

suivants le démontrent : En 1858, trois médecins de Breslau font une opération césarienne pendant l'agonie, et ont un enfant mort. Le mari de la mourante avait donné l'autorisation. On accusa les trois médecins d'avoir tué la femme. Sur un rapport des experts commis ils furent condamnés en première instance ; mais, en deuxième instance, après avoir donné les raisons qui avaient dicté leur conduite, ils furent acquittés.

Cette histoire ne fut pas pour communiquer de l'enthousiasme aux partisans de la césarienne.

En 1902, Lichtenauer pratique l'opération césarienne sur une femme qui avait reçu deux coups de couteau de son mari, qui avait eu une perforation intestinale, une péritonite. Il obtint un enfant vivant ; mais, comme il était débile, il ne survécut pas. Devant le tribunal, le défenseur du mari soutint que la mort de la femme avait été le résultat de l'intervention du chirurgien.

Ces observations montrent qu'on ne saurait être trop prudent, puisqu'on peut être accusé d'avoir abrégé la vie de la femme ou même de l'avoir tuée. La césarienne pendant l'agonie devra donc être faite après une consultation de médecins et absolument comme sur une vivante.

Aussi en pareil cas, bien souvent devra-t-on avoir recours à l'accouchement forcé qui donne peu de prise à la critique et qui réduit les ennuis auxquels le médecin est exposé au minimum.

— Cette question de l'opération césarienne a été traitée en même temps à un autre point de vue par M. le Dr Le Moussu dans sa thèse sur l'Opération césarienne tardive. (Thèse Paris). Dans ce cas, il s'agit non pas seulement d'avoir un enfant vivant, mais aussi de sauvegarder la mère.

On sait que le moment d'élection pour pratiquer la césarienne dans ces conditions est, pour divers auteurs et pour Bar, en particulier, avant le début du travail. Or, on doit considérer comme opération césarienne tardive l'opération pratiquée plusieurs heures (12 heures au minimum dans les observations) après le début du travail, que les membranes soient intactes ou rompues.

L'opération ainsi comprise, qui a été préconisée en particulier par M. le professeur Boquel (d'Angers), donne des résultats souvent excellents. M. Le Moussu cite, en effet, six observations successives où elle n'a donné aucune mortalité ni pour la mère, ni pour l'enfant, et d'ailleurs, il ne semble pas qu'il y ait de contre-indication à son emploi, qui est indiqué dans tous les cas où on ne veut pas en venir à l'embryotomie.

Appendicite Larvée

Von Haberer, assistant à la clinique du Prof. von Eiselsberg, vient de publier une étude intéressante sur une forme insolite de l'appendicite, qu'il appelle "appendicite Larvée". Klemm, propose de l'appeler "appendicite chronique sans attaque."

Ce qui distingue en effet cette forme d'appendicite chronique, c'est l'absence dans les antécédents, de crise

aigüe. L'auteur en rapporte sept observations, — où le diagnostic fut fait à faux et où l'opération révéla des lésions appendiculaires et periappendiculaires. Jamais l'examen n'avait révélé de douleur au point de Mac Burney.

Il y avait deux symptômes constants : la constipation opiniâtre et l'amaigrissement. Dans un cas l'estomac fut mis en cause. La guérison fut obtenue dans six des sept cas.

E. ST-J.

Les cancers primitifs de l'appendice

Notre maître Letulle publiait il y a quelque temps dans la Revue de Gynécologie et Chirurgie Abdominale, une très intéressante étude sur le "cancer primitif de l'appendice."

Ce cancer primitif, dit-il, est une affection connue depuis peu. La première observation macroscopique date de 1882 (Beger) ; la première observation microscopique de 1893 (Gifford). De 1893 à 1897 on en a trouvé à peine 4 à 5 cas. De 1897 à nos jours, les publications se font plus nombreuses et on peut trouver une cinquantaine d'observations. Letulle base son travail sur 11 cas personnels, dont 5 inédits.

Le cancer siège d'habitude à l'extrémité de l'appendice ou près d'elle. C'est souvent au niveau d'une vieille cicatrice d'appendicite ulcéreuse qu'il se greffe. Dans un cas, le cancer était généralisé à tout l'appendice et envahissait même la valvule de Gerlach ; dans un autre cas, il s'était développé à côté d'un adéonome congénital de l'appendice.

En général, le cancer est petit ; son volume atteint celui d'un noyau de cerise, d'un petit pois ; parfois rien ne fait penser à un cancer à la simple inspection ; l'examen histologique révèle seul la lésion.

Il existe deux formes histologiques de cancer de l'appendice : l'épithélioma cylindrique et le carcinome plus ou moins atypique. Les observations publiées d'endothéliome et de sarcome de l'appendice ne sont pas probantes.

Les colonies cancéreuses gagnent assez vite les couches superficielles de l'organe ; on a trouvé les ganglions du méso envahis. Néanmoins le cancer de l'appendice est d'une grande bénignité habituelle. Tous les cas de Letulle provenant d'une opération ont guéri, et d'une façon durable. Le cas de Jalaguier, qui concernait un enfant de dix ans, est guéri depuis neuf ans. On a pourtant signalé des cas exceptionnels. (Rolleston, Wiphand) où il y avait généralisation.

Suivent les 11 observations de l'auteur, publiées avec un grand luxe de détails histologiques et d'excellentes figures.

Il faut conclure de ce travail qu'il est de toute nécessité d'examiner histologiquement tous les appendices qu'on extirpe, surtout s'ils présentent près de leur extrémité un noyau induré.

E. ST-JACQUES.