

PAGE

MANQUANTE

Rétrécissements congénitaux de l'urètre

PAR F. GARDNER, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

J'avais, depuis assez longtemps, l'intention d'écrire quelques lignes sur ce sujet pour le Journal, mais, pour raisons plus ou moins valables, je remettais de jour en jour la réalisation de mon projet. Bien m'en a pris, car voici que mon sujet prend un intérêt d'actualité inattendue qu'il n'aurait pu avoir si je m'étais hâté davantage. MM. Poncet et Leriche, qui aiment beaucoup fouiller dans les biographies des gens de marque pour faire après leur mort le diagnostic de celles de leurs affections que l'on a pu reconnaître de leur vivant, ont trouvé que Jean-Jacques Rousseau avait un rétrécissement congénital de l'urètre, qu'il en présentait tous les symptômes et que sa neurasthénie inguérissable en était le résultat.

Voici donc l'affection placée sous un haut patronage, et il est à souhaiter que le fait augmente l'intérêt qu'elle soulève. Celui-ci reste maigre encore, si l'on en juge par la place consacrée à la description de la lésion dans les traités classiques. Dans un des gros Traités de Chirurgie français actuels, le chapitre des rétrécissements de l'urètre et celui des malformations urétrales sont tous les deux muets sur ce point. Ils ont été écrits par deux auteurs différents. Étant une année l'interne de l'un, je vis un cas de l'affection, et, à ce propos, je constatai le silence du gros livre. J'en demandai la cause à mon chef, qui avait écrit le chapitre des rétrécissements ; il me répondit, avec assez de justesse, semble-t-il, que c'était à l'auteur du chapitre malformations qu'il fallait imputer l'oubli. L'année suivante, devenu l'interne du second, je lui reposai la question ; il me répondit qu'il avait cru devoir laisser le sujet à l'auteur du chapitre rétrécissements ; d'ailleurs, ajouta-t-il, cela n'a guère d'importance. Et, en parlant ainsi, il semblait bien résumer l'opinion générale.

Cependant, il y a lieu de se rappeler ici le précepte de Charcot. " On ne voit que ce que l'on a appris à voir ". Les rétrécissements de l'urètre d'origine congénitale ne paraissent rares que parce qu'on ne sait pas — j'ajouterai même, pour certains théoriciens, *on ne veut pas* — les voir. Je ne parlerai pas ici de toutes les obstructions congénitales de l'urètre, valvules, imperforations,

cloisons. Tout cela est très intéressant, mais il faut se limiter. Je ne parlerai point non plus de l'atrésie du méat, qui est aussi un rétrécissement congénital, mais qui est bien connu ; ni des bandes fibreuses fréquentes aux points normalement les plus étroits du canal. Je n'aurai en vue que le véritable rétrécissement dont il existe actuellement une cinquantaine de cas publiés.

Celui-ci se voit presque toujours un peu en avant de la jonction de l'urètre pénien avec la portion membraneuse, ce qui lui a valu le nom de *prémembraneux* (Bazy). L'embryologie nous montre le pourquoi de cette localisation élective ; c'est là que se trouve chez l'embryon, la membrane cloacale qui sépare l'urètre postérieur, dérivé du sinus uro-génital, de l'urètre antérieur dérivé de la gouttière urétrale. Une résorption incomplète de ladite membrane laisse un épaissement, dont la longueur et la saillie à l'intérieur du canal varient considérablement. Voilà la genèse ; la lésion histologique a été trouvée par Foisy dans un épaissement anormal du chorion avec intégrité de l'épithélium, lésion très différente de la sclérose inflammatoire des rétrécissements acquis ; le tissu est trop abondant, mais reste normal ; il n'est pas dur et saigne beaucoup plus à l'urétrotomie interne qu'un rétrécissement ordinaire.

La longueur et le calibre varient beaucoup : courts, les rétrécissements s'appellent annulaires, longs, ils sont dits cylindriques ; le cylindre sténosant mesure en moyenne de 12 à 25 millimètres, mais peut n'avoir que 6 millimètres ou intéresser au contraire toute la longueur de l'urètre postérieur ou même du canal tout entier. Le calibre va d'une filiforme à une bougie à boule 19 ou 20. Le rétrécissement congénital est, dans l'immense majorité des cas, unique, à l'inverse du rétrécissement hémorrhagique, mais il s'associe assez souvent à d'autres malformations congénitales des organes urinaires externes : phimosis, hypospadias, diverticules de l'urètre.

Les symptômes varient suivant l'importance de la sténose ; dans les cas peu accentués, il n'y a pas de signes d'obstruction. Au contraire, le trait dominant est la miction impérieuse que les malades appellent toujours incontinence. Il n'y a de vraie incontinence que la nuit, pendant le jour, le besoin est parfaitement senti, mais il faut qu'il soit rapidement satisfait, sans quoi l'urine s'échappe dans le pantalon. L'association *fréquence diurine avec incontinence nocturne* doit orienter les idées vers un rétrécissement et faire examiner directement le canal. M. Bazy explique ainsi ce fait paradoxal d'un rétrécissement causant de l'incontinence sans qu'il y ait distension, ni même rétention, vésicale : une très petite

quantité d'urine séjourne dans l'urètre prostatique où sa présence incite constamment la vessie à se contracter ; pendant le jour, la volonté contrebalance en partie cette action, mais la nuit, cette compensation disparaît.

L'incontinence guérit spontanément à la puberté dans la plupart des cas ; parfois alors, si le sujet contracte une urétrite, on voit des symptômes de rétrécissement serré se développer rapidement. Le rétrécissement congénital aggrave la blennorrhagie, et *vice versa*.

Quand la sténose est serrée, les symptômes ressemblent beaucoup à ceux d'un rétrécissement acquis, seulement ils apparaissent beaucoup plus tôt dans la vie. Chez les très jeunes enfants, les troubles urinaires sont toujours d'interprétation difficile. Quand l'enfant commence à aller à l'école, certains faits deviennent plus faciles à noter. Souvent, le professeur fait remarquer aux parents que leur enfant sort beaucoup plus fréquemment pour uriner que ses camarades et qu'il reste dehors beaucoup plus longtemps. Une miction prend quelquefois de 5 à 10 minutes : l'urine sort goutte à goutte au début, et, quand l'enfant pousse, le jet devient filiforme. Après la miction, quelques gouttes retardataires s'écoulent dans le pantalon. Plus tard, le rétrécissement se traduit par un accès soudain de *rétenion complète*, dont la date d'apparition dans la vie est variable ; en général, c'est de 15 à 30 ans qu'il survient pour la première fois ; mais on l'a vu dès le neuvième jour de la vie, et aussi tard que la soixantième année, sans que cette apparition tardive puisse être le moins du monde invoquée contre la nature congénitale du rétrécissement qui cause l'accès. Après un ou plusieurs accès de rétenion complète, survient la rétenion incomplète chronique avec distention.

La constatation des symptômes sus énumérés doit conduire à l'examen direct du canal à l'aide de bougies à boule. Le diagnostic sera ainsi tranché. C'est faute de pratiquer cette exploration nécessaire et suffisante que le diagnostic de rétrécissement congénital n'est pas plus souvent fait ; et tout vient de ce qu'on ne songe jamais, ou presque jamais, à l'existence de cette variété de rétrécissements.

Chez les enfants, l'incontinence, si l'on ne trouve pas de malformation évidente pour l'expliquer (phimosis, atrésie du méat), est trop souvent déclarée, sans autre forme de procès, d'origine nerveuse et dénommée "essentielle," ou attribuée à une "irritabilité congénitale de la vessie." Un diagnostic d'incontinence "essentielle" ainsi fait, n'est pas un diagnostic ; c'est simplement une étiquette cache-misère collée sur un symptôme dont on n'a pas su découvrir la cause.

"L'irritabilité congénitale" ne vaut guère mieux, bien qu'elle ait Thompson pour parrain. Sa description de l'affection nous montre que les principaux signes sont une incontenance nocturne pendant l'enfance, suivie du développement d'un rétrécissement à l'âge adulte et nous apprend, en outre, qu'une blennorrhagie chez les sujets atteints d'irritabilité congénitale produit *toujours* un rétrécissement. Comment s'empêcher de conclure, avec Foisy, que l'explication que Thompson se déclarait incapable de donner, réside très vraisemblablement dans l'existence d'un rétrécissement congénital de l'urètre ?

Chez les adultes, l'existence du rétrécissement est plus communément reconnue, mais non sa nature congénitale. Il semble qu'il n'y ait, dans l'esprit des médecins, que deux causes possibles de rétrécissements : la gonorrhée et le traumatisme. Si un homme porteur d'un rétrécissement dit qu'il n'a pas eu de traumatisme, très bien : le renseignement qu'il donne est valable ; mais, s'il nie en outre avoir hébergé du gonocoque dans son canal, c'est un ignorant ou un menteur, pense le médecin. Cela peut être vrai dans certains cas, mais il est injuste de l'ériger en règle absolue. Demandons, dans ces cas, si les troubles ne remontent pas à l'enfance, et nous nous épargnerons la honte d'être, *nous*, les ignorants, en méconnaissant la nature congénitale de l'affection. Et ne trouvons-nous pas dans ces rétrécissements congénitaux l'explication de ces cas, connus déjà depuis longtemps, où les auteurs, incapables de trouver quelque cause appréciable au rétrécissement, incriminaient l'onanisme ? Comment celui-ci, seul et sans infection surajoutée pourrait-il engendrer le tissu scléreux qui caractérise un rétrécissement ? Si, au contraire, nous nous rappelons que le priapisme et les habitudes sexuelles précoces accompagnent souvent les sténoses congénitales, ne pouvons-nous pas penser qu'ici la cause a été prise pour l'effet ?

