SUR LA CHIRURGIE DES TUMEURS DU CORPS CALLEUX

Par **Jacques Le BEAU,**
Ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris,
(Service du Prof. Clovis Vincent.)

L'étude systématique des tumeurs du corps calleux remonte à une date relativement récente, puisque la plupart des travaux qui leur ont été consacrés ont été publiés dans les douze dernières années. On peut distinguer trois périodes:

I. Période « clinique » pendant laquelle on cherche à mettre en évidence un « syndrome du corps calleux » tel que l'examen neurologique à lui seul pourrait suffire à faire le diagnostic. Citons les publications d'Alpers et Grant, Cramer, etc...

II. Période « radiologique » inaugurée par le travail de Dyke et Davidoff, suivie plus récemment par les publications de J. Weyman-Jones et de Busch sur lesquelles nous allons revenir. Ils permettent tous le diagnostic relativement facile des tumeurs du corps calleux, grâce à la ventriculographie.

III. Période « chirurgicale ». Celle-ci date au plus de deux à trois ans. Nous entendons par là la chirurgie systématique des gliomes du corps calleux, suivie de bons résultats opératoires. A notre connaissance, deux auteurs sont à citer seulement. Le premier, Mrs. J. Weyman-Jones, dont la thèse de doctorat, parue en mai 1940, rapporte un certain nombre de cas de tumeurs du corps calleux opérés par nous-mêmes dans le service du professeur Clovis Vincent. Malheureusement, les circonstances de la guerre n'ont pas permis la diffusion de cet ouvrage hors de Paris. Le second auteur, E. Busch de Copenhague, dans un remarquable article de juillet 1941, atteint à peu près les mêmes conclusions, tout en ignorant le travail de J. Weyman-Jones dont il n'a pu évidemment avoir connaissance.

Nous diviserons cette étude en cinq parties:

1. Anatomie pathologique.
2. Particularités cliniques.
3. Ventriculographie.
4. Traitement chirurgical.
5. Pronostic.

Disons tout de suite que nos idées générales sur la chirurgie des gliomes calleux sont tout à fait conformes à celles exprimées par J. Weyman-Jones et par Busch. Le diagnostic clinique de ces tumeurs est à peu près impossible, car il n'y a pas de syndrome calleux. Le diagnostic ventriculographique est facile et commande l'intervention. L'opération doit être radicale et les résultats sont, dans l'ensemble, satisfaisants.

Anatomie pathologique

Dans notre expérience, les tumeurs du corps calleux ont toujours été des *gliomes*. Il s'agit, tantôt de gliomes limités au corps calleux, tantôt de gliomes s'étendant au delà du corps calleux, c'est-à-dire, pouvant envahir en particulier la partie interne des deux hémisphères. Mais ce sont des tumeurs symétriques, à point de départ nettement médian. Il faut les distinguer absolument des gliomes à origine latérale, puis traversant le corps calleux et, enfin, envahissant l'hémisphère opposé. Cette distinction n'est d'ailleurs pas difficile à faire en général. En nous cantonnant dans les limites de cette définition, nous avons observé en deux ans dix gliomes du corps calleux: un cas non opéré, quatre opérés publiés par J. Weyman-Jones en 1940, cinq opérés dans l'année 1940-1941 (trois d'entre eux ont été brièvement rapportés dans notre article de la *Revue Canadienne de Biologie* de février 1942).

Dans le même laps de temps, nous avons opéré environ 300 tumeurs intracraniennes dont à peu près 200 gliomes. On voit donc que, parmi les gliomes, la fréquence moyenne de la localisation au corps calleux semble être de 4 à 5%. En fait, dans le service du professeur Clovis Vincent, les tumeurs du corps calleux nous étaient plus spécialement adressées.

Il est probablement plus près de la réalité d'admettre une fréquence ne dépassant pas 2 à 3%.

Busch trouve aussi une fréquence du même ordre, car, si son article est consacré seulement à huit astrocytomes, il parle aussi, sans les étudier, de onze « glioblastomes bilatéraux » qu'il distingue de vingt autres cas « nettement secondaires » à une autre localisation. Si les onze glioblastomes bilatéraux sont nés dans le corps calleux, cela fait 19 tumeurs du corps calleux sur 750 tumeurs intracraniennes.

Au point de vue histologique, sur nos dix cas, il y avait quatre glioblastomes, quatre astroblasto-astrocytomes, un oligodendrogliome, un cas non vérifié. Mais, dans l'ensemble, ces tumeurs se présentaient comme des gliomes relativement bénins. Nous voulons dire par là que les glioblastomes étaient assez bien limités, même dans la substance blanche des deux hémisphères, et que les autres gliomes n'avaient pas en général une extension trop grande. En d'autres termes, les gliomes à évolution lente n'avaient pas eu le temps d'envahir trop de structures et les gliomes à évolution rapide ne se montraient pas trop infiltrants. Nous tenons à ne pas séparer au point de vue chirurgical les glioblastomes des astrocytomes. Pour nous, tous les gliomes doivent être opérés et les résultats ne sont pas toujours parallèles à la malignité histologique. Nous discuterons ce point plus en détail à propos du pronostic.

Une première conclusion se dégage de ces faits: c'est qu'il n'y a pas en général dans les caractères histologiques des gliomes du corps calleux, de contre-indication à l'exérèse chirurgicale complète. C'est d'ailleurs ce que confirment les résultats opératoires éloignés. S'il y a une limite à leur extirpation, elle ne viendra pas en général de leur malignité, mais de leur extension.

Les gliomes du corps calleux siègent beaucoup plus souvent dans sa partie antérieure que dans sa partie postérieure. Leur extension peut se faire dans six directions. *En arrière,* vers le tiers postérieur du corps calleux et le splenium, mais ce n'est pas très fréquent. *En avant,* vers le genou du corps calleux et sa partie basse, mais c'est presque déjà une extension inférieure.

En haut, le gliome peut déborder la face supérieure du corps calleux et s'insinuer entre la face interne des deux lobes frontaux. Il rencontre alors le bord inférieur de la faux du cerveau et, le plus souvent, s'il continue sa croissance vers le haut, dissocie la faux parfois jusqu'à un ou deux centimètres du sinus longitudinal supérieur.

En bas, les gliomes du corps calleux peuvent, suivant leur siège, envahir différentes structures. *Les plus antérieurs* envahissent le septum lucidum jusqu'aux piliers antérieurs du trigone; parfois, ils descendent encore plus bas et infiltrent la paroi antérieure et la partie antérieure des parois latérales du troisième ventricule. Cet envahissement devient alors d'une extrême gravité car, pratiquement, l'extirpation de cette partie de la tumeur n'est pas compatible avec la survie. *Les gliomes de la partie moyenne* sont tout de suite au contact du trigone et envahissent l'étage supérieur du troisième ventricule qui reste au dessus de la saillie des couches optiques. Ils se développent plus volontiers dans la cavité du ventricule qu'ils n'envahissent les couches optiques. L'action des tumeurs du corps calleux sur le troisième ventricule peut donc être multiple: abaissement, amputation de la partie supérieure, infiltration de la paroi antérieure.

Latéralement, les gliomes calleux ont tendance à envahir la substance blanche des deux hémisphères, le centre ovale, et cette extension est en principe un obstacle chirurgical sérieux. En fait, les choses ne se passent pas exactement comme cela. En effet, latéralement et de haut en bas, l'extension peut se produire au niveau de trois formations: a) *en haut, la substance blanche frontale interne.* Le gliome est en général en avant de la zone motrice qui, à la partie interne de l'hémisphère (lobule paracentral), est très postérieure; b) *au milieu, le ventricule latéral,* c'est-à-dire la corne frontale et sa partie postérieure qu'on appelle quel-

quefois le corps du ventricule latéral. La tumeur calleuse, dès le début de son évolution, abaisse légèrement les ventricules et surtout elle les écarte, ce qui donne naissance à un signe ventriculographique pathognomonique. Un peu plus tard, au fur et à mesure que la tumeur croît elle refoule de plus en plus les ventricules, bombe à leur intérieur. En même temps, ou bien à la suite de la compression des trous de Monro, ou bien à la suite de la compression du troisième ventricule lui-même, les ventricules latéraux se dilatent, parfois d'une manière très importante. Finalement, on peut voir une énorme tumeur du corps calleux, relativement bien limitée des deux côtés parce que son extension s'est surtout produite dans la paroi interne de grands ventricules latéraux. La tumeur est ainsi dans de bonnes conditions d'exérèse chirurgicale, même si elle est histologiquement maligne. c) *En bas et latéralement*, le gliome du corps calleux peut infiltrer *les noyaux caudés*. En réalité, ceux-ci sont assez souvent protégés par le ventricule latéral et, comme nous l'avons vu, l'extension de la tumeur se fera plutôt franchement vers le bas. Si les noyaux caudés sont envahis, le pronostic est plus mauvais, mais ne constitue pas pour nous une contre-indication chirurgicale.

Voilà donc les conséquences directes des tumeurs du corps calleux. Mais les gliomes calleux peuvent s'accompagner «d'engagement» du lobe temporal. Nous avons eu l'occasion de l'observer plusieurs fois chez des malades morts sans opération, dont les pièces nous ont servi dans notre thèse de 1938. Il s'agit en règle générale d'un *engagement bilatéral*. Parfois, mais pas toujours, il est à prédominance unilatérale. Nous avons l'impression que cette hernie temporale est relativement tardive dans l'évolution des tumeurs calleuses, et cela pour deux raisons: d'abord, la tumeur est à l'aplomb du troisième ventricule qui amortit, en quelque sorte, la pression progressive. Mais surtout, la tumeur est médiane. Elle va croître en général de façon symétrique. Or, même avec une très forte hypertension intracranienne, c'est notre expérience que la hernie temporale a peu de tendance à se produire quand les pressions sont à peu près égales dans les deux loges hémisphériques.

Si l'on prend garde de ne pas confondre la petite saillie que font normalement les deux unci en dedans de la tente du cervelet, avec un engagement bilatéral temporal antérieur, on verra que les grandes dilatations ventriculaires par tumeur du cervelet ou les « gros cerveaux » par œdème traumatique ou inflammatoire bilatéral ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de véritable hernie du lobe temporal.

