

SOMMAIRE

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

BUREAU DE DIRECTION :

Président.....M. le Professeur A. ROUSSEAU
Doyen de la Faculté de Médecine.
Vice-Président.....M. le Professeur J. GUÉRARD
Secrétaire.....M. le Docteur R. DESMEULES
Trésorier.....M. le Docteur G. DESROCHERS

RÉDACTION :

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au secrétaire, le Dr R. Blanchet, Ecole de Médecine, Université Laval, Québec.

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec paraît tous les mois. Il est publié par "Le Bulletin Médical de Québec Inc." Le prix de l'abonnement annuel est de trois dollars.

Pour ce qui relève de l'administration et de la publicité on doit correspondre avec le Docteur Geo. Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

SOMMAIRE

—
Octobre 1933
—

— MEMOIRES —

	<u>Pages</u>
Un cas de Thrombo-phlébite gangréneuse du Sinus caverneux. J.-B. JOBIN et N. LAROCHELLE	209
Otite et Labyrinthite syphilitiques. J. LACERTE	316
Anomalie rénale. ANDRE SIMARD	320
Blastomycose généralisée mortelle. E. GAUMOND	322
Constatations urétroscopiques de la Blennorrhagie. ANDRE SIMARD	331
—————	
Concours Littéraire des Amitiés Franco-Canadiennes.	336
LIVRES REÇUS	337

Un cas de Thrombo-phlébite gangréneuse du Sinus caverneux

Par M. J. B. JOBIN et Nap. LAROCHELLE
de l'Hôtel-Dieu.

Les cas de thrombo-phlébite du sinus caverneux sont plutôt rares et c'est pourquoi nous avons cru intéressant de vous rapporter cette observation dont un certain nombre de symptômes pouvaient, au début, dérouter le clinicien.

Le 5 mai dernier, Mlle R. C... âgée de 23 ans, nous est envoyée par son médecin pour méningite; elle est admise dans le service de M. le Professeur Guérard, à l'Hôtel-Dieu.

Cette jeune fille, qui est une ouvrière, raconte que de février à avril elle a travaillé anorexique et fatiguée, se plaignant de céphalée chaque jour. Mais une certaine raideur de la nuque se surajoutant, vers le 15 avril, à son état antérieur, l'oblige à cesser tout travail.

A l'hôpital, nous recevons une malade qui a toutes les apparences de la souffrance: figure grimaçante et amaigrie, teint pâle.

La température est de 99.8 F, le pouls de 120, la respiration, 32.

Il existe de la raideur de la nuque sans Kernig, un peu de photophobie et une hyperesthésie légère des téguments.

Quant à l'examen des différents appareils il ne nous apporte rien de particulier.

Le diagnostic de méningite nous paraît vraisemblable et nous faisons une ponction lombaire; celle-ci donne, sous une tension normale, un liquide sans aucun caractère pathologique: à la cellule de Nageotte 0.6 élément, albuminorachie 0.05, chlorures 7.5.

Le 7 mai, deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade accuse une céphalée plus intense; elle incline sa tête à droite, en position de repos. Nous notons alors un fait nouveau: c'est qu'il existe un certain degré de gonflement à la région latérale droite du cou et de la face au niveau de la parotide. La pression des parties molles est douloureuse; mais il n'existe aucun point fixe osseux douloureux.

Il faut aussi noter les premiers vomissements de la malade qui dénoncent une réaction cérébrale. La température est de 103.6, et le pouls de 120.

Nous demandons le concours de la spécialité; l'examen attentif par les gens du département ne découvre rien à la mastoïde, ni à l'oreille, ni aux sinus pour expliquer cet état local.

Le lendemain, des radiographies du crâne et des sinus ne démontrent qu'un sinus maxillaire gauche relativement opacifié, c'est-à-dire opacification sinusale du côté opposé à la lésion. Toutefois, la malade est plus mal: elle vomit fréquemment, sa température est élevée, et les moindres mouvements de la tête lui donnent des élancements insupportables.

Aidés des notions de sinusite et de céphalée, l'interrogatoire est repris et nous apprenons que cette jeune fille souffre d'un catarrhe nasal chronique depuis février dernier; que sa fosse nasale droite est presque continuellement obstruée, tandis que celle de gauche est rarement libre le matin; que depuis mars, à la céphalée vague de février, a succédé une céphalée se localisant à l'occiput avec paroxysme le soir.

Un nouvel examen des yeux, des oreilles et de la mastoïde droite fait par M. le Docteur N.-A. Dussault, fournit un résultat négatif du côté de ces organes.

Une deuxième ponction lombaire est pratiquée sans plus de succès que la première.

Le 9 mai quatrième jour de son hospitalisation, le gonflement à la région latérale du cou et à l'angle du maxillaire droit augmente. Incidemment, l'on découvre de la diplopie dans le regard latéral droit.

Le 10 mai, la malade est très affaïcée et sa température est toujours de 103 degrés. Une hémoculture dénonce une streptococcémie.

L'oedème a maintenant envahi la paupière supérieure droite; le globe oculaire est en légère exophtalmie avec chute de la paupière et larmoïement sans oublier le gonflement déjà signalé.

A partir de ce moment le diagnostic est fait: notre malade a une thrombo-phlébite du sinus caverneux droit; il est confirmé par M. le docteur Dussault qui à l'examen de l'œil conclut à la paralysie du moteur oculaire externe droit.

Le 11 mai, le syndrome est complet: le globe oculaire est immobile, la pupille est dilatée, la paupière très œdématiée, l'exophtalmie plus prononcée que la veille. La malade n'en demeure pas moins consciente; sa température est de 105° F.

Le 12 mai, sept jours après son admission à l'hôpital, la malade s'éteint vers les neuf heures du matin. Immédiatement après le décès, une ponction lombaire ramène un liquide purulent.

A L'AUTOPSIE, la cavité thoraco-abdominale et son contenu n'ont rien montré d'anormal.

A l'ouverture de la cavité crânienne on ne constate qu'une stase méningée très importante sans aucun phénomène inflammatoire ou adhérences à la surface. Il existe une méningite légèrement purulente essentiellement localisée au niveau de la protubérance et du bulbe, avec thrombo-phlébite du sinus caverneux droit et thrombose du sinus latéral.

L'ouverture du sinus sphénoïdal montre une sinusite suppurée avec carie osseuse très accentuée tout le sinus étant rempli par une bouillie brunâtre friable et destruction osseuse sur toute la surface interne.

Examens microscopiques:

Le rein et le foie ne présentent rien de particulier. La rate montre une légère stase récente.

On constate une méningite aiguë avec infiltration polynucléaire peu intense au niveau de la protubérance et diffusant vers le bulbe, avec phénomènes de dégénérescence au niveau de certains groupes de cellules ganglionnaires de l'olive.

Le thrombus retrouvé dans le sinus caverneux est un thrombus septique contenant de nombreux staphylocoques.

