

LA  
SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DES  
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE QUÉBEC

---

BUREAU DE DIRECTION :

*Président*.....M. le Professeur A. ROUSSEAU  
Doyen de la Faculté de Médecine.  
*Vice-Président*.....M. le Professeur J. GUERARD  
*Secrétaire*.....M. le Docteur R. DESMEULES  
*Trésorier*.....M. le Docteur G. DESROCHERS

---

REDACTION :

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au secrétaire, le Dr R. Blanchet, Ecole de Médecine, Université Laval, Québec.

---

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec paraît tous les mois. Il est publiée par "Le Bulletin Médical de Québec Inc." Le prix de l'abonnement annuel est de trois dollars.

Pour ce qui relève de l'administration et de la publicité on doit correspondre avec le Docteur Geo. Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

## SOMMAIRE

---

Juin 1933

---

### — MEMOIRES —

	Pages
Quelques accidents de l'Aurothérapie.....	
ROLAND DESMEULES	173
A propos des Lésions des Ménisques du Genou.....	
PAUL ROGER	175
Etat polykystique des Poumons avec Tuberculose associée.....	
R. DESMEULES et J.-E. MORIN	180
INFORMATION MEDICALE .....	192
LIVRES REÇUS .....	198

## “Quelques accidents de l'Aurothérapie”

ROLAND DESMEULES

de l'Hôpital Laval.

Depuis un certain temps la presse médicale française, qui est celle qui nous intéresse le plus, contient de nombreux articles sur les résultats heureux de l'aurothérapie en tuberculose pulmonaire.

Cet enthousiasme tardif me paraît pour le moins exagéré. Après avoir traité 155 patients par les sels d'or à doses modérées, il est un fait qui me frappe plus que tout autre c'est l'absence d'innocuité de cette médication chez un grand nombre de malades.

Je ne vous parlerai pas des accidents peu fréquents et sans gravité tels que les petites réactions fébriles, les malaises généraux, qui n'empêchent pas la poursuite du traitement. J'attirerai votre attention sur les troubles intestinaux, l'albuminurie et les accidents cutanés.

La diarrhée est l'accident le plus fréquent. Elle survient en général, quelques heures après une des premières injections et s'accompagne de douleurs abdominales, de nausées et d'inappétence. J'ai constaté qu'elle augmentait avec l'élévation des doses de sels d'or et qu'elle était aussi fréquente avec la sanocrysine, la crysalbine ou le solganal.

Souvent, après un à deux jours, si le régime est approprié, la diarrhée disparaît. Malheureusement, bien des fois elle persiste et a tendance à devenir chronique.

38% de mes malades ont présenté cet accident. Dans 30% des cas traités la diarrhée fut prolongée et força à l'abandon du traitement.

Contrairement à l'opinion d'un certain nombre d'auteurs

dont Léon Bernard et Ameuille, je considère que la diarrhée est un accident sérieux qui doit obliger, suivant son intensité et sa durée, à diminuer ou à éloigner les doses et souvent à abandonner la chrysothérapie.

Comment ne pas croire à l'influence néfaste sur la tuberculose pulmonaire de la diarrhée prolongée avec son facteur dénutritif, lorsqu'on employait les sels d'or à doses élevées. Je l'ai rencontré chez 5% de mes malades. Une seule fois l'albuminurie fut passagère et permit de continuer le traitement. Persistante dans les autres cas elle m'obligea à interrompre l'aurothérapie.

La recherche de l'albumine dans les urines avant chaque injection nous met à l'abri d'accidents qui peuvent être sérieux.

Les patients soumis à la chrysothérapie peuvent présenter des accidents cutanéomuqueux qui ressemblent beaucoup à ceux causés par l'arsenic et le mercure. Ils sont toujours accompagnés de prurit.

Sur les muqueuses nous rencontrons les stomatites ulcéreuses et leuco-kératosiques. Les troubles cutanés consistent soit en urticaire fugace, en érythème localisé ou généralisé, soit en dermite exfoliatrice, parfois mortelle.

5% de mes malades ont eu des réactions cutanéomuqueuses. Deux fois j'ai observé une érythro-dermie exfoliatrice à caractères sérieux. J'ai encore dans mon service un malade qui, après une dose totale de 1 gr. 48 de solganal, eût une stomatite suivie de dermite exfoliatrice presque généralisée. Ce patient, 4 mois après le début de cet accident et l'abandon du traitement aurique, présente encore des lésions cutanées étendues. Certaines parties de la peau offrent à la vue la pigmentation curieuse, teinte lilas-mauve, décrite par Cardis et Malinsky.

Ce court exposé des accidents de l'aurothérapie permet, je le crois, d'être en garde contre une thérapeutique qui demande à être employée avec prudence. N'oublions pas le vieux précepte "primum non nocere". C'est lui qui doit nous guider en phthisiothérapie comme en tout autre domaine de la pratique médicale.

## A propos des lésions des ménisques du genou.

PAUL ROGER

de l'Hôpital Laval.

Depuis quelques années, les lésions des ménisques du genou ont fait l'objet d'études importantes; la question semble avoir été mise au point et rares sont les chirurgiens qui n'en possèdent pas les dernières données.

Néanmoins, nous avons pensé qu'il pourrait être utile de vous apporter une nouvelle observation qui présente, à notre avis, des points assez particuliers.

Mlle B. P. âgée de 16 ans, entre à l'Hôpital Laval le 4 janvier dernier, sur les conseils de son médecin de famille qui se croit en présence d'une tumeur blanche du genou droit. Pour appuyer son diagnostic, le médecin nous raconte l'histoire suivante:

"Les antécédents familiaux de la malade sont très chargés: sa mère est morte il y a 14 ans à la suite d'une affection pulmonaire prolongée; elle vit depuis 12 ans avec une belle-mère dont l'état de santé laisse à désirer et qui a une sœur poitrinaire; une de ses sœurs est atteinte de tuberculose vertébrale avec fistules depuis plusieurs années; enfin, une autre sœur âgée de 10 ans a toujours été malade.

"Les antécédents personnels sont cependant dépourvus d'intérêt.

"Au début du mois de novembre 1932 (toujours d'après les dires du médecin) la malade commence à souffrir de son genou droit. Peu à peu, l'articulation augmente de volume, la peau devient rouge et chaude et la marche très pénible. La jambe se fixe en légère flexion sur la cuisse et les tentatives

de redressement arrachent des cris à la malade. Les essais de marche activent les douleurs et font augmenter le gonflement, alors que le repos semble apporter au contraire une légère amélioration."

Le temps très limité dont nous avons à disposer pour cette consultation nous empêche de contrôler les déclarations du médecin en faisant un interrogatoire serré de notre patiente. Nous devons nous contenter d'un examen rapide qui nous fait voir qu'après deux mois de maladie, son état est à peu près le même: genou légèrement fléchi, augmenté de volume, chaud et douloureux au niveau de sa face interne; épaissement de la synoviale (?), présence de nombreux ganglions dans les deux aines sans prédominance marquée du côté malade.

En face d'une telle association de symptômes, chez un sujet dont les antécédents familiaux sont nettement tuberculeux, le diagnostic de début de tumeur blanche nous paraît évident et la malade est mise au repos absolu.

Nous avons l'occasion de la revoir un mois plus tard, au commencement de février, alors que nous prenons charge du service.

Son état s'est légèrement amélioré: le gonflement du genou a diminué, les téguments se sont assouplis; la palpation révèle une zone de sensibilité très nette correspondant à la moitié antérieure du ménisque interne. L'articulation est toujours en flexion légère et les tentatives de mobilisation réveillent encore des douleurs que la malade situe un peu en dedans du bord interne de la rotule.