En pratique, l'engagement temporal bilatéral est le fait de très gros gliomes médians tels qu'un gliome calleux, mais à une phase très avancée où il est inopérable. *L'engagement temporal unilatéral* peut se voir si le gliome calleux comprime ou infiltre un hémisphère nettement plus que l'autre, et surtout si le gliome est postérieur dans le corps calleux, c'est-à-dire tout près de l'orifice de la tente du cervelet.

L'œdème du cerveau nous a paru plutôt rare dans nos tumeurs calleuses. Comme nous l'avons déjà exposé en 1938, nous estimons qu'il faut faire intervenir dans la production de l'œdème cérébral la perturbation d'un ou de plusieurs appareils nerveux situés dans le tronc cérébral. Or, dans les gliomes du corps calleux, les régions pédonculaire et hypothalamique sont, en règle, peu comprimées pendant longtemps; en particulier, l'engagement temporal est inhabituel. Nous ne sommes donc pas surpris de ne pas rencontrer souvent l'œdème cérébral dans ces cas, même avec de grosses tumeurs. Le pronostic opératoire en est d'autant meilleur.

Tels sont les points principaux de l'anatomie pathologique des gliomes du corps calleux. Il nous faut cependant parler encore des *artères cérébrales antérieures* qui courent le long de la face supérieure du corps calleux. Parfois, elles sont bien visibles à la surface du corps calleux ou de la tumeur. Parfois, au contraire,

elles sont englobées dans la tumeur. En principe, il faut les respecter. En fait, nous estimons qu'il faut beaucoup mieux les « clipser » si la tumeur les enrobe tant soit peu. La première chose à faire, c'est d'enlever complètement la tumeur et le danger de monoplégie ou de paraplégie crurale par interruption des cérébrales antérieures nous paraît très limité, du moins chez les sujets jeunes chez qui nous n'avons observé — et cela rarement — que des accidents moteurs transitoires. Nous n'hésitons donc pas à interrompre une cérébrale antérieure ou les deux, si cela nous paraît nécessaire à l'extirpation de la tumeur. Une réserve doit être faite, et elle est importante: c'est qu'il est dangereux de lier les cérébrales antérieures tout près de leur origine, car on interrompt en même temps la vascularisation de certaines zones des parois antérieures et latérales du troisième ventricule, ce qui peut entraîner des accidents du type perte de conscience, épilepsie, et œdème cérébral. D'ailleurs, poser des « clips » près de l'origine des cérébrales antérieures suppose que l'on a affaire à un gliome infiltrant la partie antérieure du troisième ventricule et de tels cas, nous l'avons vu, sont les plus mauvais.

Concluons cette étude anatomique du point de vue chirurgical:

1° *La tumeur du corps calleux est un gliome médian, susceptible d'infiltrer la partie interne des deux hémisphères, située profondément sous la faux du cerveau. La voie d'abord doit donc être un très grand volet ostéoplastique découvrant largement le sinus longitudinal supérieur, c'est-à-dire un volet bilatéral.*

2° *Le gliome du corps calleux peut descendre très bas, mais il peut et doit être enlevé complètement, tant qu'il n'infiltre pas les parois du 3e ventricule, en particulier leur étage inférieur et antérieur.*

PARTICULARITÉS CLINIQUES

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici et de discuter en détail toutes nos observations de tumeurs calleuses dont certaines, comme nous l'avons vu, ont déjà été complètement ou partiellement publiées (11), (6).

Nous voulons seulement insister sur un certain nombre de points de leur symptomatologie, dans l'ensemble plutôt négatifs que positifs, du point de vue de leur localisation.

Tout d'abord, remarquons que la grande majorité de ces gliomes se voit chez *l'adulte jeune,* homme ou femme, aux alentours de 30 ans, ce qui correspond aux chiffres de Busch.

A.— *Signes d'hypertension intracranienne.*

Dans presque toutes nos observations, nous avons trouvé les signes classiques de l'hypertension intracranienne, en général très accusés, c'est-à-dire la céphalée, les vomissements, la stase papillaire bilatérale.

Cependant, un de nos malades (J. Weyman-Jones, obs. 2) n'avait pas de stase papillaire, et, dans deux autres de nos observations, elle était seulement légère. Dans plusieurs cas, les vomissements manquaient, mais la céphalée a toujours été observée, tantôt antérieure — cas plus fréquent — tantôt postérieure. Nous avons même rencontré (J. Weyman-Jones obs. 4) une malade chez qui le début de la maladie a été marqué par une douleur dans la nuque. Rien ne différencie dans tout cela les tumeurs du corps calleux de n'importe quelle autre tumeur sus-tentorielle. Notre impression d'ensemble est que l'hypertension classique est en général plus accentuée dans les tumeurs calleuses que dans une tumeur frontale. Cela s'explique assez aisément puisque, à volume égal, un gliome calleux a tendance, beaucoup plus qu'un gliome frontal, à comprimer assez vite le troisième ventricule et les trous de Monro.

Mais l'hypertension intracranienne dans les tumeurs sus-tentorielles est très souvent mise en évidence grâce à des symptômes qui ne sont pas les signes classiques (5). Nous voulons dire, en particulier, l'obnubilation et la torpeur, d'une part; la raideur de la nuque, d'autre part. Ces signes peuvent être très accentués et le malade dans un état voisin du coma avec peu ou pas de stase papillaire. Nous les

avons rencontrés dans les tumeurs calleuses. Ils sont dus, à notre avis, à la compression des structures du tronc cérébral. Nous y reviendrons. Mais notons dès à présent qu'on peut la voir aussi bien au cours de l'évolution d'une tumeur frontale ou temporale. Rangeons encore dans ce chapitre les crises d'épilepsie généralisée (avec perte de conscience immédiate) que nous trouvons dans plusieurs de nos observations.

B. — *Signes dus au retentissement sur les hémisphères.*

Etant donné la situation des tumeurs du corps calleux qu'on peut rencontrer depuis le genou jusqu'au bourrelet, on conçoit que n'importe quelle fonction hémisphérique puisse être perturbée et se placer au premier plan du tableau clinique. On peut rencontrer par exemple une hémianopsie, des hallucinations visuelles, des troubles de la sensibilité profonde (astéréognosie) etc... En fait, il s'agit presque toujours de troubles moteurs; tantôt une hémiparésie ou même une hémiplégie; tantôt une monoplégie; très souvent des crises d'épilepsie Bravais-Jacksonienne, et notons à ce propos qu'elles surviennent fréquemment pendant l'opération, accident beaucoup moins gênant qu'une crise généralisée. On peut rencontrer encore une paralysie faciale de type central. L'aphasie a été observée chez nos malades.

Nous pensons que ces troubles sont en général la conséquence de la compression de l'écorce cérébrale par la tumeur. L'infiltration directe de la voie pyramidale par le gliome est rare, ce qui est heureux d'ailleurs, puisque dans ce cas l'hémiplégie est définitive. En fait, la plupart de ces troubles moteurs disparaissent après l'extirpation de la tumeur, ce qui est une démonstration indirecte de leur origine.

Busch signale dans plusieurs de ses observations — dans les suites opératoires, mais aussi avant l'opération — une perte du contrôle sphinctérien sans trouble important de la conscience. Apparemment, ce symptôme est analogue à ce qui se passe dans les tumeurs ou dans les opérations mettant en cause les deux lobes frontaux. Nous l'avons d'ailleurs observé (J. Weyman-Jones, obs. 4 et cas plus récent non publié). D'origine analogue nous paraît être le tremblement menu, uni ou bilatéral, qui est assez fréquent chez ces malades. Quant à la paralysie de la fonction du regard, qui est très fréquente selon Alpers, assez fréquente selon Busch, elle nous paraît rare. Nous l'avons cependant observée et, à notre sens, elle est la conséquence d'une compression des tubercules quadrijumeaux postérieurs et de la région pédonculo-protubérentielle, ou bien par une tumeur du splénium, ou bien par une tumeur de la partie antérieure du corps calleux, mais s'accompagnant d'engagement temporal postérieur.

C. — *Troubles mentaux.*

Classiquement, les troubles mentaux — plus encore des troubles mentaux particuliers — seraient l'apanage des tumeurs du corps calleux. Cela ne correspond pas à ce que nous avons observé et, sur ce point, nous rejoignons entièrement les idées de Busch qui déclare: « To our astonishment, we found that the psychical symptoms in our patients with astrocytomas of the corpus callosum were not different in quality or degree from the symptoms usually noted in several other supra tentorial lesions. » (2)

Voici comment nous pouvons classer nos malades dans l'ordre d'état de leurs fonctions mentales:

1. Etat mental normal. Plusieurs de nos opérés (4 sur 9) ne présentent avant l'opération aucune anomalie mentale notable, si l'on en excepte une légère diminution de la mémoire et une certaine difficulté dans l'accomplissement de leur travail habituel. Ces symptômes, d'ailleurs légers, peuvent s'observer dans n'importe quelle tumeur cérébrale. Ils étaient d'une manière générale moins accentués chez ces malades que chez les sujets porteurs d'une tumeur frontale ou temporale avec hypertension intracranienne notable.

2. Syndrome frontal. Nous entendons par là la désorientation, l'euphorie, la perte des réactions affectives normales, le défaut d'attention et, à un degré plus accentué, un état ressemblant à une démence progressive.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur la véritable origine de ce syndrome qui, à notre avis, est plus « bifrontal » que frontal à proprement parler. Quoi qu'il en soit, nous l'avons rencontré chez un ou deux malades atteints d'une tumeur du corps calleux. Il n'y a aucune bonne raison de l'attribuer davantage à la destruction du corps calleux qu'à la compression des structures frontales voisines des deux côtés.

3. Obnubilation — Somnolence — Torpeur. Ce sont parmi les plus fréquentes des modifications mentales que présentent les sujets atteints d'une tumeur du corps calleux. Nous avons donné ailleurs la définition de ces trois termes (5, pp. 108-112). Rappelons que, pour nous, l'obnubilation est l'état que présente un malade avec lequel il est difficile, sinon impossible, d'entrer en communication. Pour ce faire, il faut souvent avoir recours à des stimuli assez violents. Par exemple le pincer, crier dans ses oreilles. Le malade devient alors plus présent et on s'aperçoit qu'il peut très bien n'avoir aucun trouble sérieux des fonctions intellectuelles. La somnolence accompagne en général l'obnubilation, mais ne lui est pas forcément proportionnelle. Un malade peut ne pas apparaître très somnolent, et cependant être obnubilé. Lorsque la somnolence est accentuée, nous parlons alors de torpeur, ce qui signifie obnubilation plus somnolence. Si la torpeur est plus profonde, c'est le coma.

