

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LVI

MAI 1927

No 5

ANGINE DE POITRINE (TRAITEMENT (1))

Par

Camille LIAN,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecine de l'Hôpital Tenon,

et

André BLONDEL,

Interne en Médecine des Hôpitaux de Paris.

Le traitement de l'angine de poitrine est toujours à l'ordre du jour. A ce propos il nous paraît intéressant de mettre en relief une notion nouvelle pathogénique qui présente une répercussion importante sur la thérapeutique de ce syndrome si pénible et si grave.

On sait que divers auteurs comme Mackenzie, Pal, Vaquez, Rist, Lian, Aubertin (1) ont noté l'existence fréquente d'une élévation de la pression artérielle pendant la crise d'angor. Tout d'abord l'opinion admise fut que la poussée hypertensive se produisait avant la crise d'angor, et était alors la cause de l'accès angineux.

Lian (1) a adopté une autre interprétation. "Certes, écrit-il, une poussée d'hypertension peut provoquer une crise d'angor pectoris. Toutefois je suis persuadé que dans les cas que j'ai observés, l'hypertension artérielle constatée pendant la crise était la conséquence de l'accès d'angor. Le violent ébranlement du plexus cardiaque, dont l'angor pectoris est l'expression, entraîne à mon avis un réflexe vasoconstricteur commandant l'apparition d'une hypertension paroxys-

(1) Extrait de l'*Année médicale. Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial, et questions prof.) — 25% de réduction aux souscripteurs. Envoyer avant le 15 mars 24 frs. à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e). Comptes chèques postaux 712-04.

(1) Voir bibliographie in Aubertin, *Soc. med. Hop. Paris*, 8 févr. 1924, p. 136.

(2) *Id.*, discussion de la communication d'Aubertin.

tique ou exacerbant brutalement une hypertension préexistante. Dans ces conditions, il se produirait dans la crise d'angor, que je considère comme due souvent à une brutale distension cardio-aortique, un véritable cercle vicieux. Cela contribuerait à expliquer la gravité de la crise d'angor, qui ne va pouvoir se dénouer que si l'organisme réussit à déclancher une influence vaso-motrice de sens inverse."

Ainsi donc, dans l'angor d'effort, la disproportion entre le travail demandé au cœur et sa capacité dynamique provoque une perturbation myocardique qui excite le plexus cardiaque et en outre engendre un réflexe hypertenseur, d'où accroissement subit du surmenage déjà imposé au cœur et de la souffrance du plexus cardiaque qui en est l'expression clinique, d'où par conséquent production d'un véritable cercle vicieux, plaçant le cœur dans la tragique et douloureuse impasse qu'est la crise angineuse.

Cette interprétation aide à expliquer le fait connu depuis longtemps qu'en général l'angine de poitrine disparaît lorsque les accidents cardiaques sont arrivés au stade de l'asystolie. En effet la crise angineuse est la conséquence de la lutte du cœur contre la crise vaso-constrictive déclanchée par le stade tout initial de l'accès angineux. Or un cœur très dilaté et épuisé ne lutte plus.

Cette interprétation de Lian vient d'être confirmée par Danielopolu (3) attribuant l'angor pectoris à la fatigue du cœur, il pense que l'auto-intoxication du myocarde fatigué provoque un réflexe presseur (vaso-constricteur et hypertenseur) qui augmente la fatigue cardiaque et crée ainsi un cercle vicieux.

Applications thérapeutiques médicales

Les notions précitées incitent à modérer l'hyperexcitabilité nerveuse des malades atteints d'angor pectoris.

D'ailleurs on connaît déjà les bons effets produits sur la crise d'angor pectoris par l'injection de *morphine*. De même, la dragée de trinitrine formulée par le professeur Vaquez, comporte un peu d'*héroïne*.

Mais il est mieux encore de prescrire des médicaments anti-spasmodiques, pour chercher à espacer la répétition des accès angineux.

Ainsi nous ordonnons volontiers: le *benzoate de benzyle* (solution à 20 p. 100, LX à XC gouttes par jour en 3 fois pendant une

(3) *Presse Méd.*, 11 septembre 1926.

semaine), la mixture à parties égales de *teinture de belladone et de jusquiame* (XLV à LX gouttes par jour en 3 fois), le *sulfate d'atropine* à la dose de 1 milligramme par jour, les injections sous-cutanées de *nitrite de soude* (2 centimètres cubes d'une solution à 2 centigrammes par centimètre cube, injections d'abord quotidiennes puis tri-hebdomadaires), de solutions injectables d'*extrait de gui*. Dans le même groupe de médicaments rentrent également la *papavérine* (4) (3 à 6 pilules de 5 centigrammes par jour), le *gardéнал* (5) (2 à 3 comprimés de 5 centigrammes par jour).

De même la diathermie précordiale trans-thoracique que C. Lian et P. Descoust (6) ont préconisée agit pour une part en modérant l'excitabilité du plexus cardiaque.

Toutes ces médications destinées à calmer l'hyperexcitabilité sympathique, facteur important même dans les angors graves, gagneront à être alternées avec des périodes de médication cardiodynamique (digitale) et diurétique (théobromine) et à être prescrites conjointement avec un régime approprié, hypoazoté ou hypochloruré, sans oublier la cure d'amaigrissement dont les bons effets sont souvent remarquables chez tous les angineux ayant un fort embonpoint.

Applications thérapeutiques chirurgicales

M. Danielopolu considère que la sympathectomie faite au-dessus du ganglion cervical inférieur, et la section du nerf vertébral et des ramicommutantes faite à ce même niveau agissent chez les angineux en supprimant les filets centrifuges qui conduisent l'incitation sensitive, point de départ du réflexe hypertenseur.

La sympathectomie cervicale reste toujours à l'ordre du jour dans le traitement de l'angine de poitrine. Récemment Bacaloglu a rapporté deux succès. Par contre en France on compte surtout des échecs comme cela résulte d'une discussion de la Société médicale des Hôpitaux de Paris à laquelle ont pris part les professeurs Sicard et Vaquez, ainsi que Laubry et Donzelot.

Néanmoins cette thérapeutique chirurgicale a donné assez de succès pour qu'on puisse y recourir, après échec d'un traitement médical longtemps prolongé.

(4) *Année Méd. Prat.*, 3e année 1924, p. 279.

(5) *Id.*, 4e année 1925, p. 28.

(6) *Id.*, 5e année 1926, p. 25.

IDENTIFICATION DE DOUILLES ET DE BÂLLES AVEC UN AUTOMATIQUE

Par WILFRID DEROME,
*Professeur de Médecine légale et de Toxicologie
à l'Université de Montréal,
Directeur du Laboratoire de Médecine légale et de
Police technique,
Médecin légiste de l'Université de Paris.*

Le 8 septembre 1924, vers 9 hres p.m., un restaurateur du nom de F. X. B., âgé de 33 ans, était blessé à mort par une balle tirée par des bandits, au nombre de trois, qui avaient fait irruption dans son établissement situé Chemin LaSalle. La victime meurt presque immédiatement sans proférer aucune parole, et personne, pas même sa femme qui était dans la pièce voisine, n'eut le temps de prendre un signalement quelconque des intrus.

Le cadavre est envoyé à la Morgue où l'autopsie eut lieu dans la matinée du lendemain. Elle laissait voir comme seule marque de violence une blessure par un projectile dont l'orifice d'entrée était située juste au niveau de l'insertion sur le sternum de la première côte droite. Autour de cet orifice, sur les vêtements ou sur les chairs, aucune trace de fumée, aucun tatouage par la poudre, aucune brûlure. La zone de contusion ou d'essuyage était bien centrée. Le trajet se poursuivait de haut en bas, à travers le poumon droit jusqu'au dixième espace intercostal droit où était logée la balle. Une hémorrhagie abondante s'était produite dans la cavité pleurale droite. L'estomac était rempli d'aliments à peine digérés. Il n'y aucune modification pathologique récente des organes. Bref, la mort était la conséquence manifeste d'une blessure faite par une arme à feu et le coup avait été tiré à quelque distance.

Dans l'intervalle, les policiers avait eu le temps de visiter le lieu du crime, et, le même jour, ils me remettaient trois douilles et deux balles ramassées par terre près du comptoir du restaurant.

J'étais donc, à ce moment, en possession de trois balles, y compris la balle extraite du cadavre, et de trois douilles. Mon premier soin fut d'établir si ces trois projectiles avaient été tirés par la même arme ou par des armes différentes, et quel était le type d'arme utilisé. Pour cela, il me fallait faire un examen comparatif des trois balles entre elles et des trois douilles entre elles afin de mettre en évidence les éléments d'identité ou de non-identité des unes

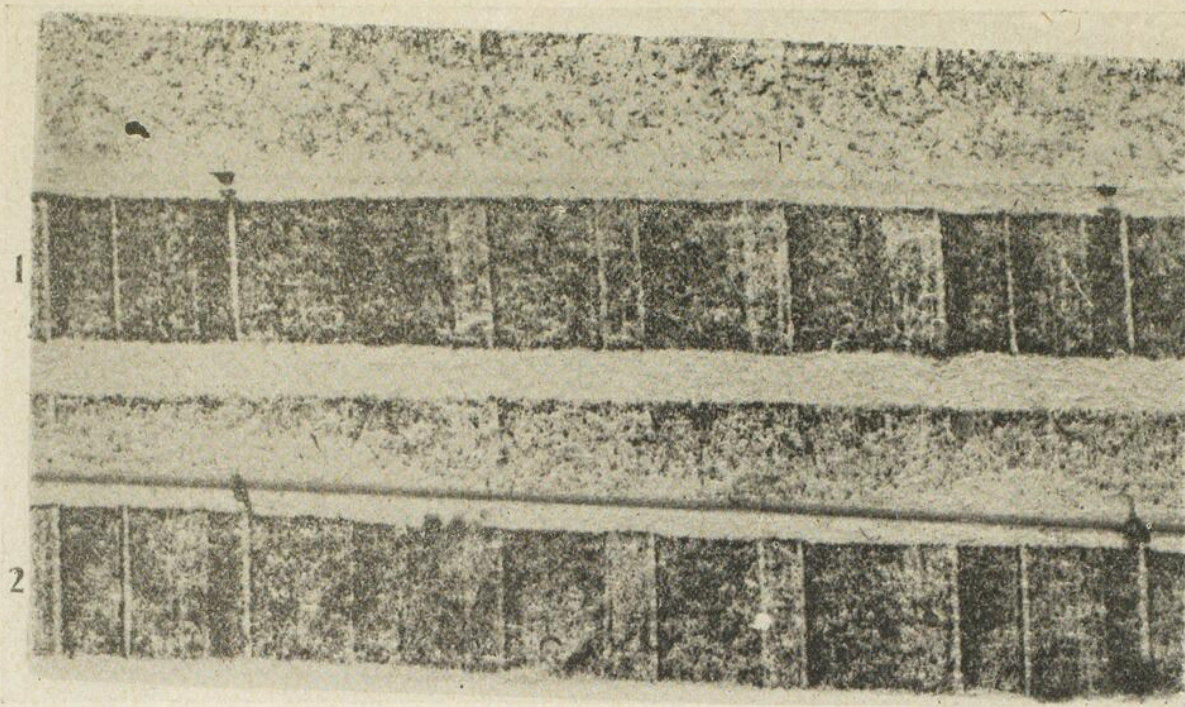


Photo. I.—d'un tracé sur papier-carbone de:
1° Balle meurtrière;
2° Balle non-déformée trouvée sur le lieu du meurtre de F. X. B.

et des autres. Ce sont ces éléments que nous allons ensemble passer en revue, me défendant de vouloir faire ici un cours sur la balistique, mais désirant seulement exposer la preuve sans plus d'explications que celles nécessaires à la parfaite compréhension des affirmations que je vais faire, des conclusions qui vont être tirées.

Commençons par les balles.

1° La forme générale de celles-ci était la même, sauf la déformation de l'une d'elles sur un objet extérieur ainsi que l'on peut voir sur la photographie; mais cette forme n'a pas une grande valeur identificatrice, attendu que toutes les balles utilisées dans les armes rayées modernes ont cette forme cylindro-conique, pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer.

2° La constitution des trois balles était la même: noyau en plomb entièrement recouvert d'une enveloppe (chemise) faite d'un métal plus dur (maillechort). Cette chemise sert à protéger le plomb, à empêcher sa déformation dans le tir dépassant une vitesse initiale de 450 mètres à la seconde. Elle recouvre parfois incomplètement la balle à son extrémité antérieure et alors cette balle devient moins pénétrante mais plus meurtrière à cause de la déformation facile qu'elle subit au contact des objets.

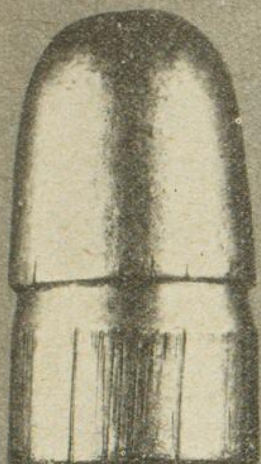
3° Le poids des trois balles était le même: 3 grs 26 — à un centigramme près.

4° Le calibre des trois balles, mesuré, ainsi qu'il doit l'être toujours, dans la profondeur des rayures, était de 6 mm. 35 ou 25/100 de pouce. Le calibre ainsi mesuré correspond exactement à celui du canon de l'arme utilisée, le calibre d'un canon devant toujours être mesuré sur les pleins entre les rayures.

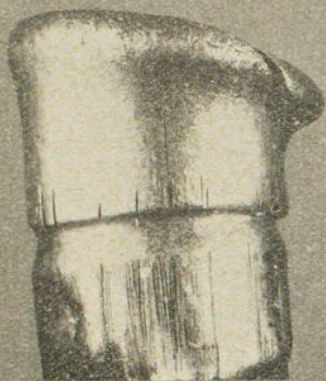
5° Les rayures sur les trois balles étaient en même nombre: 6; elles avaient la même profondeur, la même largeur, la même direction, ainsi qu'on peut voir sur la photographie I du tracé sur papier-carbone. La même concordance existait dans les cloisons (ou pleins entre les rayures) au point de vue de la hauteur, de la largeur et de la direction.

6° Les marques particulières sur les trois balles étaient les mêmes. Elles consistaient en deux stries parallèles, situées sur deux cloisons voisines, à la même distance l'une de l'autre et de la rayure normale intermédiaire, ainsi que le démontrent les photographies II et III.

Il y a deux façons d'illustrer les marques normales ou particulières qui se voient au microscope à la surface d'une balle tirée.



1
Balle meurtrière

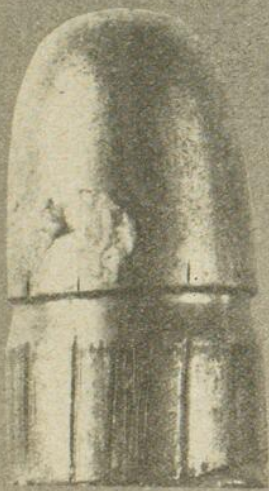


2
Balle déformée du lieu du
meurtre.



3
Balle extraite du pied de
Donald G...

Photo II



Balle meurtrière

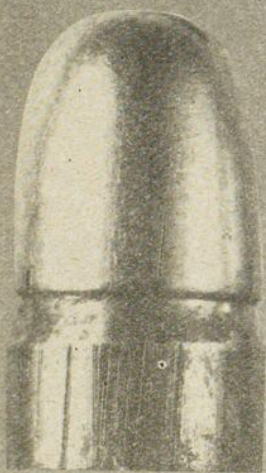
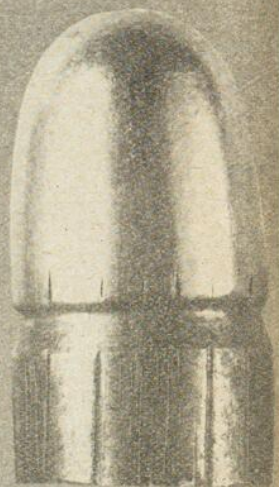


Photo III
Balle non-déformée du lieu
du meurtre



Balle tirée avec l'arme
suspecte

a) Le procédé par le tracé, très simple et très démonstratif lorsque la balle n'est pas déformée.

b) Le procédé par la photographie, le seul possible s'il y a déformation de la balle sur les objets extérieurs.

Voilà les éléments d'identité que nous avons relevés sur les balles seules. Tous n'ont pas la même importance; mais tous concourent à éliminer progressivement toutes les armes possibles sauf une que nous désignerons tout à l'heure.

Passons maintenant aux douilles :

1° La forme générale des trois douilles était la même: forme cylindrique dans toute leur longueur et présence d'une gorge à la périphérie près du culot. La forme a ici une grande importance parce qu'elle permet d'éliminer toutes les armes munies d'un barillet (type revolver). La gorge sert au crochet de l'éjecteur automatique qui, par elle, se saisit de la douille tirée et la projette au dehors au moment du tir, laissant ainsi sur le lieu du crime, à chaque coup de feu, un indice précieux du type d'arme utilisé.

2° Le calibre des trois douilles était le même et concordait avec celui des balles examinées.

3° L'inscription suivante: F. N. (Fabrique Nationale, Herstal, Belgique) existait sur le culot des trois douilles, indiquant leur origine identique.

