

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

Vol. XLXII

MAI 1922

No 5

RETRECISSEMENT MITRAL Rhumatisme et Tuberculose (1)

Par Albert LeSAGE,

*Professeur de Pathologie interne et de Clinique Médicale
à l'Hôpital Notre-Dame.*

Nous savons depuis longtemps, grâce aux travaux de mon regretté maître Potain et de son élève Tessier, que le rétrécissement mitral est une affection du cœur que l'on rencontre fréquemment chez de jeunes sujets qui n'ont jamais souffert de rhumatisme polyarticulaire.

Nous savons aussi que la tuberculose pulmonaire évolue vers la guérison, lorsque le cœur d'un jeune tuberculeux développe un rétrécissement de l'orifice mitral.

—Quels sont les rapports qui existent entre ces trois affections?

—Quelques observations nous aideront à en comprendre la pathogénie et l'évolution.

Observation I: J. B..., 16 ans, vient nous consulter pour des douleurs à la poitrine, accompagnées de toux.

Aspect: Pâle, amaigrie, grêle.

A. H. — Mère bien portante, père mort il y a plusieurs années d'une bronchite chronique douteuse.

A. P. — Faiblesse, inappétence, douleurs rhumatismales disséminées et tenaces (membres inférieurs et doigts). Toux fréquente, surtout à la marche, elle a déjà craché du sang au cours d'une excursion laborieuse. Dyspnée d'effort, palpitations.

Examen — Poumons: Respiration soufflante aux deux sommets, sub-matité au sommet gauche. Inspiration rude et saccadée à gauche en arrière; pas de râles.

(1) Clinique Médicale à l'Hôpital Notre-Dame, jan. 1922.

Coeur — Roulement diastolique, renforcement présystolique, dédoublement permanent du second bruit à précession aortique. P. A. 90/60. *Pouls* 90.

Diagnostic — Rétrécissement mitral pur chez une tuberculeuse qui a présenté des signes de tuberculose inflammatoire rhumatismale. Les hémoptysies sont causées par une congestion du poumon secondaire à une asystolie passagère de l'oreillette gauche.

Pronostic immédiat : favorable.

Note : Le repos, la cure d'air et les stimulants cardiaques ont influencé favorablement le coeur et l'état général. Nous classifions cette malade comme cardiaque et non comme pulmonaire.

Tuberculeuse dès son bas âge, vivant au contact d'un tuberculeux probable—son père— cette jeune fille a développé une lésion cardiaque lente qui est en train de guérir définitivement sa lésion pulmonaire.

—Chez d'autres malades, il semble que le rhumatisme franc soit en cause et on conclut que la lésion cardiaque est de nature rhumatismale pure et simple. Si on pousse l'enquête plus loin, on note que ce rhumatisme a évolué d'une façon subaiguë et que les troubles cardiaques existaient à l'état latent avant la crise.

Observation II : Mme. S..., 28 ans, a fait deux crises de rhumatisme, dont l'une à l'âge de 14 ans et l'autre à 26 ans. Depuis, elle se plaint de dyspnée d'effort. Mais elle raconte aussi qu'elle a toujours été faible et, même avant la première crise, elle se plaignait d'oppression à la course, au jeu et en montant les escaliers.

En ce moment, elle accuse des douleurs dans les articulations, surtout à la marche, sans gonflement véritable. Elle est pâle, les muqueuses sont décolorées.

Aux poumons : les sommets sont douteux : inspiration rude et prolongée, avec submatité à gauche.

Au coeur : frémissement cataire, ventricule gauche petit. Oreillette gauche dilatée ; souffle diastolique avec renforcement pré-systolique et dédoublement du second temps à précession pulmonaire.

La réaction du complément à la tuberculose a été positive +++

Diagnostic. Tuberculose inflammatoire rhumatismale compliquée d'endocardite chronique tuberculeuse (rétrécissement mitral).

Note : Il est possible que cette femme ait contracté la tuberculose dès son jeune âge. Peu à peu elle a développé un rétrécissement mitral qui a arrêté l'évolution de la tuberculose pulmonaire au début.

Ses deux crises de rhumatisme sont de nature tuberculeuse, ainsi que la saïpingo-ovarite double dont elle souffre depuis son accouchement.

Une infection banale réveille un état latent jusque là, et la tuberculose inflammatoire, ancienne, continue d'évoluer pour son propre compte: au coeur et ailleurs.

—Le rhumatisme est une forme de la tuberculose chez ces malades, et l'apparition d'une lésion cardiaque ignorée jusque là n'est que le déclenchement d'une affection latente dissimulée depuis longtemps derrière le masque de la chloro-anémie.

Observation III: Mme. G. F..., 30 ans, entre à l'Hôpital Notre-Dame pour des troubles cardiaques et digestifs. Elle a souffert, à différentes époques, de douleurs rhumatismales. Les articulations des doigts sont grosses et douloureuses. Dernièrement elle a eu des douleurs dans la cuisse gauche.

Au coeur, nous constatons un double souffle mitral; insuffisance et rétrécissement.

Les bases du poumon sont congestionnées.

Le foie est gros et douloureux.

La réaction du complément à la tuberculose est positive +++.

Comme antécédents, elle a habité durant longtemps avec une soeur qui a succombé à la tuberculose.

Diagnostic — Tuberculose inflammatoire rhumatismale compliquée de maladie mitrale.

—Enfin, je cite un dernier cas.

Observation IV: En décembre 1921, je vois au dispensaire une enfant de 11 ans, accompagnée de sa mère, qui vient consulter pour du rhumatisme dans le genou droit, dont elle souffre depuis 6 mois.

Tous les traitements ont échoué.

A l'examen, nous constatons que la douleur siège dans la hanche, l'enfant boite légèrement et il y a un raccourcissement appréciable de la jambe avec inversion du pied.

Au coeur: un dédoublement permanent du second bruit à précession aortique.

La radiographie montre un léger bourrelet inflammatoire de la cavité cotyloïde. Les os sont sains.

Diagnostic — Tuberculose inflammatoire de la hanche, compliquée de rétrécissement mitral au début.

Pronostic — Réservé à propos de la hanche à cause de l'évolution possible vers la tumeur blanche. (coxalgie).

Traitement: Repos, aération, héliothérapie locale et générale.

REFLEXIONS

La tuberculose latente est plus fréquente qu'on le croit habituellement. Avant d'étiqueter une lésion chronique de "tuberculeuse" on perd quelquefois un temps précieux à tergiverser et on attend la signature de la cause spécifique avant d'agir.

S'il s'agit d'une articulation douloureuse chez un enfant ou un adulte bien portant, on attend l'apparition de la "tumeur blanche" ou de la "coxalgie" avant de penser à la tuberculose.

S'il s'agit du coeur, on songe à la chloro-anémie, à la croissance, au surmenage, à la neurasthénie, à la dyspepsie, avant de penser à l'endocardite chronique d'emblée.

Le rhumatisme, l'endocardite chronique et la tuberculose sont étroitement liés. Ils influent réciproquement l'un sur l'autre, et nous devons songer à cette trilogie à cause de sa fréquence et de sa gravité, lorsqu'on est en présence de malades qui présentent, groupés, quelques-uns des signes suivants:

Pâleur jaunâtre de la face et des téguments.

Décoloration des muqueuses.

Inappétence, dyspepsie.

Essoufflement facile.

Bronchites à répétition avec foyers mobiles de râles sous-crépitants.

Hémoptysies plus ou moins répétées.

Perturbations menstruelles.

Douleurs rhumatismales erratiques et tenaces, fixes ou récidivantes.

Abaissement de la pression artérielle.

Amaigrissement.

Etats anormaux d'impressionnabilité et du caractère.

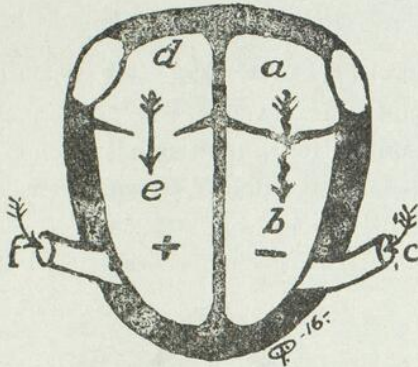
C'est à cette époque, souvent, qu'on assiste à la naissance ou que l'on constate l'existence, ignorée jusque là, d'un rétrécissement mitral.

SYMPTOMATOLOGIE

Quels en sont les signes principaux?

L'adhérence des bords libres de la valvule auriculo-ventriculaire forme un anneau qui en rétrécit l'ouverture. Nous comprenons sans peine que l'oreillette gauche éprouvera quelque difficulté à se

vider, de là ce rythme spécial bien connu, décrit par un médecin français du siècle dernier: Durozier, qui l'a figuré par l'onomatopie: *rrou*, *ffout*, *tata*.



Schema de la sténose mitrale. — (a) oreillette gauche poussant le sang à travers l'orifice rétréci; (b) colonne sanguine engagée dans le détroit et produisant le frémissement à la palpation (vibration), le roulement diastolique et le renforcement présystolique (ou le souffle dans certains cas) à l'auscultation selon le degré du rétrécissement et la force pulsative de l'oreillette.

1° Le *roulement* (*rrou*) débute avec la diastole durant le grand silence. Il est produit par le passage du sang à travers l'anneau rétréci de l'orifice auriculo-ventriculaire. Il correspond au frémissement cataire à la palpation, et on l'entend surtout à la région pré-ventriculaire gauche.

2o Le *renforcement*—ou souffle—*présystolique* (*ffout*) se produit à la fin de la diastole et coïncide rigoureusement avec la contraction de l'oreillette. Il est bref et élevé. Il résulte du passage accéléré du sang à travers l'anneau rétréci sous la poussée de l'oreillette gauche.

3o Le *dédoublement du second bruit* (*tata*) est dû à un manque de synchronisme dans la fermeture des sigmoïdes aortiques et pulmonaires, à la base du cœur. Au début, on dit qu'il y a précession aortique afin de préciser que les valvules sigmoïdes de l'aorte se ferment plus tôt que celles de l'artère pulmonaire.

Pourquoi?

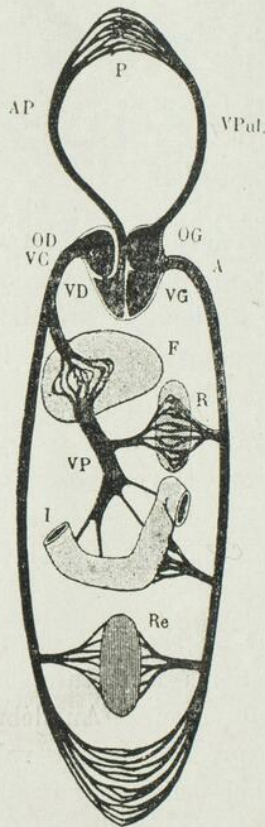
Parce que, dans le même espace de temps, le ventricule gauche, à cause du rétrécissement, reçoit moins de sang que le ventricule droit. Il entre en diastole avant celui-ci, et porte son action aspirante anticipée sur la sigmoïde la plus rapprochée, qui est l'aortique.