L'obnubilation et la torpeur peuvent se voir dans toutes les tumeurs supra-tentorielles, dès qu'il y a compression sérieuse du tronc cérébral ou envahissement de l'hypothalamus et du diencéphale. On peut les voir dans les tumeurs du corps calleux au même titre que dans les tumeurs frontales et temporales.

4. Syndrome mental spécifique. Nous pensons en particulier à ce qui a été décrit par Alpers sous le nom de « Imperviousness », c'est-à-dire l'étanchéité, l'imperméabilité du malade aux excitations sensorielles. Cela nous paraît ressembler beaucoup à ce que nous appelons l'obnubilation. En principe, il n'y a donc là rien qui appartienne spécifiquement aux tumeurs du corps calleux. Cependant, nous tenons à reconnaître qu'il existe peut-être quelques éléments permettant de faire penser au diagnostic de tumeur du corps calleux. Il nous semble en effet que plus souvent chez les malades atteints de gliomes du corps calleux que chez les malades atteints de gliomes frontaux ou temporaux, il existait une certaine « apathie », c'est-à-dire une obnubilation sans somnolence qui est peut-être assez particulière, mais cela, en tout cas, est insuffisant pour permettre plus que d'ébaucher une suspicion clinique de localisation au corps calleux. La plupart du temps, il n'y a rien de tel.

En résumé, cette revue des troubles mentaux accompagnant les tumeurs du corps calleux, est *pratiquement négative*. On pourrait même aller plus loin et dire que les troubles mentaux sont dans l'ensemble moins accusés, à hypertension intracranienne égale ou plus exactement à volume égal de la tumeur, dans les gliomes du corps calleux que dans les gliomes frontaux ou temporaux internes envahissant la partie antérieure du tronc cérébral et les noyaux gris centraux. A notre avis, cela vient de ce que, comme nous l'avons montré à l'anatomie pathologique, le gliome calleux se développe pendant assez longtemps à l'intérieur du ventricule latéral et qu'il a peu tendance à envahir les structures nerveuses médianes et basses.

L'obnubilation et la torpeur au cours de l'évolution de la tumeur du corps calleux reviennent plus de la compression du troisième ventricule et des noyaux adjacents que de l'envahissement de ses parois. Donc, l'existence de troubles mentaux, même accentués chez un malade porteur d'une tumeur du corps calleux, n'est pas du tout une contre-indication à l'intervention chirurgicale. On peut au

contraire les faire disparaître complètement après extirpation de la tumeur.

L'observation que nous avons publiée à cet égard [(6) p. 143] nous paraît assez démonstrative. Tous les troubles mentaux préexistants disparaissent après une opération où la moitié antérieure du corps calleux a été supprimée (plus le septum, la tête du noyau caudé, la partie interne des 2 lobes frontaux). Cela nous paraît pouvoir se comparer avec ce qui se passe pour les tumeurs frontales. L'ablation du lobe contenant la tumeur fait disparaître les troubles mentaux. Donc, un lobe frontal à lui seul n'est pas indispensable au fonctionnement mental normal. De même, le corps calleux ne semble pas nécessaire à l'établissement d'un état mental normal. C'est ce que montrent indirectement certains cas d'agénésie calleuse.

D. — *Apraxie.*

La question des rapports de l'apraxie et du corps calleux est des plus controversées. Nous nous bornerons, dans ce chapitre du diagnostic clinique, à discuter *si l'apraxie est, oui ou non, un bon signe de tumeur du corps calleux.* Ultérieurement, quand nous étudierons les suites opératoires, nous envisagerons le problème de l'existence, ou non, d'apraxie après destruction chirurgicale du corps calleux.

Nous n'envisagerons pas les subdivisions de l'apraxie qui sont certainement trop subtiles lorsqu'on a affaire aux tumeurs cérébrales. L'apraxie peut se définir: l'impossibilité d'accomplir des gestes normaux et habituels, alors que les moyens de compréhension et les moyens d' exécution sont intacts. En d'autres termes, on ne peut parler d'apraxie avec certitude s'il existe des troubles mentaux, des troubles moteurs, de l'aphasie, de l'ataxie par trouble de la sensibilité profonde, de l'incoordination par asynergie cérébelleuse.

Toutes ces réserves faites, l'apraxie existe et a été mise en évidence principalement dans les ramollissements du cerveau et, en particulier, dans le ramollissement du corps calleux. Un beau cas d'apraxie du membre supérieur gauche vient d'être publié par Sweet (malade observée aussi par Bailey) (9).

Par contre, au cours des tumeurs du corps calleux, l'existence de l'apraxie paraît beaucoup plus problématique. Alpers (1) affirme que c'est un bon symptôme de tumeur calleuse quand il existe. Mais ses malades étaient somnolents, obnubilés, et ses observations ne sont pas très démonstratives. La même objection s'applique aux malades de Cramer (3) chez qui l'existence d'apraxie vraie, quand on lit attentivement les observations, paraît très douteuse.

Des difficultés motrices du même ordre se rencontrent chez tous les malades porteurs de grosse tumeur située n'importe où, et nous paraissent davantage faire partie d'un trouble général de la conscience que d'apraxie proprement dite. Prenons un malade atteint de tumeur sus-tentorielle non rolandique avec engagement temporal ou du moins avec une hypertension intracranienne importante. Sans qu'il y ait de véritable hémiplégie, c'est-à-dire sans modification des réflexes, sans diminution de la force segmentaire et sans astérognosie, il arrive souvent que l'on observe d'un côté du corps une certaine inertie motrice [(5), p. 95]. C'est-à-dire que spontanément, le sujet se servira de l'autre main, commencera à mouvoir l'autre jambe. Ce trouble s'accompagne en règle d'une diminution de la conscience. Il présente une assez grande valeur localisatrice en indiquant au moins qu'il faudra opérer du côté opposé.

A notre avis, ce symptôme est fait de deux facteurs: « compression » des voies motrices et « obnubilation » de la conscience; les deux se manifestant grâce à la mise partielle hors service de certains éléments du tronc cérébral. Plus simplement, on pourrait dire que ce sont des malades qui n'ont pas envie de bouger (de même qu'ils n'ont pas envie de parler) et cette inertie prédomine du côté où existe un léger affaissement des fonctions motrices.

L'inertie mentale permet la mise en évidence d'une hémiplégie à son extrême début. Mais,

de même qu'il serait erroné de parler d'aphasie chez ces malades parce qu'ils ne prennent pas la peine de vous répondre, de même il ne serait pas juste de parler ni d'hémiplégie vraie, ni en tout cas d'apraxie de ce côté. Les moyens de compréhension sont obscurcis, les moyens d'exécution sont moins vifs, mais on ne peut postuler une interruption des uns aux autres.

Nous ne prétendons pas que cette inertie motrice particulière, à tendance hémiplégique, explique tout ce que l'on a décrit sous le nom d'apraxie dans les tumeurs calleuses avec forte hypertension intracranienne, mais il faut être tout à fait sûr, avant de parler d'apraxie, que cette possibilité ait été éliminée.

Tout au contraire, les publications modernes insistent *sur l'absence d'apraxie dans les tumeurs du corps calleux.* Pas d'apraxie dans les 4 cas de J. Weyman-Jones (11). Pas d'apraxie non plus dans les 8 cas de Busch (2). Pas d'apraxie enfin dans les 5 cas que nous avons observés et opérés depuis le travail de J. Weyman-Jones, et dont trois ont été succinctement rapportés ailleurs (6).

Si nous voulons donc nous cantonner sur un plan purement pratique, une première conclusion paraît indiscutable: l'absence d'apraxie n'a aucune valeur pour éliminer une localisation calleuse d'une tumeur cérébrale. D'une manière générale du reste, l'apraxie vraie paraît tout à fait exceptionnelle au cours de n'importe quelle tumeur cérébrale. Une deuxième conclusion pratique nous paraît pouvoir être formulée: il faut toujours se méfier beaucoup d'un diagnostic d'apraxie dans une tumeur cérébrale et ne pas en tirer argument pour la localisation au corps calleux.

Théoriquement, il est possible qu'on puisse un jour montrer des tumeurs du corps calleux avec apraxie pure. Cependant, cela ne nous paraît pas probable et, en tout cas, quelle que soit l'origine cérébrale vraie de l'apraxie, les tumeurs du corps calleux que nous avons observées ne réalisaient pas les conditions nécessaires à sa production; soit qu'elles détruisaient trop de structure, soit qu'elles n'en détruisaient pas assez, soit que le corps calleux n'ait pas grand-chose à faire avec « l'eupraxie ». Rappelons l'opinion de Clovis Vincent, citée par J. Weyman-Jones [(11), p. 34]: « Pour produire l'apraxie, il ne suffit pas que le corps calleux soit lésé; il faut une lésion ailleurs... les limites de cette lésion globale qui produit l'apraxie sont très strictes... c'est pourquoi l'apraxie pure est un trouble rare. »

Le beau cas récent de Sweet (9) est en apparente contradiction avec nos tumeurs. Peut-être justement cette contradiction tombe-t-elle, si l'on tient compte des considérations précédentes. Comme l'auteur le fait remarquer lui-même, le ramollissement calleux n'était pas strictement la seule lésion, puisqu'en particulier il y avait une dilatation ventriculaire et l'apraxie n'est apparue qu'après la ventriculographie, alors que le ramollissement paraissait plus ancien. Tout se passe comme si à la lésion calleuse une lésion complémentaire justement nécessaire est venue s'ajouter, d'où production de l'apraxie.

En résumé, le rôle exact du corps calleux dans le maintien de « l'eupraxie » n'est pas élucidé. Comme nous le verrons, les suites opératoires et diverses sections montrent qu'il n'est pas indispensable. *En tout cas, au point de vue pratique, le diagnostic de tumeur du corps calleux doit se passer de l'apraxie.*

Conclusions cliniques.