Mais, même si l'on trouve une blennorrhagie dans les antécédents, il ne s'en suit pas que l'on doive rejeter immédiatement la possibilité de la congénitalité d'un rétrécissement donné. Quand, trois mois à un an après un écoulement, l'on trouve un rétrécissement préembranaux serré, il est bien difficile d'admettre que la sclérose inflammatoire soit seule en cause, car ce n'est point son habitude d'évoluer si vite.

J'ai vu un jeune homme de 20 ans atteint de blennorrhagie chronique depuis un an seulement, présenter un rétrécissement de ce type ; il y avait un seul anneau dur, le reste du canal étant normal. Mis en éveil par cette particularité, je l'interrogeai sur les troubles qu'il

aurait pu avoir pendant l'enfance et il me fournit des renseignements très décisifs : mais ajouta-t-il, "vous êtes le premier qui me posez ces questions." Ceux qui l'avaient soigné antérieurement n'avaient pas jugé nécessaire d'explorer ni son canal, ni son passé pathologique.

Un autre cas que je traite depuis assez longtemps est assez singulier : il s'agit d'un Juif neurasthénique au plus haut degré, et qui se plaint de douleurs intolérables continuelles l'empêchant de dormir, dans la vessie, l'utère, le périnée, le rectum, avec, en outre, quelques irradiations supplémentaires. Il est marié, père de deux enfants, et sa femme n'a jamais présenté la moindre trace d'infection gonococcique, bien qu'ils aient des rapports fréquents et qu'il affirme à cor et à cri que depuis quatre ans, il a la blennorrhagie et qu'il trouve une goutte d'écoulement chaque matin au méat. Son urine, que j'ai examinée près de cinquante fois, n'a jamais contenu le moindre filament ; je lui ai donné des lamelles pour recueillir sa goutte matinale, et sous le microscope, il n'y avait absolument rien. Il est facile de voir qu'il ne sait pas ce que c'est qu'une blennorrhagie ; seulement, comme tous les neurasthéniques, il a parlé de ses maux à tous ses voisins, on lui a parlé d'une maladie terrible, la blennorrhagie, qui est la source de tous les maux qui frappent les organes génitaux des hommes : et maintenant, il est hanté par cette idée. Mais ce qui n'est pas une hantise, et qui est même très probablement la cause inconsciente de sa neurasthénie, c'est un rétrécissement prémembranaux, rétrécissement *unique avec reste du canal normalement souple*. Ce rétrécissement est manifestement congénital, malgré les informations du malade au sujet de son uréthrite imaginaire. C'est ici le monde renversé, le malade affirmant la gonorrhée et le médecin la niant. D'ailleurs la dilatation de son rétrécissement est la seule chose qui améliore ses douleurs.

Donc le point intéressant de l'histoire de ces rétrécissements congénitaux de l'urètre, c'est précisément le diagnostic de leur nature congénitale ; il suffit d'y songer et de ne point apporter dans la question de parti-pris. Une fois le diagnostic fait, (et il est bon de se rappeler aussi qu'il peut y avoir des rétrécissements acquis chez de très jeunes sujets) le traitement est facile. La dilatation est généralement suffisante ; et l'urétrotomie interne vient à bout des cas les plus rebelles.



Diagnostic et traitement de "l'échauffement uréthral" (1)

Par le Dr Georges Luys, ancien assistant du Service des Voies Urinaires à l'Hôpital Lariboisière.

— Docteur, j'ai un petit écoulement uréthral, mais ce ne doit pas être une blennorrhagie ordinaire, car il n'est survenu que huit à dix jours après un rapport sexuel ; je ne souffre presque pas en urinant, et j'ai tout lieu de penser que la femme qui l'a donné est saine." Voilà un langage qu'il est fréquent d'entendre, et qui, malgré le scepticisme avec lequel il doit être accueilli, contient cependant une grande part de vérité.

Il existe, en effet, un nombre considérable d'uréthrites qui ne sont pas provoquées par le gonocoque, et dont la symptomatologie est bien différente de celle de la Blennorrhagie commune.

De nombreux travaux ont été déjà publiés sur la flore des uréthrites et l'énumération de tous les microbes rencontrés dans le pus uréthral serait longue. Pour ne citer que les principaux, nous signalons : le streptocoque, le staphylocoque, le coli-bacille, le pneumocoque, des sarcines, le bacille de la diphtérie, le bacille de Koch, le micrococcus fallax, etc.

Parmi les nombreux cas que j'ai observés, je citerai deux observations particulièrement intéressantes d'uréthrites semblables chez des médecins. Dans un cas, il s'agissait d'une uréthrite à streptocoque, et le confrère qui en était porteur rattachait l'origine de son uréthrite à un rapport sexuel pratiqué avec une femme atteinte d'un érysipèle. Dans l'autre cas, le pus uréthral contenait du coli-bacille qui fut constaté non seulement directement sur des préparations, mais aussi après culture.

Mais en fait, et dans la grande majorité de ces cas particuliers, l'examen microscopique de l'écoulement uréthral prélevé au niveau du méat, ne montre pas de microbes visibles, et ne permet de constater que des leucocytes en grand nombre, et quelques cellules épithéliales. Même lorsqu'on provoque la réaction de muqueuse uréthrale, soit par l'injection d'une solution de nitrate d'argent, soit en faisant boire au malade de la bière et

(1) Nous sommes heureux de faire part à nos lecteurs de cette étude si pratique de notre distingué collaborateur le Dr George Luys, que "La Clinique" vient également de publier.

du champagne, on constate que l'écoulement conserve ses mêmes caractères, et qu'il ne contient pas de microbes visibles.

On aura soin d'éliminer de ces cas les écoulements issus d'une tuberculose urétrale secondaire à une tuberculose génitale. Le toucher attentif des épididymes, de la prostate et des vésicules séminales, en faisant constater des noyaux dans ces organes, fera faire le diagnostic.

Les uréthrites du genre qui nous occupe sont en général assez longues à se déclarer. Les causes de leur apparition sont presque toujours les mêmes : ce sont des excès de boissons, de coït, ou de fatigue ; c'est aussi très souvent un rapport sexuel pratiqué au moment de la période menstruelle. Leur début est torpide, ne provoque pas de réaction douloureuse du côté de la muqueuse urétrale et il n'est pas rare de constater un intervalle du huit, dix et même quinze jours entre le coït contaminateur et l'apparition de l'écoulement franc. Ce n'est que par la constatation de taches sur sa chemise ou par la sensation de chatouillements dans l'urètre que le malade s'aperçoit de son écoulement.

Dans ces multiples circonstances, j'ai pu examiner les femmes qui avaient provoqué de semblables uréthrites. Si, en dépit d'examen multiples et répétés, je n'ai pu découvrir le moindre gonocoque, ni dans l'urètre, ni au niveau du col utérin, par contre, toujours, j'ai constaté des lésions de l'appareil génital constituées, soit par de la métrite, soit par de la salpingite ; jamais, dans des cas analogues, je n'ai rencontré une femme complètement saine.

La durée de ces uréthrites est parfois très longue ; lentes à disparaître, et non soignées elles peuvent subsister un temps indéfini.

Le plus souvent ces sortes d'uréthrites sont limitées à l'urètre antérieur, et l'agent pathogène qui les engendre se localise de préférence dans les glandes de Littre de l'urètre penien. On peut facilement se rendre compte de ce fait en faisant uriner le malade dans quatre verres : seul le premier verre d'urine contient de petits filaments très nombreux, et de forme caractéristique en virgule, ce qui est l'indice d'une littrite accentuée.

L'agent thérapeutique qui doit être employé de préférence à tout autre dans ces sortes d'uréthrites est le nitrate d'argent, qu'on utilisera en lavages, à la dose de 1/1000. Ces lavages seront pratiqués avec un bock et quotidiennement.

Lorsque le premier verre d'urine sera, sous l'influence de ces lavages, devenu tout à fait clair, on commence-

ra alors les dilatations méthodiques, d'abord avec les Béniqués, ensuite avec les dilatateurs à quatre branches de Kollmann, en combinant ces dilatations avec des lavages au nitrate d'argent et l'on continuera le traitement jusqu'à ce que le méat soit complètement sec. Si à ce moment les urines contiennent encore des filaments, il conviendra d'examiner la muqueuse avec l'uréthroscope et d'instituer, s'il est nécessaire, le traitement uréthrosopique proprement dit, par la galvano-cautérisation des orifices des glandes de Littre malades. Ce dernier traitement donne, dans les cas rebelles, des résultats absolument remarquables.

Cancer et Radiothérapie

Les rayons X guérissent-ils le cancer ? — ou s'ils ne le guérissent, pas l'aggravent-ils et même l'appellent-ils ?

Questions de toute première importance, parce que le cancer semble plus fréquent et que d'un autre côté la thérapeutique électrique prend chaque jour davantage plus d'importance, à mesure qu'elle connaît mieux les moyens dont elle dispose.