4o *Claquement de fermeture.* La dureté du premier bruit provient de l'induration des bords de la valvule, qui se ferme avec force au moment de la systole.

5o *Claquement d'ouverture.* S'entend à la période moyenne de la maladie. La valvule, dure, épaissie et adhérente est violemment attirée par les piliers. Elle vibre au début de la diastole.

IMPORTANCE DE L'EVOLUTION

Ces tuberculeux sont devenus des cardiaques. Le poumon évolue vers la guérison et le rhumatisme suspend ses crises. Dès ce moment, semble-t-il, tout l'effort se concentre sur l'orifice mitral où le médecin devra diriger son attention et ses efforts. C'est là que le pronostic se précise à chaque étape de l'asystolie progressive.



P. Poumons. V. Pul. Veines pulmonaires. O. G. Oreillette gauche. V. G. Ventricule gauche. A. Aorte. F. Foie. R. Rate. Re. Reins. I. Intestins. V. P. Veine porte. V. C. Veine cave. V. D. Ventricule droit. O. D. Oreillette droite. A. P. Artère pulmonaire.

Ainsi, une fois que la compensation des lésions fait défaut, on observe des troubles nutritifs et pulmonaires: pâleur, dyspnée per-

manente, hémoptysies fréquentes, toux, douleurs précordiales et autres signes de l'asystolie, dont nous pouvons suivre la marche par l'étude des signes que nous venons d'énumérer.

(a) *Modifications du dédoublement du second bruit.* Au fur et à mesure que le rétrécissement se resserre, l'oreillette gauche se dilate. Le sang s'y accumule chaque jour davantage, gênant les veines pulmonaires qui s'y déversent. Peu à peu la stase augmente, le poumon se congestionne et les hémoptysies apparaissent. Elles sont dues à l'asystolie de l'oreillette gauche et non à une lésion tuberculeuse (1).

Comme conséquence, le ventricule droit éprouve de plus en plus de difficulté pour faire pénétrer le sang dans les capillaires du poumon. La colonne sanguine retombe en arrière avec une vitesse exagérée en fermant brusquement et prématurément les sigmoïdes pulmonaires. A ce moment, il y a, dans les deux systèmes, aortique et pulmonaire, coïncidence de chute prématurée. La précession de l'un sur l'autre est détruite, l'isochronisme est rétabli, le dédoublement a disparu.

A une période plus avancée, le rétrécissement est plus serré, la tension pulmonaire plus forte. La quantité de sang lancée par le ventricule droit retombe rapidement et les valvules pulmonaires se ferment avant les valvules aortiques; le dédoublement du second bruit renaît avec précession au foyer de l'artère pulmonaire. Le coeur a franchi une étape de plus vers l'asystolie. Bientôt, le ventricule droit se dilatera, amenant une insuffisance fonctionnelle de la tricuspide, une dilatation de l'oreillette droite et un retour du sang veineux vers le foie par les sus-hépatiques, et vers l'intestin par la veine porte et ses affluents.

Il importe donc de suivre l'évolution du dédoublement du second bruit du coeur.

(b) *Modifications du roulement diastolique et du renforcement présystolique.* Ce signe a aussi une grande valeur. Au début, le roulement a une tonalité basse parce que le rétrécissement est plus large. Elle s'élève au fur et à mesure que l'anneau se rétrécit et que le sang y est poussé en colonne serrée.

Cet état se prolongera aussi longtemps que la tonicité de l'oreillette le permettra. Si elle faiblit, nous nous en apercevrons par la disparition du renforcement présystolique. Le fléchissement de

(1) En suivant la marche rétrograde du sang sur la planche ci-jointe, on comprend l'évolution de la maladie et on interprète justement la modification nouvelle des signes précédents.

L'oreillette gauche peut être transitoire; le repos et la digitaline rétablissent l'équilibre. S'il est permanent, il signifie une paralysie de l'oreillette accompagnée du syndrome d'arythmie perpétuelle dont le pronostic est très sérieux. A ce moment, on constate la disparition du roulement et du renforcement.

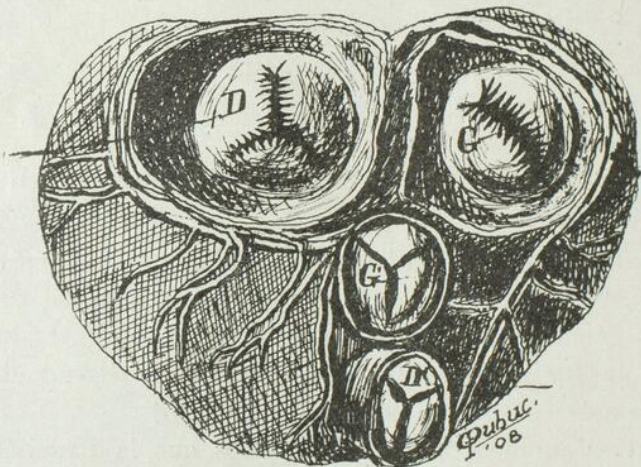
Il en est ainsi des bruits de fermeture et d'ouverture. Ils diminuent avec la tonicité de la fibre cardiaque. A une période avancée, ces bruits sont à peine appréciables.

On le voit, le diagnostic a une grande importance, mais l'évolution nous éclaire sur la marche de la maladie cardiaque, et il importe de connaître la signification de chacun des signes à ses différentes étapes.

COMMENT LA TUBERCULOSE CREE-T-ELLE LE RETRECISSEMENT MITRAL?

C'est le grand nombre de tuberculeux porteurs de rétrécissement mitral, et un chiffre important de cardiaques porteurs d'anciennes lésions tuberculeuses discrètes et décélées à l'autopsie, qui ont attiré l'attention et permis aux observateurs de conclure.

“En présence de ces faits cliniques indiscutables, écrit le professeur Teissier, de Paris, dans sa thèse sur ce sujet, nous sommes en droit de nous demander si le rétrécissement mitral pur, si différent des autres cardiopathies, si caractéristique dans son évolution



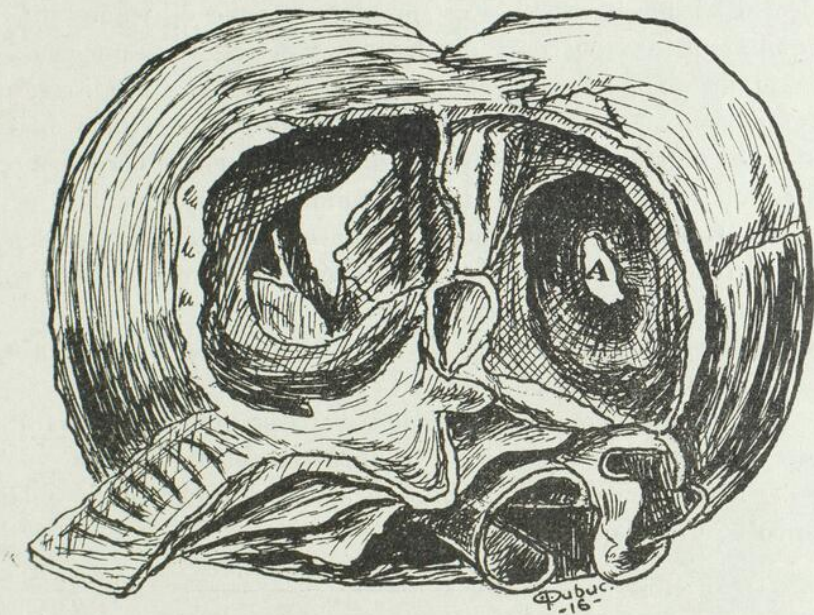
Le coeur normal et ses orifices. Vue des oreillettes et des orifices aortiques et pulmonaires. Coaptation des valvules.

n'emprunte pas justement ses caractères particuliers à la cause dont il relève, nous sommes en droit de nous demander si la sténose mi-

trale pure n'est pas une manifestation directe ou plus ou moins indirecte de la tuberculose."

Sur 35 autopsies de rétrécissement mitral par, le professeur Potain a noté 12 fois la tuberculose. Il s'agit, dans ces cas, d'un rétrécissement serré, accompagné d'une tuberculose pulmonaire atténuée à évolution lente.

Dans ces cas, les bacilles ou leurs toxines introduits dans la circulation iraient produire une altération lente et progressive sur l'endocardite valvulaire, surtout au bord libre. Celui-ci se polit, s'altère, s'indure, s'érode et peu à peu les deux valves de la mitrale contractent des adhérences. Plus cette union est ancienne plus les adhérences se rétractent, et l'orifice auriculo-ventriculaire rétréci prend la forme d'un entonnoir.



Rétrécissement mitral de l'oreillette élargie formant un entonnoir au fond duquel on distingue l'orifice rétréci. (A).

Les altérations ne s'étendent point au reste des valvules, qui conservent leur souplesse et gardent leur aspect lisse et uni.

—Quant à l'influence d'arrêt de la sténose pure sur la tuberculose pulmonaire, elle résulte de la congestion passive des deux bases à la suite de la dilatation progressive de l'oreillette gauche. Les sommets accroissent leur activité compensatrice, d'où rareté de la tuberculose dans ces cas. Il est probable que la phagocytose y joue un rôle prépondérant.

CONCLUSIONS

En présence d'un cas de rétrécissement mitral associé à des crises de rhumatisme articulaire, le médecin doit songer à la tuberculose torpide ancienne.

Le rhumatisme polyarticulaire aigü se complique plus fréquemment d'insuffisance que de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

Le rhumatisme subaigü ou chronique est souvent de nature tuberculeuse.

Si on ausculte ces malades avec soin, on trouve des signes certains de tuberculose ancienne en voie de guérison. Si on examine les crachats d'un certain nombre d'entre eux—vieux tousseurs—on y décèle des bacilles.

Enfin, si on observe avec attention un groupe de jeunes sujets, asthéniques, pâles, souffrant de dyspnée d'effort, toussant peu, se plaignant de douleurs rhumatismales, erratiques ou localisées, on trouve fréquemment un coeur en train d'esquisser le rythme du rétrécissement mitral; il s'agit soit d'un dédoublement permanent à la base, soit d'un renforcement présystolique discret, que l'on peut mettre en évidence en les soumettant à un exercice physique quelconque — marche, course, saut, flexions répétées du tronc — exigeant un effort musculaire de tension.

Chez la plupart d'entre eux la recherche du complément à la tuberculose donne un résultat positif. (2).

—Ces quelques notes ont pour but d'attirer l'attention sur cette trilogie — rétrécissement mitral, rhumatisme et tuberculose — à cause de sa fréquence, de son évolution et de sa gravité si on oublie les rapports étroits qui existent entre eux.

 ARYTHMIES (1)

N.B.—Dans le but de secourir les étudiants et d'en vulgariser les notions générales, je publie ce synopsis sur les arythmies.

