

MÉMOIRES

LES HEMOPTYSIES DITES INITIALES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DE L'ADULTE

André JACQUELIN

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Le problème de la valeur diagnostique des hémoptysies survenant au début de la tuberculose pulmonaire de l'adulte est un de ceux qui doivent le plus retenir l'attention, tant son importance pratique est grande.

Il est d'autant plus utile de l'aborder que l'accord est loin d'être fait sur lui.

Certes, personne ne nie que le crachat de sang ne soit, dans de nombreux cas, une des manifestations les plus précoces de l'éveil évolutif de l'infection tuberculeuse chez l'adulte, un véritable "symptôme d'alarme" alertant le malade et son entourage.

Il importe d'insister sur ce point : tel sujet que n'alarmaient ni une fatigue anormale, ni une toux inexplicquée, ni une chute de poids, prend peur à la vue du sang qu'il vient de rejeter et se décide seulement alors à consulter.

Mais qu'elle est la réelle signification de cet accident ? Doit-il, même isolé, en l'absence de toute bactérioscopie positive et de toute modification radiologique, faire porter le diagnostic de tuberculose, selon l'adage classique : "Toute hémoptysie qui ne fait pas sa preuve doit être considérée comme d'origine tuberculeuse" ?

On l'a soutenu longtemps, jusqu'au jour où l'exploration systématique des voies aériennes supérieures faite par les oto-rhino-laryngologistes a révélé la fréquence relativement grande d'hémorragies que l'on eût autrefois sans doute considérées comme révélatrices de tuberculose et qui relèvent de lésions diverses bénignes du cavum, de l'hypopharynx, voire même du larynx et de la trachée.

Bien des auteurs, et notamment Rist, Sergent, Aboulker, Dufourmentel, Courcoux ont insisté sur ces "fausses hémoptysies" et sur ces

hémoptysies non tuberculeuses. Mais faut-il les tenir pour réellement fréquentes en pratique, comme semblerait l'indiquer la statistique de Laufer et Vitry où l'on voit sur 1,000 cas d'hémorragie des voies aériennes 235 seulement relever d'une origine bacillaire ?

Nous ne le croyons pas et l'étude attentive d'un grand nombre de malades nous a prouvé que l'on avait fort exagéré la fréquence et l'importance des hémoptysies non tuberculeuses. Ces hémoptysies existent, certes ; il faut donc les connaître pour savoir les rechercher et les éliminer.

Mais une observation prolongée des malades ayant eu des expectorations sanglantes montre que :

1°) Un certain nombre d'entre eux considérés comme non tuberculeux au moment du rejet de sang sur la foi de radiographies apparemment tout à fait normales évoluent, après plusieurs années, vers une tuberculose bactériologiquement confirmée.

2°) La constatation de lésions variqueuses, congestives ou ulcéreuses, susceptibles de créer un suintement sanguin au niveau des voies respiratoires supérieures ne permet pas d'éliminer le diagnostic d'hémoptysie tuberculeuse.

3°) La découverte même d'un raptus hémorragique récent apparaissant sous l'aspect d'un caillot de sang encore visible, peu de jours ou d'heures après l'hémoptysie, sur un paquet variqueux juxta-épiglottique ne doit pas être considérée comme caractéristique. Le molimen congestif diffus, que nous avons décrit avec le Prof. F. BEZANÇON chez de nombreux tuberculeux hémoptoïques, permet en effet de comprendre, par une perturbation vasomotrice intéressant simultanément plusieurs territoires, la coexistence possible chez un même sujet d'une hémorragie du rhino ou de l'hypopharynx avec une hémoptysie tuberculeuse authentique.

4°) L'analyse des faits montre qu'il existe des hémoptysies que l'on est autorisé à désigner sous le nom d'*hémoptysies tuberculeuses "intriquées"* ou "*larvées*".

Nous faisons allusion, sous cette dénomination, à un certain nombre d'observations, les unes encore inédites, les autres publiées dans la thèse de notre élève, Mlle Danitza Veliovitch, et recueillies au Dispensaire des "Amis des Blessés du poumon" dont nous sommes médecin-chef, dispensaire qui groupe plus de 3,500 malades. Ces observations concernent des cas d'hémoptysies déclenchées par des causes en apparence étrangères à la tuberculose : intoxication par les gaz de combat, contusion thoracique, grippe, irritation professionnelle

des voies respiratoires. La survenue du crachat de sang au cours de ces diverses atteintes infectieuses ou traumatiques de l'appareil broncho-pulmonaire parut légitimer le diagnostic évident d'hémoptysies non tuberculeuses. Et pourtant l'évolution ultérieure de ces malades devait démontrer — parfois plusieurs années plus tard — que l'agression toxique, microbienne, ou traumatique n'avait produit l'accident hémoptoïque que grâce à l'existence d'une sclérose tuberculeuse latente ou méconnue. — C'était une congestion occasionnelle de cette zone sclérosée sous l'influence d'une des causes sus-dites qui expliquait cet accident, comme devait le révéler l'éclosion chez ces malades — à une date souvent éloignée — d'une tuberculose pulmonaire ouverte patente.

Si nous ajoutons à ces faits la forme de dilatation des bronches sèche, hémoptoïque, de Bezançon, les spirilloles bronchiques hémoptoïques, de connaissance récente; si, surtout, nous rappelons la possibilité de reprendre le problème des hémoptysies dites "essentiellles", "pithiatiques" ou "hystériques" par l'étude des troubles vaso-moteurs liés à un déséquilibre vago-sympathique et endocrinien, telle qu'on peut aujourd'hui la pratiquer avec des techniques précises (1), nous concevons à la fois la complexité du problème diagnostique des hémoptysies révélatrices de la tuberculose pulmonaire de l'adulte, et l'intérêt qu'il y a à essayer de préciser les éléments de ce problème et la solution que l'état de science actuel permet de lui proposer.

L'enjeu de cette discussion est d'ailleurs considérable. C'est celui du dépistage précoce de la tuberculose pulmonaire avec toutes ses conséquences matérielles et morales.

Ce malade qui a émis quelques crachats teintés de sang, est-il un candidat à la phtisie que seuls pourront sauver un repos complet, la cure sanatoriale prolongée, ou même une méthode collapsothérapie? Ou bien ce jeune homme dont l'on est tenté d'interrompre ou même de briser la carrière, cette jeune fille à qui l'on va interdire — au moins momentanément — le mariage, cette femme ou cet homme dont on envisage le départ loin du foyer conjugal, ne sont-ils pas les uns et les autres des sujets sains, indemnes de tuberculose, qu'une minime cautérisation, des soins locaux pharyngés ou laryngés, pourront guérir?

Or, répondre formellement à ces questions n'est pas facile parce que nous sommes ici au stade tout initial — nous avons volontaire-

(1) F. Bezançon et A. Jacquelin — Hémoptysies et troubles vaso-moteurs. La Presse Médicale, 5 juin 1929.

ment limité notre étude à ce stade — de l'évolution apparente des lésions pulmonaires dues au bacille de Koch. On ne doit donc pas s'attendre à trouver dans ces cas — du moins le plus souvent — les signes cliniques, ni même radiologiques ou bactériologiques, qui faciliteront plus tard — trop tard, devrions-nous dire — le diagnostic de la tuberculose confirmée largement ouverte.

Il est donc singulièrement angoissant, ce problème pour lequel le clinicien ne saurait trop apporter de soin, de conscience et de sagacité.

Enfin, nous ajouterons que ce problème diagnostique se pose souvent dans la pratique courante. Les statistiques publiées sur la fréquence de l'hémoptysie comme symptôme initial de la tuberculose pulmonaire évolutive montrent en effet qu'elle est constatée dans un cinquième environ des cas de cette affection si répandue.

Il faut donc, pour discuter ce diagnostic, étudier d'abord avec précision les caractères de l'hémorragie elle-même afin de pouvoir aborder la question essentielle de sa nature et de son origine.

Loin de les éluder, nous allons nous efforcer, au cours de cette étude, de bien montrer les multiples difficultés de l'enquête.

Et d'abord, presque toujours sinon toujours, l'accident hémoptoïque initial de la tuberculose échappe à l'observation médicale directe.

Le malade se présente à la consultation hospitalière ou au Dispensaire en disant qu'il a craché du sang. Il n'a pas recueilli ce sang dans le crachoir dont la plupart des tuberculeux confirmés ne se séparent jamais. Tout au plus montre-t-il le mouchoir couvert de taches sanglantes.

On ne peut donc tirer aucune conclusion probante de l'examen du sang épanché. Tout au plus peut-on déjà éliminer l'hématémèse en constatant que ce sang n'est mélangé ni de suc gastrique, ni de débris alimentaire.

Un autre élément de présomption peut être tiré de l'abondance de l'hémorragie : en effet, celles qui proviennent de la rupture de varices pharyngées ou d'une lésion banale des voies aériennes supérieures ont bien des chances d'être peu abondantes.

Mais ce fait n'est pas caractéristique, car d'une part il existe des fausses hémoptysies dont l'abondance peut être relativement assez forte, et d'autre part l'hémoptysie tuberculeuse initiale peut, dans des cas non exceptionnels, se réduire à quelques crachats sanglants, parfois même à un seul.

A titre d'exemple, nous pouvons citer les cas suivants que nous avons personnellement observés.

Obs. I. — M..., 46 ans, manoeuvre, entré à l'hôpital le 20 mai 1924.

A eu sa première hémoptysie, en 1904, sous forme d'une dizaine de crachats sanglants, sans aucun signe fonctionnel, ni général, à tel point qu'il n'interrompt pas son travail.

Quelques années plus tard, les hémoptysies se répètent, très peu abondantes, à plusieurs reprises, tous les ans, jusqu'en novembre 1923 où survient une hémoptysie extrêmement forte qui fait hospitaliser le malade.

En 1924, on constate des signes physiques très discrets, une expectoration non bacillifère; mais le malade a contaminé sa femme, morte de tuberculose en 1922, et deux de ses cinq enfants, qui sont morts de méningite tuberculeuse.

Obs. II. — B..., 19 ans, entre à l'hôpital le 2 novembre 1924 pour une tuberculose à tendance hémoptoïque.

Il raconte que le premier signe de sa maladie fut l'expectoration de quelques crachats sanglants précédés d'une toux sèche et survenue pendant son travail, sans aucun trouble de l'état général, en octobre 1923.

Rassuré par l'absence complète de fièvre, de fatigue et même de toux, le malade, après avoir passé quelques semaines à la campagne, rentre à Paris pour reprendre son travail.

Son poids, qu'il surveillait, augmente.

Il se croit guéri, quand six mois, plus tard, en juillet 1924 il recommence à tousser, maigrit de deux kilogs, et est pris d'une nouvelle hémoptysie, cette fois abondante et fébrile (39°).

Ses crachats sont trouvés bacillifères et trois mois après il entre à Boucicaut porteur d'une caverne du sommet droit, pour laquelle on lui fait un pneumothorax artificiel.

Obs. III. — Mal..., 18 ans, entre à l'hôpital le 5 janvier 1925 avec les signes cliniques et radiologiques d'une tuberculose ulcéro-caséuse dont le début apparent ne remonte pas à plus de trois semaines, avec une phase d'imprégnation prémonitoire d'un mois environ. Mais, un an auparavant, il a émis quelques crachats sanglants isolés, sans fièvre, sans malaises, qui ne l'ont pas obligé à consulter, et ne se sont pas renouvelés dans la suite.

Obs. IV. — Vaud..., 19 ans, entre à l'hôpital le 22 octobre 1924.

Le début apparent de la poussée qui amène la malade remonte au mois de juin 1924.

Mais en novembre 1923, était survenu un crachat sanglant, sans signes généraux (ni fièvre, ni fatigue, ni amaigrissement). La malade n'interrompt pas son travail; elle ne consentit à se reposer qu'en fin décembre 1923, parce que l'hémoptysie se répéta alors sous la forme discrète de quelques crachats isolés. Ceux-ci devaient d'ailleurs se produire une troisième fois en juillet 1924, au cours de sa poussée actuelle.

Obs. V. — Can..., 39 ans, entre à Boucicaut le 22 novembre 1924, pour une tuberculose pulmonaire semblant justiciable du pneumothorax à cause de son unilatéralité gauche relative. La radiographie montre en réalité

des lésions bilatérales, surtout fibreuses, qui contre-indiquent cette intervention.

L'histoire du malade est la suivante : 14 ans auparavant, en pleine santé apparente, sans signes prémonitoires, il a une hémoptysie d'un demi-verre environ; malgré cette abondance, il n'attache aucune importance à cet accident qui, d'ailleurs, est suivi de guérison apparente complète. C'est seulement deux ans plus tard qu'il présente une hémoptysie plus abondante encore et, cette fois, suivie de signes, d'abord faiblement, puis plus intensément évolutifs qui, à travers les phases d'aggravation et de sédation propres aux formes fibreuses, amènent le malade à l'état actuel.

Ces cas sont intéressants. Ils prouvent que des tuberculeux, dont les lésions pulmonaires ont dans la suite fait leur preuve clinique, radiologique et bactériologique, n'ont présenté, au début que le suintement hémorragique le plus minime.

L'absence complète de signes généraux, jointe à la discrétion de l'hémorragie, a, dans ces cas, détourné le diagnostic de tuberculose, alors que des mesures thérapeutiques prises d'emblée auraient eu des chances de préserver de tels malades de leur évolution ultérieure : l'intérêt du crachat sanglant initial est, en effet, dans sa précocité; nous l'avons vu chez divers sujets précéder de plusieurs mois, parfois de plusieurs années, soit des hémorragies plus importantes, soit les signes évidents de la tuberculose pulmonaire.

Quoiqu'il en soit, l'abondance du sang rejeté reste dans la majorité des cas en faveur du diagnostic d'hémoptysie tuberculeuse véritable.

*
* *
*

A défaut d'éléments suffisamment caractéristiques tirés de l'étude du sang expectoré, il faut par un interrogatoire très précis rechercher les symptômes qui ont pu précéder ou accompagner l'hémoptysie.

1° — *Y a-t-il eu des prodromes?* Certains malades racontent que plusieurs jours avant l'accident ils ont éprouvé de la fatigue, de l'anorexie, un peu de fièvre le soir. Parfois depuis plusieurs semaines il avait maigri. Ces malaises, quand ils existent, font immédiatement penser à des symptômes d'imprégnation tuberculeuse expliquant le raptus hémoptoïque et indiquant son origine.

Mais que de fois on ne constate pas ces prodromes! Leur existence constitue donc un moyen précieux de diagnostic. Leur absence ne signifie rien.

2° — *Comment le sang a-t-il été rejeté?* On interroge habituellement les malades sur les sensations qui ont ou immédiatement précédé ou accompagné l'hémoptysie et on leur demande s'ils ont eu des nausées ou, au contraire, de la toux. Mais ces renseignements ne peuvent servir qu'à différencier l'hémoptysie de l'hématémèse, ce qui, nous le verrons, est presque toujours relativement facile.

Il est plus intéressant de faire préciser au malade s'il y a eu simple hémage, simple râclément pharyngé, ou bien si une quinte de toux véritable a rejeté le sang. Ainsi peut-on jusqu'à un certain point présumer de l'origine rhino-pharyngée ou laryngo-trachéale du raptus hémorragique.

Mais un symptôme sur lequel on n'insiste guère et qui a une valeur diagnostique infiniment plus grande est la *sensation de ronflement trachéo-bronchique* que bien des malades éprouvent au cours des hémoptysies d'origine pulmonaire. Ce symptôme permet d'affirmer que le sang rejeté provient bien des voies aérienne profondes et non pas des voies aériennes supérieures, pharynx ou même larynx. Ce ronchus peut être perçu sur la ligne médiane, au niveau de la bifurcation trachéale, derrière le sternum. Parfois au contraire il se localise dans l'un ou l'autre des hémithorax, dans un des creux sous-claviculaires par exemple, et fait alors, avant tout examen physique, soupçonner le poumon qui saigne.

3° — Y a-t-il eu des crachats sanglants isolés, brunâtres ou noirâtres, plus ou moins mélangés de mucus, *crachats de fin d'hémoptysie*? Il faut toujours demander au malade de les observer, voire même de les recueillir. Ils confirment le diagnostic d'hémoptysie véritable et nous verrons combien leur examen bactériologique offre d'intérêt.

*
* *
*

Ayant ainsi épuisé les principaux renseignements tirés de l'étude des symptômes fonctionnels, il est nécessaire de demander un complément d'enquête à l'examen objectif du malade.

1° — Son *aspect* peut déjà, dans certains cas, fournir des présomptions en faveur de la tuberculose: pâle et amaigri, ayant le thorax long et plat, le cou grêle, une hypertrichose marquée, des sueurs faciles et odorantes, le malade présente parfois cette complexion particulière à laquelle les vieux auteurs ont attaché la signification du "status phtisicus".

Mais cet aspect manque très souvent, car nous aurons l'occasion de le redire, la tuberculose hémoptoïque revêt presque toujours le type fibreux. Elle éclot donc volontiers sur des terrains à peine ou non modifiés et la constatation d'un thorax apparemment normal chez un sujet vigoureux ne saurait faire rejeter le diagnostic de tuberculose.

Il est vrai de dire cependant que, même dans ces cas, un interrogatoire systématique révélera fréquemment l'existence d'une tuberculose familiale, héréditaire ou collatérale. L'importance de la contamination familiale est si grande dans l'histoire de l'infection tuberculeuse que l'existence d'autres cas de tuberculose dans une même famille constitue un argument important en faveur du diagnostic d'hémoptysie bacillaire.

2° — Les *symptômes généraux* peuvent concourir également à fixer le diagnostic. C'est ainsi que la constatation de la fièvre prend un intérêt considérable; quand elle accompagne une hémoptysie, elle est nettement en faveur de son origine tuberculeuse. Par contre, l'état normal de la température prise au moment de l'accident et dans les jours qui suivent ne saurait infirmer ce diagnostic, nombre d'hémoptysies tuberculeuses d'origine mécanique étant complètement apyrétiques.

3° — *L'examen direct de l'appareil pulmonaire* doit être pratiqué avec prudence, mais dans les heures qui suivent immédiatement l'hémoptysie il peut donner des indications si précieuses qu'on ne saurait le différer de peur de faciliter la reprise de l'émission sanguine.

Il faut savoir en effet que la poussée congestive responsable de l'hémorragie est souvent fugace, sans lendemain, et qu'après son extinction — souvent très rapide — la lésion tuberculeuse qui lui a donné naissance peut retomber dans un silence absolu et prolongé.

Nous connaissons plusieurs malades chez qui une auscultation très rapprochée de l'hémorragie nous a permis de percevoir sur une minime surface d'un champ pulmonaire un foyer de râles humides tout à fait nets, alors que plusieurs radiographies tirées quelques semaines plus tard n'ont révélé à ce niveau aucune lésion caractéristique. On aurait donc pu douter du diagnostic d'hémoptysie tuberculeuse sans la constatation du syndrome congestif localisé contemporain de l'accident.

Dans bien des cas d'ailleurs cette poussée fluxionnaire, même systématiquement recherchée, fait défaut. Mais il est exceptionnel de

ne pouvoir par une auscultation précoce mettre en évidence, sous la forme de quelques râles ronflants et sibilants, le reliquat du sang épanché dans l'arbre bronchique. Ainsi se trouvera confirmée la sensation subjective dont nous avons plus haut souligné l'importance diagnostique.

Si l'on n'est pas appelé auprès du malade suffisamment tôt après l'hémoptysie, ou si, faute d'oser le déplacer, on ne pratique pas dès les premiers jours l'auscultation de son thorax, on peut ne trouver que les signes souvent discrets de la tuberculose pulmonaire en cause.

C'est presque toujours une zone de sclérose démontrée par l'élevation du son de percussion et par la rudesse respiratoire constatées à son niveau.