4° La dépression faite par le percuteur sur la capsule avait la même forme et la même profondeur sur les trois douilles.

5° Des marques particulières, identiques en nombre (10), en forme et en position réciproque, existaient sur le culot des trois douilles ainsi qu'on peut voir sur la photographie IV.

Cette déduction peut paraître superflue. Mais n'a-t-on pas entendu récemment, dans une affaire analogue et désormais célèbre, un expert américain soutenir fermement que les trois balles (25) automatiques, semblables en tous points, extraites d'un cadavre — parmi les six qui avaient été tirées dans un rayon de sept à huit pouces — étaient sorties d'autant d'unités différentes, impliquant par là trois et peut-être six meurtriers différents.

A cette remarque, j'ajouterai qu'en Police Technique, comme en toute autre matière, l'hypothèse la plus simple a toujours le plus de chance d'être la meilleure.

3° Que cette arme ne pouvait être autre qu'un pistolet automatique, de calibre 25.

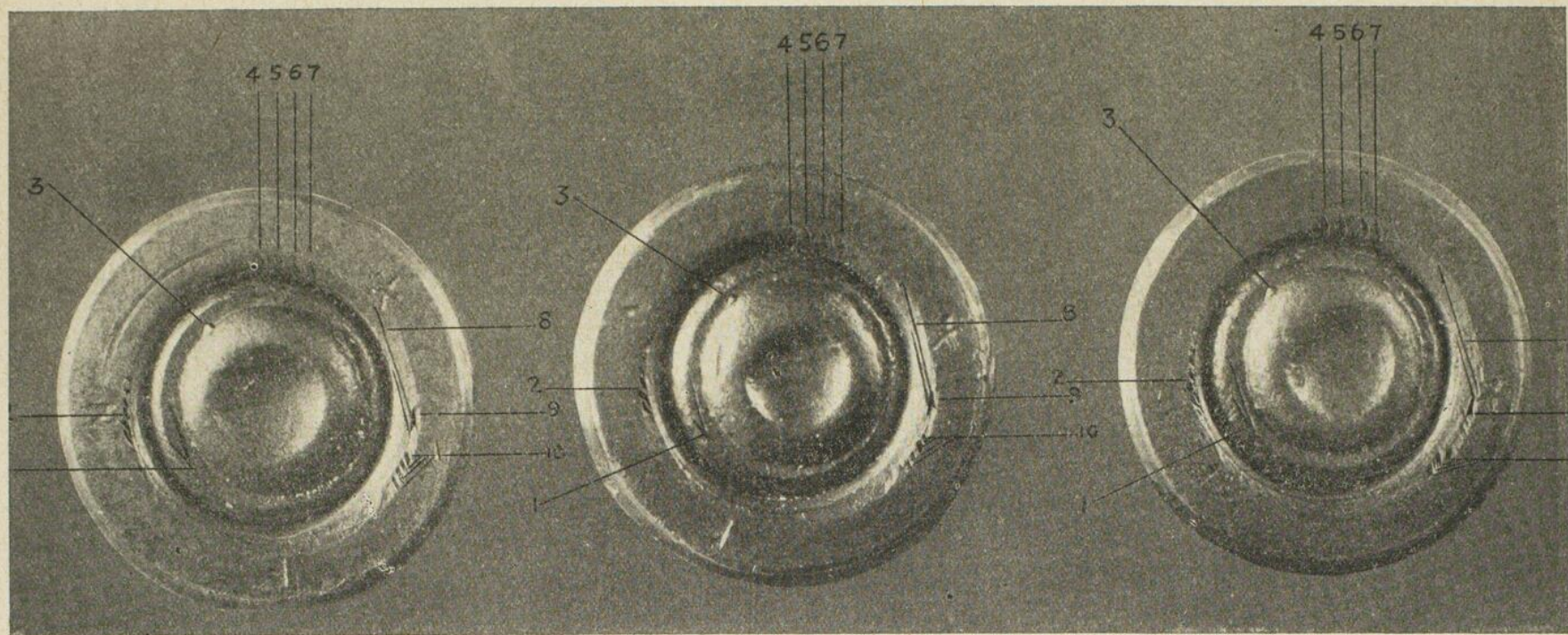


Photo IV — du culot de trois douilles:
1° Douille du lieu du meurtre;
2° Douille trouvée à l'endroit où fut blessé Donald G...
3° Douille d'une cartouche tirée avec l'arme suspecte.

De ces constatations faites tant sur les balles que sur les douilles, il nous était possible de faire les trois déductions suivantes :

1° Que, manifestement, trois coups avaient été tirés, ce qui éliminait l'accident.

2° Que ces trois coups avaient été tirés par la même arme.

Deux jours s'étaient écoulés et les policiers, munis de peu de renseignements, ne savaient encore de quel côté pousser leurs recherches, lorsqu'un incident, apparemment étranger au meurtre en question, fut porté à la connaissance de la Sûreté. Il s'agissait d'un jeune homme du nom de Donald G... qui, dans la soirée du 7 septembre — par conséquent le soir ayant précédé le meurtre — se promenait à pied, en compagnie de sa fiancée, sur la route ombrée du Chemin Lasalle, lorsque soudain il fut blessé au pied par une balle tirée par des individus qui filaient à grande allure en automobile. Ni la victime ni sa compagne n'eurent le temps de prendre un signalement quelconque des individus ou de la voiture. Le jeune homme, transporté à l'hôpital Victoria, avait été opéré d'urgence et, dès le 10 septembre, l'on me remettait la balle extraite de son pied. J'examinai la nouvelle venue et mon examen m'amena bientôt à la comparer avec les trois impliquées dans le meurtre de F. X. B., dont tous les détails m'étaient encore présents à la mémoire.

Après avoir noté sa forme générale et sa constitution, je déterminai le poids par la balance de précision, je mesurai le calibre au moyen du pied à coulisse, je comptai les rayures, je déterminai leur profondeur et leur largeur au 1/100 de mm. près, au moyen du micromètre, je mesurai enfin leur angle de déviation. Restaient les marques particulières qui, comme je l'ai dit ci-dessus, sont des éléments d'identification de la plus haute importance. Je les scrutai avec mon microscope, appréciant leur forme — si tant est qu'on peut attribuer une forme à des marques si petites — et surtout leur position réciproque (voir photo V, micro-sphéromètre), afin de faire ressortir de toutes manières les analogies qui constituent seules la base de l'identification. Les minimes différences — car il en existe toujours — ne pouvant entrer en ligne de compte, d'après un principe bien établi en sciences appliquées.

Comme résultat de cette comparaison, je trouvai une identité complète de cette balle extraite du pied de D. G. avec les trois balles impliquées dans le meurtre de F. X. B., ainsi que l'on s'en rendra compte, par la photographie II, qui montre ensemble la balle

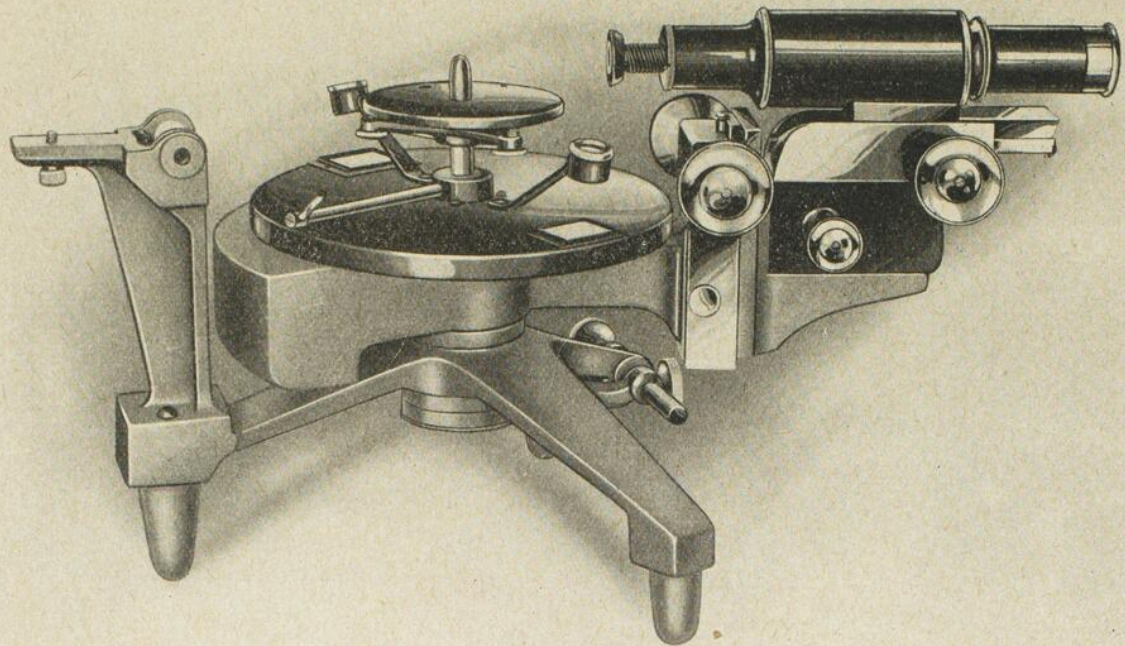


Photo V

Micro-sphéromètre servant à localiser la position réciproque des marques à la surface des balles tirées. Cet appareil a été construit d'après nos données par la Maison Spencer.

meurtrière, une balle du lieu du meurtre, la balle du pied de D. G.

Ces constatations étaient de nature à me laisser croire que la même arme avait servi à tuer F. X. B. et à tenter de tuer D. G., et que, par conséquent, le même malfaiteur était en cause. Je fis part de mes impressions aux détectives qui ne me cachèrent pas leur surprise, ni leur scepticisme. Songeant alors au moyen d'affermir ma preuve, je me souvins du fait que si l'arme qui avait servi à blesser D. G. était automatique, elle avait dû laisser tomber une douille au moment du tir. Aussi j'engageai les détectives à aller fouiller la route où D. G. avait été blessé, dans l'espoir qu'ils y trouveraient la douille échappée de l'arme du malfaiteur. Après toute une journée de patientes recherches dans les broussailles, ces courageux officiers m'apportaient la précieuse petite douille que je m'empressai d'examiner et que je trouvai en tous points identique à celles impliquées dans l'affaire du meurtre: même fabrique, même calibre 25 automatique, même forme générale, même marque ronde du percuteur sur la capsule de fulminate, même profondeur de cette marque, enfin même nombre de particularités qu'illustre mieux que la meilleure description la photographie IV.

A ce moment, il n'y avait plus guère de doute dans mon esprit que l'arme qui avait servi à tuer F. X. B. et à blesser Donald G... était la même. Je ne souhaitais plus qu'une chose: mettre la main sur l'arme capable de marquer douilles et balles de cette façon caractéristique. Et malheur à celui en possession de qui une telle arme allait être trouvée.

Des jours, des semaines même s'écoulèrent, lorsqu'enfin, vers le 3 octobre, un événement survint qui devait me faire entrer en possession de l'arme désirée. Voici les faits: Un agent de la police des routes était, ce jour-là, en devoir sur le Chemin de la Longue-Pointe, lorsque soudain il remarqua des jeunes gens qui, montés dans une automobile Ford, dépassaient la vitesse permise. Il donna après et les somma d'arrêter en déchargeant à deux ou trois reprises son arme, en l'air; mais les infracteurs ne tiennent aucun compte des avertissements et augmentent de vitesse. Bien plus, à un moment donné, l'un d'eux tente de tirer sur le policier qui suit de près, mais apparemment l'arme ne veut pas fonctionner et aussitôt elle est lancée dans un champ bordant la route. Enfin le chauffeur, énervé, perd le contrôle de sa machine et finit par s'écraser sur un obstacle où l'arrestation de toute la bande fut opérée à la pointe du revolver.

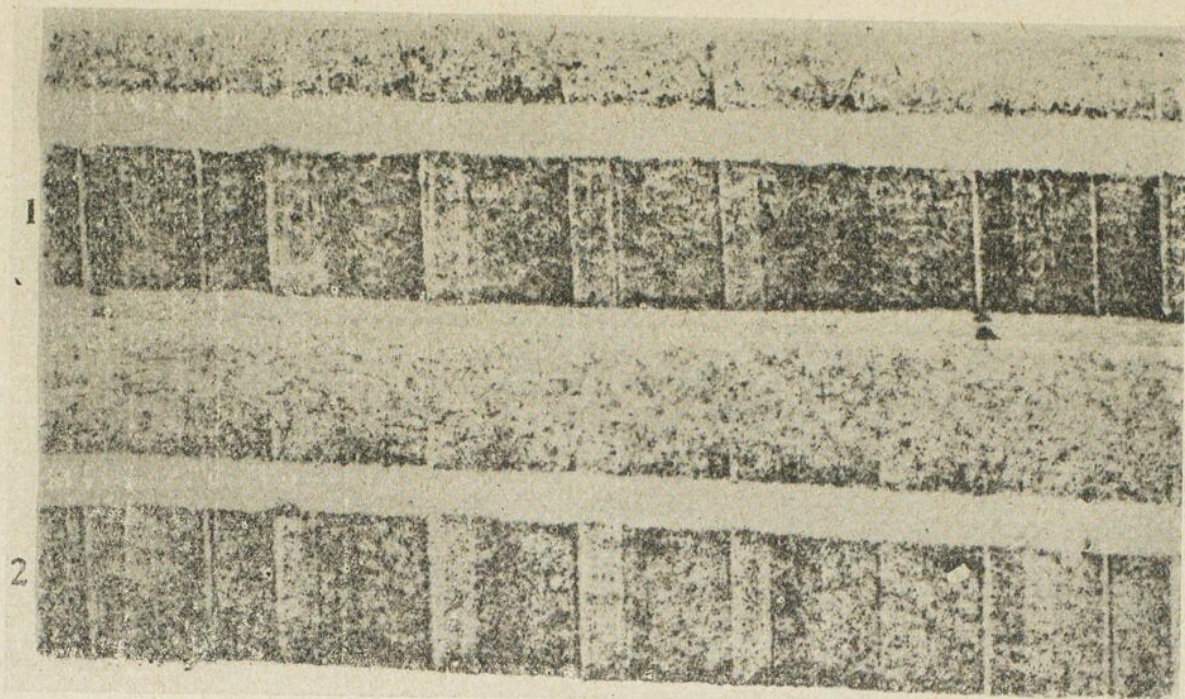


Photo VI — d'un tracé sur papier-carbone de :
1° Balle meurtrière;
2° Balle tirée avec l'arme suspecte.

Le policier alla ramasser l'arme que venaient de jeter les malfaiteurs et il trouva sur eux deux chargeurs de pistolet automatique remplis de cartouches, puis un étui en contenant vingt-neuf autres semblables. Toutes, elles s'adaptaient à l'arme dont ils avaient voulu un peu tard se débarrasser. Arme et cartouches me furent remises pour étude. Ces dernières étaient toutes de Fabrique Nationale et de calibre 25 automatique. L'arme était un pistolet automatique, de calibre 25, tout noir avec poignée en ébène. Enfin il portait le numéro de série 472, et l'inscription suivante: "Self" D. G. Cie.

J'eus de nouveau, comme on peut bien le penser, la curiosité de rechercher les marques normales et particulières que pouvait laisser cette arme tant sur les douilles que sur les balles. A cette fin, je tirai deux ou trois projectile et, après avoir examiné séparément chaque douille et chaque balle, je fus fort étonné de retrouver sur chacune d'elles les mêmes marques normales et particulières déjà relevées, environ un mois auparavant, sur douilles et balles impliquées tant dans le meurtre de F. X. B. que dans l'affaire de Donald G... Le photographie VI, d'un tracé sur papier-carbone de la balle meurtrière et d'une des balles tirées par nous avec l'arme suspecte, illustre assez clairement mes constatations. D'autre part, la photographie III des mêmes balles n'est pas moins démonstrative. Enfin la photographie IV des douilles laisse voir les mêmes caractéristiques déjà relevées sur celles impliquées dans le meurtre de F. X. B. et dans la tentative de meurtre de Donald G...

La conclusion à tirer de ces faits, laquelle vous apercevez déjà sans doute, me paraissait d'une gravité telle que je crus devoir épuiser toutes les recherches possibles, désirant ainsi repousser dans mon esprit jusque dans le domaine du rêve le chiffre des probabilités d'erreur. J'expérimentai donc avec le plus grand nombre d'armes du même type (calibre 25 automatique) que je pus me procurer: Bayard, Browning, Leutsche Weck Erfurt, Haenel suhl Schmersser's patent, etc., scrutant chaque fois avec le plus grand soin douilles et balles des touches (de Fabrique Nationale) utilisées. Or avec aucune d'elles il n'a été possible de reproduire un pareil ensemble de marques normales et particulières.

