

IN MEMORIAM

La mort soudaine et rapprochée des professeurs Latreille et Masson vient de nous enlever successivement deux directeurs que nous estimions à cause de leur haute valeur morale et scientifique.

C'est une perte sensible qui nous a profondément émus.

Je désire exprimer publiquement, au nom de tous, les regrets que nous en éprouvons.

Lorsqu'on regarde autour de soi, ces morts presque tragiques nous secouent jusqu'au fond de l'âme, car "la vie, pour les hommes de notre âge, se mesure plutôt par les tombes qui s'ouvrent que par les berceaux qui se peuplent". (1)

Je laisse à d'autres le devoir, triste et doux à la fois, de dire ce qui convient dans les circonstances. Mais je veux, ici même, les saluer une dernière fois à titre de Rédacteur en chef de cette Revue à laquelle ils se sont toujours vivement intéressés.

Eugène Latreille a été frappé il y a trois ans, en plein essor. Grâce à un travail constant, à des aptitudes exceptionnelles et à une activité inlassable, il avait conquis de haute lutte les grades qui conduisent aux sommets.

Son nom est rivé à la chaire et au musée d'anatomo-pathologie de l'Université de Montréal, car il en fut l'âme et l'animateur. C'est à ce titre que sa collaboration fut précieuse pour notre journal.

A ce titre seul, son souvenir vivra parmi nous, et tous, nous exprimons le regret d'être privés si tôt de sa direction et de ses conseils.

Ça n'est pas le seul.

Nous n'oublierons pas son long martyrologe. Là encore il donna un bel exemple de courage, de patience et d'abnégation. Pas une plainte, pas un mot d'amertume dans l'isolement et l'abandon, mais une soumission presque souriante et un espoir teinté de mélan-

(1) Sir J. A. Chapleau, *loc. cit.* dans une lettre à mon père à l'occasion de la mort de ma mère en 1887.

colie devant l'insondable mystère de la maladie et les sombres horizons.

La mort l'a délivré.

Requiescat in pace !...

Raoul Masson est mort comme il avait vécu: au milieu de ses amis, au fauteil de la présidence du Bureau Médical de Sainte-Justine: un soldat héroïque sur la bord de la tranchée !

— Cher ami ! comme nous allons vous regretter !...

Il a rejoint sans retard — fidèle jusque dans la mort — son ami Latreille avec qui il vivait dans une intimité charmante. Car leurs souvenirs d'étudiants se rejoignaient avec joie par dessus leurs chaires d'enseignement.

Masson fut aussi un collaborateur averti sur toutes les questions d'hygiène infantile. Son rapport au Congrès de Québec, sur la mortalité infantile, restera un modèle d'observation et de direction dans les luttes futures. Ses conférences à l'Institut de Pédagogie, ses leçons à l'École d'Hygiène sociale appliquée, ses cliniques, son organisation hospitalière à son cher hôpital Sainte-Justine, ses sages conseils dans notre bureau de direction, dont il était le vice-président, nous le feront longuement regretter.

L'Union Médicale perd dans ces deux disparus des collaborateurs avertis et des amis sûrs.

Qu'ils me permettent, au nom de notre journal, de déposer sur leurs tombes l'hommage de notre reconnaissance et la fidélité à leur souvenir :

“Là, tout n'est qu'ordre et beauté,
Luxe, calme et volupté.”

ALBERT LESAGE,

LE PROFESSEUR RAOUL MASSON

Notre Faculté a subi de lourdes pertes en ces temps derniers.

Depuis moins d'une année, quatre de ses professeurs ont disparu, fauchés à un âge où, normalement, ils pouvaient escompter, et nous avec eux, de longues années d'un travail efficace à tous points de vue.

L'épreuve est dure et nous laisse à tous l'amertume au cœur.

Mais j'oserais dire que ce dernier coup du sort nous a frappés plus rudement, en ce qu'il arrache de nos rangs l'une de ses unités les plus brillantes, une de celles pour qui la vie semblait, jusqu'à ces derniers mois, une très belle chose.

Tous ses amis, et nombreux étaient-ils, savent combien Raoul Masson aimait la vie et avec quelle exubérance de bon aloi son enthousiasme perçait dans le moindre de ses actes. Du reste, il y était porté tout naturellement par des qualités physiques dont l'ensemble, se mariant harmonieusement avec son âme d'apôtre, firent de Raoul Masson un être sympathique au plus haut degré, un de ces hommes dont tous se flattent de gagner l'amitié.

Sa carrière, nous la connaissons tous et nous savons ce qu'elle a valu aux œuvres dont il épousait la cause pour s'en faire le champion.

Les anciens parmi nous l'ont vu monter à l'assaut d'entreprises qui paraissaient téméraires et que sa tenace activité et ses enthousiasmes contagieux ont si fréquemment imposées à son entourage.

Né dans l'opulence, il aurait pu comme le font malheureusement tant des nôtres, se laisser aller au fil de l'heure et jouir de la vie en pratiquant la théorie du moindre effort.

Toute son histoire porte le cachet d'une légitime ambition et d'un désir de vivre une vie d'activité et de plein rendement.

Interne à Notre-Dame, il y laisse le souvenir d'une personnalité qui s'éveille pour s'épanouir aussitôt.

Retour de Paris, il s'attache immédiatement à l'œuvre des Crèches, trouvant à la Maternité le champ clos où faire ses premières armes.

Plus tard, les gouttes de lait trouvent en lui l'apôtre qui jamais ne leur fit défaut.

Deux jours avant sa mort et déjà marqué pour le coup fatal, il faisait la consultation dans l'un de ces centres qu'il contribuait à soutenir de son prestige et de son dévouement.

Puis vint Sainte-Justine, cette œuvre magnifique, née d'une collaboration de femmes au cœur d'or et de médecins aux idées larges, aux enthousiasmes toujours vibrants.

Je vois encore cette petite phalange groupée autour d'un lit de souffrance où quand même les énergies et les envolées gardaient tous leurs droits. J'y revois Masson, plus jeune de vingt ans, tout feu et tout flamme, embrassant la cause qu'il fit sienne jusqu'au dernier jour et pour laquelle il se dépensait au moment même où la mort le réclamait.

Au cours de ces vingt années, on l'a vu se porter à l'attaque de tous les problèmes de puériculture et de protection de l'enfance.

Dans cet ordre d'idées, on le trouvait toujours prêt à donner de sa personne et de son temps.

Sa mort laisse un vide qu'on pourra bien combler, mais dont on retrouvera néanmoins la trace, longtemps après sa disparition.

Quelques mois avant de mourir, il avait perdu la gracieuse compagne de sa jeunesse. L'épreuve lui fut très rude. Elle a contribué, j'en suis sûr, à précipiter les événements. Nul n'en pourrait douter, qui aurait connu et Madame Masson et Raoul lui-même.

Les funérailles ont été l'occasion d'une véritable démonstration de sympathie et de regrets.

La famille du cher disparu a reçu, je pense, confirmation de la grande estime en laquelle, tous, nous tenions le professeur Raoul Masson.

Cette estime et nos regrets l'accompagnent bien au delà de la tombe, où s'en vont et disparaissent peu à peu ceux que nous avons aimés et avec qui nous avons combattu le combat de la vie.

T. PARIZEAU.

LATREILLE

1879—1928

Il y a trois ans, chez lui, pris soudainement d'un malaise général et d'une impotence qui devait le réduire à néant, Latreille put encore balbutier: "Ça y est, cela devait arriver". Notre cher ami venait de diagnostiquer l'hémorragie cérébrale qui le guettait depuis un certain temps.

Une forte pression artérielle, combattue par des moyens énergiques, avait fait sauter une artère; une pression artérielle d'origine X — ou essentielle, diront ceux qui veulent tout expliquer et ne rien paraître ignorer du mécanisme compliqué de la grande machine humaine — avait eu raison de la charpente trapue de celui qui cherchait à éviter cet accident par tous les moyens possibles.

C'est réellement depuis cet instant tragique qu'est disparue une des plus belles figures de la profession médicale du Canada.

Les trois années qu'il a survécu à ce premier accident ont été une période de résistance acharnée au progrès de la maladie.

Il lui arrivait parfois de s'écrier avec son gros rire communicatif: "C'est tout de même d'autant que j'ai volé à la mort".

Maintenant la lutte dramatique est finie, Latreille n'est plus !

*

* *

Au lycée aussi bien qu'à l'université, Latreille n'a jamais été un premier de classe, loin de là ! Pensionnaire, il enviait son compagnon de l'externat qui pouvait aller librement à l'opéra et il n'était satisfait que quand tout le spectacle musical lui avait été raconté en détail; car dès cette époque il accusait un goût marqué pour la musique.

Ceux qui plus tard l'ont connu à l'université doivent se rappeler avec quelle maîtrise il dirigeait soit un orchestre, soit une chorale. Jusqu'à sa sortie de l'Université, l'art musical le prenait beaucoup plus que la médecine, au point que s'il avait dirigé ses études exclu-

sivement dans cette voie il serait arrivé tout aussi loin que dans sa profession.

Pourquoi Latreille avait-il donc décidé d'étudier la médecine ? Il ne le savait pas plus que la plupart de ses camarades !

Personne dans son milieu familial, qui ne compte aucun médecin, n'avait pu l'influencer à se diriger dans une voie plutôt que dans une autre. Mais il était notoire alors, au Canada, qu'après avoir fait des études classiques un élève devait tout naturellement entrer dans les professions *prétendues* libérales.

La vie monotone et casanière du notaire de l'époque n'a certainement pas dû le tenter. S'il avait soupçonné la faconde, l'esprit méthodique et la facilité d'exposition qui sommeillaient en lui et qui devaient plus tard se manifester en lui permettant de devenir un des plus brillants professeurs de sa génération, peut-être aurait-il hésité aux portes du Barreau. Il ne restait plus comme issue que la Médecine, qui attirait beaucoup plus son esprit curieux.

Voilà pourquoi Latreille est devenu médecin.

Une lutte commence alors dans ce cerveau ambitieux qui décide catégoriquement qu'on ne peut atteindre deux buts en même temps et qu'on ne peut être à la fois un brillant artiste et un homme de science érudit.

La musique devra donc céder la place à la médecine ! Cette décision énergique, douloureuse peut-être, a orienté Latreille vers la voie où il a excellé avec brio jusqu'au moment de l'accident qui devait l'anéantir.

A Paris, il recommencera sa médecine depuis les éléments jusqu'au doctorat, il ouvrira largement les yeux et son intelligence pour découvrir finalement sa véritable passion : l'anatomie pathologique et la clinique médicale.

Sa thèse de doctorat ("Contribution à l'étude des modifications de la surrénale", Paris, 1907) démontre assez qu'il ne craignait pas les problèmes laborieux ; au contraire, toutes les situations compliquées le passionnaient ; il cherchait les cas rares, les diagnostics difficiles ; il avait la curiosité scientifique, il était enfin un artiste en médecine comme il l'aurait été en musique.

Ses recherches ont été poussées aussi loin que possible dans un milieu comme le nôtre où manque toute émulation intellectuelle qui stimule, dans un pays où la science médicale est encore purement utilitaire.

L'enseignement a procuré les plus grandes satisfactions à Latreille; car il aimait sa chaire non seulement pour l'orgueil que justifie le titre de professeur, non seulement pour le plaisir de communiquer son savoir à des élèves curieux, mais parce que son enseignement le forçait à une gymnastique cérébrale continuelle dans la préparation soignée de ses leçons. C'est cette préparation, du reste, ajoutée à son talent naturel, qui faisait le grand succès de ses cours.

*

* *

D'origine humble comme la plupart des Canadiens — car bien peu, croyons-nous, descendent de la cuisse de Jupiter — Latreille était aristocrate par essence. D'esprit raffiné, il était d'une correction impeccable dans sa toilette, sa personne et ses manières.

Mais ceux qui l'ont connu dans l'intimité se rappelleront toujours les moments où il se livrait parfois avec une jovialité débordante à dissenter avec fougue sur des sujets les plus abracadabrants; c'était alors la vacance de son cerveau penseur qui se manifestait par une fête de l'esprit étincelant comme une pièce pyrotechnique.

Une particularité du caractère de Latreille était le *pessimisme*. Pessimiste en tout, il l'était dans toutes les situations: il l'était pour lui-même et il l'était pour ses patients.

Ce n'est que depuis sa dernière maladie que cet état d'esprit se transforma complètement.

Terrassé par une première hémorragie cérébrale qui le met en péril, celui qui redoutait tout jusqu'à ce moment devient subitement l'être le plus *optimiste* que l'on puisse imaginer. Il se rappelle que le grand Pasteur a vécu longtemps après un tel accident, il connaît dans son propre milieu plusieurs personnes qui ont pu continuer une vie agréable. Encouragé par des confrères dévoués qui l'ont soigné avec un zèle admirable, il commence à s'habituer à son hémiplegie, il constate une amélioration, il s'illusionne et il se met à espérer que bientôt il pourra reprendre une vie un peu plus active et utile.

Deux êtres charmants l'entourent, le dorlotent et lui font la vie la plus agréable possible.

Sa femme, qui prévoit le dénouement fatal, cache son émotion, puis avec un dévouement admirable et indéfectible elle fait le sacrifice de toute sa vie extérieure pour ne s'occuper qu'à distraire et charmer l'imagination de son pauvre malade.

Et favorisé dans son malheur il trouve dans sa jeune fille, abandonnant tous les plaisirs de son âge pour se consacrer à son père, une élève en médecine assidue, intéressée, une collaboratrice dévouée qui l'aidera jusqu'à ce qu'il soit frappé pour la dernière fois.

*
* *

Mon vieil ami, mon camarade depuis toujours, repose en paix ! Tu apportes dans ton repos éternel le témoignage unanime d'admiration de tous ceux qui ont eu l'avantage de t'approcher.

L'Université de Montréal te citera en exemple aux générations futures; l'Hôtel-Dieu ne pourra jamais oublier le vide qu'a créé ton départ, et tes élèves se rappelleront longtemps tes leçons magistrales. La Société Médicale de Montréal se souviendra des brillantes et nombreuses communications que tu y faisais, enfin la Direction de l'*Union Médicale* se rendra compte qu'elle a perdu un collaborateur dont les écrits étaient appréciés pour leur originalité.

Je connaissais tes ambitions sans limites et je savais que tu aurais pu produire bien davantage si tu n'avais pas été fauché d'une façon si brutalement prématurée. Mais tu peux dormir en tout repos ! Tu as fait ta part de bien dans ta trop courte vie !

Tu as fait ton devoir largement et tu as aidé à élever le niveau de notre jeune science médicale canadienne.

Les tiens te pleureront longtemps, mais leur douleur sera peut-être atténuée à la pensée du merveilleux héritage spirituel que tu leur laisses.

Pierre Z. RHEAUME.

16 novembre 1928.

LE DOCTEUR EUGENE LATREILLE

Des grandes figures médicales canadiennes-françaises disparues, la plus récente est celle du Docteur Eugène Latreille. Il faut avoir été son élève pour éprouver l'immense tristesse d'un tel deuil qui nous enlève à la fois un paternel ami, un maître à l'activité et au dévouement généreux, un savant qui faisait notre fierté.

Savant, Latreille le fut avec une forte sincérité. Privé parfois des plus urgents moyens, héroïquement courageux dans les circonstances les plus déconcertantes, il constituait, il reconstituait avec un enthousiasme irréductible, son laboratoire et ses collections d'anatomo-pathologie.

Son grand savoir vivait dans ce petit cimetière d'organes étranges, animait ces débris morts et les faisait parler à nos esprits. Mais c'est surtout comme professeur que le Docteur Eugène Latreille laisse aux jeunes générations de médecins des souvenirs et des regrets. Il composait un type à part et les acclamations dont il était l'objet à son entrée dans une salle de conférences, exprimaient clairement combien sa parole était désirée, admirée, goûtée. D'une surabondance peu commune, il donnait à ses discours des formes classiques, à ses mots une précision dont ses fervents restaient amusés, et confondus les inhabitués.

Latreille fut encore un clinicien remarquable. Légèrement bourru et le faciès farouchement méditatif, il inspirait toujours aux malades qu'il approchait une confiance visible, et alors, avec sa technique rigoureuse, il analysait des symptômes et les synthétisait en d'admirables diagnostics. "Il n'y a qu'une méthode, la bonne", et c'est ainsi qu'il allait dans la voie du bien et du mieux.

Il aimait l'étudiant et l'étudiant l'aimait. De cette affection réciproque il en recueillit tous les témoignages possibles. Il était de ceux à qui l'on pense chaque fois qu'en vient l'occasion, d'offrir une présidence ou un poste d'honneur. Il s'y laissait aller moins semblait-il par envie de distinction que par un désir de contact plus étroit avec ses jeunes amis. Et alors quelle profusion de délicats conseils et d'utiles recommandations, quel échange sympathique et facile de bons procédés ! Nous qui en étions, avons gardé mémoire d'un fragment de sa leçon inaugurale au cours d'anatomie pathologique en 1923. Il nous disait alors avec une éloquence justement

communicative: "Tout en reconnaissant avec émotion la générosité de quelques amis sincères qui m'ont fourni dans cette tâche de plusieurs années, l'appui indispensable de leur autorité et de leur influence, je m'empresse d'ajouter que les encouragements les plus touchants, les plus soutenus, les plus spontanés me sont venus de mes élèves, non seulement sous la forme de l'intérêt toujours croissant qu'ils ont montré jusqu'ici à suivre étape par étape les différents stades évolutifs de cet enseignement ou en m'aidant à supporter les épreuves quelquefois cruelles, qui sont venues en entraver la marche vers le progrès, mais même en prenant collectivement ma défense, dans un bel élan d'enthousiasme spontané, un jour qu'ils ont cru, à tort ou à raison, mon œuvre en danger"...

Et la voix du maître trembla pendant que nous battions follement des mains pour ne pas pleurer. Son œuvre n'est plus en danger: son œuvre est terminée, complète et belle, parce que durant quinze ans, il a travaillé sans relâche à l'évolution progressive de la science médicale chez nous.