On vient de traiter cette question à fond au dernier Congrès français de Chirurgie, des travaux plus récents encore viennent de paraître de tous côtés ; établissons donc un peu où nous en sommes, ce que nous pouvons attendre de l'électricité et partant conseiller à nos malades.

Qu'à dit Bécclère, le nouveau membre de l'Académie de Médecine et Electro-Thérapeute distingué lui-même. Il est un fait de constatation expérimentale, c'est que les cellules néoplasiques se montrent, sauf exceptions assez rares, plus sensibles à l'action des rayons X que les cellules saines de voisinage.

Cancers de la peau. — On sait que la formule histologique des épithéliomas varie, ici la multiplication cellulaire est de toute activité, là elle est évidemment paresseuse ; leur siège varie également, ici n'intéressant que les couches superficielles du derme, ailleurs ayant envahi les couches profondes : autant de particularités non indifférentes à l'action des rayons X. "Tous les épithéliomas cutanés qui n'ont pas dépassé le derme, pense M. Bécclère, sont justiciables de la radiothérapie, qui les guérit souvent et définitivement, avec en plus une perfection esthétique que n'atteint aucune médication."

Le cancer a-t-il envahi les couches sous-dermiques, que la radiothérapie est plus incertaine et qu'à côté de cures certaines elle a enregistré des échecs indéniables.

Tumeurs malignes des muqueuses.—Tout d'abord il n'y a que celles, directement accessibles aux rayons X qui en puissent bénéficier : conjonctive, narine, bouche, pharynx, anus et rectum. Les succès définitifs enregistrés, sont rares. Perthes en a rapporté des cures, au Congrès Allemand de Chirurgie, en 1904. Mais nous savons tous que ces épithéliomas des muqueuses sont généralement rapides d'évolution et que l'envahissement ganglionnaire est ici bien plus hâtif que pour les épithéliomas du derme.

Tumeurs malignes du sein.—A toutes leurs périodes les tumeurs de cet organe peuvent " bénéficier " des rayons Roentgen. Pour certaines d'entre elles, " d'une lenteur d'évolution évidente, " la radiothérapie peut effectuer une guérison complète.

Mais Bécclère reconnaît que les bons effets sont surtout à retirer comme complément de l'intervention chirurgicale. Et encore dans les cas inopérables, pour soulager la douleur et encourager la malade.

Sarcomes.—Il est peu de tumeurs dont la morphologie cellulaire soit aussi variée que celle des sarcomes. Essentiellement erratiques dans leur évolution, elle doit offrir de par ce fait des réactions variables aux rayons Roentgen. Et l'expérience confirme ce que le microscope faisait présupposer. Les uns disparaissent, et plutôt rapidement, sous la radiothérapie ; les autres au contraire semblent en être comme fouettés.

Tumeurs malignes des viscères.—Les radiothérapeutes semblent unanimes à reconnaître l'incurabilité de ces tumeurs par l'électricité.

Maunoury, électro-thérapeute distingué, de Charbrei et co-rapportent au même congrès, abondaient dans le même sens.

* *

Voyons maintenant si les rayons Roentgen peuvent avoir des effets nocifs.

Un travail de la clinique du professeur Tédénat, de Montpellier, nous rapporte l'histoire clinique de quatre cas de cancer à la face, qui furent très évidemment aggravés par la radiothérapie. J'en citerais d'autres. Même plus, il semble que les Rayons X causent parfois des brûlures et des ulcérations qui sont durant longtemps et même toujours, rebelles à la guérison. Ce sont là évidemment manifestations de troubles trophiques profonds touchant non seulement les éléments cel-

lulaires du derme, mais aussi les nerfs. Les observations cliniques à ce sujet ne se comptent plus : c'est un fait acquis.

Mais il y a plus. Il semble de toute évidence que les Rayons X appellent le cancer. Porter et White rapportaient, il y a quelque temps, dans les " *Annals of Surgery* ", l'odyssée pathologique d'un radiographe. A la dermatite, puis aux ulcérations causées par les Rayons de Roentgen, succéda le cancer, nécessitant amputation de plusieurs doigts.

Il y a quelque temps la " *Semaine Médicale* " relevait une longue liste d'épithéliomas et de sarcomes survenus soit sur des ulcérations causées par les Rayons X soit sur des foyers de dermatite lupique ou autre, soumis à la radiothérapie.

Aussi pour résumer l'état de la question trouvons-nous bon de rappeler les conclusions de Bécclère, au Congrès de Paris, et de les examiner.—Il dit, et je cite.

1o La radiothérapie ne doit pas être considérée comme une rivale, mais comme l'auxiliaire de la chirurgie.

2o Quand une tumeur maligne est opérable, elle doit être immédiatement opérée, et l'intervention chirurgicale est préférable, en règle générale, à la radiothérapie.

3o En présence d'un néoplasme à ses débuts, dont la nature maligne est encore incertaine et plus généralement toutes les fois que l'ablation d'un néoplasme est volontairement différée par le chirurgien ou temporairement repoussée par le malade, la radiothérapie est indiquée.

4o Après l'ablation de toutes les tumeurs malignes, la radiothérapie est indiquée dans le but de prévenir les récidives.

5o Enfin contre toutes les tumeurs malignes jugées inopérables, la radiothérapie est indiquée. C'est la seule médication rationnelle et le palliatif dont il y a le plus à attendre.

Nous souscrivons pleinement à ces cinq premières conclusions,—qui sont d'ailleurs à peu près généralement admises. Nous faisons une réserve pour la cinquième, au dire de M. Bécclère qui prétend que dans les cas inopérables " la radiothérapie est la seule thérapeutique rationnelle ". Il semble que nous ne connaissons pas encore assez le mode intime d'action des Rayons X sur les éléments cellulaires pour poser déjà ce principe de radiothérapie.

Il est en plus deux autres propositions de M. Bécclère auxquelles nous ne saurions nous rallier. Les voici :

6o Pour les épithéliomas de la peau, qui n'ont pas dépassé le derme, spécialement pour ceux de la face, il

est permis de préférer la radiothérapie, en raison de l'excellence de ses résultats esthétiques."

L'incertitude du rayon X, qui peut en plus aggraver la maladie, ne devrait pas, ce nous semble, le faire préférer au bistouri, dont l'effet curatif est certain dans ces épithéliomas superficiels et bien limités du derme. La suture intradermique, que pour notre part nous employons, donne une cicatrice linéaire à peine visible.

10 " Les sarcomes opérables peuvent être avantageusement soumis, à titre d'essai, à la radiothérapie, dans tous les cas où l'intervention ne paraît pas immédiatement nécessaire. C'est le seul moyen de savoir s'ils n'appartiennent pas au groupe des néoplasme ultra-sensibles que la radiothérapie suffit à guérir."

Et tout d'abord nous maintenons qu'en thérapeutique sarcomateuse il est une indication formelle. La tumeur est-elle opérable ? L'intervention chirurgicale s'impose le plus tôt possible et large et généreuse.

Quand on sait la rapidité de croissance et la malignité de ces tumeurs, il y a faute, ce nous semble, à perdre un temps précieux à des tâtonnements thérapeutiques, infructueux, dans la si grande majorité des cas.

En terminant, rappelons les très sages conseils du Prof. Tédénat de Montpellier : écoutez son expérience.

" La radiothérapie peut rendre quelques services dans les cas de cancer ulcérés inopérables. Pour calmer les douleurs, diminuer les sécrétions, elle vaut les applications des divers pyoktanins, des poudres à base d'iodoforme, d'antipyrine. Elle peut valoir plus : en partie par ses effets moraux. Pour les cancers superficiels peu étendus et opératoirement guérissables, elle fait perdre un temps précieux et si elle n'est pas cause active d'aggravation, elle en est occasion."

Cancers opérés et cancers inopérables,—telles sont les indications de la radiothérapie. Elle complète et supplée l'intervention chirurgicale. Ici comme ailleurs, l'union fait la force.



L'Institut Médical de Dusseldorf sur le Rhin

Notre correspondant spécial de Berlin nous avait dit déjà l'inauguration de cette nouvelle Ecole Supérieure de Médecine Pratique en Allemagne. Les vingt-deux Universités aux quatre coins de l'empire ne semblent pas suffire à l'activité d'enseignement du corps médical allemand non plus qu'aux besoins tant de la jeunesse que des médecins.

Instituts et Ecoles Supérieures Médicales ont surgi à maints endroits, et il nous a été donné plusieurs fois, lors de notre premier séjour en Allemagne, de constater la perfection de détails et d'installation de ces établissements. L'Ecole de Cologne et l'Institut Pathologique de Francfort sont bien connus. Récemment encore, on inaugurait à Heidelberg un Institut destiné aux recherches pathologiques et thérapeutiques contre le cancer ; le professeur Czerny en a la haute direction.

Plus récemment encore, on inaugurait à Dusseldorf, en plein centre de pays industriel rhénan, une nouvelle école supérieure de médecine pratique. Le professeur Witzel, dont il nous avait été donné, à l'Université de Bonn, de constater la haute compétence en pathologie chirurgicale et la merveilleuse dextérité opératoire, a été appelé à la fondation et à la direction de la nouvelle école. On en a fait l'inauguration avec plus de 600 lits, et les plans sont dressés pour en porter le nombre à 1,200. On a choisi parmi les meilleurs talents du pays pour la direction des "Kliniques."