Et maintenant la conclusion de toutes ces constatations? Car il faut avoir le courage de la formuler, quelle que soit la responsabilité qui pèsera sur la conscience de celui qui la formule. Quelles qu'en

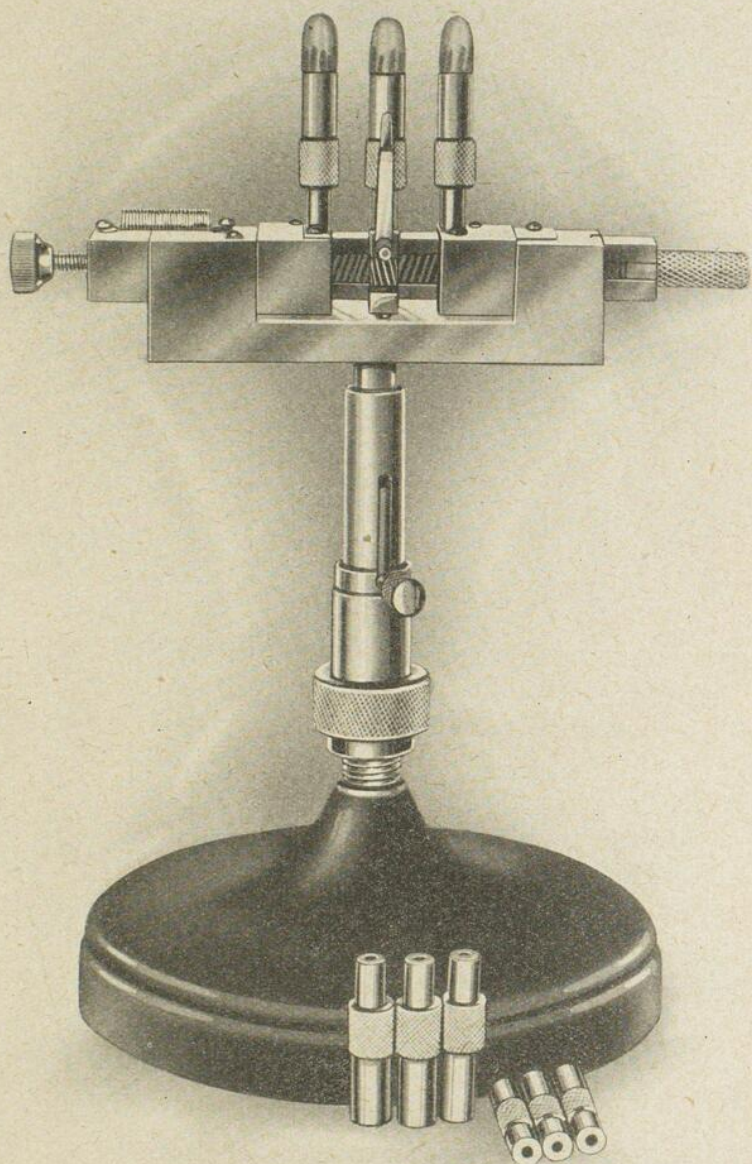


Photo VII

Porte-balles permettant une mise au point rapide devant l'objectif photographique. Cet appareil a été construit à Montréal d'après nos données.

soient les conséquences pour le possesseur de l'arme. Elle est ici très précise.

L'arme automatique, calibre 25, portant l'inscription "Self D. G. Cie" et le numéro de série 472, est celle qui a été utilisée pour tenter de tuer D. G. le 7 septembre au soir, et pour assassiner F. X. B. le soir suivant.

Laissez-moi ajouter immédiatement que cette conclusion ne pèse plus, heureusement, sur ma conscience pour la bonne raison que, quelques jours avant leur procès pour meurtre, l'un des accusés, le vrai propriétaire de l'arme, confessait son ou mieux ses crimes, confirmant en tous points le résultat de mes recherches techniques.

La procès n'a pas donné lieu à beaucoup de sensation parce que c'étaient de pauvres misérables sans fortune et sans position sociale intéressante. Le possesseur de l'arme reçut la sentence de mort, sentence qui fut commuée plus tard en emprisonnement à vie en considération de son déséquilibre mental; ses complices reçurent immédiatement une condamnation à vie. Tous les trois purgent actuellement leur sentence au pénitencier Saint-Vincent-de-Paul.

Voilà, sobrement exposés, les faits qui m'ont paru intéressants à connaître, parce qu'ils illustrent bien le genre de travail que nous accomplissons au "Laboratoire de Médecine Légale et de Police Technique". Ils sont un exemple frappant du concours précieux que peut apporter la science à la découverte du crime.

Les criminels, en effet, sont devenus si habiles, si scientifiques, peut-on dire, dans l'exécution de leurs crimes, que toutes les ressources de la science doivent être mises en œuvre pour les atteindre. Leur audace et leur cynisme s'accroissent, à Montréal au moins, dans des proportions telles qu'il importe de leur opposer une police méthodiquement dirigée, assistée de techniciens expérimentés. Pour me servir d'une parole d'un criminologiste anglais: "A scientist must be set to catch a scientist".

UN CAS DE SARCOME MELANIQUE PRIMITIF DU LIMBE SCLERO-CORNEEN

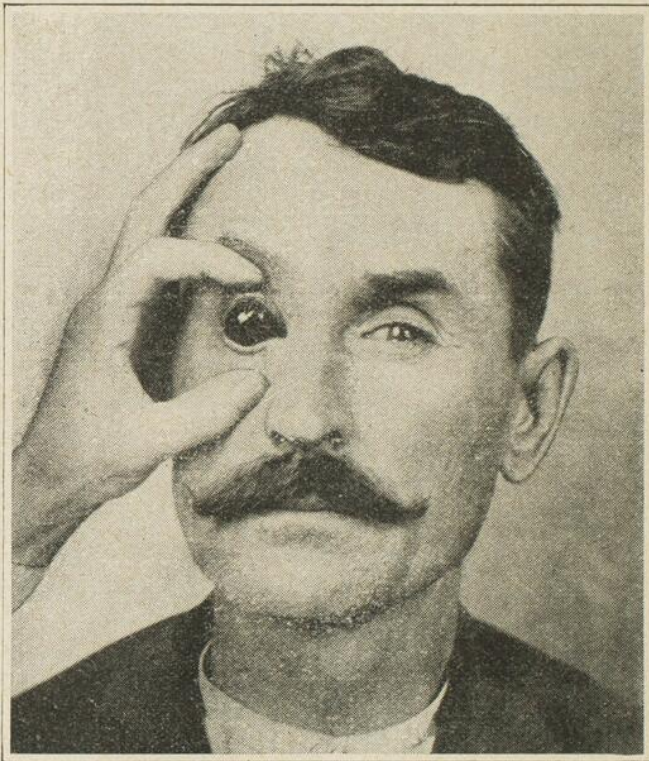
*Par le Docteur J. N. ROY, F.A.C.S.,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Médecin de l'Institut du Radium,
Lauréat de l'Académie de Médecine de France.*

Les tumeurs malignes primitives épibulbaires représentent une classe d'affections oculaires très rares, et sont généralement des épithéliomas. Comme les sarcomes, dans cette variété de néoplasie, sont encore moins souvent observés, nous croyons doublement intéressant de publier le cas d'un malade que nous avons opéré pour un mélano-sarcome du limbe scléro-cornéen, et dont voici rapidement l'histoire.

Observation. Le 16 mars 1909, M. E. P., âgé de 37 ans, vient nous consulter pour une tumeur de l'œil droit. Il raconte qu'en janvier 1904, alors qu'il travaillait dans une mine, une explosion s'étant produite, il reçut, dans cet œil, une petite pierre. Ce corps étranger fut immédiatement enlevé par un médecin, et la plaie superficielle, qui se trouvait près du limbe scléro-cornéen, dans sa partie supéro-externe, guérit dans l'espace d'un mois. Pendant ce laps de temps, il n'y eut aucune complication du côté de l'iris, de la cornée, ou d'autres parties de l'œil, et à part un peu de larmolement et de photophobie, la vision ne fut pas affectée. En mars 1908, il remarqua un peu de rougeur et de sécrétions conjonctivales, et ces symptômes allèrent toujours en augmentant. Deux mois plus tard, il vit une petite tache brunâtre et saillante sur la cicatrice de son ancien traumatisme. Dans la suite cette tumeur se développa assez rapidement jusqu'au point d'atteindre un volume considérable, étant donné cette partie de l'organisme. A part une légère sensation de chaleur, le malade n'eut jamais de douleur, ni d'hémorragie. La vision disparut lentement, avec le développement du néoplasme. Jusqu'à l'époque du traumatisme, le patient n'avait jamais souffert des yeux. Il n'y a absolument rien d'intéressant à noter au point de vue de ses antécédents personnels et héréditaires, et aucun cas de cancer n'a été observé dans sa famille.

A l'examen de l'œil, nous constatons une tumeur noirâtre, bourgeonnante et sanieuse, recouvrant la cornée en totalité. Cette

tumeur, qui est friable, saigne facilement. Après instillation de cocaïne, nous voyons, en nous servant d'une spatule, que le néoplasme est limité au limbe scléro-cornéen, et qu'il envahit la conjonction oculaire dans sa partie supéro-externe. Son diamètre horizontal est d'environ $2\frac{1}{2}$ centimètres, le vertical de 2 centimètres, et son épaisseur est de $1\frac{1}{2}$ centimètre. Sa base d'implantation a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les vaisseaux de la conjonctive, partant du cul-de-sac supérieur pour se rendre à la tumeur, sont dilatés et tortueux. Il s'écoule de cet œil, qui n'est pas douloureux, une sécrétion séro-sanguinolente.



La cornée, qui n'est pas infiltrée, présente simplement une légère desquamation de son épithélium. Elle a conservé toute sa sensibilité.

La chambre antérieure est normale.

L'iris réagit bien à la lumière, et se laisse facilement dilater par les mydriatiques.

Après avoir repoussé la tumeur vers le cantus externe, la vision est très bonne.

La tension oculaire n'est pas augmentée.

Etant donné le volume du néoplasme, il est pratiquement impossible de faire l'examen du fond de l'œil.

Les mouvements du globe sont un peu entravés par la tumeur qui a pris une solide adhérence aux tissus sous-jacents, et qui maintient l'orifice palpébral largement ouvert.

Les paupières n'ont pas cet aspect œdémateux que l'on observe généralement lorsqu'un sarcome mélanique de l'œil est extériorisé.

Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions pré-auriculaires et sous-maxillaires.

Il n'existe, dans aucun organe, une manifestation de métastase, et l'état général est très bon.

L'œil gauche est normal, et sa vision est excellente après correction d'une dioptrie d'hypermétropie.

Rien d'intéressant à noter du côté du nez et de la gorge.

En présence de ce néoplasme que, d'après notre expérience personnelle, nous diagnostiquons sarcome mélanique, il nous restait à faire le choix du traitement. Chez ce malade, nous n'avons pas cru devoir recourir à la biopsie pour confirmer le diagnostic clinique, vu la friabilité de la tumeur, sa tendance à l'hémorragie, son développement plutôt rapide, les taches de pigment sur la conjonctive oculaire, et surtout les dangers d'ensemencement. De plus, en supposant que le microscope eût révélé la présence de cellules épithéliales, le traitement eût été le même. Avec les radiations, nous aurions eu un résultat problématique, et la dose nécessaire dans ce cas, aurait peut-être exposé l'œil à des réactions susceptibles de faire perdre partiellement ou totalement la vision. L'ablation de la tumeur aurait pu être faite localement par la méthode sanglante, suivie d'un curettage, ou de cautérisations de sa base d'implantation, ou encore à l'aide de l'action thermique d'instruments électriques. Toutefois, étant donné le développement considérable du néoplasme, le diamètre de son pédicule, et son adhérence aux tissus sous-jacents, nous n'avons pas voulu choisir un de ces deux derniers procédés. D'ailleurs Verhoeff et Loring disent que 80% des cancers épibulbaires enlevés localement récidivent, et qu'il faut ensuite recourir à l'énucléation. Et chez notre malade il ne faut pas oublier que les chances de succès auraient été d'autant moindres qu'il existait des îlots de pigment sur la conjonctive oculaire avoisinant la partie supérieure du néoplasme. Aussi, comme il est admis que de toutes les tumeurs malignes de l'œil, le mélano-sarcome est le plus grave, nous conseillons donc immédiatement l'ablation du globe. Nous expliquons de plus la nécessité qu'il y aurait peut-être de faire l'exentération de l'orbite

si, au début de l'intervention, il était trouvé des plaques de mélanose dans les culs-de-sac des paupières. L'énucléation étant acceptée, est fixée au 23 mars.

Opération. — Après anesthésie au chloroforme, et aseptie du champ opératoire, nous incisons le cantus externe pour nous permettre de mieux voir la lésion à traiter. Dans nos manœuvres nous apportons un grand soin pour ne pas faire d'ensemencement de cellules sarcomateuses. Ayant retourné la paupière inférieure, nous constatons que cette région est dans un état normal. Quant à la conjonctive oculaire recouverte par la paupière supérieure, nous y trouvons de petits îlots de mélanose disséminés jusqu'au voisinage du cul-de-sac correspondant. Toutefois, sur le refus du malade à se laisser pratiquer l'exentération, nous continuons notre intervention en enlevant l'œil, ainsi que tous les tissus douteux. Nous terminons en faisant deux points de suture à la commissure externe, et le pansement ordinaire. Les suites opératoires se passent normalement, et un mois après l'énucléation, le malade retournait chez lui apparemment guéri.

L'examen macroscopique permet de constater que la tumeur, d'un brun foncé, est très friable. Ayant disséqué sa base d'implantation, nous voyons qu'elle s'attache fortement au limbe sclérocornéen, dans son segment supéro-externe, et que la cornée n'est pas infiltrée. La conjonctive oculaire correspondant au pédicule est totalement envahie, et il existe de solides adhérences avec le feuillet externe de la sclérotique. L'œil étant ouvert dans le sens antéro-postérieur, nous pouvons nous rendre compte qu'il n'y a pas d'infiltration de sa coque, et que sa cavité est absolument intacte.

Mon ami, le Dr Latreille, ayant bien voulu se charger de l'examen microscopique, me donna le rapport suivant :

“Le diagnostic clinique est nettement confirmé par l'examen histologique. Il s'agit, en effet, d'un sarcome mélanique typique répondant à la description classique. Amas de cellules connectives jeunes, polymorphes, globo ou fuso-cellulaires avec prédominance de ces dernières; amas centrés, en certains endroits, par des lacunes vasculaires dépourvues d'endothélium et limitées dans leurs contours simplement par les cellules tumorales elles-mêmes.

Les granulations pigmentaires, diffusément réparties sur tous les points de la préparation, se montrent soit groupées en amas compacts entre les éléments sarcomateux, soit disséminées dans tout le protoplasma cellulaire, ou plus spécialement tassées autour des noyaux. Il s'agit bien de pigment mélanique, et non pas de pigment ferrique.”

Au commencement de janvier 1910, le malade remarqua une petite tumeur brunâtre, de la grosseur d'un pois, au milieu de sa cavité orbitaire. Avant son départ de l'hôpital, nous l'avions prévenu de la possibilité d'une récurrence, et de la nécessité qu'il y aurait alors de revenir nous voir. Comme il habitait cependant à une grande distance de Montréal, et que ses occupations le retenaient assez captif, nous ne le revoyons que le 21 février suivant. A cette époque, nous constatons une petite masse lisse, de coloration noirâtre, et proéminente dans la cavité orbitaire. Cette néoplasie peut être comparée à une grosse fève à grand diamètre horizontal. A part la récurrence, il n'y a rien d'intéressant à noter chez notre malade. L'exentération de l'orbite étant cette fois acceptée, est faite trois jours plus tard. Les suites opératoires sont des plus simples, et le 2 avril, le patient retourne chez lui définitivement guéri. Sur notre demande, il nous tient régulièrement au courant de son état de santé. Celle-ci fut toujours excellente jusqu'à sa mort survenue accidentellement, quatre ans et demi après la dernière opération. A cette époque, il n'y avait aucune manifestation de métastase, ni de récurrence locale

En résumé, un homme âgé de 37 ans reçoit, en janvier 1904, un morceau de pierre dans la région du limbe scléro-cornéen de l'œil droit. En mars 1908, un sarcome mélanique, à marche rapide, se développe sur la cicatrice de l'ancien traumatisme, sans envahir l'intérieur du globe. L'énucléation est faite en mars 1909, et en janvier 1910, se manifeste une récurrence locale sans métastase. L'exentération de l'orbite est pratiquée sept semaines plus tard, ce qui eut pour résultat de donner une guérison définitive.

En publiant cette observation, nous n'avons pas la prétention d'apporter des faits nouveaux sur la question des tumeurs malignes primitives épibulbaires. En effet, dans le remarquable "*Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes*" de Lagrange, on trouve, sur ce sujet, un exposé fort complet qui reste encore d'actualité. Nous désirons simplement relater l'histoire d'un cas particulièrement rare, et faire ressortir l'intérêt qu'il présente. Chez notre malade, dont les antécédents héréditaires n'offraient aucune histoire de cancer, un sarcome mélanique à évolution assez rapide s'est localisé sur une ancienne cicatrice d'origine traumatique. Ce néoplasme, limité en partie par le limbe scléro-cornéen, n'a pas infiltré la cornée, et ne s'est pas propagé à l'intérieur de l'œil. Nous étions donc en présence d'une tumeur épibulbaire se développant d'une manière ordinaire

quant au parenchyme cornéen, et à la coque oculaire. Nous savons d'ailleurs qu'il est excessivement rare de rencontrer cette complication dans cette variété de néoplasie, et pour ce qui est de l'envahissement de l'intérieur du globe, la littérature médicale ne rapporte que cinq cas où la chose ait été observée. Chez cette dernière catégorie de patients, le point de pénétration se fait alors invariablement par le limbe scléro-cornéen, et les cellules néoplasiques s'infiltrèrent progressivement dans le canal de Schlemm et les espaces de Fontana.

