

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, Comtois, De Cotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Mousseau (J.-A.), Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: L. de L. Harwood; Vice-Président: B.-G. Bourgeois;
Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

Président: A. LeSage; Vice-président: J.-A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;
Secrétaire-adjoint: Donatien Marion.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1933:

Amyot, (R.), Archambault, (P.-A.), Archambault, (P.-R.), Barbeau, (A.), Baril, (Geo.), Barry, (Gaétan), Baril, (H.), Bellerose, (A.), Bernier, (M.), Bertrand, (A.), Blagdon, (L.), Boucher, (R.), Bourgeois, (P.), Boutin, (P.), Brault, (J.), Brisebois, (M.), Champeau, (J.), Cholette, (A.), Comtois, (A.), Corrigan, (J.-A.), D'Allaines, (F.), D'Anna, (A.), Deland, (Garde A.), Deguise, (A.), De Bellefeuille, (G.-L.), Desfosses, (P.), Desforges, (A.), Derome, (H.-R.), Doré, (R.), Dubé, (J.-E.), Dumontier, (A.), Dufresne, (E.), Fauteux, (M.), Favreau, (J.-C.), Fontaine, (R.), Fortier, (L.-E.), Fortier, (L.), Fortier, (J.), Gariépy, (U.), Gariépy, (L.-H.), Gélinas, (L.), Gélinas, (H.), Gérin-Lajoie, (L.), Gibeault, (A.), Gibeault, (H.), Godin, (A.), Gratton, (A.), Hoen, (T.-J.), Jarry, (J.-A.), Kennedy, (E. J. C.), Knopf, (S.A.), La-

belle, (A.), Lacharité, (H.), Lafrenière, (G.), Lapierre, (G.), Lapointe, (J.), Laquerrière, (A.), Legrand, (E.), Léonard, (D.), LeRoy, (A.), LeSage, (A.), LeSage, (J.), Letondal, (P.), Léveillé, (J.-A.), Longpré, (D.), Magnan, (L.-A.), Mantha, (L.), Manseau, (J.-A.), Marin, (A.), Marion, (D.), Marsan, (G.-A.), Masson, (P.), Mathieu, (E.), Mercier, (O.), Meyer, (W.), Moline, (R.), Morin, (P.), Morin, (J.-G.), Mousseau, (J.-A.), Ossendorf, (K. W.), Panneton, (J.-E.), Paquette, (J.-P.), Parizeau, (T.), Poirier, (P.), Rhéaume, (P.-Z.), Rivard, (J.-H.), Rosell, (J.-M.), Roussel, (J.-M.), Roy, (J.-N.), Saint-Jacques, (E.), Samson, (J.-E.), Saucier, (J.), Sheehan, (J. E.), Simard, (L.-C.), Smith, (P.), Tétreault, (A.), Trottier, (E.), Vallée, (A.), Vidal, (J.-A.), Vignal, (W.).

SUITE DU SOMMAIRE

FORMULAIRE

Formules laxatives et purgatives Roméo BOUCHER 590

SOCIETES

La Société de Chirurgie de Montréal Mercier FAUTEUX 605

Société de Gastro-Entérologie Jean LeSAGE 616

NOUVELLES

Nominations; Erratum; Livres reçus; Paris Médical 621

ANALYSES

MEDECINE

Valeur diététique de la sorbite dans la cure du diabète sucré (p. 591).

CHIRURGIE

Kystes et fistules de la région sacrococcygienne (591). Valeur respective du traitement chirurgical et des injections sclérosantes dans les hémorroïdes internes; étude basée sur 62,910 cas (p. 592). Le moignon appendiculaire comme agent d'injection (p. 592). Tumeurs du coeur: étude clinique et histopathologique (p. 592). Ecoulements sanglants par le mamelon et ectasie généralisée des galactophores (p. 593). L'appendicite au cours de la grossesse (p. 594). Trois cas de tumeurs bénignes de l'estomac (p. 594). La sacro-coxalgie chez l'adulte (p. 594). Traitement des fractures sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant (p. 595).

GYNECOLOGIE

Trichomonas vaginalis (p. 595). L'infection pelvienne chez la femme (p. 596).

PEDIATRIE

Les techniques endoscopiques dans le diagnostic et le traitement du croup et de la diphtérie trachéobronchique (p. 596).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Xéroderma pigmentosum (p. 597). Intra-dermal tests in relation to arsphenamine dermatitis (p. 598).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Luxation congénitale de la hanche; résultat (p. 598). Les effets de l'immobilisation sur l'os normal (p. 599).

PHTISIOLOGIE

Traitement de la pleurite sèche par pneumothorax artificiel (p. 599). La ponction précoce des pleurésies exsudatives (p. 600). Diagnostic d'adhérences pleurales au moyen de procédés radiokymographiques (p. 600).

NEURO - PSYCHIATRIE

Etudes portant sur le champ visuel au cours des accès céphalalgiques d'origine hypophysaire (p. 601). Excrétion dans l'urine de principes hypophysaires au cours de la migraine (p. 601). Activité du lobe postérieur de la pituitaire étudiée d'un point de vue anatomique (p. 602).

LABORATOIRE

Les progrès récents dans la vaccination par l'anatoxine diphtérique (p. 603).

PER
U-18
15

IN MEMORIAM

LOUIS DE LOTBINIÈRE-HARWOOD

doyen

Ce nom de famille est par lui-même une définition.

De Lotbinière-Harwood, en effet, réunissait dans sa personne le charme et les qualités que l'on trouve aux pays de France et d'Angleterre, la clarté, la mesure et l'élégance françaises, l'amour du sol, l'ambition et la ténacité anglaises. C'était un homme raffiné en même temps qu'un homme d'action, un gentilhomme accompli. Nul ne posséda mieux que lui le prestige qui fait les chefs. Grand, brun, élancé, le visage autoritaire, la voix harmonieuse, le tact dans les paroles, l'élégance dans les manières, l'esprit prompt et viril, il avait tout pour lui. C'était, par excellence, un charmeur. Rien d'étonnant s'il a dans sa vie, charmé tant de monde. L'Université de Montréal, la Faculté de Médecine, l'hôpital Notre-Dame, qui en ont bénéficié, le savent. Sa famille et ses amis en conservent un souvenir ému.

*
* *

Les Chartier de Lotbinière sont de vieille noblesse. Tout le monde connaît la délicieuse légende de la reine d'Ecosse donnant un baiser admirateur au poète Alain Chartier endormi.

Le P. Lejeune, d'Ottawa, dans son Dictionnaire Historique, raconte que, vers le milieu du XVe siècle (1456), Clément Chartier, propriétaire de la Binière et friand d'un poisson qu'il avait planté dans l'eau des fossés entourant son château, ajouta le nom du poisson (lot) à celui de sa terre, pour la distinguer d'une autre de ses propriétés appelée Bignière. C'est ainsi que se serait transformée, anoblée par le roi, la famille Chartier de Lotbinière. C'est peut-être encore là une légende. On trouve, le fait est connu, à la cour de

Louis XIII, un René Chartier de Lotbinière, médecin éminent et savant érudit, apprécié du roi et de Richelieu, mais que Gui Patin persécuta parce qu'il défendait l'antimoine contre l'avis de la Faculté. Ce doyen de la Faculté de Paris persécutant un de Lotbinière, voilà qui ne manque pas de piquant pour nous et qui nous montre que, depuis ce temps-là, beaucoup d'eau a passé sous les ponts de Paris et dans le Saint-Laurent.

Les deux fils de René Chartier de Lotbinière vinrent au Canada au début du XVIIe siècle, le second pour y demeurer. Le premier s'appelait également René; il fut en 1643 le deuxième chapelain des Ursulines de Québec. C'était un amateur de belles fourrures; il eut à ce sujet des embarras avec la Compagnie des Cent-Associés et regagna la France en 1647. Son frère, Louis-Théandre de Lotbinière, débarqua à Québec avec M. de Lauzon en 1651. C'est la souche canadienne de la famille de Lotbinière. Procureur général de la sénéchaussée (1652), puis du Conseil Souverain (1664), premier sénéchal et premier prévôt, on peut le considérer comme le père de la magistrature canadienne-française (de Léry-Macdonald). C'est lui qui donna à Québec, au grand scandale des Jésuites d'alors, le premier bal canadien. Du haut du paradis des honnêtes gens il a dû, ce brave homme, contempler avec indulgence les succès mondains de ses descendants.

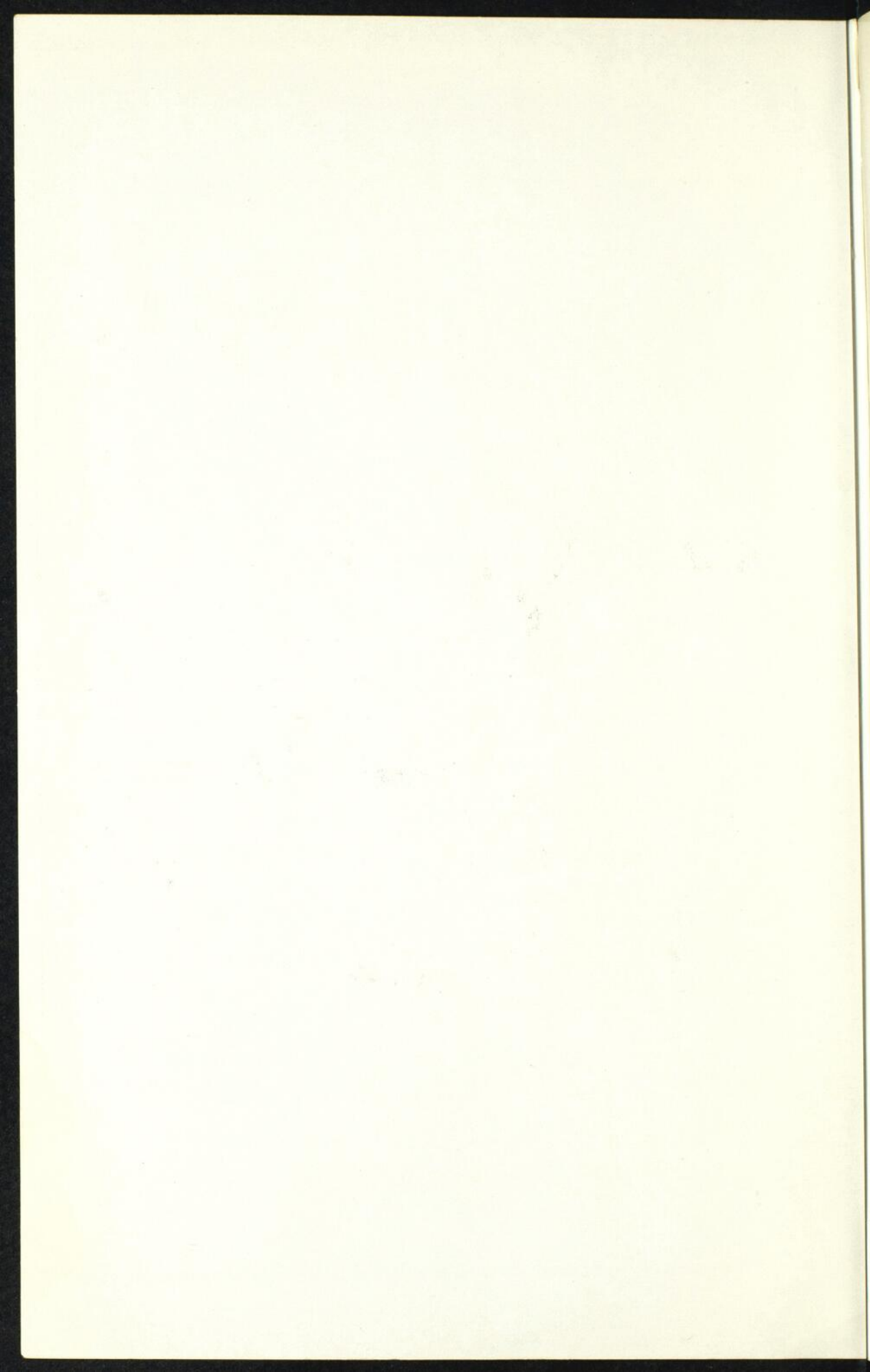
Michel, le petit-fils de Louis-Théandre de Lotbinière, le seul Canadien créé marquis par Louis XIV, épousa Louise Madeleine Chaussegros de Léry. C'était un ingénieur, comme son beau-père. Il fut l'un des artisans de la victoire de Carillon. Il a joué dans l'histoire du Canada un rôle peu connu, mais qui semble avoir plus d'importance qu'on ne croit. Il n'a laissé qu'un fils, Alain Chartier de Lotbinière, lequel à son tour n'eut que trois filles. C'est ainsi que furent ajoutées, dans les armes de la famille, aux *deux perdrix d'argent sur un tronc de sapin d'or*, les trois *quenouilles* symboliques. L'aînée des filles, Louise-Josephte, épousa en 1823 le colonel Robert-Unwin Harwood. Et c'est de ce mariage qui naquit Henry S. Harwood, le père de Louis de Lotbinière-Harwood. Henry S. Harwood épousa une Anglaise, miss Brauneis. Alain Chartier de Lotbinière avait d'ailleurs lui-même épousé une Munro. Le sang



LOUIS DE LOTBINIERE-HARWOOD

doyen

1866 - 1934



anglais existait donc dans la famille depuis trois générations quand naquit le docteur Harwood, en 1866.

Ces détails généalogiques sont peut-être un peu longs dans un article de revue. Ils jettent cependant une vive lumière sur l'hérédité de Louis de Lotbinière-Harwood et font mieux comprendre les qualités et contradictions que l'on rencontre dans le caractère de ce doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Homme charmant, ne lisant jamais, n'ayant en aucune façon le culte des lettres, il possédait une activité inépuisable, une ambition très grande, un goût de l'activité et du gouvernement qui en ont fait un doyen remarquable. — Il ne faut pas chercher ses écrits: il écrivit peu. Il ne faut pas analyser son enseignement, il n'en fit guère davantage. Mais il a, appuyé par ses amis, réorganisé la Faculté de Médecine; il a assuré la reconstruction de l'hôpital Notre-Dame; il a pris, dans la direction de l'Université de Montréal, une part prééminente.

Lorsque le doyen E.-P. Lachapelle mourut en 1918, ce n'est donc pas pour son érudition, pour son enseignement ni pour son âge (il avait cinquante-deux ans), que Louis de Lotbinière-Harwood fut choisi, mais pour ses qualités personnelles et son prestige. L'élève de Pozzi prenait le pouvoir entouré d'un groupe d'amis qui avaient comme lui fait des études en Europe et se montraient anxieux de d'utiliser leur valeur, de faire entrer l'enseignement médical canadien dans la tradition française. Ils manifestèrent immédiatement leur dessein dans un brillant dîner organisé au Ritz-Carlton qui servit d'introduction au régime nouveau. Ce que ce régime, dirigé par un homme d'action, servi par des lieutenants avisés, et aussi, disons-le, par les circonstances, nous a valu en seize ans est considérable. Il a atteint son but, en partie du moins, malgré de fortes oppositions. S'il n'a pas encore réalisé complètement son programme, il faut en tenir responsable la crise de 1929, qui dure encore, et qui a mis en péril l'existence même de l'Université.

*
* *

On peut diviser l'œuvre accomplie sous le décanat de Louis de Lotbinière-Harwood en quatorze points majeurs couvrant les item

suivants : la préparation des élèves aux études médicales et leur perfectionnement post-universitaire; le recrutement, la modification et l'élargissement du professorat; la réorganisation de la direction scientifique, la reconnaissance de la Faculté à l'extérieur et la reconstruction universitaire.

1.—*L'année pré-médicale.*

Elle permet à la Faculté des Sciences de compléter la préparation scientifique de nos bacheliers et de les rendre plus aptes à recevoir l'enseignement médical.

2.—*L'internat obligatoire.*

Cet entraînement pratique fait partie de la dernière année des études universitaires; il rend beaucoup plus facile et plus efficace l'entrée dans la pratique professionnelle.

3.—*Les bourses d'études complémentaires.*

Quelques élèves sont des sujets d'élite qui désirent perfectionner leurs études, soit parce qu'ils envisagent l'exercice d'une spécialité, soit parce qu'ils ambitionnent de travailler à la Faculté.

C'est pour eux que la Faculté obtient des bourses du gouvernement provincial, de l'Institut Rockefeller, et de certaines maisons de commerce ou d'industrie.

4.—*La direction des études.*

La création du poste de directeur des études appartient spécifiquement au docteur Harwood et à ses amis qui en eurent l'idée. Cet officier donne tout son temps à l'étude des problèmes de l'enseignement médical et à leur solution par la Faculté; cette charge, sous l'impulsion du titulaire actuel, le Dr T. Parizeau, est devenue des plus importantes; c'est le rouage central qui met en branle et maintient la cadence de tout l'organisme de la Faculté.

5.—*La refonte de l'enseignement dans les hôpitaux.*

C'est un item qui a demandé la collaboration entière des hôpitaux, qui s'appuie sur des ententes complètes avec ces institutions, qui a

même donné lieu à des contrats. Par ces ententes, la Faculté prend sa part de responsabilité dans la nomination du personnel médical hospitalier, tandis que les hôpitaux assurent la régularité de l'enseignement clinique aux élèves de la Faculté et même, dans certains cas, un honoraire convenable aux médecins qui ont la responsabilité des services et des laboratoires. Grâce à cette collaboration, la Faculté dispose, pour l'enseignement pratique de la médecine, de la chirurgie et des spécialités, de sept hôpitaux et d'un institut où ses étudiants ont leur entrée libre.

De plus, grâce à la création d'une commission de l'enseignement aux gardes-malades, de la modification de la loi provinciale des gardes-malades enregistrées autorisant l'enregistrement par l'Université et de l'affiliation de quatorze hôpitaux possédant des écoles, la Faculté collabore avec l'Association Provinciale pour placer sur des bases solides l'enseignement aux gardes-malades.

6.—*Le recrutement des assistants aux cours, cliniques et laboratoires.*

Tous les jeunes médecins qui désirent participer à l'enseignement de la Faculté doivent maintenant subir des épreuves de bénévolat et d'assistance régulière avant d'obtenir des titres permanents, ce qui est un excellent moyen d'émulation en même temps qu'une garantie d'efficacité.

7.—*Concours d'agrégation.*

Mais la Faculté va plus loin encore et exige, pour arriver au professorat, des concours d'agrégation dont l'organisation peut laisser à désirer, qui sont perfectibles et qui témoignent, dans tous les cas, du désir de la Faculté de n'admettre que les plus compétents.

8.—*Professeurs étrangers de France ou de Belgique.*

D'ailleurs, lorsque la Faculté s'est rendu compte qu'elle ne possédait pas d'hommes qualifiés pour occuper certaines chaires, elle n'a pas hésité à faire appel aux meilleurs titulaires de France ou de Belgique, afin précisément d'assurer à ses élèves un enseignement de premier ordre et de fournir aux sujets canadiens d'élite l'opportunité de se former sur place auprès de ces maîtres étrangers et d'acquérir,

à leur tour, une renommée qui nous fasse honneur. On a reproché quelquefois cette initiative à la Faculté de Médecine, bien à tort, croyons-nous, car c'est ainsi que l'on procède dans tous les pays jeunes, en Amérique spécialement, à McGill tout particulièrement, tant ce désir de faire le mieux possible et d'assurer l'avenir est général.

9.—*L'Institut Scientifique Franco-Canadien.*

La Faculté n'a pas seulement pensé à ses élèves. Elle s'est également préoccupée de faire connaître la science médicale française contemporaine aux médecins engagés dans la pratique. Elle a ouvert largement ses salles de cours et ses hôpitaux aux savants étrangers qui viennent, sous les auspices de l'Institut Scientifique Franco-Canadien, fondé par Dalbis, donner à Montréal des séries de leçons subventionnées par le secrétariat provincial.

10.—*Fusion et autonomie universitaires.*

Lorsque la Faculté de Médecine a consenti à se fusionner à l'Université de Montréal réorganisée et devenue autonome, elle obéissait à cette même inspiration de perfectionnement. Personne plus que le doyen Louis de Lotbinière-Harwood n'a travaillé pour amener cet heureux résultat qu'avait tant désiré son prédécesseur, le docteur E.-P. Lachapelle. C'est à partir de cette fusion que l'Université a pris ce développement que l'on constate aujourd'hui et que la crise financière, malheureusement, met en péril.

11.—*Agrandissement du Conseil de la Faculté.*

Pour faire face aux responsabilités nouvelles créées par toutes les améliorations que nous venons de citer, la Faculté, cédant aux désirs bien légitimes de ses membres, n'a pas hésité à agrandir son Conseil et à y faire entrer tous ses professeurs titulaires.

12.—*Création d'un bureau exécutif.*

Puis, pour favoriser le fonctionnement régulier de cet organisme agrandi, elle a créé un bureau exécutif responsable au Conseil et chargé de contrôler et diriger l'administration de la Faculté.

13.—*Reconnaissance de la Faculté.*

C'est pour avoir réalisé toutes ces améliorations que la Faculté est parvenue, après les démarches nécessaires, à se faire reconnaître officiellement par l'Institut Rockefeller, qui lui accorde une subvention annuelle de \$25,000, par l'Association Médicale Américaine, qui a placé la Faculté dans la *classe A*, et par le Bureau des Examineurs de l'Etat de New-York, qui admet les élèves de la Faculté à ses examens de licence.

14.—*Plans de reconstruction.*

Mais le doyen Harwood et son groupe ont poussé plus loin leurs ambitions. D'accord sur ce point, d'ailleurs, avec les autorités universitaires, ils avaient rêvé de prendre, dans l'Université de Montréal reconstruite, une place de premier ordre, avec des laboratoires agrandis, des dispensaires développés et un hôpital dédié à l'enseignement médical et aux recherches scientifiques. La crise financière actuelle paralyse ce beau rêve en voie de réalisation. Mais de Lotbinière-Harwood ne se comptait pas pour battu et menait presque seul une campagne très active pour assurer à l'œuvre qui lui était si chère un fonds de dotation lui permettant de vivre. La veille même de sa mort, appelé à défendre son projet devant la commission d'administration, il prononçait l'un des meilleurs discours de sa carrière et remportait haut la main la victoire. Ce fut son *chant du cygne*. Dans la nuit qui suivit cette journée active, le 15 mai dernier, une hémorragie cérébrale fit brusquement cesser cette carrière si brillamment remplie.

*
* *

L'œuvre accomplie sous la direction de Louis de Lotbinière-Harwood est, on le voit, considérable et se solde par un crédit solide. S'il est mort, comme son prédécesseur Lachapelle, avant d'atteindre au succès complet, il faut reconnaître le mérite de ce qu'il a fait avec une activité et une persévérance qui l'honorent. Il faut admettre aussi que, pour la durée relativement courte de son décanat, seize ans, les résultats obtenus sont remarquables.

Et ce n'est pas tout. Louis de Lotbinière-Harwood était aussi le président de l'hôpital Notre-Dame. Là aussi il a marqué son influence. Cet hôpital reconstruit, élargi, modernisé, doté d'une nouvelle charte qui modifie son régime interne, est devenu l'une des premières institutions hospitalières de notre pays. Son organisation est complète: bureau médical, conseil médical, bureau d'administration, réunions administratives, réunions scientifiques, services généraux et de spécialités, enseignement médical et post-médical, formation de gardes-malades, internat, consultations externes, tout a pris dans cet hôpital une extension où se marquent l'activité éclairée et le désir de bien faire d'un groupe de médecins distingués dont Louis de Lotbinière-Harwood était le chef. Il fut d'ailleurs à l'hôpital Notre-Dame, auprès des religieuses et des dames patronnesses, admirablement secondé par madame Harwood.

Quelles que soient les sympathies personnelles qu'on éprouve pour l'ancien doyen, il faut admirer sans réserve l'unité d'objet et la virilité d'exécution de ce chef qui eut, comme toute personne d'élite, des amis et des adversaires, mais qui fut toujours appuyé vivement par ceux qui le comprenaient. Harwood, en somme, a maintenu et perfectionné l'œuvre de Iachapelle. Celui-ci avait fondé l'hôpital Notre-Dame et planté à Montréal Laval de Québec, afin d'engager la profession médicale dans la voie du progrès. Dans une université devenue autonome et un hôpital Notre-Dame modernisé, de Lotbinière-Harwood a cherché à mettre au premier rang, dans le monde médical canadien-français, l'Université et l'hôpital; il a, pour atteindre ce but, employé son énergie inlassable, son sens pratique de l'opportunité et un prestige que lui seul possédait; il y a réussi dans une large mesure, que nul autre avant lui n'avait atteinte. Louis de Lotbinière-Harwood s'est créé une place unique et incontestable dans l'histoire médicale de notre province; la France avait reconnu le fait en le créant officier de la Légion d'honneur; nos historiens devront l'affirmer lorsqu'ils écriront l'histoire de notre Faculté de Médecine et celle de l'hôpital Notre-Dame.

E.-P. BENOIT.

Montréal, le 25 mai 1934.

LA MORT SUBITE DE NOTRE PRÉSIDENT

M. LOUIS DE LOTBINIÈRE-HARWOOD

Nous avons eu la douleur de perdre notre président, le professeur Louis de Lotbinière Harwood, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, président du Bureau de direction de l'Union Médicale du Canada.

Cette mort, subite et imprévue, a causé une vive émotion et des regrets universels dans tous nos milieux, en particulier parmi le groupe de l'Union Médicale.

Ses deux compagnons inséparables, dont la collaboration et l'amitié remontent à plus de quarante ans, sortent des rangs pour venir saluer un fidèle associé à toutes les époques de leur vie.

A l'Union Médicale du Canada, il fut un des six qui s'associèrent pour acquérir et diriger cette revue depuis 1900. Associé dès la première heure il ne nous a jamais quittés depuis. Nos difficultés financières, au début, nos ambitions, nos déceptions, nos espoirs, nos réalisations nous ont toujours trouvés réunis et unis. Harwood fut toujours désintéressé, matériellement, de toute entreprise où le point de vue scientifique et universitaire devenait l'objet de toutes nos activités.

Grâce à son prestige, à son influence, à ses activités, à sa situation sociale et universitaire il favorisa l'évolution de notre Revue. Il réalisait qu'elle rendait service à la cause qui lui était chère en groupant autour d'elle l'élite de notre profession.

Il savait que les jeunes, retour d'Europe ou autres, trouveraient, là, un moyen, unique dans notre milieu, de s'extérioriser et de répandre le bon renom de notre enseignement. Il savait, de plus, que l'Université saurait ainsi distinguer plus facilement ceux qui deviendraient, à tour de rôle, les plus dignes de collaborer à notre enseignement universitaire ou hospitalier, à cause de l'entraînement auquel ils sont

soumis en observant les malades dans nos hôpitaux et en publiant leurs travaux dans nos différentes sociétés scientifiques.

Il a compris; il a eu la vision de l'avenir; il n'a jamais quitté le poste d'avant-garde qu'il occupait depuis les débuts de notre dernière étape qui date de mai 1900.

Il fut le premier du groupe à pénétrer dans la Faculté. Il songea dès cet instant à ses amis qui pouvaient être utiles à l'œuvre et il leur fut fidèle.

Aujourd'hui, le cycle est révolu. Un à un les anneaux se détachent de la chaîne qui nous lie et le cercle se brise peu à peu avec l'évolution du temps. Mais il aura quitté notre journal témoin de l'accomplissement d'une œuvre qui lui était chère et en voie de perfectionnement. Souvent il en exprimait sa satisfaction, mais il avait des craintes au sujet de l'Université. Fort heureusement, avant de mourir, il aura pu assister à la réalisation de son rêve le plus cher: un projet d'*assurance-dotation* auquel il a pris une part prépondérante permettant de recueillir les fonds nécessaires pour favoriser l'enseignement et les travaux de recherches.

C'est le complément de sa vie. Il aura bien mérité de tous et en particulier de ses deux anciens compagnons qui le saluent comme s'ils devaient le rejoindre bientôt.

Sur sa tombe on pourrait désormais inscrire la strophe que nous lisions il y a quelque temps dans le livre d'un auteur de grande réputation dont nous avons oublié le nom:

"Ce qui tourmente une âme au déclin de la vie,
Ce n'est plus ou l'orgueil ou la crainte ou l'envie,
C'est un désir ardent et plein d'anxiété
De se juger soi-même en toute vérité."

Adieu, cher ami! Tu as rejoint Hervieux. Nous restons fidèles à ta mémoire!...

DUBE-LESAGE.

1894-1934

MÉMOIRE

QUELQUES ASPECTS DES MALADIES DE L'ŒSOPHAGE SOUS LE CONTRÔLE DE L'ŒSOPHAGOSCOPE, ET RAPIDES CONSIDÉRATIONS SUR LEUR TRAITEMENT.⁽¹⁾

Par **J.-N. ROY, F.A.C.S.**,
Professeur à l'Université de Montréal,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

Lorsqu'un médecin est consulté pour un malade qui accuse un trouble quelconque de l'œsophage, il doit invariablement l'examiner de la manière suivante, afin de faire un diagnostic précis, et instituer ensuite un traitement approprié. Tout d'abord, après s'être renseigné sur la symptomatologie en question, il doit s'adresser au radiologiste, et autant que possible être présent lors de la radioscopie. Cette règle, d'une importance capitale, s'applique même au nouveau-né, chez qui on peut se servir des rayons X, après lui avoir fait prendre, au moyen d'un biberon, une substance opaque pour l'examen. La seule exception qui existe est la paralysie œsophagienne, mettant le malade dans l'impossibilité d'avaler. De la sorte il est possible d'obtenir immédiatement une première indication sur l'endroit de l'œsophage où peut se trouver un corps étranger, un spasme, un rétrécissement, ou une complication de cette dernière affection lorsqu'elle est ancienne, sous la forme d'une dilatation, ou d'un diverticule. Les rayons X permettent encore de diagnostiquer l'adénopathie trachéo-bronchique, l'anévrisme de l'aorte, et enfin les tumeurs du médiastin. Dans certaines circonstances la simple radioscopie pratiquée seule, avec du bismuth, ou encore mieux du baryum, est suffisante pour fournir tous les renseignements désirables. Dans d'autres, au contraire, il vaut mieux, pour préciser certains points de détail, compléter les recherches par une radiographie. Muni de ces constatations,

(1) Communication faite à la Société Scientifique d'Alimentation, et de Gastro-Entérologie, séance du 25 avril 1934.

l'endoscopiste procède ensuite à l'œsophagoscopie, si elle est jugée nécessaire.

Indications. — L'œsophage doit être examiné directement avec un tube muni d'un éclairage électrique chez tous malades souffrant de dysphagie, d'odynophagie, de régurgitations, d'hémoptysie, d'hématémèse, de spasmes, et de certaines affections obscures de l'estomac. L'œsophagoscopie permet non seulement de diagnostiquer toutes les lésions de cet organe, mais aussi de pouvoir en traiter un grand nombre. Elle est d'une nécessité absolue pour l'ablation des corps étrangers. Dans la majorité des cas, elle est faite sans anesthésie. Dans d'autres, au contraire, on peut insensibiliser la muqueuse avec une solution de cocaïne. Et enfin, lors de l'exérèse d'un corps étranger volumineux, s'il y a intérêt à obtenir un certain relâchement de la paroi, il vaut mieux avoir recours à l'anesthésie générale.