Si nous voulons conclure cette revue critique des principaux signes cliniques des gliomes calleux, nous voyons qu'il ne reste pas grand-chose, pour ne pas dire rien, qui soit vraiment caractéristique d'une lésion calleuse ou qui du moins suffise à faire intervenir sur le corps calleux sans examen complémentaire. Donc, première conclusion pratique: *il n'y a pas de signes cliniques propres à la destruction ou à la compression du corps calleux.* Faisons cependant une réserve concernant cette apathie qui nous paraît peut-être moins pure dans les lésions bifrontales ou médianes ne touchant pas le corps calleux. En fait, toute tumeur un peu grosse de la région inter-hémisphérique va donner le ou les mêmes tableaux cliniques, tel par exemple ce cas que

nous avons observé en mars 1941: il s'agissait d'une femme de 30 ans, présentant l'état mental passant pour caractéristique d'une tumeur du corps calleux. C'est d'ailleurs le diagnostic qu'avaient porté des neurologistes éminents. Mais la voûte cranienne était épaissie sur la ligne médiane au niveau de la jonction pariéto-occipitale et nous avons opéré la malade sans ventriculographie, avec diagnostic de méningiome de la faux. Ce dernier était volumineux, comprimait les deux hémisphères, mais n'atteignait pas le corps calleux. La tumeur a été complètement extirpée. La malade n'a présenté aucun trouble moteur. Dès le lendemain de l'intervention, les troubles psychiques s'atténuaient et un mois après l'intervention la malade paraissait entièrement normale.

Il est très heureux, à notre avis, que les tumeurs du corps calleux n'aient pas de signes cliniques propres. Cela revient à peu près au même que de dire: la destruction du corps calleux n'a pas de conséquences fonctionnelles graves. *Il y a donc toutes les raisons pour intervenir radicalement et enlever complètement les tumeurs du corps calleux.*

De quoi est faite en définitive la symptomatologie des tumeurs du corps calleux?

De signes généraux d'hypertension intracranienne: l'opération les supprimera en enlevant la masse de la tumeur et en levant l'obstacle sur le troisième ventricule.

De signes dus à la compression du tronc cérébral: ils constituent une indication opératoire de plus, puisque, presque toujours en effet, le tronc cérébral n'est que comprimé et non pas infiltré par la tumeur.

De signes de compression hémisphérique: il va de soi que seule l'opération radicale les fera disparaître.

En résumé, cliniquement, le gliome du corps calleux se manifeste parce qu'il comprime des structures, les unes médianes (tronc cérébral), les autres bilatérales (les hémisphères). Il se manifeste très rarement parce qu'il détruit une structure (telle l'infiltration de la partie antérieure du tronc cérébral). Il n'y a pas de signe qui soit imputable à la séparation des hémisphères, c'est-à-dire la destruction du corps calleux lui-même. Il n'y a donc aucune contre-indication théorique à l'extirpation chirurgicale complète des gliomes du corps calleux dans la mesure où l'opération ne supprime que les structures nerveuses médianes sus-jacentes aux couches optiques et à l'hypothalamus antérieur.

VENTRICULOGRAPHIE

Nous venons de voir que l'ensemble des signes cliniques des gliomes du corps calleux ne nous fournit pas un vrai « syndrome » qui permette de porter un diagnostic de localisation avec une chance sérieuse de succès.

Tout au plus, dans certains cas, peut-on soupçonner l'atteinte du corps calleux, ou il serait plus exact de dire la compression des deux hémisphères qui est le fait des tumeurs du corps calleux. Heureusement, la ventriculographie permet habituellement sans difficulté le diagnostic et conduit au traitement chirurgical adéquat. Comme le dit J. Weyman-Jones [(11), p. 36], « c'est le seul moyen de faire un diagnostic sûr, sinon de tumeurs du corps calleux, du moins de tumeurs localisées de façon très précise à la ligne médiane dans la région sus-ventriculaire et commandant la taille d'un volet bilatéral.»

Les premiers à individualiser l'aspect ventriculographique des tumeurs du corps calleux ont été Dyke et Davidoff en 1936 (4). A la suite d'injection d'air, soit par les cornes occipitales (ventriculographie), soit par voie lombaire (encéphalographie), ils ont mis en évidence les déformations fondamentales produites par les tumeurs du corps calleux:

1° Ecartement et abaissement des cornes frontales; 2° abaissement du troisième ventricule.

La description des images que donnent les gliomes du corps calleux a été reprise très en détail dans la thèse de J. Weyman-Jones [(11), pp. 36 à 58] et de beaux clichés ont été

publiés par Busch (2). Voici les points principaux sur lesquels nous voulons insister.

La technique. Jamais, à mon avis, d'encéphalographie lombaire chez ces malades qui présentent habituellement une hypertension intracranienne notable. La voie lombaire, en effet, peut déclencher des accidents mortels en 24 ou 48 heures. Nous utilisons donc toujours *la voie intracranienne.* Habituellement, ce sera la trépano-ponction des cornes occipitales. Parfois, comme une tumeur calleuse peut obstruer le corps des deux ventricules latéraux [(11), obs. 1], si l'on veut avoir une image complète des ventricules, il faudra injecter l'air en plus par les cornes frontales. Nous injectons autant d'air qu'il s'écoule de liquide et nous opérons toujours le malade pendant les heures qui suivent cette injection d'air.

Modifications des ventricules latéraux. Les ventricules latéraux sont *dilatés,* parfois modérément, parfois comme ils pourraient l'être dans une tumeur de la fosse cérébelleuse. La compression du troisième ventricule et des trous de Monro suffit à expliquer cette dilatation.

Les ventricules latéraux sont *écartés l'un de l'autre.* C'est le signe caractéristique fondamental qui permet avec certitude le diagnostic de tumeur du corps calleux (11, fig. 1-2). D'habitude, cet écartement est tel qu'il ne peut subsister aucun doute dans l'interprétation des clichés. Parfois cependant, l'écartement est léger, mais comme, normalement, les cornes frontales sont absolument contiguës, même un écartement de quelques millimètres suffit à affirmer la tumeur du corps calleux (ou du septum lucidum; nous y reviendrons) ; voir par exemple (11, fig. 3). L'écartement des ventricules, et en particulier des cornes frontales, est nettement visible sur les clichés de face, position occiput sur plaque. Il est moins net au niveau des cornes occipitales qui sont normalement fortement écartées l'une de l'autre. On le met bien en évidence sur les clichés pris en position oblique où l'on voit d'un bout à l'autre l'écartement des cornes frontales et des corps ventriculaires (partie postérieure des cornes frontales), tel le cliché publié par Busch (2, fig. 2).

Les ventricules latéraux sont abaissés. Cela peut se voir sur les clichés de profil, mais mieux en général sur les clichés de face. Le bord supérieur des cornes frontales, qui est normalement convexe, redresse sa courbure, tend à devenir une ligne droite et peut être franchement concave. L'abaissement combiné à l'écartement des cornes frontales fait qu'habituellement, l'espace compris entre les deux cornes frontales prend la forme d'un triangle à pointe inférieure et à base supérieure. C'est la place même de la tumeur.

Les cornes frontales sont non seulement écartées, elles peuvent être *amputées,* en général au niveau de leur partie moyenne et postérieure, (segment 3 dans la terminologie de Penfield et Torkildsen, mais aussi parfois segment 2) : on le voit bien sur les clichés de profil. Un très bel exemple de cette amputation des portions 2 et 3 a été publié par J. Weyman-Jones (11, fig. 5). Un autre beau cliché d'une tumeur plus petite est publié par Busch (2, fig. 8). L'amputation peut être à prédominance unilatérale.

Modifications du troisième ventricule. Le troisième ventricule est souvent *dilaté* au niveau de sa partie antérieure lorsque la tumeur appuie sur sa partie postérieure. Il est toujours *abaissé,* ce que l'on voit clairement sur les clichés de face, et c'est là un signe important. Parfois, on a l'impression que son bord supérieur est encoché. Parfois, le troisième ventricule n'est pas du tout visible s'il y a une obstruction des 2 trous de Monro (11, fig. 4), auquel cas la dilatation des ventricules latéraux est fort importante.

Diagnostic ventriculographique.

Les images que fournissent les tumeurs du corps calleux sont parmi les plus frappantes et les plus claires que l'on peut rencontrer dans

le domaine des tumeurs cérébrales. Voyons rapidement ce qui peut les simuler.

L'agénésie du corps calleux est un diagnostic classique, mais qui, en réalité, ne souffre pas de difficulté. Cliniquement, la condition est très différente et, sur les clichés, le troisième ventricule est dilaté et fait saillie entre les ventricules latéraux. Il est remonté, à l'opposé de ce qui se passe dans les tumeurs du corps calleux.

Les méningiomes de la faux, s'ils ont une implantation basse, c'est-à-dire avec peu de modifications osseuses, peuvent être d'un diagnostic difficile, mais les ventricules sont beaucoup plus abaissés qu'écartés.

Les tumeurs nées dans le septum lucidum ou dans la partie haute du trigone (fornix) peuvent donner exactement la même image que la tumeur du corps calleux. Le traitement étant identique, cette distinction a relativement peu d'importance.

Nous avons rencontré (cas cité par J. Weyman-Jones) un aspect d'écartement des ventricules qui s'est révélé être *un abcès profond inter-hémisphérique,* mais dont la localisation exacte n'a pu être précisée, car il a guéri après simple ponction (malade opéré par le professeur Clovis Vincent). En outre, chez deux femmes adultes, nous avons observé un léger écartement des ventricules sans tumeur. L'une d'entre elles est morte plusieurs mois après l'opération, et l'autopsie n'a pas montré de tumeur. L'autre a été en s'améliorant progressivement. Ces deux malades avaient des maux de tête, des crises d'épilepsie, de légers troubles mentaux, une stase papillaire modérée. Nous supposons qu'il s'agit « *d'encéphalite* », c'est-à-dire d'une maladie inflammatoire subaiguë avec, dans ces cas, un œdème du corps calleux et un « gros cerveau ».

Il convient enfin de discuter un dernier diagnostic. C'est celui de *l'engagement de la circonvolution calleuse* ou, en d'autres termes, de la hernie de la circonvolution limbique sous la faux du cerveau, ce qui peut se produire au cours de n'importe quelle tumeur hémisphérique. Nous en avons publié des clichés ailleurs (5, fig. 22 et 40).