Je cite Ofitz, pour la gynécologie et l'obstétrique (ces deux branches de notre art étant partout unies en Allemagne) ; Hoffmann, en médecine interne ; Witzel, en chirurgie ; Pfalz, aux yeux ; Stern, aux oreilles ; Schlossmann, aux enfants. Et j'en passe.

C'est donc dire que l'Institut s'est, dès son début, assuré les services de talents brillants et que le succès de son enseignement est assuré.

Aussi, avons-nous tenu à signaler à nos collègues et les avantages de cette nouvelle Ecole Supérieure et la cordiale invitation de son directeur. Connaissant toute l'affabilité du maître qui la dirige, nous pouvons assurer à nos collègues un accueil des plus bienveillants.

Nous savons que la plupart d'entre nous vont de préférence à Paris, d'abord. C'est n'est-ce pas naturel ? La langue parlée aux bords de la Seine est la nôtre. Et puis l'accueil des maîtres français est si cordial.

Mais il est bon, en médecine comme en toute autre chose, de ne pas toujours regarder les choses par la même lunette. Chaque pays n'a-t-il pas un peu ses spécialités, ses méthodes d'enseignement qui lui sont particulières et sont la caractéristique de ses hautes écoles.

Voilà pourquoi nous encourageons hautement nos amis après leur séjour de France, de pousser à l'étran-

ger, de visiter, s'ils le peuvent, l'Allemagne, l'Angleterre et l'Autriche. Visiter seul n'est pas suffisant, il faut séjourner, et parmi ces séjours à l'étranger hautement profitables, un stage à l'École Supérieure de Médecine à Dusseldorf serait des plus chaudement à recommander.

EUGÈNE ST-JACQUES.

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Pathologie Génito-Urinaire

Traitement du chancre mou.—Il n'y a pas de traitement véritablement spécifique du chancre mou. Aussi Franceschini a-t-il essayé de trouver une méthode plus rapide et plus sûre que celles qui sont habituellement employées.

Sans doute le chancre mou est une affection locale de nature bénigne, mais il n'en est pas moins vrai que par sa tendance au phagédénisme, il peut ouvrir la porte à des complications longues et parfois redoutables, surtout au niveau des ganglions.

Le but du médecin doit être, semble-t-il, de transformer cet ulcère, qui emprunte son caractère spécifique au bacille de Durcey, en une plaie quelconque, banale qui tend à guérir spontanément. Cette transformation est obtenue par la cautérisation au moyen d'acid phénique, par exemple cautérisation qui n'est d'ailleurs pas sans danger, car si ce caustique agit merveilleusement sur le bacille de Durcey, il présente en même temps sur les tissus une action telle que, pendant un certain temps, la plaie reste torpide et ne se cicatrise pas.

L'idéal serait de posséder une substance possédant les avantages de l'acide phénique, sans en avoir les inconvénients. Après de nombreux essais, l'auteur propose la solution suivante :

Camphre pulvérisé.	6 grammes
Acide phénique.	3 —
Alcool rectifié.	1 —

Ce mélange est liquide limpide, incolore, semblable à de l'eau ; il a déjà été utilisé dans l'anthrax, dans les panaris, etc., jamais encore on ne l'a conseillé dans le chancre mou.

Sous cette forme, l'acide phénique perd toute causticité, et cependant il peut être employé à très hautes do-

ses ; voici comment l'auteur l'utilise : après avoir lavé le chancre et toutes les parties environnantes avec une solution antiseptique, il laisse tomber au milieu du chancre une ou deux gouttes du liquide indiqué ; le malade ne ressent aucune douleur, aucune brûlure. L'auteur prend alors un petit tampon de coton hydrophile, à peu près de la grosseur du chancre, l'imprègne de la solution, puis l'applique sur le chancre directement, en exerçant même une légère compression. Il recouvre ensuite le tout de coton et de gaze, puis renvoie le malade, en lui recommandant de ne pas toucher à son pansement pendant dix ou douze jours. Celui-ci doit ensuite continuer son pansement, c'est-à-dire, qu'après avoir nettoyé l'ulcère, il doit refaire la même application deux fois par jour ; cette application ne doit durer que deux ou trois heures, après quoi on lave, on essuie, puis on applique de l'euphorine, qui est certainement la poudre cicatrisante.

Avec ce procédé, l'auteur a guéri une cinquantaine de chancres mous, dans d'excellentes conditions ; c'est donc une méthode simple, facile indolore et efficace, qui doit être essayée.

Traitement des tumeurs de la vessie.—G. Luys, dans un excellent article publié dans le Bulletin de l'Association française d'urologie, étudié le diagnostic et le traitement des tumeurs de la vessie. Il recommande contre les polypes vésicaux de petits volumes, le traitement direct à l'aide du cystoscope à vision directe, et tout spécialement son modèle. "Détruire les néoplasmes vésicaux en utilisant les voies naturelles, sans ouverture chirurgicale de l'abdomen, tel est le but que se propose le traitement endo-vésical." Il conseille le galvano-cautère comme agent destructeur. Evidemment cette méthode ne s'applique qu'aux petites tumeurs.

Traitement des polyuries, par Plicque, (*Bull. méd.*, 16 novembre 1907). — Beaucoup de polyuries méconnuës sont une cause d'amaigrissement, de fatigue, et préparent même le terrain à la tuberculose. Leur traitement consistera à s'adresser d'abord aux modificateurs du système nerveux, puis aux modificateurs de la tension artérielle, et enfin à la médication dérivative.

Comme antinervins, on donnera la valériane jusqu'à 10 grammes par jour, l'antipyrine jusqu'à 4 et 6 grammes (polyurie par lésion nerveuses, diabétique), le salicylate de soude (polyurie des nerveux, des goutteux et des rhumatisants), la belladone et l'opium (polyurie des incontinents, des diabétique), le bromure de potassium, de 2 à 3 grammes (diabète épilepsie). Tous ces médicaments sont contre-indiqués chez les polyuriques par néphrite interstitielle. On pourra encore faire de l'hydrothérapie (douches tièdes, douches en jet sur les lombes), de l'électricité (courants continus de 5 à 6 milliampères pendant dix minutes tous les deux jours, le pôle positif couvrant toute la région lombaire, et le pôle négatif à la nuque).

Les modifications de la tension artérielle à employer sont : l'iodure de potassium ou de sodium (0 gr. 50 à 1 gr.), le tannin, l'ergotine, l'hamamelis, l'hydrastis, peuvent être essayés sauf dans le cas d'albuminurie.

Les dérivatifs (purgatifs et sudorifiques) sont à employer dans les polyuries nerveuses: la pilocarpine et le jaborandi seront essayés à très petites doses, en surveillant la fatigue produites souvent par les sudations abondantes. Parmi les dérivatifs, on peut classer les moyens de révulsion (ventouses, cataplasmes sinapisés, frictions stimulantes, pointes de feu).

Les dissolvants de l'acide urique (*Journal des Praticiens*, 4 janvier 1908).—D'après Haig, la lithine ne serait un dissolvant de l'acide urique que dans les tubes à essai des laboratoire s: cliniquement elle ne servirait qu'à fatiguer l'estomac des malades: cependant, d'après Fauvel, le quinate de lithine donnerait des sucès au moins apparents.

Le bicarbonate de soude à la dose de 6 à 8 grammes, n'aurait aucune influence sur l'acide urique; cependant, administré à faible dose, il semble avoir une action certaine, comme le prouvent les succès obtenus par les eaux de Vichy, et la préparation suivants :

Phosphate de soude desséché	} à 2 gr
Sulphate de soude.....	
Bicarbonate soude.....	3 gr.

Pour un paquet à faire fondre dans un litre d'eau d'Evian. Prendre un verre à jeun, un demi-verre à 11 heures, à 4 heures et au coucher.

Le salicylate de soude à la dose de 3 gr. augmenterait l'excrétion d'acide urique, d'après Fauvel. Il faut citer aussi la pipérazine.

Il faut, avant tout, supprimer la viande et conseiller le régime végétarien et herbacé; par le régime seul, on parvient à guérir les migraines tenaces des uricémi- que.

Pathologie hépatique

Abcès pleuro-pulmonaires et hépatiques d'origine dysentérique.—Les récentes discussions, qui viennent d'avoir lieu à la Société de chirurgie, de Paris, sur ce sujet, montrent toute l'actualité et l'intérêt de la clinique de notre collaborateur le Dr Benoit. Les voici résumées, avec leurs indications cliniques et thérapeutiques.

M. Tuffier fait un rapport sur une observation de M. Marion. Le malade présentait, en même temps qu'un point de côté, de l'œdème et une voussure du côté droit, principalement dans la région du foie. Il n'y avait aucun signe d'épanchement pleural. L'expectoration était purulente, et l'examen des crachats y révélait la présence d'amibes. La radiographie était négative sur le siège précis de la cavité purulente.

M. Marion pensa à un abcès de la face convexe du foie, quoique cet organe ne fût pas abaissé. Après avoir ouvert l'abdomen sur le bord externe du grand droit, il découvrit le foie qui avait un aspect normal. Plusieurs ponctions demeurèrent négatives. M. Marion fit alors une résection costale, ce qui lui permit d'explorer la cavité pleurale. Celle-ci était vide et le diaphragme intact; mais, à un moment donné, on vit sourdre une gouttelette de pus à la base du poulmon: on la suivit et l'on arriva dans une cavité intra-pulmonaire: Drainage postérieur et guérison.