L'interrogatoire que nous avons négligé de faire lors de notre premier examen, parce que nous avons jugé suffisants les renseignements fournis par le médecin de famille, nous donne des détails précieux quant au début de l'affection: le 14 novembre dernier, à 11 heures du matin, la malade, jusque là bien portante, a été prise d'une douleur violente avec sensation d'arrachement dans son genou droit en faisant un mouvement pour se relever de la position accroupie. Son genou s'est bloqué en légère flexion et elle s'est trouvée subitement dans l'impossibilité de l'étendre complètement.

En somme, notre malade nous fait la description d'une histoire typique de lésion méniscale avec blocage du genou et notre premier diagnostic de tumeur blanche tombe de lui-même.

Après quelques tentatives infructueuses de mobilisation, le membre étant toujours contracturé en flexion légère, un sac de glace est appliqué en permanence sur le genou en attendant la disparition des phénomènes articulaires.

**Nouvel examen le 15 février.** Les deux genoux ont sensiblement le même volume et la même température; la palpation de la région correspondant au ménisque interne est moins douloureuse, mais l'articulation malade est toujours bloquée dans la même position.

Procédant avec douceur, nous arrivons à fléchir le genou jusqu'à dépasser l'angle droit; dès ce moment, la malade se sent soulagée et elle peut presque sans douleur exécuter les mouvements normaux de flexion et d'extension. Elle perçoit, tout au plus, la présence de quelque chose qui se déplace dans son genou. En effet, la jambe étant en extension, il est facile de se rendre compte que la partie antérieure du ménisque interne est anormalement libre.

Une ménisectomie faite quelques jours plus tard nous montre un ménisque dont la corne antérieure est complètement arrachée.

Nous tenons à préciser brièvement deux points de cette observation: c'est d'abord la confusion possible entre les lésions traumatiques et la tumeur blanche du genou; c'est en second lieu la durée très longue du blocage.

Comme vous le pensez bien, l'erreur de diagnostic commise au moment de la première consultation aurait pu être évitée si nous avions eu la sagesse de contrôler la véracité des faits rapportés par le médecin de famille. Dans le cas qui nous intéresse, nous n'avons pas eu de suites fâcheuses à déplorer, mais cela prouve une fois de plus que l'examen doit toujours être complet. Tout de même, si nous n'avions pas eu affaire à une malade intelligente, répondant convenablement à toutes nos questions, nous aurions été très embarrassé.

sés, car à des antécédents familiaux assez troublants s'associaient des signes cliniques qui prêtaient à la confusion. Il est vrai que l'absence de réaction ganglionnaire particulière du côté malade aurait dû nous mettre dans le doute, puisque cette réaction est un signe constant dans les tuberculoses ostéo-articulaires. Il faut dire cependant que notre malade étant très grasse, il devenait plus difficile d'établir une différence entre les deux aines remplies de ganglions.

Le deuxième point intéressant, avons-nous dit, c'est la durée exceptionnellement longue du blocage articulaire.

En effet, les blocages qui durent plus de trois mois ne sont pas très communs dans la littérature médicale. Habituellement, le blocage est fruste et la plupart des malades y mettent fin d'eux-mêmes, nous dirions instinctivement, en exécutant certains mouvements et surtout des mouvements de flexion.

D'après les constatations opératoires de Mouchet et Tavernier, le blocage prolongé, stable, est toujours consécutif au déplacement vers l'espace inter-condylien d'un ménisque déchiré en anse de seau. Or, chez notre malade, nous n'avons pas constaté de semblable lésion; seule la corne antérieure du ménisque était arrachée. Mais alors comment expliquer la longueur et la stabilité du blocage?

La physiologie des articulations nous enseigne que les ménisques suivent les condyles dans leurs déplacements. Dans l'extension, les condyles exécutent un mouvement de glissement et de roulement en avant sur les plateaux tibiaux, repoussant les ménisques dans la même direction; dans la flexion, les condyles glissent et roulent en arrière, entraînant les ménisques avec eux.

Dans le cas qui nous intéresse, on peut affirmer presque à coup sur que, la jambe s'étant mise brusquement en extension, le ménisque a été coincé et arraché de sa corne antérieure, au lieu d'être refoulé en avant par le condyle. Mais si ce mécanisme nous fait comprendre la limitation de l'extension, il nous fait voir en même temps que la flexion n'est pas entravée et que les moindres mouvements dans ce sens vont provoquer le dégagement du ménisque.

Peut-être s'agissait-il tout simplement de contracture de défense, d'immobilisation, comme cela se voit dans presque toutes les affections des articulations; contracture qui aurait cédé en même temps que les phénomènes réactionnels articulaires.

C'est à cette dernière hypothèse que nous nous arrêtons et nous accueillerons avec plaisir toutes celles qui pourraient être émises sur la pathogénie de ce blocage.

— x x x —

## Etat Polykystique des Poumons avec Tuberculose Associée

R. DESMEULES et J. E. MORIN

L'observation qui fait le sujet de cette présentation est intéressante par sa rareté et les discussions radiologiques et anatomo-pathologiques qu'elle soulève.

Le 22 janvier 1929, une femme de 63 ans entre à l'Hôpital Laval pour tuberculose pulmonaire.

Le début de la maladie semble remonter à l'année 1908. La patiente présente à cette époque une hémoptysie fébrile considérable.

Pendant les années qui suivent et jusqu'à l'entrée dans le service l'état général se maintient bon malgré de fréquentes hémoptysies, une toux et des expectorations chroniques.

L'histoire des antécédents nous apprend que la patiente mariée à 18 ans eut quatorze enfants à terme et deux fausses couches. Elle subit une hystérectomie et une ovariectomie double en 1908. Un fils est mort de tuberculose pulmonaire. Un frère est atteint de la même affection. Son mari est décédé de paralysie générale.

L'examen nous permet d'affirmer l'existence de tuberculose chronique, ulcéro-fibreuse, aux régions supérieures des poumons. Il y a des bacilles de Koch dans les crachats.

La malade améliorée quitte l'Hôpital en novembre 1929.

Elle nous revient quelques mois plus tard atteinte d'hémoptysie grave. Les crachats contiennent à chaque examen des bacilles tuberculeux. La dyspnée est assez marquée. La tension veineuse est de 21.