L'examen post-mortem du liquide céphalo-rachidien a donné le résultat suivant:

Pus constitué par des polynucléaires très désagrégés. Cellules incomptables au Nageotte.

Albumine: 0.85.—Urée 1.50 — Chlorures 6.3. — Sucre traces indosables à peine perceptibles. Bactériologie: Streptocoque et tétragène.

Diagnostic. Sinusite sphénoïdale avec thrombophlébite du sinus caverneux et latéral et méningite localisée au niveau du bulbe et de la protubérance. Le tout d'origine streptococcique.

Si on veut se rappeler l'anatomie de la région, avant d'aborder l'étude de ce processus, l'on s'expliquera facilement la raison d'être des symptômes que l'on a observés chez cette malade.

Les sinus crâniens, vous le savez, sont de larges canaux veineux les uns sillonnant le paroi crânienne, les autres placés dans les prolongements de la dure-mère. Ces différents sinus coulent vers deux confluent principaux qui sont le presoir d'Hérophile en arrière, les sinus caverneux en avant. Ceux-ci, puisque seuls ils nous intéressent, sont placés de chaque côté de la selle turcique, depuis la fente sphénoïdale jusqu'à l'extrémité antérieure du rocher. La carotide interne et le nerf oculo-moteur externe cheminent en plein sinus, tandis que les nerfs moteur oculaire commun, pathétique et ophthalmique se glissent dans une lame fibreuse qui divise en deux le sinus.

On comprend maintenant que le moteur oculaire externe

ait été le premier à jeter l'alarme étant donné sa course en plein sinus infecté.

Cependant l'œdème de la paupière supérieure a suivi de près. Cet œdème, légèrement cyanotique serait d'après Manicattide et Antonesco (1) non seulement provoqué par la thrombose du sinus caverneux, mais surtout par la thrombophlébite des veines ophtalmiques, veines sans valvules, permettant à la fois une stase facile et une infection assurée.

L'exophtalmie, d'après MacCallum et Cornell (2) pourrait être causée par un engorgement veineux seulement, à condition que cette obstruction veineuse soit rapide et plus ou moins complète.

Quant à l'ophtalmoplégie, elle devient un phénomène pathologique nécessaire lorsque les premiers signes ont rapidement fait leur apparition.

Pour Eagleton, (3) la thrombophlébite du sinus caverneux se diagnostique d'autant mieux que l'accident est plus subit; en effet, les formes aiguës s'accompagnent d'un cortège symptomatique dû à l'oblitération rapide du large sinus; au contraire, les formes chroniques n'offrent aucun signe pouvant faire croire à un blocage, de telle sorte qu'une occlusion lente du sinus permet aux voies compensatrices de masquer la gravité du processus pathologique.

A la lumière de ces faits cliniques et anatomo-pathologiques, il nous reste à toucher un point intéressant, c'est celui de l'évolution antérieure. Pour cela, il nous suffira de rappeler les symptômes dans un ordre chronologique.

Tout d'abord une première phase allant de février à mars, pendant laquelle la malade accuse une céphalée mal définie et un catarrhe nasal.

(1) Manicattide, Fetiade et Antonesco: Thrombophlébite gangréneuse du sinus caverneux. Bull. de Pédiatrie de Paris, 1930, p. 205.

(2) MacCallum, William C, and Cornell B.: On the mechanism of Exopthalmos, Medical News.

(3) Wells & Eagleton, Cavernous Sinus thrombophlebitis, 1926.

Une deuxième pendant laquelle la céphalée plus intense se localise à l'occiput et l'écoulement nasal devient plus abondant: période de l'atteinte des sinus.

Une troisième phase enfin caractérisée par du méningisme et les accidents finals de gonflement de la figure, vomissements, septicémie joints aux signes de thrombo-phlébite du sinus caverneux.

Les trois étapes que l'on a signalées, c'est-à-dire l'infection des voies aériennes supérieures, la polysinusite et les complications thrombo-phlébitiques auraient bénéficié d'une interprétation peut-être meilleure au début, avec une enquête plus serrée.

Il y a donc intérêt pour le clinicien à attacher de l'importance à l'infection des voies aériennes, au catarrhe chronique et au cours des complications à recourir à l'hémoculture; une hémoculture positive au streptocoque alors que dans l'économie il n'y a pas de foyers infectieux, est la signature près de la phlébite d'un gros tronc veineux intra-cranien.

TRAITEMENT:—D'après Eagleton, l'intervention chirurgicale au cours des phases aiguës n'a que peu de chance de succès vu la sévérité de l'infection à moins que l'opération soit très précoce et complète. Les cas chroniques fourniraient un peu plus d'espoir.

Lorsque l'infection provient du sinus sphénoïdal, le sinus caverneux doit être atteint par la paroi antérieure du sinus sphénoïdal et non par le petit orifice nasal. Cette intervention a dû être précédée par la ligature de la carotide primitive ou interne. En effet, pour mettre au repos le sinus, cette mesure est nécessaire, vu que l'artère carotide interne conserve ses battements incessants; il s'ensuit qu'elle devient le plus grand facteur de propagation de l'infection à moins qu'il n'y ait drainage.

Pour Manicatide, Fetiade et Antonesco de Bucarest, la guérison des thrombo-phlébites du sinus caverneux ne peut se produire que par résorption du thrombus, même si la guérison survient après une intervention chirurgicale. Pour eux, par conséquent, tout traitement chirurgical est "aléa-

toire" puisque la thrombectomie est impossible en raison même de la disposition anatomique.

Voilà donc une observation qui nous a fourni l'occasion d'éprouver notre sens clinique mais qui, du même coup, nous a montré l'étendue de notre impuissance en face de certains problèmes thérapeutiques.

Otite et Labyrinthite Syphilitiques

Par J. LACERTE

de l'Hôtel-Dieu.

Madame—X...., 46 ans, ménagère, vient consulter dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôtel-Dieu parce qu'elle est complètement sourde.

Cette surdité s'est installée insidieusement il y a trois semaines sans présenter au début les caractères habituels d'une otite aiguë banale. Notre malade n'a souffert d'aucune affection naso-pharyngienne. Si elle a eu des douleurs, ces douleurs étaient sourdes, profondes, diffuses et plus marqués la nuit. Une légère otorrhée a débuté il y a deux jours mais d'un seul côté. Cet écoulement n'a provoqué aucun soulagement.

A l'**examen**: La malade n'entend pas la voix haute à 5 mètres, ni la voix chuchotée à 2 centimètres et cela des deux oreilles.

L'épreuve de la montre est négative et pour la voie aérienne et pour la voie osseuse. Les conduits auditifs externes sont normaux. Sur le tympan droit, nous remarquons une légère perforation antéro-inférieure d'où s'écoule un liquide séro-purulent inodore. A gauche, l'aspect du tympan et de la caisse est normal. Les régions mastoïdiennes sont tout-à-fait indolores à la pression. La malade n'a d'ailleurs pas d'hyperthermie. La simple otorrhée que nous constatons à droite ne peut expliquer une surdité aussi intense et surtout bilatérale.