Dans les cas typiques, tout le système ventriculaire est refoulé du côté opposé à celui de la tumeur. La corne frontale du côté de la tumeur est abaissée et peut être concave vers le haut. Cela ne ressemble pas en réalité à la tumeur calleuse typique, mais cela peut ressembler à certains cas de tumeurs nées dans le corps calleux ayant une tendance à se développer d'un côté plus que de l'autre (11, fig. 6). Dans ces cas, les deux ventricules ont tendance à être refoulés d'un seul côté, mais on retrouve toujours leur écartement, signe fondamental. On comprend pourtant que le diagnostic puisse être très délicat s'il s'agit par exemple d'un gliome très interne dont il est difficile, et d'ailleurs purement spéculatif, de préciser l'origine exacte.

En résumé, la ventriculographie fournit presque toujours les éléments d'un diagnostic précis. Quand il peut y avoir un léger doute, cela n'a pas grande importance, car la conclusion thérapeutique est la même: *Un gliome médian ou juxta-médian ne peut être enlevé complètement que par une voie d'abord bilatérale et inter-hémisphérique.*

Traitement chirurgical

Nous n'avons pas l'intention de décrire ici dans tous ses détails la technique chirurgicale de l'ablation des tumeurs du corps calleux, celle-ci ayant été complètement exposée, telle qu'elle est pratiquée dans les services du professeur Clovis Vincent, dans le travail de J. Weyman-Jones (11, pp. 66 à 78). Nous ne voulons insister que sur les points qui nous paraissent les plus importants et sur certaines particularités.

Nous opérons toujours sous *anesthésie locale,* la tête du malade étant immobilisée en position couchée. Même chez un sujet présentant des troubles mentaux et risquant d'être agité, l'opération se passe simplement: il suffit, chez les malades vraiment difficiles, de faire une injection de morphine et de scopolamine. Il y a un avantage considérable à ce que la

conscience du malade ne soit pas abolie si l'on veut mener à bien l'ablation complète des tumeurs proches du troisième ventricule et des zones motrices. C'est le seul moyen de contrôler ce qui se passe pendant l'opération et de savoir quand il faut s'arrêter.

Nous taillons toujours un *volet osseux bilatéral* à pédicule droit, débordant la ligne médiane de deux travers de doigt vers la gauche. C'est également le volet employé par van Wagenen dans ses sections du corps calleux chez les épileptiques (10). Busch, semble-t-il (2), se contente d'un volet unilatéral droit, si nous avons bien compris sa description. Il y a un avantage considérable, pensons-nous, à ce que les deux lobes frontaux soient découverts et cela pour deux raisons:

1° Il est bien évident que la faux du cerveau doit être largement exposée. Pour ce faire, un volet unilatéral devrait être presque tangent au sinus longitudinal supérieur, ce qui peut amener des incidents hémorragiques difficiles à contrôler puisqu'on manque de jour. Il est plus simple de déborder franchement la ligne médiane, ce qui expose complètement le sinus; 2° sans doute, l'ablation d'une tumeur calleuse, si elle n'est pas trop volumineuse ou trop profonde, peut se faire par une approche unilatérale, entre le lobe frontal droit et la faux. Mais ce n'est pas le cas habituel et l'expérience a montré qu'il eût été impossible d'enlever complètement nos tumeurs si l'opération ne s'était pas terminée par un deuxième temps, approche unilatérale gauche entre le lobe frontal gauche et la faux.

On peut reprocher au volet bilatéral d'être un peu plus long à tailler. Cet argument n'est pas justifié si l'on se sert du trépan électrique de de Martel pour perforer l'os. Quelques trous supplémentaires n'allongent pas sensiblement l'opération. Plus ennuyeux sont les cas de sinus adhérents à l'os. En fait, il n'y a là vraiment aucune difficulté sérieuse. La seule objection un peu fondée vient de la rupture des veines courtes et parfois volumineuses allant du sinus à l'os et qui se rompent lorsque le volet est soulevé. Cela peut poser quelquefois un problème d'hémostase délicat. Il n'y a alors qu'à appliquer sur le sinus des fragments de muscles ou des lambeaux d'aponévrose épicranienne pour que tout rentre dans l'ordre rapidement.

Aucun de ces inconvénients ne peut, à notre avis, entrer en balance contre les avantages considérables du volet bilatéral. Notons incidemment qu'on doit apporter beaucoup de soin au petit pédicule musculaire temporal qui va apporter l'irrigation du grand volet osseux.

Temps dure-mérien

La première chose à faire quand l'hémostase a été assurée, c'est de suspendre la dure-mère à l'épicrâne par des catguts (Dandy, Olivecrona, Clovis Vincent): ainsi, la dure-mère est au contact de la brèche osseuse; lorsque la tumeur est enlevée et que l'hypertension intracranienne ordinairement importante a disparu, la dure-mère a une forte tendance à se décoller, ce qui favorise les hématomes post-opératoires; la suspension de la dure-mère à l'épicrâne prévient ces décollements.

On ouvre alors la dure-mère, d'abord du côté droit le long du sinus en évitant de léser les veines émissaires du lobe frontal. On fera la même chose à gauche. Souvent, quand l'hypertension est considérable, il est plus simple, avant d'ouvrir la dure-mère — si l'on veut ne pas blesser le cerveau — de ponctionner les cornes frontales.

Temps cérébral

Il faut maintenant séparer l'hémisphère de la faux pour aborder le corps calleux. Ce temps nécessite la section, après coagulation, des veines qui amarrent l'hémisphère au sinus et à la faux. Cela ne présente pas d'inconvénient en général au niveau des lobes frontaux, où une bonne partie du drainage sanguin se fait par des veines postérieures juxta-rolandiques qu'on respectera. Bien entendu, il ne faut pas coaguler les veines de la région rolandique; on sait que cela peut être la cause

d'une hémiplégie définitive. Enfin, à propos des tumeurs du splénium, il faut se méfier également beaucoup des veines drainant le lobe occipital: parfois, tout le sang est drainé par un ou deux gros troncs veineux seulement, et, si on les interrompt, on peut voir se développer en quelques minutes un œdème de stase, de congestion passive du lobe occipital, ce qui non seulement complique considérablement l'abord du corps calleux, mais peut amener des accidents mortels.

Dans les cas relativement simples, l'hémisphère se sépare assez facilement de la faux et on découvre le corps calleux ou la tumeur elle-même qui fait saillie sous la faux. Mais, il arrive souvent que, malgré l'évacuation des ventricules, le cerveau reste très tendu et que l'écartement forcé qu'il faudrait lui infliger pour découvrir le corps calleux serait dangereux (hémorragie, compression des zones motrices). Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à amputer la partie interne du lobe frontal. C'est moins dangereux, c'est plus rapide et cela donnera beaucoup plus de jour.

Ablation de la tumeur

Tout d'abord, il est absolument indispensable que tout ce temps de l'opération se fasse à l'aide d'un écarteur éclairant, sans lequel on ne peut rien faire de précis en profondeur, même si la tumeur saigne peu.

Les tumeurs volumineuses se voient tout de suite, car elles ont littéralement crevé le corps calleux, font saillie entre les lobes frontaux et souvent dissocient la moitié inférieure de la faux. Les tumeurs moins volumineuses ou à développement inférieur, font simplement bomber le corps calleux dont on aperçoit la surface blanche et lisse. Il n'y a qu'à l'inciser longitudinalement entre les deux cérébrales antérieures pour découvrir la tumeur. Cette incision du corps calleux ne saigne habituellement pas.

La tumeur doit être enlevée complètement, mais elle est d'habitude si volumineuse que, pour y voir un peu clair, il faut commencer par enlever de gros fragments médians, ce qui peut saigner beaucoup. Quand le cerveau est un peu affaissé et qu'il est plus commode de reconnaître les structures normales, on fera alors l'ablation systématique de la tumeur et de ses prolongements, ce qui peut comporter: *a*) ablation du genou et du tiers ou de la moitié antérieure du corps calleux; *b*) ablation d'une partie interne du lobe frontal droit; *c*) ablation d'une partie interne du lobe frontal gauche; *d*) ablation du septum lucidum et de la partie haute des piliers antérieurs du trigone.

Mais on peut être aussi amené à aller encore plus loin en bas et en avant et à extirper la tête des noyaux caudés et le pourtour des trous de Monro. C'est ce que nous avons dû faire par exemple dans un cas publié ailleurs (6, p. 143) où, à la fin de l'opération, le troisième ventricule et les cornes frontales ne formaient qu'une cavité et où la face supérieure de la face optique gauche avait dû être clivée de la tumeur qui lui adhérait fortement. Mais il nous paraît contre-indiqué de poursuivre l'ablation de la tumeur jusqu'à l'origine du corps calleux au contact de la commissure antérieure du troisième ventricule. Cela déclenche un œdème cérébral et des troubles de la conscience entraînant la mort en l'espace de quelques jours (6 id.).

Quant aux cérébrales antérieures, nous avons discuté cette question dans notre premier chapitre. Nous n'hésitons pas à les lier si cela paraît nécessaire à l'ablation complète de la tumeur.

Suites opératoires

En général, elles sont bonnes, parfois remarquablement simples. L'hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien que nous avons observée, comme Busch, nous paraît due à la large ouverture des ventricules. Mais, on peut voir aussi différents troubles que nous classerons de la façon suivante:

1. Troubles moteurs. Il s'agit le plus souvent d'une monoplégie crurale, et celle-ci, chez nos opérés, a toujours été transitoire. On peut faire intervenir dans son mécanisme

plusieurs facteurs: écarteur sur le lobule paracentral, ligature d'une artère cérébrale antérieure. Les crises d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne sont également assez fréquentes dans les suites opératoires. Leur mécanisme est probablement identique.

2. Troubles mentaux. Ils sont de deux ordres. Habituellement, c'est le syndrome frontal typique, même s'il n'existait pas avant l'intervention (11, obs. 3). Parfois, c'est ce que nous appelons un syndrome du troisième ventricule, c'est-à-dire une torpeur progressive dont le pronostic est d'habitude très sérieux (6). Nous ne croyons pas du tout que ces troubles de la conscience que l'on voit dans les suites opératoires des tumeurs du corps calleux dépendent, comme on l'a soutenu, de la ligature de l'artère cérébrale antérieure gauche. On peut en effet enlever toute la zone de jonction entre le lobe frontal gauche et le corps calleux sans provoquer de troubles de la conscience, mais, si on lie une cérébrale antérieure à son origine, on peut voir de graves troubles de la conscience qui proviennent de l'interruption de la vascularisation de la paroi antéro-latérale du troisième ventricule.