M. Tuffier montre la difficulté fréquente du diagnostic de ces suppurations pulmonaires. La radioscopie est, en pareil cas, d'un grand secours: elle montre le contour très net du diaphragme et les rapports de l'abcès avec lui.

Dans certaines conditions d'ouillage spécial, il a eu recours, avec succès, à la ponction exploratrice faite sous le contrôle de la radioscopie.

M. Walther insiste sur l'importance de la radioscopie qui, elle-même, n'est pas toujours fidèle. Chez une

jeune fille atteinte, de par les rayons X, d'un abcès gangreneux de la base, se vidant par expectoration, la pneumotomie de la base ne montra que de la séreuse généralisée et pas de cavité. Celle-ci siégeait dans le lobe supérieur, presque sous la clavicle.

M. Logeou insiste sur ce fait que, malgré l'exploration la plus attentive, le chirurgien peut passer à côté du foyer pulmonaire que révèle plus tard l'autopsie.

M. Ricard cite un fait personnel où, la radioscopie ayant montré une collection profonde l'opération montra, au contraire, un abcès siégeant immédiatement sous les côtes, dans la région scapulaire. Il y avait un deuxième abcès siégeant près du médiastin et que la radioscopie n'avait pas révélé.

M. Delbet dit que les kystes hydatiques du pommou suppurés ou non, sont le triomphe de la radiographie : il n'en est pas de même des autres collections purulentes.

D'autre part, il peut y avoir un désaccord extraordinaire entre l'abondance de l'expectoration et les dimensions de la cavité.

M. Loison communique les trois cas suivants :

Dans le premier, il s'agissait d'un homme de quarante ans qui était entré à l'hôpital pour des abcès du foie. Il y en avait trois, qui furent évacués et drainés. Quelque temps après, il présenta des signes thoraciques qui firent penser à une pleurésie enkystée ; il eut même une vomique, puis il mourut. L'autopsie montra un abcès de la base.

Dans le deuxième cas, il s'agissait également d'un homme qui était porteur de plusieurs abcès du foie, lesquels furent ouverts, mais qui, à aucun moment, n'avait présenté de symptômes thoraciques. L'autopsie montra un énorme abcès de la base droite, qui était adhérente au diaphragme non perforé. Dans ces deux cas, la propagation s'était faite directement du foie au pommou par l'intermédiaire des lymphatiques.

Dans le troisième cas, au contraire, il s'agissait d'un processus embolique. Le malade présentait une matité droite allant jusqu'à l'omoplate. Les ponctions du foie étant restées négatives, M. Loison fit une résection costale et trouva la base du pommou fortement indurée et adhérente. L'autopsie montra un abcès volumineux de cette base et un foie intact. M. Loison reconnaît qu'il aurait dû ponctionner le pommou.

* * *

Lithiase biliaire et pancréatite secondaire.—Au cours de la lithiase biliaire, la bile modifiée a une action irritante sur le pancréas au travers duquel elle chemine

dans le cholédoque ; il en résulte souvent une *pancréatite scléreuse*, d'une dureté extrême, simulant volontiers le cancer et s'opposant, *par compression*, à l'écoulement de la bile : *syndrome pancréatico-biliaire*. Le traitement consiste essentiellement à rétablir la perméabilité des voies biliaires et surtout à dériver au dehors la bile irritative : la pancréatite scléreuse disparaît assez rapidement. Faute de cette opération, on risque le *drame pancréatique* simulant la péritonite par perforation, et caractérisée par la présence dans la cavité péritonéale : 1° d'amas graisseux en taches de bougies, *cystolécitonécrose* qui correspond à la transformation des cellules adipeuses en acides gras, sous l'influence des ferments pancréatiques anormalement déversés dans cette cavité péritonéale ; 2° d'hémorragies diffuses qui résultent de la digestion des parois vasculaires sous l'influence également des ferments pancréatiques. *Dieulafoy*.

* * *

Sur la rupture traumatique du canal hépatique.—(*Arch. f. klin. chirurg.*, Bd. LXXXI.)—L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de 5 ans qui fut renversée par un camion et qui eut une déchirure du canal hépatique. On établit le diagnostic sur l'existence du ballonnement du ventre, sans symptômes péritonéaux, et sur l'absence de pigments biliaires dans l'urine. On fit le drainage du canal hépatique et la guérison fut obtenue rapidement.

La cause de cette rupture réside dans un hyperallongement des voies biliaires tendues entre le sillon porte et le duodénum dans le cas de tiraillement du foie en haut, du duodénum en bas. Si le conduit biliaire est en totalité déchiré obliquement, l'ictère peut apparaître, si les fausses membranes rapidement formées ne s'opposent pas à la résorption des pigments. Caractéristique est l'amaigrissement considérable qui survient après cette perte de bile mais surtout après la résorption des sels biliaires. Dans l'observation rapportée par l'auteur, malgré la stérilité de la bile, il se produisit une péronite, fibreuse conséquence de l'action corrosive de la bile. On n'a pas encore signalé de cas de péritonite septique due à la rupture des voies biliaires. Quoi qu'il en soit, dans tous ces cas, seule une opération peut porter remède, aussi doit-elle être pratiquée sans retard (Hildebrand).

* * *

Rupture traumatique du canal cholédoque.—Le cas concerne un employé de chemin de fer, qui avait été comprimé entre les tampons d'un wagon au repos et

ceux d'un wagon que poussaient des ouvriers. La compression n'avait duré qu'un instant. L'intéressé était venu en proie à une peur violente : il avait vu noir devant les yeux : de douleurs proprement dites, il n'en éprouvait pas, immédiatement après l'accident, et il avait pu regagner seul, son domicile, en utilisant le tramway électrique. Chemin faisant, les secousses de la voiture lui avaient occasionné des douleurs abdominales, en raison de quoi il se fit admettre à l'hôpital.

À l'examen du malade, on ne constata nulle trace d'une contusion. Les douleurs abdominales persistèrent : il s'y associa de l'ictère, avec décoloration des matières. Un peu plus tard on assista à la formation d'un épanchement ascitique ; en même temps l'ictère rétrocéda. Une ponction abdominale donna issue à 7 litres de liquide coloré par la bile. L'épanchement se reproduisit. La décoloration des matières fécales persista.

Cinq semaines après l'accident, on pratiqua une laparatomie. Une grande quantité de bile s'échappa de la cavité péritonéale. Il fut impossible d'atteindre la déchirure du cholédoque (ou de l'hépatique). La vésicule biliaire était en état de complète vacuité (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, no 35, p. 1433).

Oto-Rhino-Laryngologie

Quand le praticien doit-il conseiller l'ablation des amygdales ?

Par M. Georges Laurens, ancien assistant de Laryngologie des Hôpitaux

Le carefour aéro-digestif est entouré d'un amas de tissu lymphoïde, constituant l'anneau de Waldeyer : chacun de ces îlots porte le nom d'amygdale. Il en existe quatre principaux.

C'est ainsi que dans le dédoublement des deux piliers du voile palatin se logent les deux *tonsilles* ou *amygdales proprement dites* ; que la base de la langue présente une nappe lymphoïde, formant la *troisième amygdale* ou *amygdale linguale*, et qu'enfin le rhinopharynx est recouvert sur sa paroi postérieure de l'*amygdale de Luschka* ou *quatrième amygdale*, dont l'hypertrophie constitue ce que l'on est convenu d'appeler les végétations adénoïdes.

Dans la pratique courante, la qualification d'amygdalite, d'angine, s'applique à toute affection atteignant les deux tonsilles palatines.

Quand faut-il les enlever ?

L'axiome : toute amygdale grosse doit être enlevée est une absurdité. En effet, quand une amygdale commence-t-elle à être volumineuse ? L'unité de mesure n'existe pas pour cet organe, et son cubage est difficile à évaluer. Par ces temps où se font si facilement les " curettages de pharynx ", les " raclages de gorge ", nombre de mère très interventionnistes, parce que ayant suivi quelque cours d'hygiène paramédicaux, conduisent leur progéniture au médecin avec un diagnostic et un traitement préétablis : " Mon enfant a des amygdales énormes et je viens pour les faire enlever. " C'est une phrase aujourd'hui classique.

En réalité, le rejeton a un organe normal et n'a point à subir de castration amygdalienne. La mère a fait une erreur de diagnostic dans l'interprétation de l'image pharyngienne, voilà tout. Elle a accoutumé l'enfant à montrer sa gorge chaque jour, — et de cette quotidienne habitude il n'y a qu'à la féliciter, — mais la technique employée a été défectueuse.

Pour examiner un pharynx et surtout un pharynx d'enfant, il faut éviter les deux choses suivantes :

1^o Se contenter de faire simplement tirer la langue car alors, on l'on ne voit rien (la langue forme un dôme) ou l'on voit trop. En effet, la propulsion de la langue entraîne un rapprochement des amygdales sur la ligne médiane et elles peuvent paraître hypertrophiées, alors que leur volume est normal.