Doc

l'ée

est  
et

tal

OS  
ile

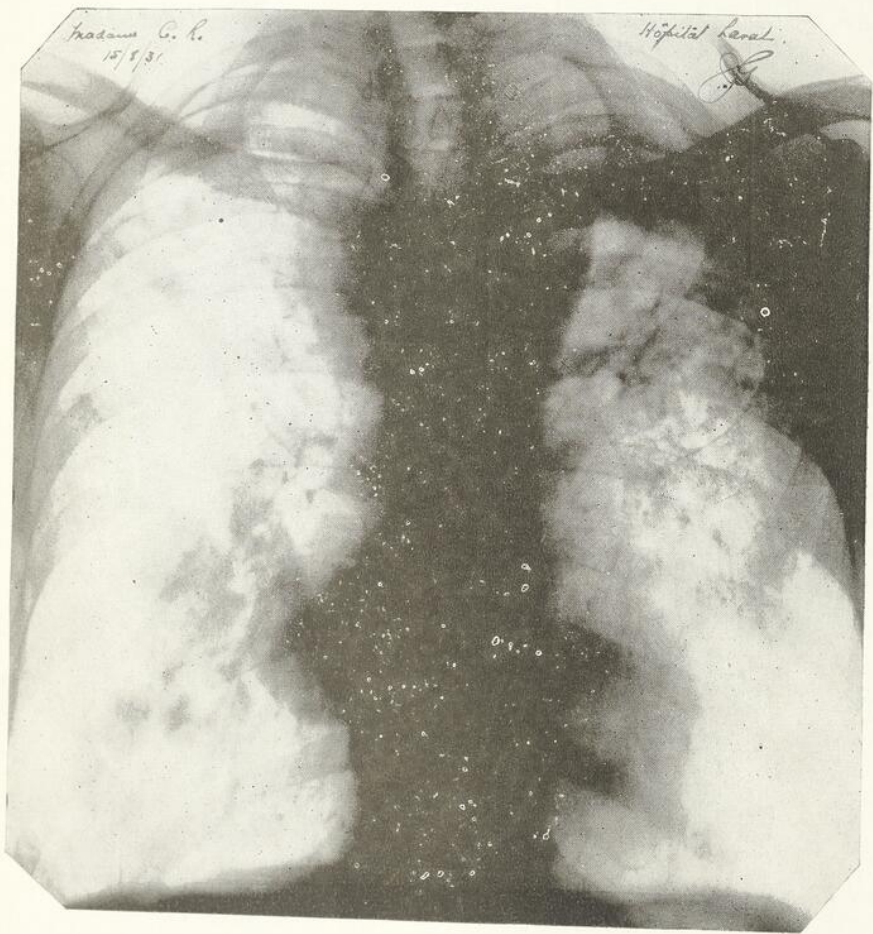
ans  
en-  
s

ite  
is-  
to-  
no-  
ari

er-  
les

29

é-  
en  
La



Une radiographie prise quelque temps après l'entrée frappe notre attention.

Nous constatons plusieurs opacités arrondies d'étendue variable dans la partie inférieure de la plage pulmonaire droite. A gauche il existe une seule opacité de même forme, plus petite et moins dense.

Les régions supérieures surtout gauches sont parsemées d'ombres à caractères ordinaires. La région supéro-médiane est très opaque, élargie, à contours nets.

Le premier diagnostic qui nous vient à l'esprit en présence de ces opacités arrondies est celui de gommés syphilitiques. Notre malade a perdu son mari de paralysie générale; elle eut deux fausses couches; un Bordet-Wasserman fait à l'entrée est positif. Mais, il n'existe pas de stigmates de syphilis; de nouvelles réactions de Bordet-Wasserman sont négatives, le Kahn est négatif; un traitement anti-spécifique ne donne pas de modifications des opacités.

**Nous pensons à la possibilité de cancer primitif ou secondaire des poumons.** Nous écartons ce diagnostic parce que les opacités demeurent stationnaires. De plus, après inclusion dans la paraffine des crachats centrifugés on ne trouve aucun élément néoplasique dans les divers échantillons examinés. Un examen général attentif suivi de transit-digestif, de toucher vaginal et rectal est négatif.

Pour éliminer le diagnostic de mycose pulmonaire nous demandons la recherche des champignons dans les expectorations. L'ensemencement sur milieu de Sabouraud démontre l'existence de Blastomycètes. Mais n'oublions pas que notre malade est tuberculose cavitaire et que des champignons saprophytes, venant des voies respiratoires supérieures ou de la surface des cavernes, peuvent se trouver dans les crachats des bacillaires.

Le diagnostic qui nous arrête le plus est celui de lymphogranulomatose. Cette maladie peut expliquer les noyaux multiples dispersés dans les poumons. Nous avouons que cette idée nous paraît difficile à soutenir quelques mois après

la première radiographie. De nouveaux clichés nous indiquent les mêmes opacités, de même étendue.

Pendant cette période d'étude et de diagnostics hésitants, l'état de notre malade s'aggrave. La phtisie fait son chemin aidée par l'insuffisance cardiaque droite et la mort survient le 19 mai 1932.

### Protocole d'Autopsie

Autopsie: Cadavre d'une femme âgée, normalement constituée, très maigre.

#### Ouverture du cadavre:

a) **Abdomen: Estomac, intestins** sans aucune lésion macroscopique.

**Foie** rouge foncé: foie de stase.

**Rate** un peu grosse, dure, capsule épaissie (périsplénite).

**Reins:** (1) **gauche** de volume normal; sur son bord externe et sur la face antérieure, quatre kystes à contenu liquide dont la grosseur varie entre celle d'une noisette et celle d'un jaune d'œuf. La décapsulation est facile.

(2) **droit:** dans le parenchyme, de multiples kystes plus petits que dans le rein gauche dont le liquide est clair comme de l'eau de roche.

**Surrénales, pancréas:** sans particularité.

**Utérus, ovaires:** hystérectomie antérieure.

b) **Thorax: Poumon gauche:** Symphyse étendue des deux feuillets de la plèvre avec un épaissement de 7 mm, — pachypleurite. Cette symphyse intéresse le lobe supérieur sur toutes ses faces et s'étend même au lobe inférieur.

**A la Coupe:** deux cavernes occupent en partie le lobe supérieur: l'une mesure 5cm, l'autre 4cm x 4cm. Celle-ci s'ouvre dans une grosse bronche et sur son bord interne on trouve un foyer de gangrène. Ce lobe est réduit à un moignon scléreux. Le lobe inférieur présente de nombreuses bronches dilatées et remplies de pus.

abbe

ndi

nts

ent

sti-

na-

e)

ex-

ite

pe-

me

ux

pe-

ie-

be

le-

er-

mi

de

FACE ANTÉRIEURE

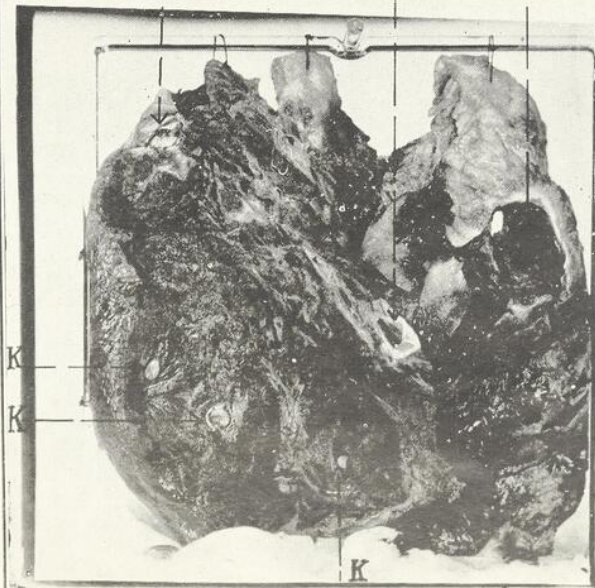
CAVERNE

KYSTE

CAVERNE

P. DROIT

P. GAUCHE



FACE POSTÉRIEURE

CAVERNE

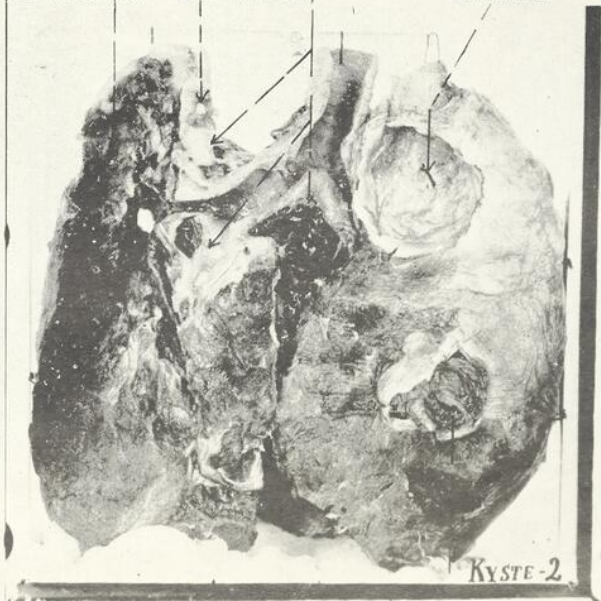
GANGLIONS

KYSTE-1

P. GAUCHE

SCLÉROSE

P. DROIT



De plus, on remarque une forte anthracose. (Fig. 1)

**Poumon droit:** symphyse du lobe supérieur sur toutes ses faces; la plèvre viscérale est épaissie dans la région postérieure, mais il n'y a que quelques brides qui la retiennent à la plèvre pariétale. Tout au sommet, une caverne mesurant 2cm x 3cm.