Dans les cas où cette sclérose est cliniquement et radiologiquement évidente, on peut logiquement — mais sans preuve absolue — lui attribuer l'hémoptysie.

Mais il n'est pas très rare de ne pas constater de signes nets de sclérose, même sur une bonne radiographie; nous connaissons des malades dont la tuberculose s'est ultérieurement démasquée et dont les poumons se révélèrent absolument normaux lors de leur hémoptysie dite initiale.

L'absence de signes physiques, ou même radiologiques, de lésions pulmonaires ne suffit donc pas à faire rejeter le diagnostic d'hémoptysie tuberculeuse.

4° — C'est pourquoi, au milieu de tant de difficultés l'aide du laboratoire ne saurait être négligée.

Nous ne reviendrons pas sur la radiographie qu'il est nécessaire de pratiquer dans les jours qui suivent l'hémoptysie et dont la supériorité sur la radioscopie n'a pas besoin d'être soulignée pour le diagnostic de lésions tuberculeuses généralement fort discrètes à ce stade précoce de l'évolution de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Par contre les données de l'examen bactériologique des crachats sanglants méritent d'être précisées.

Quand on a pu recueillir quelques-uns de ces crachats, soit au moment même de l'hémoptysie, soit à sa suite, la recherche des bacilles de Koch s'y impose pour deux raisons :

a) D'abord parce que dans bien des cas, seul le résultat positif de cette recherche apporte l'argument péremptoire du diagnostic d'hémoptysie tuberculeuse, alors que tous les autres procédés d'investigation, y compris la radiographie, demeurent infructueux.

b) Ensuite, parce qu'il n'est pas rare de voir les crachats cesser complètement peu de temps après l'hémoptysie et, même quand ils persistent, de n'y plus constater, de longtemps, la présence de bacilles de Koch.

En effet, le Prof. F. Bezançon l'a bien montré, les tuberculoses hémoptoïques sont, comme les autres formes de la tuberculose fibreuse en général, pendant une grande partie de leur évolution, très pauvres en émissions bacillaires. Le remaniement par une poussée congestive d'un vieux foyer tuberculeux constitue une des causes, qui peut rester longtemps isolée, du passage d'une tuberculose fermée au stade de tuberculose ouverte. Il importe donc de profiter de cette circonstance pour chercher le critère bactériologique d'un diagnostic jusque là hésitant.

Mais ce que nous venons de dire de la pauvreté des émissions bacillaires dans de telles formes de tuberculose permet de comprendre la nécessité de recourir, pour cette recherche, aux méthodes les plus fines d'examen bactériologique qui soient à notre disposition.

Il ne faut donc pas se contenter de faire l'examen direct, après coloration par le Ziehl, des crachats sanglants. Si cet examen est négatif, il faut recourir aux méthodes d'homogénéisation et, quand celles-ci ne donnent rien, utiliser l'inoculation au cobaye. Il arrive même que cette dernière méthode n'apporte la preuve bactériologique cherchée que si les animaux inoculés sont sacrifiés deux ou trois mois après leur inoculation, tant peut être d'évolution lente la tuberculose expérimentale conférée par de très rares bacilles de Koch.

Nous en avons observé dernièrement un exemple typique : sur trois animaux inoculés à l'aide des crachats provenant d'un malade ayant présenté une hémoptysie tuberculeuse "initiale", deux cobayes sacrifiés quatre semaines après l'inoculation ne présentaient pas de lésions tuberculeuses visibles; le troisième sacrifié deux mois plus tard fut trouvé atteint de plusieurs ganglions caséux contenant de nombreux bacilles de Koch, alors que son foie, sa rate, ses poumons étaient encore indemnes.

Dans d'autres cas, il est vrai, les recherches bactériologiques sont d'emblée positives. M.M. F. Bezançon et M. P. Weil (1) ont montré qu'il s'agissait alors d'hémoptysies traduisant une poussée

(1) F. Bezançon et M. P. Weil. Bacille de Koch et hémoptysies initiales de la tuberculose pulmonaire. Bulletin médical, 21 Oct. 1911, p. 899.

évolutive de la tuberculose pulmonaire et que ces faits devaient être opposés aux formes d'hémoptyxies "mécaniques" où la même recherche reste le plus fréquemment négative.

Les autres méthodes de laboratoire proposées n'offrent pas l'intérêt diagnostique que nous cherchons : il en est ainsi du dosage des anticorps par la réaction de fixation, de l'établissement de la formule leucocytaire, de la recherche de la rapidité de la sédimentation globulaire, enfin de la cutiréaction elle-même. La valeur pronostique de certaines de ces méthodes au cours de la tuberculose confirmée peut être réelle; mais leur valeur diagnostique concernant les hémoptyxies tuberculeuses "de début" est nulle.

Si nous essayons de faire la synthèse des renseignements que ces divers procédés d'exploration — clinique ou bactériologique — permettent d'obtenir, nous voyons qu'il est un certain nombre de cas — à peine un tiers d'après notre observation personnelle — dans lesquels l'existence de prodromes d'imprégnation tuberculeuse, la fièvre qui accompagne l'hémoptyxie, les signes physiques d'une poussée focale et péricentrale qui deviendra souvent caséifiante, les signes radiologiques, la recherche positive des bacilles de Koch dans les crachats imposent le diagnostic d'hémoptyxie tuberculeuse.

Il s'agit dans ces cas d'hémoptyxie accompagnant ou révélant une poussée évolutive dont il importera, comme nous le verrons plus loin, d'apprécier le caractère plus ou moins extensif, plus ou moins virulent, plus ou moins grave.

Dans un autre tiers des cas, les prodromes, les signes généraux d'imprégnation tuberculeuse font défaut, la recherche des bacilles dans l'expectoration sanglante est négative. Mais l'examen du thorax immédiatement après l'hémoptyxie montrant des signes de congestion discrète, apicale ou sous-apicale, la radiographie révélant une tramite tuberculeuse localisée à la même région, l'existence d'antécédents bacillaires familiaux, sont autant de raisons valables d'affirmer la nature tuberculeuse de l'hémoptyxie constatée.

Dans un tiers des cas enfin, tous ces procédés d'enquête fournissent des résultats négatifs. Et pourtant il s'agit sans doute alors, selon le Prof. Bard, de la rupture d'une de ces ectasies capillaires développées au sein d'une minime zone de sclérose tuberculeuse, impossible à déceler même radiologiquement. Ce qui le prouve, c'est que plusieurs mois ou plusieurs années plus tard (comme dans les cas rapportés par nous plus haut) la tuberculose pulmonaire,

latente avant et après l'hémoptysie, devient — chez un certain nombre de malades — cliniquement apparente et évolutive.

C'est à ce dernier groupe de faits qu'appartiennent les difficultés de diagnostic les plus grandes. Dans de tels cas on est amené à se demander s'il ne s'agit pas d'une fausse hémoptysie ou d'une hémoptysie non tuberculeuse et c'est à leur propos que doit être abordée l'importante question du diagnostic différentiel des hémoptysies tuberculeuses dites initiales. Nous allons donc envisager maintenant cette nouvelle phase du diagnostic. Ce faisant, nous nous efforcerons d'en montrer la grande complexité en insistant sur les multiples causes d'erreur qui peuvent surgir.

(à suivre)

MÉTASTASE D'UN ÉPITHÉLIOMA DE LA PROSTATE DANS UN SARCOME A CELLULES GÉANTES DU MÉSENTÈRE.

Ch. SIMARD,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de l'Université de Montréal.

Si l'apparition de tumeurs malignes multiples contemporaines chez un même individu est assez fréquente, par contre les métastases d'épithéliomas dans les sarcômes ne sont pas d'observation courante. Le cas que nous rapportons ici est intéressant à un triple point de vue : présence au niveau de la prostate d'un épithélioma extraordinairement typique, peu apparent cliniquement, ayant déterminé de nombreuses métastases ; existence, en plein mésentère, d'un sarcôme à cellules géantes ; envahissement métastatique du sarcôme par l'épithélioma de la prostate.

Observation

L'observation et les pièces nous ont été fournies par M. le docteur J. Saucier, que nous remercions vivement.

M. X. est amené le 10 septembre 1929, à l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc dans le service de MM. Nové-Josserand et Desaulniers, pour douleurs localisées aux grandes articulations et aux régions cervicales et lombaires de la colonne vertébrale. Le malade marche péniblement ; il a perdu 20 kilos et ses forces diminuent progressivement.

A l'examen, on est en présence d'un malade pâle, considérablement amaigri, presque définitivement grabataire. On trouve une masse dure, de la grosseur d'une orange, peu mobile, et occupant la partie supérieure du flanc gauche ; une prostate dure et lisse avec infiltrations de voisinage. Les aines abritent quelques ganglions hypertrophiés, mais au cou l'adénopathie devient conglomérante, et donne l'impression à la palpation, d'un cylindre rempli de noix. A ce moment, une biopsie d'un ganglion inguinal nous fait porter le diagnostic de métastase d'un épithélioma prostatique. Au niveau de la colonne cervicale, les douleurs sont plus marquées qu'à la région lombaire. Les deux mains offrent un début d'amyotrophie avec abolition des réflexes stylo-radiaux et cubito-pronateurs. Par ailleurs l'examen clinique est négatif.

(Travail du laboratoire d'anatomie pathologique de l'Université de Montréal ; professeur M. P. Masson.)

A la radio, (Docteur A. Comtois) la colonne vertébrale montre de nombreux ostéophytes au niveau des bords des corps vertébraux dorsaux et une densité osseuse exagérée rappelant la "Marble Bone Disease". Au crâne, les tables sont épaissies et considérablement densifiées. L'estomac est déformé au niveau de sa grande courbure, mais cette déformation est rattachée à une compression extrinsèque, en l'occurrence, la néoformation du flanc gauche.

La réaction de B-Wassermann est négative dans le sérum sanguin et dans le liquide céphalo-rachidien. Celui-ci n'abrite pas d'éléments anormaux. L'azotémie est de 0.30% et la glycémie de 1. gm 50,0/100. Les urines offrent des traces d'albumine et quelques épithéliums.

Le sang contient : Hémoglobine 50%
 Globules rouges, 3,125,000
 Globules blancs, 6,615 : Poly. neutr. 73%
 Lymph. 25%
 Gd. mono. 1%
 Eosin. 1%

Quelques poikilocytes et anisocytes.

* * *

Peu à peu l'état général fléchit davantage. Les mains revêtirent l'aspect classique d'Aran-Duchenne; la néoformation abdominale s'accrût; les masses ganglionnaires augmentèrent et progressivement s'installa une tuméfaction de l'os temporal droit. Une paralysie faciale droite, du type périphérique apparut. Les douleurs dorso-lombaires augmentèrent, et le malade ne pût plus s'asseoir seul. L'état général fléchit encore, et peu de jours après le malade mourut après une dizaine d'heures de coma.

A l'autopsie, on trouva, dans le flanc gauche, sous le grand épiploon, une tumeur dure, blanche et lisse, adhérente aux anses du grêle et au colon descendant. Le pancréas, la rate et le rein gauche se séparent assez facilement de la tumeur, dont ils sont indépendants. Celle-ci est plus solidement adhérente au mésentère adjacent. Elle n'a pas d'attaches vertébrales. Au niveau du pédicule, la tumeur est moins dure et l'on enfonce facilement le doigt dans la masse. Le péritoine avoisinant est criblé de petits nodules de la dimension d'un pois. Le foie est recouvert de nodules semblables. Après section du crâne, la coupe de la portion tuméfiée du temporal droit montre un os friable et épaissi. La dure-mère contient de nombreux nodules, semblables à ceux déjà décrits. La prostate, à l'œil nu, n'offre rien d'anormal.

Etudes des tumeurs.

Les dimensions de la *prostate* sont assez bien conservées; la glande mesure 35 millimètres dans son diamètre transversal. Il reste pourtant peu de choses des éléments glandulaires normaux; toute la prostate est criblée de petits amas épithéliomateux; seuls persistent, autour du canal urétral, quelques alvéoles glandulaires avec symplexions.

L'épithélioma est de type glanduliforme presque pur; ses traçées, petites et arrondies, trouées de lumière le plus souvent irrégu-

lières, étoilées, rappellent de très près la structure normale de la glande. On pourrait même qualifier l'épithélioma d'organoïde tant le protoplasma spongieux et la différenciation des travées reproduisent l'histologie normale de la glande. Quelques travées contiennent plusieurs cavités glandulaires, parfaitement arrondies, autour desquelles les cellules se disposent en rosettes, comme dans certains épithéliomas exocrines du sein. C'est sous cette forme qu'évoluent la plupart des métastases. En quelques points très rares et limités l'épithélioma prolifère sous forme dendritique ou atypique.

Les nerfs de la périphérie de la glande sont presque tous envahis par la tumeur. Les faisceaux nerveux sont serti d'une bague épithéliomateuse; en coupe longitudinale ils sont séparés du tissu conjonctif par des traînées épithéliomateuses glanduliformes. Le péricône reste partout intact et ne se laisse pas pénétrer par les éléments néoplasiques. Il s'agit d'embolies lymphatiques péri-neurales.

Les tumeurs des méninges, du crâne, du foie et du péricône sont des métastases de l'épithélioma prostatique. —

La tumeur du mésentère pèse 530 grammes; elle est ovalaire et sa surface est lisse. La tranche de section présente un tissu compact, gris rose, assez ferme, dans lequel apparaissent des points jaunâtres, friables, de nécrose.

L'image histologique est celle d'une tumeur conjonctive. Le trichrome au bleu d'aniline, met en évidence un feutrage considérable et compliqué de faisceaux collagènes fenêtrés, sectionnés dans tous les sens contenant dans ses mailles des cellules de toutes dimensions. Ces cellules cependant sont la plupart volumineuses et quelquefois gigantesques. A côté d'éléments mononucléés, allongés ou ovalaires, de petite taille, apparaissent des corps géants qui atteignent jusqu'au volume d'un ostéoclaste. L'aspect cellulaire fait même penser au myéloplaxe lorsque les noyaux sont multiples et régulièrement répartis dans le protoplasma. Le plus souvent le noyau est unique et monstrueux, en croissant, irrégulier, bourgeonnant, il adopte les formes les plus variées (Fig. 1). Le protoplasma, finement granuleux, se vacuolise dans plusieurs cas et donne à la cellule un aspect xanthélas-mique.

Les divisions cellulaires sont nombreuses; elles se font par amitose, comme le démontrent les figures d'étranglements, par mitose, à deux ou plusieurs pôles.

Nous hésitons, surtout après des recherches nombreuses et infructueuses de fibrilles striées, entre le diagnostic de rhabdomyosarcome et de réticulo- sarcôme.

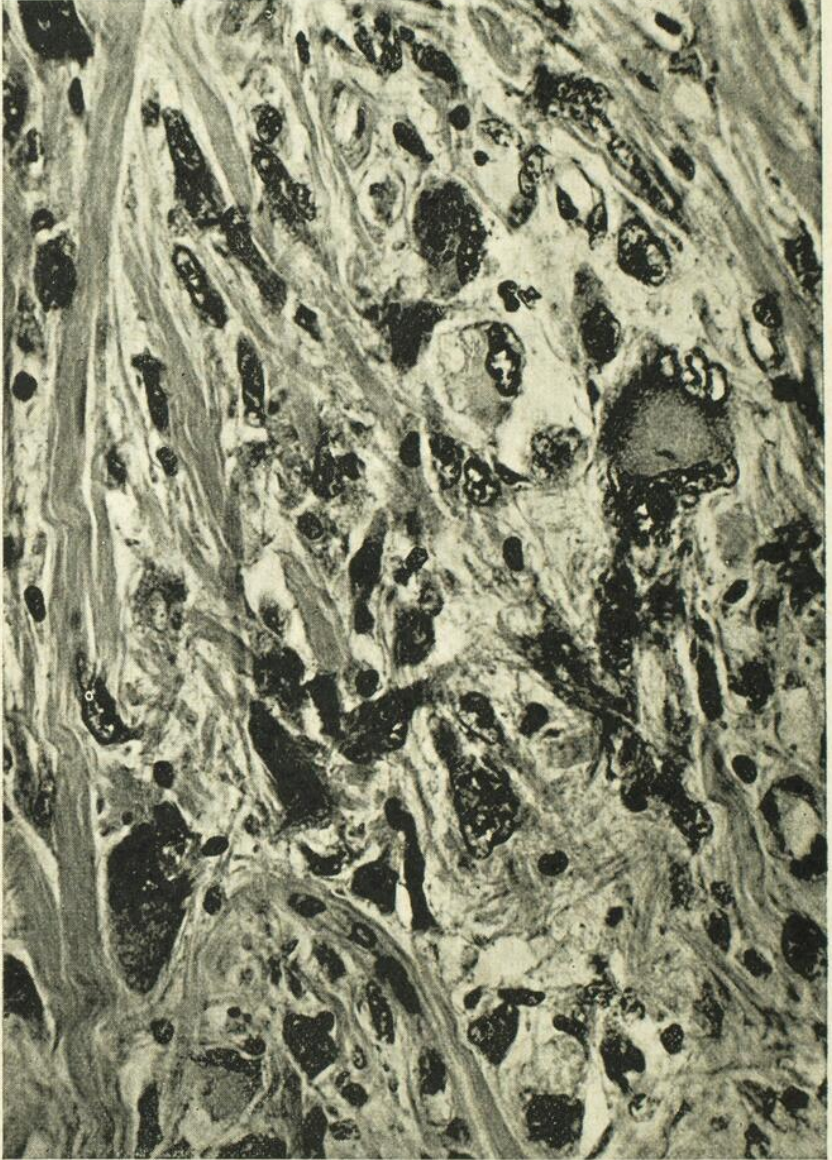


Fig. 1. — Fort grossissement du sarcôme du mésentère. Cellules de toutes tailles, la plupart volumineuses et multinuclées, séparées par des faisceaux collagènes trapus, coupés dans tous les sens.

Le fait le plus important et qui a été la principale raison de cette communication est la métastase de l'épithélioma de la prostate dans le sarcôme.

Les travées épithéliomateuses intra-sarcomateuses sont purement glanduliformes (fig. 2) ; les lumières sont arrondies ou allongées, nom-

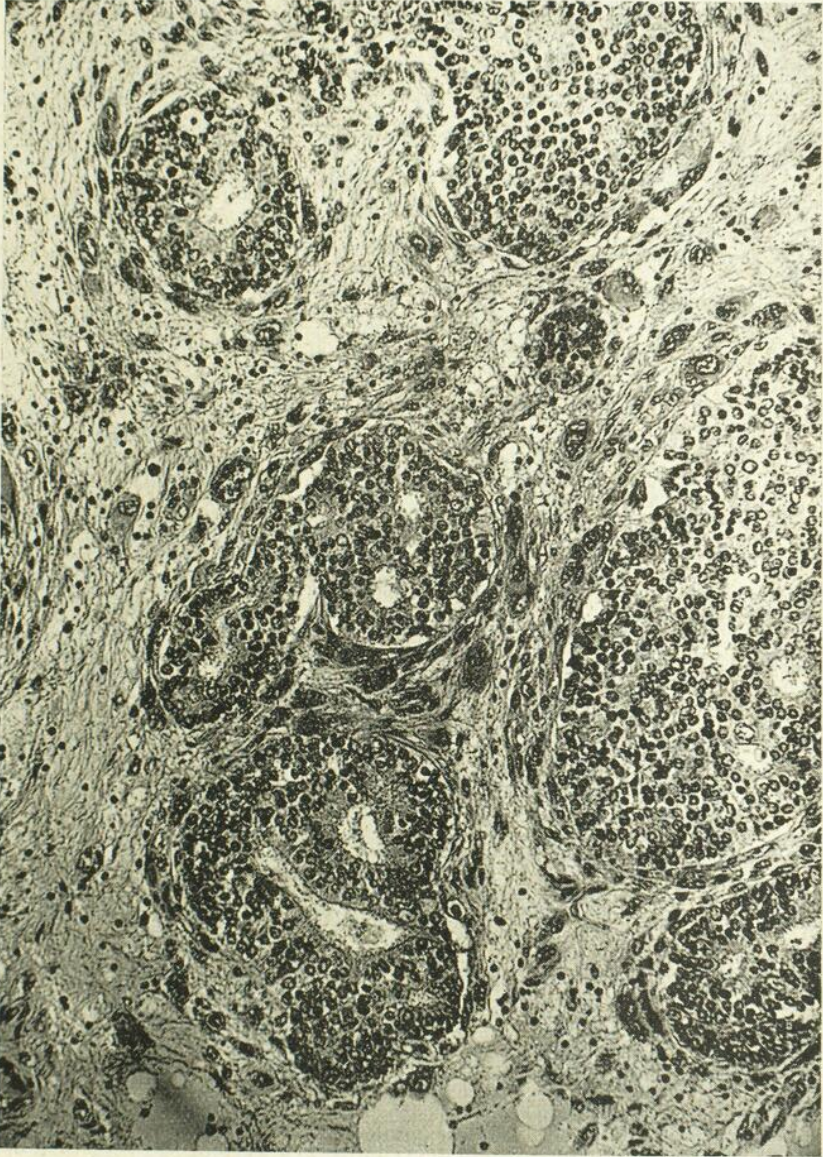


Fig. II. — Métastase de l'épithélioma de la prostate dans le sarcome du mésentère. Noter l'adaptation entre l'épithélioma et le sarcome, et les manchons de cellules géantes autour des travées glanduliformes.

breuses quelquefois dans une même travée, et comportent en bordure des Kittleisten facilement reconnaissables.