Etant donné que la tumeur s'était développée à la suite d'un traumatisme, il aurait été bien intéressant d'observer notre malade dès le commencement de son affection. Nous aurions pu voir si le néoplasme avait débuté par la sclérotique, comme le veulent un certain nombre d'auteurs allemands et autres, ou encore si la conjonctive aurait dû être mise en cause. Nous rappellerons que Lagrange est d'opinion que les cancers épibulbaires de la région du limbe scléro-cornéen ont toujours une origine conjonctivale. Dans le cas présent, nous pouvons simplement dire qu'à l'époque où le patient nous a consulté — c'est-à-dire un an après les premières manifestations de sa maladie — le pédicule de la tumeur avait non seulement envahi la conjonctive, mais offrait aussi de fermes adhérences avec le feuillet externe de la sclérotique.

Bien que nous ayons pratiqué l'énucléation, en présence d'un nodule cancéreux cavitaire, nous avons dû recourir, dix mois plus tard, à l'exentération de l'orbite. Comme il est admis que si un sarcome mélanique ne réapparaît pas durant les trois ans qui suivent son ablation, on peut considérer la guérison comme étant définitive, nous sommes donc en état de dire qu'à l'époque de sa mort accidentelle, survenue quatre ans et demi après sa dernière opération, notre malade était alors à l'abri de toute récurrence.

DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Par E. A. RENE DE COTRET,

*Professeur de Clinique obstétricale à l'Université de Montréal,
Accoucheur en chef à l'Hôpital Notre-Dame.*

(Suite)

Traitement

Nous décrirons: 1° le traitement prophylactique; 2° le traitement des symptômes prémonitoires; 3° le traitement de l'éclampsie confirmée; 4° le traitement après l'accès.

1° *Traitement prophylactique.*—L'éclampsie est le plus souvent une complication évitable de la grossesse, à condition que la femme enceinte soit surveillée avec la plus minutieuse attention. On devra donc, envers toute femme enceinte, agir comme si elle était une véritable candidate à l'éclampsie. Aussi faudra-t-il toujours rechercher non seulement les symptômes les plus apparents de l'auto-intoxication, mais même chercher à dépister tous et chacun des symptômes (même les plus insignifiants) que j'ai énumérés plus haut en parlant de l'auto-intoxication ou éclampsisme. Il n'est pas suffisant de rechercher d'albumine de temps à autre dans les urines, de prendre la pression artérielle; il faut passer en revue tous les symptômes de l'intoxication. Se contenter de rechercher l'albumine et de constater la qualité de la pression artérielle, c'est demeurer dans une attente vaine et trompeuse, car l'albumine peut manquer et la pression artérielle être à peu près normale, et cependant l'éclampsie peut éclater.

Peut-on faire un traitement prophylactique rationnel de l'éclampsie? Absolument pas, puisqu'on ne connaît pas encore la cause réelle et primitive de cette affection. Notre traitement, même prophylactique, reste donc encore empirique. Mais si nous ne connaissons pas la cause première, si nous ne pouvons pas encore la prévenir, nous pouvons au moins, par une surveillance attentive, en découvrir les premières manifestations, et empêcher la plupart du temps que le mal ne se propage au delà, si, à la rigueur, nous ne pouvons pas l'enrayer complètement.

Ainsi donc pour aujourd'hui, le grand but dans le traitement prophylactique de l'éclampsie c'est de diminuer la production des

toxines et de favoriser leur élimination, c'est-à-dire prévenir autant que possible l'auto-intoxication, et la combattre quand elle se manifeste, même par le signe le plus insignifiant. On diminuera la production des toxines en supprimant de l'alimentation les viandes faisandées ou avariées, les gibiers, les mollusques, les crustacés, etc., les mets épicés, et surtout l'alcool. On favorisera l'élimination des substances nuisibles par les bains, l'aération, et surtout les laxatifs et les purgatifs répétés, et les diurétiques.

Il va sans dire que la femme enceinte devra nécessairement suivre toutes les règles et les préceptes de l'hygiène de la grossesse.

Dès l'apparition de l'albumine, ou même en son absence, si la femme présente des signes d'éclampsisme, tels que maux de tête persistants, douleur épigastrique, œdèmes, augmentation de la pression artérielle, etc., on la soumettra au régime déchloruré, au régime végétarien ou mieux au régime lacté. On y ajoutera les purgatifs salins; quelquefois il est nécessaire d'appliquer des ventouses scarifiées ou de pratiquer la saignée. Les urines, qui doivent être examinées, chez toutes les femmes enceintes, tous les quinze jours dès le début de la grossesse jusqu'au sixième mois, et toutes les semaines à partir du sixième mois, devront être examinées plus souvent et parfois tous les jours dès qu'on a constaté quelque symptôme d'intoxication. On notera la quantité des urines; on en fera un examen microscopique; on en fera le dosage de l'urée et de l'albumine. La pression artérielle sera prise fréquemment.

Ne trouverait-on rien d'anormal du côté des urines, et, à plus forte raison, si les urines devenaient plus rares et anormales, dès que la pression artérielle s'élèvera au delà de 150, il faudra instituer un régime plus sévère et mettre la patiente uniquement à la diète hydrique pendant 24 ou 48 heures, et y ajouter les purgatifs salins à fortes doses. La femme sera mise au lit. On ne reprendrait le régime lacté qu'au bout de deux ou trois jours. Si, malgré ce régime, les symptômes d'éclampsisme continuent à s'aggraver, on emploiera le chloral (un gramme) et le bromure de potassium (2 grammes) associés, deux ou trois fois par jour, ou le veratrum vidire (10 gouttes tous les matins). Parfois l'on sera forcé de provoquer l'accouchement pour enrayer l'aggravation progressive des symptômes de l'intoxication, et éviter l'éclampsie. Mais avant de procéder à la provocation de l'accouchement, il faudra essayer les autres traitements pendant plusieurs jours (au moins 8 à 10).

Comme conclusion, l'on peut dire qu'il faut surtout surveiller le tube digestif, le système urinaire et la pression artérielle.

Dans les cas d'intoxication de la grossesse, R. D. Mussey, de Rochester, prescrit du chlorure d'ammonium, en tablettes ou capsules de 1.5 gm. jusqu'à la dose de 10 grammes par jour, comme traitement prophylactique de l'éclampsie. Mussey prétend que l'augmentation exagérée du poids du corps, qu'on oublie de mettre sur le compte de l'œdème, dans l'intoxication de la grossesse, est généralement due à la rétention de liquide dans les tissus. L'emploi du chlorure d'ammonium, conjointement avec le repos au lit, la restriction de la nourriture et des liquides, est rapidement suivi d'une diurèse abondante, de la disparition de l'œdème, de la diminution du poids du corps, de l'abaissement de la pression artérielle et d'une amélioration générale de l'état de la patiente. Dans la plupart des cas d'intoxication, l'amélioration, à la suite de ce traitement, est plus marquée et plus durable que celle obtenue par la diète et les autres moyens de traitement. Souvent ce traitement permet à la grossesse de continuer à évoluer jusqu'à ce qu'on puisse avoir un enfant vivant.

Quant à ce qui regarde le traitement par la lumière, je renvoie à ce que j'ai déjà dit en parlant de la 27^e théorie.

2° *Traitement des symptômes prémonitoires.*—Dès l'apparition des prodromes de l'éclampsie, il faudra agir énergiquement. Voici ma manière de procéder dans ces cas. La malade est mise au lit ou de préférence transportée dans un hôpital où l'on peut la surveiller plus attentivement et moins craindre les manquements dans l'observance des prescriptions. Je lui donne immédiatement une forte dose de chloral (2 grammes) et de bromure de potassium (4 grammes). C'est à ce moment surtout que le chloral et le bromure donnent leurs meilleurs résultats. Une demi-heure plus tard, je fais prendre à la patiente trois ou quatre cuillerées à soupe de sulfate de magnésie dans un verre d'eau. Si les vomissements empêchent la patiente d'absorber le chloral et la magnésie, je prescris une entéroclyse avec une forte solution de magnésie. On pourrait aussi pratiquer le lavage de l'estomac, qui fera souvent cesser les vomissements et permettra par la suite d'administrer le chloral et la magnésie. Je prescris en outre la diète hydrique absolue. Pour activer les fonctions du rein et continuer à agir sur l'intestin, je fais boire trois ou quatre litres de limonade de crème de tartre, ou d'eau lactosée. Au besoin, surtout si la céphalalgie persiste, on peut répéter le chloral et le bromure de potassium, deux ou trois fois par jour. J'ai déjà administré ainsi avec succès le chloral et le bromure pendant 3 ou 4 semaines.

Assez souvent, je pratique une saignée plus ou moins abondante suivant l'élévation de la pression artérielle et l'état général de la patiente.

Ce traitement réussit dans la très grande majorité des cas.

3° *Traitement de l'éclampsie confirmée.*—Il comprend le traitement: (a) pendant l'accès; (b) dans l'intervalle des crises.

(a) *Traitement pendant l'accès.* Au moment de l'accès, il faut protéger la malade contre elle-même; il est inutile de la maintenir; elle ne tombera pas du lit. Il faut éviter les morsures de la langue. Dès que quelque symptôme annonce l'imminence de l'accès, on saisit le bord d'une serviette, d'un mouchoir, ou même du drap de lit; on le tend entre les deux mains et on l'applique sur le dos de la langue pour la repousser et la maintenir entre les arcades dentaires. Il est dangereux d'employer un bouchon, un morceau de bois ou un instrument qui peuvent briser les dents ou être sectionnés et avalés. On doit enlever toute pièce de prothèse dentaire. En cas d'arrêt de la respiration à la fin de la crise, il faut recourir à la respiration artificielle, aux tractions rythmées de la langue, et donner de l'oxygène en inhalations ou même en injections sous-cutanées.

La patiente doit être dans l'isolement complet et le calme absolu. On évitera toute cause d'excitation. La chambre sera dans une demi-obscurité. Les examens (touchers) seront réduits au minimum; cependant il faut suivre l'accouchement qui se fait souvent avec une rapidité étonnante et sans douleur. Les soins de propreté et d'asepsie seront très rigoureux.

Pour faire avorter ou pour juguler l'accès convulsif, je continue à employer le chloroforme, malgré l'opinion d'un grand nombre d'accoucheurs qui prétendent que le chloroforme, étant un poison pour le foie et le rein, contribue à augmenter l'intoxication déjà existante. Je n'ai jamais observé de mauvais effets à la suite de l'emploi de ce médicament que j'administre tout juste pendant l'accès pour le faire avorter ou pour le juguler. Pour moi, le danger de l'éclampsie réside principalement dans la crise convulsive, et c'est pour cela que je cherche à en éviter la prolongation.

(b) *Traitement dans l'intervalle des crises.* Ce traitement doit répondre à trois indications principales: (a) combattre l'hypertension; (b) calmer l'irritabilité nerveuse; (c) favoriser la désintoxication.

(a) *Combattre l'hypertension.* Le moyen le plus sûr et le plus rapide d'abaisser l'hypertension est de pratiquer une saignée. La saignée abondante a été largement pratiquée autrefois. Pinard et

ses élèves en étaient peu partisans; mais depuis quelques années, elle a été de nouveau préconisée avec raison, et son emploi paraît des plus justifiés. Balard et Chirié en font la base du traitement rationnel de l'éclampsie, car elle agit favorablement en soustrayant une certaine quantité de toxines accumulées dans le sang; en diminuant la pression artérielle; en facilitant la diurèse, et en augmentant la diaphorèse. Il y a bien peu de femmes qui ne puissent supporter une saignée durant l'éclampsie.

Je suis aujourd'hui un partisan convaincu des bons effets de la saignée. J'ai abandonné l'emploi du *veratrum viride* pour ne pratiquer presque exclusivement que le traitement par la saignée, parce que les résultats obtenus par elle sont beaucoup plus rapides et plus apparents. Le traitement par le viride demande une grande surveillance pendant une douzaine d'heures, tandis que la saignée n'exige plus de soins post-opératoires. Je fais la saignée aussi abondante que possible suivant l'état de la malade. Non seulement la saignée est utile et presque nécessaire chez les femmes pléthoriques, qui ont une pression artérielle élevée, un pouls plein, bondissant, mais même chez celles dont le pouls est rapide, petit, filiforme. J'en ai eu les meilleurs résultats dernièrement chez une femme entrée à l'hôpital dans un état demi-comateux, sans convulsion. Je n'ai pu avoir aucune donnée de la pression artérielle au sphygmomètre; deux de mes confrères, qui ont essayé de prendre la pression, n'ont pas eu plus de succès. Le pouls petit, filiforme, battait à 162. Une saignée de 500 cc. eut un effet immédiat sur le pouls qui se releva et se ralentit, et sur le demi-coma qui se dissipa.

Un médicament, qui agit admirablement sur l'hypertension et peut remplacer avantageusement la saignée quand on a des garde-malades stylées à son usage, c'est le *veratrum viride*. J'ai employé autrefois ce médicament pendant plusieurs années. J'ai fait et publié des travaux considérables sur l'emploi du *veratrum viride* dans l'éclampsie. L'écho de mes travaux a eu du retentissement jusqu'en Europe. Bar, dans la *Pratique de l'Art des Accouchements*, publié en 1914, m'a fait l'honneur de citer mon traitement, ses indications et son mode d'emploi. En 1904, Missirlioglou, sur le conseil de Demelin, a fait sa thèse presque exclusivement sur mes travaux.

Le *veratrum viride* a des avantages incontestés dans l'éclampsie: il abaisse la pression artérielle; il ralentit le pouls; il produit des vomissements opiniâtres; il augmente la diurèse et favorise la diaphorèse; il dissipe le coma, et contrôle les accès.

(b) *Calmer l'irritabilité nerveuse.* Les principaux médicaments pour calmer l'irritabilité nerveuse sont la morphine, le chloral, les bromures, le veratrum viride, le chloroforme et les autres anesthésiques.

Les inhalations de chloroforme sont capables d'empêcher le retour des accès. Il a une action hypotensive réelle, mais ses effets nocifs sur le foie et le rein nous empêchent de l'employer d'une manière prolongée; il ne faut l'administrer qu'à dose fractionnée, seulement pendant l'accès.

L'éther est dangereux, parce qu'il aggrave la suffocation, expose aux troubles respiratoires, et peut développer l'œdème du poumon.

La morphine a été largement employée par les Allemands et les Américains, et elle continue de l'être encore par beaucoup d'accoucheurs. Rouvier et Pouget l'ont fortement préconisée. Rouvier insiste même sur la tolérance du fœtus et de la mère vis-à-vis de la morphine. Il publie, en 1923, un cas d'éclampsie grave avec 40 grammes d'albumine, qu'il a traité par la morphine à doses massives; il y eut retour précoce de la diurèse et guérison. Beaucoup d'accoucheurs craignent d'employer la morphine; il la considèrent comme un produit toxique qui a une action spéciale sur le rein, et la fait contre-indiquer dans l'insuffisance rénale. Devant les succès nombreux et constants à la suite de l'emploi de la morphine, il faut croire que l'objection n'est que théorique.

La morphine peut être employée à la Stroganoff, c'est-à-dire en alternant avec le chloral, ou elle peut être donnée seule, à l'exclusion de tout autre médicament ou de tout autre traitement.

Je l'ai employée, moi-même, pendant quelques années à l'exclusion de tout autre traitement, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Un soir, à une réunion de la Société Médicale de Montréal, un de nos meilleurs médecins citait un cas d'éclampsie qu'il avait guéri en se gardant bien d'employer la morphine, qui aurait tué sa malade par son active nocive sur le rein. Je lui répondais que sa crainte ne s'appuyait que sur une simple théorie, puisque mon expérience me prouvait que la morphine n'avait aucune action néfaste sur le rein, et à l'appui de mon assertion je citais les dix derniers cas d'éclampsie que j'avais traités avec succès uniquement par de fortes doses de morphine.

Aujourd'hui, j'emploie quelquefois la morphine exclusivement, sans autre traitement, quand les cas me paraissent légers. Mais, en règle générale, je pratique d'abord une saignée abondante, et si les convulsions continuent, je fais une piqûre de morphine ($\frac{1}{2}$ grain),

que je répète au besoin une heure ou deux après à la même dose ou à dose moindre ($\frac{1}{4}$ grain).

Dans l'intervalle des accès, certains accoucheurs français emploient le chloral à doses élevées, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale.

Depuis quelque temps, le somnifène jouit d'une certaine vogue. Il faut l'employer avec crainte et à bon escient car il a déjà causé la mort de plusieurs femmes. La littérature médicale cite déjà bon nombre de mortalités.

Les bromures, sans l'adjonction de chloral, ne valent pas grand'chose.

La vogue des injections intra-veineuses de paraldéhyde a été bien éphémère.