Son beau nom s'ajoute aux grands noms du passé. Après Prévost, Bernier, Virolle, Normand et les autres, il se trouve inscrit au cénotaphe des médecins canadiens-français qui à des titres divers ont mérité de leurs compatriotes un souvenir admirateur, reconnaissant, inaltérable.

Dr Albert JUTRAS. (1)

— o —

(1) Au nom des anciens élèves du professeur Latreille.

MÉMOIRES

LE SPECTRE DIATERMIQUE

**Recherches sur la distribution en profondeur de l'échauffement produit
par les courants de haute fréquence**

Par **Léo PARISEAU**,
Radiologiste à l'Hôtel-Dieu de Montréal,
Fellow of the American College of Radiology,
Fellow of the American College of Physiotherapy.

Dans l'excellent manuel d'électrothérapie qu'il a fait paraître au début de cette année, le docteur W. Vignal prend à partie en termes très énergiques ceux qui nient l'action en profondeur des courants de haute fréquence. "L'idée de comparer l'organisme à un conducteur métallique serait plaisante si elle n'était avant tout saugrenue", écrit-il. "Soutenir encore actuellement l'hypothèse que les courants de haute fréquence se localisent uniquement à l'épiderme, c'est vouloir nier de parti pris la réalité des faits et être atteint de cette affection mentale que nos confrères aliénistes appellent le négativisme."

La leçon est sévère mais elle est méritée. Le physicien Bouasse et d'autres négateurs pourront se rendre compte, s'ils veulent bien s'en donner la peine, que le "skin-effect", si évident lorsqu'il s'agit de conducteurs métalliques parcourus par un courant de haute fréquence, est presque nul lorsque le conducteur est une solution électrolytique. Or l'organisme n'est, en somme, rien de plus qu'une cuve renfermant un électrolyte et des colloïdes. Monsieur Vignal trouve que certaines expériences qu'il décrit, notamment celles de Bordier, sont "autrement instructives et probantes que des déductions physico-mathématiques". Il les préfère à des renseignements puisés "dans un vieux catalogue de marchand d'appareils".

J'ignore à quel catalogue notre confrère parisien fait allusion, mais je sais que de ce côté de l'Atlantique, dans les catalogues et

même dans les traités d'électrothérapie, nous rencontrons plutôt ce que j'appellerai de l'assertivisme. Loin de nier l'action en profondeur des courants de haute fréquence on affirme sans sourciller que l'action est plus grande en profondeur qu'en surface et, chose étrange, cette affirmation est faite sur la foi des expériences classiques de Bordier.

L'heure est donc venue de soumettre ces expériences "in vitro" à une critique sévère en vue de déterminer ce qu'elles disent au juste. Voici comment Bordier lui-même décrit la très élégante démonstration qu'il a imaginée: "Plaçons dans un cristalliseur ou autre substance mauvaise conductrice, du blanc d'œuf. Appliquons deux électrodes aplaties aux deux extrémités de l'auge; faisons passer le courant de diathermie, d'abord faiblement et augmentons peu à peu son intensité. Après un certain temps, on voit se produire la coagulation de l'albumine au centre de l'assiette — (l'auteur met ces mots en italiques) — à égale distance des électrodes; cette coagulation s'étend graduellement du centre vers les électrodes. — Par contre, dit Bordier, "en employant un courant intense d'emblée et plus fort que dans le cas précédent, ce n'est plus au centre que la coagulation de l'albumine de l'œuf va se produire mais bien autour des électrodes."

Certes, l'expérience est d'une belle simplicité mais les conséquences que d'aucuns veulent en tirer pour la pratique diathermique me paraissent trop simplistes. — Notons que rien ne change d'une expérience à l'autre hormis l'intensité du courant. Le milieu conducteur et coagulable reste le même, la dimension des électrodes ne varie pas, la fréquence des oscillations non plus. (Du moins, elle est censée ne pas varier.) Seule l'intensité du courant augmente. Et, du fait, l'ordre des choses est absolument renversé? la périphérie se coagule et non le centre?

Ne nions pas les faits, cherchons à les expliquer. Posons à priori que s'il s'agissait d'un autre courant que celui de d'Arsonval, l'on trouverait tout naturel de voir la coagulation se produire d'abord au voisinage des électrodes, car c'est là que la densité électrique est la plus forte. Entre les deux plaques métalliques les lignes de champ s'écartent en forme de fuseau. Est-il possible, alors, que la première expérience soit fallacieuse? Je le crois. Voici ce qui se passe, ou doit se passer. Entre les électrodes la solution coagulable est lentement échauffée jusqu'à atteindre le point critique de la coagulation, le "seuil". Mais les couches externes du liquide, celles même

qui baignent les électrodes, ont double chance de se refroidir: par le pourtour du vase et par les électrodes, dont la partie émergente sert de radiateur-refroidisseur. Tous ceux qui ont tenté de répéter l'expérience "A" de Bordier savent qu'elle ne réussit pas toujours; on est souvent confronté avec des caillots périphériques alors qu'on attendait un caillot central. J'ai pu avec un montage donné, toutes choses égales d'ailleurs, la réussir plus facilement en munissant d'ailettes la portion émergente des électrodes et en plaçant le cristalliseur dans de l'eau glacée. Il se peut donc que les courants de convection et autres facteurs soient la vraie cause de la coagulation centrale, quand elle se produit.

Quoi qu'il en soit, on a tort, je pense, d'affirmer que dans la diathermie "médicale", c'est-à-dire non destructive, le maximum d'échauffement se trouve toujours à mi-chemin entre deux électrodes d'égale dimension. Et c'est pourtant ce que plusieurs auteurs ne craignent pas d'écrire. Par exemple, Harry Eaton Stewart dans son excellent petit ouvrage sur le traitement de la pneumonie. (Voyez fig. 9 de l'édition 1926. Les hachures, placées au centre de la cage thoracique, désignent "le maximum d'échauffement".)

Stewart a peut-être raison, mais il devra le prouver au moyen de mesures thermométriques faites en profondeur sur le sujet vivant et non par analogie avec des expériences conduites *in vitro*.

Pour tout dire, je ne suis pas le premier à mettre en doute la valeur probante de l'expérience "A" de Bordier. Deux Américains, R. B. Bettman et Nathan Crohn, l'ont reprise avec quelques raffinements de technique. Ils ont remplacé le blanc d'œuf liquide par de la gélose albuminée. Dans ces conditions la coagulation s'est *toujours* produite au niveau des électrodes avant d'atteindre le milieu du vase. Les deux expérimentateurs ont, d'autre part, fait une foule d'observations sur l'animal vivant diathermisé. Jamais, s'il faut les croire, la température centrale, mesurée au couple thermo-électrique, n'a pu s'élever au delà du maximum communiqué à tout l'organisme par la dissipation des calories développées entre les deux plaques. — Je me hâte de dire que des travaux plus récents semblent prouver que, si la séance de diathermie est suffisamment prolongée, les parties profondes s'échauffent un peu plus que la masse du corps. — Il ne s'agit pas de cela, pour l'heure; revenons à l'expérience du cristalliseur.

La gélose de Bettman-Crohn me paraît préférable au milieu liquide de Bordier, mais elle présente encore un défaut capital: les parties coagulées n'ont plus les mêmes constantes électriques. Elles

sont plus résistantes. On pourrait dès lors objecter que la coagulation une fois amorcée en un point quelconque se continue parce que le coagulat est plus chaud, de par sa résistance, que les parties circumvoisnantes. L'image obtenue n'est peut-être pas la représentation exacte de ce qui se passerait dans un milieu qui resterait homogène. Il faudrait trouver un tel milieu...

Eh bien, je l'ai trouvé. Il m'a suffi d'employer une substance dite thermoscopique, c'est-à-dire qui change d'aspect quand on la chauffe, sans changer de composition. Après plusieurs essais je me suis arrêté à l'iodure argento-mercurique préparé d'après une technique que j'indiquerai ailleurs. Il a alors l'avantage d'être très sensible à la chaleur et le virage s'opère à une température qui ne dépasse pas trop celles usitées en diathermie médicale. Pour les petites différences de température le changement de couleur est assez faible; il y a passage du jaune serin à l'orangé pâle. Mais l'étude spectroscopique du virage m'a permis de choisir certains filtres qui accentuent le contraste entre les parties chaudes et les parties froides de la masse. Dans ces conditions, les parties froides paraissent en vert ou vert-bleu, alors que les parties chaudes sont presque noires ou rouge-feu.

Restait à composer un milieu solide ou tout au moins pâteux. J'ai employé le gel de silice, la "gelobarine" (sulfate de baryte presque colloïdal), la pectine, etc. Tous ces milieux présentent le même inconvénient: impossible de les couper pour voir ce qui passe en profondeur.

La gélatine additionnée d'iodure argento-mercurique m'a donné une très belle masse. Malheureusement son point de fusion est trop peu élevé. L'expérience ne peut être poussée assez loin. Restait la gélose. Hélas! dès que j'y mêlais l'iodure à chaud, celui-ci perdait toute thermo-sensibilité. Après un mois de tâtonnements j'ai trouvé le moyen de la lui rendre. Les détails de technique seront fournis en temps et lieu. Enfin, pour varier la conductibilité électrique du milieu, je l'ai salé plus ou moins. La résistante apparente a été évaluée par le méthode de Dowse et Iredell.

Les expériences ont été faites dans des plats en verre Pyrex de formes diverses. Il faut d'abord placer les électrodes, puis couler le mélange bouillant. De préférence les électrodes doivent être en platine ou en carbone, mais je me suis assez bien trouvé de l'emploi de plaques en "Monell Metal". Ces dernières peuvent séjourner quelques heures dans le milieu sans trop le décomposer. Si on les y

laisse trop longtemps, la gélose blanchit et perd sa thermo-sensibilité. — Chaude et liquide la gélose est de couleur orang-foncé; froide et figée elle est jaune-serin et ressemble beaucoup à ce que les Anglais appellent du "custard". Elle peut être refondue et resservir indéfiniment.

Si l'on fait passer dans le milieu solide et refroidi le courant produit par un appareil de diathermie on voit petit à petit se révéler une image que je me permets d'appeler "le spectre diathermique" par analogie avec le spectre magnétique connu de tous les apprentis-physiciens. Observé à travers un filtre approprié, le spectacle est saisissant.

J'ai montré le "spectre diathermique" à certains confrères de l'Hôtel-Dieu il y a cinq mois déjà. Je l'ai fait voir pour la première fois au grand public médical le 15 novembre, lors d'une réunion de la Société Canadienne-Française d'Electrologie et de Radiologie Médicales.

Parce que notre jeune société est affiliée à deux grandes sociétés de France qui se consacrent au progrès de la radiologie et de l'électrologie, je n'en dirai pas davantage aujourd'hui. Le détail des expériences et les conclusions qui semblent en découler paraîtront dans une revue française.

BIBLIOGRAPHIE

- Bettman and Crohn.**—"Diathermy in the production of deep temperature".
Journal of the Am. Med. Assoc., Feb. 19, 1927.
- Bordier.**—"Diathermie et Diathermothérapie". Baillière, 1927.
- Stewart, H. E.**—"Diathermy, with special reference to Pneumonia". P. B. Hoerber, 1926.
- Vignal, W.**—"Electrothérapie". Octave Doin, 1928.

RECUEIL DE FAITS

ANAPLASTIE TEGUMENTAIRE ⁽¹⁾

Par **Réal DORE,**

Assistant à la clinique chirurgicale de l'hôpital Notre-Dame.

L'anaplastie (ana: de nouveau; plassein: former) a pour but de reconstituer des régions tégumentaire, osseuse et viscérale, totalement ou partiellement détruites, quelle qu'en soit la cause.

Un travail d'anaplastie a été publié pour la première fois par le Docteur Frank Hamilton, de New-York, en 1847.

Depuis, tous les pays ont fourni aux chirurgiens un grand nombre de techniques anaplastiques, ingénieuses autant que pratiques.

Grâce aux travaux publiés, les principes fondamentaux de l'anaplastie sont établis d'une façon définitive. En observant ses données, une intervention anaplastique est menée à bonne fin.

L'anaplastie tégumentaire est apte à rendre d'immenses services à ceux qui souffrent de dysplasie congénitale ou acquise (hyperplasie, aplasie, atrophie, agénèse tégumentaire, difformité, perte de substance, rides de la peau, etc.).

La face et la main sont les régions qui bénéficient le plus d'une intervention anaplastique au point de vue pratique et même esthétique.

L'anaplastie tégumentaire libre ou greffage, telle que décrite dans les greffes épidermique de Reverdin, dermo-épidermique d'Ollier, toto-tégumentaire de Hamilton, compte de nombreux succès.

L'anaplastie tégumentaire adhérente ou serve, ce qui constitue le marcottage, préconisée par les méthodes française, indienne, italienne, permet d'affirmer la réussite de l'opération.

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, séance du 2 octobre 1928.

Les principes fondamentaux de l'anaplastie sont très nombreux. Il ne sera question ici que de celui qui est de tous le plus important.

Quand il s'agit de pratiquer une anaplastie tégumentaire au niveau d'une articulation, ou au voisinage de celle-ci, dont les tissus

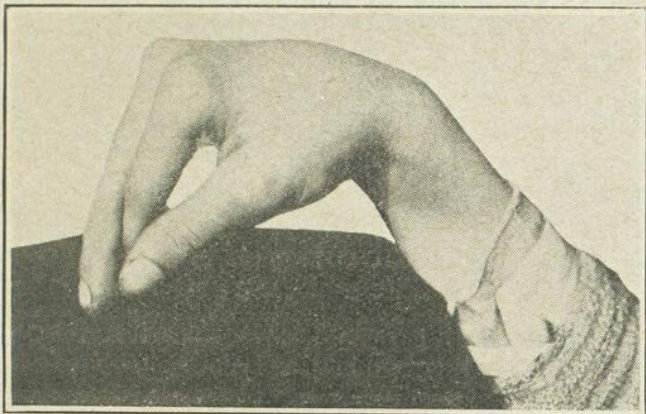


Photo No 1 (avant l'opération)

Angle droit formé par la flexion des phalanges sur les métacarpiens.

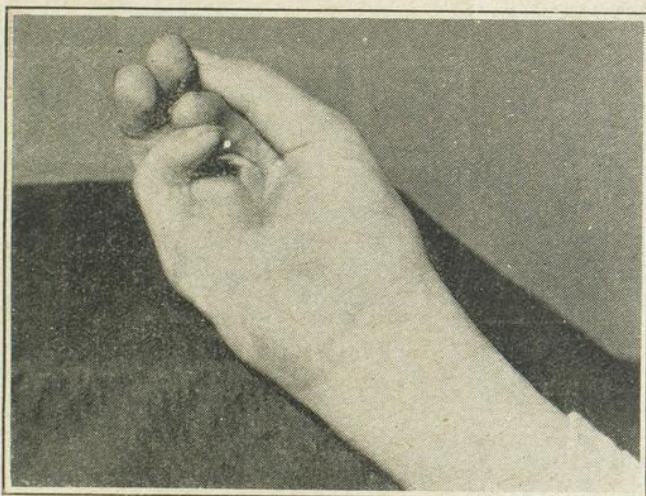


Photo No 2 (avant l'opération)

L'index et l'auriculaire sont entrecroisés et maintenus solidement accollés l'un à l'autre par du tissu cicatriciel.

adjacents ont été traumatisés, cette intervention doit être exécutée dans le plus court délai possible.

Les résultats obtenus seront heureux en autant que l'articulation

en cause ne souffrira pas d'un degré plus ou moins prononcé d'ankylose.

Cette ankylose s'établit graduellement à la faveur d'une immobilisation prolongée, consécutive à une rétraction cicatricielle vicieuse.

Un cas personnel d'anaplastie illustrera ce détail primordial.

Roland B., 16 ans, accidentellement, il y a trois ans (!!!) eut la face palmaire de la main droite — c'est un droitier — brûlée au troisième degré. Comme conséquence, impotence complète de la main. L'aponévrose palmaire superficielle, en se rétractant, a entraîné avec elle, ce qui était à prévoir, les quatre dernières phalanges.

Un an après l'accident une greffe probablement dermo-épidermique fut pratiquée malheureusement sans succès.



Photo No 3

Lambeau greffé au niveau de la face palmaire.

Ce n'est qu'au bout de trois ans que nous voyons pour la première fois l'accidenté.

Le 16 juillet 1928, à l'anesthésie générale, une anaplastie serve, méthode italienne, à lambeau toto-tégumentaire operculaire, est pratiquée.

Le lambeau est prélevé au niveau de la cuisse droite, face externe, côté correspondant à la main traumatisée.

Après ablation de tout le tissu cicatriciel palmaire et avivement de la région aplastique, tel que préconisé par Thiersch en 1874, le limbe du lambeau est suturé au niveau du pourtour de la face cruantée de la main.

Le membre supérieur est solidement immobilisé, pendant 15 jours, au contact du thorax et de la cuisse.

Le deuxième temps opératoire consister à sectionner le pédicule du lambeau. Ce pédicule est ensuite utilisé pour combler ce qui reste de région aplastique.

Jusqu'à date R. B. a récupéré 50% de la mobilité des quatre dernières phalanges sur les métacarpiens correspondants, et de la contractilité des fléchisseurs et extenseurs.

Un massage méthodique de la main et de l'avant-bras améliorera encore de 25% environ la valeur de celle-là.

Malheureusement un certain degré d'invalidité permanente persistera.