Dans les points où il est envahi, le sarcôme présente une image histologique différente de celle que nous venons de décrire. Les fibres collagènes sont beaucoup moins nombreuses et volumineuses; la trame fondamentale se résout en un fin feutrage délicat, dissocié souvent par de l'oedème, et s'infiltré d'une quantité de lymphocytes. Les cellules sarcomateuses géantes se disposent surtout près des travées épithéliomateuses autour desquelles elles forment des manchons (fig. 2)

L'élément épithéliomateux ne semble pas souffrir dans ce nouveau milieu et s'adapte bien plutôt au sarcôme avec lequel il constitue une sorte de symbiose. Si des dégénérescences surviennent elles intéressent aussi bien le sarcôme que l'épithélioma et sont dues vraisemblablement à des troubles circulatoires. —

DISCUSSION.

La coexistence de tumeurs multiples chez un même individu est un fait d'observation assez banale, et à ce point de vue notre cas offre peu d'intérêt. Ce qui surtout nous paraît important est la greffe métastatique de l'épithélioma dans le sarcôme, car nous n'avons pas rencontré, dans la littérature, une telle association tumorale, réalisée dans les mêmes circonstances.

La *carcinoma sarcomatodes* d'Ehrlich est une tumeur mixte, résultat d'une greffe de mélange d'épithélioma et de sarcôme, qui dans sa constitution et son évolution diffère de notre cas. Les épithéliosarcôme humains, utérins, thyroïdiens ou autres s'en éloignent au même titre que le cancer expérimental de Haaland chez la souris avec métaplasie, selon l'auteur, des éléments épithéliomateux en cellules sarcomateuses.

Dans notre observation il s'agit de deux tumeurs malignes génétiquement distinctes, et localement associées par le hasard d'une métastase. L'image histologique est d'ailleurs toute différente des épithéliosarcômes ou des tumeurs mixtes expérimentales. Cette différence réside dans la réaction du sarcôme à l'égard de l'épithélioma envahisseur. Dans les zones d'invasion, le sarcome subit des transformations assimilables à une stroma réaction. Les gros faisceaux collagènes disparaissent, et à leur place se constitue un feutrage lâche de fines fibrilles entrelacées et dissociées par un oedème qui devient rapidement inflammatoire. Ainsi le sarcôme se comporte vis à vis l'épithélioma à la façon du conjonctif ordinaire.

Un point intéressant à noter est l'espèce de tropisme exercé par l'épithélioma sur les cellules géantes du sarcôme. La disposition en manchons — très évidente dans la photographie 2 — des cellules géantes autour des travées épithéliomateuses peut rappeler certaines images des expériences de Haaland, où des halos de cellules volumineuses entourent des groupes épithéliaux, mais il ne peut être question dans notre cas de métaplasie ou de cancérisation du stroma puisqu'il s'agit d'un sarcôme préexistant envahi par l'épithélioma. —

Cette symbiose épithélio-sarcomateuse nous a paru intéressante à publier parce qu'elle est la réalisation d'une greffe d'épithélioma dans un sarcôme, fait qui ne semble pas avoir été décrit jusqu'ici.

RECUEIL DE FAITS

TUBERCULOSE FONGUEUSE DU VOILE DU PALAIS.

Jules BRAULT, Albéric MARIN, L. H. GARIEPY,
de l'Hôpital Notre-Dame.

Le vingt-quatre mars dernier se présentait à la clinique de stomatologie de l'Hôpital Notre-Dame, un malade souffrant de lésions dentaires. Le Docteur Charron qui le reçut, constata que ce dernier souffrait en plus de troubles dentaires, d'une lésion du voile du palais et nous le référa pour examen et rapport.

Il s'agissait d'un M. B... qui trois mois auparavant avait ressenti un certain malaise au niveau de la région gingivale et du voile du palais gauche. Celui-ci crut la chose provoquée par une dent, première molaire gauche, malade depuis longtemps déjà, et alla se la faire extraire. L'avulsion de cette dent sembla produire une légère amélioration, mais cette dernière ne fut que temporaire. Si bien que le malade vint nous consulter à la date mentionnée ci-haut.

A l'inspection de la bouche on aperçoit en plus de dents en mauvais état, une tuméfaction qui intéresse toute l'épaisseur de l'hémi-palais mou gauche limitée d'une part, par l'arcade dentaire et la branche montante du maxillaire inférieur et s'arrêtant en avant à l'union du palais mou et du palais osseux, et qui dépasse légèrement la ligne médiane pour empiéter du côté droit. La muqueuse qui est tomenteuse et d'une teinte rougeâtre particulière est fissurée en différents endroits. Dans ces fissures on trouve une sécrétion séreuse et filante. On n'aperçoit qu'une seule ulcération de la muqueuse située à l'emplacement de la dent extraite.

La palpation de cette masse nous dit qu'il s'agit d'une lésion molle sans point d'induration et nous fait songer autant à une lésion inflammatoire qu'à un tissu de néoformation.

Les dents sont en très mauvais état, c'est un malade qui n'a aucune notion d'hygiène dentaire. On ne trouve cependant pas de ganglions cervicaux. L'état général du malade ne semble pas des meilleurs; ce dernier a en effet perdu une dizaine de livres depuis trois mois.

Que penser en présence d'un tel cas? Tout en admettant la possibilité d'une néoplasie, l'un d'entre nous n'a pas craint de se prononcer carrément en faveur d'une lésion infectieuse tuberculeuse. Nos examens cliniques ultérieurs devaient confirmer cette dernière hypothèse.

La muqueuse des fosses nasales et du cavum ne présentait aucune lésion, mais au niveau du larynx on pouvait apercevoir de petites ulcérations linéaires verticales sur les aryténoïdes et une légère congestion des bandes ventriculaires. Les cordes vocales étaient demeurées intactes et le malade n'accusait du reste aucun trouble de phonation.

L'examen des poumons décéla des lésions tuberculeuses en activité et dans l'analyse des crachats l'on constata la présence de bacilles de Koch.

La réaction du B-W. fut trouvée négative et l'examen clinique du malade ne fit pas non plus soupçonner de spécificité.

Nous étions donc en présence d'une lésion suspecte du voile du palais chez un tuberculeux. Mais cette lésion était-elle réellement bacillaire? - Une biopsie fut prélevée au niveau de l'ulcération de la lésion et le rapport, qui nous revint du laboratoire quelques jours plus tard, leva tout doute.

“Tissu de structure histologique tuberculeuse”.

Le point le plus intéressant de cette observation est la localisation de la lésion tuberculeuse au voile du palais mou, en l'absence de toute autre lésion tuberculeuse de la muqueuse buccale et du rhinopharynx. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des cas de tuberculose du larynx, de l'amygdale, des piliers ou de la langue, mais nous n'avons nulle part dans nos auteurs, de description de tuberculose buccale localisée uniquement au voile du palais.

La pathogénie de cette lésion et sa localisation s'expliquent cependant assez bien si l'on songe que l'expectoration sans cesse répétée transporte en quantité suffisante des bacilles de Koch pour ensemencher cette région de la muqueuse buccale, surtout si cette dernière présente une porte d'entrée quelconque à l'infection.

Le malade a quitté l'hôpital refusant de suivre nos instructions médicales et malgré nous, il a continué à travailler. Nous l'avons perdu de vue depuis et nous sommes aujourd'hui dans l'impossibilité de dire quelle fut l'évolution de sa tuberculose pulmonaire et celle de sa lésion localisée au voile du palais.

UN CAS DE DYSRYTHMIE RESPIRATOIRE POST-ENCÉPHALITIQUE À FORME INSPIRATOIRE.

Chas. Aug. DECARY

Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Nous avons eu l'avantage d'observer dernièrement dans le service de médecine à l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, une forme de séquelles post-encéphalitiques très rare. Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui aurait eu, en 1926, une histoire typique d'encéphalite; d'ailleurs les symptômes que nous avons observés à son entrée à l'hôpital le démontrent bien nettement. En plus d'une diplopie, d'un faciès terne et figé, de mouvements ralentis, du signe de la roue dentelée, de la sialorrhée, elle présente une dysrythmie respiratoire à forme inspiratoire. Etant donné cette manifestation, nous avons cru bon de traiter cette malade par des injections intra-veineuses de sulfate neutre d'atropine, qui suivant MM. Alajouanine, Horovitz et Gopsevitch est l'alcaloïde de choix pour produire une action inhibitrice intense sur le vague.

Observation

Mademoiselle B. T., âgée de 22 ans, se présente le 7 février 1929 pour crises de dyspnée intense. Elle nous raconte qu'en octobre 1926, elle entreprit un voyage en Floride et que pendant toute la durée de ce voyage, elle accusa une faiblesse extrême. A son arrivée, elle devint somnolente, pour passer ensuite dans un sommeil continu qui dura environ 12 jours, ne pouvant ni parler ni remuer, mais entendant tout ce qui se disait autour d'elle, ne mangeant pas, et présentant de l'incontinence des urines et des matières fécales. Au réveil, points de côté dans la région précordiale avec sensation de coups de poignard. Durant six mois, elle a gardé le lit à cause de sa faiblesse; a maigri de 25 livres. Elle revint au pays en mai 1927 avec une légère amélioration dans son état général. Depuis elle se sent faible avec points dans le dos, douleurs dans les extrémités, accompagnés de céphalée intense, en casque, presque continuelle. En février 1929, débutent des crises de dyspnée ressemblant au Cheynes-Stokes. Chaque crise était précédée de sensations de faiblesse générale. Les crises duraient de quelques minutes à plusieurs heures. Après chaque crise, il y avait polypnée, palpitations, fati-

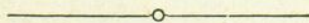
gue suivi de sommeil. Durant l'année, cette malade consulte un peu partout sans permettre à personne de l'observer. Ce n'est qu'en février 1930 qu'elle nous est transportée dans le service; nous la soumettons au traitement de l'atropine et constatons avec plaisir que cette malade a pratiquement cessé ses crises dès la troisième injection; une seule autre est survenue 15 jours plus tard, mais fut de courte durée. Nous avons eu l'occasion de revoir notre malade assez souvent, et il n'y a pas eu de manifestation depuis.

Nous savons, que plusieurs travaux faits antérieurement, par MM. Hall, Pierre-Marie, Mlle Lévy, MM. Smith-Jelliffe, Turner, MacDonald, Critchley, rapportent une pathogénie fort obscure de cette manifestation. La thérapeutique employée par plusieurs, malgré de nombreux essais, n'a eu que des insuccès, et j'ajouterai que la plupart des observations insistent sur le caractère rebel de ces troubles.

Ayant observé cette malade dans le service, nous croyons que nous avons devant nous, un cas typique de dysrythmie respiratoire postencéphalitique où l'on note les particularités suivantes: apparition de troubles respiratoires trois ans après l'attaque d'hypersomnie sous forme de polypnée, tic d'essoufflement augmentant graduellement et devenant une forme de tirage prononcé. L'espace entre l'attaque d'hypersomnie et cette manifestation ne doit pas nous étonner, car il est admis couramment dans les récents travaux, que les syndrômes parkinsoniens apparaissent quatre, six années et davantage après l'épisode initial. Turner et Critchley rapportent une observation où les troubles respiratoires sont apparus tardivement, cinq ans après la phase aiguë de l'encéphalite.

Je crois qu'il est intéressant de rapporter un cas analogue et même classique répondant à cette nouvelle forme de traitement qui jusqu'à présent a donné des résultats merveilleux. Il est très difficile de dire pourquoi cette inhibition temporaire du vague réalisant une véritable vagotonie pharmacodynamique, a suffi à faire cesser l'irritation centrale donnant lieu aux troubles permanents antérieurs.

Dans ce cas, il ne s'agit pas d'entrer en détails dans les considérations pathogéniques, car, comme il est dit au début, la pathogénie de ces troubles est encore bien obscure, et ce travail n'a d'autre but que de souligner en passant une thérapeutique effective dans de pareils cas.



UN CAS DE PLEURÉSIE MÉDIASTINE POSTÉRIEURE ET ANTÉRIEURE AVEC ENVAHISSEMENT DE LA CAVITÉ PLEURALE⁽¹⁾

Paul-René ARCHAMBAULT
Médecin de l'Hôpital Saint-Luc.

De toutes les pleurésies, la pleurésie médiastine est la plus rare. Laënnec, Andral, Cruveilhier les ont signalées comme des trouvailles d'autopsie. Grancher en 1891, fit une étude d'ensemble sur la pleurésie médiastine antérieure tandis que Dieulafoy en 1898 nous décrit la pleurésie postérieure. Ce n'est que Chauffard en 1902 et surtout Davic et Savy en 1910 qui mirent au point cette importante question.

Nous profitons donc de l'occasion pour vous en parler succinctement.

Monsieur E. B. âgé de 35 ans, journalier, arrive en ambulance dans le service médical de l'Hôpital Saint-Luc, le 8 janvier 1930.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier.

Antécédents personnels : Rhumatisme polyarticulaire à 22 ans,

Herniotomie double à 29 ans.

Typhoïde à 33 ans.

Maladie actuelle : Le début de la maladie remonte à deux jours seulement. Le malade fait des réparations dans une maison mal chauffée. Travaillant arduement il a tantôt chaud tantôt froid. Il commence à tousoter et insidieusement il ressent un point de côté à la base pulmonaire droite. Comme il se sent plus mal à la fin de la deuxième journée que ces malaises généraux existent, une fois sa tâche terminée, il se dirige vers son pharmacien, afin d'obtenir le médicament qui doit le guérir. A peine est-il sorti de la pharmacie qu'il est pris d'un fort point de côté situé à la base de l'hémithorax droit. Cette douleur est tellement vive qu'il perd connaissance dans la rue. L'ambulance de l'Hôpital Saint-Luc est mandé et nous amène, dans le service, ce malade que nous allons examiner ensemble pour ensuite faire une courte étude clinique de cette maladie.

(1) Travail du service de Médecine de l'Hôpital Saint-Luc.

L'apparence est médiocre. Le facies est intoxiqué, anxieux, sa figure est crispée et nous démontre combien il est souffrant. Une sueur profuse couvre sa figure de même que tout son corps; sa voix est rauque, sa respiration bruyante.

Le malade se plaint d'une douleur violente située dans la base de l'hémithorax droit comme d'ailleurs l'indique sa main qui comprime, en vue d'un soulagement, cette région endolorie. Parfois la douleur est irradiée vers la région scapulaire droite. Le malade fait des efforts pour retenir sa

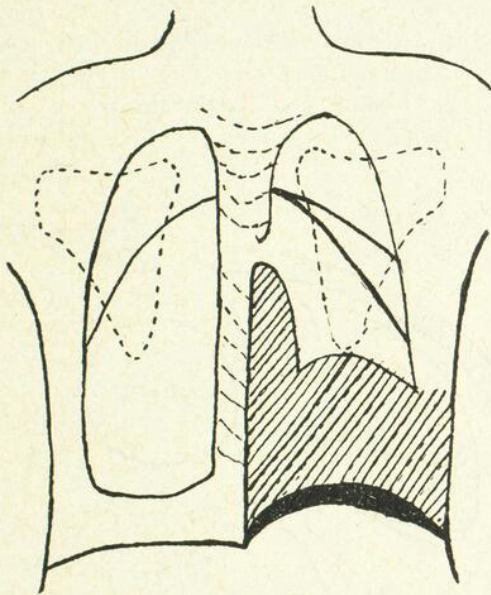


Schéma d'une pleurésie médiastine postérieure en équerre à bande verticale et à bande horizontale. Schéma du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*.

respiration de même que cette toux coqueluchoïde qui exacerbe la douleur. Assis dans son lit, les jambes repliées sur les cuisses, le patient est très dyspnéique surtout à certains moments.

La température qui est à 98.4 au premier jour ne dépassera jamais 103 $\frac{3}{5}$.

La respiration varie entre 24 et 36.

La pression artérielle est à 120/62 Tycos.

Les pupilles réagissent à la lumière mais lentement, elles sont ovalaires. La gorge est rouge. La langue est sèche et saburrale. La dentition est médiocre. La pression du point phrénique droit (scalène et sterno-cleïdo-mastôïdien) éveille une douleur excessive.

Le cœur présente un léger assourdissement des bruits à tous les foyers. La pointe est repoussée en dehors, déborde le mamelon. Vers le quarantième jour de la maladie, la matité cardiaque est augmentée et on entend des frottements péricardiques.

Poumons :

Inspection : Le thorax est amaigri. Celui de droite paraît plus allongé que celui de gauche. L'hémithorax droit est immobile; à sa base postérieure il y a une voussure. Dix jours après le début de maladie, on note une autre voussure juxta-vertébrale de la moitié inférieure.

Palpation : Le tiers inférieur du poumon droit est exempt de vibrations. Les espaces intercostaux sont restreints à droite. La pression des points intercostaux et diaphragmatiques, du scalène droit, éveille une vive douleur.

Percussion : Matité absolue du tiers inférieur droit qui s'étend depuis la colonne vertébrale jusqu'à la ligne sous-axillaire postérieure (matité juxta-diaphragmatique). La matité juxta-vertébrale remonte jusqu'à la moitié inférieure et s'étale jusqu'à trois pouces environ (Matité en équerre).

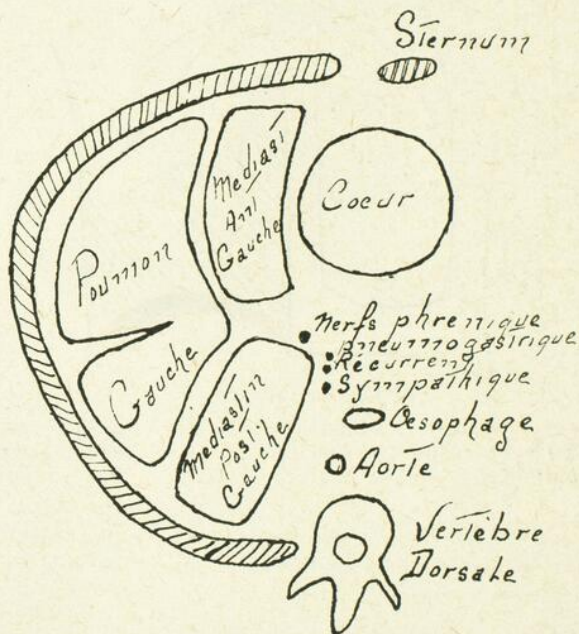


Schéma des pleurésies médiastines antérieure et postérieure. Sur une coupe plus haut, nous aurions vu la Trachée. Il est facile de concevoir que la pleurésie médiastinale vient déplacer, comprimer tous ces organes selon sa localisation. Schéma du Nouveau Traité de Médecine.