Les épreuves aux diapasons nous orientent vers le diagnostic d'une surdité labyrinthique. Un diapason La 3 ou de 128v qui vibre sur contact osseux est entendu ordinaire-

ment pendant 20 secondes. Chez notre malade, la transmission osseuse des sons ne dure que 5 secondes; nous disons alors que le Shawbach est diminué. La perception aérienne des vibrations de ce même diapason est considérablement diminuée mais elle demeure cependant légèrement supérieure à la perception osseuse. Nous disons alors que le Rinne est positif par opposition à un Rinne négatif. i. e, perception osseuse plus prolongée que la perception aérienne (ce qui est normal). L'examen au monocorde, dit Struchken, nous donne une diminution considérable des sons aigus.

En résumé, ces examens acoumétriques nous présentent le tableau suivant:

- a) L'audition très diminuée pour la voix, plus marquée à la voix haute (sous aigus) qu'à la voix basse, chuchotée (sons graves).
- b) Raccourcissement de la limite supérieure des sons.
- c) Diminution accentuée de l'audition aérienne des sons moyens (La 3.... 435).
- d) Audition osseuse diminuée.

La diminution de la perception osseuse sur la mastoïde démontre l'existence d'une lésion nerveuse. Il suffit de constater la disparition ou la quasi-disparition de l'audition aérienne du diapason La 3 pour diagnostiquer une surdité totale d'origine labyrinthique; lorsque l'audition osseuse, chez un sujet frappé de surdité, n'est pas prolongée et surtout pas diminuée, l'atteinte labyrinthique est sévère et de pronostic grave.

Les épreuves labyrinthiques nous ont donné les constatations suivantes: le labyrinthe vestibulaire réagit normalement à l'épreuve de l'eau chaude et de la rotation.

La malade ne présente ni nystagmus spontané, ni vertige. Le signe de Romberg est négatif. On note seulement une légère déviation vers la droite dans l'épreuve de l'indication.

La négativité de ces épreuves vestibulaires ne doit pas nous surprendre car nous savons que le nerf cochléaire est

plus fragile que le nerf vestibulaire. Il est la plupart du temps, soit dans la moitié des cas, le premier et quelquefois le seul atteint.

Notre malade présentait aussi une légère paralysie faciale droite que nous expliquons par une atteinte commune par le même processus de la 7^{ième} et 8^{ième} paires, lesquelles sont si étroitement unies dans le conduit auditif interne.

En présence de cette symptomatologie, nous pensons à ce que Politzer écrivait: "Chez tous les malades atteints brusquement de surdité avec diminution ou abolition de la perception osseuse et intégrité du conduit et de la caisse, on doit porter le diagnostic de surdité syphilitique."

L'otorrhée constatée à droite, ne nous éloigne pas de ce diagnostic et nous l'étiquetons: **otite syphilitique**. Cette otite a, comme chez notre malade, une physionomie assez particulière. A son début, trois caractères l'opposent à l'otite banale aiguë: elle débute sans cause locale nasopharyngée, sans douleur vive et sans température. Il n'y a pas d'autre signe qu'un écoulement léger et insidieux par le conduit.

FOURNIER a beaucoup insisté sur l'indolence de ces otites. La douleur est sourde, profonde, diffuse et plus marquée la nuit; surtout, elle précède de plusieurs jours et parfois de plusieurs semaines l'apparition du pus.

Il ne s'agit pas ici d'une inflammation aiguë de la muqueuse de la caisse mais d'une ostéo-périostite à évolution lente.

C'est la surdité qui attire surtout l'attention. Ces malades sont, en effet, beaucoup plus sourds que ne le comporteraient les lésions apparentes de l'oreille moyenne. Comme nous l'avons vu, c'est une surdité labyrinthique. Voilà le caractère de l'atteinte syphilitique de l'oreille.

Le seul moyen de ne pas méconnaître l'otite syphilitique, c'est d'y penser systématiquement chaque fois qu'un symptôme un peu anormal attire l'attention. La discordance entre les signes fonctionnels et les signes physiques nous met souvent sur la piste. Une résistance inexplicée au traite-

ment local dans un cas d'otite ou dans la guérison d'une mastoïdite doit éveiller nos soupçons.

L'examen plus attentif de notre malade, nous fait constater une éruption secondaire, mais très discrète. On ne trouve aucune trace de chancre génital ou céphalique. Cette éruption secondaire très légère expliquerait peut-être l'atteinte du nerf auditif au cours de ce processus syphilitique. Des auteurs américains, BROWN et PEARCE ont prouvé expérimentalement que les lésions secondaires nerveuses de la syphilis coïncidaient avec des éruptions cutanées légères. La lésion est localisée dans ces cas, d'après plusieurs auteurs, à la base du limaçon, près de la caisse, région riche en vaisseaux et dès lors très vulnérable.

Les examens sérologiques ont été très positifs dans le sang. Malheureusement la ponction lombaire n'a pu être faite à cause de l'indocilité de la malade.

Notre observation a ce côté d'intéressant que cette malade souffrant de surdité totale labyrinthique par atteinte syphilitique au cours de la période secondaire de la VIIième et VIIIième paires a été complètement guérie dès la 2ième injection de bismuth (Néoluatol.)

Nous avons revu cette malade à différents intervalles depuis. Elle entend très bien; son otorrhée droite est complètement tarie et il ne reste aucune trace de sa paralysie faciale.

Nous nous excusons de vous avoir présenté cette observation basée sur un seul cas clinique. Il nous a cependant donné l'occasion de revoir cette question intéressante de l'otite et de la labyrinthite syphilitiques et nous avons cru vous intéresser en vous présentant ce travail.

Anomalie Rénale

Par **André SIMARD**

de l'Hôtel-Dieu.

Je voudrais vous présenter à titre de curiosité une Anomalie rénale qui se rencontre assez rarement et qui fut une trouvaille de Cystoscopie.

Madame L. D.... me fut envoyée par un médecin de la Province, parce qu'elle urinait du sang et qu'elle souffrait de Pollakyurie.

Le lendemain de son arrivée à l'Hôpital je lui pratiquai une cystoscopie qui fut très facile à cause de sa grande capacité vésicale, ce qui semblait déjà indiquer peu de lésions du côté de cet organe.

En effet la Vessie ne présentait aucune lésion; mais son trigone vésical qui était normalement situé présentait ceci de particulier: un uretère droit normal et normalement situé, mais du côté gauche, au lieu d'un uretère nous en avons deux.

Le plus bas était normal mais le supérieur était triangulaire et placé sur le versant externe du muscle du trigone.

En surveillant attentivement ses trois uretères, j'ai pu surprendre des éjaculations séparées et indépendantes.

Dans une même séance j'introduisis deux sondes urétérales opaques dans les deux uretères gauches.

Pendant qu'on radiographiait ses reins, j'injectai cinq c. c. de Bromure de Sodium à 15% dans chaque bassinnet; la douleur que la malade accusa aussitôt m'empêcha de pousser plus loin l'injection.

