans les *Trois Mousquetaires,* une femme qui *"passa une heure sans respirer."*

Dans *Mme Bovary,* Gustave Flaubert parle d'un médecin touchant ses honoraires d'étrange façon:

"Le Père Rouault lui apporta le prix de ses visites, soixante-quinze francs en pièces de quarante sous."

Et de ce même auteur, fils de praticien pourtant:

"Il lui offrit pour sa fête une tête phrénologique zébrée de chiffres bleus jusqu'au thorax."

M. Marcel Prévost dans *Pierre et Thérèse*:

"Mme Chrétien passa sa main sur ses yeux qui étaient secs, puis elle la laissa retomber dans le creux de ses genoux."

LA ROBE NEUVE.

La contagion se produit parfois de la façon la plus imprévue. Témoin cette histoire authentique et récente:

Une jeune fille de la campagne prit une fièvre scarlatine. Aux environs de son village, on ne signale aucun cas. On apprend que cette jeune fille a été quelques semaines auparavant dans une grande ville où elle a acheté, dans un magasin de confection, une robe neuve. On apprend également que l'ouvrière en chambre qui avait fabriqué cette robe avait eu la scarlatine.

LE BONHEUR D'APRES LE PROFESSEUR RICHET.

C'était à la fin de l'un des derniers dîners des "Optimistes". Une charmante jeune femme, raconte le *Cri de Paris*, pressait l'un des anciens présidents, M. Charles Richet, de définir le bonheur.

— Le bonheur, fit le professeur, c'est la gloire quand on est jeune, l'amour quand on est mûr, la puissance quand on est vieux, et l'argent à tout âge.

L.

EMPLOI DEMANDE

— "Demoiselle, bonne éducation, demande emploi chez médecin, pour service de bureau, comptabilité, etc., ou chez médecin célibataire, comme "ménagère". Peut fournir références. — S'adresser à Mademoiselle Germaine Laflamme, Téléphone: Frontenac 0956.

BIBLIOGRAPHIE

RADIOLOGIE CLINIQUE DU TUBE DIGESTIF

Publiée sous la direction de MM.

Pierre DUVAL J.-Ch. ROUX Henri BÉCLÈRE

Le premier tome de cette série (*Estomac et Duodénum*) a paru en janvier 1928 et, malgré un tirage important, ce livre s'est rapidement épuisé.

La présentation et la méthode d'exposition de ce deuxième volume sont identiques à celles du premier. Les mêmes exigences ont été respectées avec une rigueur qui n'a pas été sans retarder, par les difficultés d'application qu'elle a soulevées, l'exécution même de l'ouvrage.

Celui-ci n'est pas un album de radiographies choisies et reliées entre elles par de simples légendes. Toutes ont été triées en fonction de leur utilité de démonstration radio-clinique. Inversement, il ne s'agit point d'un traité d'érudition: tout le texte n'est que le commentaire et la justification d'un diagnostic que la radiographie illustre d'autre part.

Entre chaque radiographie imprimée avec une netteté qui marque un progrès incontestable, et le texte qui la commente, les autres ont établi un lien de plus: des schémas revêtus de nombreuses indications anatomiques, suivent l'exposé mot pour mot, et les radiographies, ombre pour ombre et trait pour trait. Certaines images comportent même deux schémas explicatifs lorsqu'il faut "situer" dans un ensemble un détail particulier, commenté par ailleurs.

Ainsi présenté dans sa forme extérieure, ce livre est un recueil de diagnostics exposés, discutés, enchaînés dont l'ensemble embrasse toute la pathologie de l'oesophage, de l'intestin, du pancréas, du foie, de la rate, des glandes salivaires. Chacun des diagnostics est établi à la fois par la clinique et la radiologie, confirmé par l'intervention opératoire, avec tout ce que comportent ces diverses disciplines. Il s'agit donc ici, et c'est là l'originalité du livre, d'une synthèse de ces méthodes, de leur mise en oeuvre, accompagnée de leur contrôle réciproque, avec leur action combinée.

Le danger de cet ouvrage était peut-être de tomber dans la complexité, tant est variée l'expression radiologique de la pathologie de l'appareil digestif. Les auteurs se sont efforcés de vaincre cette difficulté non seulement en abordant tous les chapitres médico-chirurgicaux, mais en les classant et en les ordonnant selon un plan dont la rigueur pénètre jusqu'aux détails minimes. Le lecteurs remontera facilement des besoins imprévus et souvent impérieux de sa pratique au livre, et dans le livre même, au paragraphe qui l'éclairera sur le point précis où il cherche la lumière. Ainsi conçu, ce livre est un instrument de travail.

Cette méthode d'exposition est celle que le professeur Pierre Duval et les docteurs J.-Ch. Roux et Henri Béclère avaient suivie dans le premier volume de la série. La valeur de cette méthode est confirmée par le succès complet qu'il a remporté. En confiant l'exécution de ce deuxième volume à ses élèves, les docteurs J. Gatelier, F. Moutier et P. Porcher, le professeur Pierre Duval savait qu'elle serait fidèlement adoptée par ceux-ci, afin de conserver l'unité de présentation de l'ouvrage.

Les Editeurs ont apporté tous leurs soins à la présentation matérielle du livre et l'impression des quatre cents radiographies qu'il contient peut rivaliser avec celle de tout autre publication française ou étrangère.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, De Cotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion, Masson (D.), Mercier (Oscar), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: P. Z. Rhéaume; Secrétaire-trésorier: G. Archambault. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

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

Président: A. LeSage; Vice-Président: Albéric Marin;

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1930

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

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 3553, avenue du Parc. Tél. PLateau 5397.

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

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Hamant et P. L. Drouet. **Cholécystite aiguë avec ictère prolongé; Drainage médical de voie biliaire. Guérison.** (p. 789).— N. KISHINIOS et D. M. **Action thérapeutique du sucre dans l'insuffisance cardiaque.** (p. 789).

CHIRURGIE

Bensaude, Oury, Godard. **Rétrécissement du rectum au cours de la curiethérapie intra-utérine.** (p. 790). Norman C. Lake. **Anesthésie locale à la percaine.** (p. 791).— Howard Jones. **Nouvelle méthode d'anesthésie rachidienne par la percaine.** (p. 791).

OBSTETRIQUE

La Haye et Peters. **Le déclanchement du travail par injections intramusculaires de doses fractionnées d'extraits hypophysine postérieur.** (p. 792).—Papena. **La gangrène utérine puerpérale.**— (p. 792).

PEDIATRIE

F. Unterberger. **Pour déterminer à sa guise le sexe d'un enfant.** (p. 793).—Docteur D. Moritz. **Méningite à bacille diphtérique chez un nourrisson.** (p. 793).

UROLOGIE

Schatcht et Crenshaw. **Le diverticule de la vessie chez la femme.** (p. 794).— Barbellion. **Essais thérapeutiques dans la blennorragie aiguë.** (p. 794). Sanjurjo D'Arellano. **De l'action et de l'inefficacité des vaccins dans le traitement de la blennorragie.** Essai d'interprétation. (p. 796).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Gougerot. **Le complexes dermatologiques des plis et leur traitement.** (p. 797). Veyrieres. **Le mercure dans le traitenature du cancer du col.** (p. 799).

GYNECOLOGIE

K. V. Bailey. **Enquête sur la cause et la nature du cancer du col.** (p. 799). Keller R. **Les complications post-opératoires après l'hystérectomie élargie pour cancer du col.** (p. 800).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE.

Le double enchevillement autoplastique dans le traitement de la sacrocoxalgie. (p. 801).

NEUROLOGIE

Penfield W. **Le traitement radical de l'épilepsie traumatique; sa raison d'être.** (p. 801).

PHTISIOTHERAPIE

N. Stoichitza. **Calcification des cartillages et tuberculose.** (p. 802). J. Fleiderbaum. **Le traitement de l'abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire par l'émétine.** (p. 803).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Delpherm et Lequerrière. **Les indications de la diarthermie médicale.** (p. 803). Poirot. **Amélioration des résultats de la cholécystographie par la diathermie.** (p. 803). F. B. Freeland. **Nouvelles observations sur la diathermie dans la pneumonie.** (p. 804).

MEDECINE LEGALE

Leclercq et Muller. **Le balles migratrices.** (p. 805). Pr. Giraud. **Egorgement suivi d'enfouissement survie-guérison en moins d'un mois.** (p. 805).

MÉMOIRES

LE TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES PAR LES SELS DE PYRIDINE

par le Docteur Oscar MERCIER,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu.

Le traitement des infections urinaires par l'ingestion buccale d'une substance antiseptique n'a pas donné les résultats espérés. Les urologistes, de concert avec les chimistes, sont encore et seront longtemps à la recherche de la substance qui agirait à la manière d'une panacée pour détruire les agents microbiens pathogènes dans l'arbre urinaire. Pendant de nombreuses années, les préparations à base d'urotropine ont connu une grande vogue. Leur usage a sensiblement diminué, d'une part, parce qu'elles n'ont d'action que dans les urines très acides, et, d'autre part, principalement, parce qu'elles produisent une irritation de la muqueuse urinaire qui se traduit souvent par du ténesme vésical et parfois de l'hématurie.

Il est un fait acquis que le traitement des infections urinaires ne réside pas seulement dans l'administration par voie buccale d'un composé chimique antiseptique. Celui-ci secondera les effets du régime et du traitement local.

De plus, il est admis que l'effet curatif des substances antiseptiques, salol, urotropine, etc., est des plus variables et incertains.

J'ai cru intéressant de présenter ici les résultats que j'ai eus avec les sels de pyridine, parce qu'ils me semblent meilleurs que ceux obtenus avec les autres corps antiseptiques.

Le chlorhydrate de phenyl-azo-alpha-diamino de pyridine est un corps rouge brique qui se présente sous forme d'une poudre cristalline, très soluble dans l'eau chaude, dans l'alcool, la glycerine et l'huile. In vitro, son pouvoir antiseptique est considérable. Les urines d'une malade ayant absorbé deux comprimés de sel à la dose de 2 centigrammes sont demeurées aseptiques pendant six mois. Théoriquement, l'action des sels de pyridine semble aussi considérable en milieu acide qu'en milieu alcalin.

Les résultats que nous présentons s'échelonnent sur les années 1928, 1929 et 1930. Il s'agit de malades traités soit à l'Hôtel-Dieu soit à domicile. Tous ces malades ont été soignés par l'administration de sels de pyridine à l'exclusion d'autre traitement général ou local. Une exception est à faire pour les cas de pyélonéphrite aiguë où la diète et la révulsion sur les régions lombaires furent prescrites. Il nous a été impossible de donner ici l'observation, même résumée, de ces malades, en raison de leur nombre. Nous les avons classifiés par catégories et nous avons signalé le symptôme primordial.

BLENNORRAGIE : 48 cas

22 cas aigus:
dont 10 cas de prostatite aiguë
4 cas d'orchite

aucune guérison, cessation rapide de la douleur.

26 cas chroniques :
dont prostatite chronique : 11 cas sans résultat
vésiculite chronique : 4 cas sans résultat
urétrite chronique : 11 cas sans résultat

CYSTITE AIGUE
(non tuberculeuse
(non calculeuse

Guérison complète sans lavage : 11 cas 37.9%
Disparition des douleurs seulement : 8 cas
Aucune amélioration : 10 cas

PYELONEPHRITE AIGUE : 48 cas

a/ à staphylocoque :	9	
guérison :	7	77.7%
b/ à colibacille :	39	
guérison :	24	58.9%
amélioration :	9	
résultat nul :	4	
aggravation :	1	

N. B. La guérison est venue entre 4 et 9 jours.

PYELONEPHRITE CHRONIQUE : 50 cas

a/ à staphylocoque : 2
guérison : 2 100%

b/ à colibacille : 48
guérison : 15 31.2%
amélioration : 15
résultat nul : 18

N. B. La guérison est venue entre 18 à 86 jours.

TUBERCULOSE VESICALE : (après la néphrectomie) 23 cas

a/ Effet sur la pollakyurie :
disparition : 4 cas 1.7%
diminution : 9 cas
résultat nul : 10 cas

b/ Effet sur la douleur :
disparition : 14 cas 60.8%
diminution : 5 cas
résultat nul : 4 cas

Une statistique qui comprend 187 malades peut, je crois, avoir suffisamment de valeur pour que nous puissions en tirer des conclusions véridiques.

De notre étude, il ressort un premier fait : les sels de pyridine, s'ils ne parviennent pas toujours à assurer la destruction des microbes pathogènes, ont un *effet très marqué sur la douleur* qu'ils atténuent ou font disparaitre. Parmi les 22 cas de blennorragie aiguë aucune guérison ne fut obtenue, mais la douleur cessa rapidement Nous avons traité 29 malades souffrant de cystite aiguë : 19 furent soulagés de leurs souffrances. Enfin, chez les tuberculeux de la vessie après néphrectomie sur 23, 14 virent leur douleur disparaître, c'est-à-dire 60.8%.

Au point de vue *curatif,* il paraît certain que les sels de pyridine sont sans effet chez les malades atteints de blennorragie aiguë ou chronique. Les 48 malades que nous avons ainsi traités le furent sans l'adjonction d'une médication locale. Il est donc évident que la pyridine ne peut à elle seule détruire le gonocoque. Dans les cystites aiguës non gonococciques, non tuberculeuses et non calculeuses, les sels de pyridine fournirent une guérison de 37.9%.

C'est dans les pyélonéphrites aiguë ou chroniques que nous avons principalement prescrit la pyridine. Nous avons ainsi traité 98 cas, sans l'adjonction d'autres médications, sauf de la diète et de la révulsion lombaire. Dans les infections pyéliques produites par le staphylocoque, les résultats ont été brillants. Lorsque le colibacille a été l'agent pathogène, 58.9% des cas aigus ont été guéris et 31.2% des cas chroniques sont revenus à la normale. Malgré que nous ne soyons pas parvenus à une guérison de 100% nous considérons, en comparaison de ce que nous ont donné les autres antiseptiques, que les sels de pyridine ont une grande efficacité chez les malades atteints de pyélite.

Enfin, nous avons expérimenté l'action de la pyridine sur la vessie tuberculeuse après l'ablation d'un rein atteint de tuberculose. Dans 60.8% nous avons obtenu la disparition de la douleur. Au contraire, la cessation de la pollakiurie n'eut lieu que dans la proportion de 1.7%.

Pour terminer, nous signalons un inconvénient rare de l'emploi de sels de pyridine. Ce sont les troubles stomacaux, qui s'extériorisent par des nausées et parfois des vomissements. Ces effets nauséeux sont pour nous négligeables, puisque nous ne les avons observés que chez six de nos malades et puisque ls nausées n'ont été jusqu'au vomissement que chez un.

En conclusion, nous pouvons dire que les sels de pyridine constituent une amélioration dans le traitement des infections de l'appareil urinaire et qu'ils se classent premiers au point de vue de l'efficacité dans la longue liste des antiseptiques urinaires.

RECUEIL DE FAITS

DE LA DOULEUR AU DIAGNOSTIC

Par Albert LeSAGE
Professeur des Cliniques Médicales.

Deux Observations.

Je crois que l'on n'attache pas assez d'importance à l'étude de la douleur. C'est elle, pourtant, qui sonne la cloche d'alarme en conduisant le malade dans le cabinet du médecin. C'est elle, souvent, qui met un frein à des habitudes invétérées qu'aucune logique ne pourrait redresser. C'est elle qui nous dirige dans nos investigations en attendant l'heure de situer la maladie. Elle est donc un guide utile et sûr puisqu'elle répond à l'appel de la santé.

Allons donc à elle plus souvent et tâchons de distinguer son impressionnante silhouette dans le clair obscur des manifestations innombrables de la souffrance humaine.

C'est dans ce but que je publie les deux observations suivantes.

OBSERVATION I.

Madame ... habite à la campagne sur une ferme. Mariée depuis plusieurs années elle n'a pas d'enfant. Aucune fausse couche. Inutile geste du semeur, la terre est inculte: c'est une endocrinienne. Etat minuscule de la thyroïde, obésité moyenne, instabilité ovarienne.

Depuis six semaines, elle accuse une douleur dans la région épigastrique irradiant vers l'épaule, le bras gauche, sous le sein, et dans le dos entre les 6ème et 8ème dorsales, avec dyspnée d'effort. Cette douleur est apparue après avoir déchargé un voyage de foin tandis qu'elle était seule à la ferme. Elle voulait absolument terminer sa tâche avant l'orage.

Le même soir elle est prise d'étouffement avec gaz et aérophagie gonflement épigastrique et toux. Ses lèvres sont bleuâtres, dit-elle, et sa figure est "violette".

—J'ai fait une "grosse indigestion" dit-elle, car j'avais mangé plus que d'habitude.

—Un médecin des environs accepte l'avis de sa cliente et la traite pour de la dyspepsie.

—Mais la douleur persiste, le travail est pénible, la marche difficile. Légère pollakyurie nocturne.

Elle vient nous consulter.

Dyspepsie ?

Aucun malaise en rapport avec la digestion ; aucune douleur provoquée en examinant l'estomac, pas d'aérophagie, ni sialorrhée. Les dents sont saines. L'appétit est conservé. Aucune douleur après le repas. D'ailleurs cette douleur est apparue subitement. La dyspepsie est plus lente à s'installer.

Hernie ?

A la suite d'un effort disproportionné avec ses forces la chose est plausible. Mais les fenêtres sont hermétiquement closes partout.

Une déchirure musculaire ?

C'est possible, mais rien ne l'indique—aucune trace d'ecchymose —examen négatif.

Une dilatation aiguë du coeur ?

L'effort, suivi peu de temps après de la douleur précordiale irradiant vers le diaphragme, (douleur épigastrique) et la fosse susclaviculaire par l'intermédiaire du phrénique, puis vers l'épaule et le bras gauches grâce à ses anastomoses cervico-brachiales ; la dyspnée, la cyanose de la face et des lèvres, un état presque lypothimique avec refroidissement des extrémités, tachycardie, sensation de gonflement précordial sont des signes qui appartiennent à la dilatation du coeur.

La crise a passé, mais la douleur persiste. Le coeur est-il toujours en cause ?

Oui ,pour les raisons suivantes.

Abaissement de la pointe (5ème espace).

Affaiblissement net des bruits du coeur.

Léger souffle systolique à peine entendu—fissure intervalvulaire causée par l'écartement éventuel des piliers.

Abaissement de la maxima : 90 sur 70. Une différentielle de 20 est alarmante à cet âge. C'est une pression décapitée.

Diminution du volume des urines : 400 c.c. en 24 heures.

Quelques râles fins à la base gauche.

Les lèvres sont encore bleuâtres, les extrémités plutôt froides.

Il s'agit donc d'une *douleur cardiaque et non gastrique* causée par une dilatation sub-aiguë du coeur à la suite de l'effort accompli. La malade s'est remise grâce à un repos mitigé et à une diète très modérée—c'est important dans l'espèce.

Mais la douleur sonne toujours la cloche d'alarme.

Cette femme est en imminence d'asystolie.

Il y a péril en la demeure et la dyspepsie "délibère".

En tenant compte de sa constitution — obésité, endocrinisme — nous croyons que cette femme fait de la dégénérescence graisseuse du coeur, que ses troubles ont débuté longtemps avant cet accident—qui les a révélés—et qu'elle devra polonger sa cure durant de longs mois sinon des années.

La ouabaïne en injection intraveineuse, puis la *digitaline* à doses prolongées associées à une diète appropriée et à des cures de repos relatif rétabliront certainement l'équilibre, mais le médecin devra exercer une surveillance étroite sur le volume des urines et la pression artérielle afin de prévoir, si possible, le moindre fléchissement.

La dyspepsie est un masque, ne l'oublions pas, en voici un exemple malgré l'évidence d'un accident cardiaque.

OBSERVATION II.

Il s'agit d'une jeune femme, mère d'un enfant qu'elle adore — le premier — mais qui la torture en pleurant durant des nuits entières. Inquiète, elle ne cesse de bercer le malheureux poupon, de le réchauffer sur son sein, de le consoler, de le calmer, de l'endormir peut-être en modulant tout bas des airs langoureux et doux comme un crépuscule, dans une chambre obscure où brûle un lampion dont la flamme vacillante éclaire à peine un berceau inanimé.

Durant trois longues semaines elle s'épuise en de vains efforts puis en de vaines promesses.

Bref, l'enfant succombe.

Harassée, anéantie, elle commence à ressentir une douleur logée dans l'hémithorax gauche, le bras, l'épaule gauche et le dos.

Elle a maigri, elle a pleuré, elle a pâli. Seuls ses yeux ont conservé quelques reflets au fond des sombres orbitres. Le mari, inquiet, conduit sa femme chez un médecin qui lui déclare qu'elle est en train de développer une tuberculose discrète du poumon gauche. Il prescrit le repos et un séjour dans les montagnes afin de récupérer ses forces épuisées, en exprimant l'espoir d'une guérison encore possible.

Au bout de quelques jours, la douleur persistant, elle consulte un autre médecin.

L'examen général révèle, en effet, une douleur logée dans tout le groupe des pectoraux, du trapèze, des intercostaux et du grand dorsal, y compris la région dorso-lombaire.

Aucune lésion organique appréciable. Pouls et température normaux, une ébauche de toux durant la marche. Pression artérielle 140 sur 70; vagotonie nettement évidente.

Aucune maladie antérieure. Famille saine.

Tous les mouvements du bras gauche et les flexions latérales ou antéro-postérieures du tronc s'accompagnent de douleurs assez vives. Le système musculaire est bien développé.

—Comment portiez-vous votre enfant durant sa maladie?

—Sur mon bras gauche, Docteur, et sur le côté gauche en le berçant jour et nuit.

—Vous n'aviez pas quelqu'un pour vous secourir, prendre votre place?

—Oui, mais l'enfant me réclamait sans cesse. A certains moments j'éprouvais une lassitude telle que mon bras tombait, inerte.

—Quand la douleur est-elle apparue?

—Au bout d'une semaine: j'ai ressenti d'abord une sensation de poids lourd dans le dos, puis une douleur accompagnée d'une gêne respiratoire. Peu à peu l'épaule, la poitrine puis le bras ont été atteints et je souffre depuis cette époque.

—Souffrez-vous moins depuis la mort de votre enfants?

—La douleur est moins vive, je puis dormir, mais lorsque je bouge un peu trop vivement ce bras, j'éprouve quelquefois une vive douleur dans l'épaule et sous le sein: fourmillements suivis de crampes.

*
* *

Tuberculose ?

Rien ne justifie ce diagnostic.—Poumons intacts— aucun bruit adventice, pas de fièvre.

Névralgie intercostale ?

Les points de Valleix sont muets. Il n'y a pas de localisation réellement accusée ni localisée durant une inspiration profonde, mais une douleur diffuse en hémi-cycle.

Radiculite ?

La masse dorso-lombaire serait empalée. La mobilisation serait impossible ou massive: le siège de la douleur occuperait surtout le sillon costo-vertébral. Sans doute, les centres médullaires ont été excités, mais non lésés malgré des reflexes légèrement exagérés (vagotonie).

Myalgies ?

Sa topographie hémi-thoracique gauche coïncidant avec un surmenage prolongé de tout le groupe musculaire correspondant; la dissémination désordonnée de la douleur, sa diffusion dans tous les muscles intéressés, son apparition avec le mouvement provoqué dans

les régions affectées; son atténuation, sinon sa disparition depuis la mort de l'enfant nous justifiaient de porter le diagonstic de *myalgies,* secondaires à un surmenage prolongé — véritable traumatisme— des muscles dans l'effort accompli pour soutenir, bercer et consoler cet enfant.

Les troubles purement fonctionnels constatés à l'auscultation du poumon gauche provenaient de la contracture partielle des muscles de l'hémithorax gauche.

Nous prescrivons le repos, les douches chaudes, les rayons violets, surtout pas de morphine, et la guérison à brève échéance.

C'est ce qui arriva. C'était en 1928.

Je revois cette dame par hasard ces jours-ci. Elle se fait connaître, et me raconte son histoire que je confirme en consultant sa fiche.

Je m'empresse de la rapporter, car elle est intéressante. Au lieu d'attendre mélancoliquement la tuberculose...qu'elle eût peut-être contractée en fréquentant d'autres tuberculeux véritables.... elle la défie !

*
* *

La douleur nous permettrait plus souvent d'identifier la maladie si l'on s'ingéniait davantage à ne pas défigurer son visage, car ne sait-on pas qu'elle est, mieux que la joie, un puits de vérité...

UN CAS DE PHOTOSENSIBILISATION PAR LES SELS D'ACRIDINE

Par Roméo BOUCHER,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.
Médecin-en-chef de l'Hôpital Saint-Luc
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

H. H., 45 ans, menuisier, rentre dans notre service à l'Hôpital Saint-Luc (dossier 1937), le 18 mars 1930, pour douleurs à la région épigastrique ainsi qu'à l'hypocondre gauche. Les *antécédents héréditaires* sont nuls, mais les *antécédents personnels* chargés. On note, en effet, une rougeole et une scarlatine dans l'enfance, une pneumonie vers l'âge de dix ans, du surmenage physique à 20 ans, avec asthénie considérable jusqu'à 22 ans. En 1918, grippe sévère avec complications pulmonaires. En 1921, blennorrhagie avec orchite et rhumatisme ayant duré 18 mois. De cet épisode infectieux, il persiste encore une goutte matinale qui n'a jamais disparu.

Habitudes: boit à chaque repas quatre à cinq tasses de thé, mange de la viande trois fois par jour, vide régulièrement six bouteilles de bière en fin de semaine, fume 25 cigarettes par jour et chique assez souvent.

Maladie actuelle.

Les troubles douloureux ont commencé il y a trois ans environ par une digestion laborieuse avec pesanteur au creux épigastrique, éructations gazeuses, régurgitations insipides et somnolence marquée. A mesure que la difficulté de digestion s'affirmait, la douleur au carrefour supérieur gauche devenait de plus en plus fréquente et de plus en plus aiguë, tantôt lancinante, tantôt comme une brûlure, sans horaire fixe et capricieusement influencée par l'ingestion d'aliment. A ce moment, ictère assez marqué nécessitant une diète prolongée et la cessation de l'habitude de fumer. La digestion s'amende quelque temps, puis de plus belle reprend, difficile. Le malade accuse, en outre, une constipation tenace, une toux avec expectoration blanchâtre, un peu d'amaigrissement, des douleurs lombaires, de la pollakiurie.

Examen clinique.