Auscultation : La face antérieure des deux poumons nous fait entendre une respiration plutôt soufflante. Postérieurement, à gauche, il faut y ajouter quelques râles sibilants.

Postérieurement, à droite, nous entendons les signes d'épanchement (souffle pleurétique, égophonie, pectoriloquiphonie dans la zone de matité déjà décrite.

Aux limites du souffle nous percevons quelques râles humides.

Une dizaine de jours après le début, le souffle pleurétique et tous les signes d'épanchement sont diminués (les vibrations restent toujours abolies) et semblent se cantonner à la région paravertébrale pour nous faire entendre en plus des frottements pleuraux.

Le foie n'est pas augmenté de volume, paraît plutôt petit. Le rebord est très douloureux.

La rate n'est pas perceptible.

L'abdomen droit est très intéressant : il présente de la contracture avec douleur spontanée et provoquée aux carrefours appendiculaire et vésiculaire. On pince facilement entre nos doigts la corde colique qui est très tendue. A gauche l'abdomen est normal.

Les reflexes ostéo-tendineux supérieurs, rotuliens et plantaires sont normaux.

Voici quelques rapports du laboratoire par M. A. Frappier.

Crachats :

Pus : présence

Koch : négatif

Pneumocoque : abondant.

Liquide pleurétique une semaine après l'entrée.

1° Nature : séro-sanguinolent — Presque pas de fibrine — Liquide trouble.

2° Examen cytologique:

a/ sang — présence

b/ Abondance de leucocytes : a/ Polynucléaires 70%

b/ Lymphocytes 25%

c/ Macrophages 5%

Rares cellules épithéliales.

c/ Examen bactériologique : absence de toute bactérie.

d/ Rivalta : positif + + + +

Bordet-Wassermann : négatif.

Evolution. Durant les dix premiers jours de son hospitalisation, le malade a souvent des frissons suivis de transpiration avec hyperthermie. Ces frissons durent parfois deux heures environ. Les narcotiques, forcément répétés, parviennent à peine à calmer ce patient. Les crises douloureuses localisées tantôt à la base de l'hémithorax droit, tantôt au point vésiculaire avec irradiation à l'épaule droite, tantôt au carrefour appendiculaire avec tension de l'abdomen droit, viennent compliquer le diagnostic. Ce n'est qu'une semaine après le début, que le malade commence à cracher ; les crachats sont muqueux et spumeux ; avec le temps ils deviennent plus nombreux. A la cinquante-deuxième journée de son hospitalisation, les expectorations sont rouillées, à odeur fétide. Trois jours plus tard le malade nous fait une vomique. Les crachats sont épais, purulents et ont une odeur de gangrène. Les docteurs Blagdon et Mathieu pratiquent la costotomie dont voici le rapport.

"Incision dans le neuvième espace intercostal de l'hémithorax droit. Résection de la neuvième côte à trois travers de doigt de la colonne verté-

brale. Nous tombons dans une grande cavité, le poumon est refoulé au sommet et il présente une fistule bronchique, par laquelle le malade a dû faire sa vomique. Le médiastin postérieur s'est vidé. Etant donné la température persistante, malgré cette évacuation, nous explorons plus profondément et aussitôt une grande quantité de pus bien lié, verdâtre est évacuée. Ce pus à odeur suffocante, véritable gangrène, provient vraisemblablement du médiastin antérieur. La cavité est drainée au moyen d'un tube."

Après l'intervention, le malade est moins souffrant, mais il est dans un état de grande faiblesse et de cachexie extrême et meurt le quatorzième jour après la costotomie.

L'autopsie n'a pu être pratiquée malheureusement.

Après la lecture de ce cas intéressant, parce que rare, nous croyons nécessaire d'ajouter quelques mots sur ce chapitre de la pathologie.

Etiologie :

Darvier et Pinard divisent les pleurésies médiastines au point de vue étiologique en pleurésie :

- 1/ Séro-fibrineuses (causes principales : tuberculose, rhumatisme articulaire aigu).
- 2) Purulentes (primitives ou secondaires à des lésions pulmonaires, ganglionnaires, nerf phrénique de paralysie du diaphragme, etc., se rapportant plutôt à une pleurésie diaphragmatique, se rencontrent, mais très rarement, au cours de la pleurésie médiastine mixte, comme le fait voir notre sujet.

De même le coeur comprimé, déplacé par l'épanchement occasionne des troubles circulatoires graves.

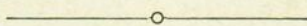
Nous croyons cependant en avoir assez dit pour démontrer combien le diagnostic différentiel précis présente de difficultés : tant d'organes importants sont déplacés, comprimés, tant de troubles sérieux apparaissent à distance.

BIBLIOGRAPHIE

Marcel Labbé : — Maladies de la Plèvre et du Médiastin.

P. Darvier et Marcel Pinard : — Nouveau Traité de Médecine-Pathologie de la Plèvre.

M. Courcoux : — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. — Appareil respiratoire.



PETITE CLINIQUE

SUR UN CAS DE HERNIE INGUINO-SCROTALE GAUCHE ÉTRANGLÉE.

J. H. RIVARD

L'enfant Louis L., âgé de 14 mois, nous est amené à l'hôpital à cause d'une tuméfaction dans la région inguino-scrotale gauche. La mère avait déjà remarqué cette tuméfaction, elle avait aussi remarqué que cette tuméfaction se réduisait toute seule. La veille l'enfant se lève mal en train et contre son habitude, il pleure beaucoup. Le soir et le lendemain il a vomi, vomissements alimentaires d'abord, puis verdâtres. La mère rapporte aussi que la tuméfaction est irréductible.

Dans les antécédents héréditaires, rien à noter, les parents sont en bonne santé ainsi que les deux frères de l'enfant, lui-même n'a jamais été malade, aucune maladie contagieuse et pas d'écoulement uréthrale.

L'état général de l'enfant est mauvais: température 101, pouls 150. Nous remarquons à l'examen un facies pâle, les yeux creux, la langue est chargée, rien du côté de la gorge et du nez. A l'examen des oreilles, présence de cérumen du côté droit. Pas de ganglions cervicaux.

Les poumons, rien de pathologique; le coeur est rapide mais en position normale, les bruits sont normaux.

L'abdomen est ballonné, un peu douloureux, assez facilement dépressible dans la fosse iliaque droite; il existe un peu de défense musculaire du côté gauche. Le foie et la rate sont de volume normal. Le système osseux est bien conformé.

Ce qui frappe notre attention c'est la tumeur inguino-scrotale gauche. Cette tumeur est de forme ovoïde régulièrement arrondie, son axe est oblique en bas, en avant. La peau distendue garde à sa surface ses caractères normaux. Nous constatons en effet que la tumeur est irréductible, nous pouvons sentir la fluctuation et il semble qu'à sa partie postéro-inférieure on sente le testicule. A la partie antérieure on sent un cordon, de la grosseur du petit doigt, c'est le point le plus sensible de la tumeur. A son pôle inférieur la tuméfaction est transparente; la tumeur est du volume d'un gros citron.

Notre première pensée nous porte à croire à l'hydrocèle ou au kyste du cordon. L'hydrocèle, c'est l'accumulation de liquide dans

la vaginale. Elle peut être non communicante ou communicante en ce sens qu'elle est irréductible ou réductible. Dans le premier cas c'est une tumeur lisse, indolente, rénitente et transparente, de plus il n'y a pas de communication avec l'abdomen; dans le deuxième cas, la tumeur a les mêmes caractères mais de plus elle est réductible.

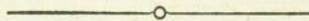
Pour ces tuméfactions de la région, il est important d'apprécier la forme, la surface régulière ou irrégulière, la consistance, la fluctuation. Un bon moyen de rechercher la présence de liquide est l'épreuve de la translucidité. Cette tumeur n'est pas transparente; elle est trop volumineuse pour être un kyste du cordon, lequel est indolent, lisse, arrondi, transparent et siège plus haut que le testiculaire.

Etant donné les signes d'intoxication de cet enfant nous devons chercher autre chose. Il ne peut s'agir d'orchite, l'enfant ne présente ni maladie contagieuse, ni écoulement urétral. Il n'y a pas de torsion du cordon, car nous ne sentons pas l'épididyme. Le début est trop brusque pour faire penser à une tumeur néoplasique. La transparence de la tumeur à son pôle inférieur nous fait ignorer la pachy-vaginite.

Ce n'est pas non plus de la tuberculose testiculaire, bien que la lésion soit typique, la peau du scrotum n'est pas adhérente à la tumeur et la tuméfaction épидидymaire, lésion spécifique de la tuberculose épидидymo-testiculaire n'est pas perceptible.

A cause de l'histoire herniaire antérieure, de la sonorité de la tumeur, de son opacité nous en faisons une hernie inguino-scrotale gauche étranglée, parce que cette masse n'est pas réductible, que l'état général est mauvais, la température élevée, la défense musculaire.

Dans ce cas l'intervention d'urgence s'impose.



MOUVEMENT MÉDICAL

6^e CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE.

L.-Arthur MAGNAN.

(fin)

MYOMECTOMIE EN DEHORS ET AU COURS DE LA GROSSESSE.

Ce deuxième rapport délicat, subtil fut savamment exposé par MM. Meriel et Baillat (de Toulouse) et Brindeau (de Paris).

Par myomectomie, les rapporteurs entendent : "une énucléation d'un ou de plusieurs noyaux myomateux sans sacrifier l'utérus qui les contient". C'est une vieille opération. Elle est redevenue à l'ordre du jour à la suite du grand mouvement présent de chirurgie gynécologique conservatrice.

Les indications de la myomectomie, si l'on suppose acquise la notion de nécessité opératoire, sont de deux ordres.

1o.—*Facteurs physiologiques et sociaux* : ce sont les plus importants. Il est en effet évident que la conservation des fonctions utérines est primordiale chez la femme. On ne peut opposer la myomectomie, essentiellement conservatrice, à l'hystérectomie, la roentgenthérapie ou radiumthérapie qui sont des mutilations radicales entraînant des troubles et des perturbations dans tout l'organisme. La première et la principale de ses indications appartient à la femme jeune qui veut éviter les désastres de la castration.

Ensuite, à cette première indication physiologique la reproduction de l'espèce en est une seconde non moins importante surtout en certains pays.

20.—*Facteurs anatomiques*: cette catégorie d'indications dépend des fibromes eux-mêmes ou des annexes.

S'il est vrai qu'il serait imprudent de promettre la conservation d'un utérus fibromateux, il est souvent possible, par le seul examen gynécologique d'avoir des présomptions. Et, depuis l'entrée en gynécologie de l'hystérogaphie par le lipiodol, le choix des cas est quelque fois facile. Le radio-diagnostic des fibromyomes utérins donne des précisions sur l'indication de la myomectomie. Il permet de dire: 1°. si les fibromes sont peu nombreux et à développement sous-muqueux, 2°. si les trompes sont perméables. Cependant, il ne faut jamais oublier que l'hystérogaphie aussi bien que l'examen clinique n'offre aucune indication absolue.

Sur les conditions anatomiques des fibromes qui sont en mesure d'être nucléés, les opinions sont très divergentes. M. et B. disent que la grosseur du fibrome est secondaire s'il est relativement pédiculé, non sessile, ni intersitiel. Le nombre importe également. Il est évidemment plus facile d'enlever un noyau que deux. Les fibromes purs, durs, enkystés dans une capsule conjonctive sont plus faciles à enlever que les myomes qui sont mous et mal limités. Les fibromes dégénérés, diffus, présentent de grandes difficultés d'énucléation.

Un autre fait connu également est qu'un fibrome pédiculisé à développement abdominal est plus facile à enlever que s'il est situé au dessous de l'isthme, zone particulièrement dangereuse à cause du voisinage.

Les contre-indications de la myomectomie sont peu nombreuses si l'on ne parle pas de celles tenant à l'état général et appartenant à toute laparotomie. Les contre-indications locales sont les lésions utérines concomitantes telles que cancer, salpingite bilatérale, métrite invétérée qui entraînent l'hystérectomie.

Sur la technique opératoire les rapporteurs ne peuvent évidemment pas énumérer toutes les manières de faire. Ils ne soulignent que les faits principaux.

Les soins préopératoires sont ceux de l'hystérectomie totale que l'opérateur peut être amené à pratiquer.

L'hémostase préventive est conseillée. On la réalise avec des ligatures élastiques ou des clamps sur les vaisseaux au niveau du col.

Quant à l'incision de l'utérus elle dépendra des cas. Il est évident que dans les fibromes sous-péritonéaux il faut inciser chaque noyau et l'énucléer. Dans les fibromes sessiles ou "truffés" l'incision médiane est préférable par ce qu'avasculaire.

L'énucléation terminée deux cas se présentent: 1°. la muqueuse utérine n'a pas été ouverte. Alors, à moins d'exception, un bon capitonnage des plaies semble suffisant pour éviter tout drainage. 2°. La cavité utérine a été ouverte, alors il faut drainer soit par le col et le vagin, ou par le Douglas.

Les résultats de cette opération sont intéressants à considérer. Les résultats immédiats sont variables. Les uns soutiennent la bénignité comparable à l'hystérectomie, d'autres disent le contraire. Il semble que tout dépend de la complexité des manoeuvres opératoires.

Les hémorragies opératoires ou post-opératoires sont évidemment des craintes légitimes. Cependant une bonne technique semblerait les éviter. Il en est d'ailleurs ainsi de l'infection. Les phlébites et les embolies sont plus exceptionnelles dans la myomectomie que dans l'hystérectomie pour fibromes. Enfin il importe de savoir que la myomectomie a à peu près la même mortalité que l'hystérectomie pour fibrome i.e. 4 à 5%.

Les résultats éloignés de la myomectomie attirent l'attention vers les récidives. Les rapporteurs admettent que c'est le plus grand reproche fait à cette opération. Est-il fondé? Les récidives sont de 8.47%. Elles surviennent surtout chez les femmes jeunes. Les transformations malignes sont rares. Quant aux chances de grossesse à terme, ultérieures, elles sont possibles mais exceptionnelles.

La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse n'exige pas un exposé très long. Le Dr Brindeau est persuadé de sa bénignité relative. Il n'a pas la prétention de faire une étude complète de la question. Mais il envisage 5 principaux points de vue que son expérience et un referendum qu'il a fait considèrent les plus importants.

1o.—Sur les grossesses futures il admet la fécondation dans 20% des cas. Cependant les avortements sont fréquents.

Si la grossesse va à terme l'accouchement est normal.

2o.—Pendant la grossesse la myomectomie est facile. Mais les indications sont rares car la présence d'un ou de plusieurs noyaux fibromateux n'est que rarement un empêchement à l'accouchement normal

Ces indications sont les complications; telles que hypertrophie considérable du fibrome, nécrose, torsion du pédicule, hémorragie, rétroversion marquée, situation basse du noyau.

Après Myomectomie l'accouchement est ordinairement normal. On applique le forceps souvent par crainte de réouverture de la plaie.

30.—Pendant le travail, les indications de la myomectomie sont essentiellement dystociques. Si le fibrome est abdominal et n'a pas engendré de présentation vicieuse il est inutile d'intervenir. Au contraire, si le fibrome est pelvien il ne faut pas hésiter.

Deux méthodes sont à choisir suivant les cas. L'énucléation simple laissant l'accouchement se produire normalement et l'énucléation suivie de césarienne ou d'hystérectomie.

40.—Dans les suites de couches, la situation est la même qu'en dehors de la grossesse.

50.—Quant à la myomectomie vaginale, elle est rare et ne peut se pratiquer que très difficilement pendant la grossesse ou le travail.

DISCUSSION

Siredey recommande la patience. Les myomectomies pendant la grossesse doivent être des exceptions, car le plus souvent les femmes accouchent normalement.

Douay dit que Faure ne fait pas de myomectomie. Il considère que les beaux cas de fibrome qui sont justiciables de cette opération sont malheureusement dirigés vers la radio qui guérit en les castrant.

Vanverts (de Lille) en fait peu. Il considère que le grand danger est d'ouvrir la muqueuse utérine et d'inoculer le péritoine.

Chalier (de Lyon) dit que c'est une opération d'exception.

Elle ne constitue que 2% des fibromes qu'il a opérés.

Phaneuf (de Boston) apporte trois observations récentes de grossesses et d'accouchements normaux après myomectomie.

Shockaert (de Louvain) est très conservateur. Il n'a eu que des succès. Il injecte de l'iode dans l'utérus avant d'opérer et ainsi ne craint pas d'ouvrir la muqueuse utérine.

Reeb (de Strasbourg) craint les adhérences et les hémorragies post-opératoires.

Begouin (de Bordeaux) prétend que ce n'est pas une opération plus grave que l'hystérectomie. Il y a une mortalité de 3%.

Claude Béclère préconise l'hystérosalpingographie antéopératoire afin de savoir si les trompes sont perméables et d'avoir une image de la cavité utérine.

Couvelaire (de Paris) a une statistique de 162 cas de fibromes et grossesses. Sur 162 cas, il a fait 19 myomectomies. Cependant il fait une distinction entre ce qu'il appelle une *vraie* et une *fausse*

myomectomie. L'extirpation d'un noyau pédiculé ne constitue pas pour lui une myomectomie. Sur ces 19 cas il en a eu 12 pendant la gestation (2 vrais, 10 non vrais), 6 pendant le travail (1 vrai, et 5 faux), un post-partum, la malade est morte.

La vraie myomectomie consiste à énucléer un fibromyome non pédiculisé c'est une opération rare et grave.

INDICATIONS ET TECHNIQUE DE LA STÉRILISATION CHEZ LA FEMME

La stérilisation de la femme est un problème complexe. Elle entraîne dans ses discussions non seulement des questions médicales, mais aussi des problèmes moraux et sociaux.

MM. MURET (de Lausanne) et Amédée LAFOND en ont fait une longue étude qui fut très intéressante.

L'histoire de la stérilisation ne date pas d'hier. Dès 1819 on proposa la résection des trompes. Cependant, malgré les progrès de la gynécologie et les acquisitions techniques, il faut admettre qu'une solution définitive n'est pas encore trouvée.

Les indications générales de la stérilisation féminine sont établies lorsque "*par le fait d'un état pathologique existant chez la femme sa vie est en danger ou sa santé compromise.*" Cette indication générale, qui est bien semblable à celle de l'avortement thérapeutique, envisage de nombreux cas que seul le médecin consciencieux est en position de résoudre.

Les indications spéciales sont soit d'ordre *gynécologique* ou *obstrétical* soit d'ordre *médical* proprement dit. Dans la première catégorie, il y a lieu d'envisager certains rétrécissements du bassin, les grossesses ectopiques, les ruptures utérines, certaines opérations gynécologiques telles que la fixation Schauta-Wertheim, prolapsus divers, etc.

Les indications médicales sont la tuberculose, les cardiopathies, l'albuminurie ou autres affections rénales graves, les maladies mentales ou nerveuses, l'anémie pernicieuse, la misère physiologique. Il est bien entendu que ces diverses indications ont besoin d'une définition précise et doivent atteindre un certain degré. Car la prudence la plus sévère doit guider la conduite du médecin.

Enfin, les indications *eugénétiques* et *sociales* méritent une certaine attention. Elles ont été résolues dans certains pays, mais il con-

vient d'admettre que le problème est très complexe. Les contrôles à exercer sur les naissances des tarés ou des dégénérés sont encore à l'étude. Le médecin, et surtout le gynécologue ne doit pas s'en désintéresser car la solution de ce grave problème apportera au monde une contribution des plus humanitaires.