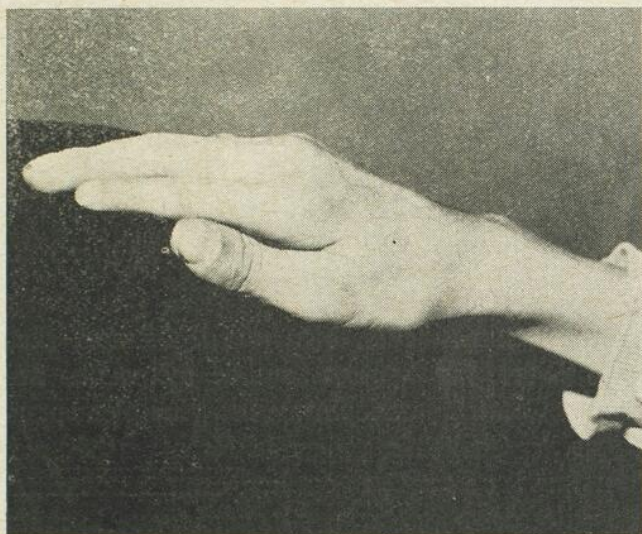


Photo No 4

Phalanges quasi parallèles aux métacarpiens.

Cette infirmité aura pour causes :

1° La limitation des mouvements des articulations phalango-phalangiennes et métacarpo-phalangiennes.

2° Une légère atrophie des muscles de l'avant-bras.

Tout de même il y aura en définitive une amélioration suffisante pour justifier l'intervention pratiquée.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU LARYNX (1)

(Suite)

Par **J. N. ROY**,
Médecin de l'Institut du Radium.

Les sarcomes intrinsèques, bien que légèrement plus communs que les extrinsèques, représentent tout de même une affection fort peu fréquente. Comme ce néoplasme est généralement très sensible aux radiations, la Curiothérapie ou la Roentgenthérapie sont indiquées. Toutefois il ne faut pas oublier, comme nous le disions tout à l'heure au sujet des sarcomes exo-laryngés, que la métastase est à peu près certaine, avec ses conséquences fatales. Aussi le traitement chirurgical mérite-t-il également d'être discuté, si l'examen anatomopathologique révèle que la tumeur est mixte et radio-résistante.

Pour ce qui est de la laryngectomie totale, on doit admettre que cette opération est grave, et particulièrement mutilante. C'est donc le devoir du laryngologiste de bien expliquer à son patient l'état dans lequel il sera après l'intervention. En escomptant un succès complet, il y aura toujours forcément la perte de la respiration buccale, — le malade étant condamné pour le reste de ses jours à garder dans sa trachée une canule — et la perte relative de la parole. En effet, nous avons maintenant des larynx artificiels de fabrication surtout allemande, française et américaine, qui relie la canule trachéale aux arcades dentaires, et avec lesquels la conversation est possible.

La moyenne de la mortalité opératoire est de 5 à 10 p. 100.

(1) Voir la 1^{re} partie dans le no. de nov. 1928.

Quant à la guérison définitive, c'est-à-dire sans que le cancer ait récidivé dans l'espace de trois ans, la majorité des auteurs donne de 15 à 20 p. 100. Toutefois, entre des mains aussi habiles que celles de Tapia, et en sélectionnant les cas favorables, elle peut s'élever à 57 p. 100.

La laryngectomie, ainsi que toutes les autres interventions sur le larynx, doivent être pratiquées sous anesthésie locale.

Parmi les principales contre-indications à l'ablation du larynx, il faut mentionner: la tuberculose, l'alcoolisme, le diabète, l'artériosclérose, les lésions des viscères et l'âge avancé. L'opération est également contre-indiquée si le néoplasme cavitaire est parvenu à l'état extrinsèque, avec hypertrophie des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, ou s'il existe une infiltration des cartilages.

Au point de vue du traitement des cancers laryngés, nous dirons que jamais il ne doit être institué sans que le diagnostic clinique soit confirmé au moyen de la biopsie et de l'examen anatomo-pathologique. La structure histologique de la tumeur, le lieu d'implantation, l'infiltration aux tissus environnants, et le retentissement ganglionnaire doivent être aussi considérés avec soin. Avant de proposer l'opération, ou la thérapeutique par les radiations, il faut se rappeler que tous les néoplasmes malins ne sont pas également radio-sensibles. Regaud, avec sa très grande compétence donne, dans la nomenclature qui suit, le degré des réactions des tumeurs en général, par ordre décroissant. Nous nous excusons de sortir pour un instant de notre sujet, mais nous croyons que cette légère digression pourrait offrir un tableau intéressant de l'état actuel de la science.

Pour les différentes variétés de sarcome, nous avons donc :

Le lymphosarcome.

Le sarcome globocellulaire en général.

Le sarcome à cellules polymorphes.

Le sarcome à myéloplaxes.

Le myxosarcome.

Le sarcome fusocellulaire.

Le myosarcome.

Le fibro-sarcome.

L'endothéliome.

Le chondro-sarcome.

Le sarcome ostéoïde.

Et pour les épithéliomas :

- Le lympho-épithéliome.
- L'épithélioma baso-cellulaire.
- L'épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.
- Le branchiome.

Ou encore suivant la classification de l'Institut de Radium de Paris :

- L'épithélioma épidermoïde du type des muqueuses.
- L'épithélioma épidermoïde du type cutané.

Quant aux sarcomes de l'organe vocal, les plus communément observés présentent :

- 1° La variété fuso-cellulaire.
- 2° La variété à cellules rondes.
- 3° La variété à myélopaxes.

Les épithéliomas sont presque toujours :

- 1° Baso-cellulaires.
- 2° Spino-cellulaires.

En présence d'un malade atteint de cancer extrinsèque du larynx, la chirurgie est généralement impuissante; les statistiques prouvant qu'il y a presque toujours, à la suite de l'intervention, une récurrence locale ou ganglionnaire. Il faut donc immédiatement recourir aux radiations, c'est-à-dire à la Curiéthérapie, ou à la Roentgenthérapie profonde. Si au contraire le néoplasme est intrinsèque, sans être extériorisé, il faut alors choisir le traitement le plus favorable, en s'inspirant de ce que nous avons dit plus haut.

Il arrive que, de temps à autre, le radium ou les Rayons X amènent une nécrose du cartilage thyroïde, avec fistules cutanées fort longues à guérir. Dans le but de prévenir cette complication, et pour permettre un effet plus actif des radiations, Hautant a imaginé de faire, avant l'emploi de ces agents physiques, l'ablation de la partie antérieure de ce cartilage.

Suivant nous, la thérapeutique idéale applicable aux tumeurs malignes du larynx, susceptibles d'être opérées, consiste d'abord à pratiquer, le plus rapidement possible, une intervention chirurgicale complète, et ensuite à se servir des radiations.

Que doit-on penser du radium, comme traitement du cancer de l'organe vocal comparé aux Rayons X ?

La Curiéthérapie en fait a remporté autant de succès que la Roentgenthérapie dans le traitement des tumeurs du larynx.

Il semble actuellement que les Rayons X soient plus recommandés dans certaines des meilleures institutions du monde, peut-être à cause de techniques mieux établies, et mises au point par un personnel spécialement intéressé.

Ni la nature physique des radiations X ou gamma, ni la radio-physiologie n'apportent de bases bien nettes pour cette préférence; l'avenir probablement permettra au radium de reprendre sa place lorsque des recherches plus avancées auront apporté des techniques plus adéquates.

Avant de conclure, il est intéressant de noter que le cancer, d'une manière générale, est plutôt l'apanage de la race blanche; nos nombreux voyages un peu partout en Asie, en Afrique, en Océanie, en Amérique Centrale et du Sud, nous ont permis de constater qu'il s'observe très rarement chez les jaunes, et presque jamais chez les noirs. Aussi nous serions porté à croire que l'alimentation des aborigènes de ces pays, composée surtout de fruits, de légumes et de céréales, doit jouer un certain rôle au point de vue de l'étiologie de cette redoutable affection.

Conclusions

1° Toute personne qui présente une maladie quelconque de l'organe vocal, semblant vouloir passer à l'état chronique, doit consulter un *laryngologiste*, en vue d'un diagnostic précis, et d'un traitement approprié.

2° Cet examen est d'autant plus important et nécessaire que le patient est déjà avancé en âge.

3° Les sujets atteints de goître qui se proposent de subir l'ablation de leur thyroïde, ou un traitement par les agents physiques, doivent faire examiner leur larynx, même s'ils n'ont pas de troubles de la voix.

4° L'étiologie des paralysies des cordes vocales est souvent fort obscure, et mérite *toute l'attention* du spécialiste.

5° En présence d'une tumeur de la région laryngée, surtout supposée maligne, il faut, avant de proposer un traitement, faire une biopsie et confirmer le diagnostic clinique par le microscope.

6° Si le néoplasme est extrinsèque et bénin, on peut l'enlever par la voie directe, ou se servir du miroir laryngé, ou encore pratiquer la pharyngotomie de préférence sous-hyoïdienne.

7° Lorsqu'il est extrinsèque et malin, avec envahissement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux, la chirurgie est contre-indiquée, et il faut recourir aux radiations.

8° Les cancers développés seulement sur une corde vocale, sans infiltration des parties environnantes, doivent être enlevés par la thyrotomie.

9° Admettant une tumeur localisée uniquement à l'hémi-larynx, sans extériorisation et réaction ganglionnaire, on peut, d'après chaque cas particulier, choisir entre l'hémi-laryngectomie, l'ablation totale du larynx, ou la thérapeutique par les radiations.

10° Si le néoplasme bilatéral et intrinsèque n'a pas encore débordé le vestibule du larynx, ou envahi les cartilages et les ganglions, on doit faire la laryngectomie totale, ou le traitement par les radiations.

11° Une tumeur cavitaire devenue extrinsèque, avec réaction ganglionnaire, ne doit jamais être opérée; il faut encore cette fois s'adresser aux radiations.

12° Pour escompter le maximum de guérisons définitives après l'opération des cancers du larynx, il est recommandable de faire subir aux patients quelques séances de radiumthérapie ou de rayons X.

13° Il peut arriver qu'il existe un doute sur le meilleur mode de traitement d'une tumeur cancéreuse en particulier; dans ce cas l'examen histo-pathologique permet de se rendre compte sur la radiosensibilité des cellules et inspire la thérapeutique.

14° Afin de prévenir une radio-nécrose, il est souvent nécessaire, avant de recourir au radium ou aux rayons X, d'enlever la partie antérieure du cartilage thyroïde.

15° La Roentgenthérapie, expérimentée depuis longtemps et assez bien connue, permet de préférence peut-être à la Curiethérapie, d'obtenir de meilleurs résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- 1922 SIR ST. CLAIR THOMSON.—Cancer du larynx. Importance d'une classification. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*. Fev.
- M. LERMOYEZ.—Cancer du larynx et rayons X. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*. Fev.
- PORTMANN et LACHAPELE.—La Roentgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie. *Maloine & Fils, Editeurs*. Paris.

- SIR ST. CLAIR THOMSON.—Cancer of the larynx. The operation of laryngo-fissure and its results in the intrinsic variety. *Rapport au Xième Congrès International d'Otologie*. Paris.
- E. J. MOURE.—Traitement du cancer du larynx. *Rapport Congrès Ibid.*
- DOUGLAS QUICK and F. M. JOHNSON.—Cancer of the larynx treated by radium. *Rapport Congrès Ibid.*
- CHEVALIER JACKSON.—The results of operative methods in the treatment of cancer of the larynx. *Rapport Congrès Ibid.*
- A. G. TAPIA.—Le traitement du cancer du larynx par la chirurgie et par les radiations (rayons X et radium). *Rapport Congrès Ibid.*
- P. SEBILEAU.—Aperçu sur les laryngectomies économiques. *Rapport Congrès Ibid.*
- CL. REGAUD, H. COUTARD et A. HAUTANT.—Contribution au traitement des cancers endo-laryngés par les rayons X. *Rapport Congrès Ibid.*
- E. GONZALEZ DIEZ.—Tratamiento radiumtherapico y radioterapico del cancer larynges. *Bulletin Congrès Ibid.*
- R. BOTTEY.—Notre technique actuelle dans la laryngectomie. *Bulletins Congrès Ibid.*
- REVERCHON et WORMS.—Traitement des néoplasmes du larynx par la Roentgentherapie profonde. *Bulletins Congrès Ibid.*
- A. SARGNON.—Association de la laryngo-fissure, du radium et des rayons X dans le traitement du cancer du larynx. *Bulletins Congrès Ibid.*
- SIR JOHN BLAND-SUTTON.—Tumours, Innocent and Malignant. *Cassell, Editor*. London.
- 1923 P. MASSON.—Diagnostic de laboratoire. *Maloine et Fils, Editeurs*. Paris.
- 1927—H. COUTARD et A. VALAT.—Considérations sur le cancer de la bande et de la cavité ventriculaires du larynx. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, mai.
- 1928 J. EWING.—Neoplastic Diseases. 3rd edition. *W. B. Saunders, Editor*. Philadelphia.

FORMULAIRE UROLOGIQUE

ORDONNANCE POUR MALADE ATTEINT DE PHOSPHATURIE

1°) *Hygiène*

Eviter toutes les sortes de surmenage
Exercices modérés au grand air.

2°) *Régime*

Tous les aliments dont la teneur en chaux est considérable seront
proscrits.

Aliments défendus:

Lait et les laitages
Les œufs
Les fromages
Le pain de blé
Les pâtisseries
Les cervelles et les ris de veau.
Les salades
Les épinards
L'oseille
Le celeri.
En somme, régime acide à base d'aliments carnés.

3°) *Médication acidifiante des Urines*

Les sels de chaux dans une urine acide ne précipite pas.

a) Citronnade

b) Acide benzoïque, 0 gr. 50

Pour un cachet.

Un cachet trois fois par jour.

ou

Acide borique 0 gr. 50

Pour un cachet.

Un cachet quatre fois par jour.

4°) *Remarque:*

Proscrire de la médication tout médicament dont la teneur en sels
de chaux est considérable.

Oscar MERCIER.

ANALYSES

MEDECINE

A. SHEDROW. — **L'étude clinique et thérapeutique des sympathoses** (“Le Progrès Médical”, 15 septembre 1928).

La tendance à l'exophtalmie et à la mydriase, la sécheresse de la bouche et de la peau, la fréquence de la chair de poule et de l'érection pilaire, la tendance à l'hypertension artérielle et la tachycardie, les douleurs précordiales anginiformes sont les caractéristiques principales de l'hypersympathicotomie. Le dysfonctionnement du sympathique peut se manifester cliniquement par des troubles circulatoires : bradycardie et tachycardie, instabilité vaso-motrice; des troubles digestifs : spasme oesophagien, diarrhée, constipation, entérospasme.

Les épreuves de Ruggerie (convergence prolongée des yeux, provoquée pendant 10 minutes, causant de l'hypertension artérielle passagère et de la tachycardie); le reflexe cilio-spinal, l'injection d'adrénaline (produisant de l'hypertension artérielle, du tremblement et de l'abaissement de l'index oscillométrique) la tolérance des hydrates de carbonés (diminuée chez les sympathicotoniques), le métabolisme basal (accru).

Dans deux formes de sympathoses : la migraine et la maladie de Basedow, l'auteur a employé le nouvel alcaloïde de l'ergot de seigle, l'ergotamine, antagoniste de l'adrénaline, avec des résultats remarquables. L'ergotamine ralentit le rythme du cœur, élève la tension artérielle et a une action inhibitrice sur les terminaisons sympathiques. C'est donc le médicament par excellence dans tous les états où le tonus sympathique est accru, tels que maladie de Basedow, migraine, tachycardie, paroxysmique, etc.

On administre le tartrate d'ergotamine sous forme de comprimés titrés à un milligramme à raison de trois par jour ou bien en solution au 1/0/00 à la dose de 20 à 45 gouttes par jour pendant une semaine suivi d'un repos de 4 à 5 jours ou bien encore par voie sous-cutanée ou intramusculaire à la dose d'une demi-ampoule à une de 1 cc. deux fois par jour.

Les troubles graves de compensation cardiaque contre-indiquent son emploi.

Gabriel LAFRESNIERE.

L. RIVET et THEO. LAENNEC. — **Anémies graves au cours des néphrites chroniques azotémiques** (“Revue Médicale Française, octobre 1928, No 7).

Dans les néphrites chroniques en général, les cas d'anémie grave sont assez rares, mais dans les néphrites azotémiques, on en observe très

fréquemment. Chez les néphroscléreux hypertendus dont la pâleur habituelle est bien connue, l'anémie va de pair avec l'azotémie et l'étude de la formule sanguine révèle un chiffre de globules rouges aux environs de 2,000,000 et parfois moins, un chiffre leucocytaire normal ou augmenté mais ordinairement avec polynucléose et disparition des éosinophiles. Certains auteurs ont constaté de l'anisocytose et de la poïkilocytose, absence de myélocytes et d'hématies, diminution des hémato blasts et irrtractilité du caillot. Donc anémie globulaire avec réaction plastique très faible. Il s'agit d'anémie toxique, dont la pathogénie est encore obscure et il faut, semble-t-il, incriminer certaines substances azotées incomplètement métabolisées et douées d'un haut pouvoir toxique." (Marcel Labbé).

Comme traitement, on a préconisé les transfusions de sang répétées dont on a obtenu d'heureux résultats et même dans certains cas, l'amélioration de l'anémie a entraîné secondairement une baisse du taux de l'urée du sang.

Gabriel LAFRESNIERE.

MAURICE LOEPER. — L'appétit et les amers ("Le Progrès Médical", 13 octobre 1928, No 41).

Contrairement à l'idée universellement répandue, ce n'est pas la sécrétion gastrique qui donne la sensation d'appétit, mais c'est l'appétit qui fait affluer le suc gastrique par un mécanisme nerveux qui comporte un élément psychique et un élément réflexe. Et l'estomac que l'auteur compare à l'agent d'un central téléphonique transmet à tous les étages sécrétoires et moteurs de l'appareil digestif l'ordre de fonctionnement et assure leur synergie harmonieuse.