Sur cette face postérieure, deux kystes rénitents font saillie dans la cavité thoracique; ils sont situés à 4 cm l'un de l'autre; celui du haut mesure 5.2cm x 5.5cm; l'autre de 4.3cm x 3.5cm. (Fig. 2).

**A la coupe,** sur plusieurs tranches, on constate une série de petits kystes (30 environ) de diamètres variables, depuis la grosseur d'un pois à celle d'un jaune d'œuf, exception faite pour les deux gros.

Tous ces kystes renferment un liquide clair, sous tension.

Un grand nombre n'apparaissent pas sur les photos parce qu'ils ont été prélevés pour l'histologie, ou encore, siégeaient dans d'autres tranches du parenchyme.

Le lobe supérieur anthracosique et scléreux renferme des bronches dilatées et remplies de pus.

**Trachée et grosses bronches:** muqueuse hyperhémisée.

**Ganglions trachéo-bronchiques** anthracosiques; l'un d'eux situé à la bifurcation de la trachée renferme des particules calcaires.

**Cœur:** poids 412 grms, sans lésion macroscopique.

**Corps thyroïde:** goître plongeant, type parenchymateux, simple. Voir la radio.

**Diagnostic macroscopique:** Tuberculose ulcéro-fibreuse avec état polykystique des poumons et des reins. Foie de state. Goître parenchymateux plongeant.

#### **Histologie:-**

- a) **Foie:** stase très marquée donnent presque l'aspect du foie interverti.
- b) **Rate:** épaississement de la corticale avec larges bandes scléreuses dans le parenchyme. (périsplénite).

- c) **Surrénales, Pancréas:** Rien de particulier.
- d) **Poumon gauche:** Processus tuberculeux à évolution scléreuse; en plus des cavernes, il existe par-ci par-là de petites gommès tuberculeuses enchâssées dans un tissu conjonctif très dense. L'une de ces gommès est en voie de résorption.

Associés aux lésions tuberculeuses, des phénomènes suppuratifs et de dilatation du côté des bronches et des bronchioles. Dans les grosses bronches, le manchon musculaire est disparu, remplacé par du tissu conjonctif dense.

Dans le lobe inférieur, des lésions discrètes de broncho-pneumonie et d'œdème inflammatoire. Enfin, répartis un peu partout des petits kystes remplis de liquide.

**Poumon droit:** lésions de bronchite purulente et de bronchectasie dans le lobe supérieur; ces lésions sont moins accentuées cependant que dans le poumon gauche. La sclérose est très marquée.

Dans le reste du poumon, de l'œdème inflammatoire.

**Kystes:** Les constatations les plus importantes sont du côté des kystes. Un grand nombre ont été examinés histologiquement. La paroi est formée par une coque conjonctive, plus ou moins épaisse dans laquelle on remarque des fibres élastiques. Là où le processus inflammatoire du voisinage est accentué, les fibres musculaires n'existent pas. Au contraire, dans quelques uns, situés dans le parenchyme normal, on retrouve tous les éléments des bronches et il est possible de suivre la genèse du kyste aux dépens de celles-ci.

La couche interne est tapissée par un épithélium à cellules cubiques; parfois cet épithélium est tellement aplati (cas des grands kystes) qu'il a l'aspect d'un endothélium.

Dans aucune des préparations nous n'avons trouvé de cellules ciliées.

Enfin, tous ces kystes, petits comme grands, étaient remplis de liquide clair. Aucun n'était gazeux.

**Ganglions trachéo-bronchiques:** anthracosiques; l'un d'eux présente des particules calcaires dans le centre.

**Diagnostic histologique:** Tuberculose ulcéro-fibreuse ancienne. Sclérose pulmonaire des lobes supérieurs. Bronchite purulente et bronchectasie. Oédème inflammatoire. Kystes séreux multiples des deux poumons (Etat polykystique).

**Examens chimiques du liquide contenu dans les deux grands Kystes:—**

Kyste No. 1 supérieur:	Kyste No. 2 inférieur:
Couleur: louche opalescent	Couleur: chair comme de l'eau
Réaction acide .....pH. 5.4	Réaction .....pH. 6.2
Albumine .....13‰	Albumine .....trace infime
NaCl .....3.80‰	NaCl .....6.72‰
Urée .....0.25‰	Urée .....0.75‰
Lipoide "cholestérol" néant	Lipoide "cholestérol": néant
Glycogène-gomme iodée neg.	Glycogène ..... <u>négatif</u>
Cytologie qualitative: gl.	Cytologie: aucun élément
rouges, leucocytes	après centrifugation

## DISCUSSION

L'intérêt de cette observation réside beaucoup plus dans le diagnostic que dans sa rareté. En effet, en présence d'un cas de ce genre, le diagnostic de kyste s'impose, mais encore faut-il préciser sa nature.

Est-ce un kyste aérien ou séreux? Est-il congénital ou acquis? C'est en établissant le diagnostic différentiel que nous allons répondre à ces questions.

### 2°—Kystes par obstruction de vaisseaux lymphatiques:

Les kystes gazeux sont des alvéoles emphysémateuses dont la communication avec les bronches existe à l'inspiration, tandis que la sortie de l'air est gênée à l'expiration par suite de la présence d'un clapet qui obstrue la bronche.

Ces kystes aériens peuvent s'infecter et suppurer (cas de Parmelee et Apfelbach); dans ce cas exceptionnel le diagnostic peut présenter une certaine difficulté. D'une façon générale, et de nombreuses publications en font foi (Ondental,

Herley, Gibson, Eloesser, etc) ces kystes aériens ne s'infectent pas. La paroi est tapissée par un épithélium cylindrique ou cilié, parfois elle est recouverte par d'énormes plasmodes (cas de Sabrazes), tels que signalés par Masson dans sa lympho-pneumatose kystique.

La présence du liquide clair, dans notre cas, éliminait le kyste gazeux.

### 2°—**Kystes par obstruction de vaisseaux lymphatiques:** (Lymphangiome?)

Nous envisageons ce diagnostic parce que Virchow a soutenu cette pathogénie dans l'état polykystique du poumon.

Un coup d'œil sur l'analyse chimique du contenu des deux kystes nous fait éliminer ce diagnostic. En effet, trace d'albumine, pas de lipoïde. Au contraire, dans la lymphe il y a des protides et des lipides. De plus, il y a des leucocytes en abondance. Dans notre liquide No. 2, rien de tout cela.

Enfin, la paroi des vaisseaux lymphatiques est tapissée par un endothélium et non par une couche de cellules épithéliales cubiques.

### 3°—**Kystes à échinocoques:**

Ce diagnostic différentiel doit nous retenir plus longuement à cause de sa fréquence dans le poumon, et aussi parce que ce fut tout d'abord le diagnostic posé en collaboration avec mes amis Desmeules et Rousseau.

Les examens chimiques, biologiques et surtout histologiques nous ont fourni des résultats opposés.

1°—En effet, le liquide de ces kystes a été tout centrifugé afin de rechercher des scolex ou des crochets. Nos recherches ont été négatives à ce point de vue. Or, nous savons, que ces spicules sont constitués par une substance très dure, la "chitine", qui se conserve intacte même si l'embryon est mort depuis très longtemps.