2^o On ne fera pas, non plus, ouvrir la bouche de l'enfant, en l'invitant à montrer sa gorge. Le petit, dans le désir de bien faire ou dans la crainte paternelle, ouvre demesurément la bouche, se contracte au maximum en raidissant ses masséters, en écarquillant les yeux. Il en résulte une constriction synergique de l'isthme du gosier qui détermine parfois un réflexe nauséux et fait exécuter aux amygdales une rotation en avant d'un quart de cercle — mouvement spiraloïde de Chassaignac. — Par suite, les amygdales se rapprochent de la ligne médiane, pour s'accoler parfois. D'où on tire instantanément l'équation suivante : grosses amygdales = ablation.

La pharyngoscopie et l'examen des amygdales doit être fait de la façon suivante, qu'il peut sembler puéril de rappeler. La bouche étant ouverte, le sujet respire tranquillement, tandis qu'une spatule déprime la langue,

mollement de façon à permettre l'inspection amygdalo-pharyngée. Evite l'introduction de l'abaisse-langue plus loin que la limite des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur de la langue, cette dernière région innervée par le glosso-pharyngien étant le siège du reflexe nauséux. En observant cette technique, c'est-à-dire en procédant à l'examen pendant la respiration calme et tranquille, on voit les amygdales dans leur situation absolument normale.

ON ENLÈVERA LES AMYGDALES :

- 1o Quand elles sont *obstruantes*,
- 2o *infectantes*, ou
- 3o *déterminent des lésions de voisinage ou à distance*.

I. — AMYGDALES OBSTRUANTES. — Du fait qu'une amygdale est grosse, il ne saurait en résulter une ablation. Ce serait une indication opératoire trop fantaisiste et trop simpliste. En effet, nombre d'amygdales volumineuses n'ont jamais, chez les enfants et les adultes qui en sont porteurs, déterminé le moindre trouble général ou local. Mais quand les tonsilles, par leur propre accroissement, entravent la respiration, sont le siège d'inflammations répétées, déterminent une voix d'une tonalité spéciale, "voix empâtée" ou dirait que l'enfant parle "la bouche pleine" et gênent le développement thoracique, l'amputation est indiquée. En pareil cas, du reste, il y a coexistence de végétations adénoïdes et l'exérèse totale s'impose.

II. — AMYGDALES INFECTANTES. — Dans nombre de cas, les amygdales, même extrêmement petites, sont le siège d'infection multiples et récidivantes, qui ne cessent qu'avec la disparition de l'organe.

Ainsi, les *amygdalites aiguës*, survenant plusieurs fois par an, déterminent, par leur répétition et les poussées fébriles, des troubles de l'état général. A la longue, elles hypertrophient la glande : double raison pour intervenir.

Les *amygdalites cryptiques, lacunaires*, constituent une indication opératoire bien nette. Quand vous observez des enfants, porteur de petites amygdales, qui font des angines caractérisées par de grandes et brusques ascensions thermiques, 40°, 40,5, et une éruption de

points blancs, jaunâtres, pultacés, logés dans les cryptes, que ces angines se répètent nombre de fois dans l'année, déprimant l'enfant à chaque atteinte et que le traitement médical a échoué (badigeonnages iodés, gargarismes etc.), l'exérèse doit être conseillée. Vous serez alors surpris dans le morcellement de la tonsille, quand vous l'écraserez à la pince coupante de voir le parenchyme amygdalien farci d'une quantité de points blanchâtres, caséux, souvent fétides. Ce sera la preuve de l'impuissance du traitement conservateur. Les *abcès et phlegmons amygdaliens*, à répétition, chez le même sujet, constituent une nécessité opératoire sur laquelle il est inutile de s'étendre.

Les *amygdalites lacunaires caséuses enkystées* sont justiciables de l'ablation.

Nombre de malades, enfants ou adultes, présentent à la surface des tonsilles, des cryptes, des recessus, parfois de véritables excavations, qui logent dans leur profondeur, des amas blanc-jaunâtres, concrets, solides. Le malade les expulse soit par une compression digitale, soit dans un effort de toux ; l'odeur de ces "calculs amygdaliens" est absolument infecte. Il en résulte des troubles digestifs dont la cause véritable est souvent longtemps méconnue. Que de malades, ayant suivi des régimes alimentaires, dont les pâtes, les purées et les fruits cuits ont formé le substratum, dont l'estomac a été lavé, qui ont fait des cures de Vichy ou autres stations hydro-minérales et qui guérissent avec quelques coups de pince, leur supprimant le foyer amygdalien infectant.

En résumé, on peut poser en principe que toute infection chronique ou suppurée des amygdales appelle l'instrument tranchant, comme traitement curatif.

III. — AMYGDALES DÉTERMINANT DES TROUBLES DE VOISINAGE OU A DISTANCE. — Beaucoup d'amygdalites, en particulier chez les enfants, sont moins troublantes par les symptômes locaux qu'elles provoquent que par les lésions à distance qu'elles déterminent.

Faut-il rappeler les *otites suppurées* ou non, les bourdonnements d'oreille, la surdité, qui accompagnent souvent les angines, par l'intermédiaire ou non d'une adénoïdite concomitante. Nombre de *bronchites* et d'accidents laryngo-trachéaux chez les enfants ne reconnaissent pas d'autres origine que des amygdalites préexistantes.

Pendant longtemps j'ai refusé d'opérer des enfants chez lesquels des poussées d'entérite, typhloïte, d'appendicite, accompagnaient manifestement des amygdalites ou des adénoïdites même subaiguës. Je ne voyais alors l'organe incriminé que longtemps après le phénomène intestinal, c'est-à-dire à froid : je constatais des amygdales d'apparence normale, peu volumineuses, des végétations petites, en minuscule ; et je me refusais à l'intervention. En réalité je péchais par scrupule et esprit conservateur.

J'apprenais par la suite que les enfants avaient été opérés de leurs végétations ou de leurs amygdales et que la guérison en était résultée. Ces rapports pathologiques entre le tissu lymphoïde du pharynx et celui de l'intestin sont des mieux établis et doivent toujours faire trancher des amygdales quand il a été bien reconnu qu'elles sont l'origine des troubles gastro-intestinaux.

Existe-t-il un âge de prédilection pour l'ablation des amygdales ?

C'est une erreur médicale et un préjugé maternel que d'admettre que l'enfant doit avoir atteint l'âge de six ou huit ans pour être débarrassé de ses tonsilles. Attend-on la surdité pour euser des adénoïdes ou une péritonite pour faire une appendicectomie ? On objectera que les amygdales enlevées tôt repoussent plus tard. Et quand cela serait ? N'y a-t-il pas intérêt à supprimer un organe qui a déterminé de nombreux méfaits et est susceptible de provoquer des complications beaucoup plus graves que l'amygdalotomie elle-même.

Comme je le répète souvent, il n'y a pas d'âge pour extirper les amygdales, que le malade ait deux ans ou quarante, il n'y a que des indications.

Il faut donc vaincre le préjugé de l'âge, du fait de la *récidive*, comme il faut également rassurer l'adulte qui, par crainte d'une *hémorrhagie*, préférera avoir son phlegmon annuel.

Il y a des précautions à prendre et ceci m'amène à établir les contre-indications de l'amygdalotomie.

On ne doit pas enlever les amygdales :

1o Au cours ou au décours d'une *amygdalite aiguë*, car l'hypérémie et la vascularisation anormale du parenchyme amygdalien provoquerait une hémorrhagie facile.

2o Pendant la *période menstruelle* et chez les *hémophile*, pour la même raison.

La Clinique

Chronique

L'intéressante conférence de sir Dyce Duckworth, à Paris, au nom de "l'Entente Cordiale Médicale," et que nos lecteurs liront dans la correspondance de Paris, n'est qu'un lever de rideau, pourrions-nous dire. Les deux pays font échange de conférenciers. Ainsi, parmi beaucoup de noms brillants, relevons-nous, du côté français, ceux de Blanchard, Berger, Brissaud, Faure, Gilbert, Gesset, Hartmann, Landouzy, Labbé, Marie, Pinard, Raymond, Tuffier, Vaquez, Vidal ; et parmi les cliniciens anglais qui traverseront le détroit, nous notons les noms de Barker, sir Th. Barlow, sir Duckworth, Ferrier, MacKenzie, sir W. Ramsay, Mayo-Robson, sir Wright. Voilà une très belle idée. Il est même étonnant qu'elle n'ait pas germé plus tôt !

* *
*

La faculté de Paris vient de créer une nouvelle chaire de clinique obstétricale, dont elle a confié la direction au professeur Ribemont-Dessaignes. Brillant conférencier, M. Ribemont-Dessaignes occupera avec tout le talent qui lui est connu, cette nouvelle chaire, aux côtés des professeurs Pinard et Bar.

* *
*

C'est avec regret que nous enregistrons la mort du professeur Segond. Merveilleux opérateur, M. Segond était en plus doué d'un brillant talent de conférencier.

* *
*

M. Gosset, le sympathique et si excellent chirurgien de La Pitié, à Paris, vient de se voir confier, par la Fa-

culté, un cours de clinique chirurgicale. C'est une promotion que nous signalons avec plaisir à ses anciens amis canadiens.

* *
*

Parmi les nouveaux gagnants de prix décernés par l'Académie de Médecine, nous signalons avec plaisir M. M. Jayle, Luys, Chevassu et Alquier, de Paris, et M. Calmette de Lille. Nos félicitations.