Le traitement par le sulfate de magnésie jouit d'une certaine vogue depuis quelque temps aux Etats-Unis. Certains accoucheurs donnent des injections intra-veineuses de sulfate de magnésie à la dose de 20 cc. à 10%; et ils pratiquent en même temps le traitement éliminateur: saignée, lavage de l'estomac, huile de ricin, entéroclyse avec glucose et soda. Les injections intra-veineuses de sulfate de magnésie seraient employées comme traitement prophylactique et curatif de l'éclampsie.

Lee Dorsett, de St. Louis, Mo., donne le sulfate de magnésie à la dose de 15 cc. à 25%, en injection dans les muscles de la fesse. Il conseille de répéter au besoin la même dose toutes les heures suivant la violence ou la fréquence des convulsions. Il emploie le sulfate de magnésie à l'exclusion de tout autre traitement, excepté le sulfate de magnésie par la bouche comme purgatif; cependant il croit qu'il y aurait avantage à associer la morphine à l'injection de sulfate de magnésie. Plus l'injection de sulfate de magnésie est faite de bonne heure, plus les effets en sont marqués. Les convulsions s'arrêtent souvent après la première injection. D'après Lee Dorsett, le sulfate de magnésie a un effet anesthésique et relâchant et surtout il abaisse la pression intra-crânienne. Lee Dorsett conseille de donner une injection intra-veineuse de 1 cc. de chlorure de calcium quand le sulfate de magnésie produit des troubles de la respiration.

Lee Dorsett en arrive aux conclusions suivantes :

1° L'injection intra-veineuse de sulfate de magnésie à la dose de 15 cc. contrôle les convulsions;

2° La dose initiale de 15 cc. n'est pas toxique;

3° Ce mode de traitement ne produit pas seulement le relâchement des muscles, mais il diminue la pression intra-crânienne, sup-

prime l'œdème cérébral, stimule la diurèse et favorise la diminution de l'œdème général.

Le veratrum viride, employé méthodiquement et suivant toutes les règles, reste encore un des meilleurs médicaments pour calmer l'irritabilité nerveuse.

(c) *Favoriser la désintoxication.* Un des points essentiels dans le traitement de l'éclampsie est de chercher à désintoxiquer l'organisme. On peut faciliter l'élimination des toxines en agissant sur la peau, l'intestin et le rein.

Les diaphorétiques, comme le jaborandi ou la pilocarpine, ont une action insuffisante; en plus ils exposent à des accidents, en particulier à l'œdème pulmonaire. Fairbairn nous dit que la pilocarpine produit une transpiration profuse, mais qu'elle est un médicament dangereux parce qu'elle produit une sécrétion abondante de liquide dans le poumon et que, comme conséquence, la malade est véritablement noyée dans ses propres sécrétions.

Pour stimuler la diaphorèse on peut employer le bain de vapeur, le drap humide chaud, les bouteilles d'eau chaude ou la cage électrique. La diaphorèse ne doit pas être poussée à l'excès parce qu'elle peut produire les mêmes inconvénients et les mêmes dangers que la pilocarpine (œdème du poumon). Elle peut devenir trop déprimante. En plus, comme on ne connaît pas la nature des toxines de l'éclampsie, on ne peut être certain qu'elles seront éliminées par la peau. Une autre raison qui milite contre ce traitement, c'est qu'il peut produire une concentration des poisons dans le sang qui agiront à dose double sur les centres nerveux.

Lévy-Solal et A. Tzanck emploient le chlorhydrate de pilocarpine à petite dose, non pas comme diaphorétique, mais dans le but de combattre l'anaphylaxie qui pourrait être la cause de l'éclampsie.

On peut augmenter la diaphorèse par l'ingestion de grande quantité d'eau ou de limonade.

Les meilleurs agents de désintoxication sont les *purgatifs*, particulièrement les drastiques dont l'action sur l'intestin est rapide et intense. A la rigueur, les drastiques peuvent être dangereux; cependant on peut les administrer dans certaines circonstances. On emploie le plus souvent les purgatifs salins, l'eau-de-vie allemande, l'huile de ricin à laquelle on ajoute quelques gouttes d'huile de croton.

Les diurétiques sont toujours recommandés pour combattre l'oligurie et éliminer les produits toxiques. Mais les reins sont si fréquemment et si gravement frappés par la maladie qu'ils ne

répondent pas toujours à l'action des diurétiques. J'emploie souvent le théobryl en injection sous-cutanée pour agir sur le rein; il donne fréquemment de bons résultats.

Quand la malade est consciente on peut lui faire boire de grandes quantités d'eau ou de limonade qui agiront plus rapidement sur le rein sans le fatiguer. D'un autre côté, si la malade n'est pas consciente, l'ingestion de liquide, les efforts nécessités pour écarter les mâchoires et faire boire la malade sont souvent l'occasion de crises éclamptiques. Alors le lavage de l'intestin, l'injection sous-cutanée d'eau salée permettent mieux que l'ingestion des liquides de faire absorber aux malades la quantité d'eau nécessaire à l'élimination des toxines. Porak préconisait les grandes irrigations d'eau salée (entéroclyse) et pratiquait le lavage du sang par l'action combinée de la saignée et des injections d'eau salée. Cependant depuis quelques années, on a plutôt abandonné ce traitement par crainte (a) de rétention chlorurée qui produit les œdèmes et diminue la perméabilité du rein (b) de production d'hypertension artérielle qui favorise l'apparition des accès convulsifs. Cependant de Lee prétend que, bien que l'emploi du sel ne s'accorde pas avec les théories de l'œdème, l'expérience pratique prouve que le sérum artificiel a une valeur réelle dans certains cas. On peut remplacer avec avantage les injections de sérum artificiel ou physiologique par les injections d'eau sucrée, qui abaisse le degré de concentration du sang et active la diurèse. Quelques accoucheurs disent avoir eu des succès dans l'éclampsie avec les injections intra-veineuses de glucose, les grandes entéroclyses de sérum glucosé, ou les injections sous-cutanées de sérum glucosé, associées à l'injection d'insuline.

Je dirai maintenant quelques mots des médications basées sur les théories nouvelles. Devrais-je parler de l'ablation des seins que la théorie mammaire avait poussé à pratiquer; de la trépanation du crâne ou de la ponction lombaire comme conséquence de la théorie de compression cérébrale; de l'extirpation du corps jaune conseillée après la promulgation de la théorie d'intoxication par les produits du corps jaune.

Ne voilà-t-il pas que, après nous avoir exposé des théories aussi abracadabrantes et nous avoir conseillé des traitements appropriés, l'on nous invite, comme dit L. Cheinisse, à plonger dans les arcanes de l'endocrinologie, afin de choisir, dans l'arsenal opothérapique si encombré, l'extrait glandulaire approprié à combattre l'éclampsie.

Dresde et Hofbauer conseillent et emploient l'extrait ovarien ou sa partie la plus active, le corps jaune, par la voie sous-cutanée ou

la voie intra-veineuse, ils ne savent pas encore laquelle est préférable. Nicholson a préconisé les extraits de corps thyroïde et des glandes parathyroïdes. Fruhinsholz semble croire que ces derniers extraits sont indiqués dans certaines formes d'éclampsie, par exemple dans celles où l'on constate un corps thyroïde peu développé et où il n'existe qu'une faible albuminurie. On a préconisé l'injection de sérum de femme enceinte saine, ou de femme guérie depuis quelques jours d'une attaque d'éclampsie.

Engelman et Volhard conseillent l'extrait de sangsue ou hirudine en injection intra-veineuse dans le but d'empêcher la formation de thromboses dans les organes des éclampsiques en diminuant la coagulabilité du sang.

La décapsulation du rein n'a pas donné de bons résultats.

4° *Traitement après l'attaque d'éclampsie.*—La malade sera mise à la diète hydrique pendant 24 ou 48 heures, puis à la diète lactée. On surveillera les urines, et on tiendra l'intestin libre. La malade gardera le lit pendant longtemps. Si l'accouchement est terminé, on en surveillera attentivement les suites. L'asepsie et l'antiseptisme seront poussées à leur dernière limite.

Les complications tardives ne sont pas rares et durent parfois très longtemps: telles la manie, les psychoses, l'amnésie post-éclampsique, qui nécessite des soins appropriés: l'isolement, et parfois l'internement.

Dubrisay et C. Jeannin font des remarques très appropriées à propos du traitement de l'éclampsie.

1° Il faut, disent-ils, se méfier des hémorragies fréquentes, au moment de la délivrance.

2° Il faut rejeter les antiseptiques dangereux.

3° En cas de mort de la femme, avant l'accouchement, et si l'on a quelque espoir d'obtenir un enfant vivant, on doit procéder dans le plus bref délai à l'opération césarienne ou mieux à l'accouchement par dilatation forcée du col.

4° Il faut se méfier de mort apparente.

Une éclampsique pourra allaiter son enfant, après cessation de l'état de mal.

Traitement obstétrical.—Il semble généralement admis aujourd'hui que, dans l'éclampsisme et l'éclampsie, l'expectation obstétricale est préférable à l'évacuation rapide de l'utérus. Dans l'éclampsie, le traitement médical bien dirigé réussit presque toujours; et durant l'éclampsie, l'expectation donne en général de meilleurs résultats. Cependant dans l'un et l'autre cas, l'évacuation de l'utérus peut

donner dans certaines circonstances d'excellents résultats; tout dépend de la gravité des cas et des résultats obtenus par le traitement médical. Ainsi donc, il est assez logique de comprendre qu'il faudra intervenir, après le sixième mois, si les symptômes d'éclampsie, au lieu de s'améliorer, deviennent plus graves malgré un traitement bien approprié, suivi fidèlement et pendant un espace de temps raisonnable. Si, malgré les purgatifs, les diurétiques, la diète hydrique, le régime lacté, la saignée, l'administration du chloral ou du veratrum viride, la pression artérielle hypertendue ne s'abaisse pas ou tend à monter, la céphalalgie ne s'améliore pas, les troubles de la vue augmentent, l'albumine ne diminue pas et l'insuffisance rénale persiste ou devient pire, il faudra nécessairement en venir à l'interruption de la grossesse.

Pendant l'éclampsie de la grossesse, l'accouchement méthodiquement rapide ne trouve d'indication nécessaire que dans un petit nombre de cas, c'est-à-dire seulement quand le cas est grave et que le traitement médical appliqué avec intelligence et énergie ne paraît pas agir convenablement.

Si l'éclampsie apparaît pendant le travail de l'accouchement, il y a alors tout intérêt à terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

APPENDICITE ET GROSSESSE (1)

A PROPOS DE QUINZE OBSERVATIONS PERSONNELLES

*Par LOUIS E. PHANEUF, M.D., F.A.C.S.,
Professeur adjoint de Clinique gynécologique au "Tufts College
Medical School",
Chirurgien des services de Gynécologie et d'Obstétrique
de l'hôpital Carney,
Boston.*

La technique chirurgicale de l'appendicite n'admet plus de discussion. Tous les détails en sont depuis longtemps réglés. Les chirurgiens s'accordent sur la nécessité de la stérilisation du moignon, soit par le phénol et l'alcool, la teinture d'iode, le thermocautère, ou même son enfouissement. On reconnaît aussi généralement la nécessité du drainage dans la plupart des appendicites aiguës avec péritonite localisée ou générale. Toutefois on ne mentionne que rarement l'appendicite compliquant la grossesse, et c'est cette condition qui fait le sujet de ma communication au Congrès.

J'ai pu observer, dans une série de cas, que l'appendicite aiguë compliquant la grossesse ne se localise que rarement; on opère dans les cas avancés, en pleine péritonite, et ils sont presque toujours suivis d'avortement ou d'accouchement prématuré. Dans les cas simples, opérés au début, la grossesse se continue généralement sans encombre. Il est donc urgent d'arriver à un diagnostic précoce, suivi d'une opération immédiate, si l'on veut éviter les dangers de la péritonite, presque toujours fatale chez les femmes enceintes. La septicémie et l'occlusion intestinale enlèvent nos malades rapidement dans cette forme hypertoxique de l'appendicite, bien que parfois une cœcostomie assurant le drainage de l'intestin et les mesures ordinaires assurant celui de la cavité péritonéale, après l'exérèse de l'appendice, réussissent à en arracher quelques-unes à la mort. Je n'ai qu'à me louer de ce procédé dans un grand nombre de péritonites diffuses à la suite de l'appendicite aiguë, non compliquées de grossesse toutefois. Cette méthode m'a aussi réussi dans un cas

(1) Communication au IX^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Montréal, les 21, 22 et 23 septembre 1926.

d'appendicite aiguë et de péritonite généralisée, chez une jeune femme de vingt ans, grosse de quatre mois.

Je divise les 15 observations personnelles, que j'ai l'honneur de vous présenter, en 3 groupes: 1° Appendicite chronique et grossesse; 2° Appendicite aiguë et grossesse; 3° Appendicite aiguë avec péritonite généralisée au cours de la grossesse. 13 de ces malades furent opérées dans mon service de l'hôpital Carney, et deux dans des hôpitaux des environs.

Groupe I. Appendicite chronique et grossesse

Observation I. Mme A. O. B..., 23 ans, entrée le 2 juin 1918, sortie le 19 juin 1918.

Depuis six mois, elle se plaignait de douleurs prononcées dans toute l'étendue du ventre, s'irradiant dans les lombes. Finalement cette douleur se localisa dans la région iliaque droite. Elle avait des nausées fréquentes, mais point de vomissements. Elle était grosse de trois mois. A l'examen on constatait sensibilité, rigidité et spasme du grand droit au point de MacBurney. Un kyste de l'ovaire gauche, de la grosseur d'une orange, fut aussi découvert à l'examen gynécologique.

Opération le 4 juin 1918. Appendicectomie et exérèse du kyste ovarien. L'appendice était adhérent au caecum sur toute son étendue. L'abdomen fut fermé sans drainage. Suites opératoires faciles; la plus haute élévation thermique fut de 100.2° F. (37.9° C.), pouls 86. La grossesse évolua jusqu'au terme sans incidents.

Obs. II. Mme A. Q..., 35 ans, entrée le 9 novembre 1925, sortie le 25 novembre 1925.

Sa première grossesse fut compliquée d'une hépato-toxémie grave; accouchement provoqué, à l'aide d'un ballon, à sept mois et demi, le 10 juin 1923. L'enfant survit et est actuellement bien portant. Elle avait eu plusieurs attaques de douleurs abdominales, plutôt sérieuses depuis un mois, et assez sévères pour la réveiller la nuit. Elle était grosse de trois mois. L'examen décelait une sensibilité accentuée au point de MacBurney et dans la région de la vésicule biliaire.

Opération le 10 novembre 1925. Appendicectomie et cholécystectomie pour cholécystite chronique; l'appendice contenait plusieurs cicatrices. Petit drain dans la région hépatique. Suites opératoires sans complications. Sa grossesse évolua jusqu'au terme et je l'accouchai le 24 avril 1926.

Observation III. Mme A. C..., 33 ans, entrée le 11 mars 1926, sortie le 26 mars 1926.

Cette malade, une quartipare, avec antécédents normaux et réglée à 17 ans, fut admise au service le 11 mars 1926. Ses dernières règles débutaient le 25 décembre 1925 et son accouchement était attendu pour

le 1er octobre 1926. Depuis deux ans elle avait des douleurs sévères dans le bas-ventre avec certaines périodes de rémission. Ces crises douloureuses étaient améliorées par le repos, malgré que la malade n'avait jamais gardé le lit. La douleur était surtout intense dans les régions iliaque et lombaire droites. Ses trois accouchements antérieurs avaient été terminés aux forceps. Au palper abdominal on remarquait une sensibilité accentuée au point de MacBurney. Au toucher vaginal on percevait un col lacéré et ulcéré; l'utérus était en position normale et de dimensions d'une grossesse de deux mois et demi; le cul-de-sac latéral gauche était souple et indolore, tandis que le droit était très sensible.

Opération le 13 mars 1926. Appendicectomie. L'appendice était rétro-caecal et adhérent au caecum sur toute son étendue. L'utérus gravide et ses annexes étaient normaux. Fermeture du ventre sans drainage. Suites simples et afébriles. La grossesse évolua sans incidents.

Ces trois cas, opérés à froid, pour appendicite chronique, n'eurent aucune complication. Chez une des malades on pratiqua, de plus, une cholécystectomie, et chez une autre l'exérèse d'un kyste ovarien gauche. Dans les trois cas, la grossesse évolua sans incidents.

Groupe II. Appendicite aiguë et grossesse

(Diagnostic précoce et opération immédiate)

Observation I. Mme M. F..., 26 ans, entrée le 22 mai 1921, sortie le 11 juin 1921.

Cette malade souffrait de douleurs sévères dans le bas-ventre, de vomissements, de constipation, de pertes sanguines et d'épistaxis. Elle était enceinte de trois mois et demi. Les pertes sanguines, qui avaient débuté le 4 mai, cessèrent le 22, mais la douleur persistait. L'examen révélait une sensibilité des deux fosses iliaques, mais plus accentuée dans la région iliaque droite. Opération le 24 mai 1921. Appendicectomie pour appendicite aiguë; l'abdomen fut refermé sans drainage. Suites opératoires simples, température de 100° F. (37.7° C.), pouls de 100, deux jours après l'intervention. La grossesse évolua normalement jusqu'au terme.

Observation II. Mme A. C..., 31 ans, entrée le 16 novembre 1922, sortie le 2 décembre 1922.