La paroi de l'un d'eux a été râpée afin de rechercher les crochets, mais les résultats sont restés négatifs.

2°—L'analyse chimique ne fournissait guère de renseignements. En effet, les dosages de l'albumine et des chlorures n'avaient aucune signification pathognomonique, car le chiffre des chlorures, en particulier dans le kyste hydatique, est de 5, à 8‰, ce qui se rapproche du chiffre du liquide No. 2.

Un fait qui peut avoir une grande importance, c'est la présence de l'urée dans les deux échantillons. Or, nous ne trouvons signalé nulle part la présence de l'urée dans le kyste hydatique, tandis que Dieulafoy signale sa présence dans le liquide des reins polykystiques.

Cependant, pour notre part, nous n'attachons pas à ce symptôme une importance démesurée, car l'urée étant le produit d'une dégradation de substances azotées, les hydatites devraient en éliminer comme tous les êtres vivants.

La réaction de Dopter "gomme iodée" pour la recherche du glycogène s'est montrée négative, tandis que dans le kyste hydatique elle est toujours positive. Nous n'avons pas fait la réaction de Weinberg, Fauve, fixation du complément.

3°—L'étude des coupes histologiques nous **fournissait des preuves négatives beaucoup plus grandes**: Nous avons donné plus haut la structure des parois de ces kystes: membrane conjonctive épaisse, avec présence de fibres élastiques; et dans les petits kystes en dehors de tout processus inflammatoire, on retrouve des fibres musculaires indiquant l'origine bronchique de ces kystes.

La paroi du kyste hydatique, au contraire, comprend une membrane fertile (germinative) donnant naissance à des vésicules filles jusqu'à la formation des scolex d'échinocoque avec 4 ventouses et sa couronne de crochets.

De plus, le kyste hydatique est entouré d'une coque épaisse indépendante du kyste lui-même, cette coque est un processus de défense de l'organisme pour circonscrire le parasite. Dans notre cas, les kystes naissent au dépens des bronches (bronchectasie) et font pour ainsi dire corps avec le nocoque.

4°—**Hydatide acéphalocyste:** rien ne nous laisse supposer, non plus qu'il peut être question d'une hydatide acéphalocyste, car sur la série de coupes que nous avons, nulle part, on ne voit de bourgeonnement de la membrane fertile.

5°—**Kyste hydatique guéri:** peut-on penser à des kystes hydatiques guéris spontanément par la mort des hydatides? Cette objection peut être soutenue pour les grands kystes, mais il y manque ces masses de cellules dégénérées qui ont été trouvées dans ces cas. La présence des petits kystes naissants, dont le contenu est comparable à celui des grands, présume un processus en évolution.

Enfin l'histoire de la maladie qui a vécu dans un quartier de la ville loin de toute contamination fournit un argument d'une certaine valeur.

**Etat polykystique** (kystes séreux): Un dernier diagnostic s'impose, c'est celui de l'état polykystique du poumon.

Les kystes séreux de cet organe sont assez rares. Dans la bibliographie que nous avons parcourue, Comby signale une observation (Swanson) avec liquide muqueux dans la poche. L'autopsie de ce cas a démontré que le kyste était formé aux dépens d'une bronche. Les classiques attirent l'attention sur l'état polykystique des poumons, associé à celui des reins ou du foie. Dans notre cas, il s'agit bien d'un tel processus car les deux reins et les poumons présentent des lésions de ce genre.

Une question se pose au sujet de l'examen des liquides 1 et 2. Pourquoi cette différence dans le dosage de l'albumine, des chlorures et de l'urée. Nous croyons que ceci est dû à la plus ou moins grande perméabilité de la membrane dialysante.

Nous n'avons pas l'intention de dogmatiser la pathogénie de cette affection, car depuis longtemps les pathologistes ont donné des arguments pour l'expliquer.

Les uns y voient "une dysmorphogénie ou une dysplasie pour les kystes congénitaux (Dustin)" d'autres considèrent que les kystes acquis sont dus à des bronchectasies.

Un fait certain c'est que l'on connaît mal la pathogénie des kystes d'une façon générale, qu'ils soient pulmonaires, rénaux, ovariens, mésentériques ou autres.

Dans notre cas, étant donné les lésions de **sclérose pulmonaire** intense, de bronchite et de bronchectasie, il est juste de croire que les kystes résultent d'un étranglement des bronches par le processus inflammatoire chronique. Je vous avoue qu'il me serait aussi difficile d'en prouver l'origine congénitale que d'en affirmer d'une façon catégorique l'origine inflammatoire.

**Résumé:** Il s'agit d'une malade âgée de 63 ans qui a eu des hémoptysies répétées pendant plusieurs années, sa première hémoptysie datant de 1908. Après un long repos sa lésion reste stationnaire ou tout au moins progresse très lentement. Des radiographies pulmonaires indiquaient des ombres arrondies (difficiles d'interprétation). L'autopsie a révélé qu'il s'agissait d'un état polykystique du poumon associé à une tuberculose ulcéro-caséuse.

#### **Summary:-**

This patient, 63 years old has had repeated pulmonary hemorrhages during several years; the first hemorrhage dating back to 1908. After a long period of quiet, her lesion remained stationary, or at the least, progressed very slowly. The X ray picture of the lung showed rounded areas which could not easily be read. The autopsy indicated a polycystic condition of the lung, associated with tuberculosis ulcero-fibrous form.

---

### **BIBLIOGRAPHIE**

---

#### **Kystes du poumon.**

**Oudendal:** Veber Epithelproliferationen und cysten in den Lungen. Virch Arch. 1923 cexliv-59-63-

**Kerley-Young:** Fibrocystic disease of the Lung: Lancet oct. 1, 1927, p. 699.

**Douglass N. Gibson:** Congenital Cystic Lung: Am. Journ. of Roentg & Rad. vol. 22, 1929, p. 155.

**Sabrazes:** Classification des kystes: clinique et laboratoire, No. 6, juin 1932, p. 129.

**Eloesser:** Congenital cystic of the Lung: Surg. Gynec. & Obst. vol. L11, 1931, page 747, 7458 & Journ. of Rad. Soc. of North America Nov. 1931, Vol. XVII, page 912.

**Letulle:** Traité d'anatomie pathologique, tome 1, page 300.

**Parmelee & Apfelbach:** Congenital cystic of the Lung: Am. J. of Disease of Children: Juin 1931

**Comby:** Kystes aériens du poumon: arch. de Médecine des Enfants T. XXXV. No. 1 janv. 1932, p. 39.

**Dustin:** Arch. de biologie Liège 1931, maladie polykystique du poumon.

**Koontz:** John Kopkins Hosp. Bulletin 1025, Kystes du poumon.

**Sewanson:** Am. J. of Disease of Children, juin 1928.

**Lange Melle Cornelia:** Aeta Paediatrica 19271.

**Masson:** Anatomie pathologique annales: No. 6, 1925, p. 541- Lympho-pneumatose kystique.

Bibliographie fournie par Nelson.

**Couvelaire:** Degenerescence kystique congenitale du poumon. Rev. Mens. d. mal. de l'enf. 22: 60-77, 1904.

**Meyer H.:** Ueber angeborene blasige Miss bildengen der lungen, nebst einigen. Benerkungen uber Cyanose aus Lungenleiden. Virchow's Arch. f. path. ant. 16-78, 1859.

**Millet R. T.:** Congenital cystic lung. Arch. Surg. 12: 392, 1926.

**Schmincke, A:** Spontaneous bilateral pneumothorax in a case of polycystic lung. Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 80: 692, 1928.