Les divers procédés de stérilisation de la femme se divisent en trois grands chapitres: Les méthodes biologiques, les méthodes physiques, et les méthodes chirurgicales. Amédée Lafond les étudie dans tous leurs détails.

Les premiers procédés biologiques exposés, sont les injections sous-cutanées de sperme. Elles produiraient des réactions humorales qui agiraient en provoquant une toxicité utérine et vaginale pour les spermatozoïdes. Ces applications sont encore à l'étude.

On a pensé également aux greffes ovariennes et aux extraits ovariens, aux extraits placentaires, qui auraient donné des succès intéressants. La folliculine empêcherait la nidation. L'insuline mettrait un frein à l'éclosion du follicule. A forte dose, l'anté-hypophyse amènerait une atrophie folliculaire.

Mais il faut bien conserver la plus grande réserve sur ces différents procédés qui sont loin d'être exacts.

Les procédés physiques sont plus connus. L'atmocausis i.e. la vaporisation de la cavité utérine, la cautérisation de l'ostium sont peu ou pas conseillés. Les rayons X et le radium sont depuis un certain temps très en vogue. Ils amènent facilement, il est vrai, la stérilité, mais en même temps ils entraînent la ménopause. Or, comme il a été dit au début il ne peut être question ici des cures radicales.

L'auteur étudie assez longuement la *stérilisation temporaire* par le roentgenthérapie et le radium, il conclut en disant que les recherches n'ont pas amené de résultats définitifs permettant des succès certains. Soit à cause de la difficulté d'atteindre l'ovaire, soit à cause de la fameuse question des doses, il semble que ce moyen a besoin d'une mise au point plus intransigeante avant d'entrer dans la pratique courante. Cependant, l'on doit admettre que le radium a fourni certains succès. Il importe donc de diriger les études vers lui plutôt que vers la roentgenthérapie.

Quant aux procédés chirurgicaux ils sont encore plus nombreux. Il ne peut être question ici de décrire toutes les différences techniques. Le rapporteur se contente de les énumérer avec le minimum de commentaires.

1o.—La voie vaginale: ce procédé depuis longtemps connu consiste à créer un vagin borgne par la formation d'un septum.

2o.—La stérilisation utérine a peu de valeur. A part les hystérectomies dont il ne peut être question ici et différents procédés d'obstruction du col ou de résection utérine ont des inconvénients bien connus qui les font rejeter.

3o.—La stérilisation ovarienne se résume en 3 types:

a—Inclusion intra-inguinale de l'ovaire qui pourra être libéré plus tard.

Ainsi on obtiendra une stérilisation temporaire ou définitive à volonté.

b—Inclusion intra-ligamentaire de l'ovaire dont l'exécution, on le conçoit, est très ardue.

c—Inclusion intra-péritonéale dans le cul-de-sac, vésico-utérin. Ce procédé est plus facile et donne de meilleurs résultats.

4o.—La stérilisation tubaire connaît divers procédés qui ont tous pour principe la ligature de la trompe avec ou sans section ou écrasement:

a—La ligature simple amène des échecs;

b—L'écrasement simple n'est pas meilleur, mais l'écrasement double avec ligature est un procédé fidèle.

c—La section simple entre deux ligatures est efficace si elle est faite au cautère après avoir replié la trompe;

d—Le même procédé, mais avec enfouissement est très recommandé.

e—La résection d'une partie de la trompe avec enfouissement est définitive, rapide et sûre.

f—L'excision cunéiforme de la trompe hors de l'utérus et la résection ou ablation de la trompe.

g—Résection ampullaire de la trompe et traitement du moignon.

h—Enfouissement de l'extrémité tubaire intacte a le mérite d'être temporaire mais il est inconstant.

Après avoir donné un aperçu et des statistiques de la *stérilisation temporaire* M. Lafond conclut que la chirurgie n'a guère donné de bons résultats. Cependant, il préconise les méthodes suivantes qui lui ont donné quelques succès.

1o.—Stérilisation ovarienne par enfouissement péritonéal suivi de désenfouissement;

20.—Anastomose de la trompe sectionnée et enfouie.

30.—Réimplantation tubaire.

Les complications et les conséquences opératoires sont minimes.

La stérilisation au cours de la gestation est une question difficile à résoudre. Si la voie vaginale est employée la stérilisation en un temps est préférable à celle en plusieurs temps. Elle consiste à évacuer l'utérus par curettage ou césarienne vaginale et suivie de colpotomie antérieure et de section des trompes. La voie abdominale est la seule indiquée après le 3e mois. On incise l'utérus soit sur le fond ou à l'isthme pour évacuer le contenu et l'on termine en sectionnant les trompes. L'hystérectomie au cours de la grossesse pour stériliser a deux indications exceptionnelles : la tuberculose et l'ostéomalacie. Il est cependant préférable de ne pas enlever l'utérus.

En conclusion, l'on peut dire que les stérilisations tubaires sont les plus efficaces des procédés chirurgicaux. Les méthodes biologiques sont encore du domaine du laboratoire. Les agents physiques sont très efficaces, mais mutilants. Les rayons X déterminent la stérilisation définitive dans 95 à 100% des cas ; mais ils procurent aussi une ménopause brutale. Le radium est mieux car, à certaines doses, il ne touche pas à l'ovaire. Quant à la *stérilisation temporaire*, la chirurgie est peu efficace ; les moyens physiques, surtout le radium, donnent quelques résultats.

DISCUSSION

Antoine Bécèle: La roentgenthérapie est efficace dans la stérilisation temporaire des femmes ou des jeunes filles qui ont des métrorragies graves. Les méthodes physiques (rayons X et radium) sont préférables à la chirurgie, non seulement parce qu'elles sont plus efficaces, mais aussi parce qu'elles éliminent le risque opératoire et sont préférées par les malades.

Le radium n'est pas supérieur à la roentgenthérapie dans la stérilisation temporaire, et ses inconvénients sont les mêmes.

Hussy préconise la stérilisation tubaire par enfouissement sous le ligament rond après écrasement.

Siredey montre la gravité morale de la stérilisation et il dit qu'elle doit être très exceptionnelle.

Vauverts (de Lille) est très conservateur. Il souligne le danger social de la stérilisation et la possibilité des poursuites judiciaires consécutives.

Hamm (de Strasbourg) craint les effets de la stérilisation temporaire par la roentgentherapie ou le radium à cause des effets secondaires sur les naissances ultérieures. Ils seraient la cause de certaines monstruosités foetales.

Favreau (de Bordeaux) est très minutieux dans le choix des indications.

Henrotay (de Anvers) souligne les principes religieux opposés à la stérilisation.

Reeb définit la misère physiologique. Il emploie toujours la stérilisation tubaire à l'isthme, qui laisse un espoir de réimplantation.

Beutner indique différentes techniques personnelles.

J. L. Faure recommande la plus grande précaution dans les indications et conseille l'aide d'un confrère qualifié avant de prendre toute décision.

COMMUNICATIONS PARTICULIERES.

10.—Antoine Béclère (Paris) : *De la stérilisation temporaire dans la roentgentherapie des fibromyomes de l'utérus.*

20.—Douay (Paris) : *Les résultats observés dans le traitement de la stérilité par l'insufflation et par le lipiodol.*

Il fait beaucoup plus de lipiodol que d'insufflation. Sa technique très simple, peu dangereuse, donne tous les renseignements. Comme moyen thérapeutique il préfère l'insufflation; cependant il dit qu'il faut toujours associer le lipiodol à l'insufflation.

30.—Francillon-Lobre et Dalsace.

Etude de 200 ans de stérilité.

Depuis quelques années qu'il fait des lipiodols, il n'a jamais eu d'accidents. Il préfère de beaucoup l'hystérosalpingographie à l'insufflation. 10% de ses malades sont devenues enceintes. Dans les traitements chirurgicaux pour obstruction tubaire il n'a obtenu aucun résultat.

40.—Jean Cahen (Bruxelles). *La stérilisation temporaire dans la thérapeutique de la métrite hémorragique.*

50.—Antoine Basset (Paris) : *Salpingite et vaccination régionales par la porte d'entrée.*

60.—Pierra (Paris) : *L'opothérapie mammaire en gynécologie.* Il la préconise dans les états congestifs intermenstruels et dans la crise inter-menstruelle définie par Cotte.

70.—Hogo Roth (Bratislava) : *Contribution au diagnostic précoce du cancer de l'utérus.*

Dans un magnifique travail, il a observé depuis 11 ans 83 cas de cancers précoces du col de l'utérus. Il a examiné dans chacun des cas des coupes histologiques des petites ulcérations prises pour des métrites banales. Ce procédé lui a permis de découvrir quelques cas d'épithélioma tout à fait au début. Il donne une définition histologique particulière de ce qu'il appelle le stade précancéreux ou cancer au début.

80.—Mestre (Cordoba) : *Montre un film du Pr. Massini sur le forceps élevé;*

90.—Jean Coll de Carrera (Montpellier) : *Le traitement obstétrical du placenta proevia ;*

100.—Voron et Pigeaud (Lyon) : *Etiologie des hémorragies intracrâniennes mortelles chez les nouveau-nés.*

110.—Eparvier (Lyon) : *Hémorragies tardives du post-partum.*

120.—Lévy du Pan (Lausanne) : *A propos de placentas succenturiés;*

130.—Lévy du Pan (Lausanne) : *Phlébites gravidiques. Leur traitement.*

140.—Ruiz-Contreras (Barcelone) : *Des abus de la césarienne et ma méthode transpéritonéale.*

150.—Dauwe (Anvers) : *Contribution à la lutte contre la stérilité féminine: Quinze cas de grossesses à la suite d'utérosalpingographie.*

160.—Lucien Brouha (de Liège) : *A propos du diagnostic biologique précoce de la grossesse.*

Il expose sa technique. Il a obtenu des résultats positifs dans 95% des cas. Ses expériences sont maintenant dirigées avec des souris mâles impubères.

170.—Lucien Brouha : *Contribution à l'étude pharmacodynamique des extraits de corps jaune.*

180.—Jean Cahen (Bruxelles) : *Cancers inopérables de l'ovaire traités par les radiations et la chirurgie.*

L'étude d'un cas particulièrement intéressant lui a permis de constater que l'irradiation des tumeurs malignes de l'ovaire donne de bons résultats.

190.—Robert Dupont et Dalsace : *l'innervation de l'ovaire.*

200.—Phaneuf (Boston) : *Les déchirures complètes du périnée et leur traitement.*

210.—Vicentius : *Procédé rapide de réfection des ruptures récentes du périnée.*

220.—Fabre (Paris) : *L'antivirusthérapie dans le traitement des infections secondaires du cancer de l'utérus.*

230.—Lelaurier (Paris) : *de l'action des toxines microbiennes sur les spermatozoides.*

240.—Claude Bécclère (Paris) : *Les obturations et les infections des trompes.* L'examen systématique, clinique et radiologique de 114 malades lui a montré les faits suivants :

La stérilité féminine est constituée par des lésions tubaires, 55% de ces malades ont une oblitération tubaire bilatérale complète. Dans 30% des cas la perméabilité est conservée mais diminuée. Enfin, dans 15% des cas la perméabilité est normale.

L'infection gonococcique d'emblée aiguë est plus désastreuse que les formes atténuées. Ces dernières produisent plutôt des lésions localisées. Il montre un tableau convainquant de l'utilité de la salpingographie dans le diagnostic et le traitement de la stérilité tubaire.

250.—Gagey (de Paris) : *Sur la curiethérapie en gynécologie.*

260.—Simone Laborde (Paris) : *Radiothérapie du cancer du col de l'utérus.* Elle montre une statistique du centre de la banlieue parisienne pour les années 1921 à 1927. Elle divise les cas en 3 degrés :

1°. l'épithélioma est limité au col, elle obtient alors 80% de guérisons; 2°. dans l'envahissement du paramètre elle emploie le radium et la roentgenthérapie. Elle a 55% de guérisons. 3°. dans les cas inopérables, elle irradie à forte dose et obtient 16% de guérisons. 4°. dans les cas très graves et très envahissants, la radiothérapie ne lui a donné aucun résultat. Il est bien entendu que ces différentes guérisons sont de cinq années ou plus.

270.—Oppert (Paris) : *Résultats éloignés de la curiethérapie du cancer du col utérin.* Depuis 1910 il a observé 800 cas, qui lui ont donné 25% de guérisons de 5 années ou plus. Cependant cette statistique se base sur des cas assez graves où la chirurgie était impuissante.

280.—Cahen (Bruxelles) : *Résultats éloignés de la curiethérapie dans les cancers primitifs et dans les récives post-opératoires des cancers du col utérin.*

De 1921 à 1927, il a obtenu les résultats suivants. Dans les cas opérables 50% de guérisons; les cas inopérables 25%; les cas très avancés 8% .

SEANCE OPERATOIRE

La seule séance opératoire à laquelle nous avons assisté avait un programme assez complet.

Phaneuf (de Boston) fit en premier lieu une ligamentopexie suivant la méthode Simpson. Après incision médiane, libération des droits, il pose un catgut sur chaque ligament rond à 2 cm. de la corne utérine. Puis, après appendicectomie il va chercher avec des pinces, en passant par le canal inguinal, les catguts mis sur les ronds. Il tire dessus, il les suture à l'aponévrose des droits (bord externe). Ce procédé aurait l'avantage de ne laisser aucun espace entre le fond de l'utérus et la paroi antérieure de l'abdomen évitant ainsi tout danger futur d'obstruction intestinale.

La seconde opération du Dr Phaneuf a été une hystérectomie sub-totale. Le seul point particulier fut la suspension du col au pédicule des ligaments rond et large qui comporte en même temps le premier temps de péritonisation. Il ramène ensuite la vessie derrière le moignon du col.

Le Pr. Beutner (de Genève), père de l'hystérectomie fundique est non seulement un bon chirurgien mais un humoriste réputé. Il pratiqua l'hystérectomie fundique qu'il a modifiée dernièrement i.e. par hémi-section du fond de l'utérus.

Enfin Jean Louis Faure avec le brio et la rapidité qu'on lui connaît, enleva un fibrome par le procédé américain.

CONCLUSIONS PERSONNELLES.

Le patronage et la présence des souverains belges ont apporté un caractère éclatant à ce congrès. Les réunions mondaines et l'organisation parfaite ont été une inoubliable manifestation de l'hospitalité belge.

Les différents rapports furent une autre confirmation de la netteté et de la clarté des exposés scientifiques français.

Les rapports entre l'hypophyse et les organes génitaux de la femme sont encore peu connus. Cependant, certaines actions réciproques sont évidentes. Il n'y a pas de doute que l'hypophyse a une action excitante et stimulante des organes génitaux et de la sécrétion lactée. Malheureusement, les résultats des recherches ne sont que du domai-

ne expérimental et les applications à la thérapeutique gynécologique sont à peu près sans succès. Seul l'extrait post-hypophyse a été isolé et étudié dans ses effets qui sont bien connus.

La myomectomie en dehors et au cours de la grossesse est une opération tout à fait exceptionnelle. Elle est réservée aux femmes jeunes qui ont des désirs et des espoirs de maternité. C'est une opération moins choquante que l'hystérectomie dans les cas simples, mais les difficultés de certaines manoeuvres opératoires la rendent plus grave. Ses succès sont rares.

La stérilisation définitive des femmes est un problème ambigu et complexe. Le choix des diverses techniques n'offre pas d'hésitation. La résection tubaire avec enfouissement est une opération bénigne qui conserve à la femme son intégrité fonctionnelle génitale. *La stérilisation temporaire* est plus difficile à réaliser. La chirurgie ne donne que peu d'espoir. La section tubaire près de la corne utérine dans le but d'une réimplantation future, ou l'inclusion intra-péritonéale sont les procédés de choix. Mais il faut donner la préférence aux moyens physiques surtout au radium qui, malgré ses inconvénients, donne de meilleurs résultats.

Cette question de technique est secondaire dans la stérilisation. La grande difficulté réside dans les indications. Le médecin et le gynécologue sont en présence de plusieurs considérations médicales, sociales, morales qui se heurtent. La conscience médicale et les principes moraux entrent ici en jeu. Et comme dans tous les grands problèmes humanitaires les obstacles à résoudre sont très compliqués. Au point de vue médical seul, il semble que le principe énoncé par Muret soit canonique. Les questions sociales et morales entraînent des discussions interminables. La solution diffère pour chaque pays, et dans le même pays pour chaque état ou individu. Il est impossible d'établir une loi intransigeante des indications de la stérilisation féminine.

En terminant, disons simplement que ce congrès a apporté, après bien d'autres, une contribution à la recherche de la vérité souvent si difficile à déceler en gynécologie, et les mots de Verhaeren écrits au dessus de la porte d'entrée d'une salle de cours de l'École de Médecine de Bruxelles ont reçu une entière confirmation :

Hélas quels temps versés au gouffre des années,
Et quelle angoisse ou quel espoir des destinées,
Et quels cerveaux chargés de noble lassitude.
A-t-il fallu pour étayer un peu de certitude.

REVUE DES LIVRES

LE BULLETIN D'HYGIENE DE LA CITE DE MONTREAL.

Nous venons de recevoir le dernier numéro — mars-avril — comme vous aussi.

L'avez-vous au moins parcouru ?

Sinon, vous avez manqué plus d'une chose intéressante. Si modeste d'aspect soit-il, ce Bulletin fourmille de renseignements intéressants. Parcourons ensemble ce dernier numéro.

Diphthérie. — Nous apprenons d'abord où nous pouvons nous procurer gratuitement pour nos malades pauvres le Sérum Antidiphthéritique. Les dépôts sont nombreux. —

N'oublions pas que depuis le début de 1930 — soit 4 mois — il y a eu 347 cas de diphthérie. C'est encore trop. Et combien de morts sur ce nombre ?

Combien savent que l'on peut facilement immuniser les enfants aujourd'hui contre la diphthérie. On le fait "*aux écoles*". De fait on a vacciné en ces 4 mois 3,500 enfants et donné, appert-il, 13,500 traitements à cet effet. Quels merveilleux progrès.

Combien les médecins en pratique courante non les inspecteurs d'écoles, se font-ils faire cette vaccination protective ?

Ne convient-il pas de signaler cette précieuse sauvegarde.

Scarlatine: — 1333 cas en 4 mois. Et si dangereuse. Connait-on assez généralement nos sauvegardes contre cette maladie ? Le Bulletin renseigne à ce sujet.

Oreillons. — Le Bulletin nous dit, 1739 cas en 4 mois: n'est-ce pas formidable.

Sait-on qu'on calme immédiatement la douleur ici et arrête l'infection avec une dose de "*sérum antidiphthéritique*". Je le sais par expérience familiale.

Une demi-dose devrait prévenir et immuniser les frères et soeurs de la même famille. La spécificité des sérums n'est pas un credo absolu.

Hygiène mentale : — Je ne puis ne pas signaler l'intéressant article où sont indiqués les progrès faits à Montréal en Hygiène Mentale, grâce à la collaboration éclairée de la Commission Scolaire, dont le Président, M. Victor Doré, est ouvert à toute bonne suggestion pour le bien-être et progrès de "ses enfants." —

Les Professeurs et les gardes-malades visiteuses ont signalé aux médecins en ces derniers mois 1255 enfants anormaux à examiner, dont 1076 ont été trouvés déficients; et maintenant La Commission des Ecoles pourvoit à un enseignement spécial et approprié à ces retardés d'intelligence. Admirable.

Troubles Dentaires : — Aviez-vous idée que 7000 de nos enfants d'écoles ont été examinés et traités en ces 4 mois et que ce corps médical bienfaisant a donné 2656 conférences devant 42,000 élèves. Quel dévouement et quel bienfait aussi.

Visites par les Gardes-Malades. — 17,000 aux écoles et voyez donc plus de 14,000 à domicile, en 4 mois, pour donner des conseils d'hygiène et aider à remédier à de mauvaises conditions hygiéniques que trop de médecins négligent ou oublient.