Le *facies* est bon, les pupilles sont légèrement inégales, réagissent bien à la lumière, mais ne sont pas déformés. Pas d'ictère conjonctival. Denture en assez bonne condition. *Gorge et nez*: nul. *Coeur et poumons*: rien de particulier. P. A. 130/78. *Abdomen*: plutôt souple, avec sensibilité au creux épigastrique et au niveau de l'appendice. Pas de raie blanche. *Foie*: ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux. On note cependant un peu de défense du grand droit. Le phrénique est muet. *Rate*: non percutable. *Système musculaire et cutané*: rien à noter. *Réflexes*: tous les réflexes sont vifs, le plantaire est normal de même que l'achilléen. Pas de Romberg.

Examens de laboratoire.

Urines: 22 mars 1930: réaction acide, densité à 1020, aspect de dépôt nuageux, absence de pus, d'albumine, de sucre, d'urobiline, de bile, de sang, de cristaux, d'épithélium et de cylindres. Rares bactéries et rares leucocytes.

30 avril (prises directe): pas de pus, ni bactéries.

26 mai: absence de pus, de sucre, d'albumine, de bacilles de Koch. Leucocytes rares, rares cocci isolés.

Toucher rectal: prostate un peu grosse à sillon médian en voie d'effacement que le toucher révèle douloureuse et contenant du pus. Rien au rectum. Pas d'hémorrhoïdes.

Sang: B. W. négatif à trois reprises. Cholestérinémie: 1.98 o/oo; glycémie: 1.50 o/oo; azotémie: 0.45 o/oo; numération globulaire: hémoglobine: 85%; G. R.: 4,800,000; G. B.: 8,655; valeur globulaire: 0.85; polynucléaires neutrophiles: 76%; lymphocytes (petits et moyens mononucléaires): 22%; grands mononucléaires 1%, éosinophiles 1%.

Suc gastrique:

Examen du liquide de lavage de l'estomac à jeun:

Quantité: 50 c.c.: qualité verdâtre; absence de débris alimentaires; fortement acide au tournesol, avec traces légères d'HCL, fortes traces d'acide lactique et absence de sang. Microscopiquement: nil.

Examen du liquide de l'estomac après repas d'épreuve:

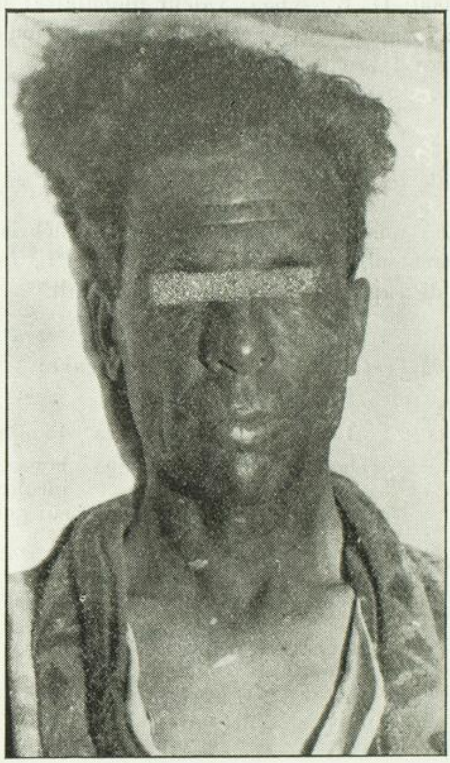
Caractères physiques	15 minutes	30 minutes	45 minutes	60 minutes
Aspect	homogène	homogène	homogène	clair
Couleur	incolore	incolore	incolore	incolore
Odeur	sui generis	sui generis	sui generis	sui generis
Ex. chimique qualitatif				
Réac. Tournesol	acide	acide	acide	acide
HCL libre	abs.	prés.	prés.	prés.
Ac lactique	traces	prés.	prés.	prés.
Ac Acétique	O	Om	O	O
Lab ferment	prés.	prés.	prés.	prés.
Sang	abs.	abs.	traces	prés.
Glucose	prés.	prés.	prés.	prés.
Ex. chimique quantitatif				
HCL libre	abs.	0.657	1.971	0.219
Ac de fermentation	0.438	0.219	0.219	0.219
HCL combiné aux matières organiques	0.365	0.73	0.511	0.511
Acidité totale	0.803	1.606	2.701	2.920
Glucose	prés.	prés.	prés.	prés.

Examen microscopique: rien d'important

Conclusion: hyperchlorhydrie marquée mais retardée.

Radiologie: estomac hypertonique, se vidant très rapidement. Petit ulcus pylorique. Vésicule perméable à l'iodeikon, sans traces de calculs.

En résumé, il s'agit d'un malade qui se présente pour douleurs gastriques. L'examen systématique révèle qu'il s'agit de troubles probablement dus à une petite lésion pylorique et à une infection prostatique accentuant par réflexe les troubles dyspeptiques. C'est contre cette dernière infection que fut prescrite l'injection quotidienne de gonacrine, le 27 mars 1930. Après la douzième injection, vers le 8 avril par conséquent, nous nous apercevons que le facies du malade prend rapidement une teinte brune, puis brunâtre, pour devenir presque noir. Les mains participent au processus. En



somme, toutes les surfaces cutanées exposées au soleil deviennent fortement pigmentées et, comme on peut le constater dans la photographie ci-jointe, il existe au niveau des plis du front et du pourtour de la chevelure un contraste frappant entre la pigmentation des parties exposées à la lumière et celles qui sont protégées ou par des replis cutanées, ou par les cheveux, ou par les vêtements (au cou, par exemple).

Pour connaître exactement le degré de sensibilité de notre sujet, nous avons appliqué sur la peau du dos de notre malade un carton au centre duquel était découpé un assez large rectangle. Nous avons alors demandé au service de physiothérapie de faire une irradiation de rayons ultra-violets, à dose assez forte pour ne produire qu'un léger érythème sur la peau d'un sujet blond de constitution normale. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre et nous avons pu constater en-deça de quelques heures un carré de pigmentation un peu moins forte cependant mais correspondant exactement à la surface découpée du carton (1). Une biopsie faite à la nuque par le Dr L. C. Simard, de l'hôpital Notre-Dame, nous donne comme résultat un tissu bourré de pigments mélaniques. Nous avions donc affaire à un cas de photosensibilisation certaine vu que le malade n'a jamais touché de près ou de loin à des sels d'argent et que la maladie d'Addison n'a pas de localisation aussi exclusive. D'ailleurs à aucun moment il n'a présenté de signes classiques de cette maladie.

Les effets de la sensibilisation à la lumière par l'introduction dans l'organisme de colorants acridinés ont été nommés *"coups de soleil acridiniques"* et sont actuellement bien connus de ceux qui ont manié ou qui manient les sels sur une haute échelle. Selon une récente définition (Jausion, Pecker et Hyronimus) "photosensibiliser, c'est exposer à des accidents d'actinite un sujet moyennement réceptif et soumis à une quantité de lumière normalement inoffensive". C'est pourquoi l'introduction dans l'organisme d'une substance fluorescente détermine une plus grande utilisation des radiations lumineuses. Jausion et Marceron ont, les premiers, attiré l'attention sur ce phénomène qu'ils avaient constaté en traitant par la gonacrine de nombreux militaires, blennorrhagiques anciens et nouveaux. Ce sont eux qui ont noté que la sensibilisation apparaissait immédiatement après l'injection et évoluait en parallélisme avec l'élimination rénale du colorant. Puis Marceron, dans sa thèse, en étudiant quelques particularités de cette sensibilisation par la gonacrine a vu qu'il était beaucoup plus facile de provoquer un érythème chez ceux qui suivaient un traitement acridiné; que cette sensibilité allait en s'accentuant avec le nombre des injections. Guil laume, de son côté, a fait une étude complète de la question.

---

(1) Fait remarquable, vers la même époque un autre malade, *très blond*, recevant aussi des injections de gonacrine eut la figure et les mains d'une coloration rouge assez vive.

Chez notre malade, il nous a été facile dès les premières heures de mettre en évidence la première constatation de Marceron et de remarquer que la coloration de la peau était, en somme, en rapport avec la quantité d'injections reçues. Mais nous ne sommes pas sans souligner le fait que ce n'est qu'après la douzième injection que le malade est devenu presque subitement noir de la face et des mains et que cette coloration, aujourd'hui atténuée, persiste encore nettement en certains point particuliers. Quand le malade a quitté l'hôpital *quarante-trois* jours après son accident de sensibilisation, en pleine voie d'amélioration gastrique et de guérison prostatique, la coloration de ses téguments était pratiquement la même, tout en variant en plus ou en moins selon les journées, et ce, malgré la résorcine.

Nous avons tenu à rapporter ce cas à cause de la persistance de la coloration de la peau de notre malade et, de plus, pour montrer que les injections de sels d'acridine tout en étant une méthode efficace de traitement contre l'infection gonococcique et ses complications ne sont pas sans provoquer parfois des réactions cutanées pouvant surprendre un praticien non averti. De plus, se pose une question médico-légale intéressante. Dans notre pays nord-américain, où les poursuites judiciaires sont fréquentes, pour ne pas dire de mode, l'apparition d'un accident semblable peut-il entraîner quelque dédommagement? C'est le problème que nous soulevons sans le résoudre.

MALADIE OSSEUSE DE PAGET [1]

Par Antonio BELLEROSE,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Le but que nous nous proposons en publiant cette observation, c'est de démontrer combien il est important de faire un examen général minutieux de tous les malades, quelle que soit l'affection présentée par ceux-ci.

Observation: Camille C... âgé de 60 ans, est admis à l'hôpital, le 1er septembre 1930, pour fracture de cuisse.

Voici ce que révèle l'interrogatoire: Le patient, qui traversait lentement la rue, accélère subitement le pas pour éviter une automobile qui se dirige vers lui, au même instant, il sent sa jambe gauche céder sous le poids du corps et tombe à la renverse sur le pavé, incapable de se relever; c'est à peine s'il éprouve une légère douleur dans la cuisse gauche.

A l'examen local, on note de la mobilité anormale et un peu de déformation vis-à-vis l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la cuisse gauche. Pas de chaleur locale, encore moins, de douleur à ce niveau. Le malade est dans l'impossibilité absolue de soulever le talon gauche du plan du lit et la ligne trachantéro-maléolaire du côté gauche est raccourcie de 5 centimètres par rapport à celle du côté droit.

Nous avons ici tous les éléments nécessaires pour poser un diagnostic de fracture de cuisse, bien plus, si nous analysons l'ensemble des symptômes fournis par ce court examen, nous pouvons dire qu'il s'agit selon toute vraisemblance d'une fracture spontanée. En effet l'absence de la douleur et le manque de relation de cause à effet sont suffisants pour faire penser à la spontanéité de la lésion.

Les causes des fractures spontanées sont multiples; les unes sont dues à une lésion limitée à un seul os, les autres s'attaquent à tout le système osseux.

Quelle peut bien être dans le cas qui nous intéresse la maladie qui a engendré cette fracture? Est-ce une lésion du fémur? Est-ce une affection intéressant tout le squelette? L'examen général et plus particulièrement du système osseux fournit une réponse à cette question.

Son père est mort à 42 ans apparemment d'une cirrhose atrophique. Sa mère a vécu jusqu'à un âge avancé. Un frère et une soeur sont en bonne santé. Une soeur est morte d'hémorragie utérine à la période de la ménopause et un frère à l'âge de 16 ans; c'était un éthylique; deux frères et deux soeurs sont morts en bas âge.

---

(1) Au bureau médical de l'Hôpital Notre-Dame.

Le passé vénérien de notre accidenté est négatif. Marié à 27 ans, il n'a qu'un seul enfant vivant et en bonne santé; sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Un rhumatisme contracté à l'âge de 25 ans a été la cause d'une ankylose partielle du poignet gauche. Depuis 20 ans le patient ressent une faiblesse qui va toujours en s'accentuant, si bien que depuis deux ans, il doit s'aider d'une canne pour marcher.

Travail sain au grand air. Alimentation saine. Habitation médiocre.

Pas de vertige ni céphalée. Les réflexes pupillaires sont normaux des deux côtés. Le réflexe patelaire, normal à drotie, est diminué à gauche. Le réflexe de Babinski est négatif. La sensibilité superficielle et profonde est intacte.

Examen du liquide céphalo-rachidien: Albumine 0.50 Lymphocytose 1.6, Gomme... (A. Bertrand).

Le malade ne tousse pas. Légère aphonie. Diminution des vibrations à la base pulmonaire droite et submatité au même niveau. Respiration plus rude à droite qu'à gauche. Aucun bruit adventice dans les deux poumons. (R. Boucher).

Ce dernier accuse une légère dyspnée d'effort. Gros souffle rude et râpeux au premier temps se propageant du foyer aortique vers l'aisselle droite. Au deuxième temps, petit souffle diastolique avec pouls capillaire. La pression artérielle est 140/60, le pouls varie entre 80 et 90. (R. Boucher).

Le système digestif et le système génito-urinaire ne présente rien de particulier, si ce n'est l'analyse d'urine qui indique de fortes traces d'albumine.

Azotémie 0.22 centigrammes.

Glycémie 1. gr. 80.

B. W. — —

C'est le système osseux qui présente le plus d'intérêt.

Le crâne est légèrement augmenté de volume et présente une ébauche de front olympien. Le malade, depuis quelques années, doit augmenter à tous les ans la pointure de ses coiffures. Les os de la face sont de volume normal.

Le rachis présente de la cyphose dorsale supérieure et manque de souplesse.

Les clavicules sont déformées et épaissies, les omoplates sont agrandies, il y a déformation et ankylose partielle du poignet gauche.

Les crêtes iliaques sont doublées d'épaisseur.

Le tibia droit a la forme d'une lame de sabre, le tibia gauche est plus volumineux que normalement.

Les pieds et les mains sont de dimensions normales.

Le dosage du calcium est de 0.167 au litre.

Voici le résultat de l'examen aux rayons X de différentes portions du squelette.

Le fémur droit présente un trait de fracture avec chevauchement des fragments. La circonférence de l'os est doublée et celui-ci présente, réparties sur toute sa longueur, des zones d'ostéité condensante alternant avec des zones d'ostéité raréfiante.

Il en est de même pour tous les os longs, leur diamètre est augmenté d'une façon appréciable. La paroi de la voute cranienne est triplée d'épaisseur.

Bref nous avons affaire à une lésion qui intéresse le squelette presqu'en totalité.

Parmi les maladies susceptibles de déterminer des lésions hypertrophiantes généralisées du squelette osseux chez les adultes, nous avons la syphilis héréditaire tardive des os, l'acromégalie, l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique et la maladie osseuse de Paget.

Il ne peut s'agir de syphilis. Le B. W. est négatif de même que la réaction du liquide céphalo-rachidien. Il n'existe aucun stigmate de spécificité héréditaire, tel que: le nez camard, le palais ogival et les dents d'Hutchinson. Un frère plus jeune que l'accidenté est vivant et en bonne santé. D'ailleurs les lésions osseuses de la syphilis sont plutôt des lésions ostéophytiques localisées au bulbe de l'os, ici nous avons affaire à une hypertrophie de la diaphyse de l'os.

L'acromégalie et l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique portent surtout sur les extrémités distales des membres; celles-ci deviennent énormes surtout dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, ou les pieds prennent des dimensions monstrueuses et c'est à juste titre qu'on les qualifie de pieds d'éléphant.

Dans l'acromégalie, les os de la face participent au processus et s'hypertrophient au point de donner le facies léonien. Rien de cela dans le cas qui nous occupe; les pieds, les mains et les os de la face sont indemnes.

Reste la maladie osseuse de Paget qui pour nous est la cause du processus pathologique auquel nous assistons ici.

Sir James Paget, en 1882, a attiré l'attention du monde médical sur une curieuse affection du système osseux qu'il a nommée ostéite déformante.

C'est une maladie des adultes. Peu à peu, progressivement, certains os du squelette, les os longs et la calotte crânienne s'hypertrophient et se déforment.

Lentement le malade se rapetisse pendant que sa tête prend des proportions de plus en plus considérables.

La circonférence du crâne peut aller jusqu'à 62 centimètres. Les os de la face sont habituellement respectés de même que ceux des extrémités des membres. Le rachis s'incurve. Les os des membres inférieurs sont les premiers et les plus profondément atteints. La radiographie montre que la diaphyse des os longs est hypertrophiée et présente des zones d'ostéite condensante et des zones d'ostéite raréfiante.

C'est une maladie à évolution lente mais fatale.

Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer la pathogénie de cette affection. Certains ont pensé à une lésion médullaire initiale, d'autres à un état athéromateux de l'artère nourricière de l'os.

Aucune de ces hypothèses n'est satisfaisante.

Pour le moment, il n'y a aucun traitement de la maladie osseuse de Paget, et celui-ci n'existera que le jour ou nous en connaîtrons la pathogénie.

Le traitement de la fracture a été des plus simple; il a consisté dans l'extension et l'immobilisation. Cependant nous devons dire que la consolidation a été obtenue, chez notre malade, beaucoup plus rapidement qu'elle ne l'est habituellement chez des sujets ayant son âge.

Nous basant sur la physiologie qui veut que la thyroïde et la parathyroïde règlent, dans une certaine mesure par leur secrétion interne, le développement du squelette, nous avons cru qu'il serait intéressant d'étudier le fonctionnement de ces deux glandes surtout celui de la thyroïde. Notre curiosité a été amplement satisfaite car le métabolisme a révélé que notre malade souffrait d'hyperthyroïdie, son métabolisme étant de + 59.

Pour le moment, nos recherches s'arrêtent là, mais nous espérons que la publication de cette observation aura pour effet d'exciter la curiosité scientifique de nos confrères, et que ceux-ci ne manqueront jamais de faire l'étude du métabolisme chez tous les sujets atteints de maladie osseuse de Paget, qu'ils auront l'occasion de traiter; peut-être aideront-ils, en agissant ainsi, à faire découvrir la pathogénie plutôt obscure aujourd'hui de cette affection si curieuse.

ENFONCEMENT DU PARIETAL GAUCHE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ

Par Donatien MARION
Assistant au cours théorique d'obstétrique.

Les traumatismes, chez la mère ou le foetus, qui se produisent au cours de l'accouchement doivent attirer l'attention du médecin à cause des complications sérieuses qui peuvent survenir tôt ou tard. En règle générale, on examine bien la mère au point de vue de l'intégrité du périnée; à la rigueur, on fait des points de suture. On porte parfois une attention sérieuse au col utérin, mais c'est l'exception.

Quant à l'enfant, s'il crie et s'agite à la naissance, tout le monde est satisfait; lorsque le travail se termine par une intervention, on oublie, par exemple, que la pression exercée par le forceps sur les os du crâne peut déterminer des lésions des centres nerveux incompatibles avec la survie de l'enfant, même si les cuillers de l'instrument n'ont pas laissé de traces visibles. D'autre part, il peut arriver qu'un traumatisme d'apparence grave n'amène aucun incident fâcheux. L'observation ci-jointe illustre un de ces heureux hasards qui plaisent à l'accoucheur.

Madame L. P... âgée de 31 ans, Vpare, voit ses dernières menstruations du 15 au 18 janvier 1930. Venue consulter, pour la première fois, en juin, la patiente raconte que ses grossesses ont, toujours évolué normalement, mais que ses accouchements furent longs et pénibles, se terminant infailliblement par des interventions.

1er acc.: durée 21 heures; l'enfant (sexe masculin) ne survit pas aux nombreuses applications de forceps qui amenèrent, vraisemblablement, une hémorragie cérébrale.

2ème acc.: fille vivante; durée du travail: 9 heures, forceps.

3ème acc.: durée 48 heures; se termine par une version: fille vivante.

4ème acc.: la patiente dit avoir ressenti de fortes douleurs abdominales durant 8 jours; terminaison par la version: garçon vivant.

5ème acc.: le 21 octobre 1930, à cinq heures de l'après-midi, rupture de la poche des eaux. Les douleurs débutent peu après; à 6 heures, le toucher révèle une présentation non-engagée en O. I. G. A.; le col utérin à demi effacé laisse pénétrer deux doigts. Au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, il existe une nodosité rétrécissant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

A 11 heures du soir, la dilatation est complète et la tête est descendue à la partie inférieure de l'excavation, en variété de position transverse. Malgré des contractions régulières et énergiques, le travail ne progresse pas.

Je fais une application de forceps par prise mastoïdo-frontale et j'exerce des tractions légères pendant les contractions. A un moment donné, je sens que la résistance est vaincue; la tête a fait sa rotation dans le diamètre pubo-sacré. L'expulsion se termine normalement.

L'enfant crie vigoureusement dès sa naissance, mais à l'examen de la tête, je constate un enfoncement en cuiller au niveau du pariétal gauche. Immédiatement, après avoir désinfecté le cuir chevelu à la teinture d'iode, je fais pénétrer la pointe d'un bistouri au niveau de la partie la plus déclive de l'os et je relève lentement le pariétal. L'enfant n'a paru ressentir aucun mauvais effet de ce traumatisme crânien: après quinze jours, il boit bien et prend du poids.

Le rétrécissement qui siège au détroit inférieur chez cette femme parait être la conséquence des nombreuses applications de forceps, lors du premier accouchement. D'après les renseignements recueillis, les deux médecins appelés au chevet de la patiente avaient dû exercer des tractions puissantes pour mettre l'enfant au monde. Il est vraisemblable qu'au passage de la tête, la propulsion forcée en arrière du coccys a causé une luxation, au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Une réaction inflammatoire consécutive aurait produit cette ankylose bien perceptible au toucher.

Quant aux enfoncements des os du crâne, ils sont la conséquence habituelle de la pression exercée sur le pariétal postérieur, lors du passage de la tête à travers le détroit supérieur. Ils peuvent aussi être produits par une application défectueuse de forceps, lorsque la tête est saisie par l'extrémité des cuillers.

Dans cette observation, le rétrécissement du détroit inférieur empêchait la progression de la tête qui avait fait une rotation d'1/8 de cercle, afin d'accomoder ses plus grands diamètres au diamètre de dégagement du détroit inférieur.

Différentes méthodes ont été préconisées pour réduire ces enfoncements:

1. Dans les enfoncements légers, le *redressement manuel* donne parfois de bons résultats; il consiste à comprimer les deux bords de la partie enfoncée; sous l'influence de la pression, l'os reprend peu à peu sa position nomale.

2. Dans la méthode de Vicarelli, on utilise un petit tire-bouchon dont la pointe est enfoncée au point le plus déclive de la dépression; il ne reste plus alors par simple traction qu'à réduire l'enfoncement.

3. L'os peut être le siège de fractures multiples; dans cette alternative, la trépanation reste la seule ressource à notre disposition.

4. Dans le cas mentionné, je n'avais pas dans ma trousse, d'instrument sorelois; le hasard favorisant, la réduction s'est opérée facilement à l'aide d'un bistouri.

Quelles peuvent être les conséquences des enfoncements du crâne? Des paralysies peuvent apparaître du fait de la compression des centres nerveux.

Des hémorragies méningées surviennent fréquemment; elles peuvent être épidurales, sus et sous-arachnoïdiennes.

L'enfant peut survivre à ces complications qui peuvent ne laisser aucune trace fâcheuse. Malheureusement, l'idiotie et l'épilepsie retracent souvent comme origine ces traumatismes dus à des interventions obstétricales.

Le redressement de l'os comporte aussi des dangers; la plaie produite par l'instrument introduit à travers le cuir chevelu peut favoriser l'infection des centres cérébraux. Récemment, un auteur relatait la mort d'un nouveau-né, le 29ème jour après la naissance, à la suite d'un abcès qui s'était formé à l'endroit précis de la pénétration de l'instrument. L'accoucheur doit donc redoubler de précautions dans l'asepsie du cuir chevelu, lorsqu'il se trouve dans la nécessité de pratiquer le redressement de l'os.

ULCUS PERFORÉ EN PÉRITOINE LIBRE

Par Mercier FAUTEUX
Assistant à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Au cours de leur évolution il arrive assez fréquemment que les ulcères gastro-duodénaux se compliquent de perforation, donnant alors un tableau clinique des plus dramatiques, dont le début brutal et l'évolution rapidement mortelle impressionnent toujours profondément.

Il importe de bien connaître les manifestations cliniques de cet accident redoutable afin de le juguler en temps opportun et orienter sa marche vers une voie moins sombre que celle qu'il prend inévitablement laissé à lui-même.

En effet, cette perforation surprend, dans la majorité des cas, un péritoine sain, se produit donc en péritoine libre de toute adhérence, laisse écouler librement le contenu gastrique, entraînant une inondation qui ,en peu de temps, emporte le malade avec tout le cortège symptomatique d'une péritonite généralisée. Nous avons eu récemment la bonne fortune d'opérer un malade pour ulcus pylorique ,perforé en péritoine libre, six heures après la perforation.

L'observation de ce malade nous a paru intéressante à rapporter; elle illustre bien le fait qu'un diagnostic précoce suivi d'une intervention immédiate change le pronostic si tragique de cet accident en un pronostic plutôt bénin; elle prouve aussi, comme tant d'autres observations du même genre, l'assertion de Mondor et Lauret, qu'un praticien sauve, à peu près à coup sûr, la vie de son malade si, avant la dixième ou douzième heure, il le confie au chirurgien.

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, le 17 octobre dernier, est pris subitement, à une heure du matin, d'une douleur violente, en coup de poignard, à la région épigastrique: douleur qui ne tarde pas à s'irradier à tout l'abdomen. Elle s'accompagne de vomissements alimentaires dans lesquels on trouve du sang clair.

Appelé immédiatement, le médecin de famille porte le diagnostic de syndrôme abdominal aigu et incite le malade à se faire conduire à l'hôpital sans retard.

A sept heures, nous examinons ensemble cet homme complètement anéanti, effondré, qui, hier à peine, vaquait à ses occupations, plein de santé et

d'énergie. La figure est angoissée; la respiration rapide, haletante; la température, normale; le pouls, vite et mou. Le ventre est plat, immobile; tous les muscles abdominaux font relief et sont d'une rigidité absolue. C'est un ventre de bois typique.

L'interrogatoire fut bref, il va sans dire; il nous apprit tout de même que les digestions ont toujours été plus ou moins laborieuses s'accompagnant de crampes, de brûlures, de douleurs même, mais jamais aussi terribles que celles éprouvées actuellement, "coupant le respir" et donnant l'impression "d'une mort certaine" si l'on ne fait pas séance tenante quelque chose.

Ces symptômes trouvés à l'examen ajoutés à l'histoire d'un passé gastrique chargé suffirent pour nous faire porter un diagnostic de perforation d'ulcus.

Nous n'avons pas discuté longuement la possibilité d'une crise appendiculaire qui fut prestement rejetée vu l'intensité maxima de la douleur au creux épigastrique, l'atrocité toute particulière de cette douleur en broche, et le passé gastrique. En plus l'absence de température depuis le début de cette crise, la présence de sang dans les vomissements permettaient d'éliminer l'appendicite.