La malade accusait une douleur accentuée dans la fosse iliaque droite depuis cinq jours; elle était grosse de cinq mois; elle avait des nausées constantes, mais point de vomissements. A l'examen on constatait les signes classiques de l'appendicite. Opération le jour même de son entrée; appendicectomie sans drainage. Suites opératoires simples. Sa grossesse fut portée jusqu'au terme.

Observation III. Mme M. B..., 34 ans, entrée le 19 juin 1923.

Appelé d'urgence par son médecin, à domicile, nous constatons élévation thermique, pouls rapide, douleur prononcée dans la région iliaque droite et vomissements. Sa grossesse approchait du terme et son accouchement était attendu dans une semaine environ. Elle avait eu deux accouchements normaux et une fausse couche antérieurement. A l'examen, le ventre était dur et la région iliaque droite était douloureuse au palper. Opération le même soir, deux heures après la consultation. Appendicectomie pour appendicite aiguë, l'appendice était adhérent au caecum sur toute son étendue. Un drain fut introduit dans le cul-de-sac latéral droit. Accouchement normal peu après l'intervention. L'enfant survit et la convalescence de la malade fut très satisfaisante.

Observation IV. Mme M. R..., 20 ans, entrée le 24 novembre 1923, sortie le 8 décembre 1923.

Deux jours avant son entrée, la malade fut prise d'une douleur abdominale intense; celle-ci se localisa à la fosse iliaque droite; elle eut plusieurs vomissements durant les quarante-huit heures qui précédèrent son opération. Elle était grosse de quatre mois. Opération le 24 novembre 1923. Appendicectomie sans drainage. Suites simples; la plus haute élévation thermique fut de 101° F. (38.3° C.), et le pouls 110, le jour même de l'opération. La grossesse a eu une évolution absolument normale.

Observation V. Mme C. N..., 22 ans, entrée le 10 juillet 1924, sortie le 22 juillet 1924.

La malade souffrait de nausées et de vomissements depuis un an. Elle était enceinte de deux mois et avait été soignée par son médecin pour vomissements incoercibles. Peu avant son admission les signes classiques d'une appendicite aiguë se déclarèrent. Opération le 11 juillet 1924: appendicectomie sans drainage. Suites opératoires des plus faciles; sa grossesse continua jusqu'au terme et je l'accouchai moi-même.

Observation VI. Mme A. C..., 39 ans, entrée le 5 avril 1925.

Appelé d'urgence, à domicile, je vis la malade en consultation le soir du 5 avril 1925. Elle accusait une douleur dans le bas-ventre depuis trois jours; point de vomissements ni de frissons. Elle était enceinte de quatre mois. L'examen dénotait une sensibilité exagérée au point de MacBurney, température 100.2° F. (37.8° C.), pouls 120. Opération le même soir, appendicectomie sans drainage. La malade fit une fausse couche le quatrième jour après l'intervention, mais sa convalescence n'en fut point affectée.

Observation VII. Mme J. C..., 31 ans, entrée le 21 juillet 1925, sortie le 15 août 1925.

Elle accusait une douleur sévère dans la région iliaque droite depuis vingt-quatre heures. Cette douleur était constante et accompagnée de vomissements fréquents. Elle était grosse de trois mois. Opération le

1er août 1925, appendicectomie, fermeture du ventre sans drainage, suites simples, aucune complication. Sa grossesse évolua jusqu'au terme.

Observation VIII. Mme A. M..., 36 ans, entrée le 14 novembre 1925, sortie le 2 décembre 1925.

Cette malade, grosse de cinq mois, avait été vue par deux médecins avant son entrée. On avait diagnostiqué une appendicite aiguë. Elle fut observée dans le service pendant cinq jours. La douleur dans la fosse iliaque droite persistait de jour en jour, bien que la malade fût au repos absolu. Opération le 19 novembre 1925, appendicectomie. L'appendice était rétro-caecal et adhérent au caecum sur toute son étendue. L'abdomen fut refermé sans drainage. Suites opératoires des plus simples. La plus haute élévation thermique fut de 99.4° F. (37.3° C.), pouls 90. Sa grossesse évolua normalement jusqu'au terme.

Observation IX. Mme R. L..., 30 ans, entrée le 6 janvier 1926, sortie le 22 janvier 1926.

Elle accusait une douleur sévère dans la région iliaque droite depuis vingt-quatre heures; cette douleur devenait de plus en plus intense. Les signes classiques d'une appendicite aiguë existaient depuis son entrée; elle était grosse de cinq mois. Opération immédiate, appendicectomie. L'appendice était oedématié, et le bassin contenait une quantité considérable de sérum floconneux; l'abdomen néanmoins fut refermé sans drainage. Suites opératoires faciles. Sa grossesse évolua jusqu'au terme sans incidents et je l'accouchai le 2 mai 1926.

Dans ces neuf cas, une fois le diagnostic d'appendicite aiguë établi, l'extirpation de l'appendice fut pratiquée sans retard. Toutes les malades survivent à l'opération. Le drainage ne fut jugé nécessaire que chez une femme dont la grossesse était arrivée à terme. Elle accoucha peu après l'intervention et son enfant survit. Une autre, grosse de quatre mois, avorta le quatrième jour après une appendicectomie sans drainage, la seule fausse couche dans une série de huit cas. Ce résultat semble prouver que le diagnostic immédiatement établi et l'opération sans retard laissent ces femmes dans le meilleur état possible et que la grande majorité de ces malades portent leurs grossesses jusqu'au terme. C'est là une condition idéale; l'opération immédiate obvie au danger de la péritonite ou de la septicémie. Dans mon service l'extirpation de l'appendice est pratiquée aussitôt le diagnostic posé et ceci, d'après moi, est de prime importance.

Groupe III. Appendicite aiguë avec péritonite générale et grossesse
(Appendicectomie, caecostomie et drainage)

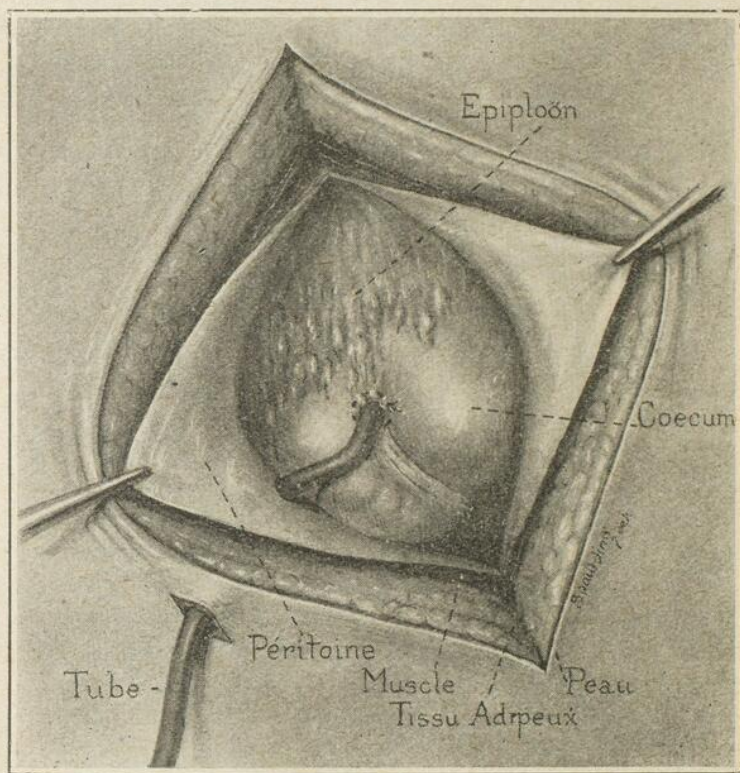
La technique de la caecostomie est des plus simples. Une suture en bourse, de catgut chromé fin, est introduite dans le cæcum, une incision de dimensions nécessaires pour permettre l'introduction d'un tube dans l'intestin est pratiquée; ou bien cette suture est placée à la base de l'appendice. En pratiquant l'exérèse de celui-ci, on l'incise où il se joint au cæcum, laissant ainsi une ouverture où on fait pénétrer une cathétère No 28 ou 30. Ce dernier est suturé au bord de l'incision intestinale par un point de catgut; la suture en bourse est serrée suffisamment pour fixer le tube dans l'intestin et une seconde suture enfouit la première. Le tube est généralement passé à travers l'épiploon et sort de l'abdomen par une petite incision de la paroi à droite de la première. Il est alors possible d'obtenir le drainage de l'intestin, d'empêcher le ballonnement du ventre, et d'injecter 250 centimètres cubes de sérum glucosé dans l'intestin toutes les quatre heures, afin de combattre l'acétonémie et de donner le liquide nécessaire à la maladie.

Observation I. Mme C.C..., 39 ans, entrée le 9 septembre 1921, décédée le 11 septembre 1921.

Cette malade, enceinte de sept mois, avait été visitée par un médecin deux jours avant son entrée; elle avait gardé le lit depuis deux jours et avait eu des pansements à la glace sur le ventre depuis le début de la maladie. Sa condition devenant inquiétante, elle fut envoyée à l'hôpital. A son entrée, elle avait des vomissements constants, était pâle, très affaiblie, elle avait de la dyspnée, le pouls était de 140, faible et dépressible, la température de 102.6° F. (39.2° C.). Le ventre était dur, ballonné et très douloureux au palper. Opération immédiate le 9 septembre 1921. Le ventre ouvert, on se trouve en présence d'une péritonite diffuse, la séreuse était remplie de pus, sans aucun signe de localisation; l'appendice était gangreneux et perforé. Extirpation facile, puis on pratiqua une caecostomie; deux gros drains furent introduits dans les fosses iliaques, l'un à droite et l'autre à gauche. Les dimensions de l'utérus indiquaient une grossesse de sept mois. Le drainage fut copieux et la malade allait assez bien, quand deux jours après l'opération le travail se déclarait. La dilatation complète révélait malheureusement un placenta pravia total; l'extraction d'un enfant qui se présentait par le siège fut faite immédiatement. L'enfant mourut quelques heures après sa naissance et la mère succomba à une septicémie générale dix heures après son accouchement.

Observation II. Mme M. V. L..., 20 ans, entrée le 18 juin 1923, sortie le 6 juillet 1923.

Vingt-quatre heures avant son entrée la malade éprouva une vive douleur dans l'abdomen. Cette douleur accompagnée de vomissements s'était localisée dans la région iliaque droite. L'examen dénotait tous les signes classiques d'une appendicite aiguë. Elle était enceinte de quatre mois. Opération peu après son entrée le 18 juin 1923. Le ventre ouvert, on découvre une péritonite diffuse, la séreuse contenant une grande quantité de pus, sans aucun signe de localisation, appendice gangreneux, perforé. Extirpation de l'appendice et caecostomie; deux



gros drains furent introduits dans les fosses iliaques. Ballonnement du ventre considérable pendant les trois premiers jours qui suivirent l'intervention. La température la plus élevée fut constatée le jour même de l'opération et fut de 100.8° F. (38.2° C.), pouls 120. Les drains furent enlevés le cinquième jour et le tube intestinal le huitième jour. La fistule stercorale était complètement fermée le dix-septième jour après l'intervention. Elle quitta l'hôpital le 6 juillet 1923, l'incision étant parfaitement cicatrisée; elle n'avait eu aucune complication utérine durant sa convalescence, et elle porta sa grossesse jusqu'au terme. Cinq mois

plus tard elle fut accouchée dans mon service; son accouchement fut tout à fait normal et elle laissa l'hôpital en bonne santé avec son enfant qu'elle allaitait.

Observation III. Mme A. C..., 40 ans, entrée le 23 décembre 1923, décédée le 27 décembre 1923.

A son entrée, on apprit qu'elle était au lit, avec élévation thermique, vomissements, insomnie et une douleur très marquée dans l'abdomen depuis trois jours. Elle était enceinte de cinq mois. Sa condition était désespérée; néanmoins elle fut opérée immédiatement. En ouvrant la cavité péritonéale, on se trouva en présence d'une péritonite généralisée, et d'un appendice gangreneux, perforé, sans aucun signe de localisation du processus inflammatoire. Extirpation de l'appendice et caecostomie avec drainage des deux fosses iliaques. La malade avorta le 26 décembre, trois jours après l'intervention, et elle mourut le lendemain, le 27, de septicémie générale. L'enfant vécut trois heures.

Sur ces trois cas admis au service avec péritonite diffuse, un fut sauvé par l'appendicectomie et le drainage de l'intestin aussi bien que de la séreuse. Les symptômes chez cette malade ne dataient que de vingt-quatre heures avant son entrée. Bien que l'avortement ou l'accouchement prématuré soit la règle dans ces cas de péritonite, cette jeune femme accoucha à terme et normalement. Les deux autres moururent de septicémie générale. Chez la première les symptômes existaient depuis quarante-huit heures et chez la seconde depuis soixante-douze heures, avant leur entrée. Le résultat aurait pu être différent si ces femmes avaient été opérées au début de la maladie. Naturellement, l'opération n'offre aucune chance sérieuse de succès en présence d'une septicémie générale. Dans ces trois cas une péritonite diffuse se développa sans aucune localisation du processus.

Conclusions

1° Il faut faire la distinction entre l'appendicite chronique et l'appendicite aiguë.

2° Il vaut mieux opérer les cas d'appendicite chronique qui donnent des symptômes durant la grossesse, de peur de les voir se développer en appendicite aiguë. L'intervention à froid ne comporte que des risques très minimes à la malade. Trois observations : guérison des mères; grossesses portées jusqu'au terme.

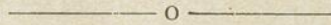
3° Tous les cas d'appendicite franche doivent être opérés aussitôt le diagnostic posé, à toute époque de la grossesse. Le succès de

l'intervention dépend largement du fait qu'elle est pratiquée de bonne heure. Neuf observations: guérison des neuf mères; toutes les grossesses portées au terme, sauf une; un accouchement près du terme suivant l'intervention; l'enfant survécut.

4° Dans les cas avancés d'appendicite et de grossesse, la péritonite se développe d'emblée, généralement sans localisation. Le drainage de l'intestin (cæcostomie) suivant l'extirpation de l'appendice et le drainage multiple de la séreuse peuvent sauver un certain nombre de cas où la péritonite est établie. (Observation II, troisième groupe.)

5° L'opération n'offre pratiquement aucune chance de succès en présence d'une septicémie générale: deux mortes de septicémie.

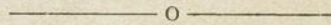
6° Dans cette statistique de quinze observations, treize mères furent guéries et onze enfants sont vivants.



NOUVELLES

Nous apprenons aujourd'hui seulement que le 8 décembre dernier le Dr J. N. Roy a été nommé membre correspondant étranger de la Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris.

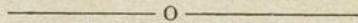
Nos félicitations.



AVIS

Jeune médecin demandé comme interne à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu; suivra les services de Pathologie Interne et Externe, de Syphiligraphie, d'Oto-rhino-laryngologie, Electrothérapie, Hydrothérapie, etc. Pension et entretien, plus \$600.00 par année.

S'adresser au Dr T. Parizeau, Université de Montréal.



CONJONCTIVITE DE PARINAUD (1)

Par le Docteur FRANÇOIS BADEAUX
Travail du Service ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu
Professeur Lassalle

Tous les jours nous observons dans nos bureaux et dans les services hospitaliers d'ophtalmologie de nombreux cas de conjonctivites. Aussi le sujet de ma communication paraît-il banal.

Tout de même, il n'en contient pas moins son intérêt scientifique, tout petit soit-il, en confirmant l'opinion de Parinaud et en attirant l'attention des bactériologistes sur l'agent causal de la conjonctivite de Parinaud.

Nous savons tous que, grâce au microscope, nous pouvons aujourd'hui classer nos conjonctivites, mais il est encore des cas où l'agent pathogène nous est inconnu et où notre diagnostic étiologique ne se fait que par la clinique, l'histoire de la maladie et l'élimination des autres conjonctivites. Je relate donc l'histoire de notre malade.

Monsieur Paul-Emile X., âgé de vingt ans, se présente au bureau en avril dernier pour œdème des paupières de l'œil gauche s'accompagnant d'adénite préauriculaire énorme.

Historique.—Vers la fin de mars dernier, en trayant une de ses vaches, Paul-Emile reçut sur l'œil gauche un coup de queue. Sensation pénible, je suppose. Dès le lendemain au réveil, le malade éprouva de la gêne à ouvrir l'œil frappé, qui était un peu collé et légèrement œdématisé, nota en plus un léger picotement, mais aucune douleur oculaire. Les jours suivants, les symptômes s'accrochèrent, puis apparut une adénite préauriculaire qui ne tarda pas à devenir un empatement énorme de la joue. L'état général est un peu atteint, mais le malade, un dur à cuire, ne se préoccupa pas de sa température. Après trois semaines de maladie, l'état de sa joue l'inquiéta davantage et c'est ce qui l'amena au bureau.

L'examen de l'œil droit ne révèle rien d'anormal, mais les paupières de l'œil gauche sont œdématisées, surtout la paupière supérieure qui est en léger ptosis.

Cet œdème ne s'accompagne d'aucune réaction inflammatoire du côté de la peau.

(1) Communication faite au Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, septembre 1926.