Nous estimons donc que les accidents post-opératoires sont la conséquence ou bien de la lésion des *deux* lobes frontaux, ou bien de la lésion des parois du troisième ventricule. Il n'y a pas à notre avis un syndrome post-opératoire que l'on puisse attribuer à la suppression des fonctions du corps calleux; et en particulier, quand l'état de la conscience permettait l'examen, *nous n'avons jamais observé d'apraxie.* Cela confirme les constatations de Smith et d'Akelaitis (8) faites sur les opérés de van Wagenen (10): il s'agissait de malades qui avaient subi la section partielle ou complète du corps calleux (non pas d'ailleurs pour tumeur). Il n'y avait pas d'apraxie, pas de troubles intellectuels, pas de troubles des mouvements associés, ou du moins ce que l'on observait était très léger et transitoire.

Au moment où nous terminons cet article, nous parvient une étude très détaillée de ces mêmes malades (sections du corps calleux chez des épileptiques) par Akelaitis, Risteen, Herren et van Wagenen (*Archives of Neurology and Psychiatry,* juin 1942, *Studies of the Corpus Callosum, III*). Voici la conclusion de ces auteurs: « On the basis of this study, the conclusion may be drawn that dyspraxia in the subordinate or dominant hand after partial or complete section of the corpus callosum, occurs only when damage to the subordinate or dominant hemisphere coexists. »

En résumé, les suites opératoires de l'ablation des gliomes du corps calleux ne nous paraissent pas comporter un syndrome de gravité spéciale dont la suppression des fonctions du corps calleux serait l'origine.

Pronostic

Quand on aborde le problème du pronostic opératoire dans les gliomes, on se heurte toujours aux mêmes difficultés. En fait, il s'agit de savoir ce que le chirurgien a l'intention de faire. Il est toujours assez facile de n'avoir pratiquement aucune mortalité immédiate. Il suffit pour cela: 1° de n'opérer que les malades en assez bon état; 2° de ne pas enlever entièrement le gliome si l'on est près d'une zone dangereuse (le tronc cérébral). Cette attitude d'apparence un peu passive peut parfaitement se justifier pour les gliomes dont certains, pour ne pas dire la plupart, s'étendent bien au delà de ce que l'on croit être la limite. Cela s'applique non seulement à beaucoup de glioblastomes, mais encore à beaucoup d'astrocytomes et d'oligodendrogliomes. Scherer (7) a récemment publié une remarquable étude à ce sujet; mais, inversement, il observe que certains glioblastomes se présentent comme assez bien limités, même sans tenir compte de la limitation par la cavité ventriculaire.

Notre attitude vis-à-vis des gliomes, quelle que soit leur nature histologique, est de toujours essayer de donner au malade toutes ses chances de *survie prolongée,* c'est-à-dire au moins quelques années pendant lesquelles il pourra mener une vie normale et se rendre utile; en agissant ainsi, on a même de temps

en temps des guérisons que l'on peut qualifier de définitives.

Pour ce faire, nous opérons suivant trois principes dont nous allons montrer l'application aux tumeurs du corps calleux.

1. *Intervenir sur tous les malades,* quel que soit leur état général. Le coma est une indication à opérer d'urgence. Mais, bien entendu, nous n'intervenons pas sur les sujets respirant à plus de 45 à la minute, avec de l'écume aux lèvres et qui sont de vrais moribonds.

2. *Pratiquer toujours l'opération maximum,* c'est-à-dire l'extirpation complète de la tumeur plus une zone de « tissu sain ». Sans doute, cette notion de tissu sain n'est qu'une fiction dans bien des cas, mais c'est le seul moyen de donner au malade toutes ses chances; on pourra enlever d'autant plus de tissu sain qu'on est plus loin d'une zone fonctionnellement importante.

3. Principe restrictif: *les limites de l'amputation de la tumeur et du cerveau voisin.* En d'autres termes, quel degré d'infirmité a-t-on le droit de risquer d'infliger au malade que l'on désire voir survivre. C'est une question d'appréciation personnelle. Nous estimons qu'un sujet peut vivre normalement avec une hémianopsie, avec une monoplégie brachiale, voire à l'extrême rigueur avec une hémiplégie gauche si la marche est possible. Par contre, nous estimons qu'une hémiplégie complète, une aphasie importante, des troubles mentaux ne laissent pas à la vie une valeur suffisante pour justifier l'excision du gliome jusque dans les régions cérébrales correspondantes.

D'autre part, quand le gliome envahit le tronc cérébral, l'ablation de la tumeur met en danger la vie du malade à bref délai. Ici encore, quels risques a-t-on le droit de courir? La question est encore sur le plan expérimental en grande partie. Nous croyons que le noyau caudé et peut-être la partie supérieure de la couche optique peuvent être attaqués chirurgicalement. Par contre, nous croyons que l'hypothalamus ne peut être lésé sérieusement sans entraîner des troubles de la conscience, de la régulation thermique, de la respiration, de la tension artérielle, incompatibles avec la vie dans l'état actuel de nos moyens d'action.

Si nous appliquons ces notions aux gliomes calleux, nous voyons que:

1. Il n'y a *pas* de raison d'opérer *uniquement les astrocytomes,* ainsi que l'a fait Busch (2). Peut-être quelques glioblastomes sont susceptibles de donner d'aussi bons résultats: un glioblastome né dans le corps calleux est en général très extensif, mais, comme nous l'avons vu, il est souvent limité pendant longtemps par les cavités ventriculaires.

2. Les gliomes calleux doivent être *extirpés complètement,* sauf s'ils envahissent les régions rolandiques et sous-rolandiques (hémiplégie), s'ils vont trop loin dans le lobe frontal gauche (aphasie), s'ils infiltrent les parois antérieure et latérales du troisième ventricule (coma, épilepsie, œdème cérébral et mort), s'ils nécessitent l'ablation complète des deux lobes frontaux (troubles mentaux). Par contre, l'envahissement du septum lucidum, des trous de Monro, des noyaux caudés, de la face supérieure des couches optiques (peut-être), de la substance blanche et du cortex interne et antérieur des deux lobes frontaux, ne constitue pas des contre-indications.

Notons à nouveau à quel point l'emploi de l'anesthésie locale nous paraît absolument nécessaire dans l'extirpation de ces tumeurs médianes et profondes. Comment juger autrement des effets des temps opératoires successifs sur les fonctions motrices, la parole, et surtout la conscience du malade?

Analysons maintenant nos *résultats opératoires* portant sur neuf cas. Parmi nos malades en effet, le premier de tous (11, fig. 1) n'a pas été opéré; c'était avant le stade où nous avons résolu d'enlever les tumeurs du corps calleux.

Chez trois malades (11, observations 1-2-3), l'ablation a été *subtotale.* La première (oligodendrogliome) est décédée deux ans après l'intervention, ayant pu reprendre ses occupations dans l'intervalle. Le second (glioblastome), opéré une première fois, récidive après cinq mois; réopéré plus complètement, il était un

an après la deuxième intervention en bon état avec une hémiplégie gauche incomplète. La troisième (astroblasto-astrocytome) était en très bon état un an après l'opération.

Les six autres malades ont subi l'ablation macroscopiquement *complète* de leur tumeur (d'une manière générale, ces tumeurs avaient à peu près le volume d'une orange). L'une d'entre elles (11, observation 4) a été revue par nous-mêmes plus d'un an et demi après l'intervention en parfait état de santé, résultat très encourageant chez une femme de 24 ans, intelligente et exerçant un métier actif. La tumeur était un glioblastome.

Parmi les autres malades opérés plus récemment, deux sont morts dans les premières semaines qui suivirent l'opération. Nous avons déjà fait allusion à ces cas, relatés plus complètement ailleurs (6, pp. 143-144). L'un, homme de 60 ans en mauvais état général, était un glioblastome. L'autre, homme de 30 ans, était un astrocytome envahissant la paroi antérieure du troisième ventricule. Les trois autres cas, chez des sujets jeunes, comprenaient deux astrocytomes et un glioblastome. Ce dernier décrit dans (6, p. 143). Les suites opératoires ont été favorables et les sujets sont sortis de l'hôpital en bon état, mais, pour diverses raisons, nous n'avons pu avoir de leurs nouvelles après quelques mois; nous manquons donc du recul nécessaire pour apprécier exactement le résultat opératoire éloigné.

Voyons maintenant les résultats de Busch (2), tous, rappelons-le, des astrocytomes. Il croit avoir extirpé complètement la tumeur dans cinq cas sur huit. Cas 1, ablation complète, très bon état après quatre ans, ce qui est un très beau résultat. Cas 2, ablation incomplète, mort trois mois plus tard. Cas 3, ablation complète, mort huit mois plus tard. Cas 4, ablation complète, bon état après trois ans. Cas 5, ablation incomplète, bon état après deux ans. Cas 6, ablation incomplète, bon état après un an et demi. Cas 7 et 8, ablation complète, état satisfaisant dans les premiers mois suivant l'opération.

Si nous comparons ces résultats aux nôtres, nous voyons que:

1° Au moins en ce qui concerne les deux premières années, le pronostic est à peu près le même, qu'il s'agisse de glioblastomes ou d'astrocytomes.

2° Notre mortalité opératoire immédiate (deux cas) s'explique, croyons-nous, par le fait que nous n'hésitons pas à enlever non seulement la région des trous de Monro et les structures de l'étage supérieur du troisième ventricule, mais à descendre plus bas s'il le faut et à exciser latéralement dans les deux hémisphères tous les prolongements de la tumeur.

Busch semble respecter ces extensions. Répétons-le, ce qu'on a le droit de faire exactement ne peut être encore rigoureusement fixé. Nous avons précisé notre opinion plus haut à plusieurs reprises.

3° En tout cas, comme nous-mêmes, Busch montre qu'il n'y a aucun inconvénient à supprimer le corps calleux et le septum lucidum. La chirurgie des gliomes du corps calleux est donc parfaitement justifiée. Les seuls points sur lesquels on puisse discuter sont les limites de l'exérèse au delà du corps calleux.

Résumé et conclusions

Reproduisons tout d'abord les conclusions des deux auteurs qui sont, à notre connaissance, les premiers à rapporter les résultats satisfaisants d'une chirurgie systématique des tumeurs du corps calleux.