Définition.—Trouble du rythme cardiaque caractérisé par l'irrégularité de nombre, d'intensité et de successions des pulsations cardiaques.

(1) Synopsis du cours de Pathologie interne, Université de Montréal. à l'usage des élèves.

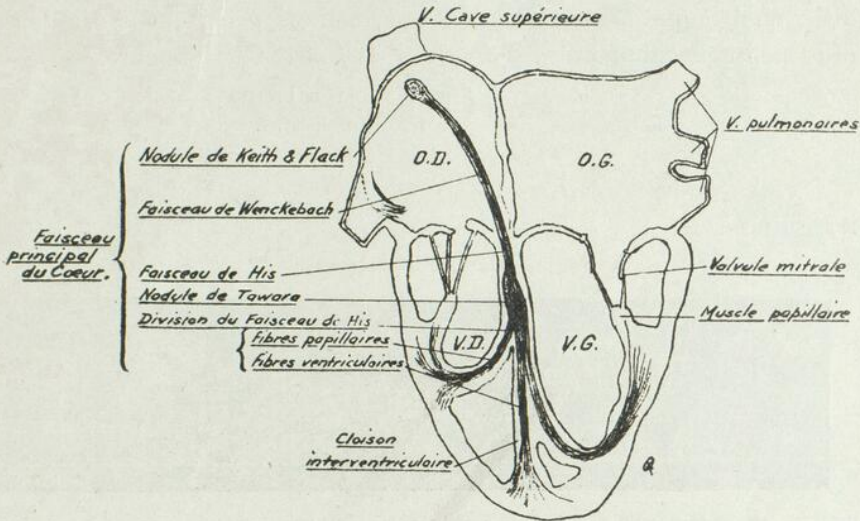
(2) Voir le travail du Dr Larouche, plus loin.

DIVISION

1° *Arythmies par troubles d'excitation* (Sinusales).

Le sinus (1) règle la fréquence des contractions du coeur en mettant en marche, à intervalles réguliers, le stimulus moteur du coeur.

FAISCEAU CARDIAQUE PRIMITIF



La ligne ombrée représente le faisceau cardiaque primitif depuis sa naissance à l'oreillette droite jusqu'à l'intérieur des ventricules.

Toute arythmie qui consiste dans un raccourcissement ou un allongement de la période qui sépare deux battements successifs a son

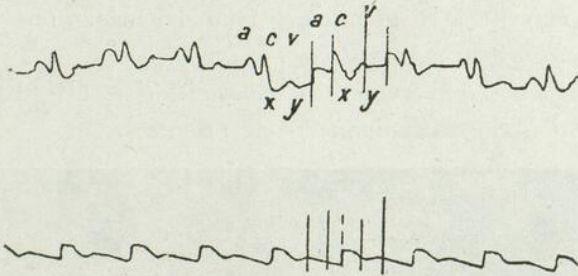


Figure 2.

Pouls normal. Tracés simultanés jugulaire et radial.

a, Systole auriculaire; c, Systole ventriculaire, x, Fin de la systole ventriculaire.

origine dans une perturbation fonctionnelle du sinus.

Elle affecte en même temps les oreillettes et les ventricules.

(1) Le sinus est situé au point d'insertion des deux veines caves à l'oreillette droite.

Types : Arythmies { respiratoire
orthostatique
pouls paradoxal

2° *Arythmies par trouble d'excitabilité* (Extra-systoles).

Elles résultent de contractions surajoutées à la systole physiologique normale et l'anticipant.

Elles sont causées par une lésion du faisceau primitif, en un endroit quelconque du coeur, autre que le sinus proprement dit devenu plus excitable momentanément ou d'une façon permanente.

Types : Extra-systoles { auriculo-ventriculaires
ventriculaires
auriculaires

Elles peuvent être isolées, c'est-à-dire, apparaître d'une façon irrégulière.

BRADYCARDIE

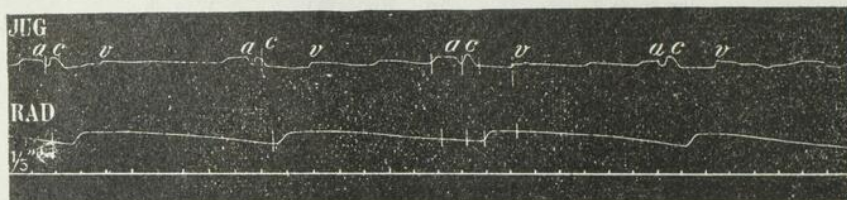


FIG. 75.—Bradycardie totale. Les mouvements des oreillettes et des ventricules, en rapport chronologique normal, sont ralentie à un égal degré (Esmein).

La bradycardie totale consiste dans un ralentissement total: oreillettes et ventricules. La lésion siège aux sinus reunis, près des veines caves dans l'oreillette droite. Le pouls jugulaire et le pouls radial sont isochrones. Elle peut être fonctionnelle ou pathologique.

Elles peuvent être groupées: nous les désignons alors sous le nom de *Tachycardie paroxystique*.

3° *Arythmies par trouble de conductibilité*. (Bradycardie).

Les contractions cardiaques sont ralenties.

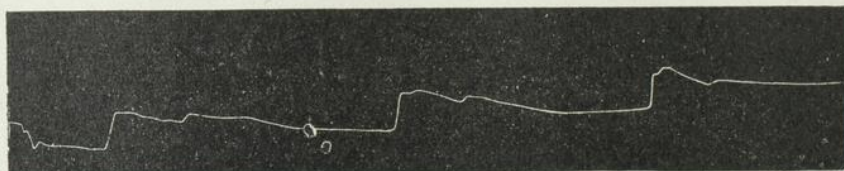


FIG. 71.—Syndrome de Stokes-Adams (28 pulsat. par minute).

Un autre exemple de la même maladie où le pouls radial seul est inscrit. (Bradycardie).

Elles sont dues à une lésion des fibres communicantes désignées sous le nom de *faisceau de His*. Celles-ci ne peuvent plus, à cause de leur lésion, transmettre le stimulus qui vient de l'oreillette droite ou, si elles le transmettent il est singulièrement retardé.

Types : Bradycardies $\left\{ \begin{array}{l} \text{paroxystique (fonctionnelles)} \\ \text{permanente (pathologiques)} \end{array} \right.$

4° *Arythmie perpétuelle.* (Oreillette droite).

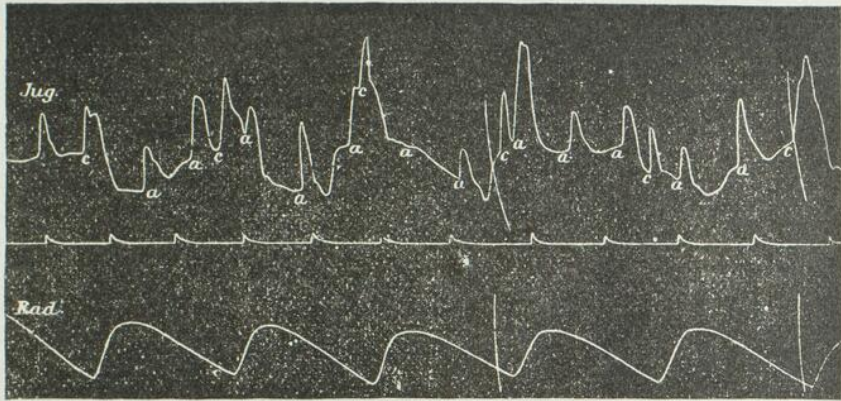


FIG. 74.—Pouls lent permanent à 30, par dissociation complète, chez un vieillard de 68 ans. Le tracé jugulaire porte des ondulations *c*, correspondant à chaque pulsation radiale, et un nombre trois fois plus fort d'ondulations *a* qui se suivent à intervalles réguliers et sans relation aucune avec les ondulations *c*, soit 96 systoles auriculaires par minute (HEITZ)

Un dernier exemple de bradycardie avec dissociation, c'est-à-dire que la lésion, au lieu de siéger dans l'oreillette droite, en haut, siége au faisceau de His, qui fait communiquer l'oreillette avec le ventricule. L'onde pulsatile venant de l'oreillette passe avec difficulté par ce faisceau dégénéré ou sclérosé. Chaque pulsation de l'oreillette (*a*) n'est pas suivie d'une pulsation radiale. Il en passe une sur 2 ou 3. Et même, le ventricule peut se contracter spontanément, d'une façon arythmique en recevant son stimulus du faisceau qu'il renferme. C'est bien la maladie de la dissociation contractile.

FAISCEAU DE HIS



Voici un lambeau du faisceau de His, sclérosé aux endroits plus pâles. L'onde pulsatile passe avec difficulté par les fibres musculaires saines ombrées qui sont en petit nombre.

L'arythmie perpétuelle est désignée, par Mackenzie, sous le nom de rythme nodal ou pouls irrégulier perpétuel.

—Elle est due à une lésion du faisceau primitif dans les environs du sinus coronaire. Le point de départ du stimulus, au lieu de partir du *sinus reuniens*, part du *noeud de Tawara*, qui relie le sinus coronaire aux fibres communicantes ou faisceau de His.

Type: Pouls irrégulier perpétuel,—d'un pronostic fâcheux.

5° *Arythmies par défaut de contractibilité*.

Causées par un défaut de contractilité de certaines parties du muscle cardiaque dégénéré. Ce sont des asystolies partielles.

Type: Pouls alternant.—D'un pronostic fâcheux.

Aux membres de la Profession Médicale de la Province de Québec

CHER DOCTEUR,

Vous avez probablement vu dans les journaux de Médecine locaux qu'il est question d'organiser une Association Médicale de la Province de Québec.

Le but de cette Association est, surtout, d'entretenir des rapports amicaux entre les membres de la profession, de faciliter leur coopération dans toutes les matières qui la concernent et de répandre les connaissances scientifiques surtout au point de vue clinique.

L'adhésion à l'Association n'impliquera aucune obligation.

La Constitution et les Règlements seront soumis aux membres à la première réunion, avant d'être définitivement adoptés.

Il a été proposé de fixer la contribution pour les membres comme suit:

Membres à vie: \$5.00 avec une contribution additionnelle de \$1.00 par réunion.

Contribution annuelle ordinaire: \$2.00.

La réunion d'inauguration aura lieu le jeudi 11 mai, et vendredi 12 mai prochains, à Montréal, dans les hôpitaux français et anglais les plus importants de la ville. Le programme comprendra uniquement l'examen des malades, avec un exposé clinique. Aucun travail écrit ne sera lu.

Vous êtes instamment prié d'assister à cette réunion et de contribuer au succès de l'Association par l'intérêt que vous y prendrez.

Les signataires de cette lettre, qui ont entrepris l'organisation de cette première réunion, seraient très heureux de savoir que vous avez l'intention d'y être présent et de participer au travail de l'Association.

OFFICIERS TEMPORAIRES

Président: Dr S. Grondin, Québec.