Sur le film radiographique vous pouvez voir les deux

sondes qui se croisent et qui déterminent avec le liquide injecté deux bassinets indépendants.

On ne peut affirmer sur la radio, la présence de deux reins indépendants, mais certainement d'un gros rein avec un bourgeon ou moignon supérieur correspondant au bassinets supérieur.

Une nouvelle pyélographie le sur-lendemain nous démontra la présence d'un rein normal du côté opposé.

Je pus me rendre compte que le sang qu'elle urinait venait de son urètre, ce qui était dû à une congestion d'origine infectieuse.

Tous ses symptômes vésicaux ont disparu avec quelques lavages au Permanganate.

La présence du gonocoque fut d'ailleurs décelé dans son vagin.

J'ai voulu vous présenter ce cas pour mettre en relief la facilité avec laquelle on peut aujourd'hui déceler les Anomalies rénales, et l'importance de ces examens cystoscopiques et pyélographiques dans les lésions rénales, que ce soit pour trouver un rein unique tuberculeux, ou deux reins dont un est malade et l'autre ne fonctionne pas.

Toute l'indication opératoire devra être subordonnée à ses examens.

Blastomycose Généralisée Mortelle

Par E. GAUMOND

de l'Hôtel-Dieu.

On admet volontiers, et souvent sans discussion la diagnostic porté de tuberculose de streptococcie et même de staphylococcie généralisées; mais lorsqu'il s'agit d'une mycose la démonstration de sa nature pathogène est plus difficile à faire, et la chose se comprend facilement puisque d'habitude on considère les champignons comme des saprophytes à peu près constants ne donnant que rarement lieu à des affections graves généralisées.

Nous sommes toutefois persuadé que l'étiologie mycosique peut être attribuée à certaines dermatoses atypiques et même à certaines maladies atteignant l'état général, dont le principe causal n'est pas établi, faute d'y penser, ou faute de moyens d'études nécessaires pour l'établir.

D'après G. Hufschmitt il y a trois conditions essentielles mais suffisantes pour être en droit d'affirmer la maladie mycose. Tout d'abord présence de l'élément supposé pathogène dans les foyers ayant toujours été fermés sans risque de contamination par l'extérieur à quelque époque de la maladie que ce soit. Cette condition est essentielle mais n'est pas suffisante, car le saprophytisme peut s'exercer dans des organismes apparemment sains ou malades, sans que cette existence soit une explication étiologique: les mycéliums découverts dans les tumeurs cancéreuses viscérales n'ont pas prouvé l'origine mycosique du cancer.

Il faut que les propriétés pathogènes du parasite soient démontrées par son inoculation à un animal sensible.

Enfin si ces deux conditions sont réalisées il faut encore

éliminer les facteurs étiologiques qui pourraient constituer une maladie de fond primitive, le champignon n'étant là qu'en symbiose pour compliquer une lésion pré-existante.

Ces trois conditions posées par Hufschmitt pour l'étude d'un cas de blastomycose cutanée généralisée nous paraissent suffisantes pour démontrer la nature mycosique d'une maladie, et nous avons la conviction de les avoir réalisées chez le malade dont voici l'observation.

Le petit malade Arthur D.... 11 ans, a fait deux séjours à l'Hôpital: une première fois en juin 1931 et une dernière fois de janvier à mai 1932. Il est hospitalisé le 15 juin 1931 pour faiblesse générale de cause inconnue. Le début de ses malaises remontait à mars 1931. Brusquement le petit malade, qui allait à l'école, voit sa figure et ses pieds enfler, ce qui l'oblige à rester à la maison. Cette enflure dura une semaine, et il y en a pas de trace à l'entrée du malade que son médecin considérait comme un cardiorénal.

L'examen pratiqué à ce moment ne révèle rien de particulier du côté de son appareil digestif, urinaire ou circulatoire. Soulignons cependant que le malade est pâle, asthénique et amaigri. Il accuse une douleur marquée dans sa région costo-vertébrale gauche qui objectivement se traduit par de la sub-matité, un souffle doux et quelques râles crépitants.

L'examen radiologique des poumons demandé pour une congestion possible de la base gauche fait voir une opacité sus-diaphragmatique avec effacement du sinus gauche. Cet examen du 17 juin 1931 fut suivi d'un second le 30 juin qui montre une ombre à la base gauche avec un diaphragme surélevé et déformé.

Cette notion d'un processus pathologique de la base gauche pulmonaire est importante à retenir, car elle peut expliquer certains phénomènes survenus à ce niveau plusieurs mois après.

On remarque dès son arrivée que le malade présente à la région temporale droite une tuméfaction de la grosseur d'une orange. La peau sur cette tuméfaction est violacée et il y a quelques points suppurants. Après ouverture, un curetage est fait de cette tumeur.

Le pus retiré, examiné, ne révèle ni bacille de Koch, ni aucun microbe, mais la culture donne du staphylocoque doré.

A ce moment si on avait cru à la possibilité d'une mycose, on aurait sans doute dirigé les recherches dans ce sens, mais rien ne donnait raison d'y penser. Le diagnostic s'orientait plutôt vers une tuberculose, et 15 jours après son entrée le malade laisse l'hôpital renseigné sur son état, devant continuer chez lui le même traitement qu'il a suivi à l'Hôpital: repos, régime, grand air.

Il n'est pas sans intérêt d'ajouter que durant tout son séjour à l'hôpital, la température du malade a oscillé chaque jour entre 99° et 102° F., son pouls variant de 96 à 120 et sa respiration de 25 à 30.

Le malade expectorait très peu. Les crachats furent examinés à deux reprises à l'examen direct et une fois après homogénéisation; aucun bacille de Koch n'y fut décelé.

Ajoutons, qu'à sa sortie, il n'y avait pas trace de tumeur sur la peau, la tuméfaction de la région temporale étant complètement disparue.

L'examen du cœur et des urines n'ayant révélé rien d'anormal, il semble que le diagnostic de cardio-rénal porté par son médecin ne soit pas à retenir.

Sorti de l'hôpital le 2 juillet, le malade, qui était encore trop faible pour pouvoir marcher doit garder le lit encore quelques semaines.

Huit jours après son retour dans sa famille, vers la mi-juillet, le petit malade voit se développer dans la région de son hémithorax gauche postérieur, une tumeur rouge et molle. Cette tumeur grossit peu à peu, d'autres apparurent à la même région formant un ensemble de tumeurs séparées plus ou moins les unes des autres par des intervalles de peau saine.

Le malade est de nouveau hospitalisé le 21 janvier 1932, avec un diagnostic d'entrée d'ostéite costale, mais la radiographie ne révélant aucun signe d'ostéite, il est dirigé vers le service de dermatologie.

Il présentait alors une masse tumorale constituée de plusieurs tumeurs, en forme de macarons, à contours irréguliers de couleur rouge foncé, bourgeonnantes et végétantes et de consistance très molle. Aucun de ces éléments ne suppurait à l'entrée du malade. A un examen attentif on voyait dans les tumeurs de petites pustules, sortes d'abcès minuscules, qui n'avaient toutefois pas tendance à s'ouvrir spontanément.

