

men antérieur. On fait une recherche de bacilles dans le suc gastrique; elle est positive: rares bacilles. Cure d'altitude.

24 Décembre 1937: Après plusieurs mois dans la montagne, il revient apyrétique. Poids: 21 kg. 250. Mêmes signes locaux. Cinquième radiographie: A notre grande surprise, nous constatons que le foyer de calcification de la partie interne de la région intraclaviculaire gauche se trouve réduit des deux tiers de ses dimensions primitives, sans que la densité des sels de chaux ait varié; il y a donc réduction manifeste des éléments calcifiés. Le foyer de réaction périfocale est aussi réduit et plus homogène. Les calcifications du foyer externe persistent.

5 Juillet 1938: Amélioration progressive. Il a toujours les symptômes de sclérose du lobule gauche, mais les râles et crépitations ont disparu. Poids: 23 kg. 800.

9 Septembre 1938: La mère nous raconte un fait curieux, qui vient nous expliquer ce que nous avions remarqué avec surprise dans la cinquième radiographie, c'est-à-dire l'élimination de nombreux éléments calcifiés. Il y a déjà quelque temps que le petit, qui n'a jamais eu d'expectoration, de temps à autre, après quelques légers accès de toux, sent venir dans la bouche des particules dures, comme des petites pierres.

Les parents ont cru d'abord qu'elles venaient d'une dent cariée. Pourtant, un dentiste, qui l'a observé avec beaucoup de soin, n'a découvert aucune dent cariée et affirme que les particules en question ne sont sûrement pas d'origine dentaire.

Il est évident que cette élimination ne peut venir que de la zone calcifiée du lobule supérieur gauche et constitue de petits pneumolithes que l'enfant a éliminés peu à peu dernièrement, presque sans toux, sans expectoration, sans hémoptysie, ni suf-

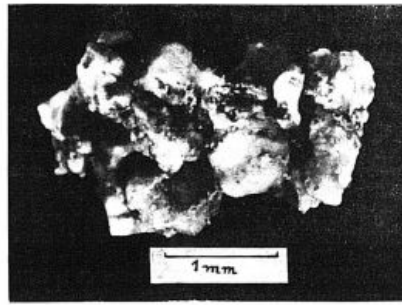


Fig. 2. — Microphotographie du plus grand des concrèments calcaires éliminés par l'enfant.

focations comme on pourrait se l'imaginer et comme on l'a décrit pour des cas de broncholites.

Une sixième radiographie nous montre que la réduction de volume et aussi de densité des calcifications s'est accentuée.

La réaction périfocale limitée à la partie juxta-

médiastinale est limitée extérieurement par une concavité séparée du foyer de calcification par une zone transparente. Les calcifications externes ne sont pas modifiées.

Pour bien étudier la zone de transparence mentionnée, nous avons fait faire une planigraphie. Le planigramme, passant par les lésions, montre que la zone transparente en question ne correspond à aucune excavation par perte de substance, mais bien à une partie de tissu moins dense.

Nous avons pu obtenir que la mère nous garde deux de ces concrèments ultérieurement éliminés.

La microphotographie (fig. 2) nous montre la forme et la surface irrégulièrement spiculée du plus grand.

L'autre, éliminé en Février 1939, a été envoyé au Professeur Wohlwill pour faire un examen anatomo-pathologique. Les masses calcifiées se présentaient, à l'examen microscopique, comme absolument amorphes, la périphérie étant plus facilement colorable par l'hématoxyline.

On n'a trouvé ni trabécules osseuses, donc aucune ossification hétérotopique, ni bacilles de Koch.

22 Mai 1939: Il n'y a plus eu d'élimination de pneumolithes depuis trois mois. Poids: 25 kg. 700. La sclérose se maintient sans signes d'activité. L'enfant n'a ni fièvre ni toux et mène une vie normale.

Quoique l'évolution de la maladie ait été plutôt bénigne, le pronostic est toujours, à notre avis, un peu incertain, vu la possibilité d'une réactivation au moment de la puberté.

### L'OVAIRE DE LINA MEDINA<sup>1</sup> (LA PLUS JEUNE MÈRE DU MONDE)

Au cours de l'opération césarienne pratiquée sur la petite Lina Medina, au terme de sa grossesse, un fragment d'ovaire fut prélevé par le chirurgien. L'étude histologique de ce fragment fut faite par M. Mori-Chavez et présentée par lui à l'Académie de Médecine de Lima. L'importance de cette étude est incontestable, car c'est la première fois que se présente, dans la science, une telle observation.