Vice-Présidents: Dr L. de L. Harwood, Dr W. J. Reilly.

Secrétaires: Dr Grant Campbell, 755 Shuter St., Montréal.

Dr J. U. Gariépy, 86 rue Saint-Denis, Montréal.

Comité: Dr P. C. Daigneault, Québec; Dr C. F. Martin, Montréal; Dr W. W. Chipman, Montréal; Dr P. Z. Rhéaume; Dr P. Cameron, Prés. Montreal Medico-Chirurgical Society; Dr J. W. Kane. (1).

(1) Les médecins présenteront des malades avec les commentaires utiles à propos de chaque cas.

Coagulation en masse et Xanthochromie du liquide Cephalo-Rachidien (Syndrome de Froin), dans un cas de Pachy meningite spinale avec Enkystement probable

par A. LEGER,

Professeur agrégé, assistant au cours de Pathologie Interne,
Assistant à la Clinique Médicale de l'Hôpital Notre-Dame.

OBSERVATION CLINIQUE *

M. L., âgé de 36 ans, admis à l'hôpital Notre-Dame, le 2 février 1921, souffrant depuis 15 jours de rachialgie l'immobilisant presque. Début par refroidissement, semble-t-il, céphalée, courbature, symptômes généraux.

EXAMEN — 3 février 1921: Malade conscient — T° 100 — Pouls 100 — Douleur intense et continue le long du rachis, de la nuque au coxis, rendant le malade incapable de se mouvoir.—Rien d'objectif à la colonne vertébrale—Absence de Babinski et de Kernig.—Réflexes olécranien et rotulien atténués.

Séro-diagnostic (Widal) négatif—Urée au litre de sang 0.51 ctgr.

8 février — Ponction lombaire: 10 c.c. d'un liquide *jaune citron* (Xanthochromie), se *coagulant massivement* en 3 minutes. *Analyse*: Présence de fibrine en quantité, nombreux lymphocytes, absence de sucre, absence de Koch.

10 février — Somnolence, agitation pendant le sommeil, pas à l'état de veille; malade est conscient; légère contraction du triceps fémoral.

11 février — Ponction lombaire: 30 c.c. d'un liquide légèrement jaunâtre, se brouillant après 15 minutes, pas uniformément mais par traînées opalescentes, pas coagulé après 40 minutes. *Analyse*: globuline ++++. Urée 0.98 ctgr. Examen leucocytaire n'est pas fait.

Examen leucocytaire n'est pas fait.

16 février — Ponction lombaire: liquide encore jaunâtre; lymphocytes et polynucléaires, ces derniers plus nombreux qu'au premier examen.

18 février — Wasserman négatif.

* Travail du service du professeur A. LeSage.

23 février — Tous les réflexes sont normaux, ceux des membres supérieurs vifs.

3 mars — Ponction lombaire: Avec difficulté nous retirons 1 c.c. de liquide jaunâtre, contenant de rares leucocytes de types mélangés.

5 mars — Douleurs lombaires intenses, (qui durent depuis plusieurs jours) au point d'empêcher le sommeil.

11 mars — Ponction lombaire: Impossible de retirer plus de 2 c.c. d'un liquide redevenant limpide; présence de fibrine en faible quantité; absence de leucocytes.

19 mars — Réflexes normaux, rachialgie modérée, état général se relève, poussées fébriles le soir; congé sur demande.

20 avril — A mon bureau. Malade encore maigre; ne souffre pas; prend tranquillement des forces.

30 mars 1922 — Rendu à Saint-Jean, P.Q. Gérant d'une manufacture. Apparemment bien.

Si nous relevons les faits saillants de cette observation: l'allure, les symptômes fébriles, les douleurs rachialgiques continues et intenses (qui constituent pour le malade le fait dominant);

Si nous ajoutons: les réactions leucocytaires du liquide céphalo-rachidien, la réaction à la globuline (++++); absence de délire et à peu près de céphalée;

Nous établissons le diagnostic d'une maladie aiguë, infectieuse, microbienne, ayant son siège aux méninges spinales (affection qui en elle-même ne sort pas de l'ordinaire).

Mais ce qui fait l'intérêt du cas rapporté, c'est la présence: du *liquide céphalo-rachidien jaunâtre* (Xantho chromique) à la sortie du canal et se *coagulant massivement* en quelques minutes.

En présence d'aussi étranges constatations, je dois avouer mon étonnement et celui, également, du sérologiste et du neurologue à qui le problème est soumis. Un bouquin de Lochelongue, publié en 1918, intitulé "Le liquide céphalo-rachidien et ses anomalies" et que notre excellent ami, le docteur J. U. Gariépy, a trouvé dans ses fouilles, nous apporte la première bribe. Lochelongue nous apprend qu'il s'agit du syndrome dit de coagulation massive avec xanthochromie ou syndrome de Froin, qui, d'après Ravaut a eu le mérite de le signaler le premier. Pour Lochelongue, c'est Lépine, qui en 1903, signale le premier la coagulation massive du liquide céphalo-rachidien à sa sortie du canal. Depuis lors une vingtaine d'observations ont été publiées.

J'aurai peut-être le mérite d'avoir le premier, *chez nous*, observé le syndrôme. Il n'y a pas de doute qu'il s'agit d'observations très rares, mais qui devraient se multiplier, maintenant que la ponction lombaire est si fréquemment employée.

Il y a tout au plus 30 ans (1890 ou 1891) que Quinke, pratiquant le premier une ponction lombaire, en démontrait l'inocuité. Mais le but de son intervention était uniquement thérapeutique. Ce n'est que depuis les travaux de Ravaut, Widal et Sicard, en 1900, que la méthode est appliquée à l'étude des maladies du cerveau et de ses annexes. Les indications fournies par les examens cytologiques, physico-chimiques, biologiques et bactériologiques du liquide céphalo-rachidien sont, aujourd'hui, pour le clinicien, "un élément de diagnostic et de pronostic de tout premier ordre", à tel point que l'on ponctionne plus fréquemment dans un but séro-bactériologique que thérapeutique.

PATHOGENIE-ETIOLOGIE

Mais revenons à notre syndrôme et discutons sa pathogénie et ouvrons une parenthèse sur l'importance du coagulum fibrineux qui se forme au sein du liquide laissé au repos.

Pour Ravaut (1) : "Les variations de la quantité de fibrine contenue dans un épanchement séro-fibrineux sont bien plus en rapport avec l'activité et le degré de vitalité des leucocytes contenus dans le liquide, qu'avec la nature de l'épanchement, comme beaucoup ont voulu prétendre." Parlant des épanchements, il ajoute : "L'intégrité des leucocytes étant la condition nécessaire pour la formation de la fibrine, on conçoit que les pleurésies, qui pendant toute leur durée restent riches en globules blancs, soient en même temps très fibrineuses et évoluent vers la guérison.

"Il en est de même pour le liquide céphalo-rachidien, et la production d'un coagulum fibrineux au sein du liquide est une preuve de l'intensité des phénomènes inflammatoires.

"Dans le même ordre d'idées, continue Ravaut, nous avons observé avec M. Cestan, la coagulation massive d'un liquide céphalo-rachidien, chez un malade atteint de pachy-méningo-myélite du cône terminal. (Syndrôme de Froin)."

Ravaut attribue cette coagulation massive à une double coïncidence anatomique : inflammation méningée en activité et hémorragie méningée.

Le docteur Mulon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, dans un récent article, publié dans la Médecine Pratique

de février 1922, dit que la présence de fibrine indique une inflammation violente ou un stase du liquide céphalo-rachidien. Plus loin, il ajoute que: "le liquide est jaune (xanthochromie) dans les hémorragies datant de six à sept jours, ou après injection thérapeutique de sérum, dans les ictères, compression de la moëlle, tumeurs, et dans ce dernier cas, il peut se coaguler en masse, les compressions ayant fait filtrer dans le liquide, du sérum sanguin avec le fibrinogène.

"Une striction plus ou moins complète venant à se produire sur un point quelconque de manchon méningé, pourra entraîner une stase du liquide céphalo-rachidien qui s'épaissira, contiendra plus d'albumine, de fibrinogène, de pigments d'hémolyse et présentera le syndrome (Xanthochromie-coagulation massive).

Pour Lochelongue ce syndrome est caractérisé par: la teinte spéciale du liquide, sa coagulation peu après être sorti du C. R., le taux élevé d'albumine, la présence d'albuminose.

"Ces cas très rares, dit-il, (une vingtaine dans la littérature médicale) reconnaissent généralement pour cause, une stase du liquide dans le cul-de-sac lombaire, isolé et transformé en cavité close pour une raison quelconque (tumeurs, adhérences...), mais peut se produire, dans le cas de lésions plus élevées, par accumulation de fibrine dans les poches sous dures-mériennes; consécutives à des adhérences inflammatoires. (Cas de Maurice Villaret et Rives, au cours d'un mal de Pott, suivi d'autopsie, publié à la Société de Chirurgie en 1915.)"

Chatelin dit que: "Le syndrome peut se rencontrer dans les méningites hémorragiques, ou inflammations violentes ou dans les méningites enkystées."

Il prétend, en outre, que l'xanthochromie existe fréquemment sans coagulation massive, et que dans la très grande majorité de ces cas, la teinte jaunâtre est trop faible pour être notée.

Résumé des opinions citées: Ravaut, Mulon, Lochelongue et Chatelin: Le syndrome de Froin est constitué par *deux faits caractéristiques*: xanthochromie, coagulation massive; accessoirement d'albuminose, taux élevé d'albumine, leucocytose, etc.

Mon malade présentait: xanthochromie, coagulation massive, leucocytose, globuline + + + +.

Pour les auteurs cités, ce syndrome a pour *causes habituelles*: une compression ou une tumeur, mal de Pott, pachy-méningite violente

ou enfin stase dans le cul-de-sac lombaire par tumeur, adhérences, méningite avec enkystement.

Diagnostic étiologique posé chez mon malade: *syndrome de Froin dans un cas de pachy-méningite spinale avec enkystement probable.*

CONCLUSIONS

Personne, il me semble, ne contestera le fait d'une pachy-méningite spinale. L'enkystement peut être mis en doute. Il m'est venu à l'idée, quant après deux ponctions réussies, (les deux dernières que nous avons pratiquées) nous n'avons retiré la première fois qu'un c.c. de liquide céphalo-rachidien, sans pression, et la 2e fois 2 c.c. à peine. (Il arrive qu'au cours d'une affection méningée, ou osseuse) compliquée du syndrome de Froin, que le liquide s'écoule avec difficulté et en petite quantité, s'il est très épais; mais nos deux dernières ponctions ont donné un liquide plutôt limpide et aqueux.