Contre-indications. — Tous les auteurs qui s'occupent d'endoscopie, mentionnent les principales contre-indications suivantes, au passage d'un tube dans l'œsophage. L'anévrisme de l'aorte, les affections cardiaques mal compensées, les commémoratifs d'apoplexie, le goitre exophtalmique à forme grave, les maladies organiques avancées, les varices œsophagiennes étendues, l'œsophagite causée par la déglutition d'un corrosif, et enfin, la déviation de la colonne vertébrale siégeant à sa partie supérieure, ou encore sa grande rigidité. Toutefois, en présence d'un malade souffrant d'une de ces affections, mais qui a avalé un corps étranger, l'endoscopiste ne doit pas hésiter à en faire immédiatement l'extraction surtout si la vie peut être menacée par des complications. A cette règle, il n'existe qu'une exception bien formelle: c'est la déshydratation. L'expérience a prouvé, en effet, qu'un patient, dont l'organisme n'a pas reçu d'eau depuis une période variable de trois à six jours, se trouve en très mauvaises conditions pour supporter une œsophagoscopie. Avant de faire cette intervention, le spécialiste doit renouveler les liquides le plus rapidement possible et d'une manière simultanée, par la voie hypodermique, et par entéroclyse. Dans certains cas, il faut recourir en plus à la gastrostomie. Si le malade réussit à se ranimer, le corps étranger est ensuite extrait.

Oesophagoscopie chez les enfants. — Suivant Guisez, il est impraticable de passer un œsophagoscope chez le nourrisson. Chevalier

Jackson est d'opinion contraire, et affirme que l'on peut se servir de cet instrument à tous les âges de la vie. Toutefois, chez le nouveau-né, il faut employer un tube très fin, et manœuvrer avec une extrême prudence. Il dit avoir fait l'œsophagoscopie chez un grand nombre d'enfants, dont le plus jeune avait à peine deux jours. Dans le même ordre d'idées, il est parvenu à extraire des corps étrangers à des nourrissons de dix jours, — et à des vieillards de quatre-vingts ans.

Anomalies de l'œsophage. — Aucun auteur n'a encore publié de cas d'imperforation congénitale de cet organe chez un nouveau-né.

En retour il est admis qu'il peut exister des fistules œsophago-trachéales à la naissance, et que les porteurs de cette anomalie meurent tous, dans un temps plus ou moins long, d'infection broncho-pulmonaire.

Le rétrécissement congénital de l'œsophage s'observe quelquefois, et devient surtout apparent à l'adolescence. A ce moment, il est facile de le diagnostiquer avec les rayons X, et l'œsophagoscope. Son traitement consiste à en faire la dilatation, sous le contrôle de la vue.

On peut trouver des membranes de l'œsophage obstruant son calibre. La thérapeutique a encore pour but de les dilater, au moyen d'une pince spéciale introduite à travers le rétrécissement, que l'on retire ensuite après l'avoir ouverte. Les sondes rendent aussi de grands services. Ces membranes ont peu de tendance à se reformer, contrairement à ce que l'on remarque lorsqu'il s'agit de sténoses œsophagiennes post-inflammatoires.

Oesophagite aiguë. — L'inflammation aiguë de l'œsophage peut s'observer à la suite d'un traumatisme par corps étranger, lors de son séjour dans le canal, de son extraction, ou encore après des manipulations faites à l'aveugle avec des instruments. Le pronostic est généralement mauvais, surtout si la muqueuse ou la paroi ont été déchirées, car on peut avoir une péri-œsophagite, et en complication, une médiastinite suppurée toujours mortelle. Le traitement consiste à faire prendre au malade de petites doses de sous-nitrate de bismuth à intervalles rapprochés. Si un abcès sous-muqueux se déclare, il faut alors l'inciser, en recourant à l'œsophagoscope.

L'œsophagite aiguë se rencontre plus fréquemment après la déglutition d'un acide, ou d'un alcali corrosifs. Le caustique, presque toujours responsable de l'accident, est la lessive. Lorsque celle-ci

a été avalée, il faut, immédiatement après, essayer de la neutraliser avec du vinaigre, du jus de citron, et de l'eau en grande quantité. L'huile d'olive constitue aussi un excellent moyen de calmer la brûlure. Pour neutraliser un corrosif acide, on se sert d'eau de chaux, de magnésie ou d'une solution de carbone de soude. Dans la suite, on doit aspirer les mucosités qui remplissent la bouche, et prescrire au malade de petites quantités de sous-nitrate de bismuth. Si la lumière de l'œsophage menace de s'atrésier, on peut faire avaler un fil de soie tressée, qui servira plus tard de guide lorsque le moment sera venu de commencer, sous le contrôle de la vue, la dilatation de la sténose qui est inévitable.

L'œsophagite chronique s'observe dans presque tous les cas de rétrécissement ancien, avec stase des matières alimentaires. Ces matières qui fermentent toujours, deviennent ensuite très irritantes pour la muqueuse. On doit encore faire prendre du bismuth à petites doses répétées, et surtout dilater l'atrésie par l'entremise du tube œsophagoscopique.

Ulcère simple de l'œsophage. — Cette lésion peut se rencontrer après une érosion de la muqueuse consécutive au passage d'un petit corps étranger, après une brûlure par la déglutition d'un liquide corrosif, et enfin, après des manipulations faites à l'aveugle avec des instruments. Ces ulcérations produisent souvent des spasmes de l'œsophage et, lorsqu'elles sont guéries, laissent comme séquelle des sténoses. Le traitement consiste à donner de petites doses de bismuth qui tapisse le fond de la plaie. On peut aussi se servir de calomel, et faire, deux fois par semaine sous le contrôle de la vue, des attouchements avec une solution d'argyrol à 20%. Lorsque la cicatrisation est bien solide, il faut alors dilater le rétrécissement sous œsophagoscopie. Dans certains cas où la lésion s'éternise, on peut même recourir à la gastrostomie pour mettre l'œsophage au repos.

Ulcère peptique. — Le tiers inférieur de l'œsophage est généralement le siège de prédilection de l'ulcère peptique. Celui-ci a souvent pour cause une infection focale à point de départ nasal, dentaire, ou amygdalien. La guérison est retardée par le reflux de mucosités gastriques acides qui viennent en contact avec sa paroi. Quant au traitement, il faut prescrire le bicarbonate de soude, le bismuth, et procéder à des applications de nitrate d'argent, deux fois par semaine, avec l'œsophagoscope. Plus tard, on doit alors songer à dilater la sténose.

Syphilis de l'œsophage. — La muqueuse œsophagienne est rarement atteinte de plaques syphilitiques. Les gommès de la paroi sont plus fréquentes, et lorsqu'elles se ramollissent, l'endoscopiste doit faire un diagnostic différentiel entre une ulcération simple, spécifique, tuberculeuse, épithéliomateuse, sarcomateuse, et l'actinomycose. Sous le contrôle de l'œsophagoscope, l'ulcère syphilitique présente une muqueuse très rouge, des bords épais sans granulations, et au contact d'un tampon, ne saigne pas facilement. Dans un cas douteux, il faut avoir recours au Wassermann, et demander un rapport de laboratoire, après avoir pratiqué une biopsie. Comme thérapeutique locale, une diète liquide non irritante est indiquée, des prises de sous-nitrate de bismuth, et des attouchements avec une solution de nitrate d'argent, sous œsophagoscopie. Lorsqu'un malade a été reconnu syphilitique après l'épreuve du Wassermann, il doit être, au point de vue général, traité classiquement. S'il existe une sténose, on doit la dilater suivant la méthode habituelle.

Tuberculose de l'œsophage. — En présence d'un sujet atteint de tuberculose de cet organe l'œsophagoscopiste observe en premier lieu une simple érosion, qui se complique ensuite d'une ulcération superficielle. Dans d'autres circonstances au contraire l'ulcère, tout d'abord profond, est consécutif au ramollissement de ganglions péri-œsophagiens tuberculeux, communiquant avec l'œsophage. La pâleur de la muqueuse, à la vision directe, est caractéristique de la lésion présente. Toutefois, en cas de doute, il faut recourir à l'épreuve de la tuberculine, à l'inoculation de cobayes, après prélèvement des tissus suspects, et à leur examen anatomo-pathologique. Ces recherches de laboratoire ont une grande importance, car l'observation a prouvé qu'une tuberculose œsophagienne pouvait être associée à la syphilis, ou à une tumeur maligne. Comme le traitement local ne rend pas beaucoup de services, il faut surtout s'adresser à la thérapeutique générale. Dans certains cas où la dysphagie empêcherait le malade de s'alimenter suffisamment, il faudrait même demander une gastrostomie.

Tumeurs bénignes. — La paroi œsophagienne peut être le siège d'un nombre considérable de néoplasmes bénins, tels: les papillomes, fibromes, lipomes, myomes, myxomes, adénomes, granulomes, lymphangiomes, et kystes congénitaux ou acquis. En plus il existe des tumeurs sanguines sous la forme d'angiomes, de varices et d'héma-

tomes. La symptomatologie de ces tumeurs est fort variable. Si elles peuvent passer inaperçues, lorsqu'elles sont petites, en retour après avoir atteint un certain développement, elles produisent quelquefois des phénomènes de dysphagie, de nausées, et même de régurgitations. Le diagnostic clinique ne peut être fait que sous œsophagoscopie. Les tumeurs solides bénignes donnent à l'endoscopiste l'impression qu'elles ne sont pas inflammatoires, et les vasculaires ont un aspect rougeâtre violacé.

Le traitement des premières consiste à les enlever, sous le contrôle de la vue, avec une anse, lorsqu'elles sont pédiculées, ou à les détruire avec un galvanocautère spécial, si leur base d'implantation est sessile. On peut aussi se servir de pinces coupantes. La meilleure thérapeutique des lymphangiomes est le radium.

Quant aux angiomes, ils sont extirpables avec une pince à biopsie. Si l'épreuve de la coagulation sanguine est normale, l'opérateur, en pratiquant cette intervention, n'est pas exposé à avoir une hémorragie sérieuse. Guisez a obtenu la guérison d'un cas d'angiome au moyen de la Curiéthérapie.

Il vaut mieux chirurgicalement ne pas toucher aux varices de l'œsophage, qui siègent la plupart du temps au tiers inférieur. Lorsqu'elles saignent, il faut administrer par la bouche des hémostatiques, un peu de sous-nitrate de bismuth, et faciliter ensuite, autant que possible, la circulation veineuse par un traitement hygiénique approprié.

Cardiospasme. — Avant l'ère œsophagoscopique, certains troubles de l'œsophage étaient étiquetés: cardiospasmés, et suivant la dénomination anatomique, ou admettait que le spasme se produisait au cardia. Depuis quelques années, il a été reconnu, après de minutieuses dissections, que l'extrémité de l'œsophage communiquant avec l'estomac, n'a pas de sphincter. Chevalier Jackson est d'opinion que la partie responsable de ces troubles est l'hiatus œsophagien, c'est-à-dire l'ouverture diaphragmatique par où passe le canal. Physiologiquement l'œsophage, à l'état de repos, est comprimé par le diaphragme, et devient ensuite béant lors de l'arrivée du bol alimentaire. Aussi, d'après cet auteur, le prétendu cardiospasme, pour les cas purement fonctionnels, n'est autre chose qu'un défaut de coordination du plexus de la déglutition, en ce sens que l'œsophage ne s'ouvre pas au moment voulu, lorsque les aliments sont à la région diaphragmatique. En réalité, il s'agit plutôt d'un phrénospasme. Dans certaines circonstances le spasme peut être organique, s'il est dû par

exemple à une ulcération. Quelle que soit la cause de ces troubles, l'observation a prouvé qu'il existe toujours une dilatation plus ou moins considérable du tube œsophagien dans sa portion thoracique, dilatation pouvant être diffuse, et aussi appelée: méga-œsophage.

Le traitement consiste à élargir, sous le contrôle de la vue, l'endroit où se trouve le spasme, au moyen de ballons qui, une fois mis en place, sont dilatés avec de l'air ou de l'eau. Comme l'introduction de ces ballons offre, la plupart du temps, de grandes difficultés, certains auteurs préfèrent se servir d'instruments dilateurs en acier. Nous croyons toutefois que ces dilateurs rigides, maniés avec force ou imprudence, exposent l'œsophage à être déchiré, et qu'il peut en résulter ensuite de très graves complications.

En 1910 Wendel avait préconisé, comme traitement du cardio-spasme, une incision sur la longueur totale de la sténose, comprenant toute l'épaisseur du conduit œsophagien. La muqueuse étant alors ouverte, il est facile de se rendre compte des nombreux inconvénients offerts par cette méthode.

Heller en 1913, s'inspirant des travaux de Wendel, a décrit une opération fort ingénieuse qui a pour but, après laparotomie, de découvrir l'œsophage sur le trajet de sa portion abdominale. Ce premier temps terminé, le chirurgien refoule le diaphragme, et attire en bas le canal œsophagien généralement rétréci à la région de l'hiatus, jusqu'à la limite supérieure de la sténose. Il pratique ensuite une œsophagotomie partielle qui consiste à sectionner la couche fibro-musculaire sur toute la longueur du rétrécissement, sans toutefois inciser la muqueuse. Heller avait même préconisé de faire le même débridement sur la paroi postérieure de l'œsophage, après l'avoir retourné. Cette intervention donne d'excellents résultats contre ce genre de spasmes.

Paralysie de l'œsophage. — Un malade qui se plaint de ne pouvoir avaler, sans histoire antérieure de sténose progressive de l'œsophage facilement contrôlable par les rayons X, et l'œsophagoscope, est atteint de paralysie de cet organe. Dans ce cas le sujet, même en position verticale, est dans l'impossibilité absolue de pouvoir déglutir une substance quelconque. Il est alors inutile de recourir à la radioscopie, et le patient doit être examiné de suite avec le tube œsophagoscopique. Le diagnostic s'impose généralement, car tout semble normal dans l'œsophage. La grande facilité de passer l'instrument doit faire penser à la paralysie. La plupart du temps cette affection est

d'origine bulbaire. Toutefois, elle peut être périphérique, et avoir pour cause une intoxication, telle la dyphthérie, et l'empoisonnement par le plomb ou le mercure. Le traitement consiste à alimenter le malade au moyen d'une sonde stomacale, et à combattre, autant que possible, l'étiologie.

Corps étrangers. — Il est maintenant admis, par les médecins sérieux, que tous les corps étrangers de l'œsophage doivent être invariablement enlevés avec l'œsophagoscope, sous le contrôle de la vue, après un examen radiologique. Se servir à l'aveugle de la sonde, de la boule olivaire, du crochet de Kirmisson, du panier de Graefe, de la pince de Bond, du parapluie de Fergusson etc., dans un but de diagnostic, ou de thérapeutique dangereuse, serait faire preuve d'une ignorance impardonnable à notre époque.

Supposant un corps étranger dans le canal œsophagien, il serait absurde de prescrire un purgatif ou un vomitif.

Il faut ne pas oublier que les substances enclavées dans l'œsophage ne sont pas toutes susceptibles d'impressionner une plaque de radiographie. Toutefois, lors de l'examen radioscopique, en s'aidant d'une matière opaque, il est toujours possible de déceler la présence d'un corps étranger, facilement contrôlable ensuite à l'œsophagoscope.

Ces derniers, par ordre de fréquence, se rencontrent comme suit : pièces de monnaie, os, épingles de sûreté, dentiers, et autres objets.

Leur ablation peut être faite avec ou sans anesthésie, locale ou générale, suivant les indications que nous avons données plus haut.

Pendant les manœuvres endoscopiques, l'opérateur doit se ménager deux espaces bien libres, pour la pince qui saisit le corps étranger à l'intérieur de la paroi œsophagienne.

Il faut également que le tube ne dépasse pas le corps étranger, surtout si celui-ci se trouve dans la portion cervicale de l'œsophage, afin de prévenir une dyspnée par refoulement de la cavité respiratoire.

S'il existe un enclavement, l'endoscopiste doit faire une certaine pression, avec l'extrémité du tube, sur la paroi latérale de l'œsophage, à l'un des angles du corps étranger, et procéder ensuite à une rotation, avant l'exérèse.

Lorsqu'il s'agit d'un objet relativement plat on doit tourner, avec la pince, son grand axe de manière à ce que celui-ci corresponde, lors de l'ablation, au diamètre le plus large de l'œsophage.

Admettant un os, ou autre substance pointue, il faut ne pas oublier que pendant les manœuvres d'enlèvement, la perforation de

la paroi œsophagienne, ou la déchirure de la muqueuse exposent à une infection locale, pouvant se compliquer ensuite d'une médiastinite suppurée toujours mortelle.

Et enfin, l'extraction des épingles de sûreté ouvertes pointe en haut dans l'œsophage, demande toute la dextérité manuelle de l'endoscopiste, et une grande expérience quant au choix de la meilleure technique suivant chaque cas particulier.

Sténoses de l'œsophage. — Le canal œsophagien peut être rétréci par une affection qui se développe à son intérieur, ou encore par une maladie localisée directement à son voisinage. Dans ce dernier ordre d'idées, nous pouvons observer des sténoses par compression, ayant pour cause: l'anévrisme de l'aorte, l'hypertrophie considérable du cœur, l'adénopathie trachéo-bronchique, les tumeurs du médiastin ou du foie, le goitre plongeant, et enfin, certaines affections de la colonne vertébrale. Sous le contrôle de l'œsophagoscope, ces rétrécissements sont caractéristiques. En effet, la muqueuse conserve généralement sa couleur normale, et l'œsophage repoussé de l'extérieur donne l'aspect d'une fente excentrique semi-lunaire. La thérapeutique de ces sténoses par compression n'est pas très encourageante, car si on arrive, dans certains cas particuliers, à donner un peu d'amélioration, dans la majorité des autres au contraire, l'endoscopiste est réduit, lorsque l'œsophage est pratiquement fermé, à alimenter son malade au moyen d'une sonde stomacale. Exceptionnellement la gastrostomie devient nécessaire.

Les sténoses cicatricielles sont caractérisées par la formation, à l'intérieur de l'œsophage, d'un tissu fibreux consécutif à une brûlure par un caustique, à une déchirure du conduit par de fausses manœuvres thérapeutiques, au séjour prolongé d'un corps étranger, à l'ulcération simple de la muqueuse, à des poussées d'œsophagite répétées, et enfin, à une plaie chirurgicale. Les rétrécissements qui se manifestent à la suite de la déglutition d'un liquide corrosif, peuvent être multiples, et dans ces cas le traitement devient alors beaucoup plus délicat. En principe nous pouvons dire que plus la sténose apparaît rapidement après l'accident, plus le pronostic est sérieux. Après avoir suivi la thérapeutique indiquée dans notre paragraphe: œsophagite aiguë, l'endoscopiste peut commencer la dilatation, sous le contrôle de la vue, deux ou trois semaines consécutives à la brûlure. Dès le début, les sondes sont passées tous les deux ou trois jours, et ensuite un peu moins souvent, d'après l'amélioration. Il est très important que la dilatation soit faite sous œsophagoscopie, car en

maintes circonstances la sténose est excentrique quant à la direction du canal œsophagien. Par ce traitement de bougirage, un grand nombre de malades obtiennent une guérison apparente, — puisque tout de même ils doivent continuer à se faire dilater. D'autres au contraire peuvent peut-être bénéficier d'une œsophagotomie interne, ou de l'électrolyse. Cependant, nous devons ajouter que Chevalier Jackson est opposé à ces deux modes de traitement préparateur à la dilatation subséquente.

Quant à la thiosinamine, et à la fibrolysine, les auteurs sont d'opinion que l'emploi de ces médicaments, dont la propriété est de dissoudre les tissus cicatriciels, expose les malades à la perforation de l'œsophage lors du passage ultérieur de sondes dilatatrices.

Dans certains cas, il arrive qu'une sténose devienne infranchissable, et qu'en présence de phénomènes de dénutrition et d'acidose, l'endoscopiste soit obligé de recourir à la gastrostomie. Après cette intervention, le cathétérisme rétrograde, sous œsophagoscopie, doit être tenté. Il faut ne pas oublier en dernier lieu que tous les enfants, âgés de moins de quinze ans, qui ont dû être alimentés par une bouche stomacale, pour une sténose infranchissable de l'œsophage, sont invariablement voués à la mort dans un espace de temps plus ou moins court.

Les rétrécissements spasmodiques s'observent généralement à la suite de la déglutition trop rapide d'un bol alimentaire volumineux, d'une érosion ou d'une ulcération de la muqueuse œsophagienne, d'un petit corps étranger retenu dans le canal, d'une affection viscérale para-diaphragmatique, ou encore d'un ulcère de l'estomac. Chevalier Jackson a même observé un spasme de l'œsophage chez un nourrisson de deux jours, qui a nécessité un examen endoscopique. Ces sténoses d'abord spasmodiques intermittentes et bénignes, deviennent à la longue organiques, continues, et de plus en plus serrées. Il est facile de les diagnostiquer avec l'œsophagoscope qui laisse voir une dépression infundibuliforme se terminant par une lumière concentrique très fine. Au début de l'affection la muqueuse conserve sa couleur normale. Dans la suite son aspect devient pâteux, macéré, ou plus rouge, lorsqu'il existe de l'œsophagite chronique. Au bout d'un certain temps, cette inflammation produit une dilatation de l'œsophage. Nous n'avons pas à répéter ici ce que nous avons déjà exposé au sujet du cardio-phrénospasme, et de ces complications.

Tumeurs cancéreuses de l'œsophage. — Au point de vue anatomopathologique, les tumeurs malignes de l'œsophage sont la plupart du

temps des épithéliomas, et très exceptionnellement des sarcomes ou des endothéliomes. Sous le contrôle de l'œsophagoscope, elles sont ulcéreuses, bourgeonnantes, ou sous-muqueuses. L'étiologie des cancers œsophagiens est fort variée. En effet, cette affection peut s'observer à la suite d'irritations souvent répétées de la muqueuse, telle la déglutition de solides ou de liquides trop chauds, d'anciennes sténoses, d'ulcérations cicatrisées, de plaques de leucoplasie, et enfin d'œsophagite chronique. Dans certaines circonstances le diagnostic présente quelques difficultés, et lorsqu'il existe une ulcération, ou des bourgeons, l'endoscopiste doit pratiquer une biopsie pour examen microscopique.

Il faut aussi se rappeler que dans les sténoses par compression, la muqueuse œsophagienne est mobile, et dans le cancer du type sous-muqueux, la paroi est rigide. De plus un épithélioma ulcéré ou bourgeonnant saigne toujours au contact d'un tampon.

Il est très rare de trouver une dilatation de l'œsophage, en complication d'une tumeur cancéreuse de cet organe.

Le traitement n'est que palliatif, car tous les auteurs sérieux s'accordent à dire que dans ces cas la mortalité est de cent pour cent. Toutefois, on expérimente le radium et la radiothérapie profonde. Lorsque le rétrécissement cancéreux est assez fort, on peut recourir au tubage de l'œsophage, pour l'alimentation du malade, et pratiquer en dernier lieu la gastrostomie.

Complications des sténoses œsophagiennes. — Les sténoses graves de l'œsophage existant déjà depuis quelque temps, ont pour effet de produire d'abord une dilatation, et parfois ensuite un diverticule de cet organe. Si dans certaines circonstances cette dilatation localisée atteint un diamètre petit ou moyen, dans d'autres, au contraire, elle peut devenir diffuse, en se généralisant à toute la portion de l'œsophage située au-dessus du rétrécissement, et prend alors le nom de méga-œsophage.

Quant aux diverticules, ils se présentent sous la forme d'une hernie de la paroi œsophagienne, ayant l'aspect d'une poche plus ou moins dilatée, qui descend près de ce canal. Il existe deux variétés de diverticule, à savoir celui de pulsion, observé presque toujours à la région de l'hypopharynx, et celui de traction, rencontré beaucoup plus rarement à l'intérieur du thorax. Cette dernière maladie, dans certains cas exceptionnels, peut être congénitale.

Lorsqu'un sujet avale avec difficulté depuis assez longtemps, qu'il toussé, qu'il a des régurgitations ou des vomissements de substances alimentaires prises depuis vingt-quatre heures, qu'il ressent des gargouillements dans l'œsophage lors de la déglutition, et enfin, qu'il exhale par la bouche une odeur aigre particulière, on doit penser à la dilatation, et surtout au diverticule. Avant de faire l'œsophagoscopie, qui permet invariablement de reconnaître l'affection, un examen aux rayons X doit être pratiqué.

Le traitement consiste à dilater la sténose, et dans certains cas à laver l'œsophage. L'ectasie œsophagienne est définitive. Quant au diverticule localisé à la région cervicale, il est possible de l'opérer avec succès.

Maladies diverses non encore décrites. — Nous ne croyons pas devoir nous arrêter beaucoup pour compléter la description des maladies de l'œsophage, et de leur traitement. Deux de ces affections d'ailleurs se présentent plutôt sous une forme spasmodique spéciale, et les autres sont très rares.

L'antipéristaltisme donne au malade l'impression d'aliments qui remontent de l'estomac à l'œsophage. Cette sensation est due à des contractions musculaires venant de ces deux organes, et quelquefois décelables à la radioscopie, après la déglutition d'une substance opaque. Si la constipation semble être la cause des troubles en question, il faut alors administrer des laxatifs très légers. L'œsophagoscopie doit toujours être pratiquée dans un but de diagnostic.

La boule hystérique de l'œsophage est encore une autre impression nerveuse, caractérisée par la présence d'un corps étranger dans la gorge. Cette sensation dépend de la contraction du muscle constricteur inférieur du pharynx. Dans maintes circonstances une lésion de l'œsophage peut influencer le malade, et lui faire croire à tort qu'il a une boule à la région cervicale. Comme pour l'affection précédente, il faut toujours recourir à la radiologie, et surtout à l'œsophagoscopie pour éliminer une cause organique locale.

L'actinomyose est une maladie particulièrement rare, qui ne peut être diagnostiquée que par l'entremise du microscope, après biopsie. Son aspect clinique donne l'impression, à l'extrémité du tube, d'une lésion tuberculeuse. Si l'examen anatomo-pathologique décèle la présence de petits grains jaunes caractéristiques, il faut alors prescrire, par voie interne, de l'iodure de potassium. L'actinomyose peut produire à la longue un rétrécissement du canal œsophagien.

L'herpès de l'œsophage se manifeste, sous le contrôle de la vue, par de petites vésicules disséminées sur la muqueuse qui, une fois rupturées, laissent des érosions superficielles. Cette affection s'observe presque toujours avec d'autres manifestations herpétiques de l'organisme. Quant à son traitement, il est plutôt général que local, et la plupart du temps, ne donne que des déboires.

L'agranulocytose de l'œsophage est enfin une maladie invariablement mortelle, associée quelquefois à une lésion de même nature du pharynx. Le diagnostic de cette affection des plus rares ne peut être fait qu'à la suite d'un prélèvement, sous œsophagoscopie, et d'un examen anatomo-pathologique. La formule sanguine révèle toujours dans ces cas, une diminution progressive des polynucléaires, allant parfois à leur disparition complète.

Il faut aussi se rappeler qu'un certain nombre de maladies contagieuses telles la rougeole, la scarlatine, la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde etc., peuvent produire des affections de la muqueuse œsophagienne visibles avec le tube, se terminant quelquefois par une ulcération.

Il serait intéressant d'exposer ici les lésions de l'estomac, contrôlées par le gastroscope, et de leurs manifestations mécaniques ou réflexes sur le canal œsophagien. Pour ne pas nous écarter toutefois du but de ce travail, qui est de résumer, d'une manière aussi concise que possible, la pathologie de l'œsophage et de son traitement, nous ne croyons pas devoir insister davantage.

Et pour conclure nous répéterons :

1° Que tout sujet souffrant de l'œsophage doit d'abord être examiné aux rayons X, et ensuite à l'œsophagoscope, si on le juge nécessaire;

2° Qu'il y a tout de même certaines contre-indications à l'œsophagoscopie;

3° Qu'il est anti-scientifique de passer à l'aveugle, dans le canal œsophagien, un instrument quelconque dans un but de diagnostic ou de thérapeutique;

4° Qu'il est possible de se servir d'un œsophagoscope chez le nourrisson;

5° Que les ulcères de l'œsophage produisent presque toujours un rétrécissement;

6° Que les tumeurs bénignes doivent être enlevées sous le contrôle de la vue;

7° Que les cancers sont incurables;

8° Qu'en présence d'une lésion douteuse, il faut pratiquer une biopsie;

9° Que certaines maladies organiques ou fonctionnelles produisent des spasmes, lesquels, à la longue, amènent un rétrécissement;

10° Que le cardiospasme fonctionnel est un défaut de coordination musculaire pendant la déglutition, et qu'en réalité il s'agit d'un phrénospasme;

11° Qu'en présence d'un corps étranger, il ne faut jamais faire manger un malade, ou lui donner un vomitif ou un laxatif, et que son ablation doit être faite sous œsophagoscopie, le plus tôt possible;

12° Qu'à la suite, enfin, d'une brûlure par un liquide corrosif, il faut immédiatement neutraliser la substance déglutie, et ne pas commencer la dilatation de la sténose consécutive avant deux à trois semaines.

BIBLIOGRAPHIE

- WENDEL. — Zur Chirurgie des Speiseröhre, XXXIXe Congrès Allemand de Chirurgie, 1910.
- J. GUISEZ. — Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Rapport au Congrès de Chirurgie*, Paris, oct. 1912.
- HELLER. — Extramuköse Cardioplastik beim chronischen Cardiospasmus mit Dilatation des Oesophagus. *Mitteilungen aus des Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XXVII, p. 140, 1913.
- CH. LENORMANT. — Le traitement opératoire du cardiospasme chronique. *La Presse Médicale*, 31 janv. 1914.
- J. N. ROY. — De la nécessité de l'œsophagoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections de l'œsophage. *L'Union Médicale du Canada*, fév. 1919.
- J. N. ROY. — Phlegmon de l'œsophage incisé sous le contrôle de l'œsophagoscope. *L'Union Médicale du Canada*, janv. 1920.
- J. N. ROY. — Un cas d'œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage. Ablation. Guérison. *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, nov. 1920.
- J. N. ROY. — Epingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation. *L'Union Médicale du Canada*, sept. 1922.

- R. BENSUADE et L. RIVET. — Pathologie de l'œsophage. *Nouveau Traité de Médecine*, Roger, Vidal et Teissier, Fascicule XIII, Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1923.
- CHEVALIER JACKSON. — Endoscopie. Bronchoscopie, Laryngoscopie, Oesophagoscopie et Chirurgie du Larynx. Gaston Doin, éditeur, Paris, 1923.
- J. N. ROY. — Un cas d'aiguille dans la région cervicale tolérée pendant cinq mois. *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Oesophagoscopie*, déc. 1926.
- J. N. ROY. — Second cas d'épingle de sûreté ouverte, pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation. *Archives Ibid.*, avril 1927.
- G. MAINGOT. — Spasme de l'œsophage et radiodiagnostic. *Brochure*. L'expansion Scientifique Française, 1930.
- R. SOUPAULT. — L'œsophago-cardiotomie extra-muqueuse (Opération de Heller). *Journal de Chirurgie*, Paris, mai 1933.
- J. N. ROY. — Epingle de sûreté ouverte dans l'estomac d'un enfant. Passage par les voies naturelles. Réflexions. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, sept. 1923.
- M. LELONG et P. AIMÉ. — Les aspects radiologiques de l'œsophage du nourrisson. *Le Nourrisson*, janv. 1934.
- J. N. ROY. — Epingle de sûreté ouverte dans l'estomac, remontant à l'œsophage. Oesophagoscopie. Ablation. *Bronchoscopie, Oesophagoscopie et Gastroscopie*, janv. 1934.
- J. N. ROY. — Prothèses dentaires retirées de l'œsophage avec l'œsophagoscope. *L'Union Médicale du Canada*, mars 1934.