Le malade n'accusait pas de douleur au niveau de ces éléments; aucune trace de lymphangite et on ne trouvait qu'un tout petit ganglion dans l'aisselle gauche.

Tous les abcès minuscules des tumeurs se sont ouverts spontanément par la suite et ont laissé suinter un pus jaune clair assez épais, dans lequel, malgré des examens très attentifs et répétés, il nous a été impossible de déceler la présence de grains.

L'état général du malade n'est pas très bon: il est pâle, très faible, sans appétit et fait une température qui oscille chaque jour entre 99° et 102° F. Il tousse, crache, est dyspnéique. Silence complet à sa base pulmonaire droite, matité et douleur aiguë développée par le choc du doigt. La radiographie permet de voir un empâtement de la base droite. Pendant quelques semaines les symptômes douloureux s'amendent, le malade prend du poids en même temps que ses tumeurs diminuent, mais tout ceci n'est qu'une pause dans l'évolution de la maladie, car le 14 mai 1932, le petit malade meurt.

Les caractéristiques des tumeurs et des examens répétés tant des crachats que du pus s'écoulant des végétations ayant orienté notre diagnostic vers une mycose, le traitement fut dirigé dans ce sens. Du 31 janvier au 5 février, le malade prit du sirop de Gibert, non pas parce que nous croyions à l'origine syphilitique de ses lésions mais plutôt à cause de l'iode contenu dans ce médicament. Des bains généraux à l'ultra-violet et des lavages de ses tumeurs à l'eau boriquée lui furent aussi faits.

L'état du malade reste stationnaire pendant cette période. Dès le 30 janvier les lavages à l'eau boriquée sont remplacés par des pansements à l'eau iodée, et à partir du 6 fé-

vrier, le malade prend d'abord 1.50 gramme d'iodure par jour, dose augmentée progressivement jusqu'à 3 grammes et que nous n'avons pu dépasser le malade étant intolérant à une dose plus élevée.

Le 12 février, le malade a engraisé de deux livres dans une semaine mais ne pèse encore que 54 livres. L'iodure est toujours pris par période, et nous lui faisons quelques injections de lipiodol dans les masses tumorales. En date du 25 mars, on note que le malade se sent mieux, que son état général est un peu meilleur et que les lésions du dos sont diminuées de volume. Le 9 avril il pèse 56½ livres. Le dernier traitement externe mis en œuvre, quelques séances de radiothérapie eurent un bon effet sur les masses tumorales qui étaient presque disparues à la mort du malade.

Les seules maladies avec lesquelles il pouvait y avoir confusion, la syphilis et la tuberculose doivent à notre avis être mises de côté. Il n'y a rien dans les antécédents personnels ou familiaux du malade pouvant laisser croire à une syphilis, les caractéristiques de la dermatose ne la rappellent nullement et l'évolution ne s'est pas faite dans ce sens, car il faudrait admettre qu'il s'est agi d'une lésion tertiaire et encore chez un hérédo, ce qui n'est pas vraisemblable, puisqu'il n'existe aucun signe d'hérédité syphilitique. La seule chose qui peut y faire penser est un B. W. douteux, mais qui perd beaucoup de sa valeur chez un malade faisant une température quotidienne de 99° à 102° F., constamment, depuis un an passé.

L'étiologie tuberculose est plus difficile à rejeter, mais n'est pas à notre avis la bonne. La tuberculose aurait pris des années à faire des lésions aussi volumineuses et aussi étendues que celles présentées par notre malade en quelques semaines. Plusieurs examens de crachats ont été faits, et il a été impossible de déceler le bacille de Koch. Un cobaye inoculé avec les crachats et sacrifié six semaines après a augmenté de poids et ne présente aucune lésion tuberculeuse. Le pus des lésions examiné de nombreuses fois n'a jamais révélé la présence du bacille de la tuberculose. Une biopsie d'un élément tumoral a démontré qu'il s'agissait d'un granulome très polymorphe avec de petits abcès disséminés dans le

derme, sans caractère spécifique. Il semble donc que l'étiologie tuberculeuse ou syphilitique ne convienne à la maladie de notre petit malade.

S'agit-il vraiment d'une mycose? Nous le croyons et sommes porté à penser que c'est dans le groupe des blastomycoses qu'il faut classer le germe isolé, des crachats, du pus provenant de la peau, du poumon et du foie.

Dans les crachats et dans le pus des lésions végétantes cutanées, nous avons pu mettre en évidence des corpuscules, les uns ovalaires, les autres arrondis, présentant les caractéristiques d'une levure. Desensemencements faits sur gélose glucosée de Sabouraud ont donné au bout de 5 à 6 jours des colonies d'un blanc sale, humides et brillantes, de consistance visqueuse. Des examens en goutte pendante faits en partant de ces cultures nous ont fait voir des formes levures typiques à cellules ovoïdes ou rondes, dont certaines se reproduisent par bourgeonnement et se groupent en chainettes.

Nous n'avons jamais vu de filaments vrais. Cet examen répété plusieurs fois nous a toujours donné les mêmes caractéristiques.

Croyant pouvoir trouver les mêmes éléments dans les urines du malade, des examens attentifs en ont été faits, mais l'examen direct comme la culture ne nous permit d'y déceler ni levures, ni bacilles de Koch.

Nous avons bien trouvé des éléments levures dans les crachats et dans le pus des lésions cutanées, mais cet élément mycosique était-il réellement l'élément pathogène? L'autopsie leva le dernier doute. En voici le protocole.

Examen Externe: Au niveau de la région scapulaire gauche, on remarque sept ou huit petites plaies rougeâtres, déchiquetées, confluentes. Dix centimètres au-dessous du mamelon droit, cicatrice de plaie peu adérente au plan profond. (Il s'agit ici d'un petit abcès de la paroi, sans doute de même origine que les tumeurs.)

Examen Interne: Thorax: La plèvre gauche contient une certaine quantité de liquide citrin, pâle et présente de fortes adhérences diaphragmatiques et quelques adhérences à

plusieurs endroits. A droite, il existe, une pleurésie enkystée au sommet, contenant un peu de liquide. La plèvre est épaisse et présente de multiples adhérences à la base et au sommet. Le poumon présente de légères lésions bronchopneumoniques et de légers phénomènes congestifs. Cœur et péricarde normaux.

Abdomen: La cavité abdominale contient une grande quantité de liquide d'épanchement analogue à celui de la plèvre.

Le foie présente de fortes adhérences de tous côtés, mais surtout sur la face diaphragmatique où l'on trouve un pus épais gélatineux. La vésicule est normale. L'organe pèse 1079 grammes. A la coupe on constate dans le côté droit un gros foyer abcédé de la grosseur d'une reine-claude d'où il suinte un pus épais, sans grains. De petits foyers de même type se retrouvent à la face inférieure.