Le cloisonnement ou l'enkystement est ici possible, comme il l'est dans une plèvre ou un ventre. Il s'agit d'une séreuse ayant bien des caractères communs avec la plèvre et le péritoine, avec des réactions anatomiques presque identiques, (fausses membranes et plasticité). Nous l'avons supposé ce cloisonnement chez notre malade. Ayant vu M. L., un mois plus tard, à notre bureau, amélioré, et apprenant le 30 mars 1922 qu'il est bien portant, nous avons aussi supposé que le cloisonnement n'avait pas persisté.

Mais, pour terminer ces remarques, supposons le fait contraire, d'un cloisonnement définitif avec stase persistante.

Quelques considérations sur les fonctions du liquide céphalo-rachidien ouvrent le champ à une dernière hypothèse et c'est par elle que nous terminons.

Les caractères physiques du liquide céphalo-rachidien normal, sa composition chimique, ses relations avec les systèmes vasculaire et lymphatique ont amené les physiologistes à la conclusion que son rôle est essentiellement hydrostatique, tenant en suspension les centres nerveux, les baignant en quelque sorte, et les empêchant de se traumatiser contre la boîte osseuse; il faut ajouter à cette fonction, celle de régularisatrice de la tension intra-cranienne. En effet, le liquide céphalo-rachidien normal n'est autre qu'une solution physiologique de chlorure de sodium avec faibles traces d'autres matières inorganiques et organiques. Ce liquide prend son origine "au niveau du plexus choroïde et après avoir baigné les diverses cavités cérébrales

“et l'épendyme, gagne les espaces sous-arachnoïdiens et de là dans “le courant veineux vers les sinus.” (Lochelongue et Chatelin).

La plupart des auteurs, Widal et Sicard en tête, soutiennent que le liquide n'exerce aucune fonctions circulatoires et nutritives sur les éléments nerveux centraux, invoquant le fait que peu ou pas de produits de disassimilation y sont retrouvés.

Et si le rôle du liquide est uniquement de protection, monsieur L., (puisqu'on suppose chez lui le fait d'un cloisonnement persistant), a force de traumatiser sa moëlle lombaire contre les parois osseuses qui la contiennent, ne fera-t-il pas, en définitive, de la sclérose de son segment exposé?

Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue Française

Paris — 6, 7 et 8 Juin 1922

Secrétaire général: M. le Dr HUDELO, 8, Rue d'Alger, Paris (1er).

Un Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française se réunira à Paris les mardi 6, mercredi 7 et jeudi 8 juin 1922, sous le patronage de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Il a pour Comité d'organisation le Bureau de cette Société.

Peuvent s'inscrire comme membres titulaires du Congrès:

a) les Membres des Sociétés nationales de Dermatologie et Syphiligraphie; b) les médecins s'intéressant aux questions dermato-syphiligraphiques et qui seront agréés par le Comité d'organisation.

Le prix de la cotisation est fixé à 60 francs.

Les séances auront lieu à l'hôpital Saint-Louis, à 9 heures et à 14 heures. Les séances du matin seront consacrées à des présentations de malades et aux communications particulières (2); celles de l'après-midi, à la discussion des rapports sur les questions suivantes:

1°—Les Epidermomycoses (à l'exclusion des Teignes).

Rapporteur: M. le Dr Petges (de Bordeaux).

2°—Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine vénérienne (ulcère vénérien adénogène).

Rapporteurs: M. le Professeur J. Nicolas et M. le Dr Favre (de Lyon).

3°—Les réactions colloïdales dans la syphilis veineuse. Réactions à l'or colloïdal, à la gomme mastic, au benjoin colloïdal.

Rapporteur: M. le Dr Guy Laroche.

*Pour le Comité d'organisation,
le Secrétaire général:*

*Professeur de dermatologie et de
syphiligraphie.*

HUDELO.

NOTE.—Le docteur Gustave Archambault représentera officiellement le Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Il s'embarque incessamment pour l'Europe.

L'Union Médicale lui adresse ses bons souhaits.

LA REACTION DE FIXATION DU COMPLEMENT ET LA TUBERCULOSE (1)

Par Henri LAROUCHE,

Surintendant des Laboratoires du
Service de Santé de la Cité de Montréal.

La méthode de fixation ou déviation du complément a été publiée en 1901 par Bordet en Gengou (1).

Widal et Le Sourd (2) ont, les premiers, démontré la présence d'anticorps dans le sérum des tuberculeux, en utilisant cette réaction.

Camus et Pagniez (3); Bordet et Gengou (4); Wassermann et Bruck (5); Calmette, Massol et Breton (6); Michoelis et G. Eisner (7); Marmoreck et Bergeron (8); Otto Deilmann (9) et autres, ont effectués de 1901 à 1911, des recherches sur la déviation du complément et la tuberculose. Ces expérimentateurs ont employé des techniques différentes "souvent défectueuses, d'après Calmette (10)", avec des résultats peu encourageants.

La méthode de fixation du complément contribue au diagnostic de la tuberculose, d'une façon pratique, en France, depuis que Calmette (11), Besredka et Jupille (12) ont démontré par leur recherches la spécificité et la sensibilité de leurs antigènes.

Me Intosh, Fildes (13), Radcliff (14) et Inmann (15) semblent être les premiers à avoir appliqué, en Angleterre, cette méthode à la tuberculose.

(1) Annales de l'Institut Pasteur, 1901.

(2) Soc. Méd. des Hop. 1901.

(3) Comptes-rendus de la Soc. de Biol. 1901.

(4) Comptes rend. de l'Acad. des Sc. 1903.

(5) Dent. Med. Wochen. 1906.

(6) Comptes rend. de l'Acad. des Sc. 1908.

(7) Zeitsh f. Immunit. 1910.

(8) Comptes rend. de la Soc. de Biol. 1911.

(9) Zeit. f. Immunit. 1911.

(10) Calmette: Infection Bacillaire et Tuberculose, etc. Ed. 1920.

(11) Compt. rend. Soc. de Biol. 1911; Bult. Inst. Pasteur, 1916

(12) Ann. de l'Inst. Pasteur. 1913.

(13-14-15) Lancet, London, 1914. Journ. of Hygiene 1915, (15).

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, janvier 1922.



Il a été publié de 1916 à 1922, de nombreuses et intéressantes recherches sur la valeur de cette réaction, appliquée au diagnostic de la tuberculose. Après l'étude de la majorité de ces travaux, nous sommes en droit de conclure que très peu d'auteurs sont défavorables à cette méthode.

Kolmer (16) est d'opinion qu'elle peut contribuer grandement à dépister la tuberculose au début, et qu'elle est supérieure aux autres réactions biologiques, utilisées pour nous renseigner sur l'activité de cette maladie.

Les auteurs américains emploient comme antigènes de la tuberculine, des extraits alcooliques de bacilles tuberculeux, ou une suspension de ces bacilles dans des solutions isotoniques de chlorure de sodium; très peu utilisent les antigènes de Calmette et de Besredka. Les auteurs anglais se servent de la tuberculine, des antigènes de Calmette et de Besredka, mais surtout des extraits alcooliques. Les auteurs français utilisent les antigènes B² de Calmette, de Besredka et celui de Boquet et Negre.

Rubenstein (17) prétend que l'antigène B² de Calmette et celui de Besredka donnent des résultats comparables. A. Delisle et L. Negre (18) croient que l'antigène de Boquet et Negre a une sensibilité équivalente à celle de l'extrait peptoné de Calmette et Massol et de l'antigène à l'oeuf de Besredka.

Il a été constaté que la majorité des sérums syphilitiques, à Wassermann positif, donnent aussi une réaction positive avec l'antigène de Besredka. Les sérologistes, qui pratiquent la fixation du complément dans la tuberculose avec cet antigène, doivent donc rechercher parallèlement dans chaque sérum les anticorps syphilitiques

Cette action de l'antigène de Besredka sur les sérums syphilitiques a pour cause principale la présence de lipoides des jaunes d'oeufs, dans le milieu de culture qui sert à le préparer.

Lorsqu'un sérum réagit à la fois positivement au Wassermann et à l'antigène de Besredka, il faut en déduire qu'il provient d'un malade syphilitique, mais pas nécessairement tuberculeux.

Les travaux publiés indiquent que le choix d'un bon antigène est très important pour que cette réaction ait toute sa valeur.

(16) Kolmer: *Infection Immunity and Specific Therapy*, Ed. 1917.

(17) Rubenstein: — *Traité pratique de Sérologie et de Séro-Diagnostic*, Ed. 1921.

(18) A. Delisle et L. Negre: *Technique de la Réaction de Déviation du Complément de Bordet et Gengou*, Ed. 1922.

Nous avons pratiqué la réaction de fixation du complément avec les sérums de 98 humains et 86 bovidés, en utilisant un antigène que nous avons préparé selon la méthode de Besredka (19).

La technique de la réaction a été la suivante :

	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.	c.c.	Contrôle de l'antigène		
							c.c.	c.c.	c.c.
*Sérum chauffé ½ heure à 56° C.	.2	.2	.2	.2	.2	.2	0	0	0
Antigène	.3	.3	.3	0	0	0	.3	.3	.3
1° Complément Sérum de cobaye au 1/0	.15	.2	.25	.15	.2	.25	.15	.2	.25
Eau physiologique	.2	.2	.2	.5	.5	.5	.4	.4	.4
2° Bain-Marie à 37° C. 1 heure.									
3° Addition de globules de mouton (4%) sensibilisés, à la dose de .4 de c.c. dans chaque tube.									
4° Bain-Marie à 37° C. ½ heure.									

Notre antigène a été titré en le comparant à celui de Besredka dont nous avons quelques ampoules.

*Les sérums devant être le plus frais possible, nous les avons utilisés 24 heures après le prélèvement du sang.

Les résultats obtenus avec les sérums humains sont :

- 1° 12 sérums de tuberculeux ayant des bacilles dans les crachats.
Réactions positives 10
— négatives 2
- 2° 41 sérums de tuberculeux sans bacilles dans les crachats.
Réactions positives 32
— négatives 9
- 3° 20 sérums de malades présentant des symptômes cliniques douteux de tuberculose et sans bacilles dans les crachats.
Réactions positives 14
— négatives 6
- 4° 16 sérums de malades sans aucun symptôme clinique de tuberculose.
Réactions positives 2
— négatives 14

La réaction de Wassermann, effectuée avec les sérums de ces 98 malades, a été positives dans 9 cas.

Les résultats obtenus avec les sérums de bovidés, dont les autopsies ont été faites, sont :

- 2 sérums de bovidés présentant des lésions de tuberculose généralisée.
Réactions positives 2
— négatives 0
- 5 sérums de bovidés avec des lésions légères de tuberculose ganglionnaire.
Réactions positives 2
— négatives 3
- 79 sérums de bovidés sans lésion de tuberculose.
Réactions positives 6
— négatives 73

(19) Rubenstein: Traité pratique de Sérologie et de Séro-Diagnostic. Ed. 1921.

CONCLUSIONS

Nous croyons que la pratique de la fixation du complément dans la tuberculose humaine peut aider beaucoup à dépister cette maladie au début, ou à en confirmer le diagnostic.