* *
*

Les Congrès s'annoncent de plus en plus nombreux. D'abord le 16e Congrès International de Médecine se réunira à Buda-Pest, fin août. L'Université de Buda-Pest est la seconde en importance de l'empire d'Autriche. Ses bâtiments, qu'il nous a été donné de visiter, sont pour un grand nombre spacieux et récents, de même que les laboratoires sont fort bien installés. Et puis la ville est majestueusement assise aux deux bords du vieux Danube. Elle vaut une vite, croyez-moi. Ses édifices publics sont de toute beauté, et son Parlement, entr'autres, est, croyons-nous, le plus beau du monde. Son peuple ! fier et beau, vraiment !

Au commencement de septembre, 11e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Voici les cinq sujets à l'étude, et que les chirurgiens les plus autorisés de tous les pays ont été personnellement invités à traiter : le cancer, la chirurgie du foie, l'anesthésie, la chirurgie du rachis, les hernies. Les noms au programme assurent des réunions d'intérêt, que bien peu de Congrès peuvent promettre.

Maintenant, chez nous, la "Canadian Medical Association" tiendra ses réunions à Ottawa le 9, 10 et 11 juin. Nous encourageons nos confrères non-seulement à y assister, mais aussi à y prendre une part active par la présentation de travaux.

* *
*

La chirurgie américaine vient de subir une perte sensible dans la mort du professeur Nicolas Senn, de Chicago. Suisse d'origine, le brillant chirurgien avait élu domicile aux Etats-Unis depuis 1853. Senn eut tous les honneurs professionnels auxquels un médecin puisse atteindre. Il contribua beaucoup à la littérature médicale, et plus d'un de ses ouvrages restera parmi les classiques.

Les Sociétés Médicales

Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 17 MARS 1908

Présidence de M. Lesage

Membres présents : MM. E. Asselin, Aubry, Bourgoin, Lenoit, Boucher, Beauchamp, Derome, de Grand-pré, Dufresne, F. de Martigny, Foucher, Fournier, Gagnon, Handfield, J.-E. Labrecque, Lasnier, Laramée, Malouf, Marcell, O.-F. Mercier, Pariseau, Roux, J.-N. Roy, Racicot, Rousseau, Trudeau, Valin.

M. Bourgeois, secrétaire, et M. Dion, assistant-secrétaire, étant absents, M. Bourgoin, trésorier, lit le procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

M. LeSage fait part à la Société de la mort de la mère de M. O.-F. Mercier et de Mme Harwood.

M. S. Boucher propose un vote de condoléance.

M. F. de Martigny seconde et demande que le président représente officiellement la Société Médicale aux funérailles de Mme Harwood, qui auront lieu demain.

I

Présentation de malade.

Un cas de néoplasme de l'estomac traité par la pylorotomie.

Le malade, un ancien coxalgique, guéri en position vicieuse. Il a commencé à souffrir de l'estomac il y a six ans. Depuis trois ans les troubles stomacaux s'accroissent, et depuis trois mois tous les symptômes d'une occlusion de plus en plus complète du pylore.

Ce malade a sans doute souffert d'un ulcère du pylore sur lequel s'est greffé un épithélioma pur.

M. Mercier fit la laparotomie il y a un peu plus de trois semaines, trouvant une tumeur absolument libre de toute adhérence. Il fit, suivant le procédé classique, une pylorotomie, dépassant la lésion d'un bon pouce.

L'examen microscopique fait par M. Derome et continué par M. Alphonse Mercier, a donné un épithélioma pur, variété rare du cancer du pylore.

M. F. de Martigny est heureux de féliciter M. Mercier sur le succès de son intervention, et quoique l'examen microscopique dénote un épithélioma, il a fini en la guérison du malade. Il insiste sur l'inocuité de la laparotomie dans les cas de cancer de l'estomac. Même dans

les cas désespérés, cette intervention permet de faire quelques fois une opération de fortune, simple gastro-enterostomie antérieure quand on ne peut faire la postérieure, et il a vu des malades en tirer des bénéfices prolongés. Il cite un cas opéré inextremis, malade qui avait perdu 120 livres de poids et qui, à la suite d'une simple gastro-enterostomie a pu survivre 18 mois.

Il y a des cas où le diagnostic est très difficile, cas dans lesquels la lésion ne retentit presque pas sur l'économie et où l'opérateur est tout surpris de se trouver en face d'un cancer en masse de tous les organes.

Il y a deux mois, il a été amené à pratiquer une laparotomie exploratrice sur un malade chez lequel on avait posé de diagnostic de cancer du pylore.

Ce malade, âgé de 48 ans, avait pu travailler à son métier de menuisier jusqu'à quinze jours avant l'intervention. A l'opération, l'on se trouva en présence d'un cancer de l'estomac, du duodénum et du pancréas. Il insiste sur l'importance qu'il y a pour le malade à être dirigé, sitôt le diagnostic posé vers le chirurgien.

Les cancers du sein, ajoute-t-il, nous arrivent tout au début, alors que l'on peut faire une opération large et espérer une guérison permanente. Les cancers de l'estomac arrivent généralement à la dernière phase, lorsqu'il est trop tard pour tenter une opération curative et où la gastro-enterostomie est la seule ressource. Il demande aux médecins qui se trouvent en présence d'une maladie de l'estomac observée, de se conduire comme quand ils se trouvent devant une tumeur du sein : de s'adresser au chirurgien.

La laparotomie exploratrice faite dans un service hospitalier moderne, ne présente presque aucun danger et la gastro-enterostomie est une opération d'autant plus bénigne qu'elle est faite sur un sujet encore fort et robuste.

Le Dr O.-F. Mercier abonde dans les remarques du Dr F. de Martigny et s'étend sur la difficulté que présente le diagnostic de certains cancers de l'estomac. Il est en faveur de tenter au moins la gastro-enterostomie dans presque tous les cas.

M. ROY.—PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE

Permettez moi de vous présenter, au nom de M. le Dr Saint-Jacques et en mon nom, la pièce anatomique du petit malade que vous avez vu à la dernière séance, lequel a été opéré par nous le 4 mars : lympho-sarcome du cou.

Je vous ferai grâce des détails de cette opération, M. Saint-Jacques devant vous rapporter plus tard sa obser-

servation en entier. Cependant, laissez-moi vous dire que l'intervention fut très laborieuse : car la tumeur adhérait sur toute sa longueur à la gaine des vaisseaux carotidiens, nécessita une dissection minutieuse de la carotide et du pneumogastrique. Elle se prolongeait aussi derrière la clavicule jusqu'au tronc brachio-céphalique, intéressait le lobe droit thyroïdien, ainsi que la pointe de la glande parotide et sous-maxillaire.

Les veines jugulaires interne et externe durent être osséquées : et comme le paucier et le sterno-cléidomastoidien faisaient corps avec la tumeur, ils durent être également enlevés, ainsi qu'une certaine étendue de peau qui était trop fortement adhérente.

Dès le soir de l'opération, le malade avait une tachycardie tellement considérable qu'il était impossible de compter son pouls. Cette tachycardie était due soit à l'absorption de la sécrétion thyroïdienne, ou à l'irritation du pneumogastrique.

Je vous ai dit, Messieurs, qu'avant l'opération j'avais constaté une paralysie de la corde vocale du côté opposé à la tumeur ; aujourd'hui, cette paralysie est disparue, mais la corde vocale du côté opéré est à son tour paralysée.

Cette dernière paralysie s'explique par la lésion du récurrent que nous avons cependant ménagé au cours de l'opération, lésion due à la difficulté de libération du lobe thyroïdien droit fortement adhérent à la tumeur.

L'examen microscopique de ce néoplasme permet de constater que nous sommes en présence d'un lymphosarcome à forme mixte, globo et fuso cellulaire, présentant une disposition cellulaire très lâche qui rappelle par endroit le myxo-sarcome.

30 Motion par M. Boucher : A propos de la formation d'un comité pour étudier le fonctionnement actuel de l'inspection médicale des écoles et des modifications que l'on fait actuellement subir à celle de l'hygiène municipale, et les fonctions des gardes-malades dans ce service.

Cette motion n'a pas eu de secondaire et n'a pas été soumise au vote de l'assemblée et cependant le président, confie au proposeur le soin de former lui-même un comité.

40 Épithélioma de la face et radiothérapie par M. Lasnier.

Voici les conclusions de cette communication :

10 Les rayons X, sont une arme puissante contre le cancer, quelque soit son origine et sa situation.

20 Ils sont le complément indispensable de l'intervention chirurgicale.

30 Il est le meilleur palliatif contre la douleur.

DISCUSSION

Monsieur Roy demande à M. Lasnier :

1o S'il croit que les rayons X peuvent aggraver une tumeur épithéliomateuse ?

2o S'il croit que les rayons X peuvent transformer une tumeur non épithéliomateuse en un épithélioma ?

3o S'il croit que les rayons X peuvent être la cause du développement d'un épithélioma sur un tissu sain ?

M. Foucher : je suis un fervent de la radiothérapie, car les Rayons X, sont à l'ordre du jour. Certes plusieurs, opinions dissidentes ont été émises : la même chose se produit, chaque fois, qu'une révolution s'opère dans une partie quelconque de la médecine. Le point obscur, qui reste à éclaircir, c'est de fixer le domaine opératoire, il reste plusieurs points de technique à approfondir. A cause des insuccès obtenus, il ne faut pas conclure de là, que les rayons X, en sont la cause, il faut chercher plus loin et voir à modifier la technique.