Le malade préparé immédiatement fut opéré sans délai. A l'ouverture du péritoine par une incision para-médiane droite, l'on perçut un sifflement caractéristique et aussitôt un liquide "eau de vaisselle" dans lequel nageaient des débris alimentaires, vint baver au niveau de la brèche opératoire.

Après avoir protégé par plusieurs compresse abdominales la cavité abdominale inférieure, on alla carrément au pylore, sur le versant antérieur duquel, on trouva une minuscule perforation en plein centre d'un ulcère de la dimension d'une pièce de dix sous, d'un blanc nacré et souple.

Nous n'avons pas cru bon d'exciser cet ulcère qui fut enfoui sous deux étages de sutures séro-séreuses faites en tissus sains; et étant donné l'état général suffisamment bon de ce malade, nous avons terminé par une gastro-entérostomie postérieure.

Les suites de cette intervention furent des plus simples, sans aucun incident; et le malade quittait complètement remis le 29 octobre, c'est-à-dire douze jours après la perforation de l'ulcère.

Cette guérison est toute à l'honneur du médecin de famille qui vit le premier ce malade; une bien petite part revient au chirurgien qui n'eut qu'à exécuter une intervention en somme relativement facile.

Il a su reconnaître un syndrôme abdominal aigu à sa phase d'extrême début; il n'a pas perdu un temps infiniment précieux à attendre l'apparition des signes d'une péritonite diffuse. Mettant de côté tout l'arsenal thérapeutique symptomatique y compris la glace, il a ordonné l'opération d'urgence, il a guéri son malade.

La guérison des ulcères perforés de l'estomac est avant tout subordonnée au diagnostic précoce; nous en avons dans cette observation une magnifique démonstration; les statistiques continueront à s'améliorer grâce à lui, nous pourrions presque dire uniquement par

lui. Les progrès que nous pouvons espérer à réaliser ne doivent pas, en effet, être attendu de la chirurgie dont le rôle dans cette affection est aujourd'hui bien défini, donne le maximum qu'il peut rendre, et ne devrait pas du tout prêter à discussion.

Il y a perforation, la vie du malade est gravement menacée; les indications opératoires sont nettes et impérieuses: il faut à tout prix oblitérer cette brèche; l'enfouissement et la suture dans la plupart des cas réalisent pleinement ce but. La gastro-entérostomie, chez certains opérés précocement, encore résistants, devra être faite, donnant l'avantage de laisser au repos suture et ulcère et favorisant la cicatrisation rapide de la première et la guérison possible de la seconde.

Mais il est dangereux et non indiqué de tenter d'autres interventions plus radicales sous prétexte d'obtenir en un temps opératoire la guérison simultanée de la perforation et de l'ulcération.

Toutes ces interventions radicales sont toujours shockantes chez des sujets bien préparés à l'avance; elles le sont à plus forte raison chez ces opérés d'urgence toujours shockés, et plus ou moins sans résistance.

Il faut donc retenir qu'ici, en principe, il faut faire vite si l'on veut faire bien.

La chirurgie d'urgence, dit le regretté Lecène, doit être toujours simple et rapide; remplir l'indication essentielle avec le minimum de traumatisme opératoire.

FRACTURE DU COUDE
TRAITEMENT — RÉSULTAT

Par J. H. RIVARD.
Chirurgien de l'Hôpital Ste-Justine.

L'enfant G. R. âgée de 6 ans nous est envoyée pour une fracture du coude droit, survenue à la suite d'une chûte tête première en bas d'un escabot. Chez cette fillette il n'y a rien de spécial au point de vue état général, la santé est parfaite. Nous voyons l'enfant quelques heures après l'accident. Le coude n'est pas trop gonflé, l'enfant immobilise bien son bras en le supportant avec sa main gauche, l'épaule est tombante. L'examen est assez difficile mais en y mettant un peu de patience on en vient à bout. Il vaut mieux examiner le membre sain d'abord, en faire la palpation et rechercher les différents mouvements afin d'inspirer confiance à l'enfant; même dans l'examen du membre malade il faut examiner loin de la partie malade, non seulement pour donner confiance à l'enfant mais aussi pour voir s'il n'y aurait pas d'autres fractures; d'ailleurs l'inspection nous le dit bien souvent s'il y a autre chose.

Alors à l'examen du coude on constate un peu de gonflement, une légère rougeur à la face postérieure, le coude est déformé, il est plus volumineux vis-à-vis l'olécrâne. Les points osseux: épicondyle, épitrochlée, olécrâne se trouvent dans un même plan frontal, le bras est en flexion, ne semble pas déplacé, seulement, au dessus du plan passant par les deux apophyses il y a une encoche qui correspond à une projection à la partie antérieure du bras.

La palpation même légère d'une de ces apophyses osseuses reveille de la douleur chez la fillette, même provoque des pleurs.

Nous ne recherchons jamais la mobilité anormale, ni la crépitation, car c'est faire souffrir le malade inutilement, et les renseignements ainsi acquis ne compensent pas pour les cris désagréables que nous arrachons à l'enfant. Nous recherchons légèrement, très légèrement, si nous pouvons avoir certains mouvements dans l'articulation. Dans ce cas-ci nous avons de légers mouvements de flexion qui ne sont pas trop pénibles, par contre les mouvements d'extension provoquent beaucoup de douleur.

Nous faisons un diagnostic de *fracture transversale supra-condylienne du coude droit.*

Immédiatement nous conduisons l'enfant chez M. A. Comtois, radiologiste de l'Hôpital Ste. Justine. Au fluoroscope nous voyons une fracture transversale supra-condylienne, le massif épiphysaire est refoulé en arrière, il ne semble pas y avoir d'autres traits de fractures, ni au niveau des condyles, ni au niveau de la troclée. Les apophyses olécranienne et coronoïdienne semblent intactes. Du côté du bras, la tige humérale vient faire saillie en avant. Afin de mieux voir les détails, le radiologiste prend deux radiogrammes de l'articulation, l'un à direction antéro-postérieure, l'autre transversale.

Sur le premier, on constate un trait de fracture passant au niveau des cavités de l'épiphyse humérale inférieure.

Nous savons que cette extrémité présente trois cavités, deux antérieures, une postérieure. Les antérieures coronoïdienne à la partie interne pour loger l'apophyse coronoïde; à la partie externe, fossette suscondylienne pour loger la tête radiale dans les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras. La cavité postérieure ou grande cavité olécranienne loge le bec de l'olécrâne dans les mouvements de flexion. Dans le plan latéral, nous voyons la diaphyse humérale qui vient faire projection en avant et l'épiphyse est deplacée en arrière, de plus on constate comme une légère esquille à la partie antéro-inférieure de la diaphyse.

L'explication du déplacement et des traits de fracture se trouve anatomiquement en rapport avec la direction du choc dans le traumatisme. L'enfant est tombée la tête la première, elle s'est protégée avec ses mains les bras étant fléchis, la force du choc s'est transmise au coude, l'apophyse coronoïde a arraché le massif épiphysaire qui est plus ou moins solide, puisque l'on y trouve ces trois points faibles causés par les fossettes. De plus ce massif a été repoussé en arrière par la force imprimée à la coronoide et par la contraction du triceps brachial. La diaphyse humérale par le fait se trouve placée en avant, dans son trajet elle a dechiré la gaine periostique à laquelle sont restées des particules osseuses. Ainsi on explique la petite esquille que l'on voit à la partie inférieure de la diaphyse humérale. Le traitement de ces fractures du coude est particulier à chaque cas, en rapport avec la variété clinique à laquelle nous avons affaire. Dans ce cas nous étions dans les meilleures conditions possibles pour reduire cette fracture. L'état récent de cette fracture, la facilité du fluoroscope pour contrôler les résultats. Aidé du Dr. Thomas, notre assistant, la petite malade est endormie. Dans ces cas, l'anesthésie générale est indispensable non

seulement pour prévenir la douleur mais aussi pour amener le relâchement musculaire à l'épiphyse humérale, il faut faire faire le même chemin en sens contraire du déplacement pour la ramener en juxtaposition avec la diaphyse humérale,, qui a déchiré le périoste; alors par des mouvements de flexions et de traction on ramène les fragments vis-à-vis l'un de l'autre.

De temps en temps il faut contrôler à l'écran l'état de la réduction, de face et de profil, parce que la réduction peut nous paraître correcte dans un plan et ne pas l'être dans l'autre.

Devons-nous immobiliser en flexion ou en extension? Nous immobilisons toujours en flexion dans une gouttière métallique bien rembourée de ouate, de plus, au niveau du fragment diaphysaire nous faisons un peu de compression avec de l'ouate afin de bien maintenir ce fragment en arrière. La gouttière est maintenue en place par un bandage. Le bras est supporté par une écharpe.

La réduction et l'immobilisation ne sont pas pour nous les temps les plus importants dans le traitement des fractures du coude. Ce sont les soins consécutifs qui ont une importance capitale. Nous laissons l'articulation immobilisée pour une dizaine de jours afin de permettre la résorption de l'épanchement produit au niveau de la fracture. Nous vérifions le pansement assez fréquemment afin de bien tenir la gouttière en place.

Vers la 10ème journée nous commençons à faire des mouvements passifs à l'articulation après l'avoir baignée avec des serviettes d'eau chaude ou encore après une séance d'une vingtaine de minutes avec une lampe à rayons infra-rouges. Nous faisons masser les portions avoisinantes de la fracture et nous faisons faire des mouvements passifs une demi-heure 3 fois la semaine. Au début, nous ne conseillons pas le massage au niveau du trait de fracture afin de ne pas produire d'hyperostose.

Ces massages et ces mouvements de flexion et d'extension sont continués pendant plusieurs semaines.

Aujourd'hui l'enfant R. conserve presque tous ses mouvements de flexion et d'extension.

Nous pouvons conclure: premièrement que plus le traitement de ces fractures est fait tôt, meilleurs sont les résultats.

2. que les massages et la mobilisation doivent être commencés par plus de 15 jours après la réduction, sans quoi on a beaucoup de difficulté à faire récupérer tous les mouvements.

3. Que ces traitements doivent être faits par un masseur ou une masseuse d'expérience.

4. Que la réduction sous écran est l'idéal.

REVUE GÉNÉRALE

L'ANÉMIE PERNICIEUSE

Par Henri GELINAS.
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans le service des hommes du Professeur Benoit, nous avons depuis un an observé quatre cas d'anémie pernicieuse. Cette affection est donc assez fréquente.

Ses débuts sont insidieux — Le malade pâlit graduellement, devient de plus en plus dyspnéique et asthénié. Il prend le lit. Le médecin est alors appelé auprès d'un malade à teint cireux, subictérique bien différent du teint jaune paille des cancéreux. Il n'est pas amaigri mais souvent ses membres sont infiltrés d'oédèmes volumineux d'origine dyscrasique. L'auscultation du coeur révèle des souffles systoliques parfois intenses surtout au foyer pulmonaire. Ils ne sont que peu influencés par la position du sujet et ont pour cause l'extrême fluidité du sang. Associés à la dyspnée et aux oedèmes si communs chez ces malades, ils peuvent faire croire à une cardiopathie valvulaire inexistante. Il est banal d'assister à quelques poussées de fièvre assez modérée. Les hémorragies se réduisent habituellement a un peu de purpura. Fait important les hémorragies rétiniennes sont presque de règle et peuvent aider au diagnostic durant les phases d'amélioration. Les troubles digestifs sont fréquents. On peut observer une glossite spéciale. Le malade se plaint d'inappétence. Il vomit, a de la diarrhée. La rate légèrement hypertrophiée déborde rarement les fausses côtes. L'index bilirubinémique est augmenté. Enfin l'anémie est souvent accompagnée ou même précédée de troubles nerveux parfois très graves. Avec le Dr Amyot nous en rapporterons un cas dans la même revue, édition de janvier 1931.

Il y a deux formes d'anémie pernicieuse: la forme commune (plastique) et l'anémie aplastique, très rare et d'un pronostic presque fatal.

Dans l'anémie plastique, le nombre des globules rouges varie de 1.500.000 à 700.000 habituellement avant tout traitement. Il peut atteindre des chiffres encore plus faibles. La valeur globulaire est toujours augmentée. On trouve des globules rouges nucléés avec anisocytose, polychromatophilie et anisochromie. Même après guérison apparente on peut constater la présence de globules rouges géants atteignant un diamètre de 12 γ. De plus leur diamètre moyen augmenté est d'environ 9 γ. La leucopénie avec hypopolynucléose complète le tableau hématologique de cette maladie.

L'anémie aplastique présente un aspect bien différent, monotone pourrait-on dire. Il y a absence d'hématies nuclées, pas de granulocytes, pas de déformations globulaires, pas d'anisocytose ni polychromatophilie La leucopénie est extrême. Les polynucléaires peuvent être diminués à 30% et même 15% ou 10%. Les hématoblastes sont presque disparus, avec irrétractilité consécutive du caillot et tendance aux hémorragies. Les fonctions hématopoiétiques de la moelle osseuse sont sidérées.

Au cours de l'anémie pernicieuse commune, la moelle osseuse très rouge est en hyperactivité, pour parer à la déglobulisation excessive, nettement démontrée par l'hyperbilirubinémie constante et l'infiltration du foie et de la rate par les divers pigments d'origine hématique. Au contraire si l'anémie est aplastique la moelle osseuse est jaune : elle ne réagit pas.

On a invoqué une foule de causes pour expliquer cette maladie. Plusieurs auteurs se refusent à en faire une entité morbide bien définie et n'y voient qu'un syndrôme relevant de causes diverses : parasitoses, hémorragies occultes, infections, tuberculose, syphilis, grossesses répétées, lactation, etc.

Fenwick en 1877, nota l'atrophie gastrique dans les anémies graves, et un peu plus tard Cohn signala l'anachlorhydrie dans les mêmes circonstances. Par la suite Hunter, A. F. Hurst, Knud Faber et bon nombre d'autres auteurs en vinrent à considérer cette atteinte de la muqueuse gastrique comme la cause du syndrome anémique et des lésions nerveuses si fréquentes, prépondérantes parfois au point de passer au premier plan.

Knud Faber et H. C. Grom trouvent 46 fois de l'anachlorhydrie chez 51 patients. Levine et Ladd (1921) font la même constatation chez 140 de leur 143 malades. Encore deux des cas aberrants étaient-ils douteux.

Il faut cependant remarquer que l'anachlorhydrie est un fait assez banal puisqu'on peut la constater chez 10% des personnes d'âge moyen, et que cette proportion de cas anormaux s'élève encore avec l'âge des sujets même après injection d'histomine. Les parents d'anémiques seraient cependant plus fréquemment exposés à cette anomalie. On connaît plusieurs faits d'anémie pernicieuse familiale. H. M. Conner a pu trouver dans la littérature et dans sa documentation personnelle près de 30 cas où l'anachlorhydrie avait précédé d'un temps variable l'apparition d'une anémie pernicieuse typique.

L'anémie pernicieuse a pu survenir à la suite d'une gastrectomie totale (Moynihan, Hartman, Mayo, etc.), en l'absence de toute tumeur cancéreuse. Il faut remarquer que c'est une opération bien peu fréquente puisqu'elle n'a été pratiquée que 8 fois à la clinique Mayo avec 50% de mortalité opératoire. Il est néanmoins certain que des opérés ont pu survivre 4 ans (Mayo) et même 8 ans (Dennig-Hochrein) sans apparition d'anémie. Jusqu'à ces derniers temps on croyait que l'achylie avait pour conséquence la pullulation de divers agents microbiens dans le duodénum et le petit intestin avec productions de toxines hémolysantes.

Dernièrement les travaux expérimentaux de Whipple et cliniques de Minot et Murphy (1926) nous ont appris que dans le foie des mammifères et à un moindre degré dans d'autres organes on trouvait des substances ayant la propriété d'améliorer cette maladie jusqu'alors incurable.

Depuis, Castle et ses collaborateurs ont fait un pas de plus à l'étude de cette question. En gavant des malades anémiques avec de la viande en partie digérée par des sujets sains, ils ont obtenu des résultats comparables à ceux que donne le traitement hépatique habituel. Ils eurent le même succès avec la viande crue digérée in vitro par du suc gastrique normal. La pepsine, le lab ferment, l'acide chlorhydrique, le suc duodénal, la salive associés ou non à la viande sont totalement inefficaces. De plus la viande doit être ingérée en même temps que le suc gastrique total pour être effective. Ajoutons que le suc gastrique d'anémiques n'a pas cette propriété d'activer la viande. Bien plus Castle a pu faire la même constatation chez deux malades anémiques qui par exception fournissaient une sécrétion gastrique non anachlorhydrique.

Castle conclut de ces faits que l'estomac sécrète normalement une substance particulière qui agit sur la viande ingérée pour donner un principe actif anti-anémique ?

Ce principe actif est-il le même que celui trouvé dans le foie ? Cet organe serait-il simplement un lieu d'emmagasinement pour cette substance ? Castle en doute. Ne sait-on pas que plusieurs malades gastrectomisés ont pu survivre de longues années sans présenter d'anémie. Le rôle de la muqueuse gastrique est sûrement primordial. Néanmoins il y a peut-être d'autres organes ayant des propriétés analogues.

Sturgis et Isaacs, Sharp, Conner ont employé des extraits desséchés de muqueuse gastrique de porc pour le traitement de l'anémie pernicieuse.

Les résultats ont été les mêmes que ceux donnés par l'opothérapie hépatique. Il est possible que la substance active sécrétée par l'estomac, agisse sur les albumines de la paroi gastrique pour fournir le principe antianémique. Comment agit l'opothérapie ? Il paraît y avoir à la fois et stimulation des fonctions hématopoiétiques et arrêt du processus d'hémolyse.

On sait qu'il existe normalement jusqu'à 1% d'hématies dans lesquelles on note un réseau décelé par les colorations vitales. Ce sont les réticulocytes ou hématies granulo-filamenteuses des auteurs français. Eléments incomplètement élaborés, ils témoignent d'une hyperactivité de la moelle osseuse. Quand le traitement est efficace leur pourcentage s'élève rapidement au bout de 2 jours environ pour atteindre vers le 6ème ou 7ème jour un maximum de 20% à 40%. Ils décroissent ensuite rapidement pour revenir à leur proportion habituelle après 15 à 20 jours.

Le nombre des globules rouges ne se relève pas avant 7 jours et parfois 12 ou 13 jours. Cette augmentation est brusque et peut aller jusqu'à un accroissement de 300,000 et même 500,000 hématies par semaine. Les symptômes chimiques s'amendent d'une façon surprenante et en peu de temps l'état du malade est totalement transformé. Il peut ariver qu'on ne puisse obtenir un chiffre de globules rouges supérieur à 3,500,000.

Il faut poursuivre le traitement indéfiniment et de façon continue. On a vu des malades négligents faire une rechute qui alors n'a pas cédé comme la première fois au traitement. On donne d'ordinaire 200 à 250 grammes de foie par jour. Il peut être nécessaire dans certains cas de donner des doses plus fortes. La cure d'entretien par contre s'accommode d'une ration moins élevée.

Les extraits de foie moins actifs doivent être administrés à des doses proportionnellement plus considérables.

L'extrait d'estomac desséché ne paraît pas avoir une plus grande efficacité. Il a contre lui d'être difficilement accepté des malades à cause de son goût très désagréable.

Un des malades que nous avons traités présentait outre une anémie très marquée (900.000 hématies) et de l'anachlohydrie, des troubles nerveux, légers à la vérité: mictions impérieuses, impuissance, troubles dysesthésiques, abolition des réflexes-achilléens. Il fut soupçonné de tabès et traité par les arsénicaux. Cependant toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien étaient normales. Il n'y avait pas d'antécédents spécifiques, ni signe d'Argyll Robertson, ni B. W. positif dans le sang. Il fut grandement amélioré de son anémie et fait surprenant guéri de son impuissance qui datait d'une année. Malheureusement, ainsi qu'il arrive d'habitude mais non toujours les autres symptômes nerveux ne furent pas amendés. L'extrait desséché de muqueuse gastrique échoua aussi bien que le traitement hépatique.

Cependant le traitement peut être tout à fait inopérant surtout quand l'anémie est du type aplastique. C'est ce qui s'est présenté chez un malade traité par le Professeur Benoit. Ce malade nettement atteint d'anémie aplastique a succombé sans que les diverses préparations, tant d'estomac desséché que de foie y aient eu le moindre effet favorable.

Nous dirons un dernier mot de l'anémie pernicieuse gravidique. L'opothérapie hépatique est efficace chez ces malades et nous avons pu observer un cas favorablement influencé par ce traitement. Fait à noter: ces sujets ne sont pas atteints d'anachlorhydrie. Autrefois il était possible par des transfusions souvent fréquentes de sauver une petite proportion de ces cas (35% d'après Esch et Peterson). On parait ainsi à la déglobulisation trop rapide causée par la toxémie gravidique jusqu'au moment où la délivrance survenue l'hématopoièse redevenait normale.

PETITE CLINIQUE

STÉRILITÉ FÉMININE

Par A. MAGNAN.
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le diagnostic précis de la cause de stérelité chez une femme est un problème difficile et minutieux.

Nous allons examiner ensemble les époux B. qui viennent nous consulter parce qu'après sept années de mariage, ils n'ont pas d'enfant.

Pour éclaircir ces énigmes, disons-le dès maintenant, nous avons un motto qui nous a rendu de grands services: "En matière de stérilité féminine, cherchez l'homme". Voyons donc si le mari n'est pas en cause.

Les premières recherches doivent être dirigées vers l'état général de l'individu et ses antécédents.

A première vue il semble en bonne santé. Il a 30 ans et n'a jamais eu de maladie extra-génitale sérieuse: la rougeole en bas âge et quelques grippes. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Un petit frère est mort à 10 ans noyé. Un autre ainsi que deux soeurs sont vivantes et en parfaite santé. Il ne paraît donc y avoir de raisons constitutionnelles en cause. Mais il y a 10 ans, i, e trois ans avant son mariage, il eut une blennorragie assez sérieuse. Malgré des soins suivis, il fut malade pendant un peu plus qu'un an. Au cours de son traitement il eut deux complications. Une orchite et du rhumatisme. Guéri de tous ces ennuis, son médecin, spécialiste sérieux, le déclara indemne de tout sequelle après lui avoir fait subir l'épreuve classique de la bière et une spermoculture.

Evidemment à la suite d'une telle histoire, nous sommes obligés de douter et nous croyons qu'il est sage d'incriminer cette gonoccoccie à l'origine de la stérilité. Il n'y a donc qu'une solution: il faut réexaminer notre individu, et se convaincre par nous-mêmes de son inculpabilité.

Ses urines sont limpides, excepté quelques filaments qui flottent. Le jet est puissant et ne laisse pas soupçonner de retrécissement. Il n'y a pas de malformation génitale. Le canal urétral

est un peu retréci à un centimètre du méat, mais la sonde passe bien jusqu'à la vessie. Au toucher la prostate n'est pas grosse, peu sensible et non bosselée.

Nous sommes étonnés de cette maigre symptomatologie. Nous lui proposons une épreuve de bière. Cinq jours plus tard le même examen est négatif.

A la spermoculture, il n'y a pas de gono, mais de nombreux spermatozoïdes très virulents. Enfin pour compléter notre examen nous lui faisons une urétroscopie: les fossettes prostatiques ne contiennent pas de pus. Le veru montanum est un peu hypertrophié et pâle. Les orifices glandulaires de l'urètre antérieur sont un peu rouges et odématiés. Mais les épreuves dernières suffisent à expliquer cette légère inflammation. En somme l'examen génital complet de notre individu semble bien négatif. Il faut donc diriger maintenant nos recherches du côté de l'épouse. Voyons ensemble si elle n'est pas la coupable.

Mad. B. a 28 ans. Son état général est excellent. Elle a vécu à la campagne pendant ses 15 premières années. Son père est vivant mais rhumatisant. Sa mère est morte de peumonie il y a quelques années. Un frère et une soeur vivent. Il ne semble donc pas y avoir de tache héréditaire. Aucun antécédent ne mérite donc l'attention. Existe-t-il des troubles glandulaires. Voyons. La thyroïde peut être éliminée facilement. Elle n'est pas grosse, pas de tachycardie et bien entendu Mad. B. n'est pas myxoedémateuse.

Quant à l'hypophyse, la taille normale et les fonctions génitales permettent d'affirmer qu'elle est indemne. Les seins sont un peu tombants, pas douloureux et ne fournissent aucune sécrétion. De toutes les glandes seule l'ovaire pourrait être en défaut. Passons maintenant à l'examen génital.

Menstruée à 13 ans la première fois, les règles ont toujours été régulières, non douloureuses et de 3 à 4 jours. Mariée à 21 ans, elle n'avait donc jamais eu le moindre ennui de santé. Mais, dès le premier mois qui suivit son mariage, ses menstruations rétardèrent de quelques jours et furent un peu douloureuses. Ces douleurs débutaient un jour ou deux avant ses règles et disparaissaient le soir ou le lendemain du début de l'écoulement menstruel. Pas de pertes jaunes verdâtres caractéristiques de la leucorrhée blennorragique. Aucune sensation de cuisson ou de brûlure en urinant. Légère leucorrhée post-menstruelle. Pas de pollakyurie. Un peu de constipation. Pas de caillot dans les règles. Avec une telle histoire génitale, il ne peut certainement pas être question d'une infection aiguë franche; mais il y a certainement quelque chose qui

est survenu à l'époque du mariage. Est-ce un simple trouble glandulaire ovarien? Est-ce une petite lésion sub-aiguë ou d'emblée chronique qui tapissait le tractus utéro-salpingo-ovarien ? Est-ce le développement d'une néo-formation kystique ou autre ? Il importe de chercher la raison de ces légers changements dans le cycle menstruel. C'est très important. L'on sait en effet que le tissu ovarien est bien sensible à l'infection même légère. Et puis les trompes sont bien peu résistantes au gonococque.

Examinons donc notre malade avec attention et minutie afin de localiser la lésion si elle existe.

Le papler abdominal ne réveille aucune sensibilité. Le point appendiculaire n'est pas particulièrement douloureux. Il ne peut donc pas être question d'un flirt appendiculo-ovarien. Le toucher est facile. Le vagin est lisse et normalement formé. Donc pas de séquelle de vaginite. A la pression postéro-antérieure de l'urétère. il n'y a aucune sécrétion.