Cette méthode peut en outre être très utile aux vétérinaires et aux hygiénistes, qui ont à établir un diagnostic de tuberculose chez les bovidés.

Nous sommes redevables à M. J. A. Jarry, Directeur Médical du dispensaire anti-tuberculeux de l'Institut Bruchési, de nous avoir fourni les 98 sérums humains, ainsi qu'une histoire de cas complète de chaque malade.

M. A. J. G. Hood, Surintendant de l'Inspection des Aliments, du Service de Santé de la Cité de Montréal, a mis à notre disposition un de ses inspecteurs de viande, qui nous a procuré les 86 sérums de bovidés et le résultat de l'autopsie de ces animaux.

Nous tenons à remercier MM. A. Lespérance et A. D'Anjou, assistants-analystes aux Laboratoires Municipaux, dont l'aide nous a permis de mener à bonne fin ce travail.

M. A. Bernier, Professeur à l'Université de Montréal, a bien voulu nous fournir beaucoup de documentation sur ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

- Alfred Meyer: Complement Fixation in Pulmonary Tuberculosis.
Trans. Nat. Assoc. Study and Prevention of Tuberculosis, 1916.
- S. A. Pétroff: A Clinical and Experimental Study of Complement Fixation in tuberculosis.
Trans. Nat. Assoc. Study and Prevention of Tuberculosis 1916.
- H. J. Corper: Complement Fixation in Diagnosis of Tuberculosis.
Trans. Nat. Assoc. Study and Prevention of Tuberculosis 1916.
- H. J. Corper: Complement Fixation in Diagnosis of Tuberculosis.
Journ. Infect. Diseases 1916.
- Craig: The Complement Fixation Test in Diagnosis of Tuberculosis.
J. Am. Ass. Chicago 1917.
- Burns, Slack,
Castelmann and
Bailey: Application of the Complement Fixation Test to Tuberculosis.
J. Am. Ass. Chicago 1917.
- G. Yves, and
J. J. Singer: The Complement Fixation Test for Tuberculosis and the Wassermann Test in Pulmonary Tuberculosis. J. Miss. State M. Assoc. 1917.

- H. Corper and
H. O. Sweaney: Complement Fixation Test in Tuberculosis.
J. Am. Ass. Chicago 1917.
- A. C. Woods,
J. E. Bushnell,
and C. Maddux: Complement Fixation in Tuberculosis.
J. Immunol. Balt. 1917.
- J. W. McCaskey: The Complement Fixation Test in the Diagnosis of
Tuberculosis with a Study of 135 cases. Am. J. M. Sc.
Phila. 1918.
- V. H. Moun: A Further Consideration of Complement Fixation in Tuberculosis. J. Am. Med. Assoc. Chicago 1918
- Miss A. Wilson: A contribution to the Study of the Complement Fixation
Reaction in Tuberculosis. J. Immunol. Balt. 1918.
- Hassow Von
Wedel: A Contribution to the Study of the Complement Fixation Test
for Tuberculosis. J. Immunol. Balt. 1918.
- J. S. Pritchard and
C. E. Rodrick: Complement Fixation Test for Tuberculosis.
J. Am. Med. Assoc. Chicago 1919.
- L. Boez et Duhot: La réaction de Fixation avec les Antigènes de Calmette
et Massol et le pronostic de la tuberculose pulmonaire.
Compt. rend. Soc. de Biol. Paris 1919.
- Chung Wing
Wong and
J. Crockett: Diagnosis of Tuberculosis by the Complement Deviation
Method. Brit. M. J. London 1919.
- H. C. Young and
J. P. Givlen: A Comparaison of Certain Antigens used in Complement
Fixation Test in Pulmonary Tuberculosis. Am. Rev.
Tuberc. 1919.
- L. Boez et Duhot: Etude comparée des faits cliniques et de la réaction
de Fixation dans la Tuberculose, avec les antigènes de
Calmette et Massol. Presse Médicale. Paris, 1919.
- L. Carrière: La Méthode de la Déviation du Complément appliquée au
diagnostic de la tuberculose oculaire. Comp. rend. Soc.
de Biol. Paris, 1919.
- F. Arloing et
R. Biol: La Fixation du Complément chez les tuberculeux. Comp. rend.
Soc. de Biol. Paris, 1919.
- Hassow O. Von
Wedel: The Complement Fixation Test for Tuberculosis.
J. Immun. Balt. and Cambridge Eng. 1920.
- W. H. Moursend: Complement Fixation in the Diagnosis of Tuberculosis.
J. Infect. Dis. Chicago 1920.
- W. W. Watkins
and C. Boynton: The Complement Fixation Reaction in Tuberculosis:
Reporting six thousand five hundred reactions.
J. Am. M. Ass. Chicago 1920.
- B. Stivelmann: The Tuberculosis Complement Fixation Test: Report of
700 cases. J. Lab. & Clinical M. St. Louis 1920.
- J. Sévi: Le dépistage de la Tuberculose chez l'enfant au moyen de la
réaction de fixation. Presse Médicale, Paris 1921.

B. Fried et Mozer: La Réaction de fixation dans la Tuberculose pulmonaire et dans la tuberculose chirurgicale au moyen de l'antigène de Besredka. Presse Médicale, Paris 1921.

J. Rieux et

Ch. Zoeller: Réaction de Fixation et Tuberculose. Presse Med., Paris 1921

C. Hruska et

W. Pfenninger: Le Diagnostic de la Tuberculose chez les bovidés au moyen de l'Antigène de Besredka. Annales de l'Institut Pasteur, Paris 1921.

A. Gilbert et

M. Weinberg: Traité du Sang. Ed. 1921.

Abstracts of

Bacteriology

Balt: années 1917-1918-1919-1920-1921.

Presse Médicale,

Paris: années 1919-1920-1921.

Comptes rend.

Soc. de Biol.

Paris: années 1919-1920-1921.

CORRESPONDANCE

7ième CONGRES DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMERIQUE DU NORD (1)

Montréal, 21 avril 1922.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous rappeler que le septième congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord se tiendra à Montréal, les jeudi, vendredi et samedi 7, 8 et 9 septembre prochain.

Depuis sa fondation, notre société a rapidement progressé; l'assistance plus nombreuse à chaque congrès prouve que notre association est venue à son heure et répond aux aspirations des médecins de langue française de ce coin d'Amérique, et de plus, à toutes nos réunions précédentes nous avons toujours été assez heureux pour voir un ou des maîtres de la science française jeter une lumière vive sur un sujet médical qui nous paraissait encore obscur, et indiquer d'un geste autorisé la voie que nous devrions suivre pour bien servir et la science et la race. Cette année encore nous avons le ferme espoir que nous pourrons compter sur une délégation officielle de nos maîtres français.

Les travaux de nos membres actifs ont toujours fait preuve d'une réelle valeur et présenté un intérêt pratique fort apprécié. Ce sont ceux-là surtout que nous aimerions pouvoir cultiver car l'effort personnel qu'ils exigent donnent "l'entraînement" et comme ils sont un produit de "chez nous" on est tout oreilles pour les entendre.

Ce sont ces communications que nous voudrions voir nombreuses à ce congrès car notre avenir scientifique médical en subira des effets bienfaisants. Ne l'oublions pas, rien sans effort, rien sans travail personnel.

Les organisateurs du prochain congrès ont pensé que l'on pourrait peut-être cette année, avec profit pour tous, faire une innovation en alternant régulièrement chaque jour des communications

(1) N.D.L.R.—Nous publions la lettre suivante afin d'attirer l'attention sur notre Association nationale, qui siègera à Montréal à l'automne. Tous les médecins doivent s'unir pour en assurer le succès, soit en adressant leur adhésion soit en préparant des communications. Nous la commenterons prochainement.

scientifiques et des cliniques dans les hôpitaux. Nous avons à Montréal plusieurs institutions hospitalières qui seraient heureuses de nous recevoir et nous serions coupables de ne pas en faire profiter tous nos membres actifs.

Les matinées seront donc occupées par des cliniques dans nos hôpitaux, et des séances général auront lieu l'après-dîner et le soir.

Questions à l'ordre du jour :

ULCERE DE L'ESTOMAC.
GOITRE EXOPHTALMIQUE.
CHOLECYSTITES.
PLEURESIES PURULENTES.
LE CANCER.

Ces questions que nous pourrions appeler "principales" du congrès seront l'objet d'une mise au point soignée par des rapporteurs choisis, mais il est bien entendu qu'elles n'excluent aucune autre question médicale ou chirurgicale qu'un membre du congrès voudrait aborder.

Nous souhaitons même vivement que les praticiens qui vivent loin des grands centres fassent connaître les problèmes difficiles de la pratique de la médecine sans laboratoire, sans Rayons X et souvent sans l'appui confraternel du voisin.

Il est de notre intérêt à tous que ces questions soient bien exposées et discutées afin que remède soit appliqué si possible.

C'est un peu pour cela que fut fondée notre association mais c'est surtout parce qu'elle peut aider considérablement le mouvement scientifique chez nous que nous la voulons prospère.

Inscrivons-nous donc en grand nombre pour une communication, et afin de faciliter la tâche des organisateurs, ne tardez pas à verser le montant de la cotisation. En signant tout de suite le bulletin d'adhésion ci-inclus vous nous aiderez à obtenir des compagnies de transport une réduction considérable des taux ce dont vous serez les premiers à bénéficier.

Nous gardons l'espoir d'une prompté réponse favorable et nous vous prions, bien cher confrère d'agréer l'assurance de nos sentiments bien dévoués.

Le Président,

JOS. EDM. DUBE.

Le Secrétaire Général,

J. A. SAINT-PIERRE.

N. B. — Prière d'adresser au secrétaire général le bulletin d'adhésion, aussi bien que chèque ou mandat pour cotisation.

Dans tous les hôpitaux généraux et hôpitaux pour enfants, etc., nous comprenons qu'une attention toute spéciale est donnée au traitement des maladies vénériennes.

SYPHILIS : Nous constatons aujourd'hui que les malades se font traiter dès le début de leur infection et que les infections secondaires sont considérablement diminuées: ce qui nous donne la satisfaction de réaliser que la campagne d'éducation porte déjà des fruits pratiques.

LA DECLARATION DES CAS

NOMBRE DES CAS DECLARES PAR LES MEDECINS:

Syphilis	2320
Blennorrhagie	2773
Chancre mou	124
TOTAL	—5217

QUELQUES STATISTIQUES SUR LA DECLARATION DES CAS:

Sexe :

Hommes	80%
Femmes	20%

Age :

De 0 à 10 ans	1%
De 11 à 15 ans	3%
De 16 à 20 ans	18%
De 21 à 25 ans	30%
De 26 à 30 ans	22%
De 31 à 40 ans	19%
De 41 à .. ans	7%

Nationalité :

Canadienne	77%
Etrangère	23%

Etat :

Célibataires	64%
Mariés	32%
Veufs	4%

SOURCES DE LA MALADIE :

Prostitution commercialisée	34%
Prostitution clandestine	36%
En mariage, du mari	6%
En mariage, de l'épouse	2%
Congénitale	1%
Inconnue	21%
Maladie contractée sous l'influence de l'alcool	25%
Malades sans emploi:	45%

Un grand nombre de médecins nous font rapport que leur clientèle de patients vénériens a considérablement augmenté depuis que la campagne d'éducation a renseigné les malades sur la gravité de leur maladie et sur l'importance de recevoir un traitement prompt et compétent.