J. Weyman-Jones, 1940 (11).

« Les tumeurs du corps calleux sont d'un diagnostic clinique difficile, problématique. Et si, dans certains cas, on peut le formuler avec un degré relativement élevé de probabilité, dans d'autres cas, il apparaît absolument impossible de se prononcer.

« La ventriculographie a rendu possible un diagnostic de certitude en présentant systématiquement des images constantes et typiques. Elle pose l'indication formelle de la voie d'a-

bord bilatérale, frontale, rolandique, ou occipitale. Elle met les tumeurs du corps calleux à la portée du neuro-chirurgien.

« Le traitement neuro-chirurgical a donné des résultats satisfaisants que la radiothérapie a complétés. Le pronostic immédiat de ces tumeurs est bon. La première de nos malades, ayant été opérée il y a plus d'un an, est toujours en bon état de santé. Le pronostic lointain est moins favorable du fait de la nature histologique de ces tumeurs. Il s'agit presque toujours de gliomes à récidive fréquente. »

E. Busch, 1941 (2).

« Six previous cases of astrocytoma of the corpus callosum found in the literature are summarized. Eight new cases are reported in details with discussion of symptoms, diagnosis and surgical treatment. Psychical symptoms are no dominant feature in these benignant midline tumors and apraxia in any form was found in none. There was no operative fatality and late results seem encouraging. »

Voici nos propres conclusions, dans l'ensemble très voisines des précédentes.

1. *Nous étudions dix cas de gliomes nés dans le corps calleux (glioblastomes et astrocytomes); cinq d'entre eux ayant fait l'objet du travail de J. Weyman-Jones paru en* 1940.

2. *Il n'a pas été possible de dégager de ces observations un syndrome clinique spécifique; en particulier il n'y avait pas de trouble mental caractéristique et il n'y avait pas d'apraxie.*

3. *Le diagnostic est rendu certain par la ventriculographie montrant l'abaissement et l'écartement des cornes frontales.*

4. *Ces tumeurs doivent être opérées par un volet bilatéral et on doit chercher à les extirper en totalité.*

5. *Dans ces conditions, la mortalité opératoire a été de deux sur neuf. Il n'y a pas de déficit mental post-opératoire.*

6. *Le pronostic éloigné est celui de tous les gliomes, mais la récidive paraît moins fréquente, car l'opération radicale est ici souvent possible sans faire du malade un infirme.*

BIBLIOGRAPHIE

1. ALPERS et GRANT: « The clinical syndrome of the corpus callosum. » *Archives of Neurology and Psychiatry,* janvier 1931.
2. E. BUSCH: « The Astrocytomas of the corpus callosum. » *Acta Chirurgica Scandinavia,* juillet 1941.
3. F. CRAMER: « Clinical diagnosis of tumors of the corpus callosum. » *Bulletin of the Neurological Institute of New York,* août 1936.
4. DYKE et DAVIDOFF: « Pneumoencelographic diagnosis of tumors of the corpus callosum. » *Id.,* avril 1936.
5. J. Le BEAU: *L'œdème du cerveau.* Thèse, Paris, Elbé, février 1938.
6. J. Le BEAU: « Localisation cérébrale de la conscience. » *Revue canadienne de Biologie,* février 1942.
7. SCHERER: « The forms of growths in gliomas. » *Brain,* mars 1940.
8. SMITH et AKELAITIS: « Studies of the corpus callosum. » *Archives of Neurology and Psychiatry,* avril 1942.
9. SWEET: « Seeping intracranial aneurism. » *Id.,* janvier 1941.
10. Van WAGENEN et HERREN: « Surgical division of the corpus callosum. » *Id.,* octobre 1940.
11. J. WEYMAN-JONES: *Diagnostic et traitement des tumeurs du corps calleux.* Thèse, Paris, Vigné, mai 1940.

SYNDROMES AIGUS DE L'ABDOMEN[1]

SYNDROME CHIRURGICAL AIGU PAR GROSSESSE ECTOPIQUE

Par **Rosaire LAUZER**,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

La grossesse ectopique est bien du nombre des conditions pathologiques de l'abdomen qui nécessitent souvent un traitement chirurgical d'urgence.

En effet, il faut convenir avec Jean-Louis Faure que, du premier au cinquième mois, « une femme en état de grossesse ectopique n'est jamais sûre du lendemain: elle est à la merci d'une rupture qui peut être foudroyante, et ce sont là des risques que nous n'avons pas le droit de lui laisser courir ».

La grossesse est ectopique quand l'œuf se développe en dehors de la cavité utérine normale.

Les causes de cet accident pathologique sont inconnues. On a incriminé les infections, les malformations congénitales des trompes, la maladie de l'ovaire et de l'œuf, sans pouvoir apporter dans tous les cas les preuves de ces différentes hypothèses.

Selon l'endroit où l'œuf fécondé s'arrête, on distingue différentes variétés de grossesse ectopique.

I.—*La grossesse ovarienne.*

II.—*La grossesse abdominale.*

Celle-ci est primitive quand l'ovule, après la rupture de la vésicule de Graaf, tombe dans la cavité abdominale pour y être ensuite fécondé. Tandis que la grossesse abdominale est dite secondaire quand l'ovule, après avoir été fécondé dans la trompe, est expulsé dans l'abdomen par avortement tubaire.

III.—*La grossesse tubaire.*

Plus souvent, l'œuf se développe dans la trompe; la grossesse est alors tubaire. Si l'embryon se développe dans cette portion de la trompe située dans l'épaisseur de la paroi utérine, on dit que la grossesse est interstitielle. Elle peut être aussi isthmique, ampullaire, infundibulaire ou tubo-abdominale.

IV.—La grossesse ectopique peut se trouver encore dans une corne utérine rudimentaire.

* * *

L'œuf fécondé présente deux enveloppes fœtales: le chorion et l'amnios. L'enveloppe maternelle, qui remplace la caduque, prend le nom de paroi du kyste fœtal. Elle est formée de la paroi de la trompe dans la grossesse tubaire; partiellement, quand la grossesse est tubo-ovarienne ou tubo-abdominale. L'enveloppe du kyste fœtal se forme, en effet, aux dépens de l'organe où l'œuf est greffé. Elle peut être complétée par des néo-membranes, ou entièrement formée de néo-membranes adhérentes aux organes voisins.

Au contact du chorion, les tissus maternels se vascularisent abondamment, puis prennent l'aspect de villosités choriales; plus tard, de villosités placentaires.

A mesure que le kyste fœtal grossit, si l'enveloppe maternelle se développe suffisamment, la grossesse peut arriver jusqu'au terme. Ce qui n'est pas rare dans la grossesse tubo-abdominale ou abdominale. Mais alors le fœtus meurt à la suite de phénomènes de faux travail, l'expulsion ne pouvant avoir lieu. Dans la suite, il se flétrit, s'infiltre de sels calcaires (lithopædion) et peut être toléré ainsi durant plusieurs années. Parfois le kyste fœtal s'infecte et suppure, après avoir donné des symptômes de septicémie.

1. Série de travaux communiqués à l'hôpital Saint-Luc au cours du XVIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Montréal, septembre 1942.

La grossesse tubaire, au contraire, n'arrive presque jamais jusqu'au terme. Elle ne dépasse le troisième mois que dans certains cas où, localisée dans l'ampoule tubaire, elle possède une enveloppe plus extensible.

Ordinairement, l'œuf comprimé dans la trompe ne peut pas se développer bien longtemps. Des petites hémorragies répétées se produisent dans la paroi tubaire, et l'œuf finit par se décoller. C'est l'accident le plus simple, l'hématosalpinx.

Souvent, l'œuf décollé est projeté hors de la trompe et tombe dans la cavité abdominale: c'est l'avortement tubaire.

Mais l'accident le plus fréquent, et certainement le plus grave, c'est la rupture de la trompe. Cette rupture, se produisant au niveau des vaisseaux placentaires, détermine une hémorragie abondante, qui peut causer rapidement la mort, avec inondation péritonéale. Quand l'hémorragie est moins abondante, elle détermine l'hématocèle. L'embryon meurt ordinairement et se perd au milieu des caillots. Sinon, il se développe dans la cavité abdominale et la grossesse devient abdominale secondaire.

Enfin, une dernière éventualité, qui est exceptionnelle, c'est que la rupture de la trompe se fasse au niveau de son bord adhérent; l'hématocèle se produit alors dans le tissu cellulaire intraligamenteux et détermine l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne, ou bien encore la grossesse sous-péritonéo-pelvienne. Quand une grossesse ectopique se développe, l'utérus grossit un peu, et le col se ramollit comme dans la grossesse normale. La muqueuse utérine également se transforme en caduque, qui s'élimine au moment de la terminaison de la grossesse ectopique.

Symptomatologie

Les symptômes de la grossesse ectopique sont différents selon qu'on l'observe avant le cinquième mois, après le cinquième mois, le fœtus vivant, ou le fœtus mort.

Avant le cinquième mois, la grossesse ectopique offre les signes de probabilité d'une grossesse ordinaire, mais ceux-ci sont moins marqués. La femme consulte rarement à cette période. Elle se présente parfois pour les douleurs annexielles, prémonitoires d'avortement tubaire ou de rupture. Elle s'inquiète alors d'une grossesse douloureuse, ou bien elle s'ingénie à nier toute possibilité de grossesse. L'examen révèle la présence d'une tumeur annexielle unilatérale, comme un kyste de l'ovaire, un fibrome, ou une salpingite. Cependant l'utérus est légèrement augmenté de volume, et le col est ramolli. Il faut alors chercher à découvrir quelques signes de la probabilité de la grossesse, en s'aidant des différents tests biologiques.

En général, l'interruption de la grossesse par hémorragie intrakystique, avortement, ou rupture tubaire, ne tarde pas à se produire. Le diagnostic est alors plus facile. Au moment des menstruations, ou aprés un léger retard, apparaît un écoulement de sang noirâtre avec débris de caduque utérine. Les symptômes de l'hémorragie interne traduisent la formation de l'hématocèle, ou de la grande inondation péritonéale. Le toucher vaginal permet d'apprécier la sensibilité du Douglas, son remplissage, l'empâtement mastic des caillots. Chez les femmes maigres, on peut quelquefois reconnaître la teinte bleuâtre péri-ombilicale de l'hémo-péritoine.