M. Chavez a trouvé une grande quantité de follicules primordiaux et follicules en évolution, à côté de nombreux follicules atresiques, avec certaines particularités dignes de mention, comme l'existence, sur la couche ovigène, d'ovocytes agminés, en groupes de deux, trois éléments, ou plus entourés par une seule enveloppe de cellules folliculeuses. Sur la même couche ovigène se trouve une formation minuscule de cellules épithéliales volumineuses arrondies ou ovales, avec cytoplasme abondant et noyau ovoïde central, qui ressemble, dans son ensemble, à un paraganglion. La vraie nature de ces éléments est discutable: par leur

riche vascularisation ils paraissent endocriniens; s'ils s'assimilent, comme le pense M. Chavez, aux cellules sympathicotropes de Berger, ou cellules du hile de l'ovaire (Neumann), ces cellules seraient en rapport avec la puberté et la grossesse, si précoces, de l'enfant-mère, car il paraît résulter des investigations systématiques de ces auteurs, que de tels éléments subissent une forte augmentation dans ces périodes d'activité génitale. Sur les follicules en développement, on cons-

tata des images de fusion de deux follicules, soit un petit follicule inclus, incrusté dans l'écorce du follicule plus grand. Ces images expliquent en plus l'inclusion de follicules de de Graaf en développement dans l'intérieur de follicules atresiques. Chavez a pu, de même, constater la persistance, dans les follicules atresiques, de cellules granuleuses dans des accumulations centrales qui paraissent conserver leur activité sécrétoire, indépendamment des cellules

d'origine thécale qui forment le corps atresique. Il a trouvé aussi un follicule bi-ovulé.

Le corps jaune de la grossesse présente les caractères régressifs normaux de la fin de la grossesse.

En conclusion: l'ovaire de Lina Medina présente les caractères de la pleine maturité; le développement et la disposition turbulente des processus folliculaires révèlent des effervescences actives, des follicules et, par suite, une impulsion hormonale qui justifie la rareté du cas. Cependant on ne peut préciser le *primum movens*, qui n'est pas dans l'ovaire lui-même, mais qu'il faut chercher dans l'interrelation hormonale probablement d'origine hypophysaire.

EDMUNDO ESCOBEL.

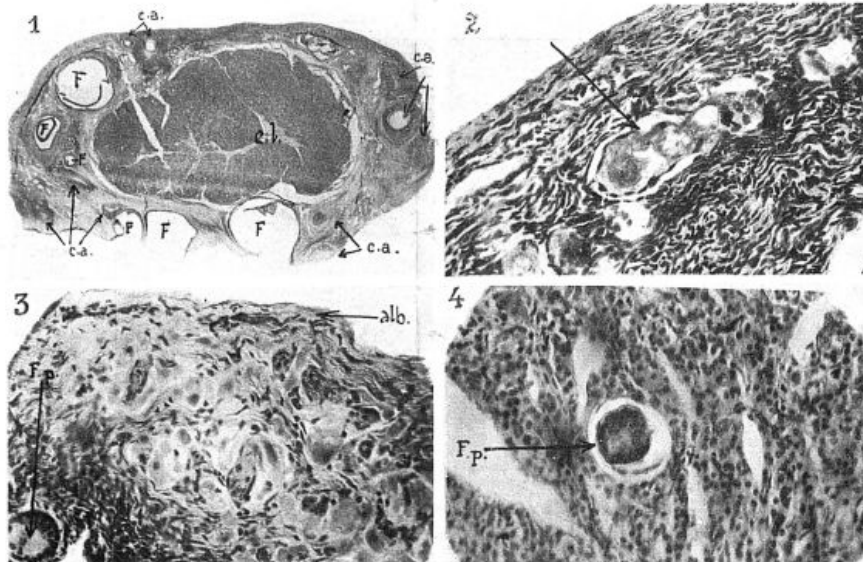


Fig. 1. Coupe de l'ovaire, comprenant le corps jaune de la grossesse, cl. Plusieurs follicules en développement, F., et des follicules atresiques, ca.

Fig. 2. — Zone ovigène de l'ovaire montrant des ovocytes agminés, entourés d'une seule enveloppe folliculeuse.

Fig. 3. — Immédiatement au-dessous de l'allbuginée, alb, on aperçoit une formation de stroma très vascularisée, constituée par des cellules claires volumineuses (paraganglion?).

Fig. 4. — Des cordons cellulaires d'un follicule atresique (prolifération thécale) qui ont emprisonné un petit follicule en développement, F.p.

1. Voir La Presse Médicale, n° 43, 31 Mai, 875.