L'appétit, c'est-à-dire la sensation, variable suivant les individus, qui fait qu'un aliment ou un repas paraît désirable ou fait envie est conditionné par la nature et la qualité des substances ingérées et par leur préparation. Quand malgré tout, l'appétit diminue ou fait défaut on peut alors avoir recours à deux groupes de médicaments : les amers et les solutions salines excitantes. Les premiers ont deux influences : l'une directe par irritation de la muqueuse gastrique et l'autre indirecte par contact avec la muqueuse buccale, engendrant un réflexe qui se répercute à l'estomac et provoque la sécrétion.

Les amers classiques sont la gentiane, le colombo, le quassia, le condurango, le quinquina qui se donnent tous à peu près aux mêmes doses, bien connues d'ailleurs, sous forme de poudre, extrait, vin ou teinture. On fait aussi rentrer dans le groupe des amers la fève de S. Ignace qui connut jadis une grande vogue et la noix vomique qu'on administre à la dose de 0.01 à 0.15 (poudre) en cachets ou pilules; la dose de 0.50 (teinture) ce qui correspond à 1 milligr. de strychnine; à la dose de 0.01 à 0.005 (extrait alcoolique sec) en pilules ou potion.

Quant aux sels, en dilution voisine de l'isotonie, ils sont excitants de la sécrétion gastrique. Telles sont les solutions salines de Mathieu,

Hayem et Bourget qui sont aussi appelées dialytiques à cause de la propriété qu'ils ont de favoriser les échanges.

Gabriel LAFRESNIERE.

MARCEL LABBE. — Valeur du métabolisme basal pour le diagnostic de la maladie de Basedow ("Presse Médicale", 13 octobre 1928, No 2).

Il n'y a pas de maladie de Basedow sans augmentation du métabolisme basal et cet accroissement en est même le symptôme capital.

L'auteur rappelle les nombreuses discussions au sujet de cette question de métabolisme basal dans la maladie de Graves-Basedow, depuis 1916 jusqu'à nos jours. Ce qui explique les divergences de vue des auteurs, c'est que la maladie de Graves-Basedow est constituée par l'association de deux syndrômes : le thyroïdien et le sympathique. Quand on se trouve en présence d'un sujet atteint d'une forme complète de la maladie, le métabolisme est toujours au-dessus de la normale. Mais en face des formes frustes il n'en est plus de même car le syndrôme sympathique isolé donne à première vue l'impression d'une maladie de Basedow. Dans ce cas, le métabolisme est normal et de là à conclure qu'il y a des maladies de Basedow sans élévation du métabolisme, il n'y a qu'un pas.

En résumé, la maladie de Basedow vraie doit s'accompagner d'hyperthyroïdie et il n'y a pas d'hyperthyroïdie sans élévation du métabolisme basal, ce qui fait que le taux du métabolisme est un élément capital dans le diagnostic de la maladie de Basedow.

Gabriel LAFRESNIERE.

HARVEY G. BECKS. — Fonctions motrice et sécrétoire de l'estomac [**Motor and secretory functions of the stomach**] ("The Journal of American Medical Association", vol. 91, No 18, 3 novembre 1928).

Après avoir fait l'historique de la méthode de l'extraction du contenu stomacal au moyen de tube, l'auteur décrit l'appareil qu'il a inventé et dont il se sert depuis 14 ans dans sa clinique. Cet appareil consiste en un tube de caoutchouc relié à un robinet ordinaire qui ouvert produit succion. A ce tube se trouve attaché un manomètre servant à régler le degré de succion désiré. Pour recueillir le contenu stomacal, il se sert d'un flacon d'Erlenmeyer d'une capacité de 500 c.c. relié au tube du robinet. De ce flacon partent deux autres tubes, l'un qu'on introduit dans l'estomac et l'autre descendant jusqu'au plancher et sur lequel on appuie avec le pied pour amorcer. De cette façon les deux mains sont absolument libres pour la manoeuvre. Le repas d'essai est composé de 6 biscuits d'arrowroot, un verre (200 c.c.) d'eau chaude et la même quantité d'eau froide. L'examen a porté sur 500 repas dont 300 furent aspirés après 60 minutes et 200 après 50 minutes, ce qui a permis de fixer un chiffre arbitraire de résidu maximum à 100 c.c., après l'ingestion

du repas. Un chiffre au-dessus indique hypotonie et un chiffre au-dessous signifie hypertonie.

L'expérience a démontré qu'au moyen de cet appareil, l'estomac peut être complètement vidé et qu'on peut ainsi déterminer quantitativement et simultanément les fonctions sécrétoire et motrice. C'est dans l'atonie gastrique (24.3% des cas) que la fonction motrice est le plus souvent troublée et plus fréquemment dans la cholécystite et la constipation spasmodique que dans l'ulcère d'estomac et l'ulcère du duodénum réunis.

Gabriel LAFRESNIERE.

E. M. WATSON. — L'effet de l'extrait de feuilles de bluets dans le traitement du diabète sucré ("The Canadian Medical Association Journal", vol. 19, août 1928).

On a cherché au cours des dernières années des médications substitutives à l'insuline. Son administration par voie hypodermique, le contrôle quotidien qu'il faut apporter à sa posologie et les conséquences qui peuvent résulter des crises qu'elle détermine la font encore redouter par un grand nombre de médecins.

La découverte de la synthaline et du gluk-horment avait engendré des espérances qui n'ont pas eu de suite heureuse à cause des phénomènes toxiques consécutifs à leur emploi. Watson rapporte un certain nombre d'observations de diabétiques traités par l'extrait de feuilles de bluets. Mark et Wagner ont, les premiers, fait des recherches sur l'emploi possible de ce principe dans le diabète sucré. La feuille de bluet renferme deux substances antagonistes, l'une hyper, l'autre hypoglycémiant. Cette dernière a reçu le nom de myrtilline.

Allen a publié une statistique avec résultats heureux au cours du traitement de soixante malades diabétiques. Chez ceux-ci, la myrtilline permit de diminuer sensiblement la dose d'insuline en même temps que leur tolérance hydrocarbonée s'élevait considérablement. Les diabètes légers et ceux évoluant chez des malades d'âge moyen ou vieux ont fourni les meilleurs résultats. Jamais la myrtilline n'a engendré l'hypoglycémie, mais semblait plutôt contrarier l'action de l'insuline de ce point de vue.

Le fait que Mills a pu récemment traiter des diabétiques et les améliorer au dépens d'un extrait vitaminé composite végétal porterait à croire que le mode d'action de la myrtilline relève de principes analogues.

Le plus grand nombre des cas qui composent la statistique d'Allen ont reçu le traitement conjugué insuline et myrtilline. Les tableaux soumis nous permettent d'apprécier que dans un petit nombre de cas seulement, il a été possible de supprimer, de façon complète, l'insuline. Dans tous, on a pu toutefois diminuer la dose de ce produit ou augmenter notablement l'ingestion des hydrates de carbone.

D'après Watson, il semble : 1°—que l'extrait de feuilles de bluets produit des effets heureux dans certains cas de diabète. 2°—Que son

action soit surtout apparente dans les cas de diabète léger, chez les patients d'âge moyen et les vieillards. 3°—Que ce produit ne reconnaît aucune indication dans les complications survenant au cours du diabète. 4°—Que l'extrait de feuilles de bluets ne saurait remplacer l'insuline, mais peut lui être associé dans le traitement du diabète. 5°—Que l'hypoglycémie reste minime et qu'aucun effet nocif ne suive l'administration de la myrtilline. 6°—Que le retrait du médicament s'accompagne d'une chute légère de la tolérance hydrocarbonée.

J. Roméo PEPIN.

ROGER SAVIGNAC et RENE MARECHAL. — **Les plexalgies iliaques gauches** ("Arch. des Mal. App. Digestif et Mal. de la Nutrition", novembre 1927).

La moitié droite de l'abdomen fournit à l'exploration clinique plusieurs points classiques qui peuvent nous guider dans l'interprétation des lésions organiques ou fonctionnelles sous-jacentes.

C'est en raison des nombreux organes importants qui ont leur siège de ce côté : ovaire, appendice, caecum et angle hépatique, vésicule biliaire, duodénum, pylore, qu'il est parfois si difficile d'interpréter la plexalgie iliaque droite, car la confusion est possible avec une douleur appendiculaire.

La plexalgie "sine materia" peut exister, mais est chose rare; par ailleurs, la plexalgie, expression sympathique d'une lésion de voisinage, se rencontre fréquemment.

La plexalgie iliaque gauche, à l'interprétation de laquelle les A. se sont intéressés, dans plus de huit cents cas soumis à leur observation, et qui se traduit par des douleurs siégeant dans le cadran inférieur gauche de l'abdomen, le plus souvent chez la femme non alitée, présente une physionomie clinique plus claire et plus facile d'interprétation.

Le caractère des douleurs, leur localisation exacte avec leur irradiation, les troubles du sympathique qui les explique, l'influence du repos sur cette douleur, la participation du plexus solaire, sont autant de points fins mis en évidence au cours des recherches qu'ont fait les A. sur cette importante et intéressante question de pathologie gastro-intestinale.

Ils attribuent à cette plexalgie iliaque gauche une importance surtout diagnostique et thérapeutique. Ainsi, dans les plexalgies iliaques gauches associées à la ptose et aux troubles intestinaux limités au sigmoïde : sigmoïdite, péricigmoïdite, entéro-névrite; ou dans les plexalgies avec troubles génitaux : séquelles de salpingite gauche occasionnant un spasme du sigmoïde et pouvant faire croire à un néoplasme; ou encore dans les plexalgies avec troubles digestifs, génitaux, urinaires; ou même dans certaines affections rachidiennes basses (sacrum, coccyx); les A. dans toutes ces affections organiques ont déterminé, par la pression avec la pulpe des doigts bien enfoncés au niveau de l'artère iliaque une douleur fixe, coïncidant avec le lieu de la douleur subjective maxima, susceptible de s'irradier, et correspondant à ce qu'ils ont appelé "la plexalgie iliaque

gauche". La répercussion sympathique de cette douleur peut se faire jusqu'aux plexus mésentérique inférieur, lombo-aortique, solaire, et hypogastrique.

Un examen complet du malade, servant à déceler l'une ou l'autre des causes, associées ou non à ce syndrome plexalgique, permettra d'appliquer une thérapeutique causale, la plus effective, ou symptomatique : les sédatifs du sympathique : Passiflore, valériane, jusquiame, benzoate de benzyle, ésérine, l'antipyrine en lavement, le CA CL. Au traitement médicamenteux, il faut joindre le repos du lit, au moins la clino-digestion, la diathermie, la galvanisation trans-abdominale. Dans les plexalgies causés par la ptose gastro-intestinale, le port d'une sangle, avec ou sans pelote, a toute son importance; car une pelote inopportune ou trop distendue peut aggraver les douleurs plexiales et augmenter la constipation; de même la gymnastique ne doit être imposée que si le malade est bien reposé et a engraisé notablement. Les drogues irritantes en provoquant la constipation, accentuent la plexalgie, d'où l'emploi de régulateurs doux : Huile de paraffine ou mucilages purs avec régime à prédominance végétarienne.

Les A. ont eu pour but dans leurs recherches de la plexalgie gauche, sur les cas malades soumis à leur examen de souligner certains faits de clinique importants dont le médecin aura à tirer les plus grands profits au cours de son examen clinique.

J. Alfred MOUSSEAU.

CHIRURGIE

DESMAREST et DEBRAY. — A propos de 25 gastro-pylorectomies pour ulcère de l'estomac ("Journal de Chirurgie", tome XXXII, No 1, juillet 1928).

Ces deux chirurgiens rapportent l'histoire clinique de 25 opérés d'ulcères de l'estomac, chez qui ils avaient pratiqué une pylorectomie plus ou moins étendue.

L'âge de ces opérés varie entre 33 et 63 ans, mais la très grande majorité est entre 40 et 50 ans dont 19 hommes.

Cette étude s'étend sur une période de dix années.

D'une façon presque constante nous disent-ils, le chimisme gastrique a montré une élévation notable de l'acide chlorhydrique et de l'acidité totale.

De même l'examen radiologique a le plus souvent confirmé le diagnostic clinique.

Dans tous les cas l'ulcère existait et fut trouvé au cours de l'opération. Ces opérés furent pour la plupart revus et étudiés.

A la suite de cet examen, les auteurs ont constaté les faits suivants :

1°—La pylorectomie procure aux malades souffrant d'un ulcère gastro-duodéal une guérison définitive.

2°—La pylorectomie ne procure cette guérison que si la résection est assez étendue et si la nouvelle bouche est placée en un point et dans des conditions telles que l'évacuation de l'estomac soit toujours parfaite.

3°—Les résultats imparfaits ou mauvais sont liés à une faute de technique.

E. TROTTIER.

M. E. JUVARA. — A propos du traitement ostéosynthétique des fractures obliques du tibia ("Bull. & Mém. de la Soc. Nat. de Chir.", 23 juin 1928).

L'auteur opère toutes les fractures du tibia où la réduction parfaite contrôlée à la radiographie ne peut être obtenue par la méthode classique. Pour lui, toutes les fractures obliques du tibia doivent être opérées à cause de la difficulté à maintenir la réduction par les procédés habituels, et aussi parce que ces fractures sont la plupart du temps compliquées d'interposition.

Ici, l'ostéosynthèse est faite au moyen d'un appareil préconisé par l'auteur, cet appareil est enlevé à la trentième ou quarantième journée sans être obligé d'anesthésier le malade; les malades ne commencent à marcher qu'à la soixantième journée.

A. BELLEROSÉ.

M. G. JEAN. — Phlegmon de la gaine synoviale du long péronier latéral ("Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.", 23 juin 1928).

Les phlegmons des gaines du pied sont aussi rares que sont fréquents les phlegmons des gaines de la main.

Les causes sont les synovites séreuses aiguës, les plaies, les fractures articulaires compliquées, les luxations ouvertes, les opérations chirurgicales sur le tarse ou métatarse.

Les infections localisées à une gaine et notamment à celle des péroniers latéraux sont exceptionnels.

L'auteur nous rapporte un cas où il a réussi à diagnostiquer une infection de la gaine des longs péroniers latéraux en se servant du lipiodol injecté dans une fistulette du pied qui persistait depuis longtemps, la radiographie a nettement montré l'envahissement de la gaine par le processus infectieux.

A. BELLEROSÉ.

M. J. HERTZ. — Effets et résultats de la surrénalectomie dans la gangrène des extrémités ("Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.", 7 juillet 1928).

La contribution de Hertz repose sur sept observations : 55 endartérites oblitérantes (maladies de Buerger), 1 gangrène sénile, 1 endartérite syphilitique.

La conclusion qui se dégage de ces observations, c'est que l'effet peu durable de la surrénalectomie peut être obtenu à moins de frais par une sympathectomie pérfémorale. L'une comme l'autre sont incapables de guérir une gangrène par artérite oblitérante.

Dans la maladie de Buerger, mieux vaut se contenter d'amputer d'une façon économique.

L'injection de lipiodol est dangereuse et la sympathectomie peut donner lieu à l'apparition d'un schwannome.

A. BELLEROSE.

MAURICE F. DWYER et TATE MASON. — Tumeurs bénignes de l'estomac ("Annals of Surgery", nov. 1928, page 866).

Etudiant trois cas présentant une tumeur bénigne de l'estomac ces auteurs mettent en évidence le peu de symptômes gastriques. Ces trois malades se plaignaient de perte de poids, d'asthénie et présentaient des signes nets d'anémie, mais aucun d'eux se plaignait de troubles gastriques.

Seul la radiographie permis de porter un diagnostic exact. Toutes ces tumeurs furent trouvées, siégeant sur la face postérieure de l'estomac. A l'examen histologique, il fut trouvé qu'il s'agissait : 1) polype; 2) leiomyome; 3) fibromyome.

Mercier FAUTEUX.

M. AUVRAY. — Fistule vésico-vaginale traitée d'abord sans succès par voie haute transpéritonéale, et guérie par la voie vaginale ("B. M. S. C.", t. LIII, No 13, page 571).

Il s'agit d'une malade traitée par le radium pour cancer du col utérin qui présenta au cours de son traitement une fistule vésico-vaginale très haute.

Etant donné la profondeur de la fistule, il fut décidé de recourir à la voie transpéritonéo-vésicale. Cette première opération échoua. Une nouvelle intervention, par voie vaginale, fut alors tentée, quelques semaines après. L'auteur décolla largement la muqueuse vaginale tout autour de la fistule et tailla deux lambeaux vivants; il fit ensuite un premier plan de suture profonde, et un deuxième plus superficiel. Une sonde de Pezzer fut laissée en place pendant 13 jours, renouvelée deux ou trois fois pendant ce laps de temps, et la malade demeura couchée sur le ventre. La guérison fut obtenue d'une façon complète.

Cette observation est intéressante du fait que les tissus traités par le radium ne donnent généralement pas la vitalité nécessaire pour entrevoir la possibilité d'une cicatrisation rapide et durable.

Mercier FAUTEUX.

CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

MAXWELL HARBIN. — **Considérations sur certaines lésions du genou**
[A consideration of certain derangements of the knee joint] ("Surg.,
Gyne. and Obst.", vol. XLVIII, No 2).

L'articulation du genou est le siège de nombreuses lésions et nos connaissances actuelles de cette pathologie nous permettent de leur apporter une thérapeutique efficace.

Dans la production de ces lésions, le milieu compte pour beaucoup et la nature microbienne est très variée. Le corps étranger est une cause fréquente. Laissant de côté l'étiologie, tout en constatant que ces corps étrangers se rencontrent surtout chez les malades souffrant d'ostéoarthrite chronique, Harbin s'applique à démontrer la valeur de la thérapeutique chirurgicale.

Dans certains cas choisis, le traitement donne un résultat parfait et dans les cas graves, il y a toujours amélioration. L'ouverture de l'articulation, pratiquée dans de bonnes conditions ne présente aucun danger et les soins post-opératoires sont minimes, à condition que les malades soient constamment sous la surveillance d'un médecin. Harbin termine ses considérations en présentant une statistique qui est certainement favorable.