CAMPAGNE D'EDUCATION

Nombre de pamphlets distribués	50.000
Nombre de demandes reçues pour pamphlets et littérature d'éducation	600
Nombre de PLACARDS distribués	1.000
Nombre de CONFERENCES avec projections cinématographiques	44
Auditoires : Hommes et jeunes gens	45.500
Femmes (garde-malades)	1.200
Nombre de représentations au moyen du "Stereomotorgraph"	120
Assistance	25.000

BIBLIOGRAPHIE

PRECIS DE THERAPEUTIQUE, par A. MANQUAT, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce. 1922, 1 vol. in-8 de 680 pages, 25 francs (*Librairie J.-B. Baillière et fils*, 89, rue Hautefeuille, Paris).

M. MANQUAT s'est imposé un grand effort dans le but de chercher à être à la fois court, clair et moderne sans exagération, c'est-à-dire sans confondre les essais, les vues de l'esprit, les espérances et les illusions avec des réalités.

Le plan de ce *Précis de thérapeutique* diffère peu de celui de son *Traité de thérapeutique*, dont le mérite a été consacré par un succès de six éditions; mais ces deux volumes réduits ne devant contenir que l'étude des *médicaments usuels*, il a élagué de ce dernier ouvrage, non seulement les agents hygiéniques, physiques, mécaniques et naturels, mais encore la plupart des médicaments qu'on n'emploie plus, à l'exception pourtant de ceux qui figurent encore au *Codex*. Beaucoup sont appelés à disparaître quand le *Codex* sera conçu dans un esprit plus moderne; mais il n'est pas superflu de mentionner quelques-uns des essais condamnés par une expérience qu'il est inutile de renouveler, il n'est pas indifférent non plus, pour qui veut acquérir l'esprit thérapeutique (qui est celui de la pratique journalière de la médecine), de connaître les raisons de la décadence de médications dont quelques-unes, comme la diète, la saignée, le vésicatoire et l'émétique, ont tenu une place prépondérante en médecine, il y a à peine un demi-siècle.

Tout en cherchant à être court, M. MANQUAT s'est efforcé de n'omettre aucune des connaissances essentielles à la pratique médicale. Les réductions et suppressions ont porté surtout sur la bibliographie, l'histoire, l'expérimentation et le nombre des médicaments.

Tel qu'il est, ce nouvel ouvrage rendra service aux étudiants dans leurs études, et aux praticiens dans la recherche rapide des notions dont ils pourraient avoir besoin.

Le *premier volume* de ce *Précis* contient, outre les notions habituelles de thérapeutique générale, les deux classes de médicaments suivantes: 1o. ceux qui visent directement à la guérison des maladies,

c'est-à-dire: *a) les spécifiques* (mercuriaux, arsenicaux spécifiques, quinine, acide salicylique, émétine, colchique); *b) les anti-infectieux biologiques* (sérums, vaccins, produits bactériens); *c) les anti-infectieux indifférents* (métaux colloïdaux, révulsifs, acide nucléinique); *d) les antiseptiques chimiques*; *e) les antiparasitaires*; *f) les antidotes*; — 2o. les médicaments *réparateurs* (caustiques, astringents, émollients, modificateurs des tissus; réparateurs chimiques, tels que le fer, le phosphore, la chaux, etc.).

Le *deuxième volume* qui paraîtra incessamment, comprendra: 1o. les modificateurs des organes et des fonctions (circulation, digestion, nutrition, système nerveux, rein, opothérapie, etc.) 2o les médicaments *symptomatiques* de la douleur, de l'insomnie, de la fièvre, etc.; enfin les *notions pharmaceutiques* nécessaires au *médecin*.

— 0 —

PRECIS D'ALIMENTATION DES NOURRISSONS — ETAT NORMAL — ETATS PATHOLOGIQUES, par le Dr. *Eugène TERRIEN*, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'Hôpital des Enfants malades. 4e édition revue et augmentée, 1 vol. in-8 de 309 pages. (MASSON ET Cie, Editeurs)— 12 fr. net.

On a dit de l'enfant qu'il était avant tout "*un tube digestif*". Sans prendre à la lettre une formule trop simple, il n'en reste pas moins que c'est par le "canal" de la digestion que toute la pathologie infantile pénètre l'organisme. C'est donc *une prophylaxie générale infantile* en même temps qu'un guide de l'alimentation normale et pathologique que forment les deux volumes publiés simultanément par le Docteur Terrien.

L'ouvrage se présente sous la forme systématique d'un "*manuel*". Le lecteur y trouvera donc au complet tout ce qu'il est en droit d'attendre d'un ouvrage didactique.

Le livre a été écrit pour permettre *au Médecin* de guider les mères dans leur délicate tâche quotidienne et, au besoin, pourra, avec les indications nécessaires, être mis entre leurs mains. L'ouvrage comprend deux parties: la première consacrée à l'alimentation de l'enfant bien portant, et contenant, en quelques formules faciles à retenir, les règles d'un bon régime; la deuxième concernant l'alimentation de l'enfant malade, et dans laquelle on trouvera surtout l'exposé des régimes qu'il convient d'instituer dans chaque cas particulier; cette question a fait de tels progrès dans ces derniers temps

et l'alimentation de l'enfant s'est compliquée au point que les connaissances que doit posséder le médecin ne se trouvent plus dans les traités spéciaux d'hygiène alimentaire ni dans les traités plus généraux de médecine infantile.

LE LIVRE DE L'INFIRMIÈRE — Traduction de l'ouvrage anglais de Miss Oxford, par Mlle CHAPTAL, directrice de la Maison-école des infirmières privées. 2e édition corrigée et très augmentée. Préface du Professeur Letulle. 1 vol. de 348 pages. (MASSON ET Cie, EDITEURS). Prix 10 fr. net.

Parmi les nombreux manuels édités avant la grande guerre, le "Livre de l'Infirmière" comptait déjà parmi les plus complets et les plus directement pratiques. Conçu pour l'usage des Ecoles d'Infirmières, assez clair pour être mis aux mains des débutantes, il contient l'essentiel de ce que doit savoir et retenir une praticienne du soin des malades au long de sa vie professionnelle. L'auteur a introduit dans cette nouvelle édition, réclamée par plusieurs écoles, les matières actuellement à l'ordre du jour: *maladies sociales, hygiène sociale, études des lois d'assistance récentes*. Ce volume constitue désormais le véritable vade-mécum de l'infirmière moderne.

LA GOUTTE ET SA CURE HYDRO-MINÉRALE, par le Professeur agrégé Maurice Lœper et les Docteurs Flurin (Caurets), Glénard (Vichy), Joly (Bagnoles-de-l'Orne), Paillard (Vittel), Piatot (Bourbon-Lancy), Pierra (Luxeuil). — Un volume in-8° coquille de 144 pages de la collection *Etudes d'Hydrologie Clinique*. — ("L'Expansion Scientifique Française", Paris 1921). — Prix: 7 francs 50.

Le 2e fascicule des '*Etudes d'Hydrologie Clinique*' est entièrement consacré à la goutte et constitue une précieuse revue d'ensemble sur cette affection, écrite par les médecins mêmes qui ont l'occasion d'observer et de traiter un grand nombre de goutteux. Si on ne peut encore, à l'heure actuelle, écrire un travail définitif sur la goutte, car bien des points de physio-pathologie restent à élucider, du moins doit-on profiter des notions que l'expérience a acquises et qui nous permettent de traiter les malades avec succès. Or, le traitement hydro-minéral constitue indiscutablement, avec le régime, l'indication primordiale de la thérapeutique en pareil cas. On trouvera dans ce fascicule tous renseignements utiles à cet égard. Après un exposé d'ensemble du Professeur agrégé Lœper, un article de M. Paillard et un autre de R. Glénard montrent comment peuvent être utilisées les

cures de lavage, type Vittel, et les cures alcalines, type Vichy. A. Platot signale les ressources des stations thermales (Bourbon-Lancy, Aix, Dax, etc.) pouvant lutter contre le rhumatisme goutteux. P. R. Joly expose la thérapeutique rationnelle des phlébites goutteuses, H. Flurin celle des manifestations goutteuses portant sur les voies respiratoires supérieures. L. R. Pierra celle des manifestations utérines et périutérines de la goutte.

Ecrit par des praticiens, cet ouvrage présente une réelle utilité et on le consultera avec fruit.

o

"*PARIS MEDICAL*", le grand magazine médical, dirigé par le professeur A. Gilbert, continue sa nouvelle série de numéros spéciaux, à raison de deux par mois. Celui du 18 février 1922 est exclusivement consacré *au Cancer*.

En voici le sommaire :

Ménétrier, Peyron, Isch-Wall. — Un chapitre de l'histogénèse des tumeurs : les tumeurs de type femelle chez l'homme et les tumeurs de type mâle chez la femme.

A. Lacassagne.—Les notions actuelles sur les processus histologiques de régression des cancers traités par les rayons X et Y.

A. Peyron.—La tumeur infectieuse des oiseaux et ses enseignements par l'étude expérimentale du cancer.

Rubens-Deval. — Biopsie et cancer.

H. Roger. — La peste de Transylvanie et Adam Chenot.

Le Picoreur. — Anthologie médico-littéraire.

Peytel. — La responsabilité du médecin.

Lemaire. — La remise de la médaille du Dr Siredey.

Mouchet. — Le Pr. Montprofit (nécrologie).

Envoi franco de ce numéro de 64 pages in-4, à 2 colonnes, avec figures, contre 1 fr. en timbres-poste, adressés à la librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, envoie sur demande sa bibliographie spéciale d'ouvrages de médecine ou de sciences.

o

L'ENCEPHALITE LETHARGIQUE, par le Dr Achard, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de Médecine. 1922, 1 vol. in-8 de 324 pages avec 15 figures : 16 fr. (*Librairie J.-B. Baillièrre et fils, éditeurs, à Paris, 17, rue Hautefeuille*).

Peu de maladies nouvellement décrites ont fait éclore une aussi riche floraison de travaux que depuis quelques mois l'encéphalite l'encéphalite léthargique. C'est d'abord que cette maladie paraît fréquente, ou du moins que l'épiderme actuelle a produit de nombreux cas; c'est aussi que sa connaissance est d'un haut intérêt pour la pathologie, parce qu'elle éclaire la pathogénie et les origines de toute une série d'états morbides qui s'y rattachent par des liens plus ou moins étroits.