La rate pèse 100 grammes. On y constate un abcès de même type que celui du foie.

L'estomac, l'intestin, le pancréas sont normaux.

Le rein droit pèse 130 grammes et le gauche 160. Ils sont macroscopiquement normaux.

Examen Microscopique:

Le gros foyer hépatique est constitué par un mycétome présentant les caractères d'une gomme actinomycosique dont les corps en massue sont cependant un peu petits.

Des lésions de même type se retrouvent également dans le poumon et dans la rate, mais on ne peut en retracer aucun ni au rein ni à la peau qui a été prélevée au niveau des plaies. (Les tumeurs ayant pratiquement fondu sous l'effet des traitements, il n'est pas étonnant qu'on n'y ait rien trouvé.) Foyers broncho-pneumoniques au poumon.

Cultures: Desensemencements faits avec le pus hépatique ont donné des cultures superposables à celles obtenues au cours de la maladie tant du poumon que de la peau. Formes levures et filaments mycéliens qui se reproduisent tou-

jours avec les mêmes caractères, sans qu'il soit possible de les classer définitivement.

Une culture sur bouillon de pomme de terre, provenant du pus hépatique donne en 48 heures un voile abondant, solide, aspect en nuage, blanc-grisâtre dans le fond du ballon. L'examen microscopique montre des filaments nombreux; semblant cloisonnés, ramifiés auxquels sont accolées des levures.

Une culture sur le même milieuensemencé avec des levures provenant du poumon donne en 48 heures un voile épais, solide, moins dense que dans la culture du pus hépatique, mais en 72 heures la culture est analogue à celle du foie. L'examen microscopique montre d'abondants filaments cloisonnés, ramifiés; on trouve plus de levures libres que dans la culture provenant du foie. Ces levures sont très ovalaires, même allongées. Les filaments sont souvent comme granuleux.

Les levures ensemencées sur différents milieux ont été inoculées au rat et ont tué l'animal en quelques jours. L'autopsie du rat fait voir deux reins farcis de granulations blanchâtres et des hémorragies pulmonaires. Les repiquages obtenus de ce rat ont toujours produit la même levure à l'état de pureté.

Enfin une culture en goutte pendante d'eau de pommes de terre, avec levures isolées du foie du malade, et une autre avec levures isolées du rein du rat, nous ont montré à l'examen microscopique quelques chainettes de levures, des levures énormes avec capsules épaisses, quelques éléments qui s'allongent, mais jamais de filaments.

Diagnostic d'Autopsie: Il s'agit d'un mycétome ayant donné des lésions à la peau, au poumon, au foie et à la rate, présentant macroscopiquement et microscopiquement les caractères de l'actinomycose sans qu'on ait pu retrouver de pus à grains visibles à l'œil nu ou au microscope, et donnant au contraire au point de vue bactériologique des formes levures se rapprochant surtout des blastomycètes.

L'élément que nous avons supposé pathogène a été trouvé dans des foyers ayant toujours été fermés, le foie, la rate;

les propriétés pathogènes du parasite ont aussi été démontrées par la mort du rat inoculé d'une culture de levures provenant du pus hépatique, culture que nous avons obtenue de nouveau identique à elle-même après autopsie du rat; enfin l'idée d'une syphilis ou d'une tuberculose n'étant pas vraisemblable, nous croyons avoir démontré qu'un agent mycosique a été l'élément causal de la maladie de notre malade et de sa mort. Les probabilités sont qu'il s'agit d'une blastomycose, mais il nous a été impossible de préciser davantage la morphologie du parasite, chose qui a été demandée au professeur Langeron de Paris qui n'a pas encore fait connaître le résultat de son analyse.

Il serait sans doute intéressant de pouvoir préciser la pathogénie de cette affection bizarre et peu fréquente, mais nous ne pouvons qu'émettre une hypothèse. Le parasite introduit, semble-t-il, par les voies respiratoires supérieures est allé au poumon et de là à la plèvre, région diaphragmatique. Il s'est de là introduit dans le foie, mais s'est tracé une voie extérieure auparavant en venant former ces tumeurs végétales que le malade présentait sur son héli-thorax gauche. Cette imprégnation mycosique a vaincu la résistance d'un malade déjà affaibli et amené une issue fatale.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de conclure que si les mycoses sont souvent considérées comme des maladies banales et bénignes, elles se chargent quelquefois elles-mêmes de révéler leur importance comme le prouve l'histoire de ce malade.

Bibliographie:

G. Hufschmitt—Annales de dermatologie et syphiligraphie.

—Août 1932.

Brumpt—	Précis de parasitologie.
Andrews—	Diseases of the skin.
Darier—	Précis de dermatologie.
Schamsey—	Compend of diseases of the skin.

Constatations Urétroscopiques de la Blennorrhagie

Observations Personnelles.

Par **André SIMARD**

de l'Hôtel-Dieu.

L'Urètre étendu du méat au col de la vessie, présente un sphincter qui retient l'urine dans l'intervalle des mictions.

Situé derrière le pubis ce sphincter divise l'urètre en deux segments, antérieur et postérieur. Les quelques fibres musculaires éparses autour du col vésical ne constituent pas un sphincter, elles n'ont d'ailleurs pas de fonction; ce qui le prouve c'est que la prostatectomie qui les détruit ne nuit en rien à la retenue des urines.

Partant de ce principe il serait raisonnable de croire que la blennorrhagie qui infecte l'urètre, du méat vers la profondeur devrait, chez un individu de résistance normale, pouvoir se cantonner à l'urètre antérieur, et être traité sur place.

A part le malade sans résistance dont le microbe envahit l'urètre complètement d'emblé; les grandes causes des infections postérieures sont les lavages sous pression, qui depuis Janet sont généralement pratiqués dès les premiers symptômes.

Je voudrais vous faire part de constatations urétroscopiques chez dix-huit individus que j'ai traités, de la période initiale à la terminaison en conservant, excepté dans un cas, l'infection dans l'urètre antérieur.

Tous ces malades ont commencé leurs traitements à la première période, de un à trois jours après les premières douleurs.

Deux d'entre eux étaient des récidivistes.

Afin que vous vous rendiez compte de la valeur respective des différents traitements et des constatations urétroscopiques qui aideront à porter un jugement, nous allons comparer trois groupes de malades qui furent traités différemment.

Tout d'abord je dois vous dire que tous eurent du vaccin actif qui dans l'occurrence fut de la Gonagone.

Le premier groupe de malades qui était composé de trois individus fut traité dès le début par des Balsamiques. Ces malades eurent pendant trois semaines des lavages sous faible pression dans l'urètre antérieur de Permanganate de Potasse à $\frac{1}{5000}$ associé au Cyanure de mercure à $\frac{1}{5000}$

Après ce temps l'écoulement verdâtre étant devenu blanchâtre et ayant considérablement diminué, je pratiquai chez ces malades une Urétroscopie.