Edmond DUBE.

HARRY E. MOCK. — **La transplantation du périoste dans les fractures non consolidées** [Periosteal transplants in ununited fractures] ("Surg.,
Gyne. and Obst.", vol. XLVI, No 5, mai 1928).

Envisageant toutes les théories récentes sur la reproduction osseuse, M. conclut qu'il est très difficile de trouver une solution qui rencontre l'opinion unanime. Plusieurs auteurs croient que le périoste est le principal agent de reproduction osseuse, tandis que d'autres, Leriche et Policard entr'autres, prétendent au contraire, que le périoste n'a aucune action ostéogénique. Tout en concédant aux auteurs français une autorité considérable, Mock à la suite de ses travaux personnels corroborés par plusieurs auteurs américains, ne peut accepter les conclusions de Leriche et Policard.

Pour Mock, le périoste est nécessaire à la régénération osseuse et dans les fractures non consolidées joue un rôle certain; tout de même et malgré sa conviction, il recommande la greffe ostéo-périostique de préférence aux autres méthodes, et surtout à la transplantation osseuse proprement dite.

En conclusion, Mock croit que si la preuve de l'efficacité de la transplantation du périoste seul pouvait être faite, ce serait sûrement la meilleure méthode opératoire, parce que la plus simple.

Edmond DUBE.

Les fils ou nombre de deux traversent le rebord alvéolaire aussi haut n'a pas l'importance que lui attribuaient les classiques. Ainsi pensent N. et Bt qui trouvent exagérée l'opinion émise autrefois par Cadet de Gassicourt, préfère l'appellation de Durosiez.

convaincus, avec Cadet de Gassicourt, qu "c'est la péricardite qui, par ses recherches permettent de perfectionner la vaccination antiscarlatine conférer une immunité active, rapide, solide et durable, ce jour-là seulement enlève les toxines, arrête leur absorption et améliore rapidement l'état

A. MACKENZIE FORBES. — Etude de la fissure palatine [A further study of cleft palate] ("Surg., Gyn., Obst.", 1928, XI, 707).

L'auteur expose sa méthode opératoire dans la réfection de la fissure palatine, laquelle méthode est un remodelage des parties horizontales des maxillaires supérieures. Ce remodelage se fait par une pression continue, exercée non seulement sur les parties latérales mais aussi sur la partie antérieure du maxillaire, par conséquent la pression doit se faire sur toute la surface du rebord alvéolaire.

Le matériel opératoire se compose de plaques métalliques et de fils de fer à pas de vis. Ces plaques qui présentent certaines ouvertures pour le passage des fils reposent sur des lames de plomb afin de protéger la muqueuse.

Les fils au nombre de deux traversent le rebord alvéolaire aussi haut que possible et vont aboutir aux rainures des plaques où un écrou permet de faire la traction. A la partie antérieure les deux plaques sont recourbés et réunis par deux fils à pas de vis avec écrous pour faire pression.

C'est une méthode ingénieuse qui mérite l'essai.

J. H. RIVARD.

LERICHE. — Le mécanisme des hydarthroses et des arthrites traumatiques; conception générale de leur traitement ("Lyon Chir", 1928, 225).

Après le traumatisme, l'excitation des terminaisons des nerfs périphériques amène une vaso-dilatation, de l'hyperthermie et de la rougeur.

La synoviale s'hyperhémie, s'épaissit, prolifère et l'exsudation commence, d'où l'hydarthrose est une conséquence du traumatisme.

Pour combattre cette hyperhémie, application plutôt froide que chaude — saignées locales — l'appareil plâtré n'est pas nécessaire — les légers mouvements ne sont pas contre-indiqués. Tant que la chaleur persiste dans une articulation celle-ci n'est pas guérie.

J. H. RIVARD.

PEDIATRIE

NOBECOURT et BOULANGER-PILET. — **Péricardites et pancardites rhumatismales dans les cardiopathies de la maladie de Bouillaud** ("Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", séance du 15 mai 1928).

Parmi les manifestations du rhumatisme cardiaque, la péricardite n'a pas l'importance que lui attribuent les classiques. Ainsi pensent N. et B. qui trouvent exagérée l'opinion émise autrefois par Cadet de Gassicourt, et adoptée par la majorité des pédiatres, à savoir que "c'est la péricardite qui, par sa bénignité ou sa gravité, imprime son cachet à la maladie toute entière"; que "tous les malades qui meurent, succombent à la péricardite."

Sur une centaine de cas de rhumatisme cardiaque observés depuis quelques années à la "Clinique Médicale des enfants, les auteurs n'ont noté que 13 fois une atteinte du péricarde. D'autre part, dans aucun de ces cas, l'atteinte du péricarde n'a été la seule détermination cardiaque du rhumatisme; constamment ont existé des signes d'endocardite et des troubles du myocarde.

Il y avait donc chez ces malades, "cardite" ou "pancardite", si l'on préfère l'appellation de Duroziez.

Du point de vue pronostic, les auteurs n'accordent à la péricardite qu'une valeur de second plan, et avancent — sans toutefois donner de chiffres à l'appui — que dans l'évolution des pancardites rhumatismales, c'est l'atteinte myocardique qui joue le rôle principal.

Si nous sommes d'accord avec N. et B. sur la fréquence de la péricardite chez l'enfant, nous sommes loin d'être convaincu que l'atteinte myocardique domine le pronostic des cardites rhumatismales infantiles. Il est en effet très difficile, durant la vie, de faire la part respective de l'atteinte du péricarde et du myocarde; d'ailleurs, les signes myocardiques sont "souvent estompés ou équivoques". D'autre part, à l'autopsie, les lésions du péricarde sont constantes, tandis que les lésions du myocarde sont à tel point discrètes ou nulles, que Nobécourt lui-même ("Cardiopathies de l'enfance") trouve plus judicieux de ne pas parler de myocardite, mais plutôt de "syndrome myocardique".

Aussi, personnellement, en cette matière, nous restons fidèles à l'enseignement des vieux maîtres de la pédiatrie française, et demeurons convaincus, avec Cadet de Gassicourt, que "c'est la péricardite qui, par sa bénignité ou sa gravité imprime un cachet à la maladie toute entière".

Paul LETONDAL.

NOBECOURT, MARTIN, BIZE et LAFFAILLE. — **Sérothérapie anti-scarlatineuse. Valeur thérapeutique et valeur prophylactique; résultats obtenus** ("La Presse Médicale", 22 septembre 1928).

Nobécourt et ses collaborateurs ont poursuivi depuis plus d'un an d'intéressantes recherches sur la valeur thérapeutique et prophylactique

du sérum antiscarlatineux et résumant ainsi les résultats obtenus :

Du point de vue thérapeutique : inefficacité du sérum sur les complications suppuratives, inefficacité sur le syndrome infectieux et septicémique secondaire, amélioration considérable de l'état toxique du début.

Nous nous garderons bien de poser une conclusion définitive. Il est fort difficile, pour les maladies infectieuses éruptives, d'affirmer qu'une médication est vraiment active; il faut toujours compter sur la nature et la guérison spontanée: alors même que la partie semble perdue, il y a des cas où, spontanément, la situation change et la guérison survient. Notamment, en ce qui concerne la scarlatine, il est vraiment difficile d'affirmer d'emblée qu'une scarlatine est maligne, ce qui est un arrêt de mort et partant, de tirer argument de sa guérison pour conclure à l'efficacité d'un sérum. Il est tout au moins permis de dire que, dans certains cas, l'action du sérum antiscarlatineux paraît grandement favorable.

Du point de vue prophylactique : le sérum peut, en déterminant une immunité passive, rendre, dans des cas déterminés, d'appréciables services. Mais cette immunité n'est que temporaire, elle n'excède pas trois ou quatre semaines. Aussi, dans les collectivités, la sérothérapie préventive est un mode de prophylaxie insuffisant. Il est souhaitable que de nouvelles recherches permettent de perfectionner la vaccination antiscarlatineuse, car le jour où nous posséderons une vaccination susceptible de conférer une immunité active, rapide, solide et durable, ce jour-là, seulement nous aurons une arme prophylactique véritablement efficace.

Paul LETONDAL.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

C. L. WAYMAN. — **Irrigation bronchique** ("American Review of Tuberculosis", octobre 1928).

Comme adjuvant au traitement de la cure hygiéno-diététique ou du pneumo-thorax dont les résultats sont parfois incomplets, l'auteur recommande le lavage de la bronche et prétend que le liquide déposé dans la bronche, dilue les sécrétions et favorise l'expectoration. Par ce moyen il enlève les toxines, arrête leur absorption et améliore rapidement l'état général du patient. Myerson et Stitt ont pratiqué avec succès cette méthode dans les abcès pulmonaires et l'asthme bronchique. L'auteur prétend avoir obtenu des succès remarquables dans le lavage des cavernes tuberculeuses.

Après description de sa technique opératoire l'auteur emploie une solution à 5 pour cent de chlorure de calcium pour les cavernes tuberculeuses, les abcès du poumon et les dilatations des bronches et une solution à 10% pour les cas de bronchite chronique.

Après avoir cité trois observations très démonstratives; l'auteur conclue que cette méthode de "l'irrigation bronchique" peut rendre de précieux services.

J. A. VIDAL.

MAX PINNER et W. I. WERNER. — Valeur de la réponse "positive" ou "négative" dans l'examen de crachats en tuberculose pulmonaire ("American Review of Tuberculosis", octobre 1928).

Il arrive fréquemment que la recherche du bacille de Koch donne une réponse "négative" malgré les présomptions cliniques. Cependant si en outre de l'examen direct, nous faisons des examens en série, c'est-à-dire 3 à 4 fois la semaine, le pourcentage des réponses négatives diminuera. Si l'examen direct, même répété, ne décèle pas le bacille, l'homogénéisation très souvent donnera une confirmation et en dernier ressort l'inoculation au cobayé est la recherche ultime. Etant donné ces recherches de laboratoire minutieusement faites, l'auteur prouve et conclut : 1°—Que sur 532 malades cliniquement diagnostiqués "tuberculeux pulmonaires", le bacille fut trouvé dans 99% et plus. 2°—Que l'absence de bacille de Koch dans l'expectoration d'un patient atteint de tuberculose pulmonaire confirmée, signifie plutôt une lésion en voie de cicatrisation. 3°—Que la réponse "négative" a plus de valeur que lui en concède les auteurs classiques actuels. 4°—Que tous les Sanatoria devraient avoir les facilités requises pour l'examen complet de l'expectoration de chaque patient.

N.B.—Ces conclusions sont justes pourvu que l'on procède méthodiquement par les différents procédés énumérés.

J. A. VIDAL.

UROLOGIE

ASCHNER. — Hématurie rénale produite par un infarctus du rein [Supra-vesical hematuria due to renal infarction] ("The American Journal of Surgery", août 1928, p. 163).

L'auteur rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'infarctus du rein droit. Il s'agit d'une femme âgée de 42 ans qui se présente pour des douleurs à la région lombaire et de l'hématurie. La cystoscopie pratiquée à deux reprises montre que le rein droit saigne. La fonction rénale et la pyélographie sont normales.

L'opération montre un rein dont la capsule est soulevée par du sang. La décapsulation est pratiquée qui montre un large noyau d'infarctus. Un morceau est prélevé pour examen histologique. Un an après, la malade revient pour une hématurie. Cette fois il s'agit d'un cancer de la vessie. Une résection large du cancer est pratiquée. Dans les suites opératoires, la malade meurt de cystite gangréneuse et d'insuffisance rénale. L'autopsie a montré au rein droit la cicatrice de l'infarctus.

Aschner attire l'attention sur la forme rare de cet infarctus. Au contraire des cas classiques, il s'est développé avec très peu de fracas et a produit une hématurie très marquée.

Oscar MERCIER.

MARION. — A propos du mécanisme de l'hydronéphrose par vaisseau anormal ("Société française d'Urologie", séance du 9 juillet 1928).

Marion défend de nouveau la théorie de l'hydronéphrose par vaisseau anormal en répondant à Fey qui nie cette cause et fait intervenir un phénomène d'ordre neuro-musculaire. Pour Marion en plus du vaisseau il doit exister un abaissement du rein qui vient en quelque sorte appliquer et couder l'uretère sur le vaisseau anormal. Donc la présence seule du vaisseau ne suffit pas à créer la dilatation du bassin. D'autre part l'abaissement du rein sans vaisseau anormal ne suffit à expliquer les hydronéphroses.

Réfutant la théorie neuro-musculaire de Fey, il dit que Rouvière n'a jamais trouvé au cours des dissections au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère une modification spéciale du plexus nerveux péri-urétéral. De plus la pyélographie montre nettement la coudure de l'uretère par le vaisseau anormal. Enfin, Marion a constaté souvent l'évacuation spontanée de l'hydronéphrose au moment de la section du vaisseau anormal.

En terminant, Marion insiste sur la nécessité de sectionner le vaisseau anormal pour guérir l'hydronéphrose.

Oscar MERCIER.

GYNECOLOGIE

F. LEGUEU. — Valeur comparative des opérations pour fistules vésico-vaginales ("La Gynécologie", juillet 1928).

L'auteur rapporte des statistiques du Docteur Bengolea pour opérations de fistules vésico-vaginales dont trois furent opérées par la voie vaginale. Les trois opérations par la voie vésicale furent des échecs, tandis que sur les vingt-sept vaginales, dix-huit furent guéries. Bengolea préconise donc de préférence la voie vaginale. L. n'est pas tout-à-fait du même avis, et croit qu'il y a des indications particulières pour les opérations par voie vésicale, et ce sont les fistules obstétricales hautes; au contraire pour les fistules basses, la voie vaginale conserve toute sa supériorité; enfin la voie abdominale ou transpéritoneo-vésicale, dont la technique a été décrite dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, est particulièrement indiquée dans les fistules post-opératoire consécutives, généralement, à une hystérectomie abdominale totale. En conclusion, l'auteur croit que la discussion ne devrait pas se faire sur une préférence de telle ou telle voie à suivre, mais que chacune d'elles se complète beaucoup plus qu'elles ne s'opposent.

Léon GERIN-LAJOIE.

E. MERIEL. — La cystostomie sus-pubienne préalable aux opérations des fistules vésico-vaginales ("La Gynécologie", août 1928).

Les fistules vésico-vaginales ne donnant pas toujours les résultats qu'on en attend à la suite des opérations par voie basse exclusivement, l'auteur emploie toujours la cystostomie sus-pubienne préalable, avec mise en place d'un tube coudé comme pour la prostatectomie : soins habituels pendant une dizaine de jours puis plastie vésico-vaginale par dédoublement large et suture. M. fit appel à cette technique alors qu'il eut trois insuccès consécutifs chez la même malade; l'ayant employée dans une quatrième intervention il eut une guérison parfaite. Cette technique fut suivie dans quatre autres cas d'une façon systématique et les fistules guérirent d'emblée.

Léon GERIN-LAJOIE.

OBSTETRIQUE

DELMAS PAUL. — Évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse ("Bulletin de la Soc. d'Obs. et de Gyn.", avril 1928).

Une pratique régulière de la rachi-anesthésie, durant ces dix dernières années, a permis à l'Auteur d'étudier l'action de ce mode d'anesthésie sur les fibres utérines. La rachianesthésie ne fait disparaître ni la contractilité, ni la rétractilité utérines; elle inhibe les excitations venues de l'utérus par les racines postérieures de la moëlle; l'utérus conserve son fonctionnement autonome, grâce à son appareil ganglionnaire.

Une fois la rachi-anesthésie terminée et la patiente mise en position obstétricale, la dilatation complète du col est terminée dans un délai qui a varié d'une durée de 20 secondes à 12 minutes.

L'extraction du fœtus est réalisée, ensuite, par la version ou par le forceps.

La rachi-anesthésie n'a jamais donné d'accidents au cours de la délivrance; elle semble, au contraire, favoriser la rétraction et le retour des contractions.

"L'intégrité anatomique" du col est absolument requise pour permettre l'évacuation rapide de l'utérus. Les lésions inflammatoires, opératoires ou néoplasiques feront rejeter, cela va de soi, l'utilisation du procédé de Delmas.

L'éclampsisme, l'éclampsie, la rupture prématurée des membranes, les lésions pulmonaires ou cardiaques, ce sont autant de circonstances où l'accoucheur a le droit et le devoir de vider l'utérus, le plus tôt possible, par le procédé qui lui donne les meilleurs résultats.

Serait-il possible de croire que l'accouchement sans douleur à heure fixée, serait résolue par la dilatation du col sous la rachi-anesthésie? L'auteur met en garde contre les dangers possibles d'infection, au cours

de toute intervention. Lorsque l'accoucheur a la main forcée par une complication, son devoir est d'agir vite et bien; dans les cas normaux, la sagesse commande de laisser les contractions physiologiques de l'utérus accomplir leur oeuvre.

Donatien MARION.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

L. BROCCQ. — Cliniques dermatologiques, IIe série. L'alcool camphré en dermatothérapie.

La question de l'antisepsie dans les affections de la peau est toujours à l'étude.

Ce que nous devons chercher à avoir comme antiseptique usuel et quotidien, dit l'auteur, c'est un produit capable de nettoyer les téguments, ayant une réelle action anti-microbienne sur le staphylocoque et le streptocoque, aussi peu irritant que possible pour la grande majorité des peaux, ne les colorant pas, nullement dangereux et pouvant être manié sans aucune crainte par le premier venu.

Or, celui qui se rapproche le plus du programme précédent est l'alcool camphré (100 gr. de camphre dissous dans 900 gr. d'alcool à 90% et non l'eau-de-vie camphrée dont la formule est : camphre 100 gr. pour 3900 gr. d'alcool à 60%).