Que d'autres renseignements non seulement intéressants, mais aussi utiles et pour leurs clients et pour eux-mêmes, les médecins trouvent dans ce modeste Bulletin.

Les modestes passent généralement inaperçus. On n'entend pas leur voix. D'ailleurs ils ne crient pas sur les toits et ne sont pas toujours à se placer de l'avant. Le Bulletin et ses anonymes collaborateurs ne sont pas de ceux-ci, mais de la première catégorie.

Pourquoi un chirurgien se mêle-t-il de ce qui n'est pas de son domaine, diront quelques-uns.

L'Hygiène Générale n'est-elle pas du domaine de tous ?

Mais c'était surtout pour signaler la belle oeuvre effective et cachée que fait le Bureau d'Hygiène de la Ville sous la direction du Dr Boucher et ses modestes et intelligents collaborateurs — et indiquer aussi *l'avantage* qu'il y a, pour tous.

à Lire le *Bulletin de Santé Municipal*.

Eugène ST-JACQUES.



ANALYSES

MEDECINE

ANASTAZY LANDAU et GEORGES GLASS. — L'efficacité du traitement de l'ulcère d'estomac par les Bromures et l'Hydrate de Chloral. (Arch. Mal. de l'app. digestif et des mal. nutrition). — Janvier 1930.

Bien des théories ont été émises sur le mécanisme pathogénique de l'ulcère d'estomac. Pour chacune d'elles un traitement approprié fut institué: les Alcalins pour les partisans de l'hyperchlorhydrie, les injections de vaccineurine pour ceux de la thorie nerveuse; la protéinothérapie pour les partisans de la régénérescence de l'ulcère; la sonde duodénale d'Einhorn, théorie mécanique; le lait stérilisé et les injections de vaccin: théorie infectieuse.

D'après les A. on a perdu la notion du traitement individuel du malade; et c'est parce qu'on n'a pas attaché assez d'importance, dans la pathogénie de l'ulcère, à l'élément nerveux et à la sensibilité individuelle à la douleur viscérale, que tant d'efforts thérapeutiques ont échoué.

Si l'élément local détruit l'équilibre végétatif général, une dystonie secondaire du système nerveux provoque des conditions défavorables à la guérison.

Aussi les A. ont-ils, se basant sur cette théorie et constatant par ailleurs l'inefficacité des nombreux traitements institués et appliqués d'après une pathogénie défendable, dirigé leur thérapeutique vers l'élément nerveux, cherchant ainsi à abaisser l'excitabilité sensitive viscérale, tout en ne négligeant pas d'agir sur le foyer ulcéreux.

Un mélange de bromure et d'hydrate de chloral dans les proportions de 3 grammes de Br. pour un grm. de Chloral leur ont donné de merveilleux résultats dans de nombreux cas d'ulcères gastro-duodénaux où la thérapeutique habituelle avait échoué.

Par ce procédé ils ont obtenu le blocage des terminaisons sensibles sympathiques.

Les A. publient deux observations très démonstratives pour défendre leur théorie; ils pourraient en rapporter un grand nombre d'autres avec des succès égaux.

J.-Alfred MOUSSEAU.

CARDIS. — Rapport de 1929, du Médecin-Adjoint, Société de l'Asile de Leysin. (Sanatoria Populaire de Leysin).

Après avoir passé en revue les différents résultats obtenus jusqu'à ce jour dans le traitement de la tuberculose par les sels d'or, l'auteur relate ses propres observations. Elles sont au nombre d'environ 250, et comprennent la plus grande variété dans les sels employés: sanoerysine, thiochryisine, crisalbine, chrysolgan, allochryisine et autres. Renonçant à donner un aperçu d'ensemble de la totalité des cas traités, l'auteur tient compte, à titre d'indication, d'une série de 100 cas, choisis au hasard.

Ont été classés dans les améliorés, tout malade dont l'un au moins des symptômes principaux (température, poids, bacilles, expectoration ou état radiologique) a été amélioré, les autres restant stationnaires; dans ces conditions, il a été constaté une amélioration 41 fois sur 100.

Le traitement s'est adressé à un ensemble de patients gravement atteints: 4 sur 100 n'avaient pas de caverne, 16 seulement étaient unilatéraux et 49 (soit la moitié) étaient cavitaires des deux pouxons.

Pour être brefs, voici en % les résultats positifs, acquis par les injections:

la température s'est abaissée	dans 47%	des cas
le poids s'est élevé	" 42%	" "
l'expectoration a diminué	" 42%	" "
les bacilles se sont raréfiés	" 29%	" "
l'état radiologique s'est amélioré	" 21%	" "

L'auteur ajoute que les améliorations notées surtout en ce qui concerne l'état radiologique ne se sont pas toujours maintenues. Il signale deux caractères importants de la chrysothérapie: elle modifie d'une manière intéressante les signes généraux de la tuberculose pulmonaire mais reste incapable d'apporter des modifications anatomiques d'une réelle valeur; d'autre part, ses succès sont éphémères.

Il conclut que si la chrysothérapie ne guérit que bien rarement la tuberculose pulmonaire, elle n'en constitue pas moins un utile adjuvant à la cure sanatoriale; nous sommes trop pauvres, en matière thérapeutique, pour avoir le droit de la négliger. Sa meilleure indication paraît être la tuberculose ulcéro-fibreuse chronique subfébrile; les sels d'or trouvent également un emploi intéressant en association avec le pneumothorax, soit pour accélérer la fermeture d'une caverne qui reste béante malgré les insufflations, soit pour lutter activement contre des inoculations discrètes du côté réputé sain.

Paul-A. GAGNON.

CHIRURGIE

J. D.: — Traitement des fissures anales par les injections anales de quinine et d'urée. (Presse Médicale, Paris 3 mai 19230.)

J. D. préconise un traitement des fissures anales fort simple et à la portée de tous au moyen d'injections d'une solution de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 pour 100.

Une condition essentielle de succès, c'est que la fissure ait été constatée et repérée de façon parfaitement nette, il faut au moyen du toucher anal localiser le point douloureux, bien voir la fissure en dépliant les plis radiés de l'anus.

On se sert d'une aiguille très fine et d'une seringue de 2 cmc. la piqûre est faite immédiatement au-dessus de l'extrémité externe de la fissure et l'on fait glisser l'aiguille sous le trajet de celle-ci; pendant la pénétration l'injection est poussée rapidement. La quantité injectée est d'environ $\frac{1}{4}$ de centimètre cube. L'injection est fort douloureuse mais cette douleur cesse rapidement.

On peut répéter les piqûres après trois jours, d'ordinaire deux ou trois piqûres suffisent.

E. TROTTIER.

KELLER W. L. — Guérison opératoire du cardiospasme, quand la dilatation a échoué. (Annals of Surgery, vol. LXXXVIII, no 1, p. 58-64.)

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, souffrant depuis trois ans de douleurs rétro-sternales, d'étouffements, de régurgitations après les repas avec en plus un amaigrissement considérable.

A la radioscopie, il fut mis en évidence une obstruction de l'extrémité inférieure de l'oesophage: malgré deux dilatations successives sans résultat, il fut décidé d'intervenir.

Une laparotomie paramédiane gauche permit d'aborder le cardia et de le libérer de ses attaches diaphragmatiques, abaissant par le fait même l'oesophage d'environ 5 cm. L'on sutura alors la grosse tubérosité le long du bord gauche de l'oesophage; puis, une aiguille de Reverdin est introduite en séton vertical dans la cavité gastrique à gauche de la ligne de suture, et passe un fil de soie solide en U intéressant aussi la cavité oesophagienne. Ce fil lié énergiquement dévitalise et sectionne progressivement les tissus, entraînant une communication large entre l'estomac et l'oesophage.

Le résultat opératoire fut excellent; le malade n'éprouva plus de troubles et regagna le poids perdu.

Mercier FAUTEUX.

SAINT-JOHN F. B. — Résultats du traitement chirurgical du cancer de l'estomac. (Annals of Surgery, vol. LXXXVI, No 2, p. 283-295).

L'auteur rapporte les résultats de 147 cas de cancer de l'estomac opérés.

Dans cette statistique il y avait 97 hommes et 50 femmes, dont la plupart avait de 50 à 60 ans; 9 malades seulement avaient entre 33 et 35 ans.

Le début des symptômes gastro-intestinaux remontait d'une semaine à trois ans, en moyenne huit mois. Dans 125 cas il existait un amaigrissement d'une trentaine de livres. 85 pour cent présentaient de la douleur; 71 pour cent, des vomissements. Enfin la tumeur était perceptible dans plus de la moitié des cas.

La résection gastrique fut faite dans 32 cas; 14 moururent assez rapidement.

Les 18 autres, 9 furent retrouvés vivants à diverses périodes après l'opération: 4 dans les quatre premières années, 5 après cinq ans au moins.

Donc 15 pour 100 des réséqués survécurent plus de cinq ans.

Mercier FAUTEUX.

OBSTÉTRIQUE

S. A. SELITZY. — La Chorée de la Grossesse (Gynécologie et Obstétrique, avril 1930).

Les premières notions sur la chorée de la grossesse datent du XVII^{ème} siècle. Mais ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que les recherches sur cette maladie révèlent qu'elle se rencontre dans des limites bien marquées au point de vue géographique. Ce sont surtout les patientes qui demeurent dans les régions du nord qui en sont atteintes.

Malgré toutes les théories émises, l'étiologie de la chorée demeure un problème mystérieux; que ce soit l'anémie, l'embolie, le rhumatisme, les toxiques de la grossesse aucune opinion n'est satisfaisante.

Mais de toutes ces théories, l'auto-intoxication paraît la plus acceptable, car certains symptômes de la chorée possèdent une analogie frappante avec certains phénomènes toxiques de la grossesse, tels que l'éclampsie, l'albuminurie, les vomissements incoercibles, les dermatites et les troubles psychiques.

La chorée apparaît, d'ordinaire, dès les premiers mois de la grossesse avec des symptômes prodromaux ou non.

Le caractère, la fréquence et l'intensité des mouvements incoordonnés sont très variables et ne sont pas liés avec la gravité du pronostic qui demeure toujours sérieux. La mortalité maternelle varie de 3 à 4%, tandis que la mortalité foetale atteint 40%.

Le traitement demeure empirique: et consiste à éliminer les toxines et stimuler l'organisme. L'A. a employé un sérum de cheval dans trois cas et cette thérapeutique lui a donné un bon résultat. En plus, sont nécessaires le régime lacto-végétarien et le repos absolu au lit.

Donatien MARION.

UROLOGIE

DUCASTAING. — Sur un cas d'anurie calculeuse. (Journal d'Urologie, avril 1930, page 383).

L'auteur rapporte un cas d'anurie calculeuse où l'administration d'un diurétique puissant fut suivi le troisième jour d'une débâcle urinaire avec l'émission d'un petit calcul.

Il veut démontrer ainsi la possibilité d'éviter une intervention chirurgicale dans les cas d'anurie calculeuse même prolongée.

B. DUMAS.

JUNGANO. — Deux néphrectomies pour tuberculose sur la constante : localisation du rein malade par la pyélographie endoveineuse (Journal d'Urologie, avril 190., page 378.)

Il existe des cas de tuberculose rénale où la vessie présente des lésions, tellement marquées que le cathétérisme des uretères est impraticable. Si la fonction rénale globale est bonne dans ces cas, il est à présumer qu'un seul rein est atteint. Mais les signes cliniques manquant, quel est le moyen de découvrir facilement le rein malade?

L'auteur rapporte deux cas où la localisation du rein malade a été faite par la pyélographie endoveineuse à l'uro-sélectan. La radiographie pratiquée, dix minutes, quarante-cinq minutes et quatre-vingt-dix minutes après l'injection, a nettement montré le bassinet et l'uretère du côté sain tandis qu'elle était négative du côté malade.

Les reins enlevés chez ces deux malades ont présenté à la coupe de nombreuses cavernes typiques tuberculeuses.

L'auteur se demande si le résultat de la pyélographie eut été aussi probant avec des reins présentant des lésions moins marquées.

“La pyélographie par la voie endoveineuse, dit-il, est encore tout à fait au début et son avenir s'annonce déjà plein de résultat. Toujours est-il qu'en présence d'un cas de tuberculose rénale à localisation inconnue clinique et radiologique, il est conseillable de pratiquer l'épreuve radiographique avec l'uro-sélectan.”

Il conclut en déclarant que l'injection d'uro-sélectan, 75 c.c. à 35 pour cent n'a produit chez ces deux malades aucune réaction locale ni générale.

B. DUMAS.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

MILIAN G. — Sequelles de crises Nitritoïdes (Revue française de dermatologie et de vénéréologie). Février 1930.

La nommée X. âgée de 22 ans est traitée depuis trois ans par le 914, le Quinby et le Muthanol, sans présenter jusqu'alors d'accidents graves.

Le 27 janvier 1930, elle reçoit 30 centigr. de novarsenobenzol. Une deuxième injection faite le 3 février, à la dose de 45 centigr., fut immédiatement suivie, dès que l'aiguille fut retirée de la veine, d'un malaise accompagné de céphalée, vomissements abondants et diarrhée. Il y avait en même temps, des bouffées de chaleur et la face était rouge, tuméfiée, les paupières bouffies, la langue grosse, les lèvres gonflées également, la vue très troublée.

Le 4 février, les principaux symptômes ont disparu; il existe encore comme symptômes objectifs de cette crise nitritoïde la rougeur de la face avec oedème des paupières.

Mais il y a un fait intéressant à signaler: sur le cou, les paupières, et descendant légèrement sur le thorax, existe un fin piqueté purpurique, chaque tache de purpura ayant en moyenne la dimension d'une tête d'épingle. Ce piqueté purpurique, dit l'auteur, est évidemment un signe de la grosse vasodilatation provoquée par l'administration du 914, vasodilatation qui va jusqu'à la béance permanente des vaisseaux et à la production du piqueté purpurique déjà signalé.

Paul POIRIER.

MILIAN G. — Douleurs fulgurantes, leur traitement. (Revue française de Dermatologie et de vénéréologie). Février 1930.

L'observation que l'auteur publie est intéressante à cause de l'intensité réellement formidable des douleurs et de leur disparition par le traitement très intensif au Novar.

Il s'agit, depuis deux jours, de douleurs fulgurantes en éclair, passant toutes les 30 ou 40 secondes dans les membres inférieurs, quelquefois aussi dans les membres supérieurs, douleurs terribles, atroces, arrachant des cris au malade, et qui faisaient tressaillir le membre atteint, au point que celui-ci sautait sur le lit. La violence de ces paroxysmes était telle que le malade qui ne dormait pas depuis quarante-huit heures, avait le visage entièrement

défait et présentait des joues amaigries. Immédiatement, administration de Novar intraveineux à haute dose.

7	mars	Novar	.....	60	centigr.
12	—	—	.....	60	—
16	—	—	.....	90	—
20	—	—	.....	90	—
25	—	—	.....	105	—
30	—	—	.....	105	—
4	avril	—	.....	120	—

Il y eut quelques réveils douloureux aux premières injections, mais lorsque les doses de 105 centigr. furent atteintes, les douleurs cessèrent de se reproduire.

On voit donc ici, en particulier, dit l'auteur, que les douleurs fulgurantes se conduisent comme un accident syphilitique véritable, réveillé par des doses moyennes, guéri dès qu'on arrive aux doses plus importantes, et que la réaction thermique qui accompagnait la première injection est un nouvel argument en faveur de l'origine syphilitique pure car la fièvre ne se reproduisit pas aux autres injections.

Paul POIRIER.

PÉDIATRIE

GEORGES SCHREIBER. — **La grippe du nourrisson.** ("La Pédiatrie Pratique", 15 avril 1930, p. 462).

La grippe n'est pas rare chez le nourrisson. Le plus souvent la contagion est familiale: l'infection a été transmise par la mère, une soeur, un frère ou une personne de l'entourage. L'agent causal est dans la plupart des cas le pneumocoque, mais on peut aussi rencontrer le micrococcus catarrhalis, le streptocoque pyogène, plus rarement le bacille de Pfeiffer.

Les formes cliniques de la grippe du nourrisson ont été bien étudiées dans ces dernières années. Suivant les épidémies et la variété des agents microbiens en cause, on peut observer des formes respiratoires, des formes digestives et des formes nerveuses.

Les formes respiratoires sont de beaucoup les plus fréquentes. Il existe des formes respiratoires supérieures avec otite et des formes respiratoires inférieures avec broncho-pneumonies. Ces dernières sont très meurtrières: sur 13 cas observés dans son service de l'hôpital Necker, en 1919, le professeur Achard n'a eu que 3 guérisons contre 10 décès.

Les formes digestives sont plus rares. Dans certains cas la grippe présente un caractère cholériforme d'une haute gravité sur lequel ont insisté Ridadeau-Dumas et Debray en 1924.

Les formes nerveuses sont loin d'être exceptionnelles. Tantôt l'atteinte du système nerveux se traduit par des convulsions, tantôt par de la somnolence et même du coma.

Le caractère grippal de ces diverses manifestations ne peut être reconnu que par la notion d'épidémicité.

La durée de la grippe chez le nourrisson est habituellement de quatre à six jours, mais au point de vue de l'évolution, deux formes méritent d'être connues: la forme suraiguë et la forme prolongée.

Les gripes suraiguës frappent surtout les très jeunes enfants. La mort survient en 24 à 48 heures du fait d'une bronchite capillaire, d'une encéphalite ou de phénomènes bulbaires.

Les gripes prolongées se terminent habituellement par la guérison. Pendant dix, quinze jours et davantage, l'enfant fait de la température; souvent l'examen de l'oreille est négatif et il n'y a rien d'anormal au niveau des poumons. En pareil cas, le diagnostic différentiel se pose avec la fièvre typhoïde et les états bacillaires aigus. Ici encore, en dehors des signes cliniques, radiologiques et sérologiques, la notion d'épidémicité facilitera beaucoup le diagnostic et permettra de porter un pronostic favorable.

A propos du traitement, l'auteur insiste avec raison sur les dangers des régimes d'inanition, surtout dans les formes prolongées. L'alimentation du nourrisson grippé doit être aussi généreuse que possible. Pas de diète hydrique, sauf dans les formes cholériques. Le traitement comprendra en outre, la désinfection du naso-pharynx, l'hydrothérapie et dans les formes respiratoires des injections à faibles doses de vaccin polyvalent du type de ceux préconisés contre les broncho-pneumonies.

La prophylaxie de la grippe sera réalisée avec le plus grand soin dans les collectivités d'enfants par l'isolement rigoureux des malades. Si cette infection est habituellement bénigne dans la clientèle privée, elle présente un caractère de haute gravité dans les services de nourrissons, dans les crèches et les pouponnières où sévit la forme respiratoire avec broncho-pneumonies.

Paul LETONDAL.

JULES COMBY. — Les Causes anciennes du rachitisme ("Clinique et Laboratoire", 30 avril 1930, p. 73).

Voici les conclusions de cet intéressant travail:

1. — Les découvertes expérimentales récentes, éclairées par la radiologie et par la chimie biologique, ont marqué un progrès au point de vue de la pathogénie et de la cure du rachitisme. Mais les causes de la maladie sont connues de date ancienne et il est bon de les rappeler, ne serait-ce que pour assurer sa prophylaxie.

2. — Le rachitisme n'est pas une avitaminose et les régimes les plus rachitigènes ne sont pas dépourvus des vitamines les plus connues: A, B et C. Il ne faut pas se laisser induire en erreur par la coïncidence souvent signalée du rachitisme avec le scorbut infantile. Ce dernier seul est une avitaminose et, quand il se rencontre avec le premier, c'est que le trouble digestif générateur de rachitisme est venu doubler la carence en vitamine C, génératrice de scorbut.

3. — Le facteur alimentaire domine l'étiologie du rachitisme; les anciens auteurs l'avaient reconnu et affirmé après GLISSON. Il est facile de voir que les sources du rachitisme résident dans le tube digestif. L'allaitement artificiel mal réglé, le sevrage prématuré, une alimentation grossière, en sont les causes habituelles.