L'œil lui-même, sain, contraste avec les conjonctives hyperémiées qui le recouvrent. Sur ce fond inflammatoire, au niveau du bord supérieur du tarse à l'angle externe, deux grosses végétations rougeâtres, pédiculées mais non ulcérées, recouvertes d'un léger exsudat grisâtre.

D'autres petits follicules jaunes sont aussi disséminés le long du bord supérieur du tarse et sur la conjonctive palpébrale inférieure.

La sécrétion oculaire, peu abondante, légèrement jaunâtre, est étalée sur des lames etensemencée sur gélose simple, gélose ascite, gélose maltosée de Sabouraud et sur bouillon simple.

J'inclus aussi sous la peau d'un cobaye un des follicules excisés.

Ces recherches de laboratoire devaient nous guider. Pour établir notre diagnostic étiologique, nous suivîmes la classification de Morax qui admet trois groupes de conjonctivites.

Le premier groupe comprend les conjonctivites où l'inflammation présente un caractère diffus. Tel n'était pas le cas de notre malade.

Dans le deuxième, entrent un certain nombre de maladies où les lésions de la muqueuse offrent un caractère plus circonscrit et constituent de petites saillies appelées follicules ou granulations.

Un dernier groupe, ce sont des types ayant quelques ressemblances cliniques et surtout se compliquant d'une forte adénite préauriculaire et sous-maxillaire très caractéristique. Parmi ceux-ci :

- 1—La tuberculose conjonctivale.
- 2—La syphilis primitive.
- 3—La sporotrichose.
- 4—La conjonctivite vaccinale.
- 5—La conjonctivite de Parinaud.

Pour établir notre diagnostic, ajoutons à ces types trois autres conjonctivites: une du second groupe, le trachôme, et deux non classifiées.

- 1—La conjonctivite impétigineuse.
- 2—La conjonctivite printanière.

Diagnostic.—Il ne s'agissait pas chez notre malade de tuberculose conjonctivale. Bien qu'il y eut quelque ressemblance clinique avec la forme végétante de la tuberculose, le microscope ne donnait pas de bacilles de Koch ni dans les frottis ni dans les cultures.

Après trois semaines d'inoculation, le cobaye était en parfaite santé.

Aucune élévation de température.

Aucune réaction locale ou générale.

Aucune baisse de poids.

L'autopsie du cobaye après deux mois ne révèle aucun follicule, aucune adénite.

L'animal est gros et gras.

2—Il ne s'agissait pas non plus de syphilis primitive. Car il n'y avait ni ulcération conjonctivale, ni induration. L'adénopathie était loin d'être indolore. Au contraire le malade souffrait de douleurs spontanées et provoquées à la pression.

Le Bordet-Wassermann était négatif dans le sang.

3—Il n'était plus question de sporotrichose.

Aucune ulcération des follicules.

La culture sur gélose maltosée fut négative. Aucune trace du Champignon *Sporotrichum Beurmani*.

4—La conjonctivite vaccinale ? A une toute autre histoire.

5—Le trachôme, la conjonctivite printanière n'évoluent pas ainsi cliniquement.

Le frottis coloré au Giesma ne donna ni inclusion, ni corpuscule de Prowazek, ni éosinophilie.

6—L'impétigo n'a aucune ressemblance clinique.

Restait la conjonctivite de Parinaud. C'est à elle que je rattachai le cas de notre malade, pour deux raisons.

Premièrement, parce que, comme le dit Parinaud, cette conjonctivite se prend au contact des gros animaux domestiques.

Deuxièmement, parce que les symptômes cliniques furent ceux de cette maladie et les recherches de laboratoire, nulles.

Si j'ai hésité à faire mon diagnostic, c'est que sur le frottis de l'exudat et dans les cultures je trouvai un bacille sporulé, hôte inaccoutumé de la conjonctivite, bacille ne prenant pas le gram.

Par curiosité j'ensemenciai quelques poils de la queue de la vache recueillis le plus aseptiquement possible. Je trouvai ce même bacille avec quelques autres prenant le gram. L'infection était-elle due à ce bacille ? C'est ce que je crus, mais un plus long examen fait à l'Université donna un bacille sporulé non pathogène que nous sommes à classer. Il ressemble au subtitis par ses caractères morphologiques et par sa vitalité dans les cultures. Morax nous rappelle que la sécrétion conjonctivale renferme quelquefois et en petit nombre des microorganismes décelables par la culture, mais rentrant toujours dans la catégorie des microbes banaux, tels: le subtilis, le protéus et des saprophytes. Quant aux éléments cellu-

lares, il y avait chez notre malade quelques cellules épithéliales et abondance de lymphocytes.

L'étiologie comme la symptomatologie de la conjonctivite de Parinaud correspondent bien à celles de notre cas. Le résultat négatif des recherches de laboratoire s'ajoute encore à cela.

Conclusion

Parinaud a sûrement raison d'attribuer cette maladie au voisinage de gros animaux domestiques; je crois que l'histoire de notre malade en est une preuve de plus.

Je crois que dans l'examen attentif de la flore microbienne du poil de ces animaux domestiques, les bactériologistes trouveront une clef pour arriver au virus filtrant, agent supposé causal de cette conjonctivite. Peut-être ces microorganismes que nous trouvons ne sont que des véhicules du virus et qu'un jour nous le verrons sortir.

Le traitement appliqué n'a pas beaucoup amendé la marche de la maladie.

Nous lui avons fait tous les jours pendant dix jours une nitrination à 2%. Nous n'avons pas eu heureusement à combattre de suppuration de l'adénite. Les pansements humides chauds au sérum ont suffi à faire regresser l'inflammation.

Au point de vue fréquence.

La conjonctivite de Parinaud est assez rare. C'est la première observée depuis deux ans. Nous avons observé à l'Hôtel-Dieu en un an une couple de conjonctivites de Weeks, deux conjonctivites à gonocoques, quelques conjonctivites diplobacillaires de Morax et surtout des conjonctivites à pneumocoques simples ou compliquées de lésions cornéennes.

LITHIASE VÉSICALE

*Par le Docteur ANTONIO BELLEROSE,
Moniteur de l'Hôpital Necker de Paris,
Assistant à l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.*

Les deux observations cliniques, que je vous présente aujourd'hui, marquent le début d'une chronique, au cours de laquelle j'étudierai certains cas, qui peuvent offrir quelque intérêt pour le praticien; ces malades ont été observés, ou dans le Service de Chirurgie du Prof. T. Parizeau, (j'eus l'insigne honneur d'être l'un de ses assistants), ou dans la clientèle.

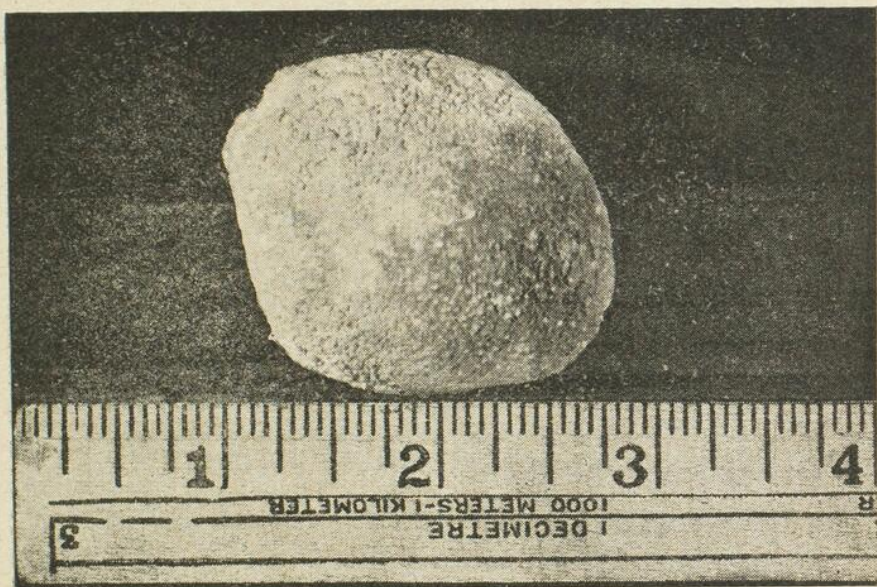


Fig. No 1

Obser. No 1.—Le 14 juin, P. M., âgé de 20 ans, entre à l'hôpital pour mictions douloureuses et fréquentes.

La maladie a débuté, il y a 14 ans, par une crise douloureuse très intense dans le côté gauche de l'abdomen, cette crise a été suivie d'une hématurie, qui ne s'est jamais répétée jusqu'ici. Pendant quelque temps, notre malade ressent des douleurs à la miction, puis tout rentre dans l'ordre sans subir aucun traitement.

A partir de cette époque, ce dernier semble très peu incommodé par la maladie dont il souffre, à peine une ou deux fois par année, ressent-il, pendant quelques jours, des douleurs dans la région hypogastrique, celles-ci coïncident avec de la pollakiurie et des mictions douloureuses.

Au mois de février 1926, la cystite s'installe en permanence; les mictions deviennent très fréquentes, et occasionnent des douleurs considérables, la marche, surtout la voiture, augmentent l'intensité de ces symptômes. Pour la première fois, on se décide à consulter un médecin, qui immédiatement conseille une intervention.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant. Dans les antécédents personnels, en plus de l'histoire de la maladie actuelle, on note des signes de rachitisme pendant l'enfance.

Au moment de l'admission à l'hôpital, la température oscille entre 101° et 103°, la pression artérielle est de 120 pour la maxima et de 75 pour la minima. Les urines sont troubles, — présence de leucocytes, — la capacité vésicale est diminuée, — 100 c.c. L'explorateur métallique de Thompson nous permet de constater la présence d'un corps étranger dans la vessie, il nous permet d'en établir la dureté en même temps que les dimensions.

Diagnostic.—Calcul vésical unique avec cystite concomitante.

Traitement.—Grand lavage vésical, 2 fois par jour, pendant une semaine pour désinfecter la vessie et faire tomber la température.

Le 22 juin: Anesthésie à l'éther, taille hypogastrique. Je trouve un calcul unique dont l'extraction est rendue difficile à cause du volume. La muqueuse vésicale est grisâtre et très friable. (Fig. No 1)

Les suites opératoires sont longues, pendant longtemps la cystite résiste au traitement. Le malade, sur demande, laisse l'hôpital le 15 septembre 1926, avec la promesse d'y revenir si la cystite ne disparaît pas complètement. Il devra subir certains examens impossibles à faire auparavant, à cause de la fistule hypogastrique guérie depuis à peine 15 jours.

Obs. No 2.—M. X., 30 ans, machiniste, se présente à la consultation pour rétention aiguë d'urine.

Ce dernier, il y a 2 ans, a été traité pour une gonorrhée, au moyen des grands lavages vésicaux donnés avec une sonde en gomme.

Le malade se considérait comme guéri jusqu'à ces derniers six mois, alors que réapparurent des troubles urinaires; les mictions sont devenues de plus en plus douloureuses et de plus en plus fréquentes,

si bien qu'aujourd'hui il se trouve dans l'impossibilité complète d'uriner.

Examen.—La pression du gland et du canal ne parvient pas à faire sourdre un liquide purulent au méat uréthral, le toucher rectal permet de sentir une prostate de volume normal, à peine un peu douloureuse.

Voulant calibrer l'urèthre, avant de faire le cathétérisme vésical, j'introduis une bougie exploratrice No 18, qui pénètre facilement dans la vessie; à ma grande surprise, en la retirant, la miction s'établit d'elle-même en même temps qu'est expulsé un poil recouvert

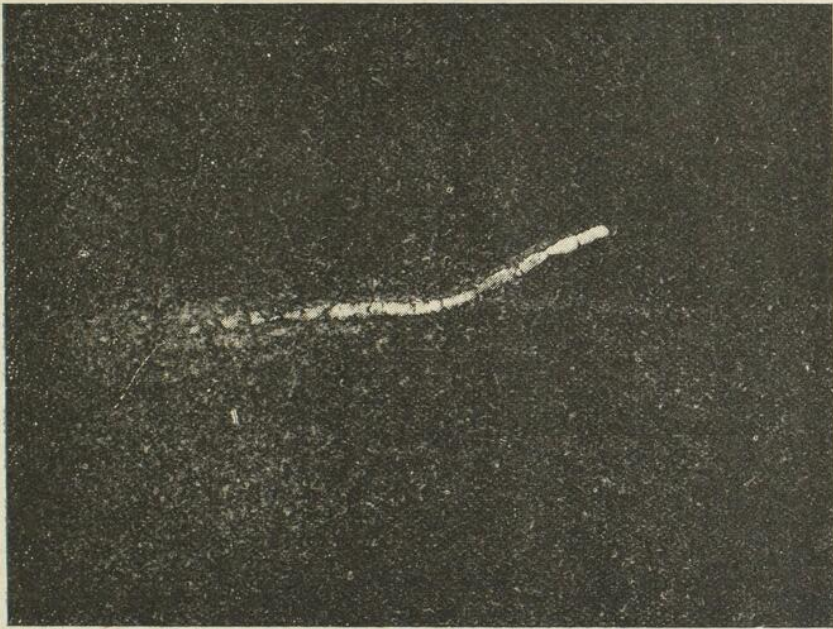


Fig. No 2

d'incrustations calcaire. (Fig. No 2) Quelques lavages vésicaux, donnés dans les jours suivants, suffisent à guérir la cystite.

Ces deux observations me paraissent intéressantes. Dans le premier cas, un calcul vésical se forme à la suite d'un petit calcul descendu du rein, pendant longtemps, (13 ans,) il est toléré sans occasionner de désordres considérables; dans le second cas, le calcul est dû à la présence d'un poil introduit dans la vessie lors d'un cathétérisme, dès le début de sa formation, il donne naissance à des symptômes graves.

Les calculs vésicaux peuvent, quand à leur origine, se diviser en deux grandes catégories :

- 1° Les calculs primitifs, ce sont les calculs d'organisme de Guyon.
- 2° Les calculs secondaires, ou calculs d'organe de Guyon.

Etiologie

Parmi les causes du calcul on doit citer :

- 1° Le régime: nourriture trop riche, excès de viande, défaut d'exercice, etc.
- 2° Le climat humide.
- 3° Les maladies de la nutrition: l'arthritisme, le diabète, etc.
- 4° Les fractures d'os importants nécessitant pendant longtemps l'immobilisation. (Prof. Legueu.)
- 5° Les anomalies de l'urèthre, rétrécissements, etc.
- 6° Les anomalies vésicales, diverticules, etc.
- 7° L'adénome de la prostate.
- 8° La rétention chronique d'urine.
- 9° Les infections urinaires, cystite et pyélo-néphrite.
- 10° Les corps étrangers de la vessie, poils, parasites, calcul du rein descendu dans la vessie, etc.
- 11° Les fractures du bassin compliquées d'une fistule interne de la vessie, par où s'éliminent des poussières d'os, qui servent d'amorces aux calculs. (Prof. Legueu.)

Symptomatologie

Les symptômes subjectifs diffèrent d'un malade à l'autre, cependant la plupart des porteurs de calculs vésicaux traversent trois phases bien distinctes, si le chirurgien n'intervient pas.

1° Phase de tolérance.

La présence du calcul passe inaperçue; cette tolérance peut durer assez longtemps chez certains individus.

2° Phase d'intolérance, phase réactionnelle.

Trois grands symptômes cliniques dominent cette période, ce sont: l'hématurie, la douleur et les troubles de la miction.

a) Hématurie: Ce symptôme est loin d'être constant, comme en font foi les deux observations rapportées. C'est une hématurie terminale, c'est-à-dire c'est une hématurie qui se produit à la fin

de la miction; tout mouvement brusque, qui secoue le calcul, peut la provoquer, elle cesse avec le repos.

b) Douleur: La nuit, qui arrête l'hématurie, calme aussi la douleur. Celle-ci siège à l'hypogastre, s'irradie dans la verge et atteint son maximum au gland; elle augmente d'intensité à la fin de la miction lorsque la vessie se contracte sur le calcul.

c) Troubles de la miction: Ils sont nombreux, ce sont :

La pollakiurie surtout diurne.

L'arrêt brusque du jet d'urine, plutôt rare.

La rétention d'urine, lorsque le calcul s'engage dans l'urèthre.

L'incontinence d'urine chez les enfants.

3° Phase de cystite.

Les urines, de pâles qu'elles étaient, "qui ne charie, bâtit", deviennent troubles, bref aux symptômes de cystite traumatique viennent s'ajouter ceux de cystite infectieuse.

L'examen local nous donne des renseignements, qui permettent un diagnostic certain de calcul vésical.

1° Explorateur métallique. Cet instrument nous renseigne sur la dureté, le volume des calculs par le son qu'il produit à leur contact.

2° Cystoscopie. Elle permet de voir à l'œil les calculs que l'explorateur Thompson peut laisser passer inaperçus, tels que les calculs diverticulaires, enchâtonnés, etc. Elle renseigne sur l'état des parois vésicales, sur le nombre des calculs, sur leur forme et leur localisation.

3° Cysto-radiographie. En injectant des substances opaques ou de l'oxygène dans la vessie, on peut mettre en évidence les calculs. On emploie cette méthode chez les rétrécis et les porteurs d'adénome prostatique.