RECUEIL DE FAITS

UN NOUVEAU CAS DE LYMPHOSARCOME DU MÉDIASTIN⁽¹⁾

Disparition rapide de la tumeur
par la radiothérapie.

Par **Albert LeSAGE**

Chef de service de médecine.

Louis FORTIER,
Assistant.

Victor BRASSARD,
Interne.

de l'hôpital Notre-Dame.

En avril 1933, nous avons publié une observation de lymphosarcome du médiastin avec hydrothorax, suivi de mort. Le diagnostic fut confirmé par l'autopsie et l'examen anatomo-pathologique des pièces.

Nous avons cru, à ce moment, que cette maladie est peu fréquente, malgré les deux cas que nous avons publiés en 1933, dont un par MM. Vidal et Paquette et l'autre par nous-mêmes.

En voici un autre, rencontré par hasard dans nos salles. Le lymphosarcome augmente-t-il de fréquence, ou est-ce pure coïncidence? C'est possible; mais le nombre en augmente.

— Observation: —

A. M., 53 ans, ouvrier électricien, est admis dans notre service médical pour une gêne respiratoire, avec rougeur et congestion de la face ressemblant au début d'un étranglement.

A. P.:

Pneumopathie double, 6 ans auparavant.

Habitudes: 2 repas de viande par jour.

Pas d'éthylisme.

Fume et chique 1½ livre de tabac par mois.

Maladie actuelle:

(1) Nous publions ce fait dans le but d'éveiller l'attention des médecins sur l'action rapide du traitement précoce.

Le malade se présente pour un tuméfaction de la région thoracique supérieure droite, devenue apparente environ trois mois et demi avant son entrée à l'hôpital. Depuis un an, il souffre d'une congestion intense de la face, en se penchant, durant son travail. Il éprouve de temps à autre la sensation de porter un lourd collier. Depuis l'apparition de cette tuméfaction il souffre fréquemment de dyspepsie. Sa voix devient de plus en plus rauque, bitonale, et la déglutition, indolore, est lente et laborieuse. Il accuse, en outre, une toux striduleuse, sans expectoration, et de la gêne respiratoire, surtout à droite.

La force musculaire a beaucoup diminué et le malade a maigri de 20 livres au cours des trois derniers mois.

Examen clinique:

Etat général bon. Facies vultueux, violacé.

Cou: élargi à la base (proconsulaire).

Gros ganglions roulant sous le doigt dans les deux fosses sus-claviculaires; saillie de la veine jugulaire droite. Le corps thyroïde: lobe droit augmenté de volume; lobe gauche dur.

Région sus-claviculaire droite: grosse tuméfaction non adhérente à la peau, non mobilisable en profondeur, envahissant la moitié de la région cervicale antérieure droite, la région sternale, la fosse sus-épineuse droite, et s'étendant jusqu'à la région cervicale antérieure gauche.

Creux axillaire: ganglions à droite.

Thorax: voussure de la partie supérieure de l'hémithorax droit, matité correspondante s'étendant dans la fosse sous-claviculaire droite.

Circulation veineuse collatérale.

Poumons: Matité dans la fosse sus-épineuse droite avec souffle expiratoire bronchique à la même région. Respiration perceptible dans tout le poumon. Aucun râle. A gauche, rien de particulier.

Cœur: rien à noter au point de vue du rythme et des bruits.

Examens de laboratoire:

Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Urée sanguine:	0 gm. 55
Glycémie	1 gm. 16
Hématologie: gl. rouges:	4.160,000
gl. blancs:	5,000
Hémoglobine:	72%
Val. glob.:	0.9
Polyn. neut.:	70%
Grands mono.:	6
Lymphocytes:	15
Polyn. éosin.:	8

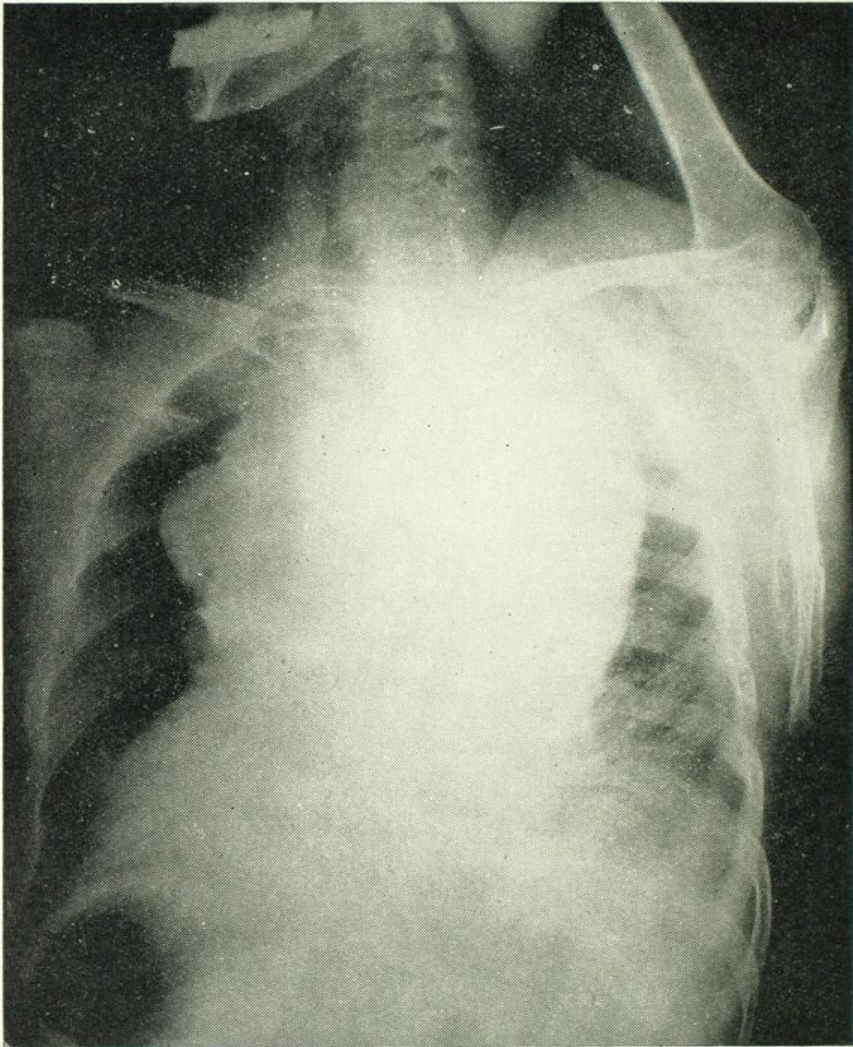
Urines: normales.

Diagnostic: Après avoir examiné ce malade, nous avons fait le diagnostic de tumeur du médiastin, très probablement lymphosarcome, en nous guidant sur les signes constatés à l'hôpital et en nous aidant des signes constatés antérieurement sur les deux malades de notre service, dont une avec autopsie.

Rapports radiologiques (17 février):

Scopie: on note une énorme tumeur qui remplit les deux tiers supérieurs de la cage pulmonaire droite. Diaphragme droit très élevé et immobile, probablement à cause d'une compression du phrénique droit.

Poumons: Scopie et Radio (19 février): forte tumeur ne présentant pas de battement, s'étendant du sommet droit jusqu'au diaphragme, pré-



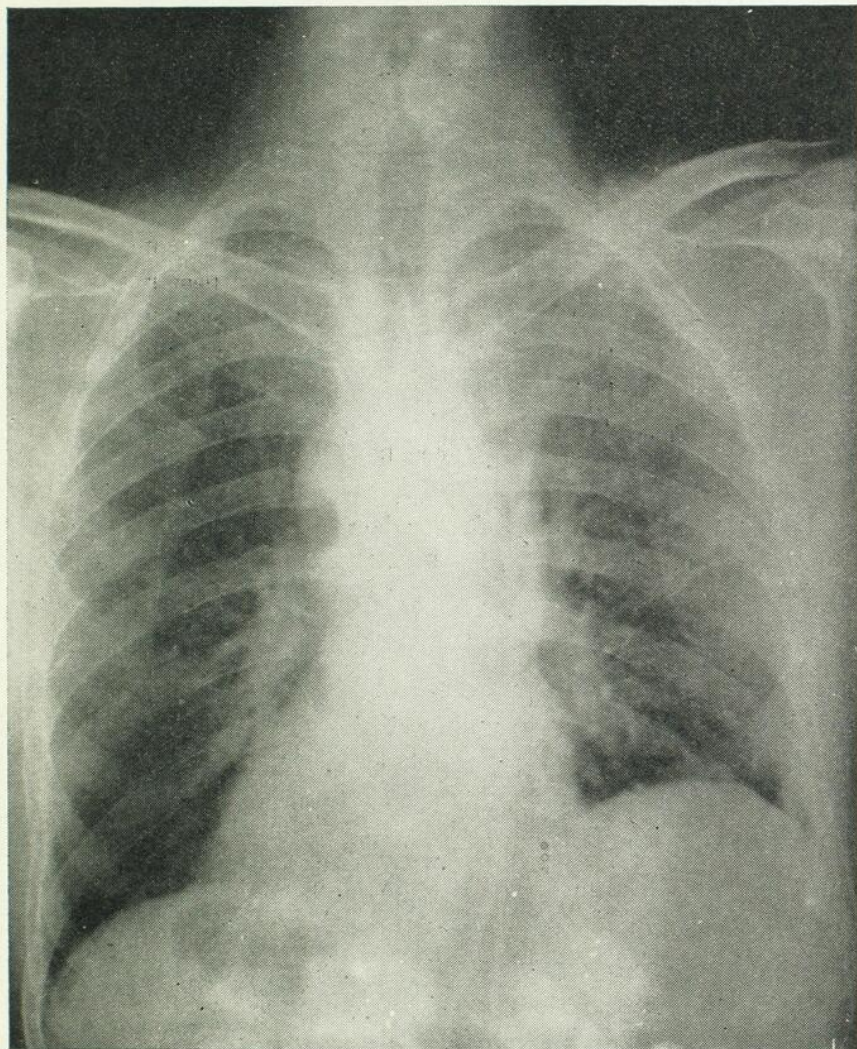
Avant traitement.

sentant l'aspect d'une demi-sphère qui laisse une certaine partie du poumon libre à la base.

A noter: un mouvement à peine perceptible du diaphragme.
Cette tumeur voile le médiastin en latérale et en oblique.

Cœur: dimension normale; à gauche et au-dessus, une bande très irrégulière où on ne trouve pas de battement, s'étendant depuis le hile jusqu'à la clavicule, sans signes précis (Léonard).

Nous avons immédiatement confié ce malade à M. Laquerrière, chef du laboratoire d'Electro-radiologie de l'hôpital Notre-Dame.



Après traitement.

Le 17 février, après 6 séances de radiothérapie: le volume de la tumeur thoracique a diminué de plus de moitié. Le diaphragme est un peu plus mobile qu'il ne l'était le 17 février (Léonard).

Le 24 mars, après 23 séances de radiothérapie: l'ombre médiane normale est à peine plus étendue au-dessous des clavicules, donnant l'impres-

sion d'un léger élargissement de l'aorte bien plus que d'une tumeur. Les deux poumons ont l'aspect d'une tramite diffuse. Le poumon droit est un peu moins transparent que le gauche (Laquerrière).

Le 11 avril, après 27 séances de radiothérapie: 14 jours après cessation du traitement, 2 jours avant le départ du malade: nous constatons que la tumeur a presque disparu, avec tous les troubles fonctionnels qui l'accompagnaient. (Laquerrière).

Traitement:

Voici quelles ont été les doses de Rayons-X appliquées aux différentes régions du thorax et du cou:

Cou:	2000 R.
Sternum:	1000 R.
Thorax O.A.D.:	8000 R.
" O.A.G.:	8000 R.
" O.P.D.	6000 R.
" O.P.G.	6000 R.
Soit:	31,000 R. en tout.

Le malade a quitté le service en bon état. Nous l'avons prié de revenir fréquemment nous voir afin d'observer l'effet du traitement et de saisir le moindre signe de récurrence au niveau du médiastin.

Nous répétons ce que nous avons déjà dit auparavant: ces tumeurs malignes relèvent uniquement de la radiothérapie profonde ou de la radiumthérapie, auxquelles elles sont très sensibles, habituellement. Le résultat, ici, a été rapide et satisfaisant.

Mais nous avons été surpris de constater, chez notre malade, des troubles fonctionnels aussi accusés, et nous nous demandons pourquoi le médecin est si peu empressé de confier ces malades à un radiothérapeute. Cet homme, à son entrée à l'hôpital, présentait l'aspect d'un individu à la période de strangulation. Sa figure était rouge, violacée; sa respiration était gênée et son anxiété très grande. Une seule séance l'a amélioré. Bientôt, la circulation a repris son cours. L'anxiété a disparu, et le malade a quitté l'hôpital apparemment guéri et prêt à reprendre ses occupations.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les deux figures qui accompagnent ce texte pour se rendre compte de l'action rapide et efficace de la radiothérapie dans ces cas.

Y aura-t-il récurrence? C'est possible. Il importe de surveiller l'état de son médiastin à des intervalles plus ou moins rapprochés. Si nous sommes obligés de répéter les doses trop fréquemment, il est possible que le malade, sensibilisé, ne puisse bénéficier, à une certaine époque, du seul traitement qui s'impose en pareil cas.

BIBLIOGRAPHIE.

- VIDAL et PAQUETTE. — Un cas de lymphosarcome du médiastin. — *L'Union Médicale du Canada*, janvier 1933.
- LAZEANU et BRANCOVICI. — Tumeur médiastine traitée par la radiothérapie. *Les cahiers de Radiologie, supplément no 2 de la Gazette Médicale de France*, 15 janvier 1932.
- MARQUEZY et HEROUX. — Les tumeurs du médiastin chez l'enfant. — *Gazette Médicale de France*, 1 février 1933.
- LeSAGE, A., FORTIER et BOUTIN. — Lymphosarcome du médiastin. — *L'Union Médicale du Canada*, avril 1933.



CHIRURGIE DE LA DOULEUR.

INJECTION — DIAGNOSTIC PARA-VERTÉBRALE. CRISES TABÉTIQUES GASTRIQUES — CANCER DU POUMON

Par Urgel GARIEPY, F.R.C.S.(C)

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Guérir quelquefois, soulager souvent ...

Chaîne bilatérale parsemée de ganglions, le système sympathique s'étend de la base du crâne jusqu'à la face antérieure du coccyx où il se ferme en anneau, terminé par un ganglion. C'est l'étage profond. — Une deuxième série de ganglions sont placés au devant de la colonne vertébrale près des pédicules vasculaires (ganglions pré-vertébraux). Enfin une dernière série est localisée dans l'épaisseur des viscères constituant les ganglions intra-viscéraux, intra-pariétaux ou intra-muraux. Le sympathique origine en la moelle dans le tractus inter-médio-latéral. Des fibres afférentes partent de ces masses grises intra-axiales et sortent par les racines antérieures et, après un court trajet, les quittent pour se jeter dans un ganglion sympathique — rameaux communicants blancs ou fibres pré-ganglionnaires qui peuvent s'arrêter dans ce ganglion ou continuer leur route directement pour aller se synapser dans un ganglion pré-vertébral ou intra-mural. Les branches efférentes naissent des cellules des ganglions caténaux, elles gagnent la musculature lisse de tout l'organisme, les muscles striés, les parois des vaisseaux, les culs-de-sac glandulaires. Certaines de ces fibres efférentes se portent vers les nerfs périphériques et cheminent à leur intérieur. Le segment de la branche efférente unissant le ganglion sympathique au nerf somatique forme le rameau communicant gris ou fibre post-ganglionnaire.

A la chaîne cervicale, on compte trois ganglions; à la chaîne dorsale, douze; aux régions lombaires et sacrées, quatre ganglions en moyenne, parfois trois ganglions seulement. Au-dessus du premier

ganglion dorsal et au-dessous du deuxième ganglion lombaire il n'y a pas de rameaux communicants blancs. Les impulsions venant de la tête ou du cou doivent, pour entrer dans la moelle, descendre jusqu'au premier ganglion dorsal. De même pour les régions situées au-dessous du deuxième ganglion lombaire. Des ganglions cervicaux supérieurs, moyens et inférieurs partent trois cordons nerveux qu'on appelle nerfs cardiaques supérieurs, moyens et inférieurs et qui vont se jeter en avant et en arrière de la crosse de l'aorte pour consti-

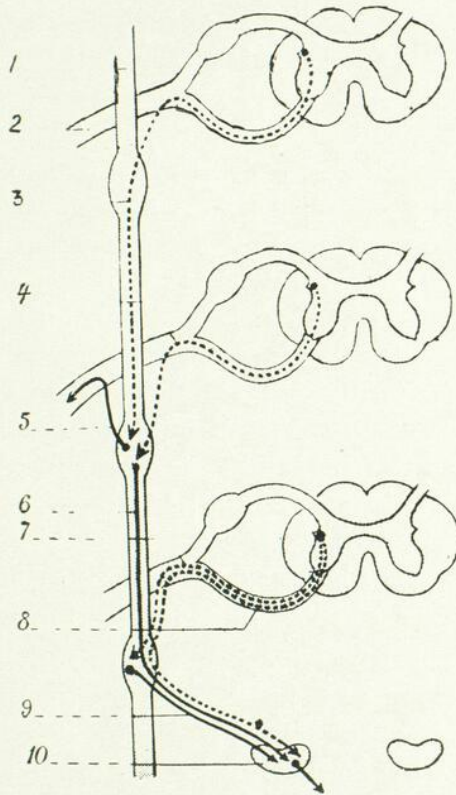


Fig. I. — Schéma de la constitution du sympathique.

1. La chaîne sympathique. — 2. Un nerf rachidien. — 3. Une fibre pré-ganglionnaire gagnant le deuxième ganglion sympathique sous-jacent (entre le nerf rachidien et le premier ganglion sympathique elle forme le rameau communicant blanc). — 4. Une fibre pré-ganglionnaire gagnant le premier ganglion sympathique sous-jacent. — 5. Une fibre post-ganglionnaire (elle forme le rameau communicant gris en gagnant le nerf rachidien). — 6. Une fibre post-ganglionnaire gagnant les ganglions pré-vertébraux après avoir cheminé un certain temps dans la chaîne sympathique, elle ne se détache qu'au niveau du deuxième ganglion de la chaîne. — 7. Une fibre pré-ganglionnaire. — 8. Une fibre pré-ganglionnaire gagnant les ganglions pré-vertébraux. — 9. Une fibre post-ganglionnaire gagnant directement les ganglions pré-vertébraux. — 10. Un des ganglions pré-vertébraux.

tuer avec les nerfs cardiaques para-sympathiques les plexus cardio-aortiques antérieur et postérieur. L'influx nerveux engendré dans ces plexus, s'il prend le chemin des nerfs cardiaques sympathiques, devra, pour pénétrer dans la moelle, remonter jusqu'à la chaîne d'où il redescendra au niveau du premier ganglion dorsal où, là seulement, il trouvera les rameaux communicants blancs qui le transmettront à la moelle. Du plexus cardio-aortique postérieur se détachent des ramifications qui s'en vont frapper les cinq premiers ganglions thoraciques gauches. On n'en trouve pas la réplique à droite. Fig. I

Les branches efférentes qui vont aux poumons se détachent des 3e, 4e et 5e ganglions dorsaux et mêlées aux filets du pneumogastrique s'en iront à destination en suivant les branches artérielles. Au-dessous de ce niveau, les impulsions gagnent les splanchniques originant par des branches venant des 7e-8e-9e et souvent 10e ganglions thoraciques. Ces branches se dirigent obliquement vers la colonne vertébrale pour se réunir et former le corps du grand splanchnique au devant de la 11e vertèbre dorsale. De là il passe par l'anneau interne du diaphragme et va s'implanter, après un court trajet intra-abdominal, à l'angle supéro-externe du ganglion semi-lunaire correspondant. Le petit splanchnique est constitué par des rameaux qui émanent du 10e et 11e ganglion thoraciques et passant dans l'anneau interne du diaphragme, se divise en trois branches dont la supérieure va s'enraciner à la face postéro-externe du ganglion semi-lunaire, la moyenne vogue vers le ganglion aortico-mésentérique supérieur et l'inférieure au ganglion aortico-rénal. Il se fusionne souvent avec le grand splanchnique avant sa traversée diaphragmatique. En ce cas, le splanchnique inférieur né du 12e ganglion dorsal est plus développé et se rend toujours, après avoir franchi l'orifice externe du diaphragme au plexus rénal.

Le paquet nerveux du bras est en relation avec le sympathique par les rameaux communicants gris s'étendant du premier ganglion dorsal jusqu'au 5e et parfois 6e ganglion thoracique. (White) Mais les rameaux principaux, ne manquant jamais s'élèvent du premier et du 2e ganglions dorsaux et quelquefois du 3e.

On voit, par ces quelques données anatomiques, l'immensité du champ douloureux que nous avons décrit, en partie, dans un précédent article. Mais, par contre, d'après la plupart des auteurs ou expérimentateurs, le système para-sympathique ne véhicule pas de fibres de la sensibilité, fait démontré par sa section ou son injection directe à la novocaïne durant une attaque d'angor pectoris et ceci,

sans effet aucun, au cours d'une sympathectomie cervicale. Les notions ci-dessus étaient indispensables, je crois, à la démonstration que je veux faire de la possibilité d'interrompre l'arc réflexe sympathique par les injections para-vertébrales de néocaïne dans l'évolution de crises ou de processus douloureux :

1er Cas: Thomas C. . . , 41 ans, agent de taxis, admis à l'hôpital Notre-Dame en mars et août 1933. Dyspnée d'effort à la marche ou à la montée des escaliers, douleurs précordiales s'irradiant à l'épaule gauche, au bras gauche dans tout le territoire du cubital. Syphilitique. Wassermann +++++ +++++: Inégalité pupillaire peu marquée. Pas d'Argyll-Robertson. Adénite sus-claviculaire gauche. — Cœur: rythme régulier, pointe un peu déviée en dehors de la ligne mamelonnaire. Au foyer aortique: souffle diastolique. Poumons: submatité au sommet gauche. — Membres: Réflexes rotuliens, normaux; plantaires et achilléens, abolis. Ponction lombaire négative. — Traitement: Bismuth-métal, Cyanure Hg, Pyramidon, Codéïne, Physiothérapie. Amélioration. A son deuxième stage: radiothérapie et opiacés. Effets nuls.

Deux radioscopies et radiographies ont montré une masse comprise entre le sternum et le rachis et embrassant la totalité du 1/3 supérieur du poumon gauche. La conclusion radiologique: épithélioma du poumon. Une biopsie du ganglion sus-claviculaire ne renseigne pas.

Dans l'histoire ci-dessus, nous avons un cancer du poumon dont l'expansion a englobé des fibres sympathiques et vagales et les douleurs ressenties par ce malade, lui causent des lancinements atroces simulant, au début, une angine de poitrine; crises paroxysmiques dont le mécanisme est le suivant: Du poumon le stimulus douloureux est projeté le long des ramures sympathiques allant aux 3e-4e et 5e ganglions thoraciques. De là il suit les ramifications tendues entre les 1er-2e-3e-4e et 5e ganglions dorsaux et le plexus cardio-aortique postérieur, lequel plexus, excité, impressionne le cœur dont les sensations douloureuses sont rapportées par voie des nerfs cardiaques aboutissant à la chaîne ganglionnaire. Le circuit est alors fermé. C'est un réflexe d'axone qui, ici, entre en scène.

Appelé par le Dr Henri Gélinas, le 22 août 1933, nous examinons ce malade et décidons de lui faire une section physiologique dans le domaine de l'étoilé, des 2e et 3e ganglions thoraciques, pour déterminer la participation du sympathique au processus douloureux.

25 août 1933. — Bloquage à la néocaïne du ganglion étoilé, des 2e et 3e ganglions dorsaux gauches. Technique Labat-White. Trois aiguilles 80/8 sont mises en place au contact de la chaîne. Nous injectons d'abord 2cc de néocaïne à 2% dans chaque aiguille et nous attendons l'anesthésie des

zônes intercostales correspondantes. Après dix minutes, insensibilité complète. A ce moment se déclanche une crise intense de choc: Pouls petit et filant, teinte blafarde de la face, crispation des traits, constriction thoracique pré-cordiale. Le nitrite d'amyle et les stimulants généraux sont à l'œuvre et tout rentre dans l'ordre sans autre incident. Nous expliquons cette crise par le choc pleural. Nous savons tous que la plèvre est, de toutes les séreuses, celle qui réagit le plus violemment au contact des médicaments, instruments (morts subites) etc. Ici, il ne fallait pas s'émouvoir mais attendre patiemment que l'orage se calme. Et il en fut ainsi.



Le 28, la sensibilité tactile semble reparaitre dans les métamères anesthésiés. Le 5 septembre, la douleur revient moins forte dans l'épaule mais aussi forte qu'avant le blocage dans l'avant-bras et la main.

Evolution. — Les résultats de l'injection para-vertébrale furent réellement merveilleux. Le même jour, le bras et l'avant-bras sont de beaucoup plus chauds que le droit. Il y a hyperthermie évidente. Le 26, bande d'anesthésie dorsale et pectorale répondant aux ganglions injectés. Anes-

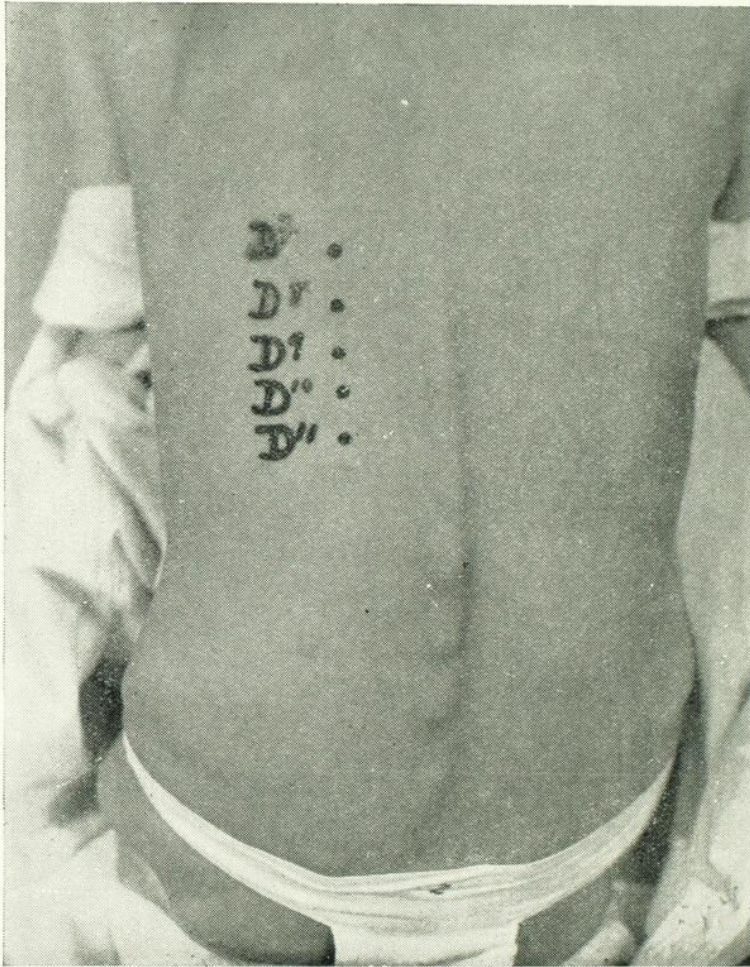
thésie du creux de l'aisselle. Bande d'anesthésie encadrant la face interne du bras, de l'avant-bras et la zone cubitale de la main et des doigts gauches. Cette anesthésie apparaît sur la figure ci-contre (fig. 2), en partie seulement, car la fatigue a empêché le patient de tenir son bras en abduction élevée.

Commentaires: Il ne pouvait être, dans ce cas, question d'intervention puisque le cancer du poumon reste inopérable. Mais rien ne nous arrêta de rechercher les voies de la douleur et de départager en même temps ou l'action ou la contribution du sympathique à cette algie. L'injection para-vertébrale a supprimé entièrement la sensibilité sympathico-somatique dans les zones infiltrées et comme nous sommes intervenu au voisinage direct du sympathique, nous pouvons conclure que la douleur était bien sympathique d'origine. C.Q.F.D. Devant la crise déchaînée chez notre sujet, nous n'avons pas osé injecter d'alcool. Nous étions alors novice et nous croyons avoir tort. Si nous avons pu apporter un soulagement certifié durant une dizaine de jours, l'alcool aurait parfait l'injection-diagnostic et aurait déterminé un processus de sclérose péri-ganglionnaire où auraient été enserrés les rameaux communicants, amenant la sédation définitive des douleurs exécrables de ce malade, insomniaque avéré et saturé de morphine. Durant les dix jours d'anesthésie segmentaire, consécutive à la néocaïnisation, ce patient n'eut absolument pas besoin de morphine ou de narcotiques, preuve concluante que les champs douloureux avaient été inhibés ou sectionnés physiologiquement. Ce cancéreux est mort, en octobre 1933, de la progression de son état tumoral et dans des souffrances affreuses, m'a-t-on raconté.

Deuxième cas: a trait à une syphilitique confirmée dont la maladie est attestée par un Wassermann et un liquide céphalo-rachidien fortement positifs. A fait trois séjours à l'hôpital Notre-Dame depuis 1932. Troubles digestifs depuis huit ans, coïncidant parfois avec les périodes menstruelles. Crises continuelles avec accalmies de deux à trois jours où elle n'est embarrassée que par des éructations gazeuses et des régurgitations acides. Durant ces crises, intolérance complète, même pour l'eau. Vomissements jour et nuit, incessants, verdâtres, sans matières alimentaires et sans horaire fixe. Douleurs et crampes épigastriques s'irradient en ceinture, à gauche jusque dans le dos, un peu atténuées en décubitus latéral gauche. Scapualgie gauche. Amaigrissement de 102 livres en huit ans. Transpirations profuses. Abolition des réflexes tendineux et pupillaires. Réflexes cutanés moyens et inférieurs: vifs. — Traitement: Cyanure Hg, Benzènes, Acécoline, Radiothérapie, Atropine, Sérums glucosé et salé. Depuis sa dernière entrée, en décembre 1933, les épigastralgies et les vomissements ont redoublé d'intensité et de durée. Fortes douleurs dans l'épaule gauche. Hyperesthésie cutanée des métamères 7 à 11, et, en sus, on lui découvre un épithélioma

inopérable du col utérin, avec envahissement du vagin. Cette femme est d'une maigreur squelettique. Convoqué par le docteur Louis Fortier, nous la suivons régulièrement et durant une crise effroyable qu'elle fait le 16 mars 1934, vers 4 heures p.m., nous emportons la décision et elle accepte l'épreuve que nous lui proposons.

A 7.30 heures p.m. Bloquage du grand splanchnique gauche. Des aiguilles 80/8 sont insérées au voisinage des 7e-8e-9e-10e et 11e ganglions thoraciques gauches. 2c.c. de néocaïne à 2% dans chaque aiguille. Epigastralgie s'évanouit au bout de dix minutes. Zones d'anesthésie métamérique



correspondante incomplète. Immédiatement après les injections, fortes nausées dues à la résorption et au choc pleural. Pas de collapsus. La malade se plaint d'une vive douleur dans l'épaule gauche.