Le col utérin est en position normale. Son orifice externe est petit et circulaire. Il n'y a pas de déchirure. Le cul de sac postérieur est bien souple et pas sensible. L'utérus est en antéflexion normale. Les culs de sacs latéraux sont bien souples mais en insistant et surtout en cherchant à localiser les ovaires on réveille une petite douleur. A droite cette douleur est peu marquée mais l'ovaire semble un peu gros. A gauche il y a une lésion ovarienne évidente. L'on sent très bien un ovaire gros comme une mandarine. La pression de cet ovaire provoque une douleur exquise. Cette lésion ovarienne est-elle suffisante pour expliquer la stérilité ? C'est possible, mais nous ne le croyons pas. En effet l'on sait que même avec des kystes ovariens bilatéraux la fécondation est réalisable. Alors ici la lésion semble unilatérale et en plus le cycle menstruel est très peu altéré. Voyons alors les trompes. Au toucher elles ne semblent pas malades, mais il est bien difficile de l'affirmer par le toucher seulement.

Au spéculum le col apparaît bien normal. Il n'y a pas d'évasion. Une sécrétion bien légère bave, mais c'est réellement très peu marqué. Serait-ce une atésie du col qui empêcherait le spermatozoïde de pénétrer dans l'utérus. Non avec notre maître Siredey nous ne croyons pas à une atrésie cervicale ou isthmique assez marquée pour empêcher un spermatozoïde de grimper.

Il n'y a donc aucune raison vaginale, utérine ou tubo-ovarienne pour expliquer cette stérilité? Ah non, arrêtons. Nous ne pouvons encore affirmer l'indemnité utéro-tubo-ovarienne. Notre exploration clinique est à peu près complète il est vrai, mais nous

ignorons totalement l'état de la cavité utérine et de la lumière de la trompe. Il faut donc faire une hystéro-salpingographie.

L'image radiologique montre une cavité utérine triangulaire à contour régulier et harmonieux. Les trompes sont bien injectées mais le lipiodol ne semble pas pénétrer dans la cavité abdominale. Ce doute est confirmé par une image de contrôle prise 24 heures après. Le petit bassin et toute la cavité abdominale ne contiennent pas de gouttelettes de lipiodol.En face d'une telle condition salpingienne, nous sommes en droit de croire que c'est au pavillon des trompes que réside l'obstruction à la fécondité. Afin de contrôler cette obturation nous faisons une insufflation de l'utérus, des trompes et ainsi que nous l'avait montré le lipiodol, il est impossible de faire passer l'oxygène dans la cavité abdominale. Ce sont donc les pavillons tubaires obturés qui sont les facteurs de la stérilité.

Comment expliquer cette obturation. Est-elle congénitale? Est-elle acquise? Il est bien difficile d'apporter une explication positive. Mais si l'on veut bien passer en revue l'histoire des malades que nous venons d'examiner, nous pourrions peut-être formuler une conclusion qui ne serait pas loin de la vérité.

Le mari en bonne santé n'a aucune raison d'être stérile. Au contraire des examens précis ont prouvé qu'il ne pouvait être directement en cause. Mais son histoire d'infection génitale est là. Est-il complètement guéri? Existe-t-il un petit foyer infectieux latent, dépourvu de viruleuse? Nous l'ignorons.

La femme il est vrai n'a jamais eu d'infection aiguë. Mais comment expliquer ces lésions tubo-ovariennes. Est-ce un kyste de l'ovaire gauche? C'est fort possible. Et à droite l'ovaire semble sain. Pourquoi alors la trompe droite serait-elle obturée. Evidemment il y a toujours la question d'obturation tubaire congénitale. Mais de ces cas-ci n'est-il pas plus logique de croire que nous sommes bien en présence d'une infction légère, attenuée, peu virulente, datant du début du mariage. Aucun symptôme clinique nous permet d'affirmer cette hypothèse. Cependant l'hystéro-salpingographie vient ici au secours. Grâce à elle il est maintenant permis d'entrer dans les détails de la lumière tubaire et trouver ainsi la cause réelle de la stérilité.

Aux premiers abords des examens il semblait logique de trouver chez l'homme la cause immédiate de cette térilité. Cependant il est bien évident que s'il en est la cause éloignée ce n'est pas à lui qu'il faut s'adresser pour favoriser si possible la fécondation. C'est la femme qu'il faut traiter en lui reséquant son ovaire gauche malade et en faisant une salpingolysis bi-latérale.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PLEURESIES PURULENTES AIGUES.

(Draînage à thorax fermé)

Travail de la Clinique du Professeur P. DELBET
par Pierre SMITH, assistant dans le service.

Une des interventions les plus fréquentes de la chirurgie thoracique est celle pratiquée pour le traitement des pleurésies purulentes aiguës.—(Nous écartons de cette étude les pleurésies purulentes tuberculeuses).—

A ce seul titre de fréquence, cette intervention mériterait d'attirer longuement notre attention ; bien davantage encore si l'on considère que malgré sa relative simplicité, son innocuité immédiate, elle entraîne encore des séquelles fâcheuses, dont la plus redoutable est la fistule pleurale. La thoracoplastie maintes fois tentée pour la cure de ces fistules pleurales chroniques est grevée d'une lourde mortalité.

Le draînage à thorax ouvert, malgré les très beaux résultats que l'on en peut obtenir, est pour beaucoup d'auteurs la cause la plus fréquente des fistules pleurales.

Parmi les moyens préconisés pour empêcher l'apparition de ces fistules, d'autant plus ennuyeuses qu'elles sont tenaces, nous retiendrons :

1) le drainage continu à thorax fermé,
2) La gymnastique respiratoire post-opératoire.

Sans avoir la prétention d'étudier toutes les techniques de drainage à thorax fermé, nous rapporterons parmi les mieux connues en France, celle de Schwartz (dissociation musculaire), celle de Janssen et Delagénière, celle du Professeur agrégé R. Grégoire et enfin celle qui fera le fond de l'article présent du Professeur Pierre Delbet.

Technique de Janssen et Delagénière.— Les auteurs ont employé un dispositif très simple, qui consiste en une sorte de drain à soupape constitué par un tube de verre fixé au drain de caoutchouc introduit dans la plèvre et pourvu d'un doigtier de caoutchouc mince, fendu à son extrémité d'un coup de ciseaux de manière à pouvoir se fermer pendant l'inspiration et s'ouvrir pendant l'expiration.

Ce doigtier, protégé du bandage de corps par des lames de coton creusées en leur centre est recouvert d'un compresse stérile.

Technique de R. Grégoire (1).

Le Professeur agrégé Grégoire a préconisé une pleurotomie valvulaire dans laquelle une lame de caoutchouc de 5 cm. de large sur 10 cm. de long est introduite dans l'ouverture pleurale et fixée aux muscles et au périoste par deux points de catgut. Le lambeau cutanéo-musculaire, taillé en chicane est rabattu sur cette lame et permet au pus de sortir tout en s'opposant à l'entrée de l'air dans la cavité thoracique.

Ce dispositif est sans doute un idéal, du fait de sa facilité d'exécution et de simplicité du matériel requis. Mais des tissus avoisinant une plaie opératoire, contaminés par l'écoulement constant d'un pus septique, ont-ils toujours la souplesse de rétraction nécessaire pour empêcher la complète pénétration de l'air dans la cavité thoracique? Et ce procédé comme celui de Janssen et Delagénière conserve le grand inconvénient de souiller constamment de pus septique les pansements et le lit du malade.

La méthode du Professeur Delbet présente les mêmes avantages de simplicité dans l'exécution et le matériel, que les procédés ci-dessus nommés et en plus elle fournira un drainage dont l'étanchéité est parfaite, et partant évite toute souillure.

Rappelons donc succinctement les principes et la technique de cette méthode après une brève évocation séméiologique et quelques conjectures pronostiques.

SYMPTOMES.

Voyons d'abord par l'anamnèse si la pleurésie est para-pneumonique ou si elle s'est manifestée quinze jours ou trois semaines après le début de la pneumopathie (pleurésie métapneumonique).

Recherchons ensuite rapidement les signes classiques *matité avec abolition des vibrations,* et en seconde ligne la diminution ou

(1) Thèse de Fourneix, Paris 1923.

suppression du murmure vésiculaire, l'égophonie ou la pectoriloquie aphone; l'examen clinique seul fera pressentir la nature purulente de l'épanchement, fièvre à grandes oscillations, faciès du malade; la ponction exploratrice positive confirmera péremptoirement un diagnostic clinique parfois incertain, et d'ailleurs cette exploration peut être répétée si nécessaire.

C'est ainsi qu'il faut se contenter dans cette exploration comme d'ailleurs dans l'examen clinique et radiologique du minimum de renseignements nécessaires et suffisants au diagnostic.

Le radio-diagnostic fait en présence du chirurgien précisera le niveau de la colonne liquidienne intra-pleurale.

Certes le diagnostic de pleurésie purulente est parfois diflicile beaucoup moins cependant que dans les pleurésies enkystées ou les abcès du poumon. Mais encore une fois, n'exigeons pas à l'examen clinique un syndrome pleurétique complet; ne demandons pas toujours non plus, plusieurs centimètres cubes de pus dans la seringue, et n'attendons pas davantage d'avoir toujours un image radiographique; celle-ci montrerait une opacité nette et totale de la base à niveau supérieur horizontal et bien délimité; mais cet examen est souvent superflu et il convient en général d'intervenir rapidement sinon on risque fort de commettre de graves erreurs lourdes de conséquences pernicieuses.

PRONOSTIC.

Le diagnostic d'épanchement pleurétique purulent posé, quels sont les témoignages qui vont nous faire augurer d'un pronostic favorable ou inquiétant.

La pression intra-pleurale (que l'on prendra à l'aide du manomètre et dont nous reparlerons au chapitre technique), fournira de bons éléments pronostiques; ensuite l'examen bactériologique et cytologique du pus retiré, la réaction sanguine, la gravité des lésions pulmonaires, la résistance du malade, son âge, la date plus ou moins tardive de l'intervention. L'examen cytologique révélera la nature de l'épanchement et l'examen bactériologique — examen direct et pyoculture — nous fera connaître l'agent microbien causal. La gravité de l'infection peut s'établir ainsi par ordre de malignité croissante: pneumocoque, staphylocoque, streptocoque, microbes associés, anaérobies.

L'hémogramme complet nous montrera en général l'intensité de la défense de l'organisme se traduisant par une leucocytose avec une

prédominance de polynucléaires; de même l'hémoculture pourra révéler dans ces cas rares le passage des microbes dans le sang.

Le pronostic sera encore plus ou moins favorable selon l'importance des lésions pulmonaires sous-jacentes, lésions plus ou moins étendues en superficie ou en profondeur; rappelons que si la lésion pulmonaire seule n'est pas fatale elle peut singulièrement retarder la guérison.

Nous jugerons encore que l'état général est plus ou moins alarmant par les signes généraux, température, amaigrissement, polypnée, etc... etc...

L'âge du sujet fera aussi varier le pronostic.

Plus le sujet est jeune, plus la pleurésie est grave. Au-dessous d'un an, l'empyème produit une mortalité très élevée, (broncho-pneumonie évoluant concommitamment avec une pleurésie purulente).

Les pleurésies bi-latérales rares heureusement et d'une gravité exceptionnelle devront être opérées à quelques jours d'intervalle, pour éviter le pneumothorax double dans la même séance.

Le pronostic dépend enfin de la date de l'intervention. Pour Delbet, Willems, Peraire, elle revêt un caractère d'urgence. Sitôt le diagnostic posé, l'intervention s'impose, intervention précoce génératrice aussi de résultats éloignés infiniment supérieurs.

La condition d'une guérison définitive sans fistule est l'expansion pulmonaire jusqu'à la paroi thoracique; il ne faut donc pas attendre la production de dépôts fibrineux et la formation de fausses membranes dans la plèvre, fausses membranes inextensibles empêchant l'expansion ultérieure du poumon collabé. Opérons donc le malade sans tarder, sans oublier toutefois de favoriser la défense microbienne par le vaccin et la sérothérapie, notamment par le sérum antigangréneux de Weinberg dans les pleurésies gangréneuses.

TRAITEMENT. (Technique du Professeur Pierre Delbet).

Anesthésie.

L'anesthésie locale est toujours préférable à l'anesthésie générale par inhalation. Ces malades dont l'organisme est gravement atteint par les microbes et leurs toxines, ont toujours des lésions pulmonaires primitives ou concommitantes plus ou moins sérieuses, et partant supporteront très mal un autre toxique, en l'instance l'anesthésique inhalé.

Employons la novocaine à 1% que nous injecterons avec soin, sans hâte, plan par plan, et nous aurons une analgerie suffisante et anodine.

Siège d'élection de l'incision.—

Contrairement à la doctrine communément adoptée Monsieur Delbet ne situe pas son incision et sa résection costale au point correspondant à la région déclive intra-thoracique. Bien au contraire, au sens de cet auteur, le drainage dans le sinus costo-diapragmatique — le point déclive — est inutile, voire néfaste.

En effet, c'est bien davantage l'expansion du poumon qui chasse le liquide de la plèvre que la situation du drain au point déclive. D'autre part, de solides adhérences comblent parfois le sinus costo-

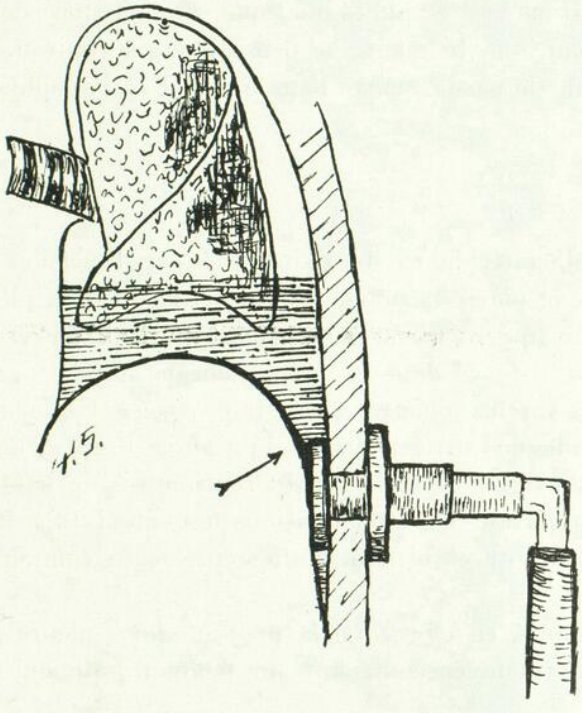


Fig. 1. — Drain au point déclive ne fonctionnant plus. Obstruction causée par la face supéro-externe de la coupole diaphragmatique.

diaphragmatique et l'on s'expose en voulant ouvrir la cavité thoracique en regard de ce sinus, à ne pas rencontrer le pus cherché et, qui pis est, à pénétrer dans la cavité péritonéale. Et d'ailleurs après l'évacuation de la plèvre, la coupole diaphragmatique sous l'influence du vide pleural et de la poussée respiratoire intra-abdominale remonte obligatoirement et si l'orifice de drainage est trop bas situé, la face convexe du diaphragme viendra s'appliquer contre la paroi thoracique et obstruera ainsi l'orifice de drainage (Voir fig. 1).

Théoriquement, l'incision idéale serait verticale, très postérieure, juxta-vertébrale; (c'est d'ailleurs le trajet des fistules pleurales ascendantes post-opératoires qui se localisent habituellement dans la dépression costo-vertébrale). Cette incision avec résection des deuxième, troisième et quatrième côtes au ras des apophyses vertébrales transverses empêcherait le plus souvent la production de ces fistules post-opératoires. Mais comme elle serait aussi toujours pratiquée chez des sujets déjà intoxiqués et affaiblis, elle comporterait la gravité d'une thoracoplastie.

En pratique, la neuvième côte suffisamment distante de l'omoplate et du sinus costo-diaphragmatique sera réséquée dans sa partie postérieure sur une longueur de 6 centimètres environ. La section costale proximale passera entre l'angle costal et l'apophyse vertébrale transverse.

La pression pleurale.—

Avant d'ouvrir la cavité thoracique par l'incision du périoste interne et de la plèvre pariétale, mesurons la pression pleurale par la technique suivante, d'ailleurs fort simple. Un trocart de l'appareil de Potain est enfoncé dans la cavité pleurale et relié par un tube de caoutchouc à un manomètre à eau improvisé à l'aide d'un tube en U (simple tube en verre 2 fois coudé à angle droit et dont les branches peuvent avoir chacune 30 à 40 centimètres de hauteur).

L'interprétation des constatations est aussi très facile comme nous allons le voir et bien davantage précieuse comme élément de pronostic.

Nous savons, en effet, que la pression intra-pleurale prise dans une cavité normale et contenant un poumon sain ou peu lésé est négative.

Plus les lésions pleurales et surtout pulmonaires sont bénignes, plus la pression se rapprochera de la négative. Inversement les lésions accentuées donneront une pression positive.

Si une masse liquidienne intra-cavitaire coexiste avec un poumon conservant son élasticité — élasticité qui fait équilibre normalement à une colonne d'eau de 6 à 8 centimètres—c'est-à-dire peu malade, et partant exerçant une moins grande tension interne, la pression sera encore négative. Cette pression négative se traduira au manomètre à eau par une différence des niveaux hydriques dans les deux branches en U, dans l'intervalle des oscillations engendrées par les mouvements

respiratoires. Lorsque la pression est négative, c'est-à-dire normale, le niveau de l'eau montera dans la branche abouchée au trocart. (Voir Fig. 2). Inversement, une pression positive produira une ascension

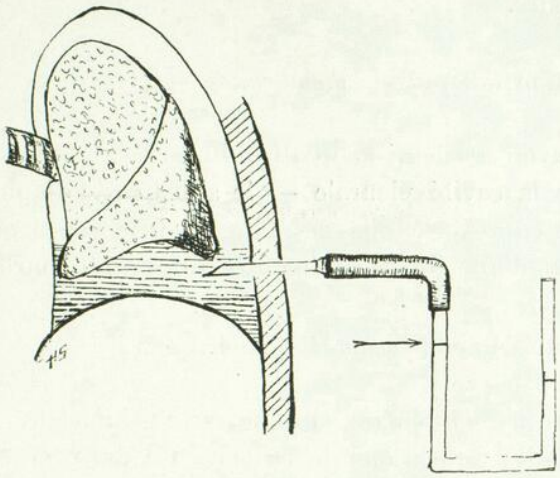


Fig. 2. — Prise de la pression pleurale avec un manomètre à eau en communication avec un trocart de l'appareil de Potain. Le niveau liquidien — indiqué par la flèche — monte dans la branche proximale; c'est une pression négative (—). Les lésions pulmonaires sont limitées ou superficielles. Le pronostic est favorable du point de vue pulmonaire.

du niveau de l'eau dans la branche distale, celle qui communique à l'air libre. Dans ce cas, on jugera de la tension liquidienne intrapleurale, partant de la plus ou moins grande perte de l'élasticité pulmonaire due à l'atteinte plus ou moins grave du poumon (Fig. 3 a et b).

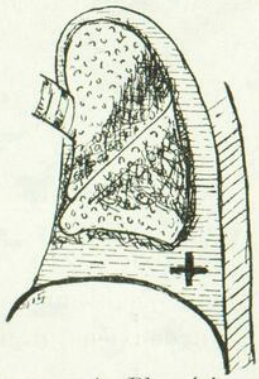
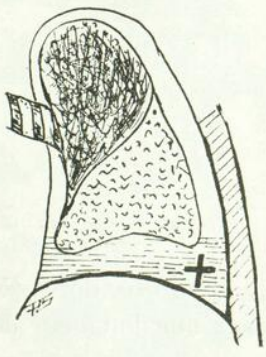


Fig. 3. — *a.*) Pleurésie ancienne, épanchement abondant; poumon encapuchonné par des fausses membranes. Pression positive (+). Perte presque totale de l'élasticité pulmonaire.



b.) Grosses lésions pulmonaires. Epanchement moyen. Pression positive (+).

par la montée plus ou moins prononcée de l'eau dans la branche manométrique distale. Dans les pressions nulles — révélatrices de lésions pulmonaires relativement peu accentuées — les colonnes d'eau resteront égales.

Extraction des fausses membranes.—

Après avoir recueilli la totalité du pus et évalué sa quantité, on débarrassera la cavité pleurale — le sinus costo-diaphragmatique et la gouttière costo-vertébrale des fausses membranes qu'elle contient en se servant d'une compresse montée sur clamp courbe.

Drainage étanche formant siphon. (1). —

Le drain fixé alors dans la plaie est d'un modèle spécial et construit d'après les indications de Delbet. Ce drain de caoutchouc habituellement de 10 millimètres de calibre intérieur possède à une extrémité une collerette de 35 millimètres de diamètre (Fig. 4) le

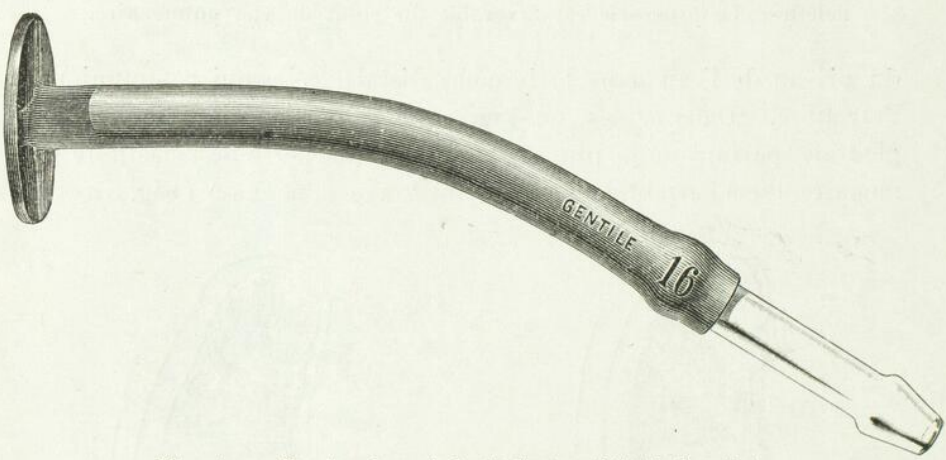


Fig. 4. — Drain pleural de Delbet. (Cliché Gentile).

drain est renforcé de ce côté par une plus grande épaisseur de caoutchouc sur une longueur de 5 centimètres. Un deuxième drain sem-

(1) L'appareil nécessaire au traitement de la pleurésie purulente par la méthode de Delbet est fabriqué par Gentile & Cie, 49, rue Saint-André des Arts, Paris (VIe).

blable de calibre légèrement supérieur et plus court engaine le premier et peut glisser à frottement au besoin. (Fig. 5).

On introduit ce double drain à collerette dans l'incision de telle sorte que le pavillon intérieur vienne s'appliquer exactement contre la face interne de la paroi thoracique,lorsque la suture terminée on exerce une légère traction sur le drain. On glissera de même la collerette externe contre la face externe de la paroi thoracique.

La suture de la plaie autour du drain sera pratiquée avec minutie afin d'obtenir une parfaite étanchéité, point capital dans cette technique de drainage: plèvre, muscles, téguments seront suturés par points séparés rapprochés dans le but d'éviter tout espace mort.

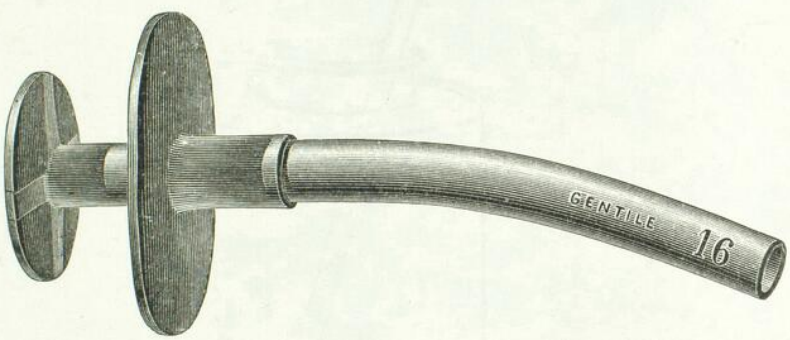


Fig. 5. — Drain avec sa double collerette. (Cliché Gentile).

La collerette extérieure du drain glissée contre la peau fixe le drain et empêche sa pénétration dans la cavité pleurale.

Le drain de par sa forme et sa fixité ne peut blesser le poumon ni gêner en rien son expansion.

Ce drain par son extrémité libre est mis en relation par l'intermédiaire d'un tube de verre avec un tube de caoutchouc sur lequel on monte une autre tige de verre.

Cette autre tige plonge dans un bocal rempli de liquide (oxycyanure par exemple). Le siphon est ainsi réalisé (Fig. 6). A chaque effort de toux ou à chaque respiration profonde, l'air qui a pénétré dans la plèvre au moment de l'intervention est chassé à travers le tube dans le bocal et se dégage en bulles à la surface du liquide pendant que le pus tombe au fond du récipient. Lorsque le poumon, encapuchonné par des fausses membranes ou profondément atteint dans son parenchyme, ne se laisse pas distendre (Fig. 3, a et b), il y a intérêt à entretenir dans la cavité pleurale une pression négative permanente. On substitue alors au siphon, un appareil aspirateur. Cet

appareil (Fig. 7), se compose d'un flacon fermé par un bouchon de caoutchouc que traversent deux tubulures, l'une d'elles se raccorde au drain pleural et plonge dans le liquide antiseptique que contient le flacon. L'autre tubulure ne pénètre pas dans le liquide mais est mise en relation avec un manomètre métallique. Sur cette dernière un ajustage latéral permet d'adapter une pompe aspirante. Quelques coups de pompe sont suffisants pour maintenir le vide aux environs de 15 à 25 centimètres cubes de mercure.

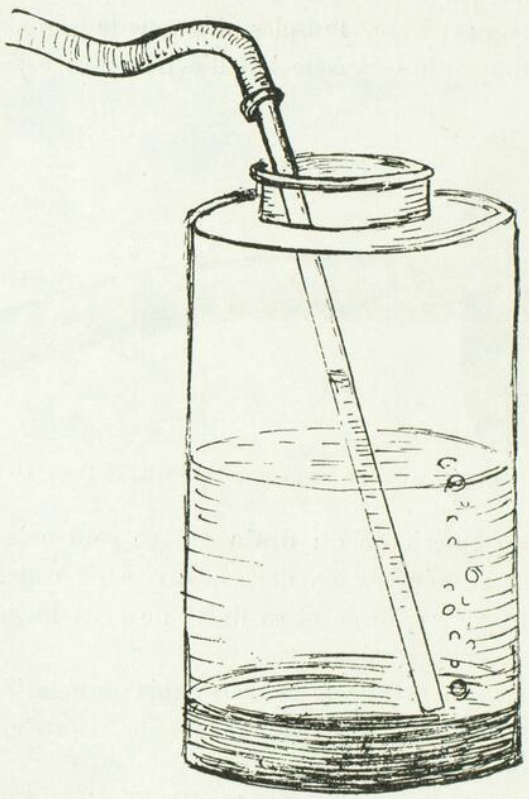


Fig. 6. — Le pus s'écoule au fond du bocal pendant que l'air se dégage en bulles à la surface du liquide.