Faculté de Médecine de Paris
Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie—Hôpital St-Louis
Professeur: M. Jeanselme

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Dermatologie t Vénérologie

sous la direction de M. le Professeur Jeanselme

Le prochain cours de **Dermatologie** aura lieu du 25 avril au 21 mai 1927.
Le prochain cours de **Vénérologie** aura lieu du 25 mars au 17 juin 1927.
Le prochain cours de **Thérapeutique Dermato-Vénérologique** aura lieu du
20 juin au 12 juillet 1927.

Un cours de **Technique de Laboratoire** aura également lieu durant cette
période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 250 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital St-Louis, 40, Rue Bichat,
Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations
de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen
et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de Physiothérapie
(électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique,
rayons ultra-violet, finsentherapie, radium), de Thérapeutique (frotte,
scarifications, pharmacologie), etc..

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures
à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midis de 1 h. 30 à 5 heures et
les matinées seront réservées aux Policliniques, visites des salles, con-
sultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs
assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-
de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à
17 heures. (On peut s'inscrire par correspondance.)

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Burnier, Hôpital
Saint-Louis (Pavillon Bazin).

XIXème Congrès Français de Médecine

Paris, lundi 10, jeudi 13 octobre 1927

Le XIXème congrès français de médecine, décidé par l'Assemblée
Générale de l'Association des médecins de langue française, tenue en

1925 à Nancy, se tiendra à Paris du lundi 10 au jeudi 13 octobre 1927, sous la présidence de Monsieur le professeur Teissier.

Les rapports porteront sur les questions suivantes :

I—Sémiologie des septicémies médicales.

Rapporteurs: **MM. Gastinel et Reilly** (de Paris). Sémiologie générale de l'état septicémique.

M. de Lavergne (de Nancy). Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques spécifiques à virus connus ou inconnus.

MM. Arloing et Dufourt (de Lyon) et **M. Langeron** (de Lille). Formes cliniques des septicémies aiguës ou chroniques non spécifiques.

II—Physio-pathologie des oedèmes.

Rapporteurs: **MM. Aubel et Mauriac** (de Bordeaux). Etude du rôle de quelques ions et des variations de leur répartition dans la pathogénie des oedèmes.

M. Gowaertz (de Bruxelles). Rôle des propriétés physio-chimiques des protéines dans la pathogénie des oedèmes avec étude des variations de la tension osmotique et de la tension capillaire.

M. Pasteur-Vallery-Radot (de Paris). Les oedèmes brightiques.

III—Indications médicales et valeur thérapeutique comparée de la splénectomie.

Rapporteurs: **MM. Fiessinger et Brodin** (de Paris). La splénectomie dans les processus hémolytiques.

MM. Nanta (d'Alger) et **Jean Tapie** (de Toulouse). La splénectomie dans les processus anémiques.

M. Nanta: Anémies parasitaires et infectieuses;

M. Jean Tapie: Anémies pernicieuses et leucémies.

Le texte de ces rapports sera envoyé aux membres adhérents avant le mois de juillet 1927 pour leur permettre d'en prendre connaissance et de s'inscrire éventuellement pour toutes communications relatives aux trois questions. Afin d'assurer une discussion large et méthodique, le comité d'organisation a décidé de n'accepter aucune communication qui ne concernerait pas exclusivement les questions rapportées. En raison des adhésions déjà reçues, le comité d'organisation prie les futurs membres du Congrès de s'inscrire le plus tôt possible. Il sera en effet obligé de fixer peu après l'envoi des rapports le terme au delà duquel les inscriptions ne pourront plus être admises.

Renseignements Généraux.

Pendant la durée du congrès se tiendra une exposition de produits pharmaceutiques, d'appareils d'hygiène et de radiologie, d'instruments de laboratoire, de journaux et de livres médicaux.

Des réductions de tarif seront demandées aux Compagnies de chemin de fer en faveur des congressistes.

Des fêtes, réceptions et excursions dont le détail sera donné ultérieurement seront organisées à l'occasion du congrès.

La cotisation est fixée à :

50 Francs pour les membres adhérents, médecins civils, militaires ou coloniaux.

25 Francs pour les membres associés, membres des familles des adhérents, internes et externes des hôpitaux, étudiants en médecine.

Les demandes d'inscriptions doivent être adressées avec le montant de la cotisation à Monsieur Pierre Masson, éditeur, 129, Boulevard St-Germain, Paris (VIe), par chèque ou versement à la poste au compte courant de chèques postaux No 599 à Paris.

Le bureau compte sur tous les membres de l'Association pour assurer au XIXème Congrès un succès digne de la science médicale française. Il tient à exprimer de nouveau sa reconnaissance aux nombreuses notabilités médicales des pays amis et alliés de l'Amérique du Sud (République Argentine et Brésil), de la Belgique, du Canada, de l'Italie, du Grand Duché de Luxembourg, de la Pologne, de la Roumanie, de la Suisse, de la Tchéco-Slovaquie, de la Yougo-Slavie, dont le concours dévoué, si spontanément et si libéralement donné, lui est déjà un encouragement précieux.

Renseignements complémentaires.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser à la permanence du bureau du XIXème Congrès, Salle Béclard, à la Faculté de Médecine de Paris, 12, Rue de l'Ecole-de-Médecine, "Bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger" A. D. R. M. ou à M. le Docteur M. Chiray, Secrétaire général du Congrès, 14 Rue Pétrarque à Paris (XVIème), ou à M. le Docteur Lian, 19 Rue de Bourgogne à Paris (VIIème).

— o —

Congrès tenus à Paris durant l'année 1927

Nous donnons ci-dessous la liste complète des Congrès scientifiques qui seront tenus en France à partir de fin de mai jusqu'à fin décembre de cette année. Nous attirons tout spécialement l'attention de nos lecteurs sur les Congrès de septembre et octobre. Nous avons reçu à cet effet de nombreuses demandes d'informations venant de plusieurs centres importants de la Province de Québec, de l'Ouest canadien et même des Etats-Unis. Nous en sommes particulièrement heureux.

Si nous songeons qu'environ 300 médecins canadiens-français, membres de l'Association des Médecins de Langue Française des deux Amériques, se sont inscrits dans l'Association des Médecins de Langue Française de France, à la fin de notre Congrès tenu à Montréal en

septembre 1926, il n'y a rien d'étonnant que notre article publié dans le dernier numéro de l'Union Médicale ait provoqué un si vif intérêt chez nos confrères. Nous sommes heureux d'ajouter que nous devons à l'initiative du Professeur Albert LeSage, qui présida aux séances de ce Congrès, l'idée et la réalisation de ce beau geste qui rapproche d'autant, il nous semble, notre corps médical et celui de la France.

Les Compagnies de Navigation à qui nous nous sommes adressés désirent connaître approximativement le nombre des Congressistes qui se rendront en France pour le mois d'octobre. Elles nous ont promis un tarif préférentiel qui varierait naturellement suivant le plus ou moins de passagers. Elles nous ont même demandé de faire diligence afin de retenir au plus tôt un nombre suffisant de cabines sur un paquebot qui partirait fin septembre pour la France. Leur demande est bien légitime, car l'affluence des passagers sur nos transatlantiques est toujours très considérable. Il est bien entendu que le privilège d'un tarif préférentiel sera accordé aux parents et aux amis des médecins congressistes ainsi qu'à tous nos compatriotes qui voudront faire partie du voyage.

Le mois d'octobre est particulièrement riche en Congrès de toutes sortes qui présentent un intérêt pour les chirurgiens, les orthopédistes et les urologistes, les médecins et les hygiénistes. C'est donc dire que nous nous attendons à recevoir d'autant plus de demandes d'adhésions. Cette occasion qui s'offre à nous de voir Paris et de rencontrer les médecins, les chirurgiens et les hygiénistes de France qui sont, n'ayons crainte de le dire, les plus réputés du monde, est tout à fait exceptionnelle et nous sommes convaincus que la profession médicale canadienne-française sera bien représentée.

Liste des Congrès et des manifestations médicales en 1927 en Europe, et particulièrement en France

- 30, 31 mai et 1er juin.**—Réunion neurologique internationale annuelle. Secrétaire général: M. Crouzon, 70 bis, avenue d'Iéna, à Paris.
- 27 mai au 1er juin.**—Célébration du centenaire de la naissance de Vulpian. Secrétaire général: M. Crouzon, 70 bis, avenue d'Iéna, à Paris.
- Juillet.**—XIIe Congrès français de Médecine légale, à Lyon. Secrétaire: M. Mazelle, 54, avenue de Noailles, à Lyon.
- Juillet.**—Célébration du Centenaire de Lister à Edinburgh. S'adresser à M. Fraser, 32, Moray Place, Edinburgh.
- 18 juillet.**—VIe Congrès international d'Histoire de la Médecine, à Leyde, sous la présidence de M. J. G. de Lint. Pour renseignements s'adresser à M. Laignel-Lavastine, 12 bis, place de Laborde, à Paris.
- 1er au 6 août.**—XXXIe Session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Blois. Secrétaire général: M. Olivier, médecin-directeur de la Maison de Santé de Blois (Loir-et-Cher).
- Septembre-Octobre.**—Ve Congrès des Pédiatres de langue française, à Lausanne.

- 29-30 septembre et 1er octobre.**—Ve Congrès de l'Association française des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, à Lyon. Secrétaire général: M. le Professeur Brindeau, 71, rue de Grenelle, Paris.
- 3 au 8 octobre.**—XXXVIe Congrès de Chirurgie, à Paris. Secrétaire général: M. Auvray, 50 rue Pierre-Charron, Paris; secrétaire adjoint: M. Lenormant, 1 bis, rue de Buenos-Aires, Paris.
- 3 octobre.**—1er Congrès des Accidents du travail.
- 4 au 8 octobre.**—XXVIIe Congrès français d'Urologie à Paris. Secrétaire général: M. O. Pasteau, 13 Avenue de Villars, Paris.
- 7 octobre.**—IXe Congrès de la Société d'Orthopédie, Paris. Secrétaire général: M. Curtillet, 59 rue d'Isly, Alger; secrétaire général adjoint: M. Mathieu, 74 rue Vaneau, Paris.
- 8 au 11 octobre.**—XIIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, à Lyon. Secrétaire général: M. le professeur agrégé Piery, 5 rue Émile-Zola, Lyon.
- 10 octobre.**—XIXe Congrès français de Médecine, à Paris. Secrétaire général: M. Chiray, 14 rue Pétrarque, Paris; secrétaire général adjoint: M. Gastinel, 37 rue Galilée, Paris.
- Octobre.**—XIVe Congrès d'Hygiène, à l'Institut Pasteur de Paris. Secrétaire général: M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, 25 rue Dutot, Paris.
- Octobre.**—Cinquantième de la Société de Médecine publique, à l'Institut Pasteur de Paris. Secrétaire général: M. Dujarric de la Rivière, Institut Pasteur, Paris.
- Octobre.**—Congrès international d'hydrologie, à Lyon.
- Octobre.**—Réunion annuelle de la Société internationale d'hydrologie, à Montecatini.
- 11 au 18 novembre.**—Ve Congrès international d'Eugénique, à Berlin.

Sont encore prévus pour 1927

- Exposition Ibéro-Américaine, à Séville.
- IIe Conférence de langue française de la syphilis héréditaire, à Copenhague.
- Congrès international de navigation aérienne, à Rome.

J. E. DUBE,

Professeur à l'Université de Montréal.

Montréal, le 10 avril 1927.

ANALYSE

Cœur, Vaisseaux, par F. Bordet; *Sang, Organes Hématopoiétiques*, par A. R. Turpin.—MM. Francis Bordet et A. R. Turpin, tous deux anciens élèves du Professeur Emile Sergent, nous ont fait hommage de leur volume intitulé: "Cœur, Vaisseaux, Sang, Organes Hématopoiétiques" édité par la Maison G. Doin & Cie de Paris.

Voilà un livre que nous voudrions voir entre les mains de tous nos confrères parce qu'il donne, dans un style clair et précis, les dernières données de la science cardiologique. Les auteurs n'ont pas voulu, ainsi qu'ils l'expliquent dans l'introduction, surcharger leur manuel des détails de bibliographie ni même discerner sur le diagnostic différentiel des lésions orificielles du cœur. Le lecteur, en effet, pourra toujours, s'il le désire, lire les longs chapitres consacrés à ces questions dans les grands traités de cardiologie. "La constatation", déclarent-ils, "d'une cardiopathie valvulaire cicatricielle et bien compensée, en dehors de l'intérêt diagnostique très important qu'elle présente, ne sollicite du médecin que quelques mesures d'hygiène et de régime qu'il nous suffira de rappeler à propos du traitement préventif de l'insuffisance cardiaque. Aussi nous a-t-il paru inutile de schématiser à nouveau l'expression clinique des différentes malformations ou déformations des orifices de communication. Il nous a même semblé qu'en cessant de les prendre comme base de la thérapeutique cardiaque, nous mettrions mieux en relief cette erreur qui consiste à passer directement de la perception d'un souffle ou d'un frémissement à la prescription de la digitale.

Un praticien averti, loin de commettre une pareille faute et de lutter en vain contre les conséquences mécaniques d'une lésion cicatricielle indélébile, cherchera au contraire à remédier aux troubles fonctionnels qui peuvent en résulter, ou à juguler l'évolution d'un processus inflammatoire d'origine infectieuse. Toute son attention se portera sur la fibre myocardique qu'il interrogera dans son triple rôle de contractilité, d'excitabilité et de conductibilité. Dans la pratique courante, le souci du médecin doit être de distinguer les diverses variétés de l'insuffisance cardiaque, de comprendre la signification d'une arythmie, de reconnaître l'existence et la nature d'une cardite, de savoir dépister la présence des foyers infectieux évolutifs. Sans la solution de ces problèmes, il n'est, en effet, pas de thérapeutique cardiaque rationnelle possible. C'est pourquoi nous passerons successivement en revue au point de vue du diagnostic et du traitement:—

- 1.—Les syndrômes d'insuffisance cardiaque;
- 2.—Les syndrômes arythmiques;
- 3.—Les syndrômes infectieux;

Nous avons préféré reproduire l'introduction presque en entier pour que nos lecteurs se rendent plus facilement compte des renseignements cliniques et thérapeutiques qu'ils pourront retirer de la lecture de ce traité de 431 pages.

J. E. DUBE,

Professeur à l'Université de Montréal.

Montréal, le 10 avril 1927.

Un nouveau facteur plausible d'obésité

Par le Docteur-Vétérinaire JULES BLIER.

Cet ouvrage est à connaître des Médecins, des Biologistes, des Eleveurs et des Vétérinaires car il semble capable d'expliquer quelques particularités, restées jusqu'ici obscures, chez les mammifères, à propos du métabolisme des corps gras. C'est la lipo-diérèse pulmonaire, découverte par Roger et Binet, qui a servi de base à l'auteur. Il montre comment des corps étrangers contenus dans l'air inspiré, surtout quand il s'agit de l'air marin, peuvent perturber cette lipo-diérèse pulmonaire et il coordonne les arguments nombreux qui militent en faveur de cette thèse. Peut-être jettera-t-elle la lumière, notamment sur l'extraordinaire obésité des cétacés, — et sur la richesse en corps gras de leur lait ? On sait, par exemple, qu'il contient parfois jusqu'à cinquante pour cent de crème.

Toute étude de l'Obésité, pour être complète, impliquera désormais l'examen ou la mention de la théorie exposée dans le livre de Jules Blier.

On le trouvera, augmenté de la liste des expériences proposées par l'auteur, d'une bibliographie abondante et d'une étude générale sur la Physio-Zootéchnie dans la Collection des Travaux de Pathologie Comparée, éditée par la Revue de Pathologie Comparée et d'Hygiène Générale, en vente, 8 rue des Acacias, Paris ((17e). Prix 15 frs.

— o —

L'Allonal dans les états mélancoliques

Par le Dr F. FOURNIER

(Thèse de la Faculté de Montpellier, 1926)

Déjà de nombreux travaux ont paru sur l'isopropylallylbarbiturate de diméthyl-amido-antipyrine ou allonal. De même que le sédobrol, bromure dissimulé, semble être le médicament de choix de tous les états d'hyperexcitabilité ou de dépression d'origine nerveuse, de même que le somnifène, infiniment maniable, soluble et injectable, donne les meilleurs résultats comme sédatif et hypnotique dans les services de nerveux et dans les asiles, dans les maisons de santé comme dans la pratique journalière, de même l'allonal paraît être surtout un calmant remarquable, indiqué tout particulièrement dans les algies de toute origine et un sédatif progressivement hypnogène très utile dans les insomnies déterminées ou conditionnées par la douleur. L'auteur a étudié les effets de ce médicament chez les mélancoliques. En relisant les observations, on voit que l'hypocondrie et les troubles cénesthésiques sont toujours influencés, tandis que l'angoisse est peu touchée. Au surplus, contre l'éléments douleur, l'allonal est assez efficace pour être substitué à la morphine et à la scopolamine-morphine et il a calmé notamment les douleurs provenant d'une arthrite cervicale, rebelles à tous les analgésiques; au point de vue hypnotique, l'allonal a donné également des résultats constants; dans tous les cas, il a agi surtout en frénateur du sympathique; bref, selon les conclusions de l'auteur, l'allonal est d'un emploi indispensable en neuro-psychiâtrie, de même qu'en pratique journalière.