Evolution. — Vers minuit, un vomissement. Durant 52 heures, aucun rejet stomacal, aucune nausée. Anesthésie presque totale des dermatomes cutané-nerveux injectés. Du 22 au 24 mars, soit cinq jours après les injections para-vertébrales, légères épigastralgies sans nausées ni vomisse-

ments avec longues rémissions. 2 avril. — Depuis trois jours, douleurs presque continues au creux épigastrique. 16 avril: douleurs rétro-xyphosternales, en broche, amenant des cardialgies avec nausées sans vomissements. 23 avril: même caractère des douleurs avec scapulalgie et s'irradiant dans le bras gauche. 24 avril: crise à forme hyperdouloureuse, entièrement superposable aux crises antérieures au blocage para-vertébral.

Les traitements variés, ci-haut mentionnés, administrés à cette hypersensitive (benzènes, cyanure Hg, acécoline, radiothérapie, sérums salin et glucosés ainsi que l'atropine) ont fait lamentablement faillite. L'atropine était donnée en vue d'inhiber le vague et l'on connaît sa grande affinité pour ce médicament.

Commentaires: Trois nerfs contribuent parfois, à l'exclusion les uns des autres ou ensemble, à déchaîner les crises gastriques tabétiques: le principal est le splanchnique et les autres nerfs sympathiques: les deux autres sont formés par le pneumogastrique et accessoirement par le phrénique. La forme la plus commune serait celle résultant de l'excitation du sympathique, c'est la crise classique caractérisée par des viscéralgies comme symptôme principal et des hyperesthésies qui, tantôt strictement localisées aux dermatomes dorsaux D⁵-D⁹, diffusent d'autres fois sur tout le thorax. Dans une seconde forme, dont l'irritation du pneumogastrique serait responsable, la nausée formerait le signe primordial lorsque les viscéralgies ne seraient jamais très considérables et que les hyperesthésies cutanées feraient régulièrement défaut. La troisième forme enfin: elle aussi, caractérisée par des nausées, se différencierait des autres crises vagales par une douleur scapulaire très intense et une hyperesthésie uniquement cervicale correspondant aux segments C³-C⁵. Le phrénique serait responsable de cette forme. (R. Fontaine).

Dans l'exemple pathologique ci-contre, la syphilis a profondément touché le système nerveux et des éclairs fulgurants zèbrent les multiples voies de la douleur, réalisant un orage nerveux dont les secousses successives réduisent la malade à un état pitoyable de loque humaine. Cordons postérieurs de la moelle, masses grises intra-axiales, rameaux communicants, ganglions caténaux, splanchnique, noyau sympathique péri-mésentérique supérieur et estomac d'un côté: pneumogastrique abdominal et phrénique d'autre part. Le cycle est bouclé et l'ouragan promène ses vagues douloureuses dans le réseau nerveux jusqu'à ce que la patiente soit à quia. Devant l'inanité absolue de la thérapeutique mise en mouvement, on ne peut rester impassible. Et comment ramener l'espérance — cet élixir divin — au cœur de malheureux qui supplient farouchement la Camarde de les faucher sans rémission pour couper court à leurs tortures?

C'est ici que doit entrer en lice l'injection-diagnostic para-vertébrale: mais il faut en analyser l'action et les effets et il nous faut serrer le problème d'un peu plus près sans nous satisfaire seulement du sourire béat d'une malade qui ne hurle plus. Il semblerait, *prima facie* que nous envisageons une forme mixte puisque le sympathique, le para-sympathique et le phrénique ont tous l'air de réagir. Or, pour s'y retrouver, nous devons fouiller la question davantage et décomposer les résultats de l'injection-diagnostic. Le phrénique n'a pas été influencé, vu la continuation de la scapulalgie et surtout par son isolement, fréquemment établi, dans un repli médiastinal qui lui forme méso et le soustrairait à l'action réfrénante de l'injection. Les nerfs dorsaux ont été partiellement baignés par le fluide analgésique ne donnant qu'une anesthésie incomplète de la paroi costale. Quant au tronc du pneumogastrique, à gauche, il est, au niveau concerné, placé en avant de l'œsophage et il est problématique que la solution néocaïnique l'ait atteint de par sa projection anatomique. Seule donc demeure, témoin sournois pathologique, la voie sympathique que nous avons interrompue et dont le courant a été figé sur place. La douleur existait avant le blocage que nous dénommons injection-diagnostic et après celle-ci, durant 52 heures, les souffrances térébrantes ne récidivent pas et en plus, pendant trois semaines, il y a de longs silences. Il y a, par conséquent, relation de cause à effet et nous déduisons que l'infiltration prônée a toute la force d'une épreuve expérimentale.

Nous avons tâté le terrain et la réponse affirmative nous autorisait à proposer la conclusion logique, à savoir, la résection du splanchique gauche ou l'alcoolisation. Mais la résection était hors d'ordre vis-à-vis d'une patiente émaciée et tarée d'un cancer inextirpable et qui n'eut pas supporté le choc opératoire. Alors la sclérose éthylique? Nous avons laissé la décision entre les mains de l'intéressée. Toutefois, comme durant les trois semaines post-injectionnelles et malgré la reprise cependant beaucoup moins fréquente des assauts, elle était quand même fortement améliorée, elle tergiversait et préférerait différer. Nous en étions là, quand la patiente, dans une de ses sautes d'humeur coutumières, brusqua la situation en quittant l'hôpital et sans nous avertir assurément. Occasion manquée.

RESUME — Dans les deux cas sus-rapportés, devant les douleurs hallucinantes accusées par ces deux sujets, nous avons voulu expérimenter sur les voies douloureuses et nous avons pleinement réussi à arrêter, durant un certain nombre de jours, le cours des stimulations algofères jusqu'alors sub-intrantes et le succès a couronné nos

tentatives. Nous ne nous proposons pas une cure ou une intervention définitives. Nous voulions seulement fixer la genèse des perturbations nerveuses, sonder l'élasticité de la formule thérapeutique en cause et nous avons assis, pensons-nous, une équation solidement probante: la possibilité de situer la douleur, d'en démontrer la nature et la qualité, de préciser sa circulation et la façon de la freiner. Par cet exposé, nécessairement long, nous croyons avoir rectifié péremptoirement que, tout semblant perdu en apparence, il reste encore un moyen précieux et efficace de soulager ceux qui souffrent avec désespérance et c'est l'injection para-vertébrale de néocaïne et alcool ou néocaïnisation et opération quand elle est indiquée et possible.

ENVOI.

Qu'il nous soit permis, vu l'occasion opportune, de rendre un hommage public à deux hommes qui ont eu une grande influence dans l'orientation et l'exécution de nos travaux. D'abord, le docteur James C. White de Boston. Il a été notre initiateur et, lors de deux de nos séjours au Massachusetts General Hospital il ne nous a jamais ménagé les explications, les démonstrations, les avis, les renseignements de vive voix et par correspondance ensuite. Il s'est montré, à notre égard, d'une bienveillance inépuisable et nous a ouvert, toutes grandes, les sources de la science qu'il a tirée de l'enfer des algies. A nos questions nombreuses il a toujours été d'une patience et d'une générosité inlassables et nous le prions de croire à une reconnaissance inaltérable de notre part.

Vient ensuite le docteur L. N. Delorme, professeur titulaire d'Anatomie et de dissection à l'Université de Montréal, que nous avons mis souvent à contribution durant plusieurs années et dont l'amabilité, toute paternelle pour nous, ne s'est jamais démentie. Il nous a toujours procuré toutes les facilités de pouvoir pratiquer, sur le cadavre, les manœuvres difficiles que comporte l'injection que nous voulons mettre en vedette et il a, sans relâche, mis à notre disposition et sa science anatomique si étendue et ses moyens de laboratoire. Sans lui, nous n'aurions certainement pas pu mener à bonne fin l'œuvre qui nous était chère et notre technique aurait dû alors s'essayer au grand dam des malades et serait toujours restée schématique et imprécise. Il a été pour nous d'une obligeance incomparable et il nous a sans cesse accommodé de façon que nous puissions travailler dans le calme et la tranquillité inhérents au labeur fructueux et fécond. Qu'il nous soit donc loisible de lui dire, ici, toute notre gratitude et de l'assurer que nous garderons, à jamais présents à notre mémoire, les inappréciables services qu'il nous a rendus.

SPHYGMOMANOMÉTRIE RETINIENNE

Par C.-T. MATHIEU,
Hôpital Saint-Luc.

Grâce à un savant maître français, le docteur Bailliart, l'exploration du pouls rétinien ajoute un très brillant chapitre à la clinique ophtalmologique.

Il est aujourd'hui possible de découvrir l'hypertension intracranienne, quand elle se manifeste seulement par des signes moins nets, tels que céphalée rebelle, obnubilations visuelles, etc.

Nous pouvons donc, par cette méthode, diagnostiquer la dissociation des pressions artérielles encéphaliques et générales. Nous savons que cette dissociation peut exister. Notre système vasculaire n'est pas simplement un ensemble de tubes élastiques, nos vaisseaux peuvent se dilater ou se contracter par l'action des vaso-moteurs ; il en résulte que chaque territoire possède une certaine autonomie circulatoire, du fait de laquelle la rapidité et la pression du courant sanguin dans un organe déterminé peuvent différer, dans une certaine mesure, de la rapidité et de la pression du sang dans le reste de l'arbre vasculaire.

Instruments nécessaires à l'examen

A—Un tonomètre, destiné à mesurer la tension intraoculaire.

B—Un ophtalmodynamomètre de Bailliart, pour mesurer la pression exercée sur l'œil.

C—Un ophtalmoscope électrique.

Chez un sujet normal, lorsque nous examinons le fond de l'œil, nous ne voyons aucune pulsation dans les artères ; ceci est dû à ce que la pression intraoculaire est inférieure à la minima artérielle.

Cette pression intraoculaire peut varier entre 16 à 24 dans un œil normal.

Pendant que nous examinons la papille à l'ophtalmoscope, si nous exerçons une pression sur le globe avec le dynamomètre de Bailliart, la pression intraoculaire s'élèvera graduellement jusqu'à ce qu'elle devienne supérieure à la pression diastolique — qui est de 40mm Hg. — et inférieure à la systolique — qui est de 70mm Hg.

Nous verrons alors les artères papillaires se vider pendant la diastole et se remplir pendant la systole: ce sera le pouls rétinien.

Si cette pression est assez forte pour élever la pression intra-oculaire au-dessus de la systolique artérielle, les battements disparaîtront; si nous diminuons lentement la pression nous verrons de nouveau apparaître les pulsations.

Nous noterons donc, au dynamomètre, deux chiffres: le premier à l'apparition et le second à la disparition des pulsations. Supposons maintenant que chez un sujet avec une T.O. (tension oculaire) de 30mm de Hg. il ait été nécessaire de faire une pression de 30 grammes pour produire l'apparition du battement, la tension minima rétinienne sera de 50mm Hg. Bailliart a établi ces résultats expérimentalement sur l'œil du chat à l'intérieur duquel il avait introduit l'aiguille d'un manomètre; une pression de 30 gr. sur un œil de tension de 30 mm Hg. amenait cette tension intraoculaire à 50 mm Hg. ou tension minima. D'après le même raisonnement, s'il a été nécessaire de faire une pression de 80 gr. pour faire disparaître les battements, nous dirons que la valeur de la pression rétinienne maxima est de 100mm Hg.

Normalement, ces chiffres de pression artérielle rétinienne sont proportionnels à ceux de la pression humérale, comme 0.45 est à 1. En chiffres ronds, disons 0.50 à 1., c'est-à-dire que chez un patient avec une pression humérale de 80 minima nous devrions avoir 40 comme pression diastolique rétinienne. Dans le service de l'hôpital Tenon, à Paris, nous la considérons comme normale entre 40 et 70. Ces chiffres sont ceux adoptés par l'auteur lui-même.

L'hypertension artérielle rétinienne se manifeste souvent par des troubles visuels passagers auxquels ni le médecin ni le malade n'attachent d'importance.

Il s'agit le plus souvent d'obscurcissements passagers de la vision, de perception de points noirs mobiles, ou de raies de feu à la périphérie du champ visuel. La céphalée ne tarde pas à apparaître et devient tenace.

Ces accidents, souvent qualifiés de nerveux, sont maintes fois les premiers signes révélateurs d'une hypertension qui ne s'est pas encore manifestée en d'autres organes.

C'est seulement quand la répétition de ces phénomènes ou leur intensité inaccoutumée dirige les malades à la consultation de l'oculiste que ces symptômes acquièrent toute leur valeur et conduisent au diagnostic de l'hypertension artérielle rétinienne.

Nous savons, aujourd'hui, que cette hypertension rétinienne accompagne à peu près toujours l'hypertension crânienne, quelle que soit la cause qui la produise.

Elle est considérée comme une réaction défensive des centres vaso-moteurs contre l'anémie cérébrale que produit l'augmentation de la tension intracrânienne.

Evidemment, la tension dans les vaisseaux sanguins intracrâniens doit augmenter dans une certaine mesure pour lutter contre l'écrasement qui rendrait difficile la circulation encéphalique.

Les causes les plus fréquentes de l'hypertension crânienne sont, par ordre de fréquence, les tumeurs, les kystes et les abcès du cerveau. Elle se rencontre également dans la méningite séreuse chronique d'origine spécifique. Dans les tumeurs encéphaliques, lorsque nous avons les grands symptômes classiques, tels que stase papillaire, paralysie des muscles moteurs de l'œil, des hémiplegies avec leurs troubles moteurs et sensitifs, on peut arriver à faire un diagnostic de néo-formation intracrânienne sans l'aide de la pression rétinienne. La technique de Bailliart est surtout très intéressante chez une catégorie de malades dont voici deux observations qui feront mieux comprendre le rôle que peut jouer la pression rétinienne :

Obs. I. — Parmi les nombreux cas de l'hôpital Tenon, à Paris, que nous avons observés, nous tenons à rapporter l'histoire de ce jeune homme de 23 ans, qui, sans antécédents intéressants, était venu à la consultation pour une céphalée intense qui durait depuis 18 jours.

Après avoir fait le tour des différents services, il vient nous consulter pour ses yeux. Aucun signe général à part un léger état nauséux. Pas de troubles visuels, si ce n'est quelques points noirs. Aucun signe ophtalmoscopique. La tension artérielle générale est normale ainsi que la tension intraoculaire.

Cependant la pression rétinienne donne des chiffres extraordinairement augmentés. Nous trouvons 70 pour la minima et 130 pour la maxima.

Nous proposons une sous-occipitale, sans manomètre; le liquide céphalo-rachidien sort en jet, il est transparent et, à l'analyse, normal.

Mais, fait très intéressant, les céphalées cessent instantanément, la pression rétinienne redevient normale.

J'ai revu ce jeune homme tous les mois pendant six (6) mois au dispensaire et il continua à se bien porter.

Obs. II. — Au mois de juillet dernier, un médecin de campagne vient me voir avec une parente. Femme de 36 ans, rien à noter dans ses antécédents. Tout son trouble se résume à une céphalée tenace depuis trois semaines et quelques "mouches volantes". Ce cas est identique au premier.

Ayant été examiné au point de vue génito-urinaire, digestif et cardio-vasculaire, on ne trouve rien d'anormal. Pression humérale 80-120. Tension 20-22, fond de l'œil, vision 10/10.

Ici, encore, c'est la sphygmomanométrie rétinienne qui nous renseigne tandis que tout le reste fut négatif.

Œil droit Pres. D. 68 Pres. S. 142—

Œil gauche Pres. D. 72 Pres. S. 148—

Nous avons donc devant nous une hypertendue crânienne. Nous faisons une sous-occipitale; deux jours après, la tension est normale et les maux de tête sont disparus. La patiente se porte toujours bien, dit son médecin.

Ces cas que, faute d'une meilleure classification, on pourrait rattacher à l'hydrocéphalie aiguë, ont une grande analogie avec l'attaque de glaucome qui apparaît soudainement dans des yeux sains en apparence, et que l'iridectomie guérit en normalisant la tension oculaire sans que nous sachions pourquoi, comme la ponction lombaire ou la sous-occipitale normalisent la pression intracrânienne.

Ces "glaucomes cérébraux" — qu'on me pardonne l'expression — mis en évidence par la sphygmomanométrie rétinienne, ne seraient pas si rares qu'ils paraissent, si cette exploitation était pratiquée plus souvent dans ces nombreuses céphalées de causes inconnues et que l'on rapporte si facilement à l'hystérie ou à la neurasthénie.



CONTRIBUTION DE LA RADIOLOGIE DANS LE DIAGNOSTIC DES PERFORATIONS DU TUBE DIGESTIF⁽¹⁾

Par Paul BRODEUR,

Certificat d'Electroradiologie (Université de Paris)
assistant au service de radiologie de l'Hôpital Notre-Dame.

“Les péritonites compliquant les perforations gastriques et “duodénales par ulcères (écrit H. Mondor dans son livre *Diagnostics urgents de l'abdomen*) représentent à l'heure actuelle, ne cédant le “pas qu'à l'appendicite, la seconde des raisons de chirurgie abdominale “d'urgence.”

C'est bien d'ailleurs ce que confirment les statistiques publiées tant en Europe qu'aux Etats-Unis: à la clinique Mayo, sur un nombre global de 778 interventions chirurgicales pour ulcères du duodénum, l'on compte 216 perforations, soit 28%. En Angleterre, une étude de 500 autopsies faites à l'infirmerie de Leeds en 1929, accuse 296 cas de mort par ulcère gastrique ou duodéal, avec 232 morts à la suite de perforation aiguë. C'est de ces perforations et de l'apport des rayons X dans leur diagnostic dont je veux vous entretenir ce soir.

La symptomatologie des perforations se résume en une triade classique:

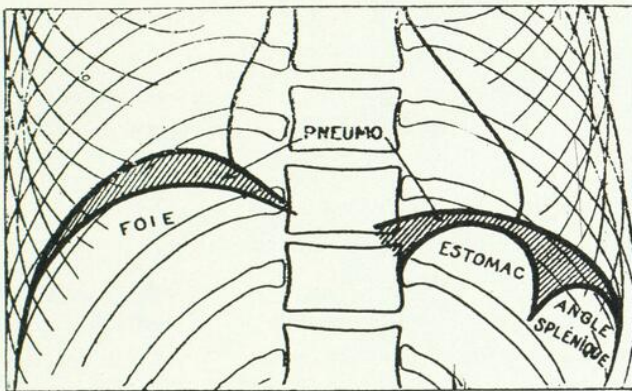
- a) douleur soudaine, atroce, en coup de poignard, siégeant à l'épigastre;
- b) contracture rigide de toute la paroi abdominale;
- c) antécédents gastriques.

Il faut ajouter, à ces symptômes essentiels, les symptômes que Mondor appelle accessoires: vomissements, hématomèse, arrêt des matières et des gaz, sensibilité de la paroi à la palpation, sonorité préhépatique, etc., etc.

Pourquoi l'examen radiologique si la symptomatologie clinique est si claire? — Précisément, c'est qu'il existe des ulcères gastriques

(1) Communication faite à la Société Scientifique d'Alimentation et de Gastro-entérologie, le 25 avril 1934.

perforés en silence, des cas obscurs même pour un chirurgien entraîné à ces diagnostics urgents et que l'adjonction de l'exploration radiologique permettra de trancher la question. De ces perforations silencieuses, plusieurs auteurs en ont rapporté de multiples exemples: M. Grégoire, un des premiers en France, a présenté à la Société de Chirurgie une radiographie remarquable d'un ulcère gastrique "perforé en silence". L. Talamo, dans "Radiologica Medica", octobre 1931" rapporté dans l'American Journal of Roentgenology, dit "In addition to cases of acute perforation of the duodenum with violent clinical signs, there are subacute cases in which the patients complain only of vague and inconstant disturbances, sometimes with the picture of ulcer, sometimes that of cholecystitis. Often the physician does not suspect perforation at all. Sometimes there is no pain but only a feeling of weight in the epigastrium".



Croissant sous-phrénique droit. A gauche, on sépare aisément la clarté gastrique et colique de la bandelette qui les surmonte. (Schéma extrait de la communication de MM. Mondor et Porcher sur "La Radiologie des péritonites par perforation", Journal de Chirurgie, jan. 1933, p. 24).

Asti Luigi Maria, dans "Radiologica Medica", octobre 1931, rapporte deux perforations de l'estomac avec symptômes cliniques d'ileus plutôt que de perforation et matité hépatique conservée. Cottle et Spalding, en un an de séjour parmi les marins de la flotte de guerre américaine, ont posé huit fois le diagnostic d'ulcère perforé grâce aux Rayons X et tous ces marins furent opérés sur le navire-hôpital avant la dixième heure, alors que la sonorité pré-hépatique n'avait pas encore fait son apparition. Todd a pu écrire que la radiologie était aussi importante dans les traumatismes abdominaux que dans la recherche des fractures: puisque le signe radiologique de pneumo-péritoine pouvait être obtenu bien avant les signes

cliniques. Waughan et Singer ont pu, par l'examen radiologique, trancher le diagnostic entre une hernie épigastrique étranglée et une perforation d'ulcère.

La radiologie ne doit plus être considérée par le clinicien comme une rivale dangereuse, elle est au contraire sa meilleure et plus fidèle compagne. Le chirurgien possède le sens de l'ouïe et du toucher son compagnon éclairé par les Rayons X, voit l'image des organes internes. L'examen radiologique d'un malade atteint de péritonite par perforation peut être terminé en quelques minutes; il ne comporte aucune préparation spéciale et sa technique est toute simple. Le malade est placé sur une table radiologique d'abord en décubitus dorsal; un coup d'écran nous renseigne premièrement sur la mobilité des diaphragmes et sur leur ascension éventuelle, deuxièmement sur l'existence et la topographie des taches gazeuses abdominales. Dans un second temps on bascule la table et l'on amène le malade dans une position verticale ou voisine de la verticale; on prend un cliché dans cette attitude. Le malade est ramené en position horizontale, puis installé en décubitus latéral gauche pour radioscopie et radiographie complémentaires, si l'examen en position verticale est négatif ou même simplement douteux.

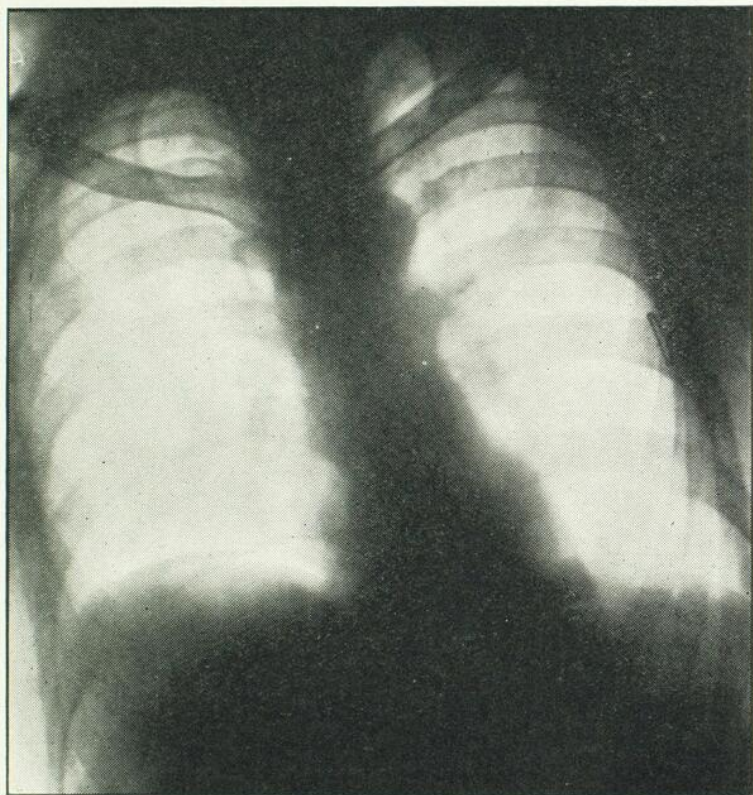
Le signe capital est la présence de gaz libre dans l'espace sous-diaphragmatique. Un autre signe radiologique important est la cinématique des diaphragmes. S'il y a pneumo-péritoine, on voit se détacher au-dessous des deux coupes diaphragmatiques à droite un croissant gazeux, à gauche une image claire dont le sommet présente une courbe régulière et dont la partie basse se confond plus ou moins avec la poche à air gastrique et l'angle colique gauche. Ce signe de pneumo-péritoine est fondé sur la notion élémentaire de la légèreté de l'air dont l'ascension au-dessus des viscères est mise en évidence, soit par la position verticale, soit par le décubitus latéral gauche.

Permettez-moi de vous présenter maintenant trois observations de malades avec perforation vérifiée sur la table chirurgicale.

Obs. No 1.

Nous somme appelé d'urgence à l'hôpital Notre-Dame, dans la soirée du 4 mars dernier, pour un malade, M. G., peintre de son métier, qui vient d'être admis pour un syndrome aigu de l'abdomen. Le malade est amené à la salle de radiologie et nous procédons à l'examen d'abord en position horizontale, puis en position verticale. Nous constatons que les diaphragmes sont tous deux presque immobiles, le droit complètement. Nous recherchons sur la plage phréno-claviculaire droite l'ombre à type pleural pouvant être la cause de l'immobilisation de la coupole droite, mais nous ne pouvons trouver comme

image pathologique qu'une exagération de visibilité de la trame broncho-vasculaire. Quelques instants après avoir basculé la table et amené le patient en position presque verticale, nous voyons apparaître dans le tiers interne et au-dessous de l'hémi-diaphragme droit une zone claire en forme de croissant faisant bien ressortir au-dessous d'elle la masse sombre du foie, tandis qu'au-dessus d'elle se dessine la ligne fine et nettement tracée du diaphragme lui-même. En présence de cette image nous portons le diagnostic radiologique de perforation du tube digestif. Le malade a été opéré immédiatement par messieurs les chirurgiens Bellerose et Ricard qui ont trouvé un gros ulcère calleux perforé de la région pyloro-bulbaire avec présence d'une grande quantité de liquide gastrique et de bile dans l'abdomen, (fig. I).

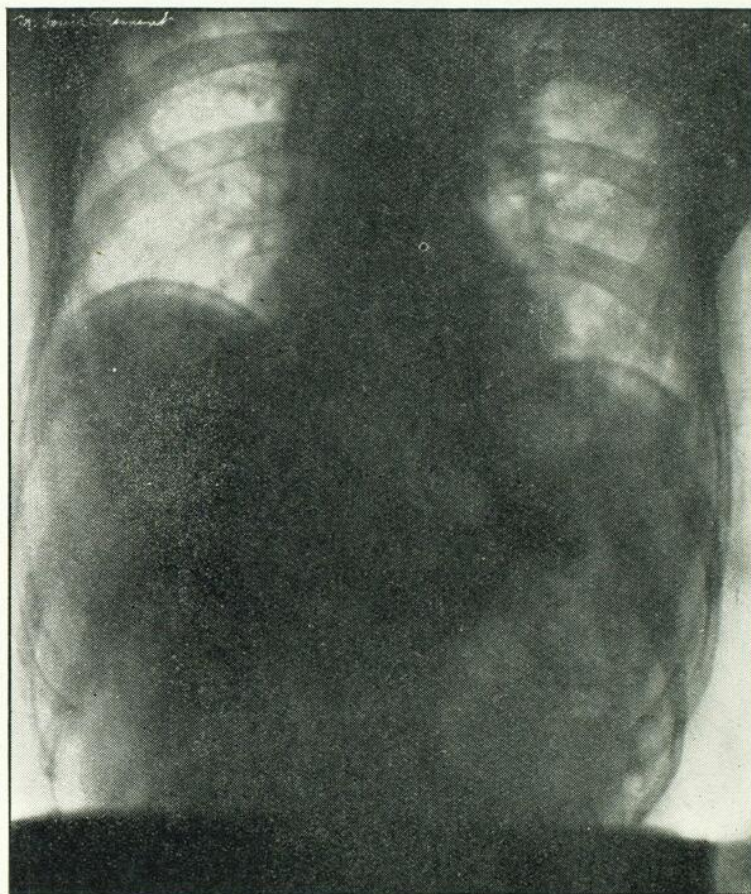


(Fig. I)

Obs. No 2.

M. C., peintre, est admis à l'hôpital Notre-Dame dans l'après-midi du 22 mars dernier pour douleur aiguë de l'abdomen. A l'examen radiologique nous constatons l'immobilité complète de l'hémi-diaphragme gauche et l'arrêt presque complet de l'hémi-diaphragme droit. Entre le foie et la coupole diaphragmatique droite, l'on voit une zone gazeuse en forme de croissant ou de faucille recouvrant le dôme hépatique de ce côté et mettant en relief au-dessus d'elle-même le diaphragme réduit à une ligne courbe. L'arrêt du

diaphragme et la présence d'air libre entre le foie et la coupole droite signent le diagnostic radiologique de perforation intestinale. Le malade a été opéré par messieurs les chirurgiens Bellerose et Ricard qui ont fait les constatations suivantes: à l'ouverture du péritoine il est sorti de l'étage sus-mésocolique un liquide trouble, l'estomac était collé partiellement au foie dans la région pyloro-duodénale, et sur le versant pyloro-duodénal, région supéro-antérieure, se trouvait une perforation lenticulaire sur un ulcère peu calleux avec réaction inflammatoire intense au pourtour, (fig. II).



(Fig. II)

Obs. No 3.

M. P., 23 ans, colon du Lac-Saint-Jean, est admis à l'hôpital le 17 mars pour crise aiguë de la région épigastrique. Le début de cette crise remonte à quatre jours et le malade arrive à Notre-Dame après un trajet de seize heures en chemin de fer. Nous l'examinons en radioscopie sous diverses incidences et nous constatons un arrêt presque complet des mouvements diaphragmatiques mais sans image radiologique de pneumo-péritoine. Il existe bien un tympanisme gazeux considérable de tout l'abdomen, mais le

croissant gazeux sous-diaphragmatique est absent. Le malade est opéré par messieurs Gagnon et Hébert qui, à l'ouverture du péritoine, ne trouvent aucun liquide dans la cavité abdominale. La vésicule biliaire, le pancréas et les intestins sont normaux. Sur la petite courbure de l'estomac et sur sa face postérieure, il existe une tumeur de la grosseur d'une prune. La réaction épiploïque est libérée, ce qui leur permet d'explorer un ulcère perforé de la grandeur d'une pièce de monnaie de dix cents, (fig. III).



(Fig. III)

P. Porcher, dans son magistral exposé de la radiologie des péritonites par perforation (publié dans le "Journal de Chirurgie", janvier 1933), divise les causes d'erreurs en trois groupes: 1° méconnaître, par un examen trop sommaire, un pneumo-péritoine; 2° appeler pneumo-péritoine ce qui ne l'est pas; 3° donner du pneumo-péritoine une interprétation inexacte.

Existe-t-il un pneumo-péritoine, c'est-à-dire un croissant gazeux entre la ligne diaphragmatique et le dôme hépatique? — La réponse négative n'a de valeur qu'en autant que le radiologiste prend toutes les précautions pour faire apparaître ce croissant clair, qu'en autant qu'il examine son malade en diverses positions et sous des incidences multiples.

Appeler pneumo-péritoine un côlon distendu par les gaz et placé entre le diaphragme et le foie ou bien une poche à air gastrique volumineuse qui soulève la coupole diaphragmatique gauche, c'est méconnaître la définition même du pneumo-péritoine, à savoir: présence de gaz libre dans la cavité abdominale.

Il existe un véritable pneumo-péritoine, mais il n'est pas causé par une perforation; il est survenu au cours d'un pneumothorax artificiel ou à la suite d'une intervention chirurgicale sur l'abdomen, le malade ayant été placé en position de Trendelenburg.