Intéressante à la fois pour la clinique et la pathologie, son histoire mérite d'être bien connue et, quoique les modifications profondes apportées depuis plus d'an à sa description première permettent d'en prévoir encore de nouvelles, peut-être non moins importantes, il a semblé à M. le Pr. Achard qu'il était utile d'en fixer dès maintenant les traits.

Voici les principaux chapitres de cet ouvrage dont la lecture est particulièrement intéressante: I. Historique. — II. Etude des symptômes. — III Aspects cliniques et marche de la maladie. — IV. Les lésions de la maladie et l'interprétation des symptômes. — V. Le virus et sa propagation. — VI. Les rapports de l'encéphalite léthargique avec d'autres états morbides. — VII. Diagnostic. — VIII. Pronostic. — IX. Traitement. — X. Index bibliographique.

Comme on peut le voir par ce court aperçu, cet ouvrage est actuellement le seul qui existe aussi documenté sur cette question. Nul doute qu'il n'ait un grand succès, car c'est un livre d'actualité.

— o —

PARIS MEDICAL, le grand magazine médical, dirigé par le professeur A. Gilbert, continue sa nouvelle série de numéros spéciaux, à raison de deux par mois. Celui du 4 mars 1922 est exclusivement consacré à la SYPHILIGRAPHIE.

En voici le sommaire:

- Milian et Brodier. — La syphilis en 1922 (*Revue annuelle*).
 Queyrat. — Prophylaxie et guérison de la syphilis.
 Leredde. — La syphilis à la campagne.
 Marcel Pinard. — Danger des doses insuffisantes dans le traitement de la syphilis.
 Milian. — Les sels de bismuth dans la thérapeutique antisiphilitique.
 J. Janet. — La blennorrhagie discrète de la femme.
 Galliot. — Sur un cas de réinfection siphilitique.
 Balalian. — Crise nitroïde après injection sous-cutanée de 2 centigrammes de 914.

Carle. — L'éducation prophylactique de la jeunesse scolaire.

Bizard. — La réglementation de la prostitution à Paris.

Laurent. — La lutte antisyphilitique dans le département de la Loire.

Béclère. — L'élection de Mme Curie à l'Académie de médecine.

Envoi franco de ce numéro de 100 pages in-4, à 2 colonnes, avec figures, contre 1 fr. 50 en timbres-poste, adressés à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, envoie sur demande sa bibliographie spéciale d'ouvrages de médecine ou de sciences.

— o —

PRECIS D'OPHTALMOLOGIE par le Dr V. MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière. 3e Edition entièrement refondue. 1 vol. in-8° de la *Collection de Précis Médicaux*, de 883 pages, avec 450 figures dans le texte et 4 planches hors texte en couleurs, cartonné toile souple. (MASSON ET Cie, EDITEURS). Broché 34 fr.; cartonné 37 fr. net.

La 3e édition du *Précis d'Ophthalmologie* a été l'objet d'une revision des plus attentives sans que le plan initial et la classification des affections oculaires suivant leur étiologie aient été modifiés. Par contre les chapitres consacrés à la sémiologie ont été multipliés et bien que les différents troubles visuels observés au cours des maladies nerveuses fussent déjà très complètement décrits dans les précédentes éditions, l'auteur a juger utile de rédiger un chapitre entièrement nouveau intitulé "Symptômes oculaires dans les affections du système nerveux central" et dans lequel il passe en revue les traumatismes crâniens, les infections cérébro-spinales, les névroses et leur retentissement sur l'appareil visuel et ses annexes.

Les améliorations techniques ont entraîné une mise au point nouvelle des procédés d'examen et des indications thérapeutiques. On trouvera notamment: la description de la méthode de Bailliart pour l'analyse de la *circulation intra-oculaire*: la technique de l'*anesthésie locale* appliquée actuellement à la presque totalité des cas de chirurgie oculaire en orbito-faciale; les perfectionnements apportés au cours de la guerre aux différents *procédés d'autoplastie*, etc..

Ce qui a fait le succès des précédentes éditions, c'est que ce précis s'adresse à la fois à l'étudiant, pour lequel il servira de guide, et au spécialiste qui trouvera, condensés et méthodiquement exposés,

les renseignements qui pourraient lui être nécessaires au point de vue du diagnostic et du traitement médical et chirurgical.

L'*illustration* si remarquable et si personnelle des précédentes éditions a été encore augmentée par une série de figures nouvelles.

— 0 —

DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET EXPERTISES DES SÉQUELLES DES BLESSURES ET DES ACCIDENTS DES RÉGIONS MAXILLO-FACIALES, par les Drs L. DUFOURMENTEL, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris et L. FRISON, directeur de l'École dentaire de France. 1922, 1 vol. in-16 de 151 pages, avec 87 figures: 10 fr. (*Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris*).

Ce volume fait partie d'une petite encyclopédie, publiée sous la direction de MM. Mouchet, F. Terrien et M. Villaret, qui comprendra huit volumes se rapportant respectivement aux séquelles otorhino-laryngologiques, ophtalmologiques, maxillo-faciales, chirurgicales et orthopédiques, nerveuses, médicales; enfin au traitement, à l'appareillage et à la réadaptation professionnelle des blessés.

Dans ce précis comme dans tous ceux faisant partie de cette collection, l'auteur, restant sur le terrain exclusivement pratique, n'a pas envisagé seulement les séquelles des plaies de guerre, mais aussi celles des accidents de travail en temps de paix, d'observation journalière.

TABLE DES MATIÈRES

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX. — *Les séquelles des fractures*

de guerre du maxillaire inférieur.—Séquelles liées à l'évolution même de la fracture. — Consolidation en position vicieuse. — Le traitement chirurgical des fractures consolidées en position vicieuse. —Le traitement chirurgical des fractures non consolidées. — De la greffe osseuse appliquée aux fractures mandibulaires. — Les déplacements d'ensemble. — 2. Séquelles indépendantes de l'évolution de la fracture. — A. Les accidents dentaires. — B. Les réveils de foyers septiques. — C. Les fistules ostéopathiques. — D. Les fistules par inclusions diverses. — E. Les fistules salivaires. — F. Le trismus.

Les séquelles des fractures de guerre du maxillaire supérieur.— 1. Les consolidations vicieuses. — 2. Les pseudarthroses. — 3. Les fistules par otéite ou par inclusions. — 4. Les perforations de la cloison bucco-nasale.

TRAITE DE PATHOLOGIE MEDICALE ET DE THERAPEUTIQUE APPLIQUEE, publié sous la direction de Emile Sergent, Professeur de Clinique Médicale Propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux et L. Babonneix, médecin des hôpitaux.

Tompe II. *APPAREIL RESPIRATOIRE*, premier volume, par Emile Sergent, d'Heucqueville, Bellin, Flurin, Courcoux, Armand-Delille. In-8, 1922, 55 fig. 20 fr.

Le *Traité de Pathologie médicale et de Thérapie appliquée* vient de faire paraître le premier des deux volumes qui seront consacrés à l'*Appareil Respiratoire* et qui sont présentés au lecteur par une introduction du Prof. Sergent. Dans cette Introduction, M. E. Sergent, après avoir tout d'abord montré que les recherches physiologiques et cliniques sur l'*Appareil Respiratoire* peuvent encore fournir un vaste champ d'études intéressantes et utiles, s'étonne que nombre de médecins les délaissent et se laissent trop facilement convaincre qu'on a tout dit sur l'*Appareil Respiratoire*, comme si les hommes pouvaient jamais s'imaginer qu'ils ont, sur un terrain quelconque, épuisé la somme des notions à découvrir!

M. Sergent insiste ensuite, et avec raison, sur le caractère pratique des articles contenus dans ce volume et qui ont pour but, non seulement d'étudier chacune des affections des voies respiratoires, prise en particulier, mais de montrer le retentissement réciproque des affections respiratoires sur les maladies des autres appareils, sur les maladies générales et les grands problèmes toxi-infectieux et, réciproquement, de ces diverses maladies sur le fonctionnement de l'*Appareil Respiratoire*.

Il convient de signaler une heureuse innovation, qui contribuera largement à assurer le succès de ce volume: un article d'ensemble a été consacré à l'*Insuffisance Respiratoire*, à l'*Education* et à la *Rééducation Respiratoires*. Ecrit par un des médecins qui, dans ces dernières années, se sont le plus intéressés à l'étude de cette si importante question, le Dr Heucqueville, cet article est illustré de nombreuses figures qui lui donnent un caractère particulièrement démonstratif.

Les *Maladies du Rhino-pharynx* et du *Larynx*, confiées à un de nos meilleurs spécialistes, le Dr Bellin, sont décrites, non pas pour les spécialistes, mais pour les médecins faisant de la médecine générale; il fallait toute la compétence expérimentée de l'auteur pour extraire l'ensemble des notions capitales, que nul ne peut ignorer.

Le Dr Flurin (de Caunterets) a écrit un article très clair, très complet, d'une judicieuse portée pratique, sur les *Maladies de la Trachée* et des *Bronches*. Il a su donner une bonne part aux considérations thérapeutiques et, particulièrement, aux indications des cures thermales.

Les *Maladies aiguës des Poumons* ont été confiées au Dr Courcoux et au Dr Armand-Delille, qui se les sont partagées. M. Courcoux a donné des *Congestions Pulmonaires*, de l'*Œdème du Poumon*, de l'*Apoplexie* et de l'*Embolie Pulmonaires*, une étude anatomo-clinique où s'affirment une fois de plus sa maîtrise et son talent. M. Armand-Delille a su rajeunir et rendre intéressante la description classique de la *Pneumonie*, de la *Broncho-Pneumonie* et de la *Gangrène Pulmonaire*.

Là s'arrête ce premier volume; le second volume sera consacré à l'étude des *Maladies Chroniques des Poumons*, des *Maladies de la Plèvre*, des *Grands Syndromes Médiastinaux*, des *Déformations Thoraciques*, des *Séquelles Médicales des Blessures de Poitrine* et des *Intoxications par les Gaz*.

Ces deux volumes ont leur place marquée dans la bibliothèque de tous les médecins.

LE COU — Anatomie Topographique — Les Aponévroses, Les Loges. Préface de M. le professeur Sebileau. In-8 Jésus, avec 70 figures et planches originales. Prix: 18 francs. Librairie Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris.

L'anatomie topographique du cou effraye les débutants. M. Truffert par ce livre leur en facilite l'étude.

M. le professeur Sebileau, dans la préface, dont il a honoré cet ouvrage, met en lumière le but de l'auteur qui, en appliquant au cou, les conceptions de MM. Farabeuf, Sebileau, Ombrédanne sur les aponévroses vasculaires, a voulu faire de ces aponévroses le lien entre des descriptions plus différentes par la forme que par le fond.

Cette tentative l'a conduit, en dernière analyse, à des interprétations nouvelles et simples, de l'*appareil suspenseur de la plèvre*, de la *loge parotidienne*, de la *loge sous-maxillaire*, des *ligaments de l'articulation temporo-maxillaire*.