**Stoerk, O.:** Ueber angeborene blasige Missbildung der Lunge. Wien. klin. Wchnschr. 10: 25, 1897.

**Wolman I. J.:** Congenital cystic lung. Bull. Ayer Clin. Lab. of Penna. Hospital, 1930, No. 12, p. 49.

**Belot & G. Penteuil:** Journ. Radiologie et Electrologie Tome XIV 1930, "Les Opacités arrondies intra-tharociques".

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

— x x x —

## 1er Congrès Français de Thérapeutique

Tenu à Paris du Lundi 23 au Mercredi 25 Octobre 1933

Sous le haut patronage de Monsieur le Président de la République

Sous la Présidence du Professeur Maurice LOEPER

---

Notre pays est représenté dans le Comité d'Honneur Etranger par M. le Dr Roy, Ministre du Canada à Paris, et M. le Professeur A. Rousseau de Québec.

---

### PROGRAMME PRELIMINAIRE

---

Six questions seront l'objet du Congrès :

- 1° Le traitement parentéral de l'ulcus gastroduodéal ;
- 2° Le traitement des colibacilloses ;
- 3° Les associations médicamenteuses ;
- 4° Les adrénalines ;
- 5° La pyrétothérapie ;
- 6° Le traitement des radiodermites.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, le Lundi 23 Octobre à 9 heures  $\frac{1}{2}$  du matin, sous la présidence de la République.

Les autres séances auront lieu les matin à 9 heures  $\frac{1}{2}$  et les après-midi à 15 heures à la Faculté.

#### I

LUNDI 23 Octobre à 15 heures, exposé des rapports de la Section de Médecine.

**SECTION DE MEDECINE**

(Président: Dr Babonneix)

**Traitement Parentéral de l'Ulcus Gastroduodéal**

Prof. Devoto (de Milan): Le traitement chimique général de l'ulcus.

Dr Moutier (de Paris): La vaccinothérapie de l'ulcus.

Dr Debray (de Paris): Organothérapie et opothérapie de l'ulcère de l'estomac.

Dr Schulmann (de Paris): Les médicaments de l'ulcus syphilitique.

**Traitement des Colibacilloses**

Prof. Fourneau (de Paris): Les antiseptiques chimiques; leur application et leur action.

Prof. H. Vincent, Prof. ag. Chevassu, Drs Jacquet et Baruk (de Paris): La sérothérapie des Colibacilloses.

Dr Hauduroy (de Paris): Les vaccins et le bactériophage dans les colibacilloses.

## II

MARDI 24 Octobre à 9 heures  $\frac{1}{2}$ , communications dans les 3 Sections.

MARDI 24 Octobre à 15 heures, exposé des rapports de la section de Pharmacodynamie.

**SECTION DE PHARMACODYNAMIE**

(Président: Professeur Tiffeneau)

**Les adrénalines**

Prof. Tiffeneau (de Paris): Étude chimiques et pharmacodynamique des adrénalines.

Dr Dorlancourt (de Paris): Les voies d'introduction de l'adrénaline dans l'organisme.

### **Les associations Médicamenteuses**

Prof. Burgi (de Berne): Associations et adjuvances.

Prof. Zunz (de Bruxelles): Les antagonismes en thérapeutique.

Prof. ag. Guy Laroche et Simonnet (de Paris): Les associations hormonales et chimio-hormonales.

### III

MERCREDI 25 Octobre à 9 heures  $\frac{1}{2}$ , communications dans les 3 Sections.

MERCREDI 25 Octobre à 15 heures, exposé des rapports de la section de physiothérapie.

### SECTION DE PHYSIOTHERAPIE

(Président: Professeur Strohl)

#### **Les Radiodermites**

Prof. Bordier (de Lyon): La production des radiodermites et les moyens de les éviter.

Dr Milian (de Paris): Le traitement des radiodermites constituées.

#### **La Thermo-thérapie**

Prof. Binet (de Paris): Étude physiologique de la thermo-thérapie.

Prof. ag. Dognon (de Paris): L'électropyréxie par les ondes courtes; technique et résultats.

Drs Crouzon, Michaux et Mollaret (de Paris): La pyrétothérapie chimique; ses résultats actuels par rapport aux autres procédés de pyrétothérapie.

## RENSEIGNEMENTS

Les volumes des rapports seront envoyés à tous les Congréganistes à partir du 1er octobre. Ils seront encore remis aux adhérents qui se feront inscrire tardivement au Secrétariat du Congrès. Les Congréganistes des Pays d'outre-mer qui n'auraient pas reçu les volumes en temps utile pourront en retirer un duplicata sur présentation de leur carte de Congressiste au Secrétariat.

Pour prendre part à la discussion des rapports ou communiquer à leur propos, les Congressistes devront adresser à l'un des Secrétaires généraux, le Dr G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris (8e), le titre de leurs communications et leur texte intégral, dactylographié (3 pages), avant le 10 septembre.

Les communications relatives à des questions ne figurant pas au programme du Congrès ne seront acceptés que dans la mesure où la durée des séances le permettra.

Un appareil de projections pour clichés et son opérateur pourront être mis à la disposition des orateurs, s'ils veulent bien en faire la demande 24 heures à l'avance au Bureau du Congrès.

Un court résumé dactylographié des discussions et des communications devra être remis en dix exemplaires au Secrétariat du Congrès, le jour même où elles seront faites. Il sera communiqué au Bureau de la Presse par les soins du Secrétariat.

*BILLETS DE CHEMIN DE FER.* — Les membres du Congrès pourront bénéficier d'une réduction de tarif, en utilisant la feuille jointe qu'ils voudront bien envoyer au trésorier en même temps que leur bulletin d'adhésion, et leur cotisation.

Les Compagnies accordent cette réduction à tous les étudiants en médecine membres titulaires ou membres associés.

*INSCRIPTION.* — Le montant de la cotisation est de 100 francs pour les membres titulaires et de 50 francs pour les membres associés et les étudiants en médecine.

Prière de s'inscrire en envoyant le bulletin d'inscription ci-joint, accompagné de son montant au Trésorier, M. le Dr G. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

*RECEPTIONS.* — Le programme des réceptions, etc., paraîtra ultérieurement et sera adressé aux Congressistes. Un Comité de Dames sera constitué pour organiser l'emploi du temps des Femmes des Congressistes.

*HOTELS.* — Une liste d'hôtels avec un aperçu de leurs prix sera envoyée aux Membres qui en feront la demande.

*SECRETARIAT.* — Le Secrétariat du Congrès se tiendra à la Faculté de Médecine, salle Béclard, rue de l'Ecole de Médecine, où les Congressistes pourront retirer les enveloppes contenant les invitations et les documents divers. Ils pourront se faire adresser leur correspondance au Secrétariat.

**Bureau du Congrès***PRESIDENT D'HONNEUR*

MM. les Professeurs Achard, Behal, Desgrez, Hayem, Pouchet, Regaud, E. Roux et H. Vincent.

*COMITE D'HONNEUR*

M. le Ministre de la Santé Publique.

M. le Recteur de l'Université de Paris, M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, M. le Doyen de la Faculté de Pharmacie, MM. les Doyens des Facultés de Médecine de France et d'Algérie, M. le Doyen de la Faculté libre de Lille, M. le Directeur du Service de Santé au Ministère de la Guerre, M. le Directeur du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris, M. le Directeur du Service de Santé de la Marine, M. le Directeur du Service de Santé des Troupes Coloniales, M. le Directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, M. le Président de l'Association de la Presse Médicale française. M. le Président de l'Association de la Presse Médicale latine.