En résumé: sur les trois observations d'ulcères perforés que nous venons de vous rapporter, deux fois la radiologie a affirmé le diagnostic de perforation intestinale en constatant la présence de gaz libre dans la cavité abdominale. Pour le troisième malade, il y avait bien perforation de l'estomac, mais le pertuis était obstrué par une réaction épiploïque bien étanche puisqu'on n'a rencontré aucun liquide dans l'abdomen lors de l'intervention chirurgicale.

Les Rayons X ne sont qu'un mode d'exploration, qu'une arme de plus dans les mains du clinicien. Ils ne doivent pas prétendre remplacer les autres examens ni par contre être mis de côté, surtout lorsque avec une technique simple et sans causer de retard à l'intervention chirurgicale ils donnent des résultats si probants.



REVUE GÉNÉRALE

LES MÉFAITS DE L'OTITE DU NOURRISSON⁽¹⁾

Par **Gaston LAPIERRE**
Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.

L'otite du nourrisson représente un chapitre très important de sa pathologie, j'ai pensé qu'il serait profitable de nous y arrêter ensemble, voilà pourquoi je veux souligner certains faits devant vous pendant ces quelques minutes qui me sont allouées.

Cette question est très complexe, et nous réalisons bien qu'elle ne sera pas vidée de sitôt, mais un service de médecine infantile offre un champ d'observations intéressantes et le but de nos réunions est bien de soumettre à nos confrères des opinions appuyées sur des faits, afin d'aider davantage nos malades.

D'abord, il faut retenir, il faut garder constamment en tête que l'infection la plus légère du nourrisson est toujours beaucoup plus grave chez lui que chez l'adulte. Cette gravité a des répercussions lointaines sur l'alimentation en particulier, et elle amène une dénutrition importante, parfois irrémédiable lorsque l'affection est traînante.

Dans ce domaine, c'est l'otite latente du nourrisson, et l'otite moyenne aiguë, qui causent le plus de ravages chez lui. Il ne faut pas oublier que le naso-pharynx constitue la voie la plus facile à toutes les infections générales. Les pneumocoques, les staphylocoques, les streptocoques, pullulent autour de nous, et ils causent chez le nourrisson en particulier des infections multiples, parfois graves, car il se défend mal.

La plus fréquente est l'infection du rhino-pharynx et elle devient la plus importante par ses conséquences souvent graves, au premier plan l'otite et ses répercussions lointaines et souvent fatales.

M. Ribadeau-Dumas a attaché une importance capitale chez le nourrisson au syndrome : fièvre, troubles digestifs, perte de poids. En

(1) Séance de la Société Médicale à l'Hôpital Ste-Justine, le 6 mars 1934.

face de ces courbes de température et de ces fléchissements de poids, il faut "comprendre que l'obstacle à la croissance n'est pas simplement un trouble fonctionnel digestif, justifiable d'un changement de régime," en effet il ne suffit pas d'expérimenter toutes les diètes possibles chez le nourrisson pour qu'un jour le problème soit réglé, la misère physiologique et la dénutrition s'accroissent et on est vite rendu au "marasme", suivant l'expression des Anglais.

Pendant qu'on s'hypnotise sur une dyspepsie, et c'est ce que mon expérience personnelle m'a enseigné, — pendant qu'on s'enferme dans la symptomatologie d'une gastro-entérite, et qu'on regarde avec angoisse dégringoler le poids du nourrisson confié à nos soins, si on méconnaît une otite, souvent difficile à déceler, mais sournoise et meurtrière, on n'a pas vu ainsi la véritable cause du malheur.

M. Mouriquand (et avant lui M. Maurice Renaud avait été encore plus catégorique) — opine ainsi: "Les pyodermies, les otites du nourrisson, en frappant la nutrition ou le tube digestif, peuvent être des facteurs d'athrepsie et par conséquent conduire à la mort." Cathala, un pédiâtre de la jeune génération, écrit: "tout le tableau de l'otite latente peut se résumer dans l'hyperthermie et le mauvais état général". Et il ajoute: "ce qui individualise les infections du nourrisson, plus encore que leur nature ou leur localisation, c'est le mode de réaction propre de celui-ci; il ne parviendra à triompher d'elles qu'au prix de troubles de croissance graves, étendus sur plusieurs mois, ou auxquelles trop souvent il finira par succomber".

Il ne faut pas oublier que la vie du nourrisson en somme se limite à deux fonctions: s'alimenter et édifier sa croissance, et tout ce qui peut entraver ces fonctions de façon importante met sa vie en danger.

Plus d'une otite latente non recherchée ou non traitée convenablement, c'est-à-dire par l'ouverture du tympan, laisse après elle des membranes épaisses, de l'ankylose avec de la rétraction des osselets.

Le nourrisson est facilement prédisposé aux convulsions, et l'infection de l'oreille entraîne parfois cette réaction; il s'agit le plus souvent de convulsions réflexes et la paracentèse en supprimant l'épine irritative amènera le calme.

Le plus grand nombre des surdi-mutités a comme origine une otite latente, qui n'a pas emporté l'enfant, mais à laquelle la membrane du tympan a résisté, le pus a fini par se vider par la trompe, et les lésions des osselets et de la muqueuse de revêtement ont laissé des traces indélébiles.

L'otite moyenne entraîne souvent des complications mastoïdiennes et encéphaliques toujours graves, le plus souvent fatales chez le

nourrisson; elle est souvent causée par l'adénoïdite aiguë, qui est elle-même consécutive à une inflammation de voisinage, qui succède à une angine ou à un coryza aigu, ou qui est parfois une localisation particulière d'une maladie générale.

La plupart des pédiâtres conseillent d'attendre généralement après quelques années d'âge avant de pratiquer l'adénectomie. Les moins craintifs de la jeune génération des oto-rhino-laryngologistes conseillent une intervention plus précoce, et parmi ces derniers, un des plus avertis, M. Marcel Ombrédane, dit: "Il est avéré qu'il existe une période dangereuse qui est essentiellement la première année, accessoirement la seconde année bien qu'à un degré moindre. Mais à partir de deux ans et demi ou trois ans, les conditions seront sensiblement les mêmes que chez les grands enfants, et il n'existe plus de contre-indication opératoire du fait de l'âge."

Or, c'est à partir de deux ans et demi que l'enfant, ayant terminé sa première dentition, n'est plus un nourrisson, et nous avons en vue pour les besoins de nos remarques, les méfaits de l'otite du nourrisson. De plus, nous avons constaté le plus souvent la mort du nourrisson ayant subi l'adénectomie, le lendemain ou les jours suivant l'intervention, et pour notre part nous y sommes opposés chez le nourrisson, recommandant la désinfection du cavum et la paracentèse, même pour un cas douteux d'otite latente, dont l'évolution est ainsi favorablement modifiée.



PETITE CLINIQUE

LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE À FORME ANASCITIQUE

Par J.-Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada)

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Malgré les moyens d'exploration modernes à notre disposition, le diagnostic des affections abdominales, souvent difficile à préciser au début, le devient encore davantage, quand la maladie a évolué depuis un certain temps, au cours duquel des complications ont pu survenir pour en transformer la physionomie clinique.

Dans notre service à l'Hôpital Notre-Dame, s'est présentée dernièrement, une jeune fille dont je vous rapporterai l'histoire clinique. Nous discuterons le diagnostic de sa maladie et la thérapeutique qu'il convient d'appliquer.

Liliane G., âgée de 17 ans. Travaille depuis 3 ans à la "Knit-to-Fit", à l'emballage des tissus. Un médecin, consulté depuis une semaine seulement, a demandé son admission à l'hôpital le 5 avril 1934, parce que déjà, depuis deux mois, elle fait de la fièvre, qu'elle a maigri et qu'elle ressent des douleurs abdominales, particulièrement tenaces, localisées dans la région de la fosse iliaque gauche.

Au début de février de cette année, elle commença de se sentir fatiguée au point qu'elle dut renoncer aux soins ordinaires du ménage, auxquels elle vaquait, depuis novembre 1933, après que le chômage l'eût ramenée dans sa famille.

Une sensation de gêne abdominale vint s'ajouter à cette fatigue, au cours du premier mois. Cette gêne abdominale se transforme peu à peu en une douleur assez tenace, qui d'abord se généralise et se localise, finalement, à la fosse iliaque gauche.

Ces douleurs, constantes au début, sont aujourd'hui moins fréquentes et plus supportables.

Au cours de ces deux mois, la digestion s'effectue difficilement et la constipation devient opiniâtre; les rares défécations ne contiennent ni glaires ni sang. Pas de nausées ni vomissements. Le sommeil est agité; jamais de transpirations nocturnes. Pas de toux ni aucune douleur thoracique.

*
* *

Nous la voyons pour la première fois le 6 avril. Très asthénique, le teint pâle, les cils longs, le facies et les mains émaciés, elle a l'apparence d'une tuberculeuse. Nous remarquons une légère exophthalmie unilatérale droite; les conjonctives palpébrales sont pâles; la langue légèrement saburrale. La dentition est parfaite. Aucune adénopathie cervicale, ni anomalie du côté de la glande thyroïde.

L'examen des poumons ne révèle qu'une légère submatité et de la pectoriloquie au sommet droit, sans aucun autre bruit adventice. Les bases sont libres.

Les bruits du cœur sont assez bien frappés. Aucune lésion orificielle. On compte 110 pulsations par minute; et le thermomètre enregistre 101 de température.

Nous passons à l'examen de l'abdomen, qui nous apparaît légèrement ballonné, mais sans circulation collatérale. L'ombilic n'est pas déplié. La paroi abdominale, à jour frisant, ne laisse pas voir cette ondulation légère et rythmée que provoque dans un ventre normal, les battements de l'aorte.

A la palpation, on trouve un ventre de bois, avec hyperesthésie cutanée; le tapotage, même léger de l'abdomen, est mal supporté et révèle que la douleur est plus accentuée au niveau du cadran inférieur gauche. Cette défense musculaire nous empêche de percevoir l'emplacement des différents segments du gros intestin.

La percussion, légèrement pratiquée, rencontre du météorisme par tout l'abdomen, moins au niveau du cadran inférieur gauche, où l'on perçoit une zone de submatité de la grandeur d'une paume de main.

Pratiquée en vue de rechercher l'ascite, la percussion dans le décubitus latéral droit, ne révèle aucune matité du flanc droit, tandis que persiste, dans le flanc gauche, la zone de submatité, déjà trouvée dans le décubitus dorsal. Le foie ne dépasse pas le grill costal et la rate est légèrement percutable. Pas d'adénopathie inguinale. Aucun trouble de la miction. Le toucher rectal, seul pratiqué ici, ne découvre aucun empatement des culs-de-sac vaginaux et permet de constater qu'à travers la paroi rectale, le col est mobile et non douloureux.

La tension artérielle est 122/50. Le poids 87½ lbs. Les urines contiennent peu d'albumine, mais pas de sucre. Les réflexes rotuliens sont lents.

Antécédents personnels et héréditaires: varicelle, amygdaléctomie; aucune maladie pulmonaire.

Réglée à 14 ans; les menstruations ont toujours été normales.

Dernières règles le 12 mars 1934. (N. B. le 12 avril, elle ne voit pas ses règles).

Aménorrhée jusqu'au jour où nous rapportons son histoire clinique (deux mois après son entrée).

Son père est âgé de 43 ans, en bonne santé;

Sa mère, âgée de 42 ans, actuellement traitée au dispensaire;

Une sœur et deux frères en bonne santé.

Voilà pour le tableau clinique.

*
* *

Avant de conclure à un diagnostic, nous jugeons nécessaire de faire appel au laboratoire et à la radiologie afin de compléter nos renseignements sur l'état suspect des poumons et sur la valeur fonctionnelle des côlons, en particulier de l'S iliaque.

Examens de laboratoire:

Analyse des crachats: Koch négatif; mais à vraiment parler, la malade ne tousse pas et il ne peut y avoir de véritable expectoration.

B. W.: négatif.

Urée sanguine: 0.35

Glycémie: 1. gr. 36

Numération globulaire (16 avril): G. R. 4,120,000; g.b. 8,000; hémoglobine 65%; valeur globulaire: 0.8.

Formule leucocytaire:

Polyn. neutrop.	67%
Grands mono.	3%
Lymphoc.	21%
Polyn. eosyn.	0

Examen des selles:

Examen macroscopique: absence de sang.

Examen chimique: présence de sang.

Examen parasitaire et microbien: Koch négatif.

Radiographie pulmonaire: (6 avril).

Scopie: l'image thoracique est normale;

Graphie: un peu d'exagération des ombres broncho-vasculaires. La trame pulmonaire est un peu marquée, sans aspect nette de tranuite. Aux hiles, il y a des petites taches calcaires denses, signe de primo-infection. (D. Léonard).

3 mai.

Numération globulaire:

G. R.	3,720,000
G. B.	9,000
Hémogl.	72%
Valeur globulaire	0.9

Formule leucocytaire:

Polyneutro.	71%
G. mono.	7%
Lympho.	21%
Eosyn.	0

Lavement baryté (13 avril):

Le remplissage est facile, sans arrêt de douleur. Le cæco ascendant est large; le transverse est très long; le descendant et le sigmoïde sont aussi un peu longs, mais pas déformés — dolichocolons. L'évacuation pas immédiate est très insuffisante. (D. Léonard).

Lavement baryté (1er mai: 2ième épreuve):

Idem, sauf qu'au sigmoïde on remarque que le calibre est un peu petit, sans déformation; l'évacuation immédiate est également très insuffisante.

En comparant les radiographies de l'intestin du 13 avril et du 1er mai, on constate qu'il existe, sur les deux, une image semblable au début de l'S iliaque. Le calibre de l'intestin est, à ce niveau, un peu rétréci. Il est donc très possible qu'il y ait, soit une diminution de calibre, soit une compression par une bride. (Dr Laquerrière).

*
* *

En possession de tous ces renseignements d'ordre clinique, biologique et radiologique, nous rappelant les antécédents personnels négatifs de la malade, son âge (17 ans), l'histoire de ces douleurs vagues abdominales, durant les deux mois qui ont précédé son entrée à l'hôpital, l'intégrité douteuse des poumons à la radiographie, l'asthénie avec anémie progressive, la température continue, mais peu élevée, la perte progressive du poids (6 livres), l'aménorrhée survenue depuis son entrée, la constipation opiniâtre, le météorisme abdominal s'étendant à presque tout le ventre, moins à la zone de l'S iliaque, où la sensibilité est plus prononcée à la palpation comme à la percussion légère, l'absence d'ascite dans les parties les plus déclives, mais la présence d'une zone mate persistante et douloureuse dans la fosse iliaque gauche, l'examen radiographique du gros intestin nous disant la diminution du calibre au niveau sigmoïde; tout ce bilan pathologique, appartenant à un sujet jeune et du sexe féminin, nous amène à la conclusion qu'il s'agit ici d'une péritonite tuberculeuse à forme anascitique.

*
* *

Nous avons éliminé les possibilités d'une péritonite aiguë (pneumocoque, streptocoque, gonocoque, etc), et nous avons conclu à une péritonite chronique à cause de l'allure générale de la maladie: début insidieux, évolution lente, absence de symptômes à grands fracas, fièvre continue, et peu élevée.

Malgré l'absence d'antécédents héréditaires ou personnels douteux et de lésions bacillaires antérieures, susceptibles d'avoir ensemencé le péritoine, *la nature tuberculeuse* de l'affection abdominale s'est manifestée de façon évidente, *d'une part*: par les signes radiologiques de l'examen pulmonaire décelant quelques petites taches calcaires denses, signe de primo-infection; *d'autre part*: par les résultats de l'examen radiologique du tube digestif inférieur, que nous avons osé pratiquer, parce qu'il permet parfois de découvrir des symptômes, capables d'orienter le diagnostic vers la péritonite tuberculeuse en décelant des adhé-

rences entre les différents segments de l'intestin, ou des petites ombres paravertébrales dues à des ganglions plus ou moins calcifiés. Dans notre cas, l'examen radiologique a révélé une diminution de calibre ou une compression par brides, au niveau de la zone de submatité douloureuse.

Cette forme de tuberculose péritonéale fibro-adhésive succède, en général, à la forme ascitique; mais nous n'avons pas été témoin, pour ce cas-ci, des premières manifestations abdominales.

*
* *

Ces données évidentes et précises, en faveur d'une péritonite tuberculeuse à forme anascitique nous dispensent de longues considérations sur le diagnostic différentiel.

Elle n'aurait présenté de similitude qu'avec la tuberculose des ganglions mésentériques, dont la différence est par trop minime, ou encore, avec la typho-bacillose.

Quant à la typhoïde ou à la colite, l'ensemble symptomatique s'y oppose.

Mais la douleur, siégeant avec plus d'acuité dans la fosse iliaque gauche, et provoquée constamment par la pression en un même point fixe, peut faire penser à la forme entéritique ou à une des formes localisées (forme sigmoïdienne) de la péritonite tuberculeuse.

*
* *

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse reste délicat, car elle possède ce caractère fondamental de présenter une évolution essentiellement chronique, entrecoupée d'épisodes aigus. L'on voit, en effet, des lésions aiguës associées à des lésions chroniques et ces mêmes lésions à tendances fibreuses, évoluer vers la caséification et l'ulcération.

La forme fibreuse est cependant la plus susceptible d'amélioration prolongée.

Après 4 mois de maladie, l'état général de notre patiente est légèrement amélioré. La température a disparu, l'appétit est meilleur et elle peut circuler dans la salle.

Malgré cette amélioration sensible, il convient de faire des réserves, puisque, comme le dit Macaigne, un réveil est toujours possible de la tuberculose dans le péritoine ou dans un autre organe.

*
* *

TRAITEMENT

Notre malade est restée alitée, au repos complet, jusqu'à la disparition de la fièvre, alimentée généreusement par des bouillons de viande, des œufs, etc., etc. Contre les douleurs abdominales, des applications humides chaudes.

Des toniques à base de chaux et du sirop iodotonique phosphaté.

La radiothérapie a suppléé à l'héliothérapie, insuffisante à cette période-ci de l'année. Nous avons été bien avisés de différer, chez elle, l'intervention chirurgicale (laparatomie) étant donnée la tendance spontanée à l'amélioration et à la guérison que présente la péritonite tuberculeuse, même dans ses formes en apparence les plus graves.

Il resterait, comme complément à cette thérapeutique, d'envoyer cette jeune fille faire une cure d'air à la montagne ou à la mer: le climat maritime étant particulièrement favorable à la convalescence et à la guérison, dans ces cas de péritonite tuberculeuse à forme anascitique.



REVUE DES LIVRES

P. NOBECOURT et L. BABONNEIX. — **Traité de Médecine des Enfants. Tome III.** Affections de l'appareil circulatoire et respiratoire, Maladies du tube digestif. Un volume de 1088 pages avec nombreuses figures. Paris. 1934 (Masson et Cie, éditeurs).

Il fut un temps où l'on disait volontiers sous forme de boutade que la pédiatrie se résumait à la gastro-entérite et à la broncho-pneumonie (il y a des médecins qui croient encore cela!). C'était une époque heureuse où l'on aimait à faire de l'esprit et où l'on se plaisait à dire avec Panas, comme l'a écrit Ombredanne, que la chirurgie infantile était une chirurgie d'enfant.

A cet âge d'or, il n'y avait pas d'enseignement de la pédiatrie dans les Facultés de médecine et la mortalité infantile était très élevée...

Depuis lors, de nombreux travaux scientifiques ont vu le jour et, à l'heure présente, la pathologie infantile apparaît de plus en plus complexe et variée; il n'en demeure pas moins vrai que les affections des voies respiratoires et les maladies du tube digestif sont encore celles qui atteignent le plus fréquemment les jeunes enfants.

C'est dire tout l'intérêt qu'offre pour le praticien le Tome III du *Traité de Médecine des Enfants* de P. Nobécourt et L. Babonneix.

La première partie de ce beau volume traite des affections de l'appareil circulatoire. Sans avoir la fréquence des maladies des voies respiratoires et du tube digestif, les affections du cœur et des vaisseaux ne sont pas exceptionnelles chez l'enfant et présentent des caractères particuliers bien exposés par Jean Paraf en de courts chapitres consacrés successivement aux maladies congénitales du cœur, aux péricardites, aux endocardites aiguës, aux lésions valvulaires, aux myocardites et syndromes myocardiques, aux troubles du rythme cardiaque, à l'insuffisance cardiaque, à l'hypertrophie cardiaque, à l'aortite, et à l'anévrisme de l'aorte, à l'artérite aiguë, à l'athérome, aux phlébites, à l'hypertension artérielle, aux anomalies et dégénérescences capillaires.

Dans la deuxième partie sont étudiées les affections de l'appareil respiratoire.

Les rhinites, les affections du conduit auditif externe, les otites, la tuberculose de l'oreille, la syphilis de l'oreille interne, la surdi-mutité, les corps étrangers des voies aériennes, les laryngites aiguës, les spasmes de la glotte, les laryngites chroniques de l'enfant, la tuberculose et la syphilis du larynx, les papillomes et les malformations du larynx, les rétrécissements cicatriciels laryngo-trachéaux ont été confiés à L. Baldenweck et H.-P. Chatellier, oto-rhino-laryngologistes particulièrement qualifiés, collaborant depuis de nombreuses années avec les meilleurs pédiatres de Paris. Les angines aiguës, les abcès rétro-pharyngiens, les végétations adénoïdes, l'hypertrophie chronique et l'infection chronique des amygdales sont rédigés par R.-A. Marquézy.

La pathologie médicale proprement dite de l'appareil respiratoire est en majeure partie l'œuvre du regretté Jean Hutinel, trop tôt disparu, et d'Alfred Cayla qui ont écrit les articles ayant trait aux bronchites aiguës, aux broncho-pneumonies, aux congestions pulmonaires, aux abcès du poumon, à la gangrène pulmonaire, à la dilatation des bronches, à l'hérédosyphilis

respiratoire, à l'emphysème pulmonaire, à l'asthme, aux embolies, thromboses et artérites pulmonaires, aux accès d'apnée du nourrisson, aux kystes hydatiques du poumon, à l'actinomyose pulmonaire et aux tumeurs du poumon. Ajoutons que les pleurésies avec ou sans épanchement, le pneumothorax sont exposés par Ch. Gardère (de Lyon).

Enfin, pour terminer cette deuxième partie, une étude sur la tuberculose pulmonaire et ganglionnaire en deux chapitres distincts: l'un par R.-A. Marquézy et A. Héreau exposant la conception classique de l'adénopathie trachéo-bronchique, l'autre par Jean Lévesque indiquant les idées actuelles sur la tuberculose pulmonaire de l'enfance.

La troisième partie de cet important volume traite des affections du tube digestif.

Tout d'abord un chapitre consacré aux maladies de la bouche et de l'œsophage, écrit par Jean Cathala avec la collaboration d'André Aubin, comprenant l'étude des stomatites, des accidents de la première dentition, des rétrécissements et des corps étrangers de l'œsophage.

Puis un remarquable exposé par P. Lereboullet et André Bohn des syndromes gastriques, de l'anorexie, des ulcères de l'estomac et du duodénum et des tumeurs de l'estomac chez l'enfant.

La classification des affections des voies digestives dans la première enfance, proposée par Czerny et adoptée par Jean Cathala et Georges Semelaigne, en dyspepsies alimentaires, dyspepsies constitutionnelles et dyspepsies infectieuses, est une classification commode jusqu'à un certain point pour la pratique; toutefois, nous ne comprenons pas comment on puisse ranger parmi les dyspepsies infectieuses une maladie à lésions anatomiques aussi nettes et de type inflammatoire, comme l'entéro-colite dysentérioriforme des enfants du premier âge, qui nous paraît mériter une étude à part, au même titre que le choléra infantile et les hémorragies gastro-intestinales des nourrissons.

Dans la seconde enfance, les maladies du tube digestif ont des caractères se rapprochant beaucoup de la pathologie de l'adulte. Aussi, faut-il savoir gré à Marcel Lelong de nous avoir donné sur les dyspepsies gastro-intestinales, la constipation, la diarrhée, les colites, la tuberculose intestinale, les vers intestinaux et les toxi-infections alimentaires, en plus des notions classiques bien connues, des notions récentes basées et partie sur la pathologie de l'adulte, montrant par là tout l'intérêt qu'il y a pour le pédiatre à être au courant des travaux de gastro-entérologie aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Les articles de P. Rohmer (de Strasbourg) sur l'occlusion et l'invagination intestinales, sur le mégacolon et la maladie cœliaque sont ceux d'un médecin connaissant bien la littérature médicale et qui peut apporter sur ces questions, en particulier sur la maladie cœliaque, le fruit d'une longue expérience.

Le dernier chapitre du Tome III constitue une véritable monographie sur l'appendicite. Tous les aspects du problème sont longuement étudiés par Jean Cathala et Léon Arousseau, non seulement dans la moyenne et la grande enfance, mais également chez le nourrisson.

Ce volume, comme les précédents, est abondamment illustré. On trouvera, en particulier sur la tuberculose et les abcès du poumon, des documents radiologiques nombreux et de premier ordre.

Paul LETONDAL.

Les syndromes douloureux de la région épigastrique, par René A. GUTMANN, médecin des Hôpitaux de Paris. Deuxième édition entièrement remaniée et considérablement augmentée. Préface du Prof. A. Gosset. — Deux volumes in-8° formant 1180 pages, avec 629 radiographies hors texte et 339 schémas dans le texte; les 2 vols: 240 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris (VIe).

La 1re édition des *Syndromes douloureux de la région épigastrique* parue en janvier 1930 a été épuisée en moins de deux ans.

La 2e édition paraît maintenant, avec le même plan qui avait reçu l'approbation unanime du public médical de tous les pays, plan extrêmement clair et simple, fondé essentiellement sur la clinique journalière et qui mène de l'interrogatoire du malade à l'établissement du diagnostic et au traitement. Si l'ensemble reste ainsi le même, c'est pourtant une œuvre en partie nouvelle que les éditeurs présentent aujourd'hui: une moitié en a été réécrite, un quart très modifié. Les changements les plus importants portent sur l'ulcère duodénal, le cancer gastrique, les « ulcéro-cancers », la radiologie vésiculaire, les gastrites et les duodénites, le problème des hémorragies digestives, les troubles digestifs par "anaphylaxie", les troubles post-opératoires, etc., c'est-à-dire sur quelques-uns des problèmes les plus importants de la gastro-entérologie. Plusieurs chapitres ont été ajoutés. 339 schémas dans le texte, dessinés par l'auteur facilitent la lecture.

L'illustration radiographique de cette 2e édition a été particulièrement soignée, et, de ce point de vue, les éditeurs ne pensent pas qu'il existe actuellement, dans aucun pays, un traité de pathologie digestive qui puisse être comparé à celui-ci par le nombre et la qualité des reproductions et aussi par leur valeur d'enseignement.

Les 629 radiographies hors texte (au lieu de 344 dans la 1re édition), forment en réalité un vaste album de radiologie digestive dont tous les clichés, choisis par l'auteur parmi les plus typiques de ses collections, décrits et commentés par lui, permettent aisément de s'initier ou de se perfectionner dans cette radiologie si spéciale du « carrefour ».

Il s'agit en somme d'un traité complet de clinique, de radiologie et de thérapeutique de toutes les maladies de l'étage supérieur de l'abdomen. Il rendra les plus grands services à un public médical très varié: aux médecins qui veulent s'initier à la clinique et à la thérapeutique des voies digestives, comme à ceux qui veulent s'y spécialiser; aux chirurgiens, puisqu'une grande partie des maladies étudiées sont de leur ressort; aux radiologistes, car l'examen à l'écran et l'interprétation des films sont l'objet dans chaque chapitre d'une étude approfondie.

« Le Dr GUTMANN, écrivait le Pr GOSSET dans sa préface à la première édition, a réalisé une œuvre exceptionnelle. Le même accueil, écrit aujourd'hui ce maître éminent, sera fait par le public médical de tous les pays à cette deuxième édition d'un ouvrage auquel j'avais prédit en 1930 le plus grand succès. »

L'Arythmie complète, (La Pratique Médicale Illustrée), par D. ROUTIER, Assistant de Cardiologie à l'Hôpital Broussais et P. THIROLOIX, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris. — In-8° de 50 pages avec 13 figures dans le texte et 2 planches hors texte: 20 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin & Cie, Editeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris, (6e).

A côté des tachycardies, qui ont déjà paru dans cette collection, il était tout indiqué et du plus grand intérêt de consacrer une monographie à l'arythmie complète. Les troubles du rythme ne sont pas l'apanage exclusif du cardiologue, ils sont d'observation courante et sont de ce fait un symptôme de haute valeur pour le praticien.

Leur analyse, leur diagnostic, leur signification, les indications thérapeutiques qu'ils entraînent ne forment donc pas seulement par leur réunion un chapitre abstrait et spécial de la pathologie cardiaque, mais bien une étude pratique de médecine interne générale.

Parmi les divers troubles du rythme, l'arythmie complète est celui qu'on rencontre le plus habituellement. Son diagnostic relativement aisé, la diversité des états pathologiques au cours desquels elle apparaît en font un symptôme d'utilisation pratique et journalière.

Il doit guider dans le diagnostic, le pronostic et le traitement au même titre qu'un souffle valvulaire. Une étude courte et résumée de cette arythmie, mais toutefois complète, n'a donc pas seulement pour but de marquer un jalon par simple satisfaction intellectuelle, mais bien d'exposer sous la forme d'une simple revue générale une question de pathologie qui doit être familière à tout praticien.

Crises Hypertensives, par Pierre BERNAL, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du Dr P. Abrami — 1 vol. in-8° de 170 pages: 25 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin & Cie, Editeurs, 8, Place de l'Ordéon, Paris, (6e).

Dans cet ouvrage l'auteur envisage successivement les hypertensions paroxystiques pures et les poussées hypertensives des hypertendus permanents.

Pour exceptionnelles qu'elles soient, les hypertensions paroxystiques pures ont pour le clinicien un intérêt considérable, parce qu'elles traduisent le plus souvent la présence d'une tumeur surrénale. Laissées à elles-mêmes, ces hypertensions évoluent avec la rapidité et la malignité d'un cancer, tandis que l'exérèse de la tumeur, toujours bénigne, détermine une guérison définitive.

Chez l'hypertendu permanent la variation tensionnelle semble l'élément essentiel du pronostic, la cause de la majorité des complications. Alors qu'une hypertension stable, bien tolérée, doit être respectée, les oscillations sphygmomanométriques sont justiciables d'un traitement régulateur sur le terrain pathogénique, la crise hypertensive apparaît comme le type des syndromes d'hypertonie neuro-végétative à prédominance ortho-sympathique et l'étude

de ses complications artérielles, cardiaques et rénales apporte quelques lumières dans l'interprétation obscure des hypertension permanentes.

Enfin on trouvera dans le dernier chapitre une étude critique des plus récents essais thérapeutiques médicamenteux, radiothérapiques ou chirurgicaux et l'exposé des méthodes nouvelles.

Les Varices, par L. GERSON, Assistant à l'Hôpital Saint-Louis. Préface de A. Louste, Médecin de l'hôpital Saint-Louis. — 1 vol. in-8° de 122 pages avec 34 figures dans le texte: 28 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin & Cie, Editeurs, 8 Place de l'Odéon, Paris, (6e).

Ce livre, essentiellement clinique et thérapeutique, a été rédigé pour l'étudiant et pour le praticien. Il met au point d'une façon précise et exacte la question du traitement sclérosant.