Tous les trois avaient du méat au bulbe (ou portion périnéo-bulbaire de l'urètre) la muqueuse recouverte d'un enduit blanc grisâtre, qui ne se laissait décoller, ni par la pression de l'urétroscope de Luys, ni par la curette. Cet enduit qui n'était pas purulent, et qui devait s'éliminer tout doucement par la suite, semblait être un épaissement ou durcissement de la muqueuse.

J'insiste ici pour faire remarquer que sur ce cartonnage de la muqueuse on pouvait voir de loin en loin l'ouverture congestionnée et bavante d'une glande de Littre.

A l'extérieur, en palpant le canal sur l'urétroscope on pouvait sentir les grains de plomb correspondant à ces glandes, dont les ouvertures à demi fermées et suppurantes étaient cause de l'écoulement sans caractères mais interminable de la chronicité.

C'est à cause de cela qu'on se rend très bien compte de l'inutilité des lavages en surface qui peuvent être prolongés sans résultats aussi longtemps que l'on voudra. J'ai dû ultérieurement, à l'aide de l'urétroscope, pour terminer cet écoulement, employer l'électrolyse dessiccative qui suffit à empêcher la reprise de nouvelles infections.

Ces trois infections ont duré en moyenne trois mois et ce n'est que l'électrolyse qui les a jugulées.

La coloration et l'œdème ou plutôt le durcissement que j'ai rencontré dans ces urètres traités à l'état aigu par des balsamiques, a été étiqueté par Mr Gauthier de Cochin (œdème gris plan).

C'est le moyen terme entre l'œdème rouge du début et l'œdème gris rosé périglandulaire de la chronicité.

Le second groupe qui se compose de cinq malades, fut traité dès le début par des instillations de sels d'argent en solution dans l'eau.

Ce traitement associé au vaccin fut très suivi et répété deux fois chaque jour pendant la première dizaine. Ce n'est qu'au bout de de laps de temps, alors que l'écoulement avait déjà diminué et changé de couleur que le traitement aux balsamiques fut institué. Trois de ces malades ont vu les symptômes de leur infection disparaître complètement en deux mois.

Pour terminer un écoulement sans caractère qui menaçait de durer, des instillations de solutions corrosives furent faites et maintenues dans l'urètre antérieur chez les deux derniers sujets de ce groupe.

Le résultat de ces instillations concentrées fut excellent momentanément, mais des récidives périodiques m'amènèrent à pratiquer l'urétroscopie.

Nous signalons ici l'analogie de ces deux derniers malades avec ceux du premier groupe.

En effet: La solution concentrée a produit semble-t-il un durcissement en surface de la muqueuse urétrale, semblable à celui des balsamiques utilisés à la période aiguë.

Dans les deux cas nous retrouvons des ouvertures glandulaires qui ne peuvent se vider complètement et qui conservent dans leur sac, des gonocoques qui peuvent à l'occasion d'une congestion quelconque réinfecter le canal.

Pour faire disparaître ces derniers symptômes et obtenir un résultat durable, il a fallu pratiquer la dessiccation de ces glandes au moyen du courant galvanique avec l'aiguille électrolytique.

Enfin dans le troisième et le plus considérable des groupes qui s'est présenté dans les mêmes conditions que les autres nous avons employé la thérapeutique qui nous semble optima et qui d'ailleurs est employée à l'hôpital St-Joseph à Paris chez Papin.

Premièrement: Pendant dix jours c'est-à-dire pendant la période la plus aiguë, les malades n'ont été traités qu'aux instillations dans l'urètre antérieur.

La composition de la solution diffère un peu de ce que nous avons employé jusqu'ici.

J'ai associé à l'Argyrol 5% 10% et 20% dont j'ai augmenté la concentration à partir du début, la glycérine neutre qui en est le véhicule au lieu de l'eau. Cette première substance qui est hygrométrique associée au pouvoir désinfectant de l'Argyrol ou protargol donne les résultats surprenants. Elle diminue l'écoulement en absorbant l'humidité, et permet à la substance désinfectante à cause de sa viscosité de séjourner plus longtemps au contact de la muqueuse et d'y pénétrer.

J'ai associé au dixième jour après que l'écoulement eut diminué sensiblement les lavages de Permanganate et Oxy-cyanure sous très faible pression aux balsamiques. Le résultat de cette thérapeutique fut bien meilleur.

La moyenne de l'infection chez ces dix derniers malades fut de cinq semaines. Un seul fit une localisation urétrale, j'ai terminé son écoulement de la même manière en me servant de l'électrolyse.

Les constatations urétroscopiques chez les malades de ce dernier groupe furent toutes différentes: Pas de durcissement de la muqueuse.

Le canal a tout simplement passé de l'œdème rouge du début à l'œdème gris rosé par plaques de la terminaison.

Enfin j'ai constaté de visu la guérison anatomique.

Conclusions: Je crois avec Marion, Pillet et Papin que les balsamiques sont contre-indiqués à la période de début.

Ce durcissement de la muqueuse congestionnée qui diminue incontestablement l'écoulement, mais qui favorise l'inclusion glandulaire est un danger.

Ces glandes pourront dans la suite déverser chacune leur tour des gonocoques dans le canal, et produire une chronicité interminable si ce n'est une recrudescence aiguë.

Deuxièmement: Les solutions concentrées ne doivent pas être employées au cours d'une infection qui n'est pas chronique.

Ici c'est une espèce de cautérisation de la muqueuse qui suit une congestion massive, et encore dans ce cas nous avons une inclusion de glandes dans la profondeur qui sera un danger constant.

On doit se servir de ces solutions concentrées dans les chronicités de longue date. Elles agissent alors en produisant une congestion massive.

De cette façon les glandes sont réouvertes largement dans le canal et le traitement alors est celui de l'urétrite aiguë.

Troisièmement: L'urétroscopie et l'utilisation de courant galvanique dans la dessiccation des glandes urétrales sont certainement les seuls moyens de constater la guérison anatomique, et de terminer une infection chronique de l'urètre.

Concours Littéraire des Amitiés Franco-Canadiennes 1933

La Revue mensuelle **Les Amitiés Franco-Canadiennes**, diffusée en 114 pays et groupant aujourd'hui 35,000 correspondants, publie dans son numéro de Juin les Statuts d'un Concours littéraire ouvert à quiconque écrit en langue française, quels que soient les pays d'origine et de résidence. Le sujet et la forme sont entièrement laissés au choix des auteurs. Les manuscrits devront être adressés à M. le Secrétaire Général des A.F.C., 91, boulevard Richard-Lenoir, Paris (11e), au plus tôt le 15 Août 1933 et au plus tard le 15 Décembre 1933.

Les trois premiers prix, que distingueront seulement les trois médailles d'Or, d'Argent et de Bronze, consisteront chacun en un voyage et en un séjour d'un mois au Canada, si le lauréat habite la France, ou bien en un voyage et en un séjour d'un mois en France, si le lauréat habite le Canada. Si le lauréat habite un autre pays que la France ou le Canada, faculté lui sera laissée de venir à ses frais au port d'embarquement afin d'effectuer le voyage auquel il aura droit. Si le lauréat habite un pays trop éloigné de la France ou du Canada, et s'il ne désire pas se rendre à ses frais au port d'embarquement, il recevra en espèces le prix du voyage et du séjour.