Il ne faut pas que l'aiguille manométrique dépasse 25; car au-delà de cette pression négative le malade ressent une constriction douloureuse. Cette aspiration mécanique aide considérablement l'expansion pulmonaire vers la paroi thoracique.

On supprime le drain siphon lorsque l'étanchéité n'existe plus, c'est-à-dire après 5 à 10 jours environ, (exception faite pour les pleurésies gangréneuses où l'étanchéité ne dure que 48 heures) —

temps quelquefois suffisant pour que l'accolement du poumon à la paroi soit effectué; une simple traction suffit pour retirer le drain et l'on constate dans les cas favorables une cavité limitée au seul trajet pariétal; cavité dans laquelle on placera une lame de caoutchouc pour prévenir l'accolement trop précoce de ses rebords.

Avant de terminer, insistons largement sur la nécessité impérieuse de commencer, dès le lendemain de l'intervention au plus tard, la gymmastique respiratoire qui favorise si efficacement l'expansion

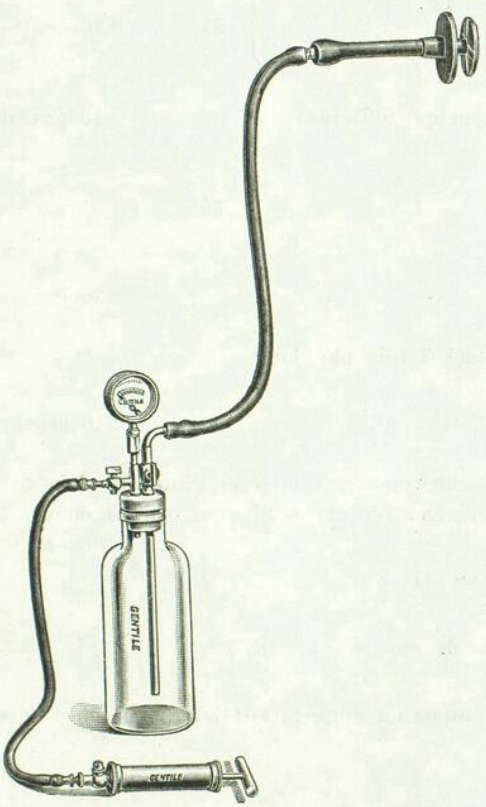


Fig. 7. — Drain à double collerette raccordé à l'appareill aspirateur. (Cliché Gentile).

thoracique et pulmonaire, selon la méthode de Rösenthal et Pescher; cette gymmastique respiratoire, salutaire sans doute, mais seulement complémentaire du drainage à thorax fermé.

En outre des avantages plus haut nommés du drainage à thorax fermé, ajoutons le nombre de guérisons complètes plus considérables, et beaucoup plus rapides, la cicatrisation en trente ou quarante jours, la disparition quasi-totale des fistules pesistantes de la plèvre.

MÉDECINE PRATIQUE

Anorexie du tuberculeux

℞. Arséniate Soude
Arséniate strychnine } ââ 0.10 centigr.

Acide phosphorique officinal 10 grammes.

Alcool
Glycerine } ââ 5 grammes.

Eau 30 grammes.

Sig. 1 comprimé 3 fois par jour.

℞. Comprimés "Stovarsol" 0.10 centigr.

N.B. — Le jus de tomates tamisé et l'huile de foie de morue donnent de très bons résultats dans l'entérite tuberculeuse au début.

Jus de tomates III c. a. t.

Huile de foie de morue, 1 c. a. t.

A prendre au repas en augmentant lentement et progressivement chaque quantité.

J.-A. VIDAL.

Sig. 10 gouttes dans un verre à vin d'eau 20 minutes avant chaque repas.
Entérite tuberculeuse

REVUE DES LIVRES

TÉLÉRADIOGRAPHIE STÉRÉORADIOGRAPHIE

L. DIOCLES.
Chef du laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris.

Le docteur Dioclès, que nous avons eu le plaisir de recevoir à Montréal au mois d'avril, vient de publier un petit livre très utile sur ce sujet. Sa haute compétence au point de vue scientifique et technique, sa situation importante à la Clinique du professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et sa longue expérience dans l'interprétation des clichés le recommandent auprès de tous ceux qu'intéressent ces questions. Nous ne saurions mieux faire que d'en reproduire intégralement la préface écrite par son chef de service, le Professeur Carnot, dont il est le collaborateur assidu. N.D.L.R.

"Le Précis du docteur Dioclès vient combler une lacune dans la littérature médicale: car aucun ouvrage de ce genre n'a été, jusqu'ici, publié tant en France qu'à l'étranger.

Or ces techniques nouvelles étaient, jusqu'ici, assez mal connues de la majorité des médecins: les radiologistes eux-mêmes ignoraient souvent leurs possibilités.

Aussi la librairie Masson s'est-elle montrée particulièrement avisée en s'adressant à mon collaborateur de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, le docteur Dioclès, pour rédiger ce précis.

Nul mieux que lui n'était préparé à cette tâche: depuis une dizaine d'années il s'est, en effet, attaché à étudier, perfectionner et étendre en importance le stéréoradiodiagnostic: les très nombreuses stéréographies qu'il a faites tant dans les hôpitaux militaires qu'à l'Hôtel-Dieu, font l'admiration des Français et des étrangers, qui viennent visiter notre clinique.

Grâce à ses efforts persévérants et à ses multiples travaux sur cette question, la stéréoradiographie, qui était jusqu'ici, presque exclusivement réservée à la localisation des projectiles et aux affections du squelette, s'est étendue à l'étude des grandes cavités viscérales.

Ce progrès important a été réalisé tant par l'application des principes de la télé- et de l'hyperstéréoscopie à la radiologie que par la construction d'un châssis automatique *rapide*, permettant en moins d'une seconde la pose des deux clichés constituant le couple stéréoscopique.

Grâce à ce dispositif automatique, la stéréoradiographie, qui était jusqu'ici l'apanage de quelques laboratoires particulièrement bien outillés et de quelques techniciens habiles, est maintenant à la portée de tous et doit entrer dans la pratique courante pour préciser un diagnostic clinique difficile.

On sait tout l'importance de la stéréoradiographie dans les affections du squelette, des membres, du crâne et des sinus de la face et, surtout, pour

la localisation des corps étrangers: ces indications sont connues de tous.

Mais l'utilité de cette méthode est non moins évidente lorsqu'il s'agit de préciser un diagnostic délicat de tuberculose au début. Par exemple, elle permet de différencier de petits foyers périhilaires et des vaisseaux vus en coupe, discrimination impossible sur les radiographies ordinaires. Elle permet, de même, de localiser exactement le siège des lésions dans le parenchyme et la plèvre et de distinguer les vraies et les fausses cavernes. Elle permet enfin de préciser le siège et la direction des adhérences en vue d'une opération de Jacobeus.

Pour le médiastin, nulle autre méthode ne permet mieux de dissocier les nombreux plans superposés, et d'interpréter, en évitant au maximum les causes d'erreurs, l'image si complexe produite par les nombreuses ombres qui se couvrent l'une l'autre.

En gastro-entérologie, la stéréographie objective les lésions et les situe en profondeur en dissociant les images qui se projettent sur le même point.

On peut ainsi préciser les déformations de la partie inférieure de l'œsophage et étudier la topographie, si difficile, de la base du médiastin dans les cas d'anévrisme et de tumeurs.

Sur l'image gastrique, on peut localiser les éperons, les niches, les étoiles, tant sur les courbures que sur les faces, ainsi que nous l'avons montré, avec Dioclès, dans un article du *Paris médical.*

L'étude des lésions duodénales (périduodénites, niches, diverticules) est largement facilitée par l'effet plastique qui permet de donner certaines précisions importantes.

Pour l'étude des coudures intestinales, la stéréo est indispensable, particulièrement en ce qui concerne les dolichocolons dont on peut mesurer la longueur.

Cette méthode permet aussi de se rendre compte des déplacements antéropostérieurs dus aux tumeurs des organes abdominaux (rate, pancréas, vésicule...)

Enfin la stéréo est indispensable pour la localisation des images calculaires, particulièrement dans la région sous-hépatique et permet de faire un diagnostic, parfois très délicat, entre la lithiase biliaire, la lithiase rénale, et dans les cas fréquents de bi-lithiase: j'en ai rapporté plusieurs cas, stéréoradiographiés par Dioclès, dans un article récent du *Journal des Praticiens.*

Je crois donc que nous devons utiliser, de plus en plus, ces nouvelles techniques d'exploration clinique, et qu'elles fourniront une abondante moisson de faits nouveaux.

Aujourd'hui la stéréoradiographie constitue une branche du radiodiagnostic qui ne doit être ignorée ni des médecins ni des radiologues.

Elle est fondée sur des bases scientifiques, des données géométriques et physiologiques, depuis longtemps étudiées et bien connues.

Nous sommes convaincu que, d'ici peu d'années, une partie importante du travail des laboratoires de radiologie s'effectuera stéréoradiographiquement. Dès maintenant, on peut prévoir que cette méthode se généralisera et constituera une des branches importantes du radiodiagnostic de l'avenir.

Pr. Paul CARNOT,

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de Clinique médicale (Hôtel-Dieu)
à la Faculté de Médecine de Paris.

ANALYSES

MEDECINE

MM. HAMANT et P. L. DROUET. — **Cholécystite aiguë avec ictère prolongé; Drainage médical de voie biliaire. Guérison.** — (Arch. Med. App. Digestif. Mai 1930).

Le drainage médical des voies biliaires par le tubage duodénal, suivi de l'épreuve de Meltzer-Lyon, en plus de faciliter le diagnostic des maladies de tractus biliaire en constitue un mode de traitement appréciable, exempt de difficultés et de dangers.

D'après Chiray, les principales indications de ce mode thérapeutique seraient: la cholécystite chronique non lithiasique, l'angiocholécystite chronique ou sub-aiguë, les cholécystites bactérismes ou parasitaires, les angiocholites aiguës, la stase vésiculaire, l'ictère catarrhal, les ictères infectieux, la migraine, etc.

A propos d'un cas de cholécystite aiguë avec ictère prolongé, les Auteurs ont appliqué avec succès rapides, la thérapeutique par le drainage médical au lieu d'avoir recours au drainage chirurgical à l'aide de techniques modernes, par drains perdus dans les voies biliaires.

Le drainage médical ne peut remplacer l'acte chirurgical dans tous les cas. L'intervention s'impose dans les cas d'urgence.

J.-Alfred MOUSSEAU.

N. KISHINIOS et D.-M. GOMEZ. — **Action thérapeutique du sucre dans l'insuffisance cardiaque.** — (La Presse Médicale, 8 octobre 1930).

C'est J. Miller qui le premier, en 1903, démontra la perte d'une partie du glucose de la solution sucrée qu'il faisait passer dans le coeur isolé du chat, était proportionnelle au travail réalisé par ce coeur. D'où conclusion que la glucose est la source de l'énergie cardiaque. Cette hypothèse étant confirmé et complétée par des recherches ultérieures, on voulut savoir si la consommation du sucre par le coeur n'était pas sous la dépendance de certaine glande endocrine. Comme de fait et c'est au pancréas qu'est dévolu le rôle le plus important.

Son état insuline a pour effet de doubler la consommation du sucre par le coeur et employé concurremment avec le sucre, on a remarqué que sous cette double influence la force contractile du coeur est augmentée.

Mais il faut savoir qu'on n'obtient de bons résultats qu'en employant de faibles doses d'insuline. En utilisant des doses fortes d'insuline on a des résultats absolument contraires à ceux que l'on recherche; car il y a augmentation et diminution des contractions du coeur et diminution rapide de sa capacité dynamique.

Administré sous forme de sirop de sucre saturé à la dose de 80 grammes par jour, à jeun et suivi vingt minutes après d'une injection de quatre unités d'insuline, la glucose a donné chez des malades déjà traités sans succès par les auteurs, à la digitaline et à l'onabaïne, des résultats très probants: respiration redevenue normale, disparition de bruit de galop et de râles de congestion, dicorèse augmentée et diminution de la tachycardie, etc.

Les auteurs concluent que le sucre a une action comparable à celle du stroplantus car elle s'exerce directement sur les muscles, en particulier le myocarde. C'est donc un remède contre l'adynamie cardiaque et peut-être qu'un jour associé à l'onabaïne, il donnera des résultats meilleurs encore que l'asociation de la digitale à l'onabaïne.

Gabriel LAFRESNIERE.

CHIRURGIE

BENSAUDE, OURY, GODARD. — **Rétrécissement du rectum au cours de la curiethérapie intra-utérine.** — (Soc. de Gastro-Enterologie de Paris, 7 juillet 1930).

Les auteurs rapportent trois observations de rétrécissement rectal consécutif à la curiethérapie utérine; affection dont la fréquence est encore difficilement appréciable, mais qui semble tout de même se rencontrer plus souvent depuis l'utilisation toujours de plus en plus progressive des applications de radium.

Cet accident n'est pas toujours reconnu étant souvent confondu avec une propagation néoplasique secondaire de la lésion utérine; sa symptomatologie cependant ne diffère pas de celle des autres rétrécissements du rectum: douleurs, épreintes, ténesme, alternative de constipation et diarrhée, écoulements purulents, signes d'obstruction progressive. Mais d'une façon génerale la rapidité de l'apparition du rétrécissement au cours de la curiethérapie est un signe presque pathognomonique.

Le diagnostic est donc en général des plus faciles, connaissant l'histoire antérieure de la malade, et le mode de début des troubles. Le traitement ne doit pas être opératoire, mais doit céder le pas à la dilatation diathermique à séances rapprochées. On obtiendrait ainsi un assouplissement de la sténose, presque sa disparition, la muqueuse devient plus souple et l'exonération des matières facile.

Mercier FAUTEUX.

NORMAN C. LAKE. — **Anesthésie locale à la percaine.** — (British Medical Journal, 20 mars 1930).

Dérivée de la quinoléine, la percaïne se présente sous la forme de cristaux incolores, inodores, solubles dans l'eau. En solution aqueuse elle n'est pas affectée par la chaleur et ne s'oxyde pas. Quoique plus toxique que la cocaïne et ses dérivés (d'après l'échelle de toxicité: cocaïne 1.0, percaïne 4.0) elle est huit fois plus active que la cocaïne. On peut par conséquent l'utiliser en solutions très étendues (1/1000 à 1/2000) dont on peut employer jusqu'à 250 cc. sans danger pour les tissus ou pour l'état général.

Suivant le degré de concentration, la durée de l'anesthésie est de deux à six heures avec une insensibilité post-opératoire de trois à six heures.

Les avantages de la percaïne pour l'anesthésie locale ou régionale sont encore plus marqués lorsqu'il s'agit d'anesthésie rachidienne, à cause de la longue durée de son action et aussi à cause de sa densité spécifique peu élevée qui est de 1002 pour une solution à 1/2000. L'auteur a pratiqué plus de 100 rachianesthésies en injectant de 12 à 16 cc. à 1/2000 sans complication immédiate ni éloignée.

J.-R. ROUX.

HOWARD JONES. — **Nouvelle méthode d'anesthésie rachidienne par la percaine.** — (Lyon chirurgical, octobre 1930).

La méthode consiste à traiter l'espace sous-arachnoïdien de la même manière que les tissus, et à y injecter sous pression, sans retirer préalablement de liquide céphalo-rachidien, une grande quantité de solution anesthésique.

On se sert de percaïne à 1 ou 2 pour mille, diluée dans une solution de NaCl à 0.5 pour cent dont le poids spécifique, 1003, est inférieur au poids spécifique du liquide céphalo-rachidien qui est de 1006 à 1008.

Pour anesthésier les racines dorsales et le plexus lombaire on pratique l'injection entre L1 et L2, et les plexus sacrés et coxygiens entre L4 et L5.

On mesure d'abord la colonne vertébrale dont la longueur varie sensiblement d'un sujet à un autre. Après asepsie de la peau et piqûre faite en position latérale droite, on injecte 6 à 10 centigrammes d'éphédrine, puis de 6 à 15 et même 20 c.c. de percaïne à 1/1000, 1/500, 1/2000, suivant la longueur du rachis, la hauteur de la piqûre et la durée de l'intervention. On injecte en interrompant la pression tous les 2 c.c. Le malade est ensuite étendu sur le ventre, afin d'imprégner ses racines postérieures, et enfin tourné sur le dos en léger Trendelenbourg.

Avec l'anesthésie à la percaïne il se produit une chute constante de la pression sanguine, mais cette chute est beaucoup moins prononcée qu'avec la novocaïne. Il n'est jamais arrivé de collapsus et les vomissements sont rares. On n'a jamais observé de séquelles graves au cours de plus de 200 anesthésies.

J.-R. ROUX.

OBSTETRIQUE

MM. LA HAYE et PETERS. — **Le déclanchement du travail par injections intramusculaires de doses fractionnées d'extrait hypophysine postérieur.** — (Strasbourg Medical, 15 août 1930).

L'Hypophysine utilisée couramment à la phase d'expulsion le fut aussi par les auteurs à la fin de la grossesse pour déclancher le travail.

Les indications de la méthode sont: 1) Les grossesses prolongées au-delà du terme qui souvent sont une cause de souffrance pour l'enfant. 2) Une indication sociale, celle de raccourcir le séjour prolongé à l'hôpital de femmes qui se sont fait hospitalisées à terme à cause de fausses douleurs, 3) Grossesses à terme avec poche rompue.

La méthode est la suivante:

Purgation à l'huile de ricin, deux heures après, injections tous les ¼ heure de 2/10 cm^3 d'Hypophysine Choay, que l'on répèet le plus souvent jusqu'à huit. Les injections peuvent être arrêtées dès que les douleurs ont acquis un rythme régulier et une bonne intensité. En général la première douleur apparaît quelques minutes après la première injection, le rythme est le plus souvent très rapproché 2/3 minute afin de ralentir ce rythme et de régulariser ces douleurs, les auteurs font usage de Spasmoline Roche, cette médication peut être répétée si le spasme du col est trop violent. Lorsque le travail ainsi provoqué reste sans effet il ne faut pas insister, il est préférable d'attendre quelques jours, il suffira alors de 2 ou 3 injections pour obtenir un accouchement très rapide.

Cette méthode a l'avantage sur celle du ballon d'être d'une technique simple et de ne pouvoir être cause d'infection.

Les auteurs n'eurent de complications graves que dans un seul cas, une primipare âgée, aussi conseillent-ils de n'employer cette méthode que chez les multipares.

Alfred LeROY.

PAPERNA. — **La gangrène utérine puerpérale.** — (Le Strasbourg Médical, 15 septembre 1930).

Primarose, le premier, en 1665, a démontré que la putréfaction utérine pouvait déterminer de la gangrène.

Cette affection, heureusement fort rare, signifie la destruction d'une partie de l'organe par arrêt des échanges nutritifs et fermentation des tissus.

L'examen du foyer révèle une friabilité extrême du tissus qui peut être éliminer, en produisant une perforation. Ce foyer gangréneux peut se développer dans toutes les parties de l'utérus, mais se trouve, surtout, au fond de l'utérus, lorsqu'il est la conséquence d'une manoeuvre abortive.

A l'examen microscopique, le muscle utérin présente des dégénérescences vacuolaires et granuleuses; les vaisseaux sont dilatés et thrombosés, les globules rouges et les leucocytes sont altérés.

A l'examen bactériologique, on différencie, par ordre de fréquence, le streptocoque, le staphylocoque, l'entérocoque, le bacillus phlegmosus et emphysematosus, le colibacille et le perfringens.

La gangrène reconnaît pour cause habituelle l'avortement criminel, quoiqu'elle puisse se rencontrer à la suite d'accouchements laborieux terminés par des interventions pénibles.

Le début est précoce avec des symptômes généraux très accentués. L'état général devient rapidement mauvais. Les lochies sont noirâtres, abondantes d'une odeur fétide; l'utérus est mou, très sensible à la palpation. La mort peut survenir dans les 3 ou 4 premiers jours qui suivent l'apparition des premiers symptômes; sinon, on peut constater l'élimination d'eschares vers les 3ème et 4ème semaine. La malade meurt finalement de pyémie, de péritonite ou d'hémorragie consécutive à la rupture de l'artère utérine.

Le diagnostic peut parfois se poser lorsqu'il y a élimination de parties gangrenées avec des fragments de fibromes sphacélés, des débris placentaires longtemps retenus, des môles hydatiformes. Le laboratoire seul pourra donner un diagnostic précis.

Le pronostic sombre comporte une mortalité voisine de 100%, les malades étant emportées surtout par les complications.

L'intervention chirurgicale précoce peut parfois sauver ces malades. Le sérum antigangreneux sera un adjuvant utile.

Donatien MARION.

PEDIATRIE

F. UNTERBERGER. — **Pour déterminer à sa guise le sexe d'un enfant.** — (Journal de thérapeutique française, Paris septembre, 1930).

Cet auteur allemand publie dans la Deutsche Medizinische Wochenschrift un article pour expliquer sa théorie au sujet de la procréation des sexes à volonté et fait savoir qu'après 53 expérimentations il a eu un pourcentage de 100% de réussite.

La découverte pratique est la suivante: Tout le problème est question d'acidité ou d'alcalinité des sécrétions vaginales. Les vagins acides donnent des filles et des vagins alcalins donnent des garçons: En partant de ce point connu, on peut faire varier le milieu à féconder et par conséquent faire aussi varier le sexe à sa volonté. Si par exemple, les sécrétions vaginales de la conjointe sont alcalines et que étant, d'après la théorie de l'auteur, condamné à n'avoir que des garçons l'on désire un changement, l'on n'a qu'à faire une injection d''une solution d'acide lactique à sa compagne et une fille lui sera donnée. De même si le milieu vaginal est acide, une injection bicarbonatée sodique renversera les rôles et donnera des fils.

Procédé pratique théoriquement parlant venant après bien d'autres, qu'en somme il vaut bien la peine d'essayer et de faire rapport si réussite il y a.

A. DUTILLY.

Docteur D. MORITZ (Hongris). — **Méningite à bacille diphtérique chez un nourrisson.** — (Le Nourrisson: septembre 1930).

Au cours des maladies infectieuses la méningite est relativement fréquente, mais la plupart des livres classiques et la littérature courante ne font que noter simplement comme rare complication la méningite au cours de la diphtérie.

D'après Reiche qui a traité 8,000 malades atteints de diphtérie, il n'aurait trouvé que 8 cas de méningite diphthérique. D'autres part Friedman ne craint pas d'avancer que la méningite céreuse s'observe presque toujours dans les cas de diphtérie maligne et par ponction on peut toujours facilement retirer de 20 à 30 c.c. de liquide sous pression contenant déjà des bacilles diphtériques. Le malade traité par l'auteur, un nourrisson de 8 mois, présenta d'abord une suppuration de l'oreille. L'examen de la bouche et de la gorge n'a démontré qu'une simple rougeur: raideur de la nuque, Kernig et Brudyinsky positifs temp. à 39.3, ni paralysie ni convulsions, numération globulaire à peu près normale. La ponction lombaire donne 20 c.c. de liquide trouble sous pression et l'analyse démontre une grande quantité de bacilles diphtériques extra et intra cellulaire: une deuxième ponction retire 40 c.c. de liquide trouble avec bacilles diphtériques et quelques méningocoques: enfin une troisième et dernière ponction démontre encore une plus grande quantité de bacilles diphtériques et la disparition presque complète des méningocoques.

Il a été injecté en plusieurs fois dans le canal rachidien 50,000 U.A. de sérum antidiphtérique. Le malade a succombé. A l'autopsie un exsuda grisâtre de la base et de la caisse renfermait des bacilles diphtériques et quelques méningocoques.

L'auteur n'a trouvé que 2 cas dans la littérature où l'on aurait décelé des bacilles diphtériques dans un exsuda méningé. L'auteur croit que dans ce cas particulier la porte d'infection a été l'otite et la propagation s'est faite par voie lymphatique. Le bacille diphtérique a dû jouer un rôle important dans l'étyologie.

A. DUTILLY.

UROLOGIE

SCHACHT et CRENSHAW. — **Vesical Diverticulum in the Female. — (Le diverticule de la vessie chez la femme).** — Journal of Urology, October, 1930, P. 393).

Les auteurs étudient les diverticules de la vessie chez la femme. Dans le sexe féminin, cette affection est rare: ils n'en ont relevé que 95 cas dans toute la littérature médicale. A la clinique Mayo, de 1910 à 1929, 561 cas de diverticule de la vessie ont été diagnostiqués et seulement 18 existaient chez la femme. L'âge des malades varie entre 35 et 65 ans. — Parmi les 18 cas dont l'observation est donnée en détail, seulement 4 malades présentaient un léger degré d'obstruction de l'urètre. Cet article tend à montrer la rareté des diverticules chez la femme; il n'en explique pas la pathogénie.

Oscar MERCIER.

BARBELLION. — **Essais thérapeutiques dans la blennorragie aiguë.** — (Journal d'Urologie, août 1930, p. 167).

Problème complexe que le traitement de la blennorragie aiguë. Lavages, chimiothérapie, vaccins divers, etc.; quelle thérapeutique choisir? L'auteur, dont l'expérience est grande en la matière, donne ici les résultats de son expérimentation.

En *clientèle* le traitement abortif est souvent réalisable avec succès (Argyrol en installation à 20 p. 100 deux fois par jour). Sinon les grands lavages que le médecin effectue selon la technique de Janet, semblent être la méthode de choix. Il est entendu que ce traitement s'applique à cette classe de malades qui peuvent consacrer à leur traitement le temps voulu et prendre les précautions d'hygiène nécessaires.

A l'*Hôpital* le traitement est bien différent. Les malades sont trop nombreux, leurs occupations trop pénibles et trop captivantes pour qu'il leur soit appliqué cette technique de Janet par un personnel compétent. L'auteur montre comment fonctionne la clinique de Necker et rapporte les divers traitements qu'il y a essayés.

Clinique de Necker. — En 1929, 2800 hommes ont consulté pour blennorragie; 2114 ont été soignés par les lavages dont le nombre s'élève à 15,765. Voici comment s'effectue le traitement:

1° Diagnostic par examen microscopique et par l'examen des 2 verres;

2° On apprend au malade à faire ses lavages;

3° Le malade fait ensuite lui-même ses lavages le matin ou l'après-midi, à Necker ou chez lui. Tous les huit jours il se présente à la consultation pour surveillance. Une chaise composée d'un bidet assez bas avec un dossier légèrement incliné en arrière a été construite par Drapier spécialement pour ce genre de traitement. A cause de bien des inconvénients, irrégularité des malades, lavages mal faits, travail physique pénible très propre aux complications, l'auteur a tenté d'autres méthodes.