Un exposé original d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques sert de base à l'ouvrage. Il détaille ensuite minutieusement l'examen clinique avec les techniques d'exploration qui doivent entrer dans la pratique courante. Il a le mérite de rester dans le cadre du médecin général en insistant avec soin sur les étiologies multiples, sur l'état objectif du malade et sur l'appréciation de la circulation apparente et réelle.

Cet ensemble d'examens classe les varices qu'il faut respecter et celles qu'on doit scléroser.

Ayant fait œuvre sage de clinicien, l'auteur aborde le côté technique très spécial, qui ne s'apprend qu'au prix d'une longue expérience dont il cherche à faire profiter les médecins: choix critique de la seringue, des aiguilles et du liquide, favorables. Il préconise, à côté du salicylate de soude, le liquide de Lugol dont il a légèrement modifié la formule et dont il montre les remarquables résultats.

Après avoir donné un véritable code du traitement sclérosant, l'auteur montre la valeur des traitements s'adressant à l'état circulatoire.

Enfin les complications sont l'objet d'une étude précise: l'exposé de la désinfection des pansements, des pommades, porte la marque de l'école de Saint-Louis.

Cet ouvrage bien édité et abondamment illustré donne au médecin praticien un résumé méthodique et classé du traitement des varices que nul n'a le droit d'ignorer aujourd'hui.

La Pratique de la Collapsothérapie en Phtisiologie, par M. PIÉRY, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon et B. LE BOURDELLES, Professeur agrégé du Val-de-Grâce. 2e édition entièrement refondue. Préface de Carlo Forlanini. — 1 vol. in-8° de 350 pages, avec 59 figures dans le texte et 4 planches hors texte: 60 fr. Librairie Octave Doin, Gaston Doin & Cie, Editeurs, 8, Place de l'Odéon, Paris, (6e).

Ce livre fait suite à la monographie consacrée au pneumothorax artificiel, publié par les auteurs en 1913, et que le professeur Forlanini avait bien voulu présenter alors au public médical.

Depuis cette époque, le pneumothorax thérapeutique a fait l'objet d'innombrables travaux, sa valeur en phtisiothérapie n'est plus discutée; au pneumothorax sont venus s'adjoindre des procédés annexes aujourd'hui bien au point. Ainsi s'est constituée une méthode médicale, la Collapsothérapie, dont les principes et les techniques sont actuellement parfaitement définis.

L'ouvrage, entièrement refondu, se présente donc maintenant comme un véritable Précis de Collapsothérapie. Ses divisions générales comportent: *l'historique, le mode d'action, les indications* de la collapsothérapie, *les techniques collapsothérapeutiques* (pneumothorax, *phrénicectomie, thoracoplastie*, pneumolyse extra et intra-pleurale), *les accidents et complications* de ces diverses méthodes, *les formes cliniques du pneumothorax artificiel*, *les résultats* et *l'organisation* de la collapsothérapie.

Limitant volontairement l'étendue de leur travail, et les références bibliographiques, les auteurs se sont attachés à conserver à l'ouvrage le caractère essentiellement clinique et pratique de sa première édition. Ils ont voulu offrir à l'étudiant et au médecin qui s'intéressent à la tuberculose, un exposé ture de ce *Manuel de la Collapsothérapie* permettra à tous la mise en œuvre, opportune et aisée, de ces divers procédés, dans la complexe mais efficace lutte clair et succinct des données principales de la méthode. Mais surtout, la lecture de l'heure présente contre la « grande maladie ».



FORMULAIRE

FORMULES LAXATIVES

(d'après J. Boquet)

Extrait de bourdaine 100 grammes
Ext. de feuilles de séné 15 grammes
Elixir de Garus 150 grammes
Sirop d'écorces d'oranges Q.S. 500 grammes
2 ou 3 c. à liqueur par jour au moment des repas.

* * *

Ext. fluide de cascara 10 grammes
Phénolphtaléine 5 grammes
Elixir de Garus Q.S. 500 grammes
Une ou deux c. à soupe le soir.

FORMULES PURGATIVES

(d'après J. Boquet)

Phénolphtaléine 0 gr. .50
Saccharine 0 gr. .05
Alcool à 90% 20 grammes
Cassis Q.S. 60 grammes
Dans un verre d'eau.

* * *

Phénolphtaléine 0 gr. .50
Alcool à 90% 20 c.c.
Anisette 20 c.c.
Dans un verre d'eau.

R. BOUCHER.



ANALYSES

MEDECINE

Antoine RAYBAUD et Mme Andrée ROCHE. — **Valeur diététique de la sorbite dans la cure du diabète sucré.** La Presse Médicale. 31 janvier 1934, page 172.

En 1929, Tanhauser et Meyer proposèrent d'introduire dans la diététique du diabète la sorbite, hexalcoool dérivé du glucose, à titre d'aliment hydrocarboné donnant un bon rendement calorique et se prêtant bien à la synthèse du glycogène, sans effet sur la glycémie ni sur la glycosurie des diabétiques. Ils rapportèrent des expériences personnelles dont les conclusions tendaient à prouver les propriétés de la sorbite.

Raybaud et Mme Roche ont repris le côté expérimental de la question et son arrivés à des conclusions opposées.

Leurs expériences ont porté sur l'observation du quotient respiratoire qui n'a pas été élevé par l'ingestion de sorbite; sur le dosage du glycogène hépatique et musculaire après l'injection intra-péritonéale de sorbite chez des animaux déglycogénés au maximum; sur l'étude du rapport D/N chez des animaux phloridzinés.

Enfin l'injection intrapéritonéale de sorbite n'empêche pas les manifestations hypoglycémiques du cobaye, alors qu'une même quantité de glucose les faits disparaître.

L.-Henri GARIÉPY.

CHIRURGIE

Thomas Herbert THOMASON. — **Kystes et fistules de la région sacro-coccygienne.** Annals of Surgery, vol. 99, no. 4, avril 1934, p.585-592, avec 6 figures.

La région sacro-coccygienne, en raison de son développement embryologique très complexe, est, peut-être, le site le plus fréquent de formations pathologiques kystiques, fistuleuses et tumorales. Ces kystes et ces trajets fistuleux peuvent être divisés, suivant leur localisation, en deux classes: ceux occupant la région postérieure du sacrum et du coccyx, ceux siégeant à leur face antérieure. Les premiers sont bien connus au point de vue anatomique et leur traitement est plutôt simple. Il n'en est pas de même de ceux occupant la face antérieure. Ils entraînent des symptômes beaucoup plus sérieux et leur traitement est parfois très compliqué. Les tentatives faites pour les enlever par voie abdominale ont été désastreuses vu l'hémorragie qu'elles entraînent et les difficultés d'approche que présente cette voie. Law, en 1912, a décrit une méthode par voie externe, utilisant l'incision de Kraske et enlevant le coccyx et la partie inférieure du sacrum; un jour très grand est obtenu et l'exérèse peut se faire facilement. L'A. rapporte trois observations personnelles et les commente.

Mercier FAUTEUX.

Norman J. KILBOURNE. — **Valeur respective du traitement chirurgical et des injections sclérosantes dans les hémorroïdes internes; étude basée sur 62,910 cas.** *Annals of Surgery*, vol. 99, no. 4, avril 1934, p. 600-608.

Les partisans de la méthode opératoire montrent comme avantages du traitement chirurgical: intervention dans des conditions aseptiques, contrôle parfait de l'étendue des tissus à sacrifier, cure en une seule séance et cure permanente. Les partisans des injections sclérosantes déclarent de leur côté que les injections ne peuvent pas entraîner d'infection vu le pouvoir bactéricide des solutions employées. Les injections permettent d'éviter les rétrécissements parce qu'elles sont pratiquées sous la muqueuse; elles ne sont pas douloureuses, ne nécessitent pas l'hospitalisation, n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations quotidiennes. Les récidives sont dues à ce que le traitement n'a pas été suffisant et lorsqu'elles existent, c'est très simple que de faire quelques autres injections supplémentaires. Mais, d'après l'A., tous ces arguments ne règlent pas la question; ce n'est que par une étude attentive clinique, en comparant les résultats que l'on peut arriver à posséder une idée assez juste de la valeur respective de ces deux méthodes. Aussi a-t-il interrogé 57 proctologistes reconnus afin de connaître leurs résultats. Cette enquête montre que dans 36,648 cas traités par l'intervention il y eut 11 décès et que dans 26,262 cas traités par les injections il n'y eut aucun décès. Les hémorragies post-opératoires existaient dans le pourcentage de 0.573; les hémorragies à la suite des injections sclérosantes donnent un pourcentage de 0.279. Les rétrécissements post-opératoires: 0.22 p. 100; les injections ne donneraient pas de rétrécissements. Les récidives à la suite des injections seraient de 15 p. 100 en dedans de trois ans.

Mercier FAUTEUX.

Robert M. HARBIN. — **Le moignon appendiculaire comme agent d'infection.** *Annals of Surgery*, vol. 99, no. 4, avril 1934, p. 633-636.

En principe, une appendicectomie ne doit pas être considérée comme une intervention aseptique. L'infection existe toujours en puissance au niveau d'un moignon appendiculaire. Le drainage, dans les cas douteux, pourra occasionnellement prévenir une issue fatale.

Mercier FAUTEUX.

Ross M. LYMBURNER. — **Tumeurs du coeur: étude clinique et histopathologique.** *The Canadian Medical Association Journ.*, vol. XXX, no. 4, avril 1934, p. 368-373.

Les tumeurs du cœur sont rares. Quelques-unes présentent des manifestations cliniques, mais elles ne sont guère reconnues cliniquement. En effet leur tableau clinique simule très souvent des lésions cardiaques banales. De 1915 à 1931, à la clinique Mayo, sur 8,550 autopsies, furent trouvées 52 tumeurs secondaires et 4 tumeurs primaires du cœur. Les tumeurs secondaires furent classifiées ainsi: 36, épithélioma; 16, sarcome; 6, mélanôme malin; les tumeurs primaires comprenaient: 2, myxome; 1, rhabdomyôme; 1, angiome.

L'A., rapporte les observations complètes des cas de tumeurs primitives; au sujet des tumeurs secondaires, il donne le siège de la tumeur primitive et son mode de propagation au cœur. Dans ses conclusions, il remarque que le cœur droit est plus souvent touché dans le cancer secondaire. Il n'y aurait pas de signes ou symptômes pathognomoniques d'une tumeur cardiaque. Cependant des troubles cardiaques qui, survenant brusquement, s'aggravent et rétro-cèdent et ne répondent pas à l'action de la digitale doivent faire penser à une tumeur du cœur.

Mercier FAUTEUX.

P. MOULONGUET et J. ROUSSET. — **Ecoulements sanglants par le mamelon et ectasie généralisée des galactophores.** Journal de Chirurgie, tome XLIII, no. 4, avril 1934, p. 488-504, avec 10 figures.

L'ectasie généralisée des galactophores entraînant des écoulements de sang par le mamelon n'est pas une lésion exceptionnelle, bien qu'elle soit beaucoup plus rare que la tumeur végétante. A l'appui de cette assertion, les A. apportent 7 observations qui appartiennent: 3 à la collection Lecène, 1 à Okinczye, 1 à Oulié et 2 personnelles. Cliniquement, l'ectasie des galactophores est ainsi caractérisée: hémorragie constatée par plusieurs pores galactophoriques et absence de toute tumeur mammaire solide ou kystique. Ces deux caractères la différencient nettement de la tumeur végétante qui, elle, saigne par un seul et même orifice d'un galactophore et qui, en plus, donne une sensation de tumeur au palper. Cette affection se rencontre au cours de la période active de la vie génitale; les écoulements sanguinolents sont intermittents, irréguliers dans leur apparition; elle s'accompagne quelquefois d'une réaction ganglionnaire de l'aisselle. Au point de vue anatomo-pathologique, les A. divisent leurs observations en deux groupes qui se rapportent à deux types. I. — Le premier groupe (obs. I et II) concerne des cas d'ectasie généralisée des galactophores avec état quiescent et même atrophie de l'appareil glandulaire. Les canaux sont énormes, tantôt distendus, tantôt allongés et sinueux, comme disent-ils une chambre à air dégonflée; il n'y a aucune altération hyperplasique, aucune tendance tumorale des épithéliums. S'agit-il d'une lésion acquise ou congénitale? A leur avis, la richesse de l'appareil élastique est plutôt en faveur d'une malformation congénitale. II. — Le second groupe (obs. V, VI, VII) concerne des ectasies moins marquées des galactophores, coexistant avec un appareil glandulaire en activité. Les galactophores sont moins dilatés; les grains mammaires sont très développés, reproduisant des images de la phase dite pré-sécrétoire qui est, physiologiquement, celle de la gravidité. Il y a donc lieu de comprendre ces lésions d'une manière toute différente et de donner le premier rôle à l'hyperplasie glandulaire. Au point de vue traitement, comme il s'agit d'une affection bénigne, il faut être aussi conservateur que possible tout en évitant le retour des écoulements qui inquiètent les malades. L'amputation sous-cutanée de la glande mammaire remplit le plus convenablement ces directives. On fera, de préférence, une incision radiée. Elle absorbe directement la région des canaux excréteurs principaux.

Mercier FAUTEUX.

W. B. MARBURY. — **L'appendicite au cours de la grossesse.** Am. Journ. of Surg., mars 1933, p. 437-442.

Le pronostic est favorable, pour la mère et l'enfant, jusqu'au sixième mois, dans les cas non suppurés. Dans les mois qui suivent la mortalité augmente avec le nombre de mois de la gestation et la durée de l'appendicite en heures. L'intervention précoce est donc le facteur le plus certain de l'abaissement de la mortalité. Lorsqu'il s'agit de péritonite généralisée, il faudra faire une césarienne, suivie de l'hystérectomie.

Mercier FAUTEUX.

Pedro MOURA, de BRITO et LOPES. — **Trois cas de tumeurs bénignes de l'estomac.** Journal de Chirurgie, tome XLIII, no. 3, mars 1934, p. 363-373, avec 10 figures.

A propos de trois cas de tumeurs bénignes de l'estomac, les A. étudient ces tumeurs plutôt rares. En effet, Eustermann et Santy, sur une série de 2,168 néoplasmes gastriques observés à la clinique Mayo de 1907 à 1921, ne trouvent que 27 tumeurs bénignes. A la clinique de Eiselberg, sur 1,125 néoplasmes gastriques, il ne fut trouvé que 5 tumeurs bénignes. Suivant ces auteurs, les symptômes et signes physiques n'ont pas une netteté suffisante pour permettre un diagnostic exact. Cependant l'examen radiologique aurait une grande valeur et permettrait le diagnostic pré-opératoire de bénignité. La radiographie montre une petite image lacunaire qui ne peut pas se confondre avec les images lacunaires des cancers. Ces tumeurs sont tantôt des schannomes, fibromes, lipomes, myomes ou fibro-myomes, tantôt des adénomes, polypes, angiomes, kystes simples, parasitaires ou dermoïdes.

Mercier FAUTEUX.

P. MATHIEU et P. LANCE. — **La sacro-coxalgie chez l'adulte.** Revue Médicale Française, an. XV, no. 3, mars 1934, p. 257-262, avec 2 figures.

Les A. rapportent cinq observations de sacro-coxalgie chez l'adulte, dont quatre cas opérés. Les manifestations douloureuses sont incontestablement le signe clinique le plus fréquent: a) à type de sciatique; b) pelviennes; c) rachidiennes. Le fait de se retourner sur le plan du lit pour passer du décubitus dorsal au décubitus ventral réveille les douleurs (dans les 5 cas rapportés). L'étude des radiographies met en évidence la valeur d'un signe sur lequel ont insisté Richard, Delahaye et Calvet: c'est le décrochement pubien caractérisé par l'ascension du pubis du côté malade; cette dénivellation est surtout appréciable au bord inférieur de l'ogive pubienne. Au point de vue thérapeutique, on a proposé: a) les méthodes d'exérèse du foyer; b) les méthodes ankylosantes. Parmi les opérations ankylosantes, les A. donnent la préférence à l'arthrodèse extra-articulaire. Les méthodes d'exérèse ont à leur actif de trop bons résultats pour qu'on puisse les écarter délibérément, ce qui semble la tendance actuelle de quelques chirurgiens. Au lieu d'opposer ces deux méthodes, ne serait-il pas, disent-ils, plus rationnel de les combiner

et de pratiquer un traitement en deux temps dans un certain nombre de cas où les lésions paraissent bien limitées sans abcès pelvien avec ou sans séquestre visible à la radiographie. Lorsque l'exérèse totale est impossible, l'arthrodèse d'emblée trouve son indication.

Mercier FAUTEUX.

M. BOPPE et J. CHOMET. — **Traitement des fractures sus-condyliennes de l'humérus chez l'enfant.** Journal de Chirurgie, tome XLIII, no. 4, avril 1934, p. 505-514, avec 14 figures.

L'immobilisation du coude en flexion forcée dans une attelle plâtrée dorsale ou dans le collier de Broca est, de l'avis des A., une technique loin d'être parfaite. Il est difficile de contrôler cliniquement et radiologiquement la reposition correcte de la palette humérale. Aussi ont-ils cherché une technique de réduction corrigeant méthodiquement les différents déplacements du fragment épiphysaire, permettant le contrôle radioscopique facile et évitant l'immobilisation en flexion forcée antiphysiologique et dangereuse. Tout d'abord, afin de corriger le chevauchement, ils tirent sur la main ou le poignet, coude en extension complète dans l'axe du bras en abduction de 90 degrés, la contre-extension étant réalisée par une sangle thoracique. A ce moment, continuant la traction, ils placent l'avant-bras et la main en pronation complète et le déplacement latéral se trouve exactement corrigé. Un examen radioscopique est fait pour s'assurer que ce déplacement est bien disparu. Alors, empauvant, des deux mains, le bras au-dessus du coude, les doigts sur la face antérieure du bras, les deux pouces sur l'olécrane qu'il propulsent en avant, la pronation complète étant maintenue, ils portent progressivement le coude à angle droit, l'avant-bras au zénith. Une radioscopie contrôle alors la réduction dans le sens antéro-postérieur. L'appareil plâtré, composé d'une attelle dorsale et d'une ou deux bandes circulaires s'étendant depuis l'épaule jusqu'aux articulations métacarpophalangiennes des doigts et ne dépassant pas, à la paume le pli de flexion palmaire inférieur, est ensuite appliqué. L'immobilisation dure 18 à 20 jours. Ils ont traité ainsi, à l'hôpital Trouseau, une douzaine de fractures sus-condyliennes avec gros déplacement. Constamment, il ont obtenu des réductions satisfaisantes et souvent des réductions parfaites.

Mercier FAUTEUX.

GYNECOLOGIE

STEIN et E. J. COPE. — **Trichomonas vaginalis.** Am. J. Obst. et Gynec., juin 1933.

Sur 58 femmes ayant une vaginite à trichomonas, les auteurs ont trouvé des trichomonades 3 fois dans les sécrétions et 5 fois dans l'urine. Il est évident, d'après cette observation, qu'il n'existe pas de relation entre la présence du trichomonas dans le vagin et dans les autres endroits du corps humain. Il existe des cultures caractéristiques qui différencient le trichomonas vaginal de celui de la bouche ou de l'intestin. Il existe quelques exem-

ples de contagion familiale. Cependant, l'évidence est insuffisante pour conclure de la transmission directe de personne à personne. L'hormone sexuelle féminine, ajouté au milieu de culture, stimule la multiplication du trichomonas vaginalis *in vitro*. La source des trichomonades dans le vagin est inconnue. Les A. prétendent que le trichomonas vaginalis n'appartient qu'à l'espèce humaine et qu'il doit se différencier des autres espèces.

LS-ARTHUR MAGNAN.

L.-E. PHANEUF. — **L'infection pelvienne chez la femme.** New England Med. J., août 1933.

Les infections pelviennes chez la femme sont divisées en trois groupes, à savoir: gonococciques, post-partum ou post-abortum et tuberculeuses. Le trichomonas vaginalis occasionne une vaginite souvent prise pour vaginite gonococcique.

Le traitement de l'infection gonococcique doit être conservateur dans la première période de l'infection et, durant la seconde période, où il existe une invasion des organes pelviens.

Dans le troisième stage, où les lésions sont dégénératives, l'intervention chirurgicale semble indiquée.

L'A. discute longuement sur les infections puerpérales. Ici encore les meilleurs résultats sont obtenus par les mesures conservatrices, par les petites transfusions répétées et par l'administration de sérum antistreptococcique.

La chirurgie de l'infection puerpérale consiste à drainer: 1o. Un périnée infecté; 2o. Un abcès pelvien; 3o. A faire une hystérectomie pour des abcès multiples du muscle utérin.

Les infections tuberculeuses jouent un rôle secondaire dans les infections pelviennes de la femme. Leur traitement est diététique, hygiénique et conservateur à l'état aigu; il est chirurgical durant la phase chronique.

L'A. rapporte son expérience de quinze ans et demi. Il a fait 909 opérations pour infections pelviennes, avec une mortalité de 0.9%.

LS-ARTHUR MAGNAN.

PEDIATRIE

A. LEMARIEY et L. HAMON. — **Les techniques endoscopiques dans le diagnostic et le traitement du croup et de la diphtérie trachéo-bronchique.** ("Revue Française de Pédiatrie," Tome IX, No 6, 1933, p. 693.)

Cet important mémoire a pu être réalisé, grâce à une collaboration étroite et quotidienne entre pédiatres et laryngologistes dans le service de la diphtérie de l'hôpital Trousseau, à Paris.

C'est un travail de quatre années de recherches, basé sur 26 observations personnelles qu'on trouvera reproduites *in extenso* dans la Thèse de L. Hamon ("Laryngoscopie directe et aspiration dans le croup et la diphtérie trachéo-bronchique de l'enfance", Thèse de Paris, 1933-34. Jouve édit.) Il se termine

par des conclusions où la pensée des auteurs est résumée dans les propositions suivantes:

1° La laryngoscopie directe constitue une merveilleuse méthode de diagnostic précis et instantané dans toutes les dyspnées de l'enfance et dans le croup en particulier. Elle constitue la clé de la laryngologie infantile;

2° L'examen laryngoscopique permet d'isoler diverses formes anatomo-cliniques de diphtérie des voies aériennes comportant un pronostic extrêmement varié;

3° Le traitement endoscopique basé sur la détersion du larynx par l'aspiration des fausses membranes qui l'obstruent rétablit la perméabilité laryngée et, supprimant le risque vital d'asphyxie, donne au sérum le temps d'agir;

4° L'aspiration des fausses membranes se pratique au moyen de canules appropriées, sous le contrôle de la vue, le larynx étant découvert par laryngoscopie directe, sans aucune anesthésie;

5° L'aspiration peut remplacer le tubage dans tous les cas de croup et ne comporte pas les risques et accidents classiques inhérents à l'intubation. Elle constitue le seul traitement rationnel de la diphtérie trachéo-bronchique, des formes ulcéro-œdémateuses de la diphtérie laryngée, du croup compliqué de broncho-pneumonie et du croup du nourrisson."

Paul LETONDAL.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

E. GAUMOND. — **Xéroderma pigmentosum**. Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec, mars 1934.

Cette dermatose a été si rarement signalée chez-nous pour qu'il importe de la relever.

Il s'agit d'un homme de 23 ans qui s'est présenté non pas pour ses lésions cutanées mais pour une tumeur de la lèvre inférieure de la grosseur d'un œuf de pigeon saignant facilement, datant d'un mois.

Dans la même famille trois frères et deux sœurs présentent la même affection cutanée. Les lésions consistent en des taches pigmentaires et achromiques en des élevures hyperkératosiques siégeant avec prédominance aux endroits découverts et à la périphérie des membres. Le début remontait à l'âge de 2 ans.

A la lèvre inférieure, il s'agirait d'un épithélioma spino-cellulaire.

L'auteur se propose de continuer l'étude de cette observation par des examens histo-pathologiques et d'observer les autres membres de la famille atteints de la même affection.

Paul POIRIER.

Cannon BENSEN et M. KARELITZ. — **Intradermal tests in relation to arsphenaminé dermatitis.** Archives of Dermatology and Syphilology, April, 1934.

Les auteurs présentent un premier rapport sur cette épineuse question des réactions cutanées vis-à-vis les arsenicaux.

De 1928 à 1933 inclusivement, ils ont observé personnellement 256 cas, pratiquant en tout 1586 réactions.

Selon leur observation il n'y a pas de rapport constant entre l'intra-dermo-réaction, et les réactions cutanées que peuvent présenter les malades soumis aux traitements arsenicaux.

L'intra-dermo-réaction, n'aurait aucune valeur de pronostic ou de diagnostic. Cependant l'intra-dermo-réaction préviendrait dans une certaine mesure les éruptions cutanées.

Paul POIRIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

L. LAMY. — **Luxation congénitale de la hanche; résultats.** (Bulletins et mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris. No. 25, 1934).

L'auteur préconise une méthode personnelle pour la réduction de la luxation congénitale de la hanche, qu'il pratique sous anesthésie générale; comme première position, le membre est mis en flexion à 90° et en abduction à 90°, et cette position est maintenue pendant trois à quatre mois. Après cette période de temps, le membre est mis en extension à 120°, en abduction à 30° ou à 40° et en rotation interne à 20° ou à 30°, pendant trois mois. Par la suite, le membre est placé en extension complète, en abduction à 20° et en rotation interne à 80°, pendant trois mois, et le malade, son appareil enlevé est gardé au lit pendant un mois.

Pendant cette dernière période de repos, l'auteur préconise des massages du membre et des applications de rayons ultra-violets et la marche est permise quatre ou cinq fois par jour pendant cinq minutes mais le malade doit toujours être aidé pour faire les premiers pas. Il faut avoir soin d'éviter toute fatigue.

L'auteur a traité cinq cents malades jusqu'en 1925 avec une proportion de 63% de lésions bilatérales également réparties chez les garçons et chez les fillettes; dans l'ensemble, 89 et 2/10% des malades étaient des filles. Comme résultats, 430 cas furent guéris et 70 non améliorés avec une proportion de 25.8% dans les lésions bilatérales.

Les mauvais résultats furent surtout observés chez les enfants âgés de plus de cinq ans, alors qu'il y avait des lésions profondes de la tête et du col du fémur.

Pour l'auteur l'immobilisation prolongée présente des inconvénients sérieux; elle favorise la déminéralisation du fémur et peut être la cause de fractures spontanées et de déformation du col. Dans les réductions sanglantes, il faut craindre les complications secondaires d'ostéo-arthrite.

Pour prévenir les ennuis de l'immobilisation, l'auteur a imaginé un appareil qui permet la flexion et l'extension du genou et ne néglige jamais de traiter l'état général par une diète soignée et les applications régulières de rayons ultra-violets.

Edmond DUBE.

F. M. CONWAY et J. G. STUBENBORD. — **Les effets de l'immobilisation sur l'os normal.** (The effects of immobilization on normal bone). The Journal of Bone and Joint Surgery, avril 1934.

Les effets de l'immobilisation sur l'os normal et en santé sont peu connus. D'après la loi de Wolff il serait supposer y avoir certains changements. Les auteurs ont voulu expérimenter en ce sens.

Ils ont immobilisé le poignet et l'avant-bras au moyen de deux attelles plâtrées, l'immobilisation du genou fut pratiquée quelques fois. Ils firent faire des radiographies en série des os immobilisés et de ceux non immobilisés avant et après l'expérience. Il fut tenu compte du sexe, de l'âge, des conditions physiques et du métier. Les radiographies faites par W. Belden du "New York Hospital" ne révèlent aucun changement osseux.

Ces constatations sont différentes de celles que nous trouvons dans l'os fracturé où la densité diminue, le cortex s'amincit et le canal médullaire s'élargit.

La raison de la décalcification de l'os est probablement un changement dans son métabolisme. Le choix des cas fut limité à cause du court séjour des malades chirurgicaux. Il n'y eut rien de spécial au sujet de la diète. Tous les malades qui présentaient des maladies pouvant affecter le système osseux furent éliminés de l'épreuve.

En conclusion l'auteur n'a constaté aucune atrophie, du moins radiographiquement dans un os normal sain immobilisé deux ou trois semaines.

Joseph RIVARD.

PHTISIOLOGIE

E. ROGENBOGEN. — **Traitement de la pleurite sèche par pneumothorax artificiel.** Deutsche medizinische Wochenschrift, juin 1933.

Les phénomènes douloureux souvent insupportables de la pleurite sont produits par le frottement des feuillets pleuraux. Dès lors le traitement de choix de ces algies thoraciques est l'immobilisation ou l'écartement de la plèvre viscérale et pariétale.

Les procédés anciens: immobilisation du bras, décubitus latéral, compression thoracique, etc., se montrent souvent inefficaces. Dans ces cas, l'auteur préconise l'institution d'un pneumothorax artificiel lequel ferait disparaître la douleur, éviterait la formation d'adhérences, parfois même détruirait les adhérences récemment formées. Il suffit d'introduire du gaz en petite quantité: les grandes compressions sont inutiles. Généralement, les réinsufflations ne sont pas nécessaires; l'apparition d'un exsudat est exceptionnelle d'où la question: le PNO ne serait-il pas susceptible d'éviter la formation de l'exsudat?

Dans son exposé, l'auteur ne prévoit pas la possibilité d'obstacles au pneumothorax. En effet, les quelques observations qu'il publie confirment sa théorie un peu paradoxale. L'auteur aurait obtenu sans difficulté la séparation des feuillets pleuraux et malgré l'introduction d'air dans une plèvre irritée, il aurait rarement observé un exsudat à la suite de la piézothérapie faite dans ces conditions.

André DUMONTIER.

F. LOURMEL. — **La ponction précoce des pleurésies exsudatives.** *Munchener medizinische Wochenschrift*, juin 1933.

Ne sont justifiables de la ponction évacuatrice que les pleurétiques dont l'exsudat détermine une gêne mécanique, ou bien les pleurétiques chez qui le liquide pleural ne se résorbe pas spontanément après sédation de la fièvre: voici la conduite thérapeutique des classiques.

L'auteur considère ces règles périmées et prétend que l'abstention entraîne des conséquences fonctionnelles néfastes, alors que nul inconvénient ne résulterait du fait de fonctions évacuatrices précoces. La ponction évacuatrice n'est aucunement risquée ni contre-indiquée, même si elle ne provoque pas la chute de la température et la résorption de l'épanchement.

Par contre, l'abstention respecte la persistance prolongée de l'épanchement; l'épanchement prolongé occasionne la formation de fibrine; la fibrine est contemporaine des adhérences: dès lors nous voyons une gêne fonctionnelle permanente s'installer et nous nous plaçons dans l'impossibilité absolue de pratiquer ultérieurement un pneumothorax satisfaisant si celui-ci devenait nécessaire.

L'auteur est donc partisan de la ponction précoce, aussi complète que possible; à l'exsudat évacué, il substitue de l'air. L'entretien du pneumothorax ainsi déterminé sera pratiqué si l'état du poumon sous-jacent le rend nécessaire.

Cette méthode de ponction précoce des pleurésies exsudatives est basée sur des résultats thérapeutiques immédiats qui seraient satisfaisants suivant son instigateur.

André DUMONTIER.

G. Von der WETH. — **Diagnostic d'adhérences pleurales au moyen de procédés radiokymographiques.** *Deutsche medizinische Wochenschrift*, juin 1933.

Le procédé radiokymographique de Stumpf permet de diagnostiquer des symphyse pleurales totales ou partielles avec une précision beaucoup plus grande que les techniques anciennes.

Ce procédé radio-diagnostique est basé:

- a) Sur la restriction de l'incurvation diaphragmatique surtout au niveau de sa portion thoracique.
- b) Sur la diminution du parallélisme de l'ombre pulmonaire et diaphragmatique, comparé au côté opposé.
- c) Sur la réduction de l'amplitude pulmonaire et diaphragmatique vers la paroi thoracique.