Les Amitiés Franco-Canadiennes créent ce concours afin de compléter encore leur œuvre de Collaboration Internationale, de Documentation et de Vulgarisation pour l'Expansion intellectuelle.

LIVRES REÇUS

Leçons sur l'Alimentation Physiologie, régime par Giovanni Lorenzini, Professeur de Chimie biologique à la Faculté de Médecine de l'Université Royale de Milan.

Un volume de 325 pages**36 fr.**

Chez **Masson et Cie**, Editeurs, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

CES leçons, écrites par un des savants dont les travaux font autorité, ont pour but de résumer les données de biochimie nécessaires pour comprendre les principes fondamentaux de la diététique dans l'état de santé et dans l'état de maladie; elles représentent un trait d'union entre la biochimie et la clinique.

Ce livre offre au praticien un résumé des notions de biochimie qui ont trait à l'étude clinique de l'alimentation, c'est-à-dire des notions indispensables pour comprendre les déviations du métabolisme d'où proviennent certains troubles de la nutrition, et les modifications du régime nécessaire pour les éviter et les réparer.

La diététique, ou science d'appropriier l'alimentation aux besoins de l'organisme sain ou malade, est sans aucun doute d'une importance essentielle pour le médecin. En effet, pour assurer la régularité de toutes les fonctions organiques, rien n'est plus nécessaire que d'établir un régime alimentaire approprié aux conditions de l'organisme, et rien n'est plus dangereux au point de vue de l'équilibre organique et de l'état de santé, qu'un régime défectueux. C'est pourquoi l'hygiène et la thérapeutique ont des liens très étroits avec la diététique dont elles utilisent les connaissances.

La diététique a donc une très grande importance clinique, puisqu'elle est très étroitement liée à la pathologie et à la clinique. Pour une connaissance profonde de la diététique, il est donc indispensable de connaître exactement les mécanismes bio-chimiques des processus vitaux; c'est la chimie biologique qui permet de connaître la constitution de la matière vivante, les mécanismes du métabolisme normal ou pathologique, et, par là, d'établir les régimes les plus aptes à fournir à l'organisme les éléments dont il a besoin pour ses échanges, dans la proportion et sous la forme la plus appropriée à ses exigences.

Précis d'Anatomie Pathologique, par Gustave Roussy, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris. Membre de l'Académie de Médecine.

Roger Leroux et Charles Oberling, Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine de Paris.

Deux volumes formant ensemble I 344 pages avec 582 figures et 4 planches hors texte en couleurs (Collection de Précis médicaux). Broché**160 fr.**
Relié toile**175 fr.**

Chez **Masson et Cie**, Éditeurs, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

LE plan de ce Précis n'est pas celui généralement adopté dans les livres ou les traités français et étrangers.

Les idées directrices qui ont servi de fil conducteur à cet exposé sont celles qui sont mises en œuvre à la Faculté de Paris. Elles visent à étudier les altérations créées par la maladie dans leurs expressions morphologiques et physiologiques et à mettre ainsi constamment en parallèle l'Anatomie et la Physiologie pathologiques.

Conçu dans cet esprit, nouveau et profondément original, ce Précis résume sous une forme succincte les principales données de l'Anatomie pathologique. Il s'adresse avant tout à l'Étudiant qui doit connaître les principales modifications structurales créées dans l'organisme par la maladie; il s'adresse aussi au Médecin désireux de se mettre au courant des notions récemment acquises dans le domaine de l'Anatomie pathologique.

Dans les programmes des études médicales, l'étude de l'anatomie pathologique occupe une place relativement restreinte; aussi les auteurs ont-ils pensé que pour lui donner toute sa valeur et lui permettre de concourir efficacement à l'enseignement de la pathologie médicale et chirurgicale, ils devaient surtout s'attacher à l'exposé des grands processus morbides qui se retrouvent identiques à eux-mêmes dans tous les tissus et dans tous les organes.

L'étude approfondie de ces processus qui se retrouvent sous les différentes formes pathologiques, a été ainsi mise au premier plan et, renonçant à la division classique en *Anatomie pathologique générale* et *spéciale*, ce Précis situe les affections propres aux divers organes dans le cadre des phénomènes généraux, dont ils forment en quelque sorte l'illustration.

Il n'était pas utile, dans ces conditions, d'exposer dans leur totalité les descriptions de pur détail et, volontairement, les auteurs ont fait un choix et retenu celles des lésions les plus importantes et les plus aptes qui permettent de comprendre les processus généraux.

Dans chacun des chapitres relatifs aux affections d'un organe figure en tête et en petits caractères un rappel très bref des notions d'anatomie microscopique et d'histophysiologie, dont la connaissance est indispensable à la compréhension des troubles qui frappent cet organe.

Sont également mentionnées les questions d'ordre étiologique ou pathologique encore discutées auxquelles le débutant ne s'arrêtera guère, mais qui retiendront l'attention de ceux qui, plus avertis déjà, veulent connaître les idées qui s'affrontent et les problèmes qui ont été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches intéressantes. C'est ainsi par exemple qu'on y trouvera une brève mise au point de la pathogénie du rachitisme, du problème étiologique du goitre, des étapes de l'infection tuberculeuse, des modifications de terrain au cours de la même infection, de l'étiologie et la pathogénie du cancer, etc.

Pour éviter une extension exagérée de l'ouvrage, les auteurs ont éliminé une extension exagérée de l'ouvrage, les auteurs ont éliminé presque toutes les données historiques, exception faite pour quelques questions dont l'intelligence rendait ces notions indispensables.

Ce livre traitant d'une science dont l'expression est en grande partie morphologique, devait être abondamment illustré. Il comprend 582 figures en noir et 4 planches en couleurs qui toutes, à part quelques rares exceptives, sont originales et ont trouvé leur origine dans les collections du Laboratoire d'Anatomie pathologique et du Musée Dupuytren. Imprimé avec un soin tout particulier, il offre une collection sans précédent dans un Précis, d'images très démonstratives.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE :

- Livre I. — Lésions élémentaires des tissus (98 pages, 40 figures 4 planches en couleurs).
- Livre II. — Trouble circulatoires (72 pages, 29 figures).
- Livre III. — Processus inflammatoires; inflammation en général (157 pages).
- Livre IV. — Lésions élémentaires et inflammatoires dans les divers tissus et organes (644 pages, 289 figures).
- Livre V. — Etude des processus tumoraux en général (53 pages, 8 figures).
- Livre VI. — Tumeurs bénignes des divers tissus et organes (56 pages, 34 figures).
- Livre VII. — Tumeurs malignes ou Cancers (160 pages, 86 figures).
- Livre VIII. — Tumeurs des tissus nerveux, des tissus mélanogénétiques et de tumeurs embryonnaires (70 pages, 39 figures).