Les principales indications sont les suivantes :

- a) De préférence à l'icde pour les injections intra-veineuses ou hypodermiques.
- b) Dans toutes les piqûres ou coupures par des épingles, des instruments (il favorise l'hémorragie) .
- c) Dans les poussées de petites papulo-pustulettes au niveau des régions touchées par le rasoir.
- d) Chez les acnéiques, s'en servir comme lotion.
- f) Dans le "molluscum contagiosum de Bateman" (acné varioliforme de Bazin), en pansement ouaté après avoir écrasé les éléments entre les mors d'une pince.
- g) Comme moyen préventif contre les verrues en général et surtout contre les verrues dites séborrhéiques, contre les furoncles et surtout contre les folliculites (lotion deux fois par jour), contre les suppurations consécutives aux effractions épidermiques.

Les inconvénients :

- a) L'odeur (rien de très désagréable).
- b) La douleur (elle est de courte durée, en avertir le patient).
- c) L'inflammabilité (y penser).

L'auteur en a fait un usage courant pendant ses quarante-une années de vie hospitalière.

Paul POIRIER.

MARCEL PINARD. — **Le traitement des tabétiques** ("Le Monde Médical", mai 1927).

Voici dans un court résumé quelle est la manière d'agir du maître de l'Hôpital Cochin de Paris, dans une pleine crise viscérale tabétique.

Elle consiste en l'institution rapide du traitement étiologique, l'injection veineuse des novarsenobenzènes.

Les réactivations douloureuses qui effrayent encore beaucoup de médecins sont réduites à peu de chose avec la technique résumée en ces deux points :

Débuter par de faibles doses : 15 centigrammes, progresser ensuite en laissant le moins d'intervalle, 24 heures par 15 centigrammes entre les piqûres et plus tard entre les séries, progresser rapidement jusqu'aux doses d'un centigramme et demi et même deux centigrammes par rite.

Ne laisser que vingt-un jour d'arrêt entre les séries.

Commencer les séries par des doses initiales de plus en plus fortes.

Après un traitement arsénical intensif et prolongé, on passe alors au bismuth, mais si les arsénicaux ne sont pas tolérés on passe de suite au bismuth.

On surveillera la marche du traitement par des ponctions lombaires tous les ans ou tous les deux ou trois ans. On arrive à une guérison clinique, mais on obtient rarement un liquide céphalo-rachidien-normal.

Mais l'on sait d'après les constatations faites par Gougerot et plusieurs autres, que les tabétiques ont peu de tendance à faire de la paralysie générale. Donc il ne faut pas transiger avec les directives du traitement.

Les arsenobenzènes en injections intra-veineuses constituent la méthode de choix.

Et c'est l'enseignement donné et suivi dans le service de notre maître le Docteur Archambault.

Paul POIRIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

LUDO VON BOGAERT et PAUL MARTIN (de Belgique).—**Les tumeurs du quatrième ventricule et le syndrome cérébelleux de la ligne médiane** ("Revue Neurologique", septembre 1928).

Les tumeurs du V.⁴, disent les auteurs de ce remarquable mémoire, ont un pronostic grave, une sémilogie dramatique et une indication opératoire urgente.

Bien décrit surtout par Cushing et son école, le syndrome cérébelleux de la ligne médiane a une sémilogie qui lui est propre. A l'exception de Cl. Vincent, les auteurs français jugent, au contraire, que la plupart des tumeurs nées dans cette région ont une symptomatologie extrêmement pauvre et très trompeuse. En réalité, les auteurs se rangent du côté de l'opinion américaine et croient qu'il est actuellement possible, non seulement de faire un diagnostic, mais encore de localiser sans erreur.

En résumé, le début est surtout marqué par une céphalée paroxystique intense, à irradiation nuquale, et par une attitude antalgique spéciale de la tête, tantôt en hyperflexion, tantôt en déflexion latérale, tendant à corriger l'équilibre hydraulique de la fosse cérébrale postérieure. La compression exercée à ce niveau par la tumeur explique la fréquence du caractère négatif de l'épreuve de Queckenstedt. Le malaise hydraulique local rend encore compte des accidents que déclanche la mobilisation brusque de la tête. Les troubles génito-urinaires font également partie, selon les auteurs, des symptômes initiaux. Bientôt suit l'ataxie, surtout marquée aux membres inférieurs.

A la période d'état appartiennent les signes d'hypertension générale : stase papillaire, vomissements; les signes d'hypertension de la fosse cérébrale postérieure et les symptômes de foyer. Les attaques de vertiges avec nystagmus de position dans les déplacements latéraux sont fréquents, puis rapidement s'installe le syndrome vermien : troubles de l'équilibre dans la marche de la station debout, effondrement brusque, asynergie et décomposition des mouvements. On retrouve moins souvent l'hypermétrie, le tremblement intentionnel et l'adiadococinésie, signes plutôt hémisphériques. L'atteinte de la régulation tonique rend bien compte des attaques toniques et de l'hypotonie intervallaire avec abolition des réflexes tendineux. L'attaque tonique peut réaliser une véritable torsion autour de l'axe. Les auteurs soulignent la précocité de l'hyporéflexivité tendineuse. Les algies périphériques et viscérales, très fréquentes, traduisant la souffrance des noyaux sensitifs du plancher, et surtout, l'irritation du ruban de Reil complètent le tableau de la période d'état.

Le stade de déclin est caractérisé par les accès bulbaires qui précèdent une mort le plus souvent brusque. Les signes d'atteinte des paires crâniennes, assez tardifs, ont été volontairement omis.

Ces tumeurs du V. débutent assez brusquement et leur évolution est généralement très rapide : 6 à 10 mois. La plupart des sujets sont jeunes.

Les gliômes épendymaires et les papillômes des plexus choroïdes sont particulièrement fréquents. Ensuite viennent les tuberculômes, les tératômes et la méningite séreuse circonscrite à la base. Cette dernière donnera le change pour une tumeur de la ligne médiane à cause de la similitude fréquente des signes liquidiens.

La thérapeutique chirurgicale est difficile. On a recours à la craniectomie bilatérale sous-musculaire. La position assise et l'anesthésie locale facilitent l'intervention; enfin, le temps opératoire est toujours long. Les statistiques mondiales donnent une mortalité oscillant entre 16.3% (Cushing) et 56% (von Eiselsberg).

La portée pratique de ce mémoire, (12 observations avec vérification anatomique) est considérable. Les malades porteurs de tumeurs du V.⁴ doivent toujours être opérés très précocement. Il importe donc de connaître parfaitement les signes de début des compressions du V.⁴, et surtout l'expression clinique de l'atteinte vermienne, afin de livrer au

neuro-chirurgien un sujet chez lequel les ravages sont encore assez limités.

Jean SAUCIER.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

G. LAURENS et A. LEMARIEZ. — **Ozène** ("Le Monde Médical", juin 1928).

"On désigne sous le nom d'ozène une rhinite chronique caractérisée essentiellement: 1° par l'atrophie de la muqueuse et du squelette des fosses nasales; 2° par une suppuration fétide qui, en se séchant, forme des croûtes extrêmement fétides, sans ulcérations de la muqueuse."

Les éléments étiologiques caractéristiques à l'ozène sont: 1° sa fréquence dans le sexe féminin; 2° son apparition au moment de la puberté; 3° son caractère familial; 4° sa contagiosité relative.

C'est, en général, à la période d'état que l'on a l'occasion d'observer l'ozène. Il s'agit le plus souvent d'une jeune fille à la puberté ou à l'âge de se marier. L'haleine est très fétide, ce qui s'explique par la décomposition des croûtes nasales par des bactéries protéolytiques. L'inspection du nez nous révèle des fosses nasales larges et béantes, aux parois tapissées de croûtes jaune-verdâtre. Les cornets, surtout le cornet inférieur, sont réduits à leur plus simple expression.

Ces lésions atrophiques et croûteuses se propagent parfois à distance et atteignent le sinus, le cavum, la trompe d'Eustache et l'oreille, le larynx et même la trachée et les bronches.

L'ozène a une évolution lente et progressive, sujette à des aggravations au moment des règles ou de la grossesse. Vers la ménopause cependant il n'est pas rare de constater une amélioration des symptômes.

La pathogénie de l'ozène est encore mal connue. "Autant d'auteurs, autant de conceptions et de thérapeutiques différentes."

Nous résumerons ici les trois principales théories: la théorie mécanique, la théorie infectieuse, la théorie endocrino-sympathique.

Théorie mécanique.—Une malformation anatomique caractérisé par de larges fosses nasales favoriserait une trop grande ventilation et la dessiccation rapide des sécrétions nasales et par suite la formation de croûtes qui serviraient de milieux de culture à une infection secondaire. Cette théorie n'expliquerait guère les cas d'ozène observés chez les individus au nez étroit, et pas davantage, l'absence d'ozène après l'ablation du cornet inférieur.

Théorie infectieuse.—Pour certains rhinologistes tout poryza chronique pourrait avoir comme stade terminal l'atrophie des muqueuses et consécutivement l'ozène. Pour d'autres l'ozène aurait son microbe spécifique inoculable. Aussi a-t-on trouvé plusieurs microbes spécifiques du l'ozène. Il existe sans aucun doute une infection dans la rhinite atrophique ozéneuse. Mais cette infection ne se produirait que secondaire-

ment à la suite de lésions primitives des fosses nasales dont seule la conception endocrino-sympathique peut nous rendre compte.

Théorie endocrino-sympathique.—C'est la théorie du jour, elle veut que l'ozène soit un trouble neurotique dépendant d'une altération du système endocrino-sympathique. Halfen et son élève Mlle Schulman se sont faits les promoteurs de cette conception; "l'apparition au moment de la puberté, l'exagération des symptômes au moment des règles, leur régression à la ménopause, la coexistence de troubles endocriniens, permettent de poser la question sous l'angle endocrino-sympathique". A l'appui de cette théorie on note des observations cliniques d'ozène véritablement expérimental.

Comme il semble fondé que l'ozène soit un trouble neuro-trophique, compliqué d'une infection secondaire, "la thérapeutique devrait s'exercer dans le double domaine endocrino-sympathique et bactériothérapique." Cependant cette thérapeutique rationnelle ne donne pas les résultats désirés, et c'est encore le traitement symptomatique qui satisfait le plus les malades.

J'énumérerai très brièvement les grandes lignes du traitement préconisé:

1°—Débarrasser les fosses nasales des croûtes qui y entretiennent la fétidité, grandes irrigations nasales avec solution tiède isotonique alcaline.

2°—Augmenter la vitalité de la muqueuse par insufflations de poudres à base de protargol et d'acide borique.

3°—Diminuer la béance des fosses nasales par différents procédés opératoires.

4°—Thérapeutique endocrino-sympathique: opothérapie thyroïdienne ou ovarienne: adrénaline, administrée "per os".

5°—Thérapeutique bactériologique: auto-vaccin ou stock-vaccin.

Jules BRAULT.

MEDECINE LEGALE

La glande qui fait le crime ("Revue de Droit Pénal et de Criminologie", mars 1928).

Un groupe de médecins de la Virginie prétendent qu'ils ont trouvé près de la gorge une glande qui serait la cause de la criminalité chez l'homme.

Cette glande, généralement absorbée par l'organisme au cours de la croissance, rend criminels les malheureux chez qui elle subsiste — toutefois elle disparaît sous l'influence des Rayons X.

Plus de policiers, plus de juges, des radiologues !

R. FONTAINE.

CHAVIGNY. — **Tuberculose pulmonaire et médecine légale** ("Annales de médecine légale", fév. 1925).

Jusqu'il y a quelques années on admettait, d'après Thoinot, que la tuberculose pulmonaire pouvait être rattachée au traumatisme 1° quand les lésions étaient inscrites au voisinage du point contus; 2° quand il existe un rapport de temps à l'époque à laquelle le traumatisme avait eu lieu et celle des premières manifestations morbides. Actuellement beaucoup tendent à inscrire la tuberculose pulmonaire dans les maladies professionnelles. Mais quel sera le patron responsable quand il s'agira d'un ouvrier ayant changé plusieurs fois de patron? Car on croit de moins en moins à une poussée tuberculeuse de l'adulte, suite à une inoculation récente; il s'agit au contraire presque toujours d'un réveil d'une tuberculisation du jeune âge. De plus nous ignorons la période d'incubation depuis le moment des causes satisfaisantes: surmenage, inanition, etc., jusqu'à l'apparition des premiers symptômes. Enfin dans la question d'indemnité existe toujours le postulat, démontré faux aujourd'hui, de l'incurabilité de la tuberculose.

Actuellement, le tuberculeux est considéré comme un individu qui, normalement inoculé et parfois vacciné dès son enfance, fait à diverses reprises, sous des influences mal déterminées, des poussées successives; il n'y a pas une tuberculose pulmonaire, il y a des tuberculeux pulmonaires.

L'auteur conclut qu'au lieu d'attribuer aux tuberculeux pulmonaires une pension définitive, on lui serait dans beaucoup de cas, plus utile en lui assurant les soins que nécessite son état lorsque se produit une poussée évolutive.

R. FONTAINE.

ELECTRO-RADIOLOGIE

GELPI, M. J. — **Review of various methods of treatment of carcinoma of the cervix [Revue générale des divers modes de traitement du cancer du col]** ("Radiology", novembre 1928).

Pour arriver à obtenir les meilleurs résultats dans le traitement des maladies il faut non seulement faire une étude critique des moyens thérapeutiques mais aussi des effets obtenus grâce à leur emploi. C'est ainsi que l'on parviendra à rejeter les procédés douteux ou inutiles, à améliorer ceux qui sont réellement efficaces ou à adopter des méthodes nouvelles.

Ces principes sont particulièrement applicables au cancer du col de l'utérus qui est le plus fréquent des cancers génitaux de la femme. Il faut avouer que durant les vingt dernières années, les différents traitements n'ont pas produit des résultats très encourageants.

Citant des statistiques de J. G. Clarke basées sur le travail accompli dans les dix plus importantes cliniques de l'univers, il montre que sur 1539 opérations abdominales la mortalité post-opératoire était de 15% et que la survie dans les cinq ans suivant l'opération de 39.5%.

Pour ce qui regarde les radiations, l'auteur trouve qu'il est encore difficile d'établir des statistiques. D'après Clarke l'emploi des radiations au lieu du bistouri donnerait une survie de 43%, ce qui n'est que légère-

ANALYSES 7

ment supérieur à la statistique chirurgicale. Leur triomphe sur la chirurgie est dans le fait qu'elles n'ont pas à enregistrer de mortalité post-opératoire.

Albert COMTOIS.

LAQUERRIERE, A. — **Du rôle de l'électricité comme adjuvant en certain cas au traitement radiothérapique du fibrome** ("Bulletins et Mém. de la Société de Radiologie Médicale de France", juillet 1928).

Bien que le traitement électrique du fibrome soit aujourd'hui délaissé en raison du progrès de la technique radiothérapique il n'en est pas moins un adjuvant puissant à la radiothérapie lorsqu'il s'agit par exemple de remédier à des poussées congestives utérines ou de combattre une endométrite concomitante. Laquerrière cite deux cas de fibrome, dont la radiothérapie ne parvint pas à elle seule à juguler les hémorragies.

Dans le premier cas, bien que l'aménorrhée fut obtenue, la patiente présentait à chaque instant des petits suintements sanguins. Quelques séances de faradisation vaginale fit tout rentrer dans l'ordre.

Dans le second cas où il s'agissait vraisemblablement d'une métrite hémorragique une séance de 15 minutes de courant continu avec électrolyse du zinc à 20 milliampères, fit cesser les hémorragies.

Albert COMTOIS.

LABORATOIRE

C. LEVADITI, R. SCOEHN, V. SANCHIS-BAYARRI. — **Le virus syphilitique comporte-t-il un cycle évolutif dont le "treponema pallidum" n'est qu'une des phases ?** ("Ann. Ins. Pasteur", mai 1928).

Les arguments d'ordre expérimental et histologique sur lesquels ces auteurs s'appuient sont les suivants: constatation de la présence du treponème pâle dans les ganglions lymphatiques satellites du syphilome primaire chez l'homme dans des proportions variant de 40 à 96%; constatation du treponème d'une manière beaucoup moins constante dans les ganglions inguinaux et poplités des lapins porteurs de syphilomes scrotaux à virus Truffi; contraste frappant entre la virulence des ganglions poplités des lapins syphilités expérimentalement par le virus Truffi et absence de treponème dans ces ganglions.

Des coupes nombreuses (au moins 10 pour chaque ganglion) ont été examinées avec attention sans que la présence de tréponème ait pu y être décelée d'une façon certaine, cependant les ganglions avaient été prélevés à toutes les phases de l'infection.

L'examen des greffons (après inoculation du ganglion sous le scrotum) a permis de distinguer deux phases: une phase pré-spirochétienne dans laquelle il ne fut pas trouvé de tréponème typique; une phase tréponémique (après 45 jours) pendant laquelle les tréponèmes furent décelés avec une abondance extrême.

Les formes les plus diverses furent observées: soit tréponèmes ayant l'aspect caractéristique, les ondulations régulières, les extrémités effilées, et présentant l'affinité pour les colorants à l'argent; soit des tréponèmes montrant des modifications morphologiques ou tinctoriales: spirochète moniliforme, en massue ou altère, en boucle lâche ou incomplètement fermée, en pelote, en forme de virgule, à l'état de granulation quelquefois presque ultra microscopique.

Pour ces auteurs ces diverses formes ne sont que des phases successives d'un processus involutif aboutissant au stade ultime, granulaire, du parasite de la syphilis.

Donc si on ne trouve pas le tréponème de la syphilis dans les ganglions poplités du lapin syphilité ce n'est pas parce qu'il y a peu ou pas de microbe; mais au contraire parce qu'à ce moment les parasites s'y trouvent sous une forme invisible ou difficile à déceler avec les moyens actuels d'observation.

Des tréponèmes à tous les stades d'un processus involutif, allant de la forme spiralée à la forme granuleuse, ont été rencontrés inclus dans des cellules géantes ou dans des fibroplastes.

"Les formes granulaires seraient capables d'assurer la conservation du germe dans les tissus pendant les périodes latentes de la maladie et constitueraient des réserves de virus en dépit de certains traitements spécifiques."