*COMITE D'HONNEUR ETRANGER*

Allemagne: Prof. Von Bergmann.  
 Argentine: Prof. M. Castex.  
 Autriche: Prof. Glaessner.  
 Belgique: Prof. de Béco.  
 Brésil: Prof. Austregesilo.  
 Canada: Dr Ph. Roy et Prof. Rousseau.  
 Colombie: Prof. Calderon.  
 Danemark: Prof. Ehlers.  
 Egypte: Prof. Soliman Azim et Dr Puy-Aubert.  
 Espagne: Prof. Hernando et Maranon.  
 Etats-Unis: Prof. J. J. Abel et Hemmeter.  
 Grande-Bretagne: Sir Hale White et Dr Poulton.  
 Grèce: Prof. Joachimoglu, Drs Pappa et Rondopoulos.  
 Hollande: Prof. Hijmans Van Den Bergh.  
 Italie: Prof. Pende et Sanarelli.  
 Japon: Prof. Hayashi et Itakura.  
 Norvège: Prof. Bruusgaard.  
 Pologne: Prof. Orłowski.  
 Portugal: Prof. Egaz Moniz.  
 Roumanie: Prof. Danielopolu.  
 Suède: Prof. Backmann.  
 Suisse: Prof. Michaud et Roch.  
 Tchécoslovaquie: Prof. Libensky.  
 Turquie: Prof. Akil Moukhtar.  
 U.R.S.S.: Prof. Pawlow.  
 Yougoslavie: Dr Michailovitch.

*COMITE DE PATRONAGE*

MM. Léon Bernard, Carnot, Lemierre, Rathery, Sergent, Professeurs à la Faculté de Médecine de Paris, MM. Em. Perrot et Goris, Professeurs à la Faculté de Pharmacie de Paris, MM. Harvier et Zimmern, Professeurs Agrégés à la Faculté de Médecine de Paris.

MM. les Professeurs Cade (de Lyon), Dalous (de Toulouse), Hugouenq (de Lyon), Minet (de Lille), Perrin (de Nancy), Piéry (de Lyon), Savy (de Lyon,) Boudet (de Montpellier).

MM. les Directeurs des Ecoles de Médecine et de Pharmacie de Province.

La Société Médicale des Hôpitaux, la Société d'Hydrologie, la Société de Médecine, la Société de Gastroentérologie, la Société de Radiologie de France, la Société de Pharmacie.

*VICE-PRESIDENTS*

MM. les Professeurs Carle (de Bordeaux), Noël Fiessinger (de Paris), Merklen (de Strasbourg), le Dr Henri Leclerc (de Paris).

*PRESIDENTS DE SECTIONS*

M. le Dr Babonneix, MM. les Professeurs Stronl et Tiffeneau.

*SECRETAIRES GENERAUX DU CONGRES*

MM. les Drs G. Leven et Bertherand.

*SECRETAIRES ADJOINTS*

M. Huerre et le Dr Marcel Laemmer.

*TRESORIERS*

MM. les Drs Ch. Schmitt et Gaston Doin.

## LIVRES REÇUS

---

**Les Ictères** par Etienne Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

Chez **Masson et Cie**, Éditeurs, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Blvd Saint-Germain, Paris.

Un volume de 524 pages avec 72 figures.....**75 fr.**

Le docteur Etienne Chabrol, dont les travaux sur la pathologie du foie sont bien connus, s'est imposé la tâche délicate de donner sur les ictères une vue d'ensemble, qui est à la fois didactique et personnelle.

Les **techniciens** y trouveront minutieusement décrites les méthodes biologiques les plus modernes qui se prêtent à la recherche et au dosage des principes biliaires. Les **pathogénistes** amateurs de synthèse y verront s'affronter les multiples théories que suggèrent les rétentions hépatiques et les polycholies; mais ce ne sera jamais au détriment de l'**observation clinique** et les praticiens, aussi bien que les candidats aux concours, sauront gré à l'auteur d'avoir consacré les deux tiers de son ouvrage à une étude analytique, ayant pour têtes de chapitres: Les **ictères du nouveau-né**, les **ictères familiaux et congénitaux**, les **anémies pernicieuses ictérogènes**, les **ictères de la grossesse**, les **ictères toxiques**, les **ictères des syphilitiques**, la **spirochétose** et les **ictères infectieux**, l'**ictère catarrhal** et l'**ictère émotif**, le **diagnostic des ictères infectieux**, les **ictères des lithiasiques**, les **pancréatites avec ictère**, les **ictères chez les cirrhotiques**, le **diagnostic des ictères par obstruction chronique du canal cholédoque**, les **ictères graves**. Une riche bibliographie renforce l'argumentation de ces différents paragraphes.

La quatrième et dernière partie du volume est exclusivement réservée à l'**étude thérapeutique des ictères**. Elle permet de passer tour à tour en revue leur traitement médical par la **diététique**, l'**antisepsie**, l'**opothérapie**, le **tubage duodénal**, les **chalagogues** et les **cholérétiques** et leur traitement chirurgical par la **splénectomie**, la **cholécystostomie**, l'**opération de Kehr**, les **anastomoses bilio-digestives**. De nombreuses statistiques y figurent, envisageant les résultats suivant les cas particuliers.

Au terme de ce vaste travail, où il s'est attaché à faire preuve d'impartialité et d'éclectisme, l'auteur donne la bibliographie des recherches personnelles qu'il a poursuivies sur les ictères depuis vingt années et condense en quelques pages ses conclusions cliniques et expérimentales sur les questions de doctrine à l'ordre du jour.

Ce livre dédié à la mémoire du Professeur Gilbert est mieux que l'œuvre d'une école; c'est la plus importante monographie française que nous possédons à l'heure actuelle sur ce sujet.

— x x x —

**Les Crises dans les maladies Cycliques**, par Ch. Achard, professeur de Clinique médicale, à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences.

Chez **Masson et Cie**, Éditeurs, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Blvd Saint-Germain, Paris.

Un volume de 108 pages avec 47 figures .....**20 fr.**

CETTE question de pathologie générale a de tout temps excité l'intérêt des médecins, parce que c'est tout le problème de la guérison qu'elle soulève. C'est le but même vers lequel tendent les efforts de la thérapeutique, c'est aussi celui des chercheurs qui s'attachent à démêler le mécanisme complexe des troubles engendrés dans l'organisme par la maladie, car la connaissance des phénomènes qui mettent fin à l'état morbide suppose celle des phénomènes qui constituent cet état. Le sujet est donc à la fois d'un intérêt théorique et pratique.

Le but de l'auteur, dont les travaux de Pathologie générale sont universellement connus, a été en présentant un exposé personnel de ce sujet d'en faire ressortir les applications dont peut tirer parti le praticien.

L'ouvrage est divisée en quatre parties :

- I. — Crises thermo-régulatrices.
- II. — Crises hémoplasmatiques.
- III. — Crises urinaires.
- IV. — Crises du dynamisme humoral et cellulaire.

— x x x —

**L'année Thérapeutique, Médicaments et Procédés Nouveaux,**  
par le Dr A. Ravina, septième année 1932.

Chez **Masson et Cie**, Éditeurs, Libraires de l'Académie de  
Médecine, 120 Blvd Saint-Germain, Paris.

Un volume de 176 pages .....16 fr.

**L'Année Thérapeutique** rédigée chaque année par le Dr Ravina, fait définitivement partie de la documentation du médecin. Elle lui apporte régulièrement en janvier, sous un volume restreint, le bilan thérapeutique complet de l'année précédente (de janvier à décembre) et résume les faits nouveaux publiés au cours de cette année en France et dans tous les pays étrangers.

Un nombre important de médicaments nouveaux et de techniques s'offrent chaque année au praticien qui lui ont été révélés au hasard par les journaux, ainsi que par la lecture des analyses et des comptes rendus de congrès ou de sociétés, mais il ignore souvent leurs indications et leurs effets ainsi que le parti qu'il peut en tirer en pratique courante.