Les vaccins. — La vaccinothérapie appliquée seule se montre inefficace dans 90 p. 100 des cas de blennorragie aiguë. Même résultat avec le vaccin colloïdo-microbien non détoxiqué en vaccination générale par voie intra-musculaire; détoxiqué, cependant, ce vaccin a paru efficace dans les complications. En vaccination locale ce même vaccin détoxiqué a donné de belles guérisons; mais pas plus qu'aucun autre traitement il n'empêche les complications.

La Gonacrine. — A cause des quelques succès qu'elle a donnés, de son économie de temps sur les lavages; mais aussi à cause de l'ennui des intra-veineuses, des taches, du danger des injections mal faites, du durcissement des veines, des traitements prolongés et des échecs, la gonacrine est une arme à perfectionner.

Le Santal. — Sous forme de Santalol B ce vieux médicament est inoffensif à condition qu'on ne dépasse pas la dose de 3 grammes jour. Par voie intra-musculaire, en solution huileuse de concentration croissante de 20 à 50 p. 100, l'auteur a donné des injections de 3 c.c. tous les deux jours à 24 malades atteints de blennorragie aiguë au début. Sans action manifeste sur la durée de la maladie, ce traitement paraît avoir produit une sédation assez rapide de la douleur et une diminution nette de l'écoulement. C'est une méthode à améliorer.

En injection urétrale le Santalol n'a pas donné de résultat encourageant.

Par voie buccale, sous le nom de capsules d'Eumictine (0 gr. .05 de Salol, 0 gr. .05 d'Urotropine et 0 gr. .20 de Santalol B), ce traitement a grandement profité aux malades qui ont pris 10 à 15 capsules par jour. Sa prolongation souvent exagérée nécessite à la fin quelques grands lavages.

Gonacrine et Santal. — Cette association paraît donner de bons résultats chez ces malades qui ne peuvent réaliser la méthode des lavages à cause de leurs occupations. Une injection de 5 c.c. de gonacrine à 2 p. 100 sera faite dans la veine deux fois par semaine, et le malade prendra 10 à 15 capsules d'eumictine par jour. Ici encore quelques lavages en fin de traitement. Avantages de la méthode: 1° Traitement facile pour le malade (prendre des capsules); 2° Surveillance deux fois par semaine à l'occasion de la piqûre; 3° Pas de traitement local; 4° Pas de "laisser couler" bien que le gonocoque persiste; 5° Complications réduites au minimum mais non supprimées.

CONCLUSIONS. — L'auteur déclare que pour comparer différentes thérapeutiques antiblennorragiques il faut tenir compte du moment où l'on prend la maladie; il conseille d'expérimenter sur des blennorragies aiguës prises au début et de persévérer dans le même traitement pour s'en faire une idée.

"1° Les grands lavages sont encore le traitement de choix pour le malade "soigné par son médecin.

"2° La vaccination employée seule dans la blennorragie aiguë ne paraît "pas efficace.
"La vaccination locale par vaccins colloïdo-microbiens semble être "un progrès sur les vaccins locaux précédemment employés.

"3° Le Santalol B est utilisable en injections intra-musculaires en solu- "tion huileuse.

"4° Le Santalol adjoint au Salol et à l'Urotropine, et absorbé par voie "buccale, donne de bons résultats comme sédation de la douleur et "diminution de l'écoulement. La durée de la maladie est cependant "souvent prolongée et là encore les lavages trouvent leur place en "fin de traitement.

"5° La chimiothérapie complexe Santadol, Salol, Urotropine, associée "à la Gonacrine semble être le meilleur traitement en dehors du "permanganate.

"6° Aucune thérapeutique antiblennorragique actuelle ne peut se vanter "d'empêcher à coup sûr les complications.

"7° Le traitement "standard" de la blennorragie semble être, à l'heure "actuelle, une utopie.
"Pour le moment il semble, au contraire, opportun d'appliquer à "chaque cas la thérapeutique la mieux adaptée selon l'état local et "général du sujet, selon ses possibilités de consacrer plus ou moins "de temps à son traitement, selon son métier."

B. DUMAS.

SANJURJO D'ARELLANO. — **De l'action et de l'inefficacité des vaccins dans le traitement de la blennorragie. Essai d'interprétation.** (Journal d'Urologie, août 1930, p. 195).

L'auteur cite un cas d'orchi-épididymite blennorragique traitée par les vaccins, où les phénomènes inflammatoires aigus ont disparu comme par enchantement, mais où les sécrétions prostatiques et vésiculaires ont montré des gonocoques un mois après cette guérison apparente. L'observation de plu-

sieurs cas analogues a conduit à cette conclusion que "les vaccins agissent sur les lésions gonococciques qui produisent un mouvement fébrile (orchite, abcès de la prostate, arthrite blennorragique, etc.) et n'ont pas d'effet sur les lésions qui ne donnent pas lieu à des phénomènes généraux."

En voici l'explication: "Sur la muqueuse et même au fond des cavités naturelles de l'urètre antérieur ou postérieur, le gonocoque reste à l'extérieur, à la surface du corps, en dehors de l'économie, sans contact avec les anticorps que peut contenir le sang." Si au contraire il se forme un abcès, la lésion se trouve située au sein des tissus irrigués par le plasma sanguin, et les vaccins sont efficaces.

Pour cette même raison l'immunité qui doit résulter d'une complication blennorragique n'empêche pas les microbes, dans une contamination nouvelle, de pulluler sur la muqueuse ou dans les cavités naturelles, hors de l'atteinte des anticorps.

L'exemple de la diphtérie ne peut rien contre cette théorie; car on sait que dans cette maladie la fausse membrane se forme non au-dessus mais dans le revêtement épithélial et en partie à ses dépens.

En terminant l'auteur répète que, dans la gonorrhée aiguë ou chronique, le gonocoque n'est pas à l'intérieur mais à la surface du corps; et qu'essayer de désinfecter l'urètre et ses glandes en introduisant des vaccins dans la circulation, au lieu d'appliquer un traitement local, lui semble aussi illusoire qu'il semblerait déraisonnable de prétendre se désinfecter les mains en s'injectant un vaccin contre les microbes qui se trouvent à la surface de la peau.

B. DUMAS.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

GOUGEROT. — **Les complexes dermatologiques des plis et leur traitement.** — (Le monde Médical, 15 septembre 1930).

La question des complexes des plis qui est peu connue est de la plus grande importance pour guider le traitement et la plupart des échecs proviennent de la méconnaissance de cette notion.

Le plus souvent les lésions des plis sont complexes, plusieurs dermatoses s'associant dans la même région; Ce sont: *a*) la dyshidrose vraie, *b*) l'épidermomycose dyshidrosiforme, *c*) la dermo-épidermite strepto-staphylococcique, *d*) l'eczéma secondaire, *e*) la dermite artificielle par irritation médicamenteuse. — Il peut s'y ajouter des fissures, et ulcérations, de la lichénification, des leuco-kératoses.

Les composants des complexes des plis sont au nombre de cinq généralement.

1.—Frottement et macération se reconnaissant à la direction des éraillures.

2.—Prurit, parce que dit le malade ou à voir les stries de grattage.

3.—Infection par les cocci où l'on voit la peau rouge infiltrée, humide.

4.—Infection par les champignons où l'on voit une peau squameuse ou de petites vésicules aux bords.

5.—Eczéma de toutes formes aiguës, qui se reconnaît par des vésicules.

Il est entendu qu'un diagnostic complet n'est pas toujours facile mais au point de vue pratique, les trois diagnostics les plus importants pour le traitement sont:

a) l'eczéma, qui conseille des traitements calmants;

b) les infections ou mycoses qui nécessitent un effort antiseptique;

c) la leucokératose qui peut devenir un épithélioma.

Traitement

1*ère phase*: Calmer la dermite artificielle ou la poussée aiguë d'eczéma par de l'axonge fraîche.

2*ième phase*: Combien un traitement non irritant de l'eczéma et un traitement antiseptique de la dermo-épidermite-microbienne.

Nitrate d'argent 1/30
Baume de Baissade

3*ième phase*: Attaquer l'épidermomycose
Alcool iodé 10%.

Cet ordre n'est pas fatidique et l'habilité du thérapeute est de graduer le traitement suivant des combinaisons du complexe.

Paul POIRIER.

VEYRIERES. — **Le mercure dans le traitement de la syphilis.** — (Le Monde Médical, 1er septembre 1930).

L'auteur écrit: "on recommence à prescrire le mercure et il sera de nouveau à l'honneur quand au lieu de le donner lorsqu'arsenicaux et bismuthiques n'ont pas amené ce qu'on attendait, on voudra bien accepter enfin que le mercure a dans le traitement de la syphilis ses indications très spéciales.

C'est un fait reconnu que le mercure est un tréponémicide, mais d'une activité très inférieure, il faut le reconnaître à celle des arsénicaux ou des bismuths.

Il cite comme preuve suffisante de l'action du mercure sur l'évolution du tréponème, les observations de Kussuraul où 1200 ouvriers étameurs de glaces gardaient l'immunité contre l'infection syphilitique.

Et cette autre expérimentation: qu'on n'a jamais réussi une inoculation de la syphilis sur un singe mercurialisé, et maintenu sous l'action du mercure pendant toute la période durant laquelle on pouvait s'attendre à l'apparition de la lésion d'inoculation.

L'injection à l'huile serait, d'après le même auteur, le meilleur mode d'administration du mercure, et il donne comme formule:

Mercure	25
Lamoline	25
Graisse fluide de cheval	50

Paul POIRIER.

GYNECOLOGIE

K. V. BAILEY. — Manchester - England. — **Enquête sur la cause et la nature du cancer du col.** — Surgery, Gynecology and Obstetrics. Mars 1930.

L'auteur a fait un examen routinier de 850 spécimens de col utérin. Son but était: 1° de préciser la pathologie de l'érosion du col, 2° la pathogénie du cancer du col. Les diverses apparences histologiques et les réactions cellulaires, qui sont décrites, se sont répétées si souvent que les conclusions semblent irréfutables. Les relations entre la phase I i.e. les constatations histologiques de l'érosion et le cancer du col est bien obscur. C'est le "no man's land". L'histologie normale du col utérin est connue. C'est une structure fibromusculaire dont la portion vaginale est couverte d'un épithélium pavimenteux et la portion endo-cervicale d'un épithélium cylindrique au-dessous duquel existent des glandes de divers types.

L'érosion du col considérée comme une condition pseudo-adénomateuse est classée en deux types: Type congénital, type inflammatoire. La subdivision en *a*) simple *b*) papillaire *c*) folliculaire n'interviennent pas dans les notions courantes de pathologie.

Watson prétend que la cause de l'érosion est la lacération du col. Wilson dit que souvent il n'y a aucun signe inflammatoire et que ce n'est qu'un glissement et remplacement de la muqueuse endocervicale sur la portion vaginale. Bonney considère l'érosion comme une inflammation chronique caractérisée par la présence de lymphocytes et de plasmocytes avec la disparition des tissus élastique et collagène. Wilson conclut que la phase précancéreuse et le cancer n'est pas bien défini. Il pense que l'érosion prépare le terrain. Gilbert Strahan dit que l'érosion est essentiellement inflammatoire et qu'elle se rencontre surtout chez les multipares. Chez les mullipares et surtout chez les vierges il semble que l'épithélium cylindrique est congénitalement resté dans la portion cervicale. Carey Culberston conclut que l'infection amène l'inflammation, la leucorrhée et l'érosion papillaire. L'érosion est produite par la leucorrhée continuelle. L'érosion n'existe pas sans leucorrhée. Il y a plusieurs leucorrhées sans érosions. Reel prétend que l'irritation continue soit par la présence de l'érosion congénitale, soit par les lacération et les cicatrices du col est une cause de cancer. H. Mayo conclut de même. Moench a trois conclusions: 1° L'érosion congénitale due à une néo-formation devrait être nommée pseudo-érosion. 2° le terme endocervicite devient changé pour cervicite, 3° l'érosion inflammatoire a trois phases de guérison: *a*) érosion non recouverte d'épithélium, *b*) érosion recouverte d'épithélium cylindrique, *c*) érosion recouverte d'épithélium pavimenteux; 4° Ectropion, avec lacération et évertion cervicale. Après cette revue d'opinion Bailey apporte ses conclusions: A. La théorie en usage, que l'érosion congénitale est due à un arrêt de rétraction de l'épithélium cylindrique qui couvre la portion vaginale du col avant la naissance chez l'enfant, n'est pas tout à fait juste car il y a toujours avec l'érosion des signes inflammatoires qui, s'ils ne sont pas dus à une infection, sont certainement causés par une irritation quelconque. En tout cas l'évolution de cette érosion congénitale est la même que celle d'origine inflammatoire i.e. infectieuse. B. L'érosion dite inflammatoire a plusieurs

phases. La phase première est le résultat de l'irritation continue ,aiguë ou sub-aiguë. Microscopiquement, l'épithélium pavimenteux semble ne pas avoir le temps de réagir à l'irritation chronique. De même pour les glandes soujacentes. Elles n'ont pas le temps de proliférer car elles sont immédiatement détruites. Cette première phase seule devrait être nommée érosive. Il y a en effet perte de l'épithélium sans remplacement. Mais ce stage est temporaire comparé à la chronicité de la phase suivante. C'est la cervicite aiguë. La deuxième phase est caractérisée par la réaction épithéliale à l'irritation inflammatoire et par la prolifération et la réparation. Cette phase limite la réaction inflammatoire par la défense des éléments épithéliaux. Les caractéristiques sont microscopiquement: 1° la diminution des produits inflammatoires, 2° la présence d'un épithélium cylindrique, 3° la raréfaction des glandes sous-jacentes. Il y a une grande activité épithéliale en présence d'un irritant moins virulent mais continu.

Dans la troisième phase l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium pavimenteux. C'est la réparation. Le tissu dense sans épithélial se raréfie. Les réactions inflammatoires disparaissent et les glandes augmentent en profondeur. La quatrième phase est marquée par la cicatrisation complète de l'érosion et de la dilatation des glandes dont les conduits sont fermés par le tissu épithélial néo-formé.

Voilà pour l'évolution de l'érosion. Si elle n'évalue pas vers la guérison complète la phase ultime sera maligne. Quand au lien qui unit les phases de formation et de cicatrisation et celle qui constitue la lésion maligne, il existe *une phase précancéreuse qui demeure inconnue*, c'est elle qu'il faut éclaircir afin de trouver l'origine du cancer du col.

KELLER R. — **Les complications post-opératoires après l'hysterectomie élargie pour cancer du col.** — Gyn & Obst 1929, XX, 28.

Le shock est prévenu par une bonne préparation opératoire, par une opération rapide, par l'hémostase parfaite. L'opération est remise en face du moindre signe de bronchite. La péritonite est évitée par les drainages vaginaux et les Michulicz abdominal. K. fait la ibopsie, mais évite tout traitement préopératoire de la lésion du col qui répand l'infection.

Il essaya le radium préopératoire, mais il en résulta des pelvipéritonites et des salpingites. L'hématurie est habituellement due à un hématôme de la vessie. La paralysie vésicale due à la section des nerfs ne persiste pas. La cystite se guérit promptement, si l'on ne met pas de sonde à demeure. La pyélite est plus sérieuse. Due à un escarre ou une légère compression des urétère elle nécessite un cathétérisme urétéral fréquent pour écviter la pyélonéphrite. Les fistules recto-vaginales rares se guérissent spontanément. L'abstraction due au Michulicz est bien compensée par la protection de ce mode de drainage contre la péritonite. Une intervention prompte réussit à libérer ces abstractions.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Le double enchevillement autoplastique dans le traitement de la sacro-coxalgie. — Gino Pieri. Journal de chirurgie septembre 30, page 361).

L'auteur rapporte qu'il y a peu de travaux faits en vue de l'immobilisation de l'articulation sacro-iliaque. Il site les auteurs tel que Peterson, Rogers, Gaenslen; ces techniques s'apliquent difficilement à la tuberculose de l'articulation. L'opération de Tuffier est préférable, c'est-à-dire l'enchevillement illio-sacrée.

P. insiste sur la nécessité de bien connaître les rapports ostéologiques de la région. L'épaisseur des pièces osseuses qui doivent être soudées ensemble au niveau des surfaces auriculaires. Dans la mise en place des greffons, un supérieur qui doit correspondre au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, un inférieur, au centre de l'épine iliaque postéro-inférieure.

Comme détail de technique il fait, le prélèvement de ces greffons au niveau du péroné, en ménageant certains détails anatomiques; ce greffon est fendu en deux et sur chaque portion il mesure 4 centimètres sur l'un et 3 centimètres sur l'autre. Les greffons étant prélevés et les longueurs indiquées sur ceux-ci le malade est couché sur le ventre. — Anesthésie rachidienne. L'opérateur se place du côté malade. Incision d'environ 15 centimètres, sur une ligne allant de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à la partie supérieure du grand trochantère, incision de l'aponévrose du muscle grand fessier à sa partie supérieure. Un écarteur automatique met à jour la région à fixer — repérage des points où doit se faire les perforations, même il est bien de se guider ayant un squelette sous les yeux. Il pratique 2 trous, l'un au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, l'autre au niveau de l'inférieure.

Les greffons sont enfoncés à l'aide d'un marteau à greffe, qui en facilite la pénétration. Il faut veiller à ce que le greffon ne dévie pas, l'opérateur doit en guider le trajet pendant que l'assistant frappe sur le marteau à greffe. L'auteur rapporte cinq cas chez qui l'immobilisation sacro-iliaque a donné de bons résultats dans la tuberculose sacro-iliaque. Ces résultats datent de 5 ans, deux ans, 8 mois et 7 mois.

J.-H. RIVARD.

NEUROLOGIE

PENFIELD W. — **Le traitement radical de l'épilepsie traumatique; sa raison d'être.** — (The Canadian Medical Association Journal, août 1930, pages 189 à 197).

Selon qu'elles sont laissées à elles-mêmes ou qu'elles sont opérées, les blessures du cerveau peuvent, d'après l'expérience de P., aboutir aux deux conséquences anatomiques suivantes:

Dans le premier cas, le tissu cérébral détruit provoque la formation de cicatrices névrogliques. Celles-ci, très vascularisées, exercent une traction concentrique et attirent vers elles les deux hémisphères et les méninges voisines. Dans le second cas, l'opération qui a permis le nettoyage et l'exci-

sion du tissu cérébral lésé empêche la formation de gliose consécutive en même temps qu'elle s'oppose à la prolifération vasculaire. Le vide ainsi créé est alors comblé par une poche liquide nullement irritante pour le cerveau adjacent.

Les cicatrices dont il vient d'être question constituent le substratum anatomique des crises d'épilepsie jacksonienne ou à début jacksonien.

Avant de décider la trépanation des traumatisés du cerveau, il est certaines précautions dont le clinicien devra toujours s'entourer sous peine de faire fausse route. Il complétera l'examen neurologique, d'ailleurs toujours insuffisant à lui seul et souvent trompeur, par *l'anamnèse détaillée du mode d'apparition des crises et des auras* et par *l'encéphalographie.*

L'auteur recommande pour l'étude de l'anamnèse des crises les schémas récents de Foerster (1926). Ceux-ci, dressés d'après l'expérimentation électrique sur l'homme, représentent les localisations motrices simples et associées, (déviations conjugées, etc.), les localisations sensitives et le siège des diverses auras.

L'encéphalographie, ou radiographie du cerveau après insufflation d'air par voie spinale est de la plus haute importance. Elle ne comporte à peu près pas de risques lorsque la pression intracranienne est basse. Elle permet surtout d'apprécier les dimensions,les contours et la position des ventricules. Jointe à l'anamnèse et à l'examen clinique, elle devient alors un gros élément localisateur, puisque nous savons que les cicatrics céreébrales localisées attirent et déplacent les hémisphères, et par conséquent, les ventricules vers elles.

Les 4 cas rapportés par P. illustrent parfaitement la relation entre le traumatisme et l'épilepsie secondaire. Chez ces 4 malades, l'examen, la description minutieuse des crises et les ventriculographies ont contribué, non pas tant isolément que solidairement, à la localisation exacte des foyers déclenchants. Les résultats obtenus justifient pleinement les mesures qui furent exécutées.

L'auteur souligne en terminant, que la première crise épileptique ne survient habituellement que plusieurs mois après la traumatisme. Pendant cette période de latence, la névroglie prolifère, se vascularise, exerce des tractions sur la masse cérébrale, en un mot prépare la trame anatomique du drame clinique futur.

Il emprunte à Wagstaffe la statistique suivante, à savoir que, sur 820 cas de blessures de la tête par balles, 18.7% des fractures avec enfoncement et déchirures de la dure-mère furent épileptogènes, alors que seulement 1.6% de celles où il n'y eut pas d'enfoncement, et partant, où la dure-mère fut respectée donnèrent naissance à des crises jacksoniennes ou généralisées.

Les conclusions à tirer et la conduite à tenir devant de tels malades.

Jean SAUCIER.

PHTISIOTHERAPIE

N. STOICHITZA. — **Calcification des cartilages et tuberculose.** Revue de la tuberculose. Serie 3e Tome XI.

Le premier travail sur les altérations des cartilages costaux et leurs rapports avec certaines affections respiratoires a été fait par Freund en 1858. Il en avait décrit deux formes principales: 1° la sténose de l'orifice supérieur du thorax due à l'ossification du 1er cartilage costal et qui expliquerait la

localisation de la tuberculose au sommet; 2° déformation acquise par une dégénérescence particulière des cartilages costaux, à la suite de laquelle le thorax devient rigide et dilaté et engendre l'emphysème par distention du poumon.

Aménille en 1908 émet l'opinion que les dégénérescences décrites par Freund ne sont pas différentes des dégénérescence séniles. Plus tard, Sumita, Ranbachow, Douay et Sergent abondent dans le même sens. L'auteur conclut que l'ossification d'après ces diverses opinions serait un fait relativement banal. Cependant il étudie ce phénomène sous un aspect tout à fait nouveau, à savoir la possibilité d'un rapport de cause à effet entre ces ossifications et la forme de tuberculose pulmonaire. Après une étude portant sur 24 observations l'auteur émet les conclusions suivantes: La calcification des cartilages costaux est un phénomène normal qui s'observe beaucoup plus souvent qu'on le pense.

Cette calcification n'a aucun rapport de cause à effet avec la forme anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire où on la voit apparaître.

Il est difficile d'admettre la coexistence des deux processus: fibreux sur le poumon et calcifiant sur les cartilages costaux.

Il est difficile encore de faire le pronostic, en présence d'un calcification cartilagineuse d'une évolution des lésions tuberculeuses plutôt fibreuse que osseuse.

J.-A. VIDAL.

J. FLEIDERBAUM. — **Le traitement de l'abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire par l'émétine.** — (La presse médicale 13 sept. 1930).

Le traitement de l'abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire nous a fourni jusqu'à ces derniers temps, de très grandes difficultés.

L'auteur après avoir énuméré les anciennes méthodes thérapeutiques, passe en revue les derniers procédés de compression par pneumothorax artificiel, phiénicectomie et même thoracoplastie. Ces méthodes chirurgicales ne peuvent être tentées que tout à fait au début de l'accident.

Au point de vue de la thérapeutique exclusivement médicamenteuse l'arsénobenzol et l'émétine sont les deux préparations qui donnent les meilleurs résultats.

J.-A. VIDAL.

ELECTRO - RADIOLOGIE.

DELHERM et LEQUERRIERE. — **Les indications de la diarthermie médicale.** — (Journal de Radiologie et d'Electrologie, août, 1930).

Les courants de H. F. ont des effets généraux et des effets locaux. Grâce à la propriété qu'ils ont de développer de la chaleur dans l'intimité des tissus, ils fournissent aux atones, sujets maigres, chétifs, sans énergie une ration d'appoint en calories, qui leur permet d'entretenir leur chaleur animale.

C'est pour la même raison que les grands choqués, à la suite d'opérations en retirent du bénéfice.

Les arthritiques et les rhumatisants voient leur état diathésique se modifier sous leur influence.

Dans certains troubles de l'appareil circulatoire, en particulier dans l'hypertension variable on les fera intervenir très utilement sinon pour guérir, du moins pour amender bon nombre de symptômes. Dans les phénomènes douloureux, la diathermie produit très souvent des résultats merveilleux. Cependant il faut savoir qu'il existe des contrindications, comme par exemple dans la causalgie et que d'autre part pour obtenir la guérison on doit faire appel en plus dans certains cas, comme les radiculites et les névrites tronculaires, soit à la radiothérapie soit au courant continu.

Dans les névrites motrices avec oedème, refroidissement, la diathermie produit des effets favorables. Dans les névrites résultant d'une compression, il faut s'adresser de préférence à l'ionisation d'iodure de potassium.

Dans les paralysies infantiles accompagnés de troubles circulatoires prononcés on y aura recours. Les résultats obtenus dans les arthrites aiguës et chroniques sont variables; les états inflammatoires et congestifs sont la plupart du temps améliorés.

La diathermie trouve des indications dans les affections de la vésicule biliaire les algies, et les affections douloureuses de l'abdomen.

A. COMTOIS.

POIROT. — **Amélioration des résultats de la cholécystographie par la diathermie.** — (Bull. Soc. Radiologie médicale de France, mai 1930).

Vue la pauvreté des résultats de la cholécystographie utilisée après l'ingestion du sel tétra iode, l'auteur a dans plusieurs cas, soumis à des séances de diathermie transhépatique des patients chez lesquels on ne voyait pas la vésicule à la 15e et 16e heure.

Il semble que cette méthode, favorise la sécrétion biliaire, accélère la réplétion de la vésicule et son évacuation et améliore les images vésiculaires.

L'auteur emploie la diathermie sur le foie pendant 20 minutes et au besoin renouvelle une seconde fois l'application jusqu'à ce que la vésicule apparaisse à la radioscopie.

L.-A. GAGNIER, Jr.

F. B. FREELAND.—**Nouvelles observations sur la diathermie dans la pneumonie.** — (archives of physical Therapy x-ray, Radium april 1930).

Avant toute application, il faudra considérer plusieurs facteurs en particulier les périodes de la maladie et l'état du malade.

1° A la période de congestion, la diathermie peut être appliquée sans danger.

2° Durant l'hépatisation rouge, elle peut encore être appliquée et l'auteur recommande des doses massives.