D'après les expériences des auteurs cités il n'est pas encore possible de dire si ces formes sont filtrables.

Albert BERTRAND.

SOCIÉTÉS

La Société Médicale de Montréal

Séance du 6 novembre 1928

Présidence du Professeur Baril

1. Lecture et adoption du procès-verbal.
2. Correspondance.
3. Communications :
Etude expérimentale et clinique de la digitaline et de l'ouabaïne.
Film cinématographique de Lutembacher.—M. E. ASSELIN.
Un autre cas de calcul invisible décelé par la pyélographie—M. O. MERCIER.
Linjection lipiodolée des glandes parotides normales.—MM. R. BOUCHER et FORGUES.
Maladie du Cœliac. Présentation de malade.—M. D. LONGPRE.
Deux techniques chirurgicales de Grégoire.—M. R. DORE.
4. Affaires de routine.
5. Avis de motions. Motions.

Séance du 20 novembre 1928

1. Lecture et adoption du procès-verbal.
2. Correspondance.
3. Communications :
Ponction exploratrice de l'oreille moyenne.—M. P. PANNETON.
Lésion pulmonaire asymptomatique décelée par la radiographie.—M. A. LEGER.
Ictère crytogénétique. Mort.—M. A. MOUSSEAU.
Epithélioma et sarcome de la verge.—M. L. C. SIMARD.
Grossesse gémellaire intra et extra utérine.—M. L. GERIN-LAJOIE.
4. Mise en nomination du prochain comité exécutif.
5. Affaires de routine.
6. Avis de motions.

Le Secrétaire,
L. C. SIMARD.

BIBLIOGRAPHIE

ESCULAPE CHEZ LES ARTISTES, par le Dr Cabanès, 1 volume in-16, 401 pages, 198 figures, Le François, éditeur, 91, boulevard Saint-Germain, Paris, VIe. Prix: 15 francs.

On a souvent prétendu que la Science était en antagonisme avec l'Art, que si l'Art est, actuellement, en décadence, les progrès de la science y contribuent. Serait-ce que l'Art et la Science ne puissent faire bon ménage ?

Voyez Léonard de Vinci, un illustre savant, autant qu'il est très grand artiste. Mais, pourquoi poursuivre la démonstration ? L'ouvrage du Dr Cabanès, par les nombreux documents qu'il nous apporte, nous révèle les plus patientes recherches et il suffira de le lire pour se convaincre quel labeur il atteste. Cette lecture montrera que la critique scientifique, appliquée aux oeuvres d'art, loin de nuire à leur valeur esthétique, atteste que cette alliance ne peut que les fortifier l'une par l'autre et cette démonstration ne sera plus désormais à faire. La parenté qui lie l'Art à la Science est un honneur pour lui comme pour elle; c'est une gloire pour lui, que d'appuyer ses plus hautes constructions sur la Vérité.

NOUVELLES

NECROLOGIE

Le 15 novembre 1928 mourait à l'hôpital Notre-Dame, des suites d'un accident d'automobile, Monsieur J. B. DeGuise. Il était le père du Dr Albert DeGuise, médecin de l'hôpital Notre-Dame, collaborateur à l'Union Médicale. Nous lui offrons nos vives sympathies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Le 18 novembre 1928, dans les salons du Cercle Universitaire, les chirurgiens de Montréal ont fondé la "Société de Chirurgie de Montréal". Les séances auront lieu le premier mercredi de chaque mois au Cercle Universitaire, à 4 heures de l'après-midi. Les officiers élus pour 1929 sont :

Président: Professeur Oscar Félix Mercier.

Vice-Président: Docteur François de Martigny.

Secrétaire général: Professeur Eugène Saint-Jacques.

Secrétaire annuel: Docteur Armand Paré.

Trésorier: Docteur Ernest Trottier.

Bibliothécaire archiviste: Docteur Léon Gérin-Lajoie.

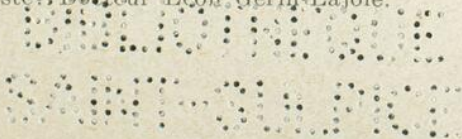


TABLE DES MATIÈRES (1)

A	
<p>Abcès gangréneux du poumon, traité et guéri par le pneumothorax artificiel et la phrénicectomie 81</p> <p>Abcès pelviens d'origine appendiculaire. Drainage rectal 520</p> <p>Abcès périnéphrétique mis en évidence par la radiographie 434</p> <p>Ablation du col avec l'utérus au cours de l'hystérectomie 367</p> <p>Acide urique dans le sang et cause d'erreur dans le dosage de ce corps 492</p> <p>Acné. Traitement de l' — par les Rayons X 511</p> <p>Acridinothérapie dans la blennorrhagie 175</p> <p>Acrodynie infantile 612</p> <p>Actinothérapie rationnelle. Un procédé d' — 440</p> <p>Adénites tuberculeuses cervicales. Traitement chirurgical 48</p> <p>Amygdales. Problème des 222</p> <p>Adhérences périviscérales. Dualité des 673</p> <p>Affections du larynx. Réflexions sur le diagnostic et le traitement des — 661, 724</p> <p>Age du foetus fixé par le degré de développement de son ossification 687</p> <p>Aide-mémoire de syphiligraphie comparée et de thérapeutique 251</p> <p>Amaurose post-hémorragique 59</p> <p>Amylose. Le problème de l' — 63</p> <p>Analyses.</p> <p style="padding-left: 20px;">Cancérologie 623</p> <p style="padding-left: 20px;">Chirurgie 47, 105, 168, 242, 299, 357, 427, 481, 547, 611, 677, 736</p> <p style="padding-left: 20px;">Chir. infantile et orthop., 54, 114, 176, 247, 306, 365, 435, 487, 551, 679, 739</p> <p style="padding-left: 20px;">Dermatologie et syphiligraphie 61, 120, 182, 251, 311, 368, 488, 560, 618, 683, 746</p>	<p style="padding-left: 20px;">Electro-radiologie 62, 123, 183, 253, 314, 440, 491, 561, 622, 686, 751</p> <p style="padding-left: 20px;">Gynécologie 56, 115, 178, 308, 366, 437, 489, 616, 682, 744</p> <p style="padding-left: 20px;">Laboratoire 63, 123, 184, 253, 315, 369, 493, 562, 624, 752</p> <p style="padding-left: 20px;">Médecine 43, 102, 165, 241, 297, 355, 426, 478, 546, 607, 675, 731</p> <p style="padding-left: 20px;">Médecine légale 61, 121, 182, 252, 313, 371, 440, 491, 626, 750</p> <p style="padding-left: 20px;">Neuro-psychiatrie 59, 118, 181, 250, 310, 370, 439, 549, 620, 685, 747</p> <p style="padding-left: 20px;">Obstétrique 57, 116, 179, 248, 367, 436, 559, 617, 686, 745</p> <p style="padding-left: 20px;">Oto-rhino-laryngologie 58, 117, 179, 249, 438, 619, 687, 749</p> <p style="padding-left: 20px;">Ophtalmologie 309, 367, 688,</p> <p style="padding-left: 20px;">Pédiatrie 50, 109, 171, 244, 302, 360, 430, 483, 553, 612, 680, 741</p> <p style="padding-left: 20px;">Tuberculose pulm. 53, 112, 174, 245, 305, 363, 433, 485, 556, 615, 681, 742</p> <p style="padding-left: 20px;">Urologie 53, 113, 175, 246, 306, 363, 434, 486, 558, 610, 743</p> <p style="padding-left: 20px;">Anaplastie tégumentaire 716</p> <p style="padding-left: 20px;">Anémie pernicieuse. Nature de l' — 676</p> <p style="padding-left: 20px;">Angine de Vincent. Un cas d' 394</p> <p style="padding-left: 20px;">Anesthésie épidurale en obstétrique . 617</p> <p style="padding-left: 20px;">Anévrysmes artério-veineux. Sur les 106</p> <p style="padding-left: 20px;">Angine de poitrine et théorie coronarienne 43</p> <p style="padding-left: 20px;">Angine diphtérique. Traitement actuel 110</p> <p style="padding-left: 20px;">Angiomes caverneux. Le traitement des — siégeant au-dessous d'une peau normale 312</p> <p style="padding-left: 20px;">Antivirus de Besredka dans le traitement des maladies de la cavité buccale 369</p> <p style="padding-left: 20px;">Angine de Vincent. Formes cliniques et complications 180</p> <p style="padding-left: 20px;">Anormaux éducatifs. Ecole La Jemmerais pour les — 542</p>

(1) Les chiffres en caractères gras indiquent des analyses d'articles.
Les articles en caractères gras indiquent un travail original.

- Appendicite 612
 Appendicite aiguë et facteurs contrôlables de mortalité 107
Appendicite neurogène et ses rapports avec la clinique 12
 Arthrites gonococciques. Traitement 113
Arthrite suppurée des doigts par résection intra-fébrile 385
 Arthrites syphilitiques et traumatiques 252
 Arthrite syphilitique du genou par traumatisme 252
 Arythmies du gros intestin 297
 Arythmie complète et son traitement 241
 Aspirine. Toxicité de l' — 440
 Asthme. Traitement radiothérapique 123
Atonie gastro-intestinale et hypotension artérielle 157
 Autopsie. Le droit à l' — 626
- B**
- Bacille de Koch. Recherche dans le liquide céphalo-rachidien 125
 Ballotement du pied 250
Bibliographies.
 Acide acetyl-ortho-créosotique . . . 382
 Contribution à l'étude des sels de Bismuth radioactif 383
 Fédération des oeuvres d'Hygiène infantile 565
 Infection gonococcique et ses complications 321
 Le bandeau sur les lèvres 504
 Le Devoir professionnel 690
 Les méthodes d'Abrams 323
 Origine des univers et de la vie . 321
 Où, quand, comment vacciner . . . 566
 Plaies et maladies infectieuses des mains 689
 Précis d'anatomie topographique . 503
 Précis de thérapeutique 323
 Suis-je syphilitique 65
 Biologie du bacille de Koch 185
 Blennorrhagie. Traitement abortif par l'argyrol 175
 Bronchographie par la méthode de Singer 557
 Bronchopneumonies. Etiologie et vaccination 50
 Bulletin 1
- C**
- Calcithérapie des affections septiques consécutives à l'accouchement et à l'avortement 366
 Cancer. Causes de la mort dans le — 123
 Cancer du pancréas. Formes anormales 165
Cancer du pénis. A propos d'un — traité par la chirurgie et la curiethérapie associées 594
 Cancer du rein. Remarques sur 99 cas de 616
 Cancer du sein. Technique d'opération élargie 300
 Cancer du sein. Pronostic post-opératoire du 677
 Carcinome de la face. Soulagement de la douleur 357
 Cardiocentèse réanimante 358
 Catalepsie. Les crises de — 621
Cathétérisme des uretères. Indications thérapeutiques 3
 Causes endocriniennes de stérilité chez les femmes 178
 Céphalée du méat moyen 118
 Certificat pré-nuptial 490
 Chlorure de magnésium. Action du — sur le développement des épithéliomas greffés chez la souris . . . 623
 Cholecystectomie sous-séreuse sans drainage 243
 Cholécystographie 183
 Citrate de soude en oto-rhino-laryngologie 58
 Colites de fermentation. Emotivité et angoisse dans les — 356
 Concrétions calcaires de la pinéale et de leurs rapports avec les états hypogénitiaux 297
Conférence Simon 567
 Contusions de l'abdomen. Organes le plus souvent atteints 242
 Corps étrangers (64) dans l'épaule . 56

- Crises de colère et syphilis héréditaire 480
 Curiethérapie d'hémangiomes caverneux et d'épulis 311
 Curiethérapie du cancer du col utérin.
 Les grosses doses dans la — . . . 624
 Cuti-réaction à la tuberculine chez l'enfant 362
- D**
- Dégastro-entérostomisation. De la — 49
 Délire aigu. Guérison et séquelles . 439
 Délivrance du placenta adhérent . . 248
 Diabète rénal 104
 Diabète sucré. Evolution et pronostic du — chez les enfants . . . 609
 Diabète sucré. Technique du traitement par l'insuline 298
 Diabète traumatique au point de vue médico-légal 313
 Diagnostic de la grossesse au début et fibrome utérin 215
 Diagnostic manométrique des cavernes et du pneumothorax enkysté du sommet 112
 Diathermie. Anomalies observées dans les effets caloriques de la — appliquée au moyen d'électrodes spongieuses 561
 Diathermie. Le spectre diathermique 704
 Diphtérie. Prophylaxie de la — 574
 — nasale. Note sur la fréquence de la — du nourrisson à l'hôpital Ste-Justine 584
 — du nourrisson 109
 Distinctions honorifiques. Dr J. A. Leduc 318
 Dispensaire antisiphilitique 443
 Diverticule de la vessie 558
 Douleurs du crâne par contre-coup . 685
 Douleurs lombaires 486
 Duodénum mobile 549
 Dyspepsies duodénales. A propos de quelques cas de 546
- E**
- Eaux d'alimentation dans Québec . 600
- Eblouissement électrique. Considérations médico-légales 200
 Ecole La Jemmerais pour les anormaux éducatibles 542
 Eclampsie. De la conduite du médecin en présence de 635
 Eczéma du nourrisson et son traitement 614
 Eczéma. Facteurs prédisposants . . 61
 Eczéma et insuffisance hépatique . . 480
 Empyème chez les enfants 176
 Encephalographie artérielle. Nouvelle technique d' — 620
 Endartérite oblitérante de la jambe. Ligature de l'artère fémorale au-dessous de l'origine de la fémorale profonde dans le traitement de l' — 299
 Endocardite infectieuse lente . . . 16
 Endocardite maligne à évolution lente chez une fille de onze ans 459
 Endocervite chronique. Sur contrôle . 488
 Enfants peureux 555
 Enquête sur les cas de mort par anesthésie locale 125
 Epaule. Stabilisation de l'articulation de l' — pour luxation récidivante 307
 Erythrodermie exfoliatrice des nouveaux-nés 431
 Essai de substitution du lait acidifié au babeurre dans l'alimentation des nouveaux-nés débiles et hypothyroïdiques 483
 Ether en gynécologie 178
 Examen préliminaire d'un malade . . 35
 Examen médical des chauffeurs en état d'ivresse 182
- F**
- Fibromes. Le traitement des 308
 Fibromyomes utérins. Résultats obtenus dans 113 cas de — traités par la roentgenthérapie 315
 Fièvre du lait sec 171
 Fistule artérioveineuse acquise . . . 242
 Fistules de la région sous-mentonnaire.
 Diagnostic étiologique 91
 Formulaire 42, 164, 240, 296, 357, 425, 476, 545, 628, 674, 730

Formule sanguine des paralytiques généraux soumis à la malarithérapie	131
Fractures des diaphyses. Contribution au traitement ostéosynthétique	301
Fractures des doigts. Traitement des — par immobilisateur sur rouleau	69
Fractures non consolidées. Transplantation périostique dans la réparation des	436
— La consolidation accélérée	359
— non consolidées du col du fémur traitées par cheville osseuse ou par anthroplastie	366
— du fémur. Extension verticale comme traitement	114
— spiroïde trans et sous-trochantérienne du fémur	481
G	
Gangrène des extrémités	46
Gangrène gazeuse. Un cas de —	482
Gastro-radiculite. Cas de — d'origine pottique	676
Gastroorragies profuses. Traitement des	427
Gélatine formolée pour le précipito-diagnostic de la fièvre typhoïde	184
Génie et talent. Nouvelle conception	118
Genou. Méthode pour la réparation des ligaments croisés de l'articulation du —	308
Glandes endocrines et troubles oculaires	104
Glaucome chronique simple	219
Goitre exophthalmique. Evolutions ou transformations régressives de la glande thyroïde dans des cas de —	315
Granulomatose maligne. Localisations osseuses	623
Grefte de cornée. Un cas de	179
Grefte osseuse massive pour la non-consolidation des fractures de l'humerus	365
Grossesse abdominale. Sur le traitement chirurgical de la —	617
Grossesses consécutives à des explorations tubaires	686
Grossesse extra-utérine : lithopédion	489

H

Héliothérapie dans les affections de la hanche	177
Hématocèle. Diagnostic par réaction de sédimentation	56
Hématomes chroniques sous-durémériens	48
Hématométrie	683
Hémispasme facial	117
Hérédité de la tuberculose	436
Hérédo-syphilis. Traitement par voie digestive des nourrissons — hypotrophiques	553
Hernie épigastrique étranglée	548
Hernie inguino-scrotale. A propos d'un cas de	209
Hile pulmonaire normal et pathologique. Etude radiologique	62
Huile camphrée comme cardiotonique	104
Hydrates de carbone dans la nutrition des tuberculeux	433
Hypertrophie de la prostate. Traitement préopératoire, opératoire et post-opératoire	434
Hypodynamie du myocarde	292
Hypoépiphrie et dys'usulisme	165

I

Ictère syphilitique post-thérapeutique	24
Ictère traité par l'insuline	45
Identification des balles. Procédés	454
Ilius et shock toxique post-opératoire	302
Indications de l'interruption de la grossesse	57
Infection aiguës de l'abdomen chez l'enfant	115
Infections cutanées du nourrisson	430
Infections de la main	243
Infection en foyers du nez, de la gorge et des oreilles	687
Infection puerpérale. De l'indication de l'hystérectomie vaginale dans l'	646
In Memoriam	695
Insuffisance cardiaque et formes congestives de la tuberculose pulmonaire	681