Les symphyse interlobaires sont caractérisées par un déplacement de l'axe des mouvements diaphragmatiques vers le haut. Naturellement si la plèvre pariétale ne participe pas à la symphyse, ces restrictions mouvementées ne s'observent pas.

Enfin il faut toujours bien étudier le médiastin, car la participation médiastinale au processus symphysé entraîne habituellement un retentissement clinique sur le cœur.

André DUMONTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

Beulah CUSHMAN. — **Etudes portant sur le champ visuel au cours des accès céphalalgiques d'origine hypophysaire.** The Journ. of the Am. Med. Ass.; 9 septembre 1934; p. 837.

L'auteur, au début de son travail, rapporte certaines publications qui ont trait à l'anatomie de la selle turcique et de la pituitaire. Il indique que l'hypophyse est incluse dans la selle turcique entourée d'un revêtement dure-mérien. Celui-ci se continue à la partie supérieure sous forme d'un diaphragme tendu entre les quatre clinoides, au milieu duquel se trouve un petit orifice qui laisse passer la tige infundibulaire. Il rappelle que certains gonflements physiologiques de l'hypophyse (durant la grossesse, à l'approche de l'époque menstruelle, à la ménopause) peuvent être la cause de céphalée par pression exercée par elle sur les terminaisons nerveuses du revêtement dure-mérien de la selle. L'auteur communique 10 observations, concernant 9 femmes et un homme, chez lesquels les accès de céphalée étaient accompagnés d'une contraction du champ visuel pour certaines couleurs, soit concentrique, soit le plus souvent temporal, associée, chez certains malades, à des scotômes achromatopsiques périphériques ou centraux.

La céphalée d'origine hypophysaire intéresse 3 groupes de malades, selon les symptômes associés: il y a ceux qui présentent le syndrome rattachable à la simple distension de la capsule dure-mérienne sous l'effet d'une hypertrophie physiologique de la glande;

il y a ceux qui ont des symptômes de dysfonction hypophysaire;

il y a enfin ceux qui manifestent les signes de dysfonction glandulaire et de distension de la capsule au sein d'une petite selle.

Les modifications du champ visuel ne seraient pas exclusivement dues à l'action mécanique de la glande gonflée sur le chiasma, mais aussi, dans certains cas, à une influence toxique venue de la pituitaire et portée sur lui.

L'auteur a obtenu des résultats heureux par la radiothérapie dirigée sur la glande et par l'opothérapie hypophysaire.

En conclusion, il semblerait utile de ne pas sous-estimer cette pathogénie hypophysaire de certaines céphalées associées à des troubles légers du champ visuel et qui peuvent guérir par une thérapeutique logique.

Roma AMYOT.

P. L. DROUET, Louis MATHIEU et Louis COLLESSON (de Nancy).
— **Excrétion dans l'urine de principes hypophysaires au cours de la migraine.** B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris; 18 déc. 1933 p. 1485.

Pour Fisher et Hodges, Paulian, Timme et Papdee l'hypophyse jouerait un rôle important dans le mécanisme de la migraine.

Riley, Brickler et Kuzrok ont trouvé du Prolan (sécrétion du lobe antérieur) dans les urines des migraineux sur un rythme d'apparition voisin de celui observé par les auteurs du présent travail.

Ceux-ci ont étudié, chez 14 migraineux, le fonctionnement de la glande pituitaire en recherchant dans les urines l'Intermedin de Zondek sécrété par la "Pars Intermedia", principe mélanophoro-dilatateur.

Leurs recherches leur ont permis de conclure que, sur 14 malades, 12 présentaient une hypersécrétion d'hormone dite post-hypophysaire et que cette dernière s'accompagne vraisemblablement d'un hyperfonctionnement total de la glande.

Ils trouvèrent l'Intermédin dans les urines d'une façon intermittente, c'est-à-dire durant une période contemporaine des paroxysmes migraineux ou encore immédiatement avant l'accès et immédiatement après.

Les auteurs ne peuvent affirmer si l'hyperfonctionnement hypophysaire est la cause immédiate de l'accès migraineux ou encore s'il agit sur la symptomatologie de la crise par un mécanisme second.

Ils ne sont pas en plus grande mesure d'assurer si le trouble hypophysaire n'est qu'un symptôme biologique contemporain du syndrome migraineux et sous le contrôle d'une cause commune, ou si l'hyperfonctionnement hypophysaire parvient à créer un terrain favorable à développer les mécanismes humoraux facteurs de migraine.

Roma AMYOT.

Harvey Cushing. — **Activité du lobe postérieur de la pituitaire étudiée d'un point de vue anatomique.** *The American Journal of Pathology*; septembre 1933; p. 539.

L'apport de Cushing à la somme de nos connaissances sur la physiologie et la pathologie de la glande pituitaire est déjà considérable.

Jusqu'à ce jour, comme d'ailleurs la majorité des auteurs, il s'était occupé particulièrement du lobe antérieur de cette glande, de ses fonctions et des inter-relations qui existent entre lui et le diencéphale.

Depuis sa description du basophilisme hypophysaire, l'attention de Cushing a été dirigée plus spécialement vers le lobe postérieur et des travaux intéressants ont été effectués.

Celui dont il s'agit ici est riche de faits concrets et de séduisantes hypothèses portant sur un groupe important de phénomènes pathologiques.

Qu'on en juge par ces conclusions:

La sécrétion du lobe postérieur possède ces propriétés: 1) d'élever la pression artérielle; 2) de faire contracter les muscles lisses; 3) de provoquer de l'hyperglycémie; 4) de stimuler la formation des mélanophores cutanés; 5) de diminuer la sécrétion rénale.

Le produit sécrétoire grâce auquel elle agit provient, en toute certitude, de la "Pars Intermedia" dont les cellules, rendues à maturité, deviennent basophiles. Sous l'influence d'une excitation qui vient des centres végétatifs hypothalamiques ou diencéphaliques, ces cellules basophiles émigrent vers le lobe postérieur et y sont transformées en "corps hyalins" découverts par Herring, c'est-à-dire en une substance colloïde. Cette substance progresse vers la cavité infundibulaire par la voie des espaces lâches neuraux ou inter-cellulaires.

Dans certaines conditions pathologiques caractérisées particulièrement par de l'hypertension artérielle, on peut remarquer une hyperplasie marquée des éléments basophiles et une migration en masse de ces derniers vers le lobe postérieur; on peut noter une abondance de substance colloïde.

On a pu observer chez l'homme une hyperactivité du lobe postérieur dans un cas d'adénome basophile de l'hypophyse avec syndrome de basophi-

lisme hypophysaire et subséquemment dans des cas d'éclampsie et d'hypertension artérielle dite essentielle.

Dans les deux derniers cas, une substance fut décelée dans le sang, qui possédait les mêmes propriétés que celles que l'on attribue à l'extrait du lobe postérieur.

L'auteur est d'avis que l'infiltration basophile de la pituitaire postérieure exprime une activité exagérée du lobe postérieur de l'hypophyse et représente la base pathologique des troubles hypertensifs. Il reste à identifier le stimulus neuro-humoral qui déclenche primitivement la basophilie neuro-hypophysaire.

Roma AMYOT.

LABORATOIRE

G. RAMON. — **Les progrès récents dans la vaccination par l'anatoxine diphtérique.** La Presse Médicale, 31 mars 1934.

L'immunisation contre la diphtérie par l'anatoxine a subi l'épreuve du temps et les résultats obtenus dans divers pays depuis dix ans sont des plus encourageants.

En France l'emploi d'une anatoxine dont le titre ne dépassait pas 10 unités par centicube s'est révélé capable de négativer la réaction de Schick chez 94 à 96% des sujets vaccinés. Dans certaines conditions le taux des vaccinés s'est abaissé à 92% ou 90%. Les non vaccinés ont donc dans un centicube de sérum moins de 1/30e d'unité antitoxique. Beaucoup de sujets vaccinés également par les trois injections (0.5-1.-1.5 cc.) ayant reçu par conséquent 30 unités antigènes ne possèdent dans leur sérum qu'un léger excès d'antitoxine, barrière à peine suffisante contre la toxi-infection diphtérique.

La technique comportant trois injections n'est pas sans présenter aussi certains inconvénients, laps de temps assez long entre la vaccination et l'immunisation, vaccination incomplète, facteurs ne favorisant pas la généralisation de la méthode.

Comme l'efficacité d'une méthode de vaccination consiste dans son application au plus grand nombre de sujets possible et dans la facilité de son application l'auteur a élaboré une nouvelle méthode permettant de réaliser ces conditions.

L'anatoxine est d'autant plus immunisante que sa valeur antigène intrinsèque est plus forte. Plus la valeur antigène d'une antitoxine est élevée plus l'immunisation qui en résulte est solide, mais comme l'anatoxine est le dérivé de la toxine diphtérique la solution du problème repose sur la préparation d'une toxine riche en unités antigènes.

L'emploi d'un bouillon non fermenté, glucosé et additionné d'acétate de soude a permis à l'auteur d'obtenir une toxine titrant de 20 à 30 unités antigènes. L'anatoxine délivrée actuellement par l'Institut Pasteur de Paris titre 20 unités antitoxiques au centicube alors que l'ancienne titrait seulement 8 unités.

Il existe une relation étroite entre la valeur antigène intrinsèque de l'anatoxine et son pouvoir immunisant. Chez les enfants vaccinés avec une anatoxine titrant 7 unités 82% ont présenté un Schick négatif; les vaccinés

avec une anatoxine titrant 12 unités ont fourni 93% de réactions négatives et les vaccinés avec une anatoxine titrant 16 unités ont fourni 96.5% de Schick négatifs.

Après trois injections d'une anatoxine titrant 16 unités (1cc - 1cc - 2cc) soit 64 unités 100% sur un total de 265 enfants ont présenté une réaction de Schick négative. Le dosage d'antitoxine contenue dans le sérum des individus traités par ce procédé a montré que 95.63% de ces individus possédaient plus de 1/10 d'unité antitoxique alors que chez les individus vaccinés selon la méthode classique 80% seulement possèdent plus de 1/10 d'unité.

L'emploi d'une anatoxine titrant au minimum 20 unités injectée en deux temps seulement, 1cc et 2cc à trois semaines d'intervalle a fourni les résultats suivants: sur 612 enfants de 14 mois à 12 ans chez qui l'épreuve de Schick était positive avant la vaccination 609 soit 99.5% présentèrent trois semaines à un mois après la seconde injection une réaction de Schick négative.

L'emploi de cette nouvelle formule a permis à l'auteur d'atteindre le but proposé: accroissement du pourcentage des sujets immunisés, augmentation de la valeur de l'immunité acquise par chaque individu, réalisation plus commode de l'immunisation par diminution du nombre des injections.

Les tentatives d'immunisations par l'emploi d'une seule dose d'anatoxine titrant plusieurs centaines d'unités antitoxiques n'a fourni qu'environ 85 à 90% de résultats favorables.

L'addition de substances non spécifiques, poudre de tapioca, chlorure de calcium à l'anatoxine diphtérique, dans le but d'obtenir une production plus abondante d'antitoxine chez l'animal a été essayé.

Les tentatives de vaccination en utilisant l'anatoxine d'une petite quantité de chlorure de calcium ont donné une augmentation sensible de la valeur de l'immunisation mais le procédé n'est pas à recommander à cause des réactions trop vives qu'il provoque.

Les vaccinations associées en mélangeant anatoxine diphtérique et vaccin microbien antitypho-paratyphoïdique, ce dernier remplaçant le tapioca, ont donné à M. Dopter des résultats très heureux, 100% des sujets étant ainsi immunisés.

Albert BERTRAND.



SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 7 mars 1934.

Présidence de M. Eug. Dufresne, président.

Procès-verbal.

1° Malformation congénitale ayant entraîné une péritonite généralisée. —
Par M. Léon GERIN-LAJOIE.

Après avoir rappelé la constitution anatomo-histologique de l'hymen, le rapporteur souligne quelques-unes des malformations ou anomalies de cette région en insistant sur l'imperforation de cette membrane qui peut entraîner des dégâts considérables. L'incision cruciale de l'hymen imperforé est simple, indolore et peut se faire sur la table d'examen. Cette manœuvre, chez une fillette que l'on aura eu la précaution de bien examiner lorsqu'elle nous sera amenée pour des troubles d'aménorrhée à l'âge de la puberté, sauvera l'enfant de bien des ennuis. La péritonite généralisée est une affection évidemment rare à la suite d'imperforation de l'hymen, mais j'ai eu l'occasion d'en observer un cas dont voici l'histoire.

Une jeune fille de 18 ans est amenée à l'hôpital Notre-Dame dans la nuit du 19 au 20 janvier dernier en pleine péritonite. L'histoire assez difficile à éclaircir se résume à une crise abdominale aiguë survenue vers le 25 décembre. Vers le 12 janvier, pour la première fois de sa vie, la malade perd du sang par le vagin: sang noir et poisseux. Les douleurs persistent toujours, la température est plus basse que la normale tandis que le pouls augmente à 116 et 120. Son médecin l'envoie en pleine péritonite après l'avoir gardée sous observation près de 25 jours. L'aspect général est celui d'une adipo-génitale profondément intoxiquée. La laparotomie est pratiquée d'urgence après un examen qui révèle un hymen lacéré en forme de L. Celui-ci s'est d'ailleurs rupturé sous l'effort de la pression du sang qui s'est accumulé dans le vagin. L'ouverture du péritoine laisse échapper un liquide noirâtre, purulent, d'odeur très fétide et sous pression. Les trompes sont regorgées de sang qui suinte de pavillons en apparence gangreneuse. Annexectomie double. Drainage par Mickulicz et tubes. La malade meurt dans la nuit du même jour. L'autopsie a révélé une péritonite généralisée, une congestion intense des deux poumons, une distension et une gangrène du vagin, du col utérin et de l'utérus lui-même. La pièce que je présente fait voir un vagin mesurant environ huit pouces de long, six pouces de diamètre, un col complètement dilaté et effacé et un utérus augmenté de volume bien que sensiblement rétréci par les liquides conservateurs. Cette observation démontre bien l'importance de toujours examiner les malades qui n'ont pas leurs règles lorsqu'elles ont dépassé l'âge de la puberté, afin de se rendre compte de la possibilité d'une imperforation de l'hymen.

M. François de MARTIGNY: Est-ce que la malade avait déjà eu un écoulement menstruel par le vagin?

M. Léon GERIN-LAJOIE: Non.

M. A. Z. CREPAULT: Est-ce qu'il y avait des lésions du côté de l'annexe droite et du côté de l'appendice?

M. Léon GERIN-LAJOIE: Oui, il y avait des lésions très marquées au niveau des deux annexes; tant qu'à l'appendice, il n'en est pas question dans le rapport du pathologiste.

M. Eugène SAINT-JACQUES: Je me rappelle d'avoir examiné une fillette de 15 ans qui se plaignait de douleurs à la fosse iliaque droite accompagnées de température. Le diagnostic porté fut appendicite aiguë. A l'opération, il fut trouvé du sang dans la cavité péritonéale; l'appendice était normal; la trompe droite était dilatée et enflammée; l'utérus très gros et le vagin surdistendu. Il s'agissait d'une imperforation de l'hymen.

Question à l'ordre du jour.

2° La Gastro-suspension.

M. François de MARTIGNY: Nous sommes heureux d'avoir ici des médecins qui pourront nous éclairer sur une question fort discutée: la gastro-suspension. Nous avons besoin, nous médecins et chirurgiens de Montréal, d'éclairer nos confrères de la campagne sur ce problème. J'ai eu l'honneur de proposer Messieurs Nové-Josserand, Desrosiers et Saint-Jacques. J'espère qu'à la suite de cette discussion nous en aurons tiré un grand bénéfice et je demande à Monsieur le Président d'inviter nos invités d'honneur à communiquer leurs opinions.

M. NOVE-JOSSERAND: Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en m'invitant à exposer devant la Société de Chirurgie les indications de la gastro-suspension vues du point de vue médical.

Je ne m'aventurerai pas sur le terrain de la technique des nombreuses opérations qui ont été proposées en ces dernières années pour apporter une solution chirurgicale physiologique à la gastropse; un profond respect de la chirurgie et la crainte salutaire de me risquer sur un terrain dangereux ne me le permettent pas.

Je n'ai en vue dans cette communication que les indications du traitement chirurgical de la ptose gastrique par suspension et coulissage de la grande courbure préconisé par Lambret en 1927 et que j'ai vu pratiquer sur mes malades à Sainte-Jeanne d'Arc par les Docteurs Saint-Jacques et Bohémier, dès 1929.

Dans quels cas, nous, médecins, devons-nous y penser, quand devons-nous confier nos malades aux chirurgiens? Dans notre pratique médicale courante, tant hospitalière que privée, nous voyons souvent des patients, ordinairement jeunes, qui se plaignent de troubles digestifs variés: douleurs au creux épigastrique, insomnie, troubles de la vue, scotomes, quelquefois vomissements, toujours, céphalées sourdes, étourdissements, vertiges, palpitations, absence de résistance à la fatigue physique et intellectuelle allant jusqu'à l'asthénie. Cet état, vrai musée pathologique où il est souvent difficile de mettre à l'ordre, s'accompagne ordinairement d'un amaigrissement considérable.

Les mêmes plaintes se répètent, si le patient est fidèle pendant des mois, malgré les traitements et tous les encouragements que vous lui prodiguez: il change son médecin, son régime, porte des ceintures variées, et son état ne se modifie pas et va même en s'aggravant.

A l'examen objectif, vous constatez souvent une musculature générale déficiente, un état d'affaiblissement marqué de la paroi abdominale. Quand le malade est couché, le ventre est étalé, on voit des battements épigastriques et on perçoit souvent un bruit de clapotage stomacal, non pas seulement après les repas, fait ordinairement normal, mais 3 ou 4 heures après, indice du retard d'évacuation.

Ces malades, pour éviter ces malaises, restreignent leur alimentation; ils maigrissent, leurs muscles fondent et ils augmentent sans cesse leur myasthénie. Un état névropathique s'installe surajouté à cette myasthénie: un état anxieux du malade qui se renferme dans sa tristesse ou raconte en détails ses multiples misères souvent inscrites sur le papier, à la grande terreur du consultant pressé. C'est un neurasthénique qui va bientôt devenir un mental. J'ajouterai que ces malades sont ordinairement des hypotendus et toujours des sous-endocriniens.

Cet état est caractéristique de la ptose atonique de l'estomac que vient confirmer l'examen aux rayons X. Au point de vue radiologique, la ptose gastrique se présente sous les aspects suivants: allongement de l'estomac et étirement de sa partie verticale donnant ainsi une sorte de pseudo-biloculation. Le niveau inférieur de l'estomac descend au-dessous de la ligne horizontale des crêtes bi-iliaques souvent à quelques centimètres du pubis. Abaissement des angles spléniques et hépatique du côlon, accompagné d'une ptose du transverse. Quant au duodénum, il se comporte selon deux types bien distincts: ou bien le duodénum ne descend pas autant que l'estomac, le genu superius reste accroché aux environs de la 3^{ème} lombaire; ou bien le duodénum accompagne la moitié droite de l'estomac dans sa descente vers le bassin. Certains auteurs établissent une distinction entre ces deux variétés et ne reconnaissent comme appartenant à la ptose que la deuxième. Il est oiseux de parler de différence entre la gastropptose et l'atonie: il n'y a pas de gastropptose sans atonie. La gastropptose d'ailleurs n'est pas tout: elle révèle un trouble profond de la musculature gastrique qui aboutit à la distension plus ou moins prononcée de l'estomac avec abaissement de son bas-fond qui forme cul-de-sac dans lequel s'emmagasinent les liquides résiduels qui sont plus ou moins mal évacués par le pylôre, ce qu'il faut toujours rechercher sous l'écran. Tels sont les aspects cliniques et radiologiques sous lesquels se présentent ces malades.

Quelles sont maintenant les indications de la gastro-suspension?

Il ne faut pas oublier qu'un sujet longiligne peut avec des organes abaissés être bien portant toute sa vie. Etant donné la fréquence de la ptose et surtout parce qu'elle est bien supportée par de nombreux sujets chez lesquels elle revêt les caractères d'une conformation individuelle, il faut faire une discrimination et il ne s'agit pas de faire opérer tous les estomacs allongés ou abaissés. Comme le dit Lambret: "l'équilibre qui maintient ces sujets en bonne santé est instable et il est facilement rompu par une grossesse, une maladie, des soucis et par l'apparition parfois dès le jeune âge de cette atonie dont la cause nous échappe. Quand l'atonie s'installe, elle ne rétrocede plus,

les troubles commencent, s'aggravent en même temps que s'établissent les cercles vicieux qui exagèrent les symptômes et en font naître de nouveaux. C'est pourquoi à vivre la question, je suis de plus en plus partisan de la précocité de l'opération."

Les facteurs qui conditionnent l'intervention chirurgicale peuvent se résumer dans les points suivants: l'allongement de l'estomac dont le bas-fond atteint souvent le petit bassin, l'étirement de sa partie moyenne donnant l'aspect radiologique d'une fausse biloculation ont une importance évidente, mais il ne faut pas oublier que l'estomac est un organe dont la motilité prime surtout et c'est pourquoi j'attache plus d'importance aux points suivants:

1: — Une évacuation défectueuse et surtout un retard dans cette évacuation.

2: — Cette évacuation, en dehors de la motricité propre de l'estomac, est conditionnée par la position du duodénum et du bulbe. Si le duodénum reste accroché au niveau de la L. 3, il y a tiraillements sur les nerfs du petit épiploon, le bulbe est déformé et souvent allongé: la hauteur qui sépare le bas-fond de l'estomac qui peut atteindre 6 à 8 pouces du cap du genu superior, est considérable et l'estomac atonique présente des contractions trop faibles pour faire parcourir régulièrement cette distance au bol alimentaire: il y a des rates d'évacuation dont il faut tenir compte.

Si le duodénum est descendu et accompagne la moitié droite de l'estomac dans sa descente dans le bassin, il y a alors tiraillements sur le canal de Wirsung, sur le cholédoque et sur les nerfs du petit épiploon: la situation n'est pas meilleure. Tôt ou tard les pérviscérites s'installeront avec adhérences au carrefour, périoduodénite et souvent stase dans le duodénum engendrant une véritable toxémie.

3: — Enfin nous attachons de l'importance à l'abaissement des angles splénique et hépatique du côlon et de sa portion transverse avec toutes les conséquences qu'il serait vain de vous énumérer.

Je crois avec Lambret qu'en présence de ces signes cliniques et radiologiques et même lorsque les troubles fonctionnels sont encore peu accentués, on peut songer à la gastro-suspension, surtout lorsque le traitement médical, physiothérapique, diététique, port d'une ceinture ont échoué. Il n'y a aucun intérêt à attendre des troubles plus prononcés avec déchéance de l'état général, cachexie, avancée, compliquée de troubles névropathiques de dénutrition, confinant à un véritable état mental.

C'est dans ces cas trop tardivement opérés qu'on compte les insuccès.

Je laisse à messieurs les Chirurgiens le soin de discuter la gravité de cette intervention et l'ensemble des résultats qu'ils ont obtenus. Je ne parle que des faits qui sont tombés sous mon observation personnelle.

Par elle-même, la gastro-suspension de Lambret n'est pas une opération choquante; si elle ne modifie pas le terrain, elle obtient des résultats physiologiques qui assurent un meilleur fonctionnement de l'estomac en facilitant l'évacuation de l'organe et en supprimant les tractions et les élongations douloureuses. Elle ne guérit pas toujours, mais dans 60 p. 100 des cas au moins, elle procure des améliorations profondes: transformation de l'état général; augmentation de poids; disparition des troubles fonctionnels, céphalées, douleurs, lourdeurs, vertiges; disparition de l'asthénie et de la dépression nerveuse; renaissance de l'activité et de l'aptitude au travail.

Il y a cependant des échecs. Lambret les attribue aux sujets psychopathes avancés, aux erreurs de technique, aux erreurs de régime post-opératoire, aux lésions associées: stase duodénale, lithiase biliaire, cholécystite, ulcère duodénal, adhérences au carrefour et périviscérite.

Ces cas nécessitent évidemment des manœuvres opératoires combinées à la gastro-suspension, opérations nécessaires mais qui aggravent l'acte opératoire. Ce ne sont point ces cas que j'ai à envisager aujourd'hui.

Le Secrétaire annuel,
Mercier FAUTEUX.

Séance du 4 avril 1934.

Présidence de M. Eug. Dufresne, président.

Procès-verbal.

Communications.

1° Rupture précoce de grossesse extra-utérine. — Par M. Eugène Saint-Jacques.

À tous et chacun d'entre nous, on a enseigné que généralement les grossesses extra-utérines ruptureraient plutôt entre la 4^{ième} et la 8^{ième} semaine, que le coup de poignard abdominal en était un signe majeur, que l'hémorragie vaginale apparaissait de concomitance ou tôt après la rupture, que le Douglas se présentait habituellement bombant, que l'hémorragie intra-abdominale peut être foudroyante, emportant la malade en quelques heures comptées, enfin qu'elles poursuivent rarement leurs cours jusqu'à terme.

I: — RUPTURE PRECOCE: *Observation I.* — Madame T., 30 ans, n'a pas eu de retard de règles, les dernières remontent à trois semaines. Subitement le soir, les douleurs s'allument au bas-ventre et à droite. Souffre toute la nuit. Nous la voyons le lendemain après-midi. Elle souffre beaucoup. Ventre ballonné. Pas de température. PAS D'HEMORRAGIE VAGINALE, mais elle présente l'aspect d'un "CATACLYSME abdominal." Vu le non-retard de règles, un Douglas apparemment normal et une légère douleur au McBurney, nous inclinons vers une appendicite aiguë malgré l'absence de température. Mais, qui n'a pas rencontré, exceptionnellement je le veux, d'appendicite aiguë sans température. Nous en voyions un cas dernièrement encore. Sur cette impression de cataclysme abdominal, nous laparotomisons d'urgence et trouvons une grossesse tubaire droite rupturée, avec inondation péritonéale. La malade, opérée il y a dix jours, est en belle convalescence et demande à se lever.

Ni retard de règles, ni hémorragie vaginale chez cette malade, nous tenons à le souligner. Quand la rupture a lieu à l'annexe droite, il n'y a pas à être surpris si le diagnostic d'appendicite soit posé quand les signes habituels de la rupture font défaut tels que douleur subite en coup de poignard, métrorragie et retard de règles. Mauclair, dans une étude détaillée de cet aspect de la question le signalait dans la Gazette des Hôpitaux (no. 26, mars 1926) en rapportant toute une série d'observations à cet effet. Le Docteur Léon Gérin-Lajoie, dans l'Union Médicale du Canada, en a rapporté des observations personnelles identiques.

La rupture peut-elle se faire plus tôt encore? Oui.

Observation 2. — Malade qui vient à peine de terminer ses règles il y a 10 jours. Elle fait tout de même subitement sa rupture et l'opération la sauve.

Observation 3. — En voici encore une autre qui rupture tôt et qui masque elle aussi son état abdominal par l'absence d'hémorragie vaginale. Madame B., 24 ans, vient d'avoir ses règles, mais elle souffre du ventre depuis 5 jours. Notons encore qu'elle ne fait pas d'hémorragie vaginale, mais son col paraît douteux et surtout le Douglas bombe. L'opération montre une grossesse tubaire gauche rupturée.

Observation 4. — Madame J. L. vient d'avoir ses règles il y a trois semaines, mais depuis 10 jours souffre du ventre. L'hémorragie vaginale apparaît et augmente, elle saigne présentement. L'examen vaginal montre la signature de la maladie par un Douglas bombant et peu douloureux qui repousse l'utérus en avant. L'opération montre une rupture de la trompe gauche.

Observation 5. — Madame E.B. n'a pas eu de retard de règles, ses dernières remontant à trois semaines. Mais une douleur subite au ventre est suivie d'hémorragie vaginale. La douleur est au McBurney et l'opération montre une grossesse tubaire gauche rupturée.

Observation 6. — Madame P., 28 ans, voit ses règles normalement en août. En septembre, retard de quelques jours, puis elle commence à perdre un peu et irrégulièrement avec légères douleurs abdominales. Température: 99.1. L'examen vaginal montre un col apparemment velouté et dans le Douglas une petite masse ronde et légèrement douloureuse. Nous posons le diagnostic de "fissure" probable d'une trompe en gestation et l'opération montre une trompe légèrement fissurée, avec un peu de caillots sanguins dans le Douglas et une légère réaction péritonéale.

Observation 7. — Madame J. B., 41 ans, a eu 23 enfants. Pas de retard de règles. Douleurs subites à l'abdomen et métrorragie. L'opération montre une rupture de la trompe gauche avec un bassin rempli de sang.

Donc voilà six malades qui n'ont pas présenté de retard de règles et qui manifestement faisaient des grossesses extra-utérines tôt rupturées, durant le premier mois.

Il convient d'être sur nos gardes et ne pas compter sur ce symptôme d'une suspension menstruelle.

II: — La rupture est-elle toujours accompagnée de métrorragie? Non.

Observations 3, 5, 7, rapportées plus haut, ruptures sans hémorragie vaginale.

Observation 8. — Madame L. N., 35 ans, retard de règles de trois mois, vomissements incoercibles, mauvais état général. Douleur en coup de poignard le dimanche matin. N'appelle le médecin que le lundi, il hésite. Elle n'arrive à l'hôpital que le mercredi, 4ième jour, exsangue: globules rouges: 1,200,000; globules blancs: 33,000. Pas de métrorragie. Pouls à 120, Douleur à droite. Pensons à une appendicite aiguë et péritonite. Laparotomie d'urgence montre une inondation péritonéale sanguine à tout l'abdomen venue d'une trompe gauche rupturée. La malade est vidée de son sang et malgré les sérums intra-veineux meurt l'après-midi.

III. — La rupture est-elle toujours douloureuse? Non.

Observation 9. — Madame V., 30 ans, souffre depuis quelques mois du ventre et davantage depuis 3 à 4 semaines sans que les douleurs aient eu de début aigu et subit. Température. Nous croyons à une paramétrite, car le Douglas est bombant. Par colpotomie il donne du sang cailloté et du pus. Vieille rupture passée inaperçue.

Observation 10. — Madame H. A., 28 ans, malade depuis 4 semaines sans début aigu. Température. Anémie marquée. Douglas bombant. Colpotomie donne du sang et des caillots. La température reprenant impose la laparotomie qui fait constater un bassin rempli de caillots sanguins venant d'une trompe rompue, sans que la douleur subite se soit manifestée au début.

D'ailleurs les observations cliniques portant sur ce fait particulier que la rupture est au début souvent indolore est souligné par Farrar qui, analysant 309 cas de grossesses extra-utérines observées au Women's Hospital de New-York, signalait dans *The American Journal of Obstetrics* de juin 1919 que le début cataclysmal était rare, mais le plus souvent insidieux et conséquemment que fréquemment la rupture est bien souvent une découverte opératoire. Sproat Hoaney le signale à son tour avec d'autres auteurs aussi.

IV: — La rupture est-elle toujours brutale? Non.

Observation 11. — Madame J. V., 28 ans, règles irrégulières. Souffre au lit depuis 6 semaines avec des paroxysmes intenses. Température. Subitement à 5 hrs p.m., une douleur vive à l'abdomen qui impose la laparotomie le soir même et nous constatons une annexe droite rupturée et saignante avec un Douglas rempli de caillots. La trompe a cédé à son extrémité frangée.