3° Durant l'hépatisation grise, il faudra appliquer de petites doses et soutenir le coeur.

La diathermie demande donc une attention sérieuse de la part de l'électrologiste. Le type de pneumonie, la période de la maladie, l'état du malade sont autant de facteurs qu'il faut considérer attentivement avant toute application.

L. GAGNIER, Jr.

MEDECINE LEGALE.

LECLERCQ et MULLER. — **Les balles migratrices.** — (Ann. de Méd. Légale, 1930, p. 33).

Les auteurs rapportent deux observations de projectiles migrateurs qui recueillies à 16 ans de distance par deux observateurs différents sont pour ainsi dire superposables.

La première de ces observations concerne une femme tuée par un projectile d'arme à feu tiré à courte distance. Le projectile après avoir traversé le poumon, le péricarde et l'aorte ascendante était retrouvé dans la fémorale gauche à l'entrée du canal de Hunter au point où les fibres aponévrotiques enserrent d'une gaine plus étroite les vaisseaux.

La seconde observation recueillie 16 ans plus tard concerne un homme tué par sa femme, également par une balle de révolver. Le projectile après avoir traversé une vertèbre et l'aorte thoracique avait déterminé un éclatement de la paroi de la bronche voisine mais ayant perdu toute force de pénétration, était retombé dans le vaisseau, il fut retrouvé au niveau de la bifurcation de l'artère iliaque gauche en fémorale profonde et en fémorale superficielle.

Dans les deux cas les balles avaient été entraînées par le courant sanguin vers l'iliaque externe et la fémorale gauches. En présnce de ces faits les auteurs ont voulu vérifier s'il n'y avait pas une disposition anatomique mal connue qui favorisât cette migration à gauche et ils ont constaté que les deux iliaques primitives forment bien l'une par rapport à l'autre un angle d'environ 65 à 75 degrès comme l'indiquent les traités d'anatomie mais que leur inclinaison sur la verticale est différente.

Tandis que la droite fait un angle de 45 degrés la gauche ne s'écarte au maximum que de 30 degrés de la verticale et sa direction générale la met davantage dans le prolongement de l'axe de l'aorte. Cette disposition anatomique que les auteurs ont retrouvé chez 9 sujets sur 10 autopsies explique suffisamment le mécanisme de la migration des deux projectiles.

R. FONTAINE.

PR. GIRAUD. — **Egorgement suivi d'enfouissement survie-guérison en moins d'un mois.** — (Ann. de Méd. Légale 1930, p. 44).

Si invraisemblable que paraisse l'histoire suivante elle n'en est pas moins rigoureusement exacte puisqu'elle nous est rapportée par le professeur Giraud de l'université d'Alger dont l'honnêteté ne peut être mise en doute.

Le 2 mai 1929 un jeune indigène de 18 ans est surpris par des malandrins qui pour le voler l'assomment à coups de pierre, puis l'égorgent et enfin le croyant mort recouvrent son corps d'une épaisse couche de terre. La victime reste dans cette situation pendant 36 heures puis revenant à elle se dégage de la terre et des pierres qui le recouvrent et regagne péniblement son village.

A son entrée à l'hôpital on constate en plus de quatre plaies profondes au cuir chevelu et d'une entaille à la main, une plaie béante du cou ayant sec-

tionné complètement la trachée et l'œsophage sans intéresser les deux paquets vasculo-nerveux. Le chirurgien pratique aussitôt des injections sous-cutanées de sérum antitétanique, désinfecte les plaies et place un tube de Fauchier à demeure. Le 20 mai, les plaies étaient cicatrisées, la déglution et la phonation étaient parfaites.

En plus des multiples enseignements médico-légaux qu'elle peut comporter, cette observation montre l'extraordinaire résistance des indigènes d'Afrique aux traumatismes et aux complications infectieuses des plaies.

R. FONTAINE.

NOUVELLES

L'ESPRIT DES AUTRES.

Il faut pardonner aux autres ce qu'ils pensent de nous, en nous rendant compte de ce que nous pensons d'eux.

Ce qu'il y a de remarquable dans la vanité, c'est que celui qui est habitué à rayonner dans un petit espace, s'imagine qu'il rend le même éclat, quel que soit le milieu où le hasard le porte.

—C'est usurper la vie que de se borner à ne pas nuire; les morts en font autant et n'exigent rien pour cela.

—L'amitié qui n'exige rien et qui ne se plaint jamais est presque toujours faible.

—Les injures suivent les lois de la pesanteur; elles n'ont de poids que si elles tombent de haut. Elles sont les raisons *de ceux qui ont tort.*

—Parler et offenser, pour certaines gens, est précisément la même chose, ils sont piquants et amers, leur style est mêlé de fiel et d'absinthe: la raillerie, l'injure, l'insulte leur découlent des lèvres comme la salive.

(La Bruyère).

—Ecrivez sur l'airain les services que vous avez reçus, et sur le sable ceux que vous avez rendus.

EMPLOI DEMANDE

—Demoiselle sérieuse, bonne éducation, demande emploi chez médecin pour service de bureau, comptabilité, clavigraphie. Peut fournir références. S'adresser à Mlle Germaine Laflamme. Téléphone FRontenac 1097.

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, (De Cotret), Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion, Masson (D.), Mercier (Oscar), Pariseau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: P. Z. Rhéaume; Secrétaire-trésorier: G. Archambault. Rédacteur-en chef. Albert LeSage. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

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

Président: A. LeSage; Vice-Président: Albéric Marin;

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé **franco** à M. le Docteur LeSage, 260, Place Saint-Louis, Montréal, ou au Secrétaire, 3553, Avenue du Parc, Montréal.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé **franco** à M. T. Valiquette, Comptable, 3705, rue Saint-André, à Montréal, ou Boîte Postale No 3026. Téléphone: FRontenac 5931.

TABLE DES MATIÈRES (1)

A

Abcès. Le traitement de l', du poumon et de la gangrène pulmonaire par l'émétine 803

Absence congénitale des muscles abdominaux 718

Acétylcholine. Le traitement des ulcères variqueux par l'.... 502

Acidose et alcalose post-opératoires 662

Acné polymorphe et son traitement moderne 667

Acridine. Un cas de photosensibilisation par les sels d' 748

Acriflavine. Guérison de l'urétrite gonococcique antérieure aiguë par l' 306

Adénome toxique thyroïdien. Conception moderne de l' , et de ses relations avec le goître exopthalmique. Conséquences pratiques 236

Adénopathie bronchique chez l'enfant. Conceptions actuelles de l'.... La tuberculose hilaire bénigne 308

Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance. Etude critique de la séméiologie de l'..... 171

Affaires de Cambriolage 17

Alcalose. Acidose et, post-opératoires 662

Alcoolisme mondain. L'.... 121

Alimentation du Nourrisson. De l'utilisation des protéines végétales dans l'.... 603

Allaitement maternel. Où en sommes-nous en 1930 avec la question de L', chez nous 703

Allaitement. Rapport du professeur Gosset: traitement des mastites aiguës de l' , par le bactériophage de l'Hérelle.... 239

Anatoxine diphtérique. A propos des propriétés essentielles de l'.... 668

Anémie idiopathique. Le fer et le cuivre dans le traitement de l' , (hypochromique) 238

Anémie pernicieuse. L' 766

Anesthésie locale à la percaine 791

Anesthésie rachidienne par la percaine. Nouvelle méthode d' 791

Anesthésique. La percaine un nouvel, local 661

Anesthésique. Un nouvel 702

Angine de poitrine et les méthodes modernes d'exploration du coeur et de l'aorte.... 69

Anorexie du tuberculeux 786

Antigène méthylique. Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'.... 716

Anurie. A propos du diagnostic de L'.... 150

Anurie calculeuse. Sur un cas d' 441

Appareil pour pieds-bots. Nouvel 383

Appendicite. Des complications post-opératoires intra-abdonales dans l' 377

Appendicite aiguë. Conduite à tenir dans les cas d' , dont le début remonte à plus de deux jours 259

Appendicite aiguë. Des avantages de l'opération précoce dans L' 136

Appendicite aiguë. Vaccinothérapie et sérothérapie dans L', gangreneuse avec peritonite diffuse 215

(1) Les titres en caractères gras indiquent les articles originaux.

Appendiculaire. La colopathie d'origine 167
Appétit. Pour exciter L' 713
Apoplexie séreuse ou encéphalite hémorragique accompagnée de myélite et de dermatite hémorragique. Un cas d' 307
Arsénical. Roséole infectieuse biotropique au cours du traitement 668
Arséno-récidivantes. Syphilis.... 721
Artérite oblitérante de l'extrémité du membre inférieur. Elimination de la douleur dans l' 727
Artérites oblitérantes. Action favorable de l'irradiation de la région surrénale dans les 446
Arthrites. L'usage de l'huile iodée (lipiodol et iodipin) dans le diagnostic des.... 448
Articulations. La manipulation des 313
Arythmies. Le traitement des 600
Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. 324, 390, 454, 519, 673.
Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord reçoit les membres de la British Medical Association 612
Association Médicale de la Province de Québec 513, 673
Asthme bronchique de l'enfance, son étiologie, sa symptomatologie, son évolution L' 117
Athlète. La morphologie de l' 168
Atonie vésiculaire et stase biliaire. Etats mélancoliques 659
Automatisme mental. Le syndrome D' 367
Azotémie chez les rétrécis L' 379
Azotémie. Néphrites et déchloruration (hypochlorémie et) 164

B

Bactériophage antichancrelleux. Essai de 721
Bactériophage de d'Hérelle. Rapport du professeur Gosset: traitement des mastites aiguës de l'allaitement par le 239
Bain de mer. Ce que doit être le , d'un enfant 665
Balles migratrices. Les 805
Baudelaire. Essai médico-psychologique sur Charles 315
Bedreska. Réaction de. Diagnostic de la salpingite tuberculeuse 722
Bibliographie:
Les Otites Moyennes 124
Le Biotropisme.... 124
Comment rajeunir 125
La vie propriété physique 125
La coprologie en pratique Médicale 126
Du Quartier Latin à l'Académie 126
Crin-Crin d'un Mire 126
Serions-nous maîtres de la tuberculose 188
Les Maladies des reins et leur traitement 188
Treatment in general practice 508
Les régimes du praticien 714
Radiologie clinique du tube digestif 738
International Clinics 589
En guettant les ours 591
Le Bulletin d'Hygiène de la Cité de Montréal 436
Les enfants mal alimentés 384
Pour guérir les tuberculeux 385
L'Année médicale pratique 301
Pratica urologica 233
Anomalies et malformations génitales de la femme.... 105
Elements d'histologie 106
Symptomatologie de l'hypodynamie du myocarde 184
Manuel clinique et thérapeutique de la diphtérie 327
Biologique. Une réaction de la rate provoquée par le sang des rats porteurs de tumeurs 177
Biopsie. La guérison post-opératoire histologique dans l'ostéomyélite chronique et l'utilité de la, comme moyen de pronostic 727
Biscuit de blé irradié et contenant des vitamines et des substances minérales. Un nouveau 304

Blé irradié. Un nouveau biscuit de, et contenant des vitamines et des substances minérales 304
Blennorragie aiguë. Essais thérapeutiques dans la 794
Blennoragie. De l'action et de l'inefficacité des vaccins dans la 796
Bouche. Les cancers de la face et de la. Comment ils commencent comment s'en préserver 241
Bromures. L'efficacité du traitement de l'ulcère d'estomac par les, et l'hydrate de chloral 438
Bronchopneumonies infantiles. L'hydrothérapie dans les.... 118
Brûlures par le granulogène. Le traitement des 145
Brûlures. Traitement des 653
Bubon inguinal. Chancre ecthymateux du gland avec 502
Bulletin 1

C

Calcification des cartilages et tuberculose 802
Calciurie. A propos du traitement de la C.... 571
Calcul avec anurie dans un rein unique. Un cas de 360
Calculeuse. Sur un cas d'anurie 441
Cancer de l'estomac. Résultats du traitement chirurgical du 440
Cancer du col au début. La découverte du 447
Cancer du col de l'utérus. Une recherche sur la cause intrinsèque et la nature du 311
Cancer du col de l'utérus. La radiothérapie du, au centre anticancéreux de la banlieue parisienne 176, 666
Cancer du col. Enquête sur la cause et la nature du 799
Cancer du col et hystérectomie élargie: résultats de 10 à 25 ans, statistique intégrale 604
Cancer du col. Les complications post-opératoires après l'hystérectomie élargie pour 800
Cancer du corps au début. Les méfaits du curettage explorateur dans le 447
Cancer intrinsèque du Larynx. Guérison durable dans 76% des cas de laryngo-fissure. 5
Cancer. Un cas curieux de syphilis gatrique grave, simulant le, Vérification biopsique, gastro-entérostomie combinée au traitement spécifique. Guérison. 499
Cancers de la face et de la bouche. Les: comment ils commencent; comment s'en préserver 241
Cancer du sein. Ecoulement sanguin du mamelon et son interprétation en rapport avec le 239
Cardiaques. Le régime des, et la nutrition du coeur.... 303
Cardiospasme. Guérison opératoire du, quand la dillatation a échoué 440
Cardio-vasculaires. La radiothérapie dans certaines affections 665
Cardio-vasculaires. La radiothérapie du sympathique dans certaines affections 725
Carpe. Fractures du 112
Cartilages. Calcification des, et tuberculose 802
Cataracte. Infection dentaire et 311
Céphalées d'origine hypophysaire pendant la grossesse 240
Cephalées durant la grossesse. Les 374
Cérébrales. Lésions, dans la coqueluche 719
Césarienne classique itérative. Une.... 147
Césarienne classique. La rétention lochiale après la.... 113
Césarienne. Du choix de la méthode de l'opération.... 724
Chancre ecthymateux du gland avec bubon inguinal 502
Chloral. L'efficacité du traitement de l'ulcère d'estomac par les bromures et l'hydrate de 438
Chlore globulaire. Indications des différents sérums artificiels dans les marasmes infantiles. Valeur du rapport, chlore plasmatique.... 601

Chlore plasmatique. Indications des différents sérums artificiels dans les marasmes infantiles. Valeur du rapport; chlore globulaire 601
Chlolécystite aiguë avec ictère prolongé; drainage médical de voie biliaire, guérison 789
Cholécystite Calculeuse 362
Cholécystographie. Amélioration des résultats de la, par la diathermie. 804
Cholécystographie. Les sources d'erreur en 381
Cholestérolémique. Régulation, et poumon 314
Chorée de la grossesse. La 440
Coeur. Le régime des cardiaques et la nutrition du.... 303
Coeur. Les réglages humoraux dans le. (origines et significations).... 165
Col. La découverte du cancer du, au début 447
Col. Cancer du, et hystérectomie élargie; résultats de 10 à 25 ans, statistique intégrale 604
Col de l'utérus. La radiothérapie du cancer du, au centre anticancéreux de la banlieue parisienne. 176, 666
Col. Enquête sur la cause et la nature du cancer du 799
Col. Les complications post-opératoires après l'hystérectomie élargie pour cancer du 800
Col de l'utérus. Une recherche sur la cause intrinsèque du cancer du 311
Colibacillose. Lithiase biliaire et 110
Collections purulentes. La protéinothérapie locale des.... 660
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Le 735
Colon. Epreuves sur la valeur fonctionnelle du foie dans l'épithélioma; leur indication dans les néoplasmes du, avec ou sans métastases du foie 240
Colopathie d'origine appendiculaire. La 166
Complications post-opératoires intra-abdominales dans l'appendicite. Des 377
Compression médullaire par tumeur; opération, guérison. Un cas de 632
Condoléances: au docteur T. Parizeau 181
Condyle huméral. Le décollement du 174
Conférences du Docteur Dioclès 252
Congrès de la Lithiase urinaire 735
Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. 6ème 290 423
Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Le XIème 613
Congrès des pédiatres de langue française. Le Sixième 43
Congrès français de Médecine. XXIème 515
Congrès français d'ophtalmologie. XLIIIème 252
Congrès international de Microbiologie. Premier 325
Congrès international de Pédiatrie à Stockholm. 68
Constante. Deux néphrectomies pour tuberculose sur la; canalisation du rein malade par la pyélographie endoveineuse. 441
Constipations. L'administration fractionnée des laxatifs dans le traitement de certaines 237
Contusion thoracique. Le pneumothorax par effort ou par 608
Convention de la British Medical Association 182
Coqueluche. Lésions cérébrales dans la 719
Coquilles médicales et anatomiques 736
Corps de l'utérus. Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du, au début 447
Correspondant étranger 392
Coude. Fracture du: Traitement, résultat 763
Coude. Traitement des fractures du 93
Cours de Perfectionnements du professeur Georges Portmann 232
Cours de vacances 515
Crises nitritoïdes. Séquelles de 442
Cuivre dans le traitement de l'anémie idiopathique (hypochromique). Le fer et le 238
Curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. Les méfaits du 447
Curiethérapie intra-utérine. Rétrécissement du rectum au cours de la 790

D

Déchirure complète du périnée 383

Déchloruration. Néphrites et, (hypochlorémie et azotémie).... 164

Décollement de la rétine. Reflexions sur le traitement opératoire du.... 646

Décollement du condyle huméral. Le 174

Décoration 181

Découverte du cancer du col au début. La 447

D'Hérelle. Rapport du professeur Gosset: traitement des mastites aiguës de l'allaitement par le bactériophage de 239

Délégation française.... 252

Délivrance. Conduite à tenir pendant la 300

Dentaire. Infection, et cataracte 311

Dentisterie. Nouvelle, éliminant tous les foyers d'infection des bouches.... 490

Dénutrition des enfants du premier âge. Traitement de la 599

Déplacement 392

Dermatite hémorragique. Un cas d'apoplexie séreuse ou encéphalite hémorragique accompagnée de myélite et de 307

Dermatologie. De quelques traitements nouveaux en.... 537

Dermatologiques. Les complexes, des plis et leur traitement 797

Dermatoses. La radiothérapie de certaines 115

Diabétiques. De quelques erreurs dans l'emploi de l'insuline chez les.... 715

Diarrhées. Le traitement iodé dans les 375

Diathermie. Amélioration des résultats de la cholécystographie par la 804

Diathermie dans la pneumonie. Nouvelles observations sur la 804

Diathermie médicale. Les indications de la 803

Digifoline. Résultats cliniques de la. De L'inconstance des préparations galeniques de la digitale 347

Digitale. De L'inconstance des préparations galeniques de la Résultats cliniques de la digifoline.... 347

Dilatation aiguë du coeur, Myalgies. De la douleur au diagnostic 743

Diphtérie du nourrisson. Prophylaxie actuelle de la.... 718

Diphtérique. Méningite à bacille, chez un nourrisson 792

Diphtérique. Paralysie, des membres, guérison par la sérothérapie antidiphtérique.... 609

Diverticulose sigmoïdienne. Un la femme. Le 794

Diverticulose sigmoidienne. Un cas de stercorome caecal avec.... ....276, 356

Douleur. De la, au diagnostic: Dilatation aiguë du coeur, Myalgies.... 743

Douleur. Elimination de la, dans l'artérite oblitérante de l'extrémité du membre inférieur 727

Douleurs fulgurantes, leur traitement 442

Douleur gastrique chez les dyspeptiques fonctionnels. La.... 716

Drainage médical de voie biliaire. Cholécystite aiguë ictères 789

Drainage transcervical. Mode de, dans les infections suppurées du bassin ayant nécessité une hystérectomie supravaginale 129

Duodénale. L'intoxication.... 302

Duodénum mobile. Etude sur le 113

Dysentérique. Nouvelle méthode pour l'identification du type de l'infection bacillaire 175

Dyspeptiques fonctionnels. La douleur gastrique chez les 716

Dysrythmie respiratoire post-encéphalitique à forme respiratoire. Un cas de 414

E

Eclamptique. Traitement de la crise, en clientèle 163

Ecthymateux. Chancre, du gland avec bubon inguinal. 502

Eczèma. A propos de l'étiologie de l'. La roue des choses 605

Egorgement suivi d'enfouissement; survie, guérison en moins d'un mois 805

Emétine comme traitement des suppurations pulmonaires non amibiennes. L'.... 246

Emétine. Le traitement de l'abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire par l' 803

Emphysème pulmonaire. L'.. 245

Encéphalite hémorragique. Un cas d'apoplexie séreuse ou, accompagnée de myélite et de dermatite hémorragique 307

Enchevillement autoplastique. Le double, dans le traitement de la sacrocoxalgie 801

Enfant. Ce que doit être le bain de mer d'un 665

Enfant. Conceptions actuelles de l'adénopathie bronchique chez l'. La tuberculose hilaire bénigne.... 308

Enfant. Le traitement de l'invagination intestinale irréductible chez l' 726

Enfants. Les hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire des 309

Enfant. Les péritonites généralisées à pneumocoques chez l' 244

Engraissement. Cure d', au moyen de l'insuline prise par la voie buccale 375

Enquête historique. L'.... 672

Epilepsie pleurale. Contribution à l'étude expérimentale des accidents nerveux consécutifs au pneumothorax thérapeutique. 506

Epilepsie traumatique. Le traitement radical de l'; sa raison d'être 801

Epiphyses. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire du genou par l'incrustation de greffons dans les.... 452

Epithélioma baso-cellulaire cutané. Traitement de L', par l'electro-dessication et la roentgenthérapie 340

Epithéliomas cutanés. Sur le traitement radiothérapique des 605

Epithélioma. Epreuves sur la valeur fonctionnelle du foie dans l', leur indication dans les néoplasmes du colon avec ou sans métastases au foie 240

Epithélioma de la prostate. Métastase d'un, dans un sarcome à cellules géantes du mésentère 405

Epithélioma de la région temporale du canthus externe et de la paupière supérieure traité par l'électro-dessication 21

Ergostérol irradié. L'action de l', sur les fractures non consolidées produites chez les animaux.... .... 606a

Ergostérol irradié. Valeur comparée de l', et de l'huile de foie de morue dans la prophylaxie du rachitisme 172

Erreur en cholécystographie Les sources d' 381

Erythème noueux. Valeur diagnostique de l'.... 504

Esprit des autres. L' 806

Essai médico-psychologique sur Charles Baudelaire 315

Essai médico-psychologique sur Lamartine 246

Essais thérapeutiques dans la blennorragie aiguë 794

Estomac. L'efficacité du traitement de l'ulcère d', par les bromures et l'hydrate de chloral 438

Estomac. Résultats du traitement chirurgical du cancer de l' 440

Estomac. Deux cas de phlegmons diffus de l' 448

Etats émotionnels. Métabolisme basal et 729

Etincelage dans l'urétrite chronique. L' 306

Extrait hypophysaire postérieur. Diagnostic différentiel de la grossesse par injection intraveineuse d' 501

F

Face. Les cancers de la, et de la bouche. Comment ils commencent; comment s'en préserver 241
Fèces. Le prurit anal et l'acidité des 168
Fer et le cuivre dans le traitement de l'anémie idiopathique (hypochromique). Le.... 238
Fissures anales. Traitement des, par les injections de quinine et d'urée.... 439
Foie. Epreuves sur la valeur fonctionnelle du, dans l'épithélioma; leur indication dans les néoplasmes du colon avec ou sans métastases au 240
Fléchisseur profond de la main. Sutures des tendons du. Opération 28
Formulaire 52, 103, 163, 234, 300 374, 453, 489, 599, 653, 734
Fractures du carpe 112
Fractures du coude. Traitement des 93
Fracture du coude. Traitement Résultat 763
Fractures non consolidées. L'action de l'ergostérol irradié sur les, produites chez les animaux 606a
Fulgurantes. Douleurs, leur traitement.... 442

G

Gangrène pulmonaire. Le traitement du poumon et de la, par l'émétine 803
Gangrène utérine puerpérale. La 792
Gastrectomie partielle. Sur un cas de, pour cancer 89
Gastro-entérites de l'enfance. Les 189
Gastro-entérostomie 56
Gastro-entérostomie. Un cas curieux de syphilis gastrique grave simulant le cancer. Vérification biopsique, combinée au traitement spécifique. Guérison 499
Genou. La luxation du 727
Genou. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire du, par l'incrustation de greffons dans les épiphyses 452
Gestation et de la puerpéralité. La réaction de fixation gonococcique au cours de la.... 120
Gland. Chancre ecthymateux du, avec bubon inguinal 502
Glycémie à jeun au cours de la pneumonie. Les variations du taux. 62
Goitre exophtalmique. Conception récente de l'adénome toxique thyroïdien et de ses relations avec le. Conséquences pratiques. 236
Goitre. Observations personnelles et commentaires 85
Goitre toxique et métabolisme 542 615
Goitre toxique. La radiothérapie dans le 310
Gomme d'épinette. Réactions à la, dans le liquide céphalo-rachidien.... 531
Gosset. Rapport du professeur. Traitement des mastites aiguës de l'allaitement par le bactériophage de d'Hérelle. 239
Grippe du nourrisson. La 443
Grossesse. Céphalées d'origine hypophysaire pendant la.... 240
Grossesse. Diagnostic et diagnostic différentiel de la, par injection intra-veineuse d'extrait hypophysaire postérieur 501
Grossesse ectopique. Sur quelques signes de, qu'il importe de rechercher.... 593
Grossesse ectopique. Un cas rare de 357
Grossesse. La chorée de la 440
Grossesse. Les céphalées durant la 374
Grossesse. Un nouveau procédé de diagnostic honnonal précoce de la 450

H

Hanche. Le traitement précoce de la luxation congénitale de la 116

Hanche. Luxation congénitale de la 382

Hémarthrose traumatique du genou. L' 710

Hématurie par rupture d'une artériole vésicale. Un cas d' 271

Hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire des enfants. Les 309

Hémoptysies dites initiales de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Les 393, 463

Hémorragies tardives des suites de couche. Contribution à l'étude des 603

Hémorragies tardives du post-partum, étude clinique et thérapeutique basée sur 50 préservations bordelaises. Les 604

Hernie-accident. La 264

Hernie inguinale. Un point de technique de la réfection de la paroi dans la 501

Hernie inguino-scrotale gauche étranglée. Sur un cas de 421

Hodgkin. La radiothérapie de la maladie de 725

Honnonal. Un nouveau procédé de diagnostic précoce de la grossesse. 450

Huile de foie de morue. Valeur comparée de l'ergostérol irradié et de l', dans la prophylaxie du rachitisme.... 172

Huile iodée. L'usage de l', (lipiodol et iodipin) dans le diagnostic des arthrites 448

Huméral. Le décollement du condyle 174

Humoraux. Les réglages, dans le coeur (origine et significations) 165

Hydrate de chloral. L'efficacité du traitement de l'ulcère d'estomac par les bromures et l', ... 438