M. Parizeau ; je releverai un fait sur lequel M Lasnier a attiré notre attention, au cours de sa communication. Bien qu'il eut à faire des applications de rayons X, dans l'angle palpebral de l'œil. Il n'a pas jugé à propos de protéger l'œil de son malade et comme explication, il nous dit, que la consistance même de l'œil, l'empêche d'être attaqué par les rayons X. Je crois qu'il y a aussi d'autres influences, qui font que le globe oculaire est protégé par les rayons X. C'est que d'abord les rayons X ont une action élective sur les cellules embryonnaires : c'est une action necrosante plutôt que sclerogène, et nous voyons la preuve dans ce fait ; qu'un malade porteur d'un néoplasme est-il soumis trop longtemps à l'action des rayons X, il ne tarde pas à succomber à la toxémie et l'analyse au sang décèle une quantité considérable de toxines cancéreuses.

M. Asselin : Les rayons X, sont le traitement idéal pour toute lésion épithéliomateuse superficielle et d'après Bécclère ils sont sans action lorsque l'épithélioma est situé profondément. Je demanderai à M. Lasnier, si, avant d'appliquer les rayons X, à son malade, n'a pas été tenté avant de procéder à leur application de faire un curetage de la plaie.

M. Lasnier : Je répondrai d'abord aux questions posées par M. Roy :

Oui, mais alors, nous devons plutôt admettre un défaut de technique opératoire. Il y a un ulcère des rayons X. Il faut savoir distinguer dans une surface où l'on fait des applications radiothérapiques, les points de cette surface qui en ont assez, et ceux qui en ont trop. Par un dosage mal réglé des rayons X, et avec un manuel opératoire

défectueux on arrive malheureusement à produire cet ulcère des rayons X.

Je ne le crois pas. Je suis toutefois disposé à croire, que les rayons X, peuvent provoquer le cancer.

3o Bien des faits ont été énoncés, mais sans preuve aucune.

M. Roy se dit très heureux de conseiller l'emploi des rayons X en temps opportun par exemple pour les épithéliomas superficiels de la peau, ce en quoi il est d'accord avec les dernières propositions de MM. Beclère, Mannoury, Marc, Tédénat, Levy et Rives. Pour ce qui est des épithéliomas avec envahissement des tissus profonds, la guérison est fort problématique.

En réponse à M. Lasnier qui affirme :

1o Que les rayons X ne peuvent pas transformer une tumeur quelconque en épithélioma ;

2o Que ces mêmes rayons ne peuvent pas être la cause d'un épithélioma sur un tissu sain, M. Roy fait part d'un travail récent de MM. Levy et Rives de Montpelier--et dans lequel M. le professeur Tédénat affirme l'exacte précision des faits rapportés—relatant quelques-uns des nombreux méfaits de la radiothérapie. Par exemple :

“ Sur 70 lupus simples soumis aux rayons X, mien-
“ da Costa signale 7 fois la transformation épithélioma-
“ tuse. Macloed rapporte un cas, Wyss un cas, Kiehl
“ un cas. Bien plus les rayons X font du cancer sur la
“ peau saine après un stade plus ou moins long de dermite
“ rebelle. Sick dut faire, une fois, la désarticulation
“ de l'épaule pour cancer de la main chez un ouvrier
“ d'une usine d'ampoules de Roentgen ; et une autre
“ fois, il put se borner à extirper un cancer du dos de
“ la main. Gaucher eut également deux cas. Porter,
“ Foulton, Corne relatent aussi des faits dans le même
“ sens. ”

En terminant M. Roy sans insister d'avantage, s'en tient à ces quelques remarques.

M. J.-B. Prince est élu membre titulaire à l'unanimité.

ALFRED MARCIL

Association Médicale du District d'Ottawa

RÉUNION, A THURSO

Assistaient à la réunion, MM. J. Robillard, J. Metcalf, J.-E. Longpré, J.-D. Sicard, S.-W. Cummings, M. Power, J. Isabelle, F.-W. Church, N. Desrosiers, J.-E. D'amours. Sous la présidence pro-tempore du Dr Robillard, l'association vote des résolutions de condoléances à

son président, le Dr Longpré, à l'occasion de la mort de son père.

Entr'autres propositions dont a été saisie l'Association, nous notons.

I.—Adoption de l'état de compte de l'Association; accusant en caisse, un actif de \$0.54 centins. Proposeur : J. Metcalf—Secondeur : J. Isabelle.

II.—Proposé par le Dr Cummings et secondé par le Dr Powers que le Gouverneur du Collège des Médecins, pour ce district, M. le docteur J.-E. D'amours, soit prié de vouloir bien demander au Collège des Médecins, lors de sa prochaine réunion, la rectification ou l'amendement d'une clause de son règlement, à l'effet d'obtenir pour tout médecin porteur d'une licence pour la P. Q., le droit de voter à l'avenir, à l'élection d'un gouverneur, quelque soit la province où le voteur est élu domicile.

Proposé par le docteur N. Desrosiers, secondé par le docteur J. Isabelle qu'à l'avenir, tout membre de l'Association Médicale du district d'Ottawa, demeurant hors des limites du district, jouisse de tous les droits et privilèges accordés aux membres actifs. (Cette résolution ayant été acceptée, une clause de nos règlements sera immédiatement amendée en ce sens.)

IV.—Proposé par le docteur E. Longpré et secondé par le docteur J. Metcalf que le comité de Régie soit chargé de reviser avec soin et d'apporter toutes les modifications voulues à une liste de prix (tarif minimum) que le Secrétaire vient de déposer sur la table : qu'une copie corrigée soit ensuite adressée à chacun des médecins du district avec un avis leur faisant part du désir de l'Association de voter l'adoption de cette échelle de prix lors de la prochaine réunion qui aura lieu à Hull, dans le cours de la dernière semaine de Juin. Divers autres manuscrits ayant trait à la création d'un Tribunal de Déontologie, sont aussi à la garde du Comité qui devra les reviser en même temps.

RE-CHARLATANISME

Le secrétaire donne lecture de plusieurs correspondances adressées à des rabouleurs et sages-femmes. Sont rapportés entre autres les cas de Mme Amable Périard, de M. Jean Rieux, de Mme P. Pharand et de M. Lamothe.

Mmes Périard et Rieux sont des accoucheuses. Mme Pharand pratique la médecine générale et Lamothe est un spécialiste.

Il fait l'ablation des cancers et tumeurs de tous genres au moyen de l'emplâtre merveilleuse.

A chacun de ces audacieux qui osent ainsi commettre de semblable délits, alors que le charlatanisme est si étroitement surveillé (?) et si sévèrement puni (?) dans notre province, l'Association a intimé l'ordre d'avoir à cesser immédiatement toute pratique, sous peine d'encourir les...foudres que depuis quelques vingt années notre Conseil Provincial promet de leur lancer.

Résultat : Ils se sont soumis pour la plupart. Une seule : Mme P. Pharand continue à poursuivre son idéal ...Mme Pharand est donc rapportée au Collège des Méde-

cins et il appert qu'une action sera *immédiatement intentée contre elle.*

RE PRATIQUE ILLÉGALE PAR DES MÉDECINS NON-LICENCIÉS

Le secrétaire fait rapport que lors de la dernière réunion, trois médecins pratiquaient sans licence dans notre district. A la demande de l'Association, des avis formels leur interdisant toute pratique, furent adressés à chacun d'eux. Résultats ; L'un a depuis obtenu sa licence, un deuxième a laissé notre district pour aller s'installer dans le comté de Terrebonne, et un troisième continue de pratiquer sans permis, comme il l'a fait depuis plusieurs années, alléguant que tôt ou tard, il se régularisera.....

RAPPORT DES CAS DE PRATIQUE

Un cas de Méningocèle congénital (enfant de 8 mois) par M. M. Powers.

Un cas de maladie d'Adison. par M. Metcalf.

Lecture d'un travail du Dr. R.-P. Campbell, sur l'étiologie de la tuberculose rénale, par M. S.-W. Cummings.

L'assemblée fut close sur un vote de condoléance à la famille de notre confrère, M. J.-A. Larue que la fièvreendémique de Hull nous a ravi dans les derniers six mois,

Au dire de ceux qui ont eu le plaisir de le connaître. M. Larue fut un médecin distingué, en même temps qu'un littérateur fort apprécié.

La prochaine réunion aura lieu à Hull, dans les derniers jours de juin, les conférenciers de la circonstance seront MM. S.-W. Cummings et J. Sicard.

L'Association est particulièrement reconnaissante à Messieurs les docteurs Metcalf et Robillard, pour l'accueil cordial qu'ont eu nos sociétaires dans le joli village de Thurso.

Le secrétaire,
J.-E. D'AMOURS

Correspondance

DUSSELDORF, Rhin, 26 février 1908.

A M. le Dr Eugène Saint-Jacques,

Mon cher collègue,

Par le même courrier, je vous fais tenir des prospectus de notre nouvel Institut de Médecine. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir en faire part à vos collègues par l'entremise de vos journaux.

Je vous prierais tout particulièrement de leur dire que les portes de notre Institut et de nos cliniques sont ouvertes *gratuitement* non seulement aux médecins allemands, mais aussi à nos collègues de l'étranger, et que nous serions heureux de les aider dans tout travail pratique ou de recherche qu'ils seraient désireux d'entreprendre.

Avec mes salutations amicales,

(Signé)

WITZEL