Le but de cet ouvrage est d'une part, de faire connaître aux praticiens, des techniques nouvelles d'application immédiate et facile, d'autre part, de leur indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie d'une part, les maladies et les symptômes, d'autre part, les méthodes thérapeutiques. Il y a ajouté

un troisième chapitre traitant directement de certaines médications nouvelles.

Enfin, la table alphabétique donne, pour chaque matière envisagée, les indications et les résultats obtenus.

— x x x —

### UNE NOUVELLE PUBLICATION

#### **“REVUE MEDICO-SOCIALE DE L'ENFANCE”**

Nous avons sous les yeux le premier numéro d'une nouvelle publication la **Revue Médico-Sociale de l'Enfance** à laquelle nous souhaitons la bienvenue.

Une nouvelle revue en ce temps de crise économique, peut sembler une gageure, mais l'intérêt du but poursuivi explique l'audace des fondateurs. Jamais autant de bonnes volontés ne se sont penchées sur les tous petits avec une telle sollicitude. Mais pour être utiles, il faut que les efforts collectifs ou privés soient guidés et qu'une liaison soit établie entre eux. La **Revue Médico-Sociale de l'Enfance** apporte cette aide d'une part aux médecins, d'autre part à tous ceux qui s'intéressent à l'enfance, directrices de services sociaux, assistantes sociales, etc.

Elle compte dans son Comité de direction des personnalités particulièrement qualifiées: M. R. Debré, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; M. J. Huber, Médecin des Hôpitaux de Paris; M. G. Heuyer, Médecin des Hôpitaux de Paris, M. P. Lereboullet, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; M. E. Lesné, Médecin des Hôpitaux de Paris; M. G. Mouriquand, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon; M. P. Nobécourt, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris; M. C. Rocaz, Médecin des Hôpitaux de Bordeaux; M. P. Rohmer, Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg. Le secrétariat en a été confiée à M. le Dr J. Huber et à Mlle M. Dupont, directrice adjointe au service social à l'Hôpital.

Aux médecins, cette publication fait connaître le mécanisme des œuvres et leurs besoins; aux personnes qui se consacrent à l'enfance, elle leur donne des données médicales dans la mesure où la médecine doit guider leur action.

Pas d'articles trop techniques, mais des études, des conseils médicaux, des documents clairs et substantiels.

La présentation matérielle de ce premier numéro que nous avons sous les yeux est excellente, claire et même élégante.

Nous lisons au sommaire de ce fascicule: **articles originaux:** Pr. P. Lereboullet: L'assistance aux nourrissons en France et les conditions de la lutte contre la mortalité infantile; Pr. R. Debré: La vaccination contre la diphtérie; Dr J. Huber: La prophylaxie de la syphilis chez les enfants syphilitiques avérés. — **Enquêtes:** Pr. P. Rohmer et Mlle G. Phélizot: Les enseignements de l'organisation de la protection de la première enfance en Alsace et dans la Moselle; Dr C. Rocaz: La protection de l'enfance dans le département de la Gironde; Dr M. Lelong: L'œuvre de placement de nourrissons de Mme J. Lorthiois à Tourcoing. — **Chroniques et Informations. Livres et Revues.**

Cette Revue publiée tous les deux mois est éditée par la Librairie Masson et Cie, 120, Blvd Saint-Germain, Paris 6°. Le prix de l'abonnement est de 30 franc pour la France et de 40 francs pour l'Étranger.

— x x x —

**La Transfusion du Sang de Cadavre à l'Homme**, par Serge Judine, Professeur, Chirurgien en Chef du Service de Chirurgie à l'Institut de Traumatologie et de Chirurgie d'urgence, (Ex-Institut Sklifassovsky).

Préface du Professeur A. Gosset.

Chez **Masson & Cie**, Éditeurs, Paris, 120, Blvd Saint-Germain

Libraires de l'Académie de Médecine.

Un volume de 150 pages avec graphiques .....à....**24 fr.**

Le titre de ce livre est inattendu. Le sujet est neuf. Seuls en France une communication à la **Société de Chirurgie** et quelques articles parus dans la presse ont révélé cette technique audacieuse que le professeur Judine a imaginée et réalisée. Cet ouvrage est l'exposé détaillé des opérations qu'il a tentées et réussies. Les chirurgiens, les médecins et les biologistes liront ce livre captivant par tout ce qu'il révèle sur les ressources de l'organisme vivant — et mort, — et ce qu'il suggère au point de vue physiologique. C'est un protocole d'expériences précises, comme faites au laboratoire, bien, qu'en réalité, ces expériences soient des **opérations** réelles qui ont sauvé des vies humaines.

Il a semblé aux éditeurs, après les communications du professeur Judine à la **Société de Chirurgie**, qu'ils seraient dans leur rôle en publiant ce livre qui ne peut manquer d'attirer l'attention d'une façon utile sur des problèmes qui pénètrent à la fois dans le domaine des sciences biologiques, médicales et même sociales.

Ce court compte rendu ne saurait exposer le fond des enseignements que nous recevons de ce livre. Disons seulement que, préparé par une série de recherches strictement expérimentales, c'est dix-huit mois après avoir conçu l'idée directrice que Judine rencontre des circonstances propices. "On lui amène en pleine nuit un jeune ingénieur qui avait voulu se suicider en se coupant les vaisseaux des plis du coude. Ce malheureux est mourant. Il faut vite une transfusion massive. Impossible de trouver aussitôt un donneur de son groupe. Voilà l'occasion attendue: un suicide, un moribond sûrement condamné. Il a un cadavre du même groupe à sa disposition: un artérioscléreux qui vient de mourir six heures auparavant.

"En quelques instants, Judine ouvre le ventre et ponctionne la veine cave. Il a à peine soustrait 400 grammes de sang qu'on lui dit que le suicidé est à l'agonie; plus de pouls, des pauses respiratoires, les pupilles dilatées. Vite Judine transfuse au mourant le sang du cadavre. C'est une résurrection: le blessé reprend connaissance et parle. Judine épie son retour à la vie: pas le moindre accident toxique. Les jours suivants, rien non plus. Judine respire: la preuve est

faite, sur l'homme, de l'efficacité et de l'innocuité de la transfusion de sang de cadavre.

"Il fait encore 6 transfusions avec le même succès, mais n'ose plus continuer. Autour de lui, on murmure. Les médecins-légistes refusent le permis d'inhumation aux cadavres d'accidentés à qui il a ouvert le ventre pour soustraire du sang. Les autorités s'émeuvent et le directeur de l'Institut s'inquiète. Judine lui-même tremble à chaque nouvel essai. Qu'un malade succombe malgré la transfusion, c'est lui qu'on accusera de l'avoir tué avec le sang de cadavre. De plus, il ignore encore qu'on peut conserver le sang pendant plusieurs jours avant de l'injecter et il a parfois, vu l'urgence, fait la transfusion avant de connaître le Wassermann du donneur."

---

L'expérience sur l'animal a été faite; l'essai sur l'homme a réussi. Il reste à dégager une technique et aussi à comprendre dans leur ensemble les modifications que nos connaissances générales vont subir. On trouvera dans ce livre l'exposé détaillé de toutes ces questions qui sont groupées sous les rubriques suivantes:

**Choix des cadavres donneurs; Durée d'utilisation des cadavres; Technique de la saignée des cadavres; Conservation du sang de cadavre; Réaction de Wassermann et groupes sanguins; Technique de la transfusion du sang de cadavre; Dosage de la quantité du sang de cadavre à transfuser.**

**Résultats thérapeutiques dans le cancer, l'anémie aiguë, les maladies gynécologiques, les shocks traumatiques.**