4. — Il est de notion courante que le rachitisme est exceptionnel chez les enfants nourris au sein, tandis qu'il est commun chez ceux qui sont au biberon et c'est pourquoi N. GUILLOT a pu dire que le biberon avait tué plus d'enfants que la poudre à canon n'avait tué d'adultes.

5. — Mais, toute règle comporte des exceptions; il n'y a rien d'absolu en clinique. On voit des enfants au sein devenir rachitiques quand ils sont mal réglés, tétant trop souvent, quand le lait de la nourrice surabonde ou quand il est d'une qualité ne convenant pas au nourrisson. D'autre part, certains enfants allaités artificiellement, suivant une méthode rigoureuse, avec un lait de bonne qualité, échappent au rachitisme.

6. — On a incriminé à tort l'allaitement prolongé; car, c'est l'allaitement raccourci, le sevrage prématuré qu'on trouve le plus souvent à l'origine du rachitisme. L'allaitement prolongé au delà de deux ou trois ans, en honneur chez les peuples primitifs, n'est pas rachitigène à condition de le compléter, à partir de dix ou douze mois, avec des aliments farineux et azotés, plus riches en phosphore, en calcium et en fer que le lait féminin.

7. — Expérimentalement, on a pu réaliser le rachitisme chez les animaux en les nourrissant avec de la viande, des oeufs, du pain au lieu de lait (Jules GUERIN, chez les jeunes chiens; POMMAY, chez les oiseaux; BOSC et ALBAREL, chez le chien et le chat). Ces derniers auteurs ajoutent à l'alimentation prématurée l'influence débilante du froid humide, de l'air confiné et de l'obscurité. Le Dr BOSC reconnaît, dans le rachitisme, des troubles nutritifs et des troubles inflammatoires intimement unis. Déjà VIRCHOW avait parlé d'ostéite parenchymateuse.

8. — L'influence des maladies aiguës ou chroniques, en troublant profondément la nutrition du jeune enfant, peuvent, au même titre que l'alimentation vicieuse, déclencher le rachitisme. La syphilis agira de même, en troublant la nutrition, en affaiblissant l'organisme, sans qu'on doive admettre l'action spécifique du tréponème sur le squelette. Le rachitisme syphilitique n'existe pas.

9. — On peut voir des enfants hérédo-syphilitiques préservés du rachitisme par l'allaitement maternel; dans la même famille un enfant sain, né avant la syphilis des parents, est devenu rachitique par mauvaise alimentation. Donc, dans le même milieu, syphilis infantile sans rachitisme, rachitisme sans syphilis. L'argument géographique n'est pas sans valeur contre l'origine syphilitique du rachitisme: pays de l'Amérique espagnole, d'Orient et d'Extrême-Orient, d'Afrique septentrionale ravagés par la syphilis, épargnés par le rachitisme.

10. — Certains auteurs ont soutenu que le rachitisme était une maladie infectieuse, épidémique et contagieuse. Sans doute, les affections microbiennes pourront avoir une action dystrophiante sur le tissu osseux comme sur les autres organes de l'économie infantile. Mais l'influence spécifique n'apparaît dans aucun cas et personne n'a encore découvert le microbe du rachitisme.

11. — Des facteurs hygiéniques, autres que les aliments, jouent un rôle dans l'étiologie du rachitisme: taudis, logements encombrés et malsains, privés d'air et de lumière, absence d'exercice au dehors. Cette vie recluse, imposée par les moeurs ou la religion dans certains pays, condamne les jeunes enfants à une existence débilante qui peut aboutir au rachitisme, et alors

on se trouve en présence de situations paradoxales: familles pauvres, qui vivent le jour hors de chez elles avec leurs enfants, évitent ainsi le rachitisme; familles riches qui observent la réclusion rituelle, payent un lourd tribut au rachitisme. Après l'alimentation vicieuse, la carence solaire est un facteur de rachitisme.

12. — L'hérédité du rachitisme n'existe qu'en apparence; quand on voit des enfants rachitiques dont les parents l'ont été et en portent souvent encore les stigmates; ce n'est pas l'hérédité qu'il faut invoquer, mais la répétition des mêmes fautes hygiéniques (mauvaise alimentation surtout) dans les générations successives.

Paul LETONDAL.

ELECTRO-RADIOLOGIE.

I. SOLOMON. — **La Roentgentherapie dans les affections inflammatoires.** (La Médecine, 10me année, juin 1929., p. 453).

L'auteur, après avoir cité les travaux de radiothérapeutes étrangers, sur le traitement par les Rayons-X de nombreuses affections inflammatoires, rapporte lui-même ses propres observations sur un certain nombre d'affections: adénites cervicales d'origine bucco-dentaire, furoncles, anthrax, panaris, lymphangites, salpingo-ovarites, Bartholinites, complications diverses de la gonococcie.

Il a obtenu, dans 60% des cas, des résultats favorables.

La technique de Solomon, comme celle des auteurs allemands, comporte de petites doses: 500 R (français) d'un rayonnement moyennement pénétrant (120 kilovolts) filtré sur 5 millimètres d'Al. par un seul champ. Souvent (furoncles, anthrax), une seule dose de 500 R suffit.

Les résultats s'expliqueraient par un double mécanisme; général: augmentation non spécifique de l'immunité, et local: dilatation des vaisseaux, augmentation des mouvements de la lymphe.

Léglus GAGNIER, Jr.

DESPLATS et LANGERON: — **Action favorable de l'irradiation de la région surrénale dans les artérites oblitérantes.** (Bulletin et Mémoires de la Société de Radiologie médicale de France, janvier 1929).

Les auteurs rapportent trois cas d'artérite oblitérante traités par la Roentgentherapie avec résultat favorable.

Suivant les indications de Zimmern et Cottenot l'irradiation doit porter sur la zone paravertébrale comprise entre la XI^{me} D. et la III^{me} L. au moyen d'un faisceau de rayons couvrant 12 cm. par 12.

Avec 10 mm Al — 25 cm E.E. et 30 cm de distance, Desplats et Langeron pratiquent 4 séances d'irradiation. 500 R (français) par séance soit en tout 2000 R à droite et 2000 R à gauche.

L'action thérapeutique est remarquable sur les symptômes fonctionnels: douleurs, claudication intermittente et troubles trophiques.

Les auteurs estiment que l'irradiation de la région surrénale est, avant tout, une radiothérapie du sympathique.

Léglus GAGNIER, Jr.

GYNECOLOGIE

NOVAK. — La découverte du cancer du col au début. (The recognition of early cervical cancer). Surgery, Gynaecology and Obstetrics, Jan. 1930.

De toute importance dans la découverte du début du cancer du col, est l'éducation des femmes sur la signification des écoulements anormaux, sanguins ou autres, plus particulièrement depuis la trentaine. En faisant connaître à celles-ci la nécessité d'un examen pour rechercher la cause de ces écoulements pathologiques, elles se présenteront au bureau du médecin qui pourra dépister le cancer du col au début.

Ce n'est pas lorsque la tumeur est visible à l'oeil ou au toucher, que le cancer doit se diagnostiquer: on est déjà dans la période de complications, laissant à la maladie très peu de chance de guérison, tout au plus une survie bien limitée.

Les possibilités de guérison sont au contraire très sérieuses, lorsque l'épithélioma est dépisté alors que le diagnostic en est fait par la biopsie. Celle-ci peut être pratiquée dans le bureau du médecin et doit être faite dans tous les cas sur une lèvre cervicale où se trouve une surface indurée, particulièrement, si cette surface est granuleuse, végétante, ou ulcéreuse, et très vasculaire. Elle est également indiquée si, dans une érosion ou un ectropion, on trouve une surface surélevée, durcie, très vascularisée également, d'une apparence spongieuse.

L'auteur ne recommande pas la biopsie lorsque le col a une apparence normale, ou si la surface d'érosion ou d'ulcération est rosée, lisse, ferme, non vasculaire, sans surface d'induration ou de friabilité.

Novak insiste sur la nécessité de prendre du tissu suspect du côté de la muqueuse et conseille après l'ablation du morceau, la cautérisation au caustère. Inutile de dire combien le rapport du pathologiste est d'importance capitale: celui-ci doit être compétent, voir même spécialisé dans les tissus des organes génitaux de la femme.

Il ne faut plus dire que le cancer est une maladie incurable, puisque pris au début, surtout dans les épithéliomas du col, les succès tant par la chirurgie, que par le Radium et les Rayons X ont donné les plus beaux résultats.

Léon GERIN-LAJOIE.

J. L. FAURE: — Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. (La Presse Médicale. Paris 24 mai 1930).

Le Professeur J. L. Faure considère que la pratique de faire un curettage utérin pour confirmer un diagnostic de cancer doit être rejetée.

Il faut remarquer que le cancer du corps de l'utérus est une affection très commune, qui apparaît presque toujours après la ménopause, et lorsque une femme a franchi la ménopause et présente des écoulements sanguins ou douteux prolongés, avec un col sain, elle est atteinte d'un cancer de la muqueuse du corps de l'utérus, affection assez lente, mais fatale, radio-résistante, mais presque toujours curable par une hystérectomie, lorsque celle-ci ne vient pas trop tard.

Dans tous ces cas l'auteur affirme que le curettage explorateur est plus nuisible qu'utile. Par curettage, il entend le curettage utérin qui demande une dilatation utérine, une exploration de la cavité utérine et l'anesthésie générale; non pas une simple exploration utérine quand le col est ouvert et où l'on peut pénétrer sans difficulté.

Deux alternatives peuvent se présenter, ou bien le curettage est positif et dans ce cas, il n'y a pas de doute, c'est l'opération qui s'impose, ou bien le curettage est négatif ou douteux, ce qui en pratique revient à la même chose et encore ici c'est l'opération qui sauvera la malade. Il en conclut donc que le curettage explorateur est inutile, car s'il est positif il ne fait que confirmer la nécessité d'une opération; s'il est douteux il ne fait reculer l'opération que de quelques jours et enfin s'il est négatif il fait renoncer à toute opération et il est ainsi plus nuisible encore en empêchant l'ablation d'un utérus qui neuf fois sur dix est cancéreux.

E. TROTTIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

PHILIP H. KREUSCHER M. D. F. A. C. S. and H. KELIKIAN. —
L'usage de l'huile iodée (Lipiodol et Iodipin) **dans le diagnostic des arthrites.** (The use of iodised oil in the diagnosis of joint lesions).
 — Surg. Gyn. Obs. 1930 p. 888.

La valeur de l'huile iodée dans le diagnostic radiographique des états pathologiques pulmonaires et du canal rachidien étant bien reconnue, les auteurs ont fait les mêmes recherches sur la valeur de l'huile iodée pour préciser le diagnostic des arthrites surtout celles du genou et de la hanche.

Les auteurs rapportent sept cas avec radiographies à l'appui. La technique ordinaire des ponctions d'arthrite est suivie, on retire le liquide arthritique et l'huile iodée est injectée. La radiographie doit être faite immédiatement après l'injection, sans cela l'huile est absorbée et se répand dans les muscles.

La radiographie après l'injection montrera tous les états pathologiques des articulations si la synoviale est hypertrophiée ou détruite, les érosions des cartilages articulaires, les cavités dans les os eux-mêmes.

Il a même semblé que l'huile iodée du fait de son absorption par les membranes malades avait un certain effet thérapeutique; fait certain, elle a enlevé la douleur et donné plus de laxité aux articulations.

J. H. RIVARD.

LABORATOIRE

PETIT-DUTAILLIS, D., BERTRAND, IVAN, BOPPE et WAITZ.—
Deux cas de phlegmon diffus de l'estomac. (Annales d'Anatomie-Pathologique, T. VI, No 4, avril 1929.

Les auteurs rapportent deux observations de cas assez rares mais très importants, auxquels il faut penser en présence des grands syndrômes aigus abdominaux. Malheureusement les signes cliniques rappelant plutôt une péritonite d'origine appendiculaire, ne permettent que rarement le diagnostic.

Les deux malades, dont l'histoire clinique est décrite en détail par les A., furent opérés d'urgence et moururent dans les quelques heures qui suivirent l'opération.

Au point de vue anatomo-pathologique les lésions de la gastrite phlegmonneuses sont caractéristiques. Les parois stomacales sont considérablement épaissies avec consistance de carton mouillé, l'organe est lourd et laisse sourdre parfois un liquide épais, blanchâtre, d'aspect franchement purulent. Le phlegmon est toujours maximum au niveau de la région pylorique, il s'arrête brusquement au pylore et au cardia, respectant l'oesophage et le duodenum.

L'étiologie de l'affection semble assez variée: ulcères, cancers, traumatismes, interventions chirurgicales, infections générales.

Le pronostic est toujours grave, toujours mortel et malgré les observations de gastrectomies suivies de guérison, le phlegmon gastrique semble demeurer en dehors des ressources du chirurgien.

LS-CHS SIMARD.

DARRE H. et ALBOT G. — Contribution à l'étude histologique du rhumatisme cardiaque aigu. (Annales d'Anatomie-Pathologique, T. VI, No 5, mai 1929).

A propos d'un cas de pancardite rhumatismale suraiguë à forme cardioplégique avec mort après un mois et demi d'évolution, les A. étudient systématiquement les lésions histologiques du péricarde et de l'endocarde.

Dans le tissu conjonctif qui double l'épicarde les réactions inflammatoires sont de type banal. Dans la graisse sous-jacente les lésions revêtent l'aspect des formations nodulaires de la myocardite rhumatismale avec cellules d'Aschoff caractéristiques.

Des nodules identiques apparaissent au niveau de la mitrale et dans l'endocarde pariétal.

Les nodules d'Aschoff, disent les A., en conclusion, se rencontrent aussi bien dans le péricarde que dans l'endocarde et prennent naissance dans les régions à structure réticulée et riches en lacunes lymphatiques. Il ne serait pas juste d'opposer, à cause des transitions entre les deux formes de lésions, les nodules d'Aschoff du myocarde avec les autres lésions rhumatismales.

LS-CHS SIMARD.

MEDECINE LEGALE

LEROY et MULLER. — Ostéomyélites et Traumatismes. (Annales de Médecine Légale, mai 1930).

La forte documentation et la netteté de toutes les observations recueillies font de cette étude un exposé complet de la question.

De ce long exposé, nous pouvons conclure qu'un traumatisme est capable de conditionner l'apparition d'ostéomyélites ouvertes et fermées.

En produisant la lésion osseuse et en apportant en même temps le microbe pathogène, le traumatisme peut créer de toutes pièces l'ostéomyélite ouverte.

Il peut aussi n'apporter que l'agent pathogène en déterminant une plaie cutanée et en l'infectant. L'ostéomyélite intervient alors comme complication plus ou moins distante de la lésion primitive. Le traumatisme peut encore, par une action directe ou indirecte provoquer la localisation au point lésé d'une infection latente préexistente. Cette ostéomyélite, pour être attribuable au trauma, doit se développer aux environs du point lésé. Enfin le traumatisme, peut, en atteignant un foyer d'ostéomyélite en voie de guérison, réveiller cette infection et la généraliser ou encore la métastaser en frappant un point éloigné du foyer initial.

L'expert ne devra cependant accepter une relation causale que s'il existe des symptômes de transition bien nets entre l'accident et le début de l'ostéomyélite; et à moins que la preuve formelle n'en soit apportée par l'évolution clinique, la relation causale après un délai d'un mois, ne devrait pas être acceptée.

R. FONTAINE.

BRINDEAU et BROUHA. — **Un nouveau procédé de diagnostic honnoral précoce de la grossesse.** (Ann. de Méd. Lég., mai 1930).

Les auteurs donnent une technique nouvelle pour le diagnostic de la grossesse basée sur la recherche de l'honnone antéhypophysaire dans l'urine des femmes gestantes.

L'utilisation des souris femelles pour cette recherche donnait lieu à beaucoup de difficultés et le résultat en étant très souvent inexact et incertain. Aussi le docteur Brindeau a-t-il eu l'idée d'employer la souris mâle et voici les résultats qu'il en a obtenus

1° Dans tous les cas de gestation cliniquement certaine, le diagnostic biologique s'est montré positif.

2° Dans tous les cas de non-gestation, le diagnostic s'est toujours montré négatif.

3° Dans les cas où le diagnostic clinique restait douteux ou était impossible, le test a donné des réponses qui ont toujours été confirmées par l'observation clinique ultérieure.

4° Le diagnostic devient positif vers le 7e ou 8e jour qui suit la première menstruation manquante.

5° La réaction disparaît vers le 6e jour après l'accouchement ou l'expulsion d'un oeuf vivant en cas d'avortement. Elle disparaît également après quelques jours en cas de mort de l'oeuf avec rétention, dans les grossesses utérines et tubaires.

R. FONTAINE.

PHTISIOThERAPIE

R. BURNAND. — **Le pneumothorax insatiable.** (Revue de la Tuberculose No 3, Tome XI, 1930).

Tous les phtisiologues pratiquant le pneumothorax ont observé de ces cas, où malgré des injections gazeuses abondantes il ne semble se produire aucun collapsus. Cependant si on examine à la fluoroscopie ce pneumo, on constate qu'il existe un décollement appréciable des plèvres, mais l'air qui amène le collapsus se résorbe rapidement et il faut de plus en plus rapprocher

les insufflations. La plèvre étant probablement peu modifiée par le processus inflammatoire, ayant conservé sa vascularisation normale, possède un pouvoir d'absorption très marqué. Dans ce cas, comme nous connaissons peu le mécanisme intime de l'action thérapeutique de la collapsothérapie, l'auteur conseille de continuer le traitement espérant qu'à la longue la plèvre finira lentement par perdre sa porosité excessive.

Peut-être, si cette particularité de la plèvre se manifestait trop longtemps, pourrait-on recourir à un artifice pour modifier le pouvoir d'absorption de la plèvre. Gilbert suggère l'injection d'huile gomenolée à titre d'irritant.

J. A. VIDAL.

NEURO-PSYCHIATRIE

BARRE, ALFANDARY et JUNG — **Paraplégie organique par spasme vasculaire réflexe. — Guérison par le Traitement médical.** (Revue de Médecine, janv. 1930).

C'est Brown-Sequard qui eut le mérite de mettre en relief le groupe des paraplégies réflexes. Comme à l'époque, la séméiologie nerveuse était relativement fruste et la description de ces nouvelles paralysies peu précises, les paraplégies réflexes furent nombreuses. Une réaction se produisit alors et le groupe des paraplégies réflexes connut un oubli à peu près total.

Les auteurs se demandent, à propos de l'observation d'un jeune homme, s'il n'y a pas lieu de revenir à la conception initiale de Brown-Sequard — leur observation est celle-ci :

Un jeune homme de 26 ans se présente à la clinique pour une paraplégie et une rétention d'urine. Six jours avant son admission, en pleine santé apparente, pour la 1ère fois il fut obligé de pousser pour uriner. Le lendemain, même chose, avec en plus une fatigue de la jambe droite et une sensation de tension au mollet. Les jours suivants, parésie des membres inférieurs, surtout accusée à droite avec urines sans jet.

Vers le 4ème jour, paraplégie manifeste et rétention d'urines complète associée à constipation opiniâtre. Pas de fièvre ni fourmillements dans les membres ni douleurs : mais sensation de tension dans le mollet droit. Rien d'anormal aux membres supérieurs ou aux nerfs craniens.

Aux membres inf. température égale des 2 côtés, pas d'atrophie musculaire, motilité volontaire très diminuée; légère contracture du cou-de-pied droit. Réflexes très vifs, clonus à droite. Babinski des 2 côtés, réflexes crémasteriens et abdominaux abolis. La sensibilité tactile, thermique et douloureuse, diminuée jusqu'à des hauteurs différentes selon qu'on la considère du côté gauche ou du côté droit. Rien à la colonne vertébrale ni aux organes des grandes fonctions internes.