Hydrothérapie dans les bronchopneumonies infantiles. L' 118

Hygiène mentale et considérations économiques. 695

Hygromas kystiques 382

Hypertension artérielle permanente, à allure paroxystique secondaire à un adénome dégénéré du foie. Un cas d' 565

Hypertrophie de la prostate récidivante 721

Hypochlorémie et azotémie. Néphrites et déchloruration 164

Hypophysaire. Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection d'extrait, postérieur 501

Hypophysaire. Céphalées d'origine, pendant la grossesse 240

Hypophysine postérieure. Le déclanchement du travail par injections fractionnées d'extraits 792

Hypotension artérielle dans la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère juxta-pylorique. L'importance de l' 109

Hypotension artérielle. Traitement de l' 226

Hystérectomie. Cancer du col et; résultats de 10 à 25 ans, statistique intégrale.... 604

Hystérectomie élargie pour cancer du col. Les complications post-opératoires après l' 800

I

Incidents et accidents post-opératoires. Un traitement préventif et efficace des.... 166

Incrustation de greffons. Traitement de la tuberculose ostéo-articulaire du genou par l', dans les épiphyses.... 452

Ictère secondaire dissocié à évolution prolongée 627

Ictère prolongé. Cholecytite aiguë avec; drainage mécal de voie biliaire, guérison. 789

Identification d'objets 17

Infection bacillaire dysentérique. Nouvelle méthode pour l'identification du type de l' 175

Infection dentaire et cataracte 311
Infections urinaires. Le traitement des, par les sels de pyridine. 739
Inflammatoires. La roentgenthérapie dans les affections. 446
Inhibition. Deux cas de mort par 610
Inhibition. Mort subite par 610
Insuffisance cardiaque. Action thérapeutique du sucre dans l' 789
Iodé. Le traitement, dans les diarrhées 375
Iodipin. L'usage de l'huile iodée (lipiodol, et) dans le diagnostic des arthrites 448
Irradiation. Action favorable de l', de la région surrénale dans les artérites oblitérantes 446
Ischion. L'ostéomyélite de l', et du pubis 62
Institut scientifique franco-canadien 674
Insuline. Cures d'engraissement au moyen de l', prise par la voie buccale 375
Insuline chez les diabétiques. De quelques erreurs dans l'emploi de l'.... 715
Intoxication duodénale. L'.... 302
Invagination intestinale. Le traitement de l', irréductible chez l'enfant 726
Iritis. Conduite à tenir en présence d'une 172

K

Kystes de l'ovaire non compliqués. Signes et diagnostic. 707

L

Lamartine. Essai médico-psychologique sur 246
Lampe à arc. Le traitement de la tuberculose osseuse par les rayons émis par la 606a
Laparatomies gynécologiques. Les lésions de la vessie dans les 505
Laxatifs dans le traitement de certaines constipations. L'administration fractionnée des 237
Léio-myomes vésicaux. Les 170
Lésions cérébrales dans la coqueluche 719
Lésions des viscères abdominaux. Leur fréquence relative et leur traitement 662
Leucémie myéloïde et radiothérapie 681
Leysin. Rapport de 1929, du médecin-adjoint, société de l'asile de 438
Lipiodol. L'exploration radiographique des voies lacrymales par le 253
Lipiodol. L'usage de l'huile iodée, (et iodipin) dans le diagnostic des arthrites 448
Liquide céphalo-rachidien. Les conséquences d'une réaction positive ou négative du.... 606
Lithiase biliaire et colibacillose 110
Lithiase biliaire. Les indications chirurgicales dans la 283
Lithiase cholédocienne. La.. 640
Lubeck. Le drame 651
Luxation congénitale de la hanche. Le traitement précoce de la 116
Luxation congénitale de la hanche 382
Luxation du genou. La 727
Luxation traumatique de l'épaule chez le jeune enfant 582

M

Mal de Pott. La paralysie dans le 313
Maladie de Reclus. Réalisation expérimentale de la.... 730
Maladie mentale. Evolution de la 159
Malariathérapie. La 40
Malariathérapie. Trois cas de paralysie générale traités par la 141
Mamelon. Ecoulement sanguin du, et son interprétation en rapport avec le cancer du sein 239
Manipulation des articulations. La 313
Maiames infantiles. Indications des différents sérums artificiels dans les. Valeur du rapport: chlore globulaire, chlore plasmatique 60:

Mastites aiguës de l'allaitement. Rapport du professeur Gosset: traitement des, par le bactériophage de d'Hérelle 239
Mèches et copeaux 17
Médicaments digitaliques de remplacement. Les récentes acquisitions pharmacologiques et thérapeutiques dans le groupe des 110
Médicaments. A propos de deux 55
Médication bromurée. Quelques réflexions pratiques sur la 111
Médication nouvelle dans l'otorrhée 173
Médico-légal. Diagnostic, de la mort par embolie graisseuse 64
Mégacolon congénital. Un cas de 24
Mélancoliques. Etats. Atonie vésiculaire et stase biliaire. 699
Membre inférieur. Elimination de la douleur dans l'artérite oblitérante dans l'extrémité du 727
Méningite à bacille diphtérique chez un nourrisson. 793
Méningite purulente à bacilles de Pfeiffer chez le nourrisson 504
Mercure dans le traitement de la syphilis 797
Métabolisme basal dans la grossesse. Le 212
Métabolisme basal et états émotionnels 729
Métabolisme. Goitre toxique et 542
Métastase d'un épithélioma de la prostate dans un sarcome à cellules géantes du mésentère 405
Méthode de choix pour la correction des nez convexes. La 329
Morphologie de l'athlète. La 168
Mort par inhibition. Deux cas de 610
Mort subite par inhibition.... 610
Mortalité infantile. Un programme de lutte contre la 720
Muscles abdominaux. Absence congénitale des 718
Myalgies. De la douleur au diagnostic: Dilatation aiguë du coeur. 743
Myélite. Un cas d'apoplexie séreuse ou encéphalite hémorragique accompagnée de, et de myélite hémorragique 307

N

Naevus pigmentaire verruqueux pileux de la joue. Vaste autoplastie 690
Nécrologie:
E. M. A. Savard 611
Oscar Viau 654
Néoplasmes du colon avec ou sans métastases au foie. Epreuves sur la valeur fonctionnelle du foie dans l'épithélioma; leur indication dans les 240
Néphrectomies. Deux, pour tuberculose sur la constante; localisation du rein malade par la pyélographie endoveineuse 441
Néphrites et déchloruration (hypochlorémie et azotémie.) 164
Nerveux. Contribution à l'étude expérimentale des accidents, consécutifs au pneumothorax thérapeutique (épilepsie pleurale). 506
Neurologique. L'examen, en clientèle 584
Névralgies. Traitement des, par la roengenthérapie 6
Nitritoïdes. Crises, séquelles de 442
Nomination:
Au Conseil de la Faculté de Médecine 68
Comme membre de la Société de Clinique Mentale de Paris 68
Officiers du Conseil d'Administration de l'Union Médicale 127
Officiers du XIème Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.... 127
Membre correspondant de la Société de Neurologie de Paris.... 127
Nouveaux directeurs de l'Union Médicale 181
Nouveaux professeurs agrégés 181
Nomination à la Faculté de Médecine 322

Nourrisson. De l'utilisation des protéines végétales dans l'alimentation du 603
Nourrisson. La grippe du 443
Nourrisson. Méningite à bacille diphtérique chez un 793
Nourrisson. Méningite purulente à bacilles de Pfeiffer chez le 504
Nourrisson. Prophylaxie actuelle de la diphtérie du 718
Nouveau-né. Enfoncement du pariétal gauche chez un 757
Nouveautés de 1929 en obstétrique. Les 378
Nutrition du coeur. Le régime des cardiaques et la 303

O

Ob essions. Les formes cliniques des 670
Obstétrique. Les nouveautés de 1929 en 378
Obstétricale. Nouvel appareil pour le traitement de la paralysie 61
Obstruction intestinale aiguë. Traitement chirurgical de l' 169
Occlusion intestinale. Les bases physiologiques de la thérapeutique salée dans l' 53
Oedèmes au cours de la tuberculose pulmonaire. Les 607
Oedèmes et les états de surchage hydrique dans le premier âge. Les 308
Opération césarienne. Du choix de la méthode de l' 724
Orbite. Volumineux ostéome de l' 553
Ostéome de l'orbite. Volumineux 553
Ostéomyélite. La guérison post-opératoire histologique dans l', chronique et l'utilité de la biopsie comme moyen de diagnostic 727
Ostéomyélite de l'ischion et du public. L'.... 62
Ostéomyélites et Traumatismes 449
Ostéo-synthèses dans le traitement du mal de Pott. Indications et réultats des 56
Otite scarlatineuse. L' 97
Otorrhée. Médication nouvelle dans l' 173
Ovarienne. Transplantation.. 60

P

Paget. Maladie osseuse de 753
Panaris profond par onycophagie 269
Paralysie dans le mal de Pott. La 313
Paralysie diphtérique des membres, guérison par la sérothérapie antidiphtérique.. 609
Paralysie générale. La pyrothérapie avec levure de bière dans la. Le bilan de cinq ans 58
Faralysie générale. Trois cas de, traités par la malariathérapie 141
Paralysie obstétricale... Nouvel appareil pour le traitement de la 61
Paraplégie organique par spasme vasculaire réflexe. Guérison par le traitement médical 451
Parésie intestinale post-opératoire. La. Comment la prévenir et la traiter 500
Pariétal gauche. Enfoncement, du chez un nouveau-né. 757
Parturition. A propos du déterminisme de la 59
Percaine. Anesthésie locale à la 791
Percaine. Nouvelle méthode d'anesthésie rachidienne par la 791
Percaine, un nouvel anesthésique locale. La 661
Périnée. Déchirure complète du 383
Péritonites généralisées à pneumocoques chez l'enfant. Les 244
Pfeiffer. Méningite purulente à bacilles de, chez le nourrisson. 504
Phlébites. Les sangsues dans le traitement des 305
Phlegmons diffus de l'estomac. Deux cas de 448
Photosensibilisation par les sels d'acridine. Un cas de 748
Phrénico-exérèse. La rétraction élective dans la 31

Physiopathologie de la scarlatine 664
Pied ballant paralytique du 675
Pieds-bots. Nouvel appareil pour 383
Placenta praevia. Le traitement actuel du 170
Pleurésie médiastine postérieure et antérieure avec envahissement de la cavité pleurale. Un cas de 416
Pleurésies purulentes aiguës. Le traitement chirurgical des 775
Plis. Les complexes dermatologiques des, et leur traitement 797
Pneumocoques. Les péritonites généralisées à, chez l'enfant. 244
Pneumonie 103
Pneumonie. Les variations du taux de la glycémie à jeun au cours de la 62
Pneumonie. Nouvelles observations sur la diathermie dans la 804
Pneumothorax insatiable. Le 450
Pneumothorax par effort ou par contusion thoracique. Le 608
Pneumothorax spontané idiopathique bénin. Le 608
Pneumothorax thérapeutique. Contribution, à l'étude expérimentale des accidents nerveux consécutifs au, (épilepsie pleurale).... 506
Post-opératoires. Acidose et alcalose 662
Post-opératoires. Des complications, intra-abdominales dans l'appendicite. 377
Post-opératoires. Les complications, après l'hystérectomie élargie pour cancer du col. 800
Post-opératoire. La parésie intestinale. Comment la prévenir et la traiter 500
Post-opératoire. La guérison, histologique dans l'ostéomyélite chronique et l'utilité de la biopsie comme moyen de pronostic 727
Post-opératoires. Un traitement préventif et efficace des incidents et accidents 166
Post-partum. Les hémorragies tardives du, étude clinique et thérapeutique basée sur 50 observations bordelaises 604
Pott. Indications et résultats des ostéo-synthèses dans le traitement du malade 56
Pott. La paralysie dans le mal de 313
Poumon. Le traitement de l'abcès du et de la gangrène pulmonaire par l'émétine. 803
Poumon. Régulation cholestérolémique et.... 314
Premier âge. Les oedèmes et les états de surcharge hydrique dans le 308
Préventif. Un traitement, et efficace des incidents et accidents post-opératoires.... 166
Prophylaxie actuelle de la diphtérie des nourrissons 718
Prophylaxie de la rougeole. Sur une technique nouvelle applicable à la 607
Prophylaxie du rachitisme. Valeur comparée de l'ergostérol irradié et de l'huile de foie de morue dans la 172
Prostate. Hypertrophie de la, récidivante 721
Prostatectomie. A propos du tamponnement après la.. 600
Prostatectomie par voie sus-pubienne avec fermeture de la vessie. 57
Prostatiques. Le reflux vésico-urétéral chez les 379
Protéines végétales dans l'alimentation du nourrisson. De l'utilisation des 603
Protéinothérapie locale des collections purulentes. La 660
Prurit anal et l'acidité des fèces. Le 168
Ptose gastrique. Traitement chirurgical de la, par suspension et coulissage de la grande courbure 112
Pubis. L'ostéo-myélite de l'ischion et du 62
Puerpérale. La gangrène utérine. 792
Puerpéralité. La réaction de fixation gonococcique au cours de la gestation et de la 120

Pulmonaires. L'émétine comme traitement des suppurations, non amibiennes 246
Pulmonaire. L'examen, en clientèle 637
Pyélographie endoveineuse. La 486
Pyélographie endoveineuse. Deux néphrectomies pour tuberculose sur la constante; localisation du rein malade par la 441
Pyélographie intra-veineuse. Notre récente expérience avec la 721
Pylorique. Un cas de sténose, d'origine spécifique. 80
Pyloro-duodénites. Contribution à l'étude des 56
Pyridine. Le traitement des infections urinaires par les sels de 739
Pyrothérapie avec levure de bière dans la paralysie générale. La. Le bilan de cinq ans 58

Q

Quinine. Traitement des fissures analdes par les injections de, et d'urée 439

R

Rachitisme. Les causes, la prophylaxie et le traitement du 503
Rachitisme. Les causes anciennes du 444
Rachitisme . Valeur comparée de l'ergostérol irradié et de l'huile de foie de morue dans la prophylaxie du 172
Radiographique. L'exploration des voies lacrymales par le lipiodol 253
Radiologique. Tumeurs du rhino-pharynx à propagation crânienne. De leur diagnostic précoce; importance de l'examen 506
Radiothérapie dans certaines affections cardio-vasculaires. La 665
Radiothérapie dans le goitre toxique. La 310
Radiothérapie de certaines dermatoses 115
Radiothérapie de la maladie de Hodgkin. La 725
Radiothérapie du sympathique dans certaines affections cardio-vasculaires 725
Radiothérapie du cancer du col de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue parisienne 666
Radiothérapie. La, du cancer du col de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue parisienne 176
Radiothérapique. Sur le traitement, des épithéliomas cutanés 605
Rapport de 1929, du médecin-adjoint, société de l'asile de Leysin 438
Rate. Une réaction biologique de la, provoquée par le sang des rats porteurs de tumeurs 177
Réaction de Bedreska. Diagnostic de la salpingite tuberculeuse 722
Réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien. Les conséquences d'une 606
Réaction de fixation gonococcique au cours de la gestation et de la puerpéralité 120
Reclus. Réalisation expérimentale de la maladie de 730
Reflux vésico-urétéral chez les prostatiques. Le 379
Régime des cardiaques et la nutrition du coeur 303
Régulation cholestérolémique et poumon 314
Rein. Deux néphrectomies pour tuberculose sur la constante: localisation du, malade par la pyélographie endoveineuse.... 441
Rétention lochiale après la césarienne classique. La 113
Rétention urinaire avec symptômes graves. A propos d'un cas de 630
Rétraction élective dans la phrénico-excérèse. La 31
Rétrécis. L'azotémie chez les.... 379
Rectum. Rétrécissement du, au cours de curiethérapie intra-utérine. 790

Rhéaume. Le professeur P. Z., au Congrès de chirurgie de Paris le 16 octobre 1930 735
Rhino-pharynx. Tumeurs du, à propagation crânienne. De leur diagnostic précoce; importance de l'examen radiologique. 506
Rhumatismale. Une stastitique, de la région 54
Rhumatisme cardiaque aigu. Contribution à l'étude histologique du 449
Roentgenthérapie. Traitement des névralgies par la 61
Roentgenthérapie dans les affections inflammatoire La 446
Roséole infectieuse biotropique au cours du traitement arsenical 668
Roue des choses La 605
Rougeole et tuberculose 309
Rougeole. Sur une technique nouvelle applicable à la prophylaxie de la 607

S

Sacrocoxalgie. Le double enchevillement autoplastique dans le traitement de la 801
Salpingite tuberculeuse. Diagnostic de la. Réaction de Bedreska 722
Salpingite. Une étude détaillée basée sur l'étude de 545 cas. 60
Sanatorium. Comment classer de façon pratique les tuberculeux dans un 669
Sangsues dans le traitement des phlébites. Les 305
Scarlatine. Etiologie, pathogénie et physiologie anatomique de la. XXème Congrès français de médecine 242
Scarlatine. Physiopathologie de la 664
Scarlatine. Sur le rôle du streptocoque dans la 380
Scarlatineuse. Otite.... 97
Scoliose. Le traitement de la, par la compensation. Sein. Ecoulement sanguin du mamelon et son interprétation en rapport avec le cancer du 239
Séméiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance. Etude critique de la.... 171
Sérologie. La, a-t-elle transformé le problème du diagnostic et du traitement de la syphilis 114
Sérothérapie antidiphtérique. Paralysie diphtérique des membres, guérison par la.... 609
Sérums artificiels dans les marasmes infantiles. Indications des différents, valeur du rapport; chlore globulaire, chlore plasmatique 601
Sexe. Pour déterminer à sa guise le, d'un enfant. 793
Shock obstétrical. 477
Shock opératoire par des grandes infusions. Du traitement du 305
Spasme vasculaire réflexe. Paraplégie organique par; guérison par le traitement médical 451
Société de Chirurgie de Montréal 179, 249, 319, 388, 511
Société Médicale de Montréal 65, 121, 178, 248, 317, 386, 509 731.
Sonde à demeure. Les indications de la 221
Staphylorraphie. Technique de la, dans les divisions simples du voile du palais 312
Stase biliaire. Etats mélancoliques, atonie vésiculaire et 659
Sténose pylorique d'origine spécifique. Un cas de.... 80
Stercorome caecal avec diverticulose sigmoidienne. Un cas de.... ....276 356
Stéréoradiographie. Téléradiographie et 787
Stérilité féminine 771
Stérilité d'origine tubaire. La chirurgie de la 505
Streptocoque dans la scarlatine. Sur le rôle du 380
Substances minérales. Un nouveau biscuit de blé irradié contenant des vitamines et des 304
Sucre dans l'insuffisance cardiaque. Action thérapeutique du, ... 789

Suites de couche. Contribution à l'étude des hémorragies tardives des 603
Suppurations pulmonaires non amibiennes. L'émétine comme traitement des 246
Surcharge hydrique. Les oédèmes et les états de, dans le premier âge 308
Surrénale. Action favorable de l'irradiation de la région, dans les artérites oblitérantes 446
Sympathique. La radiothérapie du, dans certaines affections cardio-vasculaires 725
Syphilis arséno-récidivantes 721
Syphilis gastrique grave, sans tumeur, simulant le cancer. Un cas curieux de.... Vérification biopsique. Gastro-entérostomie combinée au traitement spécifique. Guérison. 499
Syphilis. La sérologie a-t-elle transformé le problème du diagnostic et du traitement de la 114
Syphilis. Le mercure dans le traitement de la 798

T

Tamponnement après la prostatectomie. A propos du 600
Technique de la réfection de la paroi dans la hernie inguinale. Un point de 501
Technique de la staphylorraphie dans les divisions simples du voile du palais 312
Technique de ventrofixation de l'utérus. Une 312
Technique nouvelle applicable à la prophylaxie de la rougeole. Sur une 607
Téléradiographie et stéréoradiographie. 787
Thérapeutique salée dans l'occlusion intestinale. Les bases physiologiques de la.... 53
Transplantation intestinale des uretères. La 561
Traumatismes. Ostéomyélites et 449
Travail. Le déclanchement du, par injections intra-musculaire de doses factionnées d'extraits hypophysine postérieure. 792
Tubaire. La chirurgie de la stérilité d'origine 505
Tuberculeuse de l'enfance. Etude critique de la séméiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique 171
Tuberculeux. Anorexie du 786
Tuberculose. Deux néphrectomies pour, sur la constante; localisation du rein malade par la pyélographie endoveineuse. 441
Tuberculeuse. Un critérium d'activité des lésions pulmonaires. Les fièvres menstruelles 63
Tuberculeux dans un sanatorium. Comment classer de façon pratique les 669
Tuberculose. Calcification des cartilages et 802
Tuberculoses chirurgicales. Le traitement des, par l'antigène méthylique 716
Tuberculose et Tuberculides cutanées 218
Tuberculose fongueuse du voile du palais 412
Tuberculose hilaire bénigne. Conceptions actuelles de l'adénopathie bronchique chez l'enfant. La 308
Tuberculose osseuse. Le traitement par les rayons émis par la lampe à arc.... .... 606a
Tuberculose ostéo-articulaire du genou. Traitement de la, par l'inscrustation de greffons dans les épiphyses 452
Tuberculose pulmonaire de l'adulte. Notes sur la topographie des esaimages endobronchiques dans la 208
Tuberculose pulmonaire de l'adulte. Recherches complémentaires sur la 310
Tuberculose pulmonaire des enfants. Les hémoptysies dans la.... 309
Tuberculose pulmonaire. La Climathothérapie dans le traitement de la 483

Tuberculose pulmonaire. Les oedèmes au cours de la.... 607
Tuberculose rénale. Des erreurs dans le diagnostic de la 662
Tuberculose. Rougeole et.... 309
Tumeurs du rhino-pharynx, à propagation crânienne. De leur diagnostic précoce; importance de l'examen radiologique 506

U

Ulcères de l'estomac. L'efficacité du traitement de l', par les bromures et l'hydrate de chloral 438
Ulcère juxtra-pylorique. L'importance de l'hypotension artérielle dans la pathogénie et le diagnostic de l' 109
Ulcères perforés de l'estomac. Considérations sur le traitement des 578
Ulcères variqueux. Le traitement des, par l'acétycholine 502
Ulcus gastrique à symptomatologie tabetiforme 53
Ulcus perforé en péritoine libre. 760
Urée. Traitement des fissures anales par les injections de
Uretères. La transplantation intestinale des 561
Urètre. Rupture traumatique de l' 57
Urétrite chronique. L'étincelage dans l' 306
Urétrite gonococcique antérieure aiguë. Guérison de l', par l'acriflavine 306
Utéro-salpingographie. Etat actuel de l' 243
Utérus. Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l', au début 447
Utérus. Une recherche sur la cause intrinsèque et la nature du cancer du col de l'.... 311
Utérus. Une technique de ventrofixation de l' 312

V

Vaccins dans le traitement de la blennorragie. De l'action et de l'inefficacité des 796
Vaccinothérapie et sérothérapie dans l'appendicite aiguë gangreneuse avec péritonite diffuse.... 215
Végétations adénoïdes tuberculeuses. Deux cas de 273
Ventrofixation de l'utérus. Une technique de 312
Vertèbres d'ivoire. A propos des 61
Vésico-urétéral. Le reflux, chez les prostatiques 379
Vessie. Le diverticule de la, chez la femme..... 794
Vessie. Les lésions de la, dans les laparatomies gynécologiques 505
Viscères abdominaux. Lésions des. Leur fréquence relative et leur traitement. 662
Vitamines. Les 304
Vitamines. Un nouveau biscuit de blé irradié et contenant des, et des substances minérales 304
Voies lacrymales. L'exploration radiographique des, par le lipiodol 253
Voile du palais. Technique de la staphylorraphie dans les divisions simples du 312
Voile du palais. Tuberculose fongueuse du 412
Voyage aux Stations Thermales et Climatiques de France 323

NOMS D'AUTEURS

A

Amyot, Roma ....P. 654
Archambault, G. P. 141, 340, 537
Archambault, P. R. ....P. 416

B

Badeaux, F. ....P. 646
Baril, G. .... P. 542, 615
Bellerose, A. ....P. 93, 136, 215, 259, 362, 489, 753.
Bertrand, A. ....P. 531
Blagdon, L. ....P. 578
Blondel, A. ....P. 226
Boucher, R. .... P. 269, 347, 748
Bourgeois, B. G. ....P. 561
Brault, J ....P. 273, 412

C

Cardis, F. ....P. 31, 208
Champeau, Jean ....P. 212
Chênevert, R. ....P. 490
Comtois, A. ....P. 24

D

DeBellefeuille G. Lef. ....P. 159
Décary, C. A. ....P. 414
DeGuise, A. ....P. 60
Doré, R. ....P. 85
Dubé, Edmond .... P. 582 653
Dumas, B. ....P. 630

F

Fauteux, M. ....P. 710, 760
Fontaine, R. .... P. 17 651

G

Gariépy, L. H. ....P. 412
Gélinas, H. 766
Gérin-Lajoie L. ....P. 105, 129 357, 593.

H.

Houle, J. F. ....P. 702

J.

Jacquelin, A. ....P. 393, 463
Joannette, J. A. .... P. 31, 208

L

Lafitte, H. ....P. 283
Lapierre, G. .... P. 43
Lapointe, J. ....P. 97
Lassalle, A. .... P. 253
Legrand, E. .... P. 632
LeSage, A. .... P. 1, 103, 234, 613 743.
Letondal, Paul ....P. 599
Lian C. .... P. 226, 301
Lafleur, A. .... P. 681

M

Magnan, L. A. ....P. 290, 423, 771
Marchildon, Paul .... P. 89
Marin, A. .... P. 21, 141, 218, 340 412, 537.
Marion, D. .... P. 147, 163, 300 374 757.
Mercier, O. ....P. 150, 221, 233 271 360, 486, 571, 739.
Mouriquand, G. .... P. 189
Mousseau, J. A. ....80, 276, 356 565.

N.

Noel, O. ....P. 695

P

Pelletier, Fred ....P. 611
Pépin, J. R. .... P. 627
Pinsonneault G. .... P. 477
Poirier, Paul ....P. 40
Préfontaine, G. ....P. 106

R

Rivard, J. H. P. 28, 145, 421, 763
Roy, J. N. P.329 553

S

St-Jacques, E. ....P. 436
Saucier, Jean ....P. 367, 584
Simard, Ch. .... P. 405
Smith, P. .... P. 283, 640, 775
Samson, J. E. .... P. 675

T

Thomson, S. C. ....P. 5
Trottier, E. .... P. 264

V

Vidal, J. A. ....P. 483, 637, 786