Observation 12. — Madame P., 25 ans, se présente en mai. Dernières règles en décembre, il y a 4 mois. En fin février, première crise abdominale douloureuse. La rupture n'a du être qu'une fissure, car la grossesse continue. Pas d'hémorragie vaginale. Nous croyons à une poussée d'annexite qui d'ailleurs s'améliore très vite. Retourne chez elle. Deuxième crise abdominale. Revient à l'hôpital. Pas d'hémorragie vaginale. Bassin présente une masse. La laparotomie montre une extra-utérine rupturée vers le 4ième ou 5ième mois. Le fœtus est mort. Notons qu'en aucun temps hémorragie vaginale. Les deux ruptures se sont faites successivement.

V: — Les métrorragies peuvent être tardives.

Observation 13. — Madame G. L., 24 ans, fait il y a trois semaines, une douleur subite au ventre qui la réveille la nuit. Les choses se calment. Elle reprend son travail.

Pas de métrorragie, les douleurs réapparaissent, augmentent et finalement la mettent au lit, alors qu'après trois semaines elle commence à faire de la métrorragie. La laparotomie confirme le diagnostic de grossesse extra-utérine rupturée venant de l'annexe gauche qui est éclatée.

VI: — Le Douglas bombe-t-il toujours? Non.

Observation 14. — Madame A. J., 43 ans, vient consulter pour une métrorragie rebelle depuis 6 semaines. Nous pensons à une fausse couche mais l'examen vaginal nous incline plutôt à une annexite. Peu de douleurs. Et la laparotomie fait trouver un peu de sang libre avec une grosse masse cailloté à l'annexe gauche.

VII: — La rupture peut-elle être brutale, mortelle même? Oui.

Observation 15. — Madame D., 35 ans, est depuis une huitaine souffrante nettement de sa vésicule biliaire. Ses règles sont en retard de trois mois. Tout à coup le 25 avril douleur vive au ventre et le lendemain métrorragie, qui arrête bientôt. Je pense à une extra-utérine rompue et le note à l'observation. Gardée sous observation. Subitement à 4 hrs p.m., douleur vive à l'abdomen. J'étais absent. Je rentre à 9 heures. La malade est exsangue. Pouls à 120-130. Sérum et stimulants. Laparotomie d'urgence. Le ventre est rempli de sang qui découle encore de la trompe qui présente un placenta auquel pend un fœtus apparemment encore vivant. Mais la malade qui est saignée à blanc, meurt bientôt.

J'ai encore présent à la mémoire la mort presque subite, en 4 heures, à la campagne de la femme d'un de mes maîtres de la chirurgie de Paris, du fait de la rupture subite d'une extra-utérine rompue brutalement et contre laquelle il ne put y avoir de recours.

VIII: — Les grossesses extra-utérines rupturent-elles toujours? Non.

Observation 16. — Nous avons souvenir d'une grossesse extra-utérine diagnostiquée telle par le professeur Pinard à Baudelocque, avec fœtus vivant que le Maître garda sous observation de tous les moments jusqu'au huitième mois et demi afin d'avoir un enfant vivant de plus pour la France, que nous vîmes laparotomisée par le professeur Segond qui fit cadeau à Pinard d'un beau bébé vivant. La poche dut être marsupialisée, comme il convient de le faire dans ces cas, et naturellement la convalescence fut longue. Mais quel risque à faire courir à la malade!

Enfin pour terminer, un cas extraordinaire.

Observation 17: — Une femme jeune et élégante vient consulter pour des malaises abdominaux qui imposent la laparotomie. Et, oh! surprise!, nous trouvons un lithopodion de 10 pouces de long, vieux pensionnaire de la cavité abdominale, bien toléré depuis longtemps et qui vit le jour par la mauvaise voie et trop tard; et inutile d'ajouter à la très grande surprise de la mère.

Observation 18 et 19: — Vous en trouverez deux cas rapportés par le professeur Kelly de Baltimore, dans son *Traité de Gynécologie opératoire*, avec photos, si le sujet vous intéresse.

Ce cas de Pinard et de Segond n'est pas unique, croyez-le bien.

Gordon Ley en rapportait deux cas à la Royal Society de Londres, section de gynécologie et signalait qu'il en avait relevé 100 cas dont l'évolution avait atteint 8 mois.

Portes, Desnoyers et Leblanc rapportaient à la Société d'Obstétrique de Paris, en 1929, le cas d'une jeune femme qui, après "11 mois" d'aménorrhée, vint consulter pour une tuméfaction abdominale qui n'avait été accompagnée d'aucune métrorragie, sauf au neuvième mois. La laparotomie montra un kyste extra-utérin non rompu, d'où l'on retira un fœtus macéré de 8 livres. Et il en est d'autres encore. Papadoulos, chirurgien en chef à Constantinople, présentait à la Société Impériale de Médecine, l'observation d'une femme qui à 28 ans offrait les signes d'une grossesse normale. Pas d'accouchement au 9ième mois; mais au milieu du 10ième mois, douleur subite abdominale. Tout se calme. Elle reprend ses occupations. Le ventre reste gros 4 années durant, puis diminue. Mais il persiste une masse encore six années durant.

Puis durant deux années le ventre recommence à grossir pour finalement aboutir et donner issue à un liquide jaune épais; après deux mois, la fistule se ferme; en fin de compte, elle est amenée à l'opération qui montre une masse abdominale adhérente partout qui était un sac à parois fort épaissies, à contenu très dur qui n'était qu'une masse osseuse sphérique contenant 152 morceaux provenant d'un squelette de fœtus. Somme toute, l'abdomen avait toléré ce pensionnaire anormal durant 12 années.

Les grossesses extra-utérines peuvent-elles récidiver? Oui.

Madame M., Montréal, fait une première grossesse extra-utérine qui rupture et récidive du côté opposé 2 ans plus tard.

Madame M., Montréal, fait une première grossesse extra-utérine qui suivie d'une grossesse à terme, et de nouveau une grossesse extra-utérine à gauche que le professeur opère sous nos yeux.

Ch. Sens, dans sa thèse à Paris, en 1901, relevait 89 cas de grossesses extra-utérines récidivantes. Heret, de même, dans sa thèse de Paris, en 1901, faisant suite à celle de Sens, en signale 35 nouveaux cas et signale que trois grossesses extra-utérines chez la même femme est chose inconnue. Et cependant Baynham (dans le no. 6, Med. Phil., Revue de 1909) rapporte le cas d'une femme qui subit trois laparotomies pour grossesses extra-utérines.

Peut-il y avoir des grossesses extra-utérines multiples à la fois?

Les caprices de la nature sont aussi étranges que nombreux.

Par caprice, la nature multiplie parfois les grossesses dans une même trompe. Ainsi, dans l'American Journal of Obstetrics d'avril 1910, l'on rapportait le cas d'une jeune femme qui fait une rupture d'une grossesse extra-utérine, à l'opération, on trouve deux fœtus de 33 cm, avec chacun un cordon rattaché à un placenta unique. Tixier en rapportait un cas identique à la Société de Chirurgie de Lyon en 1931. De même Leslie Arey (in Surg., Gyn., & Obst., juin 1923) et W. E. Darwall (in Surg., Gyn., & Obst., mai 1923) ont-ils chacun rapporté un cas similaire de grossesse tubaire double.

En conclusions, disons donc qu'il convient de reviser les idées courantes sur l'évolution et la terminaison des grossesses extra-utérines. Et nous dirions alors: Les grossesses extra-utérines peuvent rupturer tôt, dès le premier mois, avant tout retard des règles. La rupture peut se faire sans être douloureuse et passer inaperçue. La rupture peut se faire par étapes successives, avec aggravation graduelle des symptômes. Si la rupture est généralement tôt suivie de pertes sanguines vaginales, il ne faut pas oublier que la métrorragie peut faire défaut tout à fait, ou n'apparaître que fort tardivement. Exceptionnellement, la grossesse extra-utérine peut progresser jusqu'au 4 ou 5ième mois avant d'éclater. Enfin plus exceptionnellement encore, elle peut continuer jusqu'à la fin de la maturité de l'enfant, mais non sans faire courir à la mère comme à l'enfant des risques généralement mortels pour les deux.

Quelle conduite tenir en face d'une grossesse extra-utérine rompue?

L'opération immédiate est indiquée, si la rupture vient de se produire. Mais il faut remonter la malade auparavant par des stimulants et du sérum intra-veineux. Si le cas est urgent, le sérum peut être donné durant l'opération. Si rien ne paraît urgent, comme dans un cas de fissure où l'hémorragie se fait lentement et s'arrête bientôt, mieux vaut laisser reposer la malade de son transport à l'hôpital, libérer les intestins, la remonter et on peut risquer d'attendre au lendemain.

Si le cas est de vieille date, que l'hématocèle rétro-utérine est infectée et que le Douglas bombe, ainsi que nous avons vu une malade nous arriver trois mois après sa rupture, une colpotomie première évacuera l'abcès, quitte à retourner par une laparotomie ultérieure compléter le nettoyage du bassin.

Rappelons que c'est Keller qui le premier proposa hardiment, aussi loin que 1872, la laparotomie pour la guérison. Mais ce fut surtout Lawson-Tait qui la fit passer dans la pratique par son Mémoire publié en 1884 où il rapportait 40 succès sur 42 opérations, ce qui montrait une technique déjà magistrale, puisque c'était en 1884.

Comment convient-il de procéder?

L'abdomen ouvert, les tranches d'incision bien isolées par des compresses épaisses maintenues par un écarteur fixe, et après protection des anses intestinales par de nouvelles compresses abdominales, le double geste premier qui s'impose est l'arrêt de la venue du sang artériel par le pincement et de l'artère ovarienne et de la branche montante de l'artère utérine au ras de l'utérus. Le premier pas: deux pinces immédiatement mises en place. Dès lors, l'hémorragie étant arrêtée, le nettoyage se fait facilement. Nous terminons en laissant, au fond du Douglas, 15 cc. environ de liquide de Calot. On place un gros tube mâché que nous faisons sortir soit au bas de l'incision ou mieux généralement par un "stab wound" à côté de l'incision médiane, matière de goût ou d'expérience.

M. Léon GERIN-LAJOIE: J'aurais aimé que M. Saint-Jacques nous eût apporté la preuve cytologique des cas rapportés. Les avortements tubo-abdominaux sont souvent causes de troubles abdominaux qui commandent une intervention.

M. B.-G. BOURGEOIS: Il arrive parfois que les grossesses extra-utérines soient récidivantes. Je me rappelle un cas. Quant au diagnostic histologique, son importance a été démontrée lors d'une discussion à la Société Médicale, où les hémorragies de la trompe furent montrées n'être pas toujours en rapport avec des hémorragies de la grossesse extra-utérine.

M. François de MARTIGNY: Il y a lieu de distinguer l'hémato-salpinx de l'hémorragie de la grossesse extra-utérine. J'ai déjà opéré un cas de grossesse extra-utérine bilatérale et deux cas de grossesse extra-utérine récidivante. Le nombre toujours croissant des salpingites donne l'explication de la fréquence de cette complication.

M. Eugène SAINT-JACQUES: A l'examen histologique, l'on ne trouve pas toujours des signes de grossesse.

2° Tumeur maligne rétro-péritonéale. — Par M. Ernest PRUD'HOMME.

Il s'agit d'une femme, âgée de 31 ans, qui présente subitement des douleurs abdominales. Antérieurement, il y a cinq à six mois, elle présentait une crise identique avec vomissements. A l'interrogatoire, on relève en plus une histoire de passé gastrique assez chargée: vomissements noirâtres et moelena. A l'examen, l'abdomen est tendu, contracté et la douleur présente son maximum d'intensité au niveau de la fosse iliaque droite. Le facies est franchement péritonéal. Le pouls file à 120. La respiration est de 20-35 à la minute. La température est de 99. Le toucher vaginal est négatif. Un diagnostic d'appendicite suppurée est porté et une intervention d'urgence est

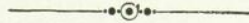
décidée. A l'ouverture de la paroi abdominale, l'on remarque avant l'incision du péritoine que celui-ci est bleuté et nous pensons immédiatement à une inondation péritonéale. Cependant à l'ouverture du péritoine, les organes utéro-ovariens apparaissent normaux. Le caeco-ascendant est repoussé vers la partie médiane de l'abdomen par une masse rétro-péritonéale. En ouvrant le péritoine postérieur, il s'écoule un litre environ de liquide sanguinolent. A ce niveau, il y a une tumeur qui saigne abondamment. Tamponnement. Sérum intra-veineux, Fermeture de la paroi. Le lendemain, en faisant le pansement, on se rend compte que l'hémorragie a cessé. Le troisième jour, la malade succombe. A remarquer qu'une hémoculture faite avant la mort montre du streptocoque hémolytique. A l'autopsie, péritonite généralisée et tumeur du pôle inférieur du rein droit de 2,400 grammes. L'examen histologique de cette pièce révéla qu'il s'agissait d'un liposarcôme de l'espace rétro-péritonéal avec métastase au rein.

M. Eugène SAINT-JACQUES: Voici un cas vraiment intéressant puisque la malade présentait une tumeur rare et en même temps une septicémie.

M. L. BLAGDON: Je crois que l'on peut rapprocher cette tumeur des kystes du mésentère que l'on rencontre généralement au niveau de la région caecale.

M. B.-G. BOURGEOIS: L'observation de M. Prud'homme se superpose à celle d'une jeune fille que j'ai eu à traiter pour douleurs abdominales s'accompagnent d'une tumeur du flanc gauche qui donnait l'impression d'un rein avec hydronéphrose. Une pyélographie montra qu'il ne s'agissait pas du rein. A l'intervention, nous trouvons une tumeur rétro-péritonéale de fort volume, aplatie et jaunâtre. Fermeture de la paroi. Il fut démontré ultérieurement que cette masse était un lymphosarcome.

Le Secrétaire annuel,
Mercier FAUTEUX.



SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTEROLOGIE

Séance du 25 avril 1934

Présidence de M. Dubé.

- 1) a) **Un cas de cardiospasme traité chirurgicalement avec succès par la méthode de Heller.** — b) **Présentation d'une pièce anatomique de la nature d'un myome développé aux dépens du mésentère et ayant entraîné des crises subocclusives.** — M. le prof. B.-G. BOURGEOIS.⁽¹⁾

Discussion:

M. J.-A. MOUSSEAU se dit d'autant plus intéressé au cas, qu'il l'avait lui-même soumis à toute la série des antispasmodiques pendant trois mois. L'œsophagoscopie, par M. J.-N. Roy, n'avait rien révélé. Il croit que, dans ces cas, le cardiospasme relève d'une dysharmonie fonctionnelle entre les deux antagonistes du système neuro-végétatif. Il signale la présence d'une dilatation sus-stricturale invisible sur les clichés. La dilatation serait une garantie de succès. A défaut de celle-ci le patient sera soumis à une intervention.

M. M. FAUTEUX: M. Bourgeois vient de nous présenter une observation intéressante de cardiospasme traité et guéri chirurgicalement. Nous n'avons pas souvent l'occasion d'entendre rapporter de tels cas. En 1931, Scrimger en publiait cinq cas; en 1933, j'en rapportais moi-même un cas à la Société de Chirurgie; ce qui ne fait, en somme, que 7 observations de cardiospasme traité par une intervention chirurgicale. C'est vraiment peu si nous considérons la population de la ville et le nombre des malades qui nous viennent de la campagne. Cette affection, dont l'étiologie nous échappe, a donné lieu à plusieurs hypothèses étiologiques: Greenwood croit qu'il s'agit d'une lésion congénitale analogue à la sténose hypertrophique du pylore; Adams attribue à une altération nerveuse locale de nature mal déterminée cet état spasmodique; Agrifoglio en fait un trouble du système nerveux autonome.

Quoi qu'il en soit, ce qui importe c'est de savoir quels sont les moyens mis à notre portée pour traiter et guérir ces malades. Le traitement médical ne donne pas de guérisons; les antispasmodiques, la belladone et l'atropine en particulier, non seulement n'améliorent pas le spasme, mais souvent l'augmentent. Les dilatations œsophagiennes ont peut-être une indication dans le cardiospasme simple du début, c'est-à-dire à une phase où il n'y a pas encore de dilatation; mais une fois celle-ci constituée, ces dilatations sont dangereuses et pénibles; elles doivent certainement céder le pas à la chirurgie. Bien des interventions ont été proposées pour guérir le cardiospasme; je crois que l'œsophagoplastie extra-muqueuse de Heller, telle qu'employée par M. Bourgeois dans le cas rapporté ce soir, est l'intervention la plus simple, la moins dangereuse et celle qui donne les meilleurs résultats.

(1) Nous regrettons n'avoir pu présenter un exposé des deux magnifiques observations du prof. Bourgeois qui n'a pu nous les faire parvenir encore.

M. Saint-Jean DesROSIERS suggère que l'on se serve de la méthode de pneumo-dilatation (Stark) avant de s'adresser à un traitement chirurgical.

M. Pierre SMITH présente un court historique des opérations pratiquées en présence d'un cardiospasme. Le mérite reviendrait à Van Den, en 1909, puis à Heller (1913), enfin à Camargo (Sao Paulo, Brésil), dont Delbet avait importé la méthode en France. Le danger de toute méthode est d'ouvrir la muqueuse œsophagienne, car bientôt l'affection se loge dans la région. Il propose comme nom au cas rapporté le Dr B. celui de: *rétrécissement cardio-œsophagien essentiel*. Le siège dans les derniers centimètres de l'œsophage, sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Elle n'a rien d'inflammatoire. Cette opération devrait se généraliser. Elle n'a rien de hasardeux, ressemblant beaucoup à l'opération de Fredet dans la sténose pylorique.

M. J.-N. ROY demande à M. S. si Camargo pratique vraiment la même technique que Heller.

M. P. SMITH décrit alors la technique de Camargo, qui consiste en une section de tout le manchon fibreux entourant l'œsophage, ainsi que dans un évidement de la muqueuse.

M. J.-A. MOUSSEAU se dit curieux de savoir la pathogénie de la fréquence du cardiospasme au Brésil.

M. SMITH suggère l'hypothèse d'un terrain spasmophile. Les peuplades indigènes du Brésil s'alimenteraient de façon assez spéciale.

M. A. JUTRAS fait remarquer qu'on distingue peu la distension sus-stricturale sur les clichés. Elle aurait pu être forcée.

Le prof. LAQUERRIERE affirme que cette distension a été bien observée, et que le cliché ne rend compte que d'un moment.

M. B.-G. BOURGEOIS dit ne pas avoir voulu prendre date en présentant cette observation, pas plus que d'enrichir la statistique sur cette question. Il admet que la pneumo-dilatation est une opération non-sanglante, mais avec des succès bien aléatoires lorsqu'on a dépassé le premier stade de cette maladie. Or, les troubles spasmodiques qui caractérisent celle-ci entraînent, à la longue, une œsophagite, puis des lésions organiques cicatricielles. La dilatation n'aurait qu'un effet temporaire. Seule, la section peut apporter des résultats définitifs. Chez les Mayo, dont la statistique a atteint plus de mille cas, une clinique spéciale s'occupe de corriger les cardiospasmés au moyen du bougirage, sans doute par crainte du traitement chirurgical. Les seuls accidents sérieux de la méthode opératoire (d'Heller) semblent imputables à une ouverture injustifiée de la muqueuse.

2) Un cas de spasme œsophagien haut situé. — M. Saint-Jean Des-ROSIERS.

M. D. présente l'histoire d'une malade accusant, depuis l'âge de 4 ans, jusqu'à l'âge actuel (14 ans), des crises d'étouffement avec constriction rétro-thoracique, trois ou quatre fois par année.

A l'âge d'un an et demi, elle avait avalé par mégarde de la lessive de soude, en partie rejetée. Le dernier accident a consisté dans l'impossibilité ni de faire passer dans l'estomac, ni de rejeter à l'extérieur, après avoir mangé, comme elle en avait l'habitude, un morceau de bifteck d'assez fort volume.

Les rayons X montrent l'arrêt de ce morceau vis-à-vis de la crosse aortique, dû sans doute à un spasme qui ne cède pas aux anti-spasmodiques (Dr L. Gagnier).

Une œsophagoscopie est pratiquée. La malade est réhydratée: 500 c.c. de sérum physiologique et, 70 heures après l'accident, peut reprendre une diète légère.

Un deuxième cliché démontre que tout passe bien. Monsieur D. demande alors à ses confrères leur opinion sur la pathogénie de ce double spasme, invincible, même par l'œsophagoscopie. Quel en est le processus anatomopathologique? Le pronostic?

Discussion:

Le prof. LAQUERRIERE reprend l'étude des clichés présentés par M. D. et attribue le passage de la bouillie barytée, malgré l'obstacle offert par le morceau de bifteck, au fait que ce morceau est d'un calibre beaucoup plus large que celui de la colonne barytée. Il se serait formé là, à la suite de l'ingestion, un rétrécissement et une sclérose locale. C'est un petit problème de mécanique.

Le prof. B.-G. BOURGEOIS: Les antécédents de la jeune malade peuvent à la rigueur expliquer la pathogénie de ces rétrécissements puisqu'elle aurait ingéré, dans son enfance, une solution de lessive.

Le prof. J.-N. ROY suggère que l'on pratique, sur la malade, une œsophagoscopie puis des séances de dilatation progressive. On ignore encore le calibre de ce rétrécissement. Par ailleurs, les résultats de cette dilatation permettront de juger du pronostic.

M. J.-A. MOUSSEAU fait remarquer que les lésions sont en somme minimales, puisque la malade, depuis 18 ans qu'elle en est atteinte, n'avait guère présenté d'accidents jusqu'ici. Ne s'agit-il pas là d'un spasme névropathique?

M. Saint-Jean DesROSIERS rapporte qu'à la suite de cette ingestion de lessive, la jeune malade dut se priver pendant un an de solide dans son alimentation.

3) Contribution de la radiologie dans le diagnostic des perforations du tube digestif. — M. Paul BRODEUR.

Pourquoi l'examen radiologique, si la symptomatologie clinique est si nette? demande l'auteur. C'est qu'il existe des ulcères gastriques et duodénaux perforés en silence. Il cite Grégoire (France), L. Talamo, Luigi Maria, Cottel, tous rapportant des cas de perforation atypique d'ulcus, à s'y méprendre pour une cholécystite, un iléus, ou une hernie épigastrique étranglée. La technique radiologique, en cas de perforation, est simple. Elle peut se réaliser en quelques minutes. Le signe radical de la présence de gaz libre dans l'espace sous-diaphragmatique. Le défaut de cinématique ou l'asynergie des diaphragmes est un autre signe.

Puis, M. B. présente trois belles observations de malades atteints de perforation vérifiée sur la table chirurgicale, illustrant bien la nécessité de rechercher une perforation quand les signes précédents sont présents.

Afin d'éviter l'erreur signalée par P. Porcher, de méconnaître un pneumopéritoine ou de l'affirmer à tort, l'auteur recommande l'examen du malade en diverses positions et sous des incidences multiples.

4) **Quelques aspects des malaises de l'oesophage sous le contrôle de l'oesophagie et rapides considérations sur leur traitement.** — M. J.-N. ROY.

L'auteur présente un travail fort documenté résumant les connaissances les plus récentes que nous avons sur la pathologie de l'oesophage et de son traitement.

Tout malade qui se plaint d'un trouble quelconque du canal œsophagien doit d'abord subir un examen aux rayons X et ensuite une œsophagoscopie, s'il est jugé nécessaire.

Parmi les principales contre-indications au passage d'un tube, il faut mentionner: l'anévrisme de l'aorte, les maladies organiques avancées, l'œsophagite aiguë produite par la déglutition d'un corrosif et, enfin, la déviation de la colonne vertébrale.

Il est possible de faire une œsophagoscopie chez les nourrissons.

Les anomalies de l'oesophage sont très rares. L'œsophagite aiguë devient rapidement chronique et produit une sténose.

Les ulcères de l'oesophage, une fois guéris, amènent toujours un rétrécissement qu'il faut dilater.

La syphilis et la tuberculose se localisent d'abord à la muqueuse, ou envahissent d'emblée la paroi œsophagienne.

Les tumeurs bénignes doivent être enlevées sous le contrôle de l'œsophagoscopie.

D'après Chevalier Jackson, le cardiospasme fonctionnel est un défaut de coordination du plexus de la déglutition, en ce sens que l'oesophage ne s'ouvre pas au moment voulu lorsque les aliments arrivent à la région diaphragmatique. Le traitement consiste à recourir d'abord à la dilatation et ensuite, s'il est nécessaire, à l'œsophago-cardiotomie extramuqueuse.

Lorsqu'un malade est dans l'impossibilité absolue de déglutir une substance quelconque et que le tube passe très facilement dans l'oesophage, il faut alors diagnostiquer une paralysie de cet organe.

Les corps étrangers doivent être invariablement enlevés sous le contrôle de la vue, avec l'œsophagoscope, et le Dr Roy répète que se servir à l'aveugle de la sonde, de la boule olivaire, du crochet de Kirmisson, du panier de Graefé, de la pince de Bond, du parapluie de Fergusson, dans un but de diagnostic ou de thérapeutique dangereuse, c'est faire preuve d'une ignorance impardonnable à notre époque.

Toutes les sténoses doivent être dilatées sous œsophagoscopie de haut en bas, s'il est possible, ou, en dernier lieu, de bas en haut, c'est-à-dire en pratiquant le cathétérisme rétrograde, après gastrostomie.

Les tumeurs cancéreuses de l'oesophage sont toujours mortelles.

Les rétrécissements des œsophagiens amènent tôt ou tard des dilatations ou des diverticules sus-jacents à la lésion.

On observe, de temps à autre, certains troubles nerveux caractérisés par de l'antipéristaltisme ou par une boule hystérique de l'œsophage.

Et enfin, sous le contrôle de la vue, il est possible de constater une lésion d'actinomyose, d'herpès ou d'agranulocytose du canal œsophagien.

5) M. Albert COMTOIS.

M. Albert COMTOIS nous expose les révélations que peuvent nous apporter la radiologie dans toute une série de cas pathologiques intéressant les divers segments du tube digestif, tels les sténoses du pylore, les atrésies, les anomalies des côlons chez le nourrisson ou l'adolescent.

Il illustre abondamment ses observations de clichés personnels très démonstratifs.

Le secrétaire:

Jean LeSAGE.

Bureau pour 1934:

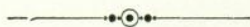
Président: Professeur J.-E. DUBE.

Vice-président: M. J.-Alfred MOUSSEAU, agrégé.

Secrétaire: M. Paul LETONDAL.

Secrétaire annuel: M. Jean LeSAGE.

Trésorier: M. Albert JUTRAS.



NOUVELLES

NOMINATIONS

Trois de nos rédacteurs viennent d'être honorés du titre de "Associate consulting neurologists" du "Neurological Institute of Montreal"; Ce sont: MM. Emile Legrand, Jean Saucier et Roma Amyot. Les lecteurs se joindront aux Directeurs et aux Rédacteurs pour offrir aux nouveaux élus leurs plus sincères félicitations.

ERRATUM.

Quelques erreurs de typographie se sont glissées dans l'article du docteur J. U. Gariépy, Via Dolorosa, publié le mois dernier dans l'Union Médicale du Canada. Nous les signalons à l'attention du lecteur:

à la page 429, 4ième paragraphe, au lieu de Minter, lire Mixer;

à la page 429; il faut lire 1/20 de ce vaccin antityphique, au lieu de 1/2 cc;

à la page 429, avant-dernière ligne on lira: on ne peut en user... au lieu de: on ne peut plus en user...

LIVRES REÇUS

Hallucinations et délire, par le Dr Henri EY, médecin des Asiles, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris. Préface du Dr J. Séglas, médecin honoraire de la Salpêtrière.

Un volume de 175 pages, Librairie Félix Alcan, éditeurs, Paris.

I Know Just the Thing for That!, par le Dr J. F. MONTAGUE, de New-York.

Volume de 250 pages, éditions "John Day", New-York.

The Clinical Management of Horseshoe Kidney, par le Dr Robert GUTIERREZ, de New-York, préface du Dr Edmond Papin de Paris.

Editions Paul B. Howber, New-York.

Estudio etiologico y topografico de los procesos localizados del torax, par Dr R. A. Piaggio BLANCO et le Dr F. G. Capurro de Montevideo. Préface du Dr H. G. Lagos.

PARIS MEDICAL, 5 MAI 1934

Le numéro du 5 mai 1934 de *Paris Médical*, dirigé par le professeur Paul CARNOT, est exclusivement consacré aux *Maladies de Cœur* et contient les articles suivants:

Les maladies du cœur en 1934 (*Revue annuelle*), par HARVIER et R. BOUCOMONT. — Le diagnostic clinique des tachycardies par flutter des oreillettes, par Camille LIAN et Victor GOLBLIN. — Les hypotensions aiguës ou paroxystiques, par E. DONZELOT. — L'acidothérapie aminée en pathologie cardio-artérielle, par Paul HALBRON et Jacques LENORMAND. — Comptabilité médico-fiscale, par E.-H. PERREAU. — Une œuvre inédite d'Offray de la Metterie, par Pierre LEMEE. — Règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 14 janvier 1933 relative à la surveillance des établissements de bienfaisance publique. — Sociétés savantes. — Répertoire des spécialités pour maladies du cœur et des vaisseaux. — Nouvelles. — Memento chronologique. — Chronique des livres.

Envoi de ce numéro de 100 pages illustrées contre 3 francs pour la France et 4 francs pour l'Étranger, adressés en timbres-poste à MM. J.-B. ... et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Huile de foie de morue</i>) ..	XII
Anglo French Drug Cie., (<i>Adrèpatine</i>)	LIX
Anglo French Drug Cie., (<i>Pancrépatine "Laleuf"</i>)	LIX
Anglo French Drug Cie., (<i>Polyferments "Laleuf"</i>)	LIX
Anglo French Drug Cie., (<i>Sirap Dubois</i>)	LIX
Anglo French Drug Cie., (<i>Trinitrine</i>)	LIX
Antiphlogistine, (<i>Physiothérapie</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited (<i>"Calcium A"</i>) ..	XX
Bilhuber-Knoll Corp., (<i>Dilaudid</i>)	XXXII
Blanchette, Ernest, (<i>Infirmier diplômé</i>)	II
Boulet R. & Brault Jules, (<i>Maladies des yeux, etc.</i>) ..	L
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	XXIV
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (<i>Oestroform</i>)..	XLI
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	I
Canadian Cannery Limited, (<i>Aliments Aylmer pour enfants</i>)	
<i>Troisième page de la couverture</i>	
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Thyvacrine No 10 C & C</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Neurocrine No 5 C & C</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Diacrine No 6 C & C</i>)	XLVIII
Casgrain & Charbonneau, Ltée, (<i>Appareils à rayons X</i>)	LXXIII
Chapman Ltée, La Cie J. H., (<i>Instruments de Chirurgie</i>)	XXIV
Ciba, Compagnie Limitée, (<i>Nupercainal "Ciba"</i>)	VII
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	XXII
de Passillé, H. B., (<i>Bronchodermine</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Charbon Tissot</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Produits Pharmaceutiques Thevenot</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>"Yse"</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Ludin</i>)	XXXIII
de Passillé, H. B., (<i>Seroma Rey</i>)	XXXIII
Duckett J. A., (<i>Dernière Création de la Prothèse</i>) ..	XLIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocreïne Gremy</i>)	IV
Eddé, J., Limitée, (<i>Strychnal Longuet</i>)	IV
Eddé, J., Limitée, (<i>Vulcase Brisson</i>)	IV