- Insuline comme traitement d'engraissement dans la tuberculose pulmonaire** 347
- Intoxication saturnine par projectile inclus** 547
- Irradiation ovarienne. Effets sur la santé des enfants qui naissent après** 682
- J**
- Jeannin. Le Professeur Cyrille** . . . 633
- K**
- La kératite à hypopion et son traitement** 709
- Kératoses séniles multiples et d'épithéliomatoses. Un cas de — traité par l'électro-dessiccation** 325
- L**
- Lait irradié et rachitisme** 482
- Ligature totale de la veine cave inférieure pour une blessure opératoire survenue au cours d'une néphrectomie** 306
- Limites juridiques du diagnostic biochimique de l'alcoolisme aigu** . . . 183
- Lieu du crime. Le —** . . . 276, 335, 403
- Lipiodol. Exploration des trompes par injection intra-utérine de —** 351
- Lipomes. Nouveau traitement des — par diathermo-coagulation bipolaire** 686
- Lithiasiques. Les — sont des infectés et des hépatiques** 94
- Localisation péri-hilaire de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte** 166
- Lumière de Wood et diagnostic dermatologique** 683
- Luxation ouverte du coude** 168
- Lupus érythémateux et vulgaire et tuberculoses de la peau** 120
- **Thiosulphate d'or et de soude dans le traitement** 121
- Luxations congénitales de la hanche. Résultats éloignés du traitement** . 679
- M**
- Maladies mentales. Thérapeutique des — par le travail** 370
- Maladie de Baudelaire** 370
- Maladie de Buerger.** 47
- Malaria spontanée préventive impuisante et malariathérapie guérissant une paralysie générale** 182
- Malariathérapie à St-Jean-de-Dieu** . 73
- Malariathérapie dans la syphilis** . . 560
- Méningite tuberculeuse. Mort par — d'un enfant vacciné au B. C. G.** . . 244
- Mesure du développement de l'intelligence par l'échelle B. S.** 568
- Mesure physique du potentiel des surrénales et de la thyroïde dans la tuberculose pulmonaire** 480
- Métastase par voie sanguine d'un épithélioma de l'ovaire** 145
- Méthode de Kahn. Applications pendant 5 ans** 185
- Méthode de Whipple dans les anémies graves** 477
- Migraine** 676
- Mongolisme. Le —** 304
- Mortalité maternelle au Canada** . . 179
- Mort par inhibition** 413
- Mort par pénétration d'air dans les veines. Mécanisme** 492
- Mouvement professionnel** 670
- Mouvement médical. Un enseignement en anglais à Paris** 417
- Myocarde. Pronostic et traitement de l'hypodynamie du —** 607
- N**
- Nécrologies:**
- Dr. A. D. Aubry 346
- Le Professeur L. A. Bernier . . . 378
- Dr Albert Blagdon 67
- Dr. J. H. Chartier 67
- Dr. L. P. de Grandpré 67
- Madame Déjerine 185
- Dr A. Derome 127
- Madem A. A. Foucher 127
- Le Professeur Eugène Latreille, 699, 702

- Dr G. Marcotte 127
 Le Professeur Raoul Masson 697
 Madame Raoul Masson 318
 L'honorable L. P. Normand 495
 Dr H. Vachon 501
 Dr Eugène Virolle 500
 Dr O. B. Ward 127
- Néphrites aiguës infantiles. Traite-
 ment 431
 Neurotomie rétro-gassérienne 169
 Névralgie du trijumeau 169
 Nourrices. La réduction de l'industrie
 nourricière en France depuis la
 grande guerre 302
 Nourrissons athrepsiques et hypotrophiques.
 Comment les guérir ? 172
Nouvelles
 67, 130, 194, 318, 441, 631, 691, 755
- O**
- Oblitération coronaïenne. Anomalies
 électrocardiographiques 102
 Obstétrique. Nouveautés en 1927 367
**Occlusion intestinale consécutive à une
 hernie étranglée** 514
 — strictement mécaniques sans
 abcès ni péritonite au cours
 d'une première crise d'appendi-
 cite 107
 Occlusion intestinale. Recherches ex-
 périementales sur — 547
 Oedèmes palpébraux 688
 Opération de Wertheim pour le can-
 cer du col utérin 489
 Osteomyélite aiguë. Son diagnostic 248
 Osteomyélite aiguë par le drainage et
 le repos 365
 Osteomyélite. Rôle des agents phy-
 siques dans le traitement de l' — 622
 Osteomyélite infectieuse 487, 679
 Osteomyélite. Traitement 55
- P**
- Paramétrites suppurées à évolution
 particulière 116
- Parasitologie. Recherche des oeufs
 de parasite dans les selles 624
 Patellite. Maladie de Sinding-Larsen 168
 Peau. Son rôle dans la production
 des anticorps de l'anaphylaxie et
 de l'antianaphylaxie 124
 Peine de mort. La — 626
 — Argument contre la — 626
 Perforation du duodénum. Drainage
 à la Mickulicz 300
**Perforation du poumon au cours de
 la tuberculose pulmonaire** 516
 Perforation des ulcus gastro-duodé-
 naux. Résultats éloignés 480
 Péri-cystites phlegmoneuses diffuses 363
 Le péril hépatique dans les opéra-
 tions sur les voies biliaires 359
 Périnéorraphie immédiate primitive et
 secondaire 560
Péritonite cancéreuse. Un cas de —
 à syndrome atypique 333
Péritonite suraiguë. Un cas de —
 chez une laparotomie pour fibromes 84
 Péritonite à streptocoque chez les
 enfants 114
 Périviscérites sous-hépatiques 45
 Pied creux. Traitement opératoire 552
Phlébites. A propos de 464
 Phlegmon péri-amydalien 619
 — péri-néphrétique 112
 Phosphaturie, phénomène local 54
 Pleurésie séro-fibrineuse et tubercu-
 lose 174
 Pleurésie. Nature tuberculeuse d'une
 — au point de vue assurance-vie 245
 Pneumonie gauche aiguë chez l'enfant.
 Diagnostic 111
Pneumonie post-opératoire 231
 Pneumo-péritoine, complication de la
 prostatectomie 558
 Pneumothorax tuberculeux. Sur le
 traitement du — 556
 Pneumothorax artificiel. Le poumon
 opposé 305
Polydactilie. Un cas de — 720
Pouls lent permanent 259
 Pouvoir bactéricide des épanchements
 pleuraux tuberculeux 53

- Poliomyélite antérieure aiguë. Actions thérapeutiques des R. X 680
 Pression artérielle et rythmes organiques 45
 Pression surajoutée dans les fractures du col du fémur 54
Priapisme et tabès 88
 Prognathisme. Résection bilatérale du maxillaire inférieur dans le . . . 55
 Prostactomie supra-pubienne 246
Prothèses osseuses. Contribution à l'études des 358
 — A propos d'un cas 106
 Pseudo-tuberculose d'origine cholestyrique 44, 611
Psychoses toxiques. Recherche systématique de l'agent causal dans les — et dans les psychoses par intoxications endo et exogènes 266
Puériculture. Enseignement de la — élémentaire aux jeunes filles dans les Ecoles et les Pensionnats . . . 139
Purpura hémorragique traité par la radiothérapie 155
 Pyérites de la grossesse 53
Pyélonéphrite aiguë à forme méningée 397
 Pyloroduodénites. Les — 426
- Q-R**
- Rachitisme localisé aux membres inférieurs 435
 — Traitement 109
 Radio-physiologie et archives de l'Institut de Radium de Paris 228
 Radiothérapie des tumeurs des os à cellules géantes 587, 651
 — de l'acné en Amérique 490
 Rate. Est-elle grosse dans les cirrhoses alcooliques 547
 Rayons X. Irradiation ovarienne : effets sur la santé des enfants qui naissent après ces irradiations . . 682
Rayons X. Utilisation nouvelle des — limite en dermatologie 288
 Réactions de Targowla dans le liquide céphalo-rachidien 625
 Réflexe cutané hypothénarien, signe le Babinski de la main 310
 Régénération osseuse. Sur la — . . . 552
 Respiration périodique 356
 Réparation de la fissure palatine . . . 55
 Restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme 485
Rhinophyma. Traitement du — . . . 641
Rhinoplastie avec greffe dermo-épidermique 505
Réfection de la cavité conjonctivale par greffe dermo-épidermique . . . 400
 Régime hypoazoté 356
 Retard de la marche. Traitement par rayons ultra-violet 553
 Rétrécissement inflammatoire du rectum. Traitement diathermique . . 123
Revue des livres :
 Chetwood: Practice of Urology and Syphilology 373
 Iselin: Plaies et Maladies Infectieuses des Mains 689
 Archambault: Le devoir professionnel 690
 Rôle du médecin dans les consultations maternelles 173
 Roentgentherapie profonde dans la paralysie infantile 253
 — des névralgies sciatiques 491
Rupture de la rate. Tamponnement, guérison 597
Rupture traumatique de l'urètre périméale traitée par l'urétrorrhaphie circulaire 152
- S**
- Salpingites. Résultats éloignés des opérations conservatrices 437
 Sarcome de l'estomac 611
 — lymphoblastique de l'estomac traité par Rayons-X. Persistance depuis 5 ans de la guérison 624
 — de la clavicule 352
 Scarlatine. Immunité anti-scarlatineuse 680

- Découvertes récentes sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la 551
- Scorbut infantile. A propos d'un cas de — lié au lait sec 27**
- Scoliose au début. Traitement par la gymnastique 486
- Scoliose. Traitement chirurgical . . . 435
- Extension continue dans le traitement des affections de la colonne vertébrale, notamment dans la scoliose 307
- Sensibilisation dans la diathèse et les psychoses émotives 119
- Sensation de décharge électrique, symptôme de sclérose en plaques . 181
- Séparation de la mère et de l'enfant . 116
- Séro-diagnostic du cancer 64
- Séro-diagnostic de la syphilis par la réaction de Meinicke 185
- Sérum antistreptococcique dans le traitement des septicémies pyémies et septicopyémies 437
- Sinusite sphénoïdale et ses symptômes particuliers 249
- Sociétés:**
- Association Médicale de la Prov. de Québec 66, 187, 255, 376, 564, 692
- Cours de perfectionnement . . 127, 630
- Organisation de sociétés régionales . 375
- Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française 629
- Soc. de Pédiatrie de Montréal, 442, 504
- Soc. Méd. des comtés de Montmagny, Bellechasse et l'Islet 442
- Société médicale de Montréal 126, 186, 255, 317, 630, 694, 754
- Société de Chirurgie de Montréal . . 755
- Spasmes douloureux du colon dans la moyenne et dans la grande enfance 50
- Spermoculture 562
- Splénectomies dans les splénomégalies 532**
- Stérilité d'origine tubaire 308
- Stérilité d'origine utérine 309
- Stomatorragies. Les — 479
- Sutture de la paroi abdominale en un seul plan après laparotomie . . . 171
- Syncope mortelle. Un cas de — Condamnation du médecin du médecin 121
- Syphilis. La — en 1928 684
- cause de stérilité 61
- gastrique à forme linitique est-elle susceptible de régression . 468
- et grossesse 487
- T**
- Tarnier. Centenaire 559
- Teignes. Acétate de thallium dans le traitement des — 368
- Téléstéréographie. Technique et indications 622
- Tension rétinienne et tension du liquide céphalo-rachidien 59
- Tentative d'homicide par un débile sous l'influence d'une obsession d'origine cinématographique 372
- Tétanos généralisé. Deux cas de — guéri par la sérothérapie 105
- Etude médico-légale 61
- Thyroïde. Enucléation des tumeurs encapsulées de la — à l'anesthésie locale 283**
- Thyroïdites suppurées 48
- Torsion axiale de l'utérus dans les tumeurs annexielles 616
- Torsion d'un hydrosalpinx 115
- Thoracoplastie paravertébrale et parasternale 149**
- Traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié . . 483
- Transformations histologiques dans le goître exophtalmique traité par l'iode 253
- Traumatisme crânien. Remarques à propos de 51 cas de 168
- Traitement post-opératoire dans l'amygdalectomie et dans l'oblitération des végétations 556
- Traumatisme intestinal par tentative d'avortement 57
- Traumatismes des membres. Chirurgie conservatrice dans les grands 329**
- Tuberculoses apyrétiques des nourrissons 360

- Tuberculose laryngée. Traitement par étincelage diathermique 438
- Tuberculose du genou chez l'adulte 115, 306
- Tuberculose tibio-tarsienne. Traitement 55
- Tuberculoses externes. Traitement des — par l'antigène méthylique . . . 484
- Tuberculose. Insuffisance cardiaque et formes congestives de la tuberculose pulmonaire 681
- Forme pseudo-tuberculeuse des cholécystites chroniques . . 615, 611
- Sur le traitement du pneumothorax tuberculeux 556
- Généralités sur les tuberculoses chirurgicales de l'adulte . . . 427
- pulmonaire de la première enfance. Les évolutions favorables de la — 361
- pulmonaire. Erreurs commises par la négligence dans le diagnostic de la — 363
- de la colonne vertébrale. Résultats comparés des méthodes sanglantes et non sanglantes dans le traitement de la — 247
- Tumeurs du lobe frontal. Diagnostic clinique 549
- Tumeurs végétantes intra-canaliculaires du sein. Traitement 428
- Tunique vasculaire du cristallin et lampe à fente 309
- U
- Ulcères de l'estomac. Opérations multiples chez un patient souffrant d' — 272
- Ulcères gastro-duodénaux. Quelques considérations 195
- Ulcère perforé et bouché de la petite courbure à évolution latente . . . 478
- Urètre surnuméraire débouchant dans le vagin 364
- Urée dans le sérum et le sang total. Dosage 492
- V
- Vaccination locale par les bouillons-vaccins selon la méthode de Besredka 580
- Végétations adénoïdes et système végétatif chez les enfants 438
- Verrues plantaires. Traitement des — par rayons X et radium 618
- Vomissements gravidiques 618
- Vomissements incoercibles de la grossesse. Cure radicale 368
- W-X-Y-Z
- Zones réflexogènes carotidiennes . . 166

NOMS D'AUTEURS

<p>A</p> <p>Archambault, G. 325, 443</p> <p>Achpise, A. 215</p>	<p>Fontaine, R. 61, 121, 182, 252, 313, 370, 413, 454, 490, 626</p>
<p>B</p> <p>Boucher, R. 35, 44, 88, 104, 165, 297, 356, 479, 547, 676, 720</p> <p>Bellerose, A. 47, 91, 106, 168, 243, 299, 329, 358, 481, 547, 678</p> <p>Bertrand, A. 64, 124, 131, 184, 369, 492, 562, 580 624</p> <p>Brault, J. 58, 118, 179, 219, 619, 709</p> <p>Badeaux, F. 249, 309, 400, 438, 687</p> <p>Baril, H. 172</p> <p>Breton 376</p>	<p>G</p> <p>Gauvreau, Jos. 495, 690</p> <p>Gauthier, P. P. 501</p> <p>Gérin-Lajoie, L. 56, 84, 115, 178, 308, 351, 366, 437, 488, 616, 682</p> <p>Gendreau, J. E. 228</p> <p>Gagnon, O. A. 145, 594</p> <p>Groulx, A. 431</p> <p>Gariépy, L. H. 440</p>
<p>C</p> <p>Comtois, A. 62, 123, 155, 183, 253, 316, 490, 561, 622, 686</p> <p>Coutu, L. 171</p>	<p>H</p> <p>Heineck, A. P. 520</p>
<p>D</p> <p>Desloges, A. H. 443</p> <p>Derome, W. 276, 335, 403, 440, 454</p> <p>Dubé, E. 54, 114, 149, 176, 247, 306, 365, 435, 486, 551, 679</p> <p>De Guise, A. 44, 102, 241, 259, 676</p> <p>Dutilly, A. 173</p> <p>Doré, R. 283, 716</p> <p>Desjardins, Ed. 302, 358, 427</p> <p>DeMartigny, F. 646</p>	<p>I</p> <p>Iselin, M. 385</p>
<p>F</p> <p>Forgues 720</p> <p>Fortier, L. E. 500</p> <p>Fauteux, M. 48, 94, 107, 168, 242, 300, 357, 427, 480, 549, 611, 677,</p>	<p>J</p> <p>Jeannin, C. 635</p>
<p>L</p> <p>Letondal, P. 27, 109, 244, 360, 459, 482, 552, 584</p> <p>LeSage, Alb. 1, 16, 231, 394, 417, 477, 633, 670, 674, 695</p> <p>Lassalle, Alb. 222, 400</p> <p>Légrand, E. 59, 118, 181, 250, 310, 370, 397, 439, 567, 620, 685</p> <p>Lapierre, G. 50, 109, 139, 302, 430, 553, 574, 612, 680</p> <p>Loignon, G. 266</p> <p>Lian, C. 292, 607</p> <p>Lacharité, H. 651</p> <p>Lafrenière, T. J. 600</p>	

M

Marion, D.	57, 116, 179, 248, 367, 436, 464, 559, 617, 686
Mousseau, A.	157, 355, 426, 468, 479,, 546, 611, 675
Mercier, O.	3, 53, 113, 152, 175, 246, 306, 354, 363, 373, 397, 425, 434, 485, 558, 616
Marin, A.	24, 53, 120, 182, 251, 288, 311 325, 368, 487, 511, 560, 618, 641
Mercier, O. F.	69, 209, 689
Masson, D.	296
Marchildon, P.	333, 359
Miller, J. C.	542

P

Pariseau Léo	704
Parizeau	697
Pépin, J. R.	46, 104, 166, 298, 477, 609
Paré, A.	105, 169, 428
Prud'homme, E.	272
Poirier P.	683
Pépin, F.	440

R

Rivard, J. H.	56, 115, 248, 307, 365, 436, 487, 597
Rhéaume, P. Z.	195, 699
Roy, J. N.	200,505, 661, 724
Richard, R.	73

S

Simard, L. C.	12, 63, 84, 123, 145, 253, 315, 623
Simon, T. H.	568
Smith, P.	532
Saucier, J.	549

T

Trottier, E.,	49, 107, 171, 243, 300, 514
Trudeau, R.	84

V

Vidal, J. A.	54, 81, 112, 174, 246,
Vidal, J. A.	53 81, 112, 174, 246, 305 347, 363, 433, 484, 516, 556, 615, 681,