Le L. C. R. est normal et le B. W. négatif. Dans la suite grande variabilité de la symptomatologie. Les auteurs posent différentes hypothèses : mal de Pott, tumeurs, syphilis méningée, médullaire, etc., etc. Aucun de ces diagnostics ne les retient, pas plus celui de paraplégie prémonitoire d'une sclérose en plaques parce qu'il y manque les troubles vestibulaires habituels. Ils éliminent l'arachnoïdite de la région dorsale parce que le L. C. R. est

normal et que le lipiodol injecté n'accroche pas. C'est alors qu'ils expliquent ces phénomènes par une action vaso-constrictive provoquant l'ischémie de certains segments lombaires et dorsaux de la moelle. La variabilité des phénomènes et le traitement institué (belladone, jusquiame, boissons chaudes, coramine, digitaline, vaso-dilatateurs) plaident en ce sens. Depuis, le malade semble guéri. Cependant le Babinski et l'abolition des réflexes abdominaux persistent.

Etant donné ces faits, les auteurs se demandent si à côté des hypothèses actuelles il n'y a pas une place pour l'ancienne conception de Brown-Sequard.

Emile LEGRAND.

CHIRURGIE

DUPUY de FRENELLE. — **Traitement de la Tuberculose Osteo-Articulaire du Genou par l'Incrustation de Greffons dans les Epiphyses.** (Compte rendu de la Société des Chirugiens de Paris, 15 novembre 1929).

Pendant ces dernières années, il est une méthode de traitement de la tuberculose ostéo-articulaire qui a ému l'opinion. C'est la méthode de ROBERTSON LAVALLE.

Le chirurgien de Buenos-Aires plante de chaque côté, dans chaque épiphyse un clou osseux du volume d'un cure-dent. Il réunit les deux clous osseux du même côté par un pont osseux sous-cutané de même volume.

Son opération est basée sur la théorie suivante: la tuberculose ostéo-articulaire s'accompagne d'une stase veineuse importante. Cette stase diminue les échanges nutritifs dans l'os touché. En ponctionnant les épiphyses on donne issue au sang noirâtre qui étouffe le tissu osseux. En introduisant des greffons dans le trajet de la ponction on provoque une modification importante dans le rythme circulatoire des épiphyses et une néo-vascularisation. Cette méthode a donné d'excellents résultats entre les mains de son auteur. Les succès ont été moins fréquents entre les mains des chirurgiens qui ont voulu l'imiter.

C'est au genou que cette méthode de greffage, en pont sous-cutané, qui ressemble à une agrafe de DUJARIER, a donné les meilleurs résultats.

DUPUY croit que chez les adolescents, chez les moins de 40 ans, la greffe épiphysaire est susceptible de donner des guérisons dans les cas qui aboutissent souvent à la résection du genou et parfois à l'amputation.

La technique qu'il préconise s'inspire du verrouillage d'ALBEE, tel que ce chirurgien l'a préconisé pour immobiliser le genou après la résection.

Elle consiste à incruster à l'intérieur des épiphyses, de chaque côté, un large et long greffon osseux.

Ce greffon prélevé sur le tibia est déposé dans une sorte de tabatière à couvercle creusée, de chaque côté, aux dépens du condyle fémoral et de la tubérosité correspondante.

Le but de cette méthode de greffage est de provoquer un remaniement osseux dans l'épiphyse tuberculeuse décalcifiée. C'est avant tout une guéri-

son de la tuberculose osseuse par récalcification de l'os malade qu'il recherche.

Il est avéré qu'un des meilleurs procédés d'action contre la tuberculose est la méthode calcique. Mais il ne suffit pas de donner de la chaux à un organisme, il faut que cette chaux se fixe sur la lésion à traiter. Pour obtenir que cette chaux se fixe sur la lésion osseuse DUPUY s'est proposé de faire un large avivement osseux au voisinage de la lésion à traiter.

L'expérience a appris que la fracture d'un os était suivie d'un apport important de chaux qui forme un cal et ossifie les extrémités fracturées.

L'avivement de l'os procède de la même façon qu'une fracture et provoque un appel de chaux dans la région avivée.

Les belles expériences de NAGEOTTE, les recherches de LERICHE et POLICAR ont montré que la présence d'un greffon osseux en contact immédiat avec une surface osseuse provoque dans le voisinage de ce greffon tout un remaniement osseux avec formation d'os nouveau.

En déposant un large greffon au voisinage d'une lésion tuberculeuse osseuse on provoque dans toute la région atteinte un remaniement osseux, un appel de chaux et d'os qui doit être un procédé de guérison de la tuberculose ostéo-articulaire.

Pour que ce greffon produise le maximum d'os à son pourtour il faut qu'il ait le maximum de surface de contact avec l'os avivé.

Pour obtenir le maximum de surface de contact il faut que le greffon soit large, il faut qu'il soit incrusté complètement dans l'os, en le recouvrant d'un couvercle ostéo-périostique, dans la mesure du possible.

D'autre part, l'implantation d'une sorte de clou en os au travers des deux épiphyses du même côté est une chose dangereuse, parce que ce clou risquerait d'ouvrir et de traverser la lésion.

Pour être sûr de ne pas ouvrir la lésion tuberculeuse il faut opérer au grand jour en soulevant un large couvercle ostéo-périostique et en abrasant l'os, par une succession de minces tranches jusqu'à ce que l'on arrive sur la zone hyperémique de l'os.

Une fois les dimensions de la loge précisées par les dimensions de l'avivement on prélève une greffon sur le tibia, on le dépose dans la loge et on ferme le couvercle ostéo-périostique.

DUPUY a publié ce procédé en 1920, la même année que ROBERSTON LAVALLE.

La méthode de ROBERSTON LAVALLE a fait fortune.

A cette époque ROBERSTON LAVALLE considérait comme sans importance de planter ses greffons en clous au travers des lésions.

Depuis il a écrit qu'il fallait éviter la lésion. Puis il a préconisé de déposer le greffon dans la zone hyperémique qui avoisine la lésion, en s'orientant d'après de bonnes radiographies.

Seul un large avivement fait à ciel ouvert paraît permettre de reconnaître cette zone et d'éviter l'ouverture de la lésion. La méthode de DUPUY offre en outre l'avantage de multiplier l'action de l'avivement par la surface de l'avivement et par la surface du greffon en contact avec cet avivement.

DUPUY de FRENELLE.

FORMULAIRE

1° Contre les vers intestinaux:

Enfant de cinq ans.
Santonine, 0g. 05 centig.
Calomel, 0g. 20 centig.
Lactose, 0g. 50 centig.
Pour un paquet No 3.

Un paquet chaque matin, ou bien un demi-paquet à une demi-heure d'intervalle.

2° Thymol: (Finement) pulvérisé et enrobé de sucre.

Cette dose convient pour chaque année d'âge, ne pas dépasser 2 grammes en fractionnant les doses pour les faire absorber de cinq minutes en cinq minutes, diète lactée la veille au soir.

Contre les dyspepsies.

Avec hypersécrétion.

T. Belladonne }
T. Jusquiame } a à 5 grammes.
Sirop Codéine q. f. 90 cc.

1 cuillerée à thé dans un peu d'eau, après les deux principaux repas.

3° Contre ulcère estomac.

Carbonate bismuth, 30 gr.
Magnésie lourde. }
Phosphate tricalcique } a à 15 grammes.

1 cuillerée à thé à la fin des trois repas.

NOUVELLES

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

COMITE DE PROPAGANDE UNIVERSITAIRE. —

Il nous fait plaisir d'annoncer aux lecteurs de l'Union Médicale la formation d'un Comité de Propagande Universitaire composé ainsi :

Président :

M. le Professeur T. Parizeau,
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine.

Membres :

M. le Professeur E.-G. Asselin,
Docteur J.-A. Rouleau.

Ce Comité a pour but de réunir en Conventum, durant le Congrès, les Anciens Elèves diplômés de notre Université. C'est là, il nous semble, une occasion favorable pour des Confrères d'Université de se remémorer le "bon vieux temps" de la vie d'étudiant, de renouer ces vieilles amitiés atténuées par le temps ou la séparation.

Ce comité est aussi chargé d'organiser la cérémonie de la pose de la pierre angulaire de Notre Université. Le rêve caressé depuis longtemps par les fervents de la cause universitaire deviendra bientôt un fait accompli par la construction d'édifices dignes de l'enseignement supérieur nécessaire à la jeunesse française de notre pays. C'est donc avec un légitime orgueil que nous inviterons les membres du XIème Congrès à assister à cette manifestation, le mercredi, 17 septembre, à 5 heures P.M. Les Membres du Comité de Propagande sauront sûrement donner à cette fête toute l'ampleur et tout l'éclat qu'elle mérite.

**PROGRAMME PRELIMINAIRE DU CONGRES DE
L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE
FRANÇAISE**

DE L'AMERIQUE DU NORD.

A MONTREAL LES 16-17-18-19 SEPTEMBRE 1930.

HOTEL WINDSOR

Mardi, le 16 septembre 1930.

9 à 12 hrs. INSCRIPTION durant toute la matinée.

PROGRAMME LIBRE dans les Hôpitaux.

10.30 hrs. REUNION du Conseil de l'Association.

2.15 hrs. VISITE Officielle des Salles d'Exposition.

2.30 hrs. SEANCE PLENIERE à l'Hôtel Windsor :

OUVERTURE OFFICIELLE DU CONGRES PAR
L'HONORABLE SECRETAIRE PROVINCIAL.

PROF. A. A. FOUCHER (Montréal) : Discours de
Bienvenue au nom des Pouvoirs Publics et de la
Profession Médicale de Montréal.

PRESENTATION des Délégués.

PROF. PIERRE Z. RHEAUME (Montréal) : Dis-
cours du Président.

PROF. AGREGE O. MERCIER (Montréal) : Rap-
port du Secrétaire-Général.

PROF. G. ROUSSY (Paris) : Considérations sur le Cancer.

PROF. AGREGE L. PARISEAU (Montréal) : Les fondements rationnels de la Physiothérapie.

5 hrs. ASSEMBLEE GENERALE de l'Association.

9 hrs. SEANCE PLENIERE à l'Hôtel Windsor:
du soir. M. A. LAQUERRIERE (Paris) : De l'Electrothérapie en Gynécologie.

PROF. AGREGE M. CHIRAY (Paris) : Etude sur les dyspepsies nerveuses.

PROF. E. ARCHIBALD (Montréal) : Résultats du traitement chirurgical dans la tuberculose pulmonaire chronique d'après une expérience de treize années.

FILMS CINEMATOGRAPHIQUES.

EFFETS DU RADIUM sur la cellule cancéreuse.

TRANSFUSION DU SANG.

Mercredi, le 17 septembre 1930.

9 à 12 hrs. PROGRAMME CLINIQUE dans les HOPITAUX :

Hôpital d'Aliénés Criminels, à Bordeaux.

Hôpital du Sacré-Coeur, Cartierville, (Tuberculose),

Crèche d'Youville, (Pédiatrie).

Hôtel-Dieu (Médecine).

Notre-Dame (Chirurgie).

Ste-Jeanne-d'Arc (Médecine).

1 hrs. DEJEUNER à l'Hôtel Windsor, offert par la Cité de Montréal.

Causerie par un Délégué (Durée 10 minutes).

2.30 hrs. SEANCE PLENIERE: LES AGENTS PHYSIQUES.

RAPPORT: M. L. A. GAGNIER (Montréal). Agents Physiques en Médecine Industrielle.

TRAVAUX: M. P. DESFOSSÉS (Paris): Les Facteurs Psychologiques en Physiothérapie.

M. GEO. BADEAUX (Montréal): Les Agents Physiques en Oto-Rhino-Laryngologie.

M. H. LACHARITE (New-York): Affections non Cancéreuses.

PROF. AGREGE O. MERCIER (Montréal): Les agents physiques en urologie.

M. J. ROUCAYROL (Paris): Diathermie dans la blennorrhagie.

MM. A. COMTOIS & L. GAGNIER fils (Montréal): Electrothérapie dans la Médecine Infantile.

M. MARCEL JOLY (Paris): Radiothérapie dans la maladie de Hodgkin.

M. J. GOSSELIN (Québec): Le Métabolisme basal dans l'Electro-Radiologie.

5 hrs. CEREMONIE de la POSE de la PIERRE angulaire de l'UNIVERSITE DE MONTREAL.

DISCOURS par le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE M. L. de L. HARWOOD.

7 hrs. DINER à l'Hôtel Windsor sous les auspices de la SOCIETE MEDICALE et de la SOCIETE de CHIRURGIE de MONTREAL.

9 hrs. du soir. SEANCE PLENIERE à l'Hôtel Windsor:

COMMUNICATIONS:

- a) M. J. BELOT (Paris): Organisation de l'enseignement de la Physiothérapie.
- b) M. P. DESFOSSES (Paris): Causerie Paramédicale.
- c) M. RENE CHARPENTIER (Paris): Psychiatrie.

FILMS:

- a) Examen clinique d'un malade.
- b) Césarienne basse supra-symphysaire.
- c) Une technique de gastrostomie.

La SEANCE se termine par un CONCERT-BOUCANE, ou par une RECEPTION.

Jeudi, le 18 septembre 1930.

9 à 12 hrs. PROGRAMME CLINIQUE dans les HOPITAUX:

St-Jean-de-Dieu, (Maladies Mentales).

Ste-Justine, (Chirurgie et Orthopédie Infantiles.
Pédiatrie).

Miséricorde, (Obstétrique).

Hôtel-Dieu, (Chirurgie).

Notre-Dame, (Médecine).

Ste-Jeanne-d'Arc, (Chirurgie).

Institut Bruchési, (Tuberculose).

1 hrs. DEJEUNER à l'Hôtel Windsor.
Causerie par un Délégué (Durée 10 minutes).

2.30 hrs. SEANCE PLENIERE. LES CHOLECYSTITES :

PROF. AGREGE R. BOUCHER (Montréal) : Diagnostic Clinique.

PROF. AGREGE M. CHIRAY (Paris) : Bio-Chimie.

M. A. DESJARDINS : (Clinique Mayo, Rochester) : Exploration-radiologique.

PROF. ALBERT et M. ACHILLE PAQUET (Québec) : Traitement Chirurgical.

5 hrs. ASSEMBLEE générale, ELECTIONS, etc.

8 hrs. BANQUET, DISCOURS, CHANT, etc.

Vendredi, le 19 septembre 1930.

9 à 12 hrs. AGENTS PHYSIQUES :

- a) Dans tous les hôpitaux.
- b) A l'Institut du Radium.

A L'HOTEL WINDSOR. ASSOCIATION MEDICALE de la PROVINCE de QUEBEC.

M. ROBERT GUTIERREZ (New-York) : Diagnostic et traitement chirurgical de la Tuberculose rénale.

PROF. AGREGE M. CHIRAY (Paris) : Etude médicale du dolichocolon.

PROF. J. E. PANNETON (Montréal) : Radiothérapie et curiethérapie des fibromes.

1 hrs. DEJEUNER offert par l'ASSOCIATION MEDICALE de la PROVINCE de QUEBEC.

2.30 hrs. SEANCE PLENIERE: PHYSIOTHERAPIE.

RAPPORT: PROF. J. E. GENDREAU (Montréal):
Agents Physiques et Cancer.

M. E. PERRON (Québec): La Diathermie.

TRAVAUX: M. A. SAINT-PIERRE (Windsor):
Diathermie dans la pneumonie.

M. C. N. DE BLOIS (Trois-Rivières): Hydrothérapie.

PROF. G. ARCHAMBAULT & PROF. AGREGE
ALBERIC MARIN (Montréal): Les Agents Physiques en Dermatologie.

M. J. E. PANNETON (Montréal): Radiothérapie et curiethérapie des fibromes.

M. O. DUFRESNE (Montréal): L'Ionisation.

M. P. DESFOSES (Paris): L'Ionisation dans le traitement des traumatismes articulaires.

PROF. J. L. FAURE (Paris): Radium et Chirurgie dans le Cancer du col uterin. (FILM): Hystérectomie pour cancer du col.

5 hrs. ASSEMBLEE GENERALE.

Résolutions.

Questions à l'étude pour le prochain Congrès.

Rapports divers, etc.

8 hrs. DINERS de CLASSES par GROUPES. ADIEUX.

SECTION D'HYGIENE

A

L'HOTEL WINDSOR.

1ère Matinée: 17 septembre 1930.

9 hrs. M. A. COUSINEAU, Surintendant de la Division de la Salubrité: Purification des eaux d'alimentation à Montréal.

M. T. J. LAFRENIERE, Ingénieur Sanitaire du Service Provincial d'Hygiène: Purification des eaux d'alimentation pour la Province de Québec.

M. L. F. DUBE (Notre-Dame-du-Lac),
Eau potable au point de vue Médical.
Visite à l'Aqueduc de Montréal.

2ème Matinée: 18 septembre 1930.

9 hrs. Rapport de M. A. GROULX et M. H. GERVAIS, Surintendants des divisions de l'Hygiène de l'Enfance et des Maladies Contagieuses: Immunisation anti-diphthérique à Montréal.

M. BEAUDET, officier médical de l'unité Sanitaire du comté de Témiscouata: Immunisation anti-diphthérique dans le comté de Témiscouata.

Le Secrétaire du Congrès,
Donatien MARION.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, De Cotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion, Masson (D.), Mercier (Oscar), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: P. Z. Rhéaume; Secrétaire-trésorier: G. Archambault. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Badeaux, François; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Boucher, R.; Brault, Jules; Cholette, A. M.; Comtois, A.; Dubé, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapière, G.; Legrand, E.; Letondal, P.; Marin, Albéric; Marion, D.; Mercier, Oscar; Mercier Fauteux; Mousseau, J. Alfred; Pepin, R.; Rivard, J.; Simard, Ls-C; Trottier, E.; Vidal, J. A.

Président: A. LeSage; Vice-Président: Albéric Marin;

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1930

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 60 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 3553, avenue du Parc. Tél. PLateau 5397.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, comptable, 3705 rue St-André, ou Boîte Postale 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

D. Petit Dutailis et Yvan Bertrand. Un cas curieux de syphilis gastrique grave, sans tumeur, simulant le cancer. Vérification biopsique. Gastro-entérostomie combinée au traitement spécifique. Guérison (p. 499).

CHIRURGIE

Louis Bergouignan. La parésie intestinale post-opératoire. Comment la prévenir et la traiter (p. 500). Marcel Chaton. Un pont de technique de la réfection de la paroi dans la hernie inguinale (p. 501).

OBSTETRIQUE

Reeb. Diagnostic et diagnostic différentiel de la grossesse par injection intraveineuse d'extrait hypophysaire postérieur (p. 501).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Dainow L. Le traitement des ulcères variqueux par l'acétylcholine (p. 502). Georges Milian. Chancre ecthymateux du gland avec bubon inguinal (p. 502).

PEDIATRIE

E. Lesné. Les causes, la prophylaxie et le traitement du rachitisme. (p. 503). F. Mogilnicki. Méningite purulente à bacilles de Pfeiffer chez le nourrisson (p. 504). Arvid Wallgren. Valeur diagnostique de l'érythème noueux. (p. 504).

GYNECOLOGIE

C. Daniel et D. Mavrodin. Les lésions de la vessie dans les laparotomies gynécologiques (p. 505). Alberto Madrid. La chirurgie de la stérilité d'origine tubaire (p. 505).

PHTISIOThERAPIE

E. Leuret, L. Caussimon et P. Daydrein. Contribution à l'étude expérimentale des accidents nerveux consécutifs au pneumothorax thérapeutique (épilepsie pleurale) (p. 506).

NEURO-PSYCHIATRIE.

Worms G. et Carillon R. Tumeurs du rhino-pharynx à propagation crânienne. De leur diagnostic précoce; importance de l'examen radiologique (p. 506).