Avant l'apparition de ces accidents, la grossesse normale peut simuler la grossesse ectopique s'il y a latéroposition ou rétroposition de l'utérus gravide.

Après le cinquième mois, la grossesse ectopique ne constitue pas nécessairement l'état d' « abdomen aigu » et n'entre pas dans les cadres de ce travail.

Traitement

La grossesse ectopique des cinq premiers mois, au contraire, est une affection très grave et nécessite toujours une opération importante, dès que le diagnostic est posé.

Cette opération consiste en l'ablation du sac fœtal par laparotomie. Les pratiques conservatrices doivent aussi être observées, surtout chez les femmes jeunes. Ainsi l'hystérectomie fundique, dans le cas de grossesse interstitielle, doit être préférée à l'hystérectomie sub-totale, la salpingectomie simple, autant que possible, au lieu de la salpingo-ovariectomie.

A l'hôpital Saint-Luc, depuis 1932, cinquante-huit cas de grossesse ectopique ont été opérés.

L'âge des malades varie entre 18 et 43 ans.

Ces femmes étaient, pour la plupart, des multipares.

La grossesse siégeait à droite chez 31 malades, 22 fois à gauche, et, dans 5 cas, le côté n'est pas indiqué.

L'âge de la grossesse n'est pas toujours facile à trouver; elle apparaît plus fréquente entre le premier et le troisième mois.

Trois fois, l'ectopique était récidivante.

La variété de la grossesse ectopique n'est généralement pas décrite. Le diagnostic est inscrit: grossesse ectopique, dans cinquante cas; et grossesse tubaire ou tubo-abdominale, dans les huit autres cas.

Une malade a été opérée pour hématosalpinx simple, une autre pour grossesse tubaire rupturée avec hématosalpinx de l'autre côté. La rupture était faite chez toutes les autres.

Dans quatre cas, il y avait inondation péritonéale par rupture primitive; les autres fois, il s'agissait de ruptures en plusieurs temps, avec généralement hématocèle très considérable.

La salpingectomie simple a été pratiquée dans sept cas, la salpingo-ovariectomie chez quarante-sept malades, l'hystérectomie complémentaire chez quatre autres.

Deux malades sont mortes; les autres ont quitté l'hôpital guéries.

De cette étude de cinquante-huit cas de grossesse ectopique, il ne ressort aucun fait saillant qui n'ait déjà été observé.

Mais, en général, le sens de l'urgence opératoire de la grossesse ectopique des cinq premiers mois, semble bien compris, et les malades guérissent parce qu'elles sont opérées à temps.

SYNDROMES AIGUS DE L'ABDOMEN EN PHASE INTERMENSTRUELLE

Par **Samuel LETENDRE.**

A l'heure actuelle, nous sommes encore fort peu éloignés de cette époque où la pathologie fonctionnelle de l'ovaire se limitait à deux syndromes: les hyper et les hypofonctions. Conséquemment, deux thérapeutiques s'instituaient: les extraits ovariens pour stimuler et les agents physiques pour sidérer. Heureusement, depuis environ un quart de siècle, grâce à la symbiose de travail des physiologistes, chimistes, cliniciens et gynécologues, toute une série de travaux entrepris avec des données plus scientifiques et plus biologiques, ont peu à peu démembré les prétendues « insuffisances ovariennes », qui d'ailleurs souvent ne signifiaient rien, et nous ont permis de mieux comprendre l'évolution et l'interrelation des divers phénomènes qui se succèdent au cours d'un cycle menstruel.

Ainsi, au cours de ces nombreuses recherches, on a pu constater qu'en dehors des troubles qui accompagnent la menstruation, il existe toute une série de manifestations pathologiques (hémorragies utérines, gingivales et méningées, douleur abdominale, troubles vasomoteurs, allergiques et psychiques) dont le caractère principal est d'apparaître régulièrement en période intermenstruelle, donc autour de l'ovulation.

Pour relier notre communication à l'idée maîtresse de cette séance, nous nous bornerons à des considérations sur la douleur intermenstruelle, qui, si assez souvent elle ne cause qu'un léger malaise et de courte durée, peut parfois offrir un tableau tout différent et revêtir l'aspect de divers syndromes aigus de l'abdomen, donnant le change pour une appendicite ou une salpingite aiguë, un kyste tordu de l'ovaire ou bien une grossesse tubaire rupturée.

Que les Anglais attribuent la priorité de ce syndrome à Sir William O. Priestley (1872) ou qu'également les Allemands la réservent à H. Fehling (1881), il est un fait certain, c'est que, un quart de siècle avant que l'un d'eux n'écrivît à ce sujet, Pouchet, en 1847, fait mention de ce phénomène clinique et soupçonne qu'il peut avoir une relation avec l'ovulation. De même, en 1845, Scanzoni rapporte un cas d'hémorragie fatale d'origine ovarienne à la menstruation chez une fille de 18 ans; il faut dire qu'avant 1900 on ne différenciait pas clairement les hémorragies ovariennes de celle d'une grossesse extra-utérine. Dans la suite, un certain nombre d'auteurs, tant européens qu'américains, observent et mentionnent dans leurs écrits cette douleur intermenstruelle, énonçant en même temps diverses théories qui malheureusement n'apportaient rien de nouveau sur le sujet.

Bref, une revue rapide des travaux publiés avant le début du XXe siècle laisse bien voir la confusion qui existait sur cette question, et cela pour deux raisons: d'abord, l'opinion courante que l'ovulation et la menstruation arrivaient en même temps ou à peu près; et secondairement, comme à cette époque on pratiquait plutôt rarement les laparotomies, on avait ainsi peu de chance d'observer *in situ* les organes pelviens.

Le début du XXe siècle devait jeter une lumière nouvelle sur ce problème: avec les travaux de Prenant sur le corps jaune en 1898, et de 1903 à 1910; grâce aux patientes recherches de Fraenkel, Meyer et Ruge, Hitschmann et Adler, et Schroeder, on commença à mieux connaître la physiologie du corps jaune et l'histologie de l'endomètre, et à croire fortement que l'ovulation survenait environ deux semaines avant l'arrivée des prochaines menstruations. Puis apparurent, en 1923, les travaux de Corner sur la guenon (macacus rhesus); en 1928, ceux d'Allen, Pratt, Newell et Bland, qui avaient trouvé sept ovules non fécondés, dans les trompes de six femmes; en 1928, également, les observations de Simpson et Evans sur la femme. En 1929, C.G. Hartman fait rapport de ses longues et intéressantes constatations chez le macaque.

Plus tard, en 1933, Papanicolaou publie ses études sur la femme et, en 1934, Hain rapporte une observation identique. En 1933, en France, Séguy et Simonet font paraître une intéressante étude des signes directs de l'ovulation qu'on peut observer chez la femme.

Ainsi, pendant une période d'environ trente années, le problème si complexe de l'ovulation et de la menstruation fut étudié sous divers aspects. Comme fruit de ces savantes recherches, il fut possible d'apprendre que l'ovulation survient habituellement au milieu du cycle menstruel, mais qu'à l'instar du cycle lui-même, l'ovulation peut présenter de grandes variations, par conséquent elle peut apparaître à n'importe quel temps du cycle; cependant elle précède, en général, les prochaines règles d'un certain nombre de jours. On apprit aussi que l'ovulation chez la femme se compare à l'œstrus chez les mammifères inférieurs et que, même chez la femme, l'ovulation peut s'accompagner d'un léger écoulement sanguin ou d'une sécrétion vaginale inhabituelle.

* * *

Dans l'étude du cycle menstruel chez la femme, la clinique s'est trop longtemps attardée à considérer seulement le phénomène de la menstruation qui, après tout, n'est qu'une manifestation bien ordinaire des fonctions physiologiques de la femme, un accident qui n'arrive que « comme le résultat d'une vaine préparation physiologique à la fécondation d'un œuf ». Autrement important est le phénomène

de l'ovulation, centre du cycle menstruel autour duquel évoluent les diverses phases des fonctions génétiques de maturité sexuelle dont le but ultime est la fécondation d'un œuf.

Y a-t-il des signes qui permettent de pressentir et même de diagnostiquer le temps exact de l'ovulation? D'après Hisao Ito (Japon), qui a longuement observé un nombre assez important d'étudiantes en médecine des dernières années et qui les a observées de nouveau après qu'elles eussent obtenu leur diplôme de médecin, « un bon pourcentage de femmes même normales, grâce à une observation minutieuse d'elles-mêmes, peuvent noter l'apparition de divers symptômes qu'on peut appeler symptômes de l'ovulation puisque ces signes apparaissent à cette période. »

D'après cet auteur, par ordre de fréquence, les principaux de ces signes apparaîtraient comme suit: leucorrhée, langueur généralisée, fatigabilité, sensation de pesanteur et de tension dans le bas abdomen, soit à gauche ou à droite, ou à la région lombaire, tension mammaire, somnolence, dépression mentale, etc. Plusieurs de ces signes peuvent faire leur apparition en même temps et aussi d'une façon intermittente.

Ces signes ont-ils quelque relation avec la menstruation? En effet, ils surviennent en général du 12e au 16e jour avant la prochaine menstruation. Ces données concordent avec la théorie d'Agino et le temps d'apparition des signes de l'ovulation est assez constant chez la même personne.

Ajoutons que les signes de l'ovulation ont, en général, une durée de deux à trois jours.

Quel est le mécanisme de ces signes plus haut mentionnés? Comme on sait qu'autour de l'ovulation les substances œstrogènes atteignent un acmé, on impute l'apparition de ces signes à la production d'une plus grande quantité de ces substances.

* * *

L'ovulation constitue un phénomène très important du cycle menstruel; en général, elle apparaît discrètement et passe sans faire de bruit. Nous venons de voir qu'une observation minutieuse permet de déceler certains signes capables de nous en faire pressentir l'existence. Or, si normalement l'ovulation n'est pas liée à la douleur et ne s'accompagne pas d'écoulement sanguin visible, il arrive parfois que ce phénomène apparaît d'une façon plus tapageuse, s'accompagne d'une douleur brusque, très vive, et présente le tableau clinique soit d'une appendicite aiguë, soit d'une grossesse ectopique rupturée, soit d'un kyste tordu de l'ovaire, soit d'une salpingite aiguë.

Quelle est l'étiologie de cette douleur intermenstruelle que les Allemands ont appelée « Mittelschnerz »? Beaucoup d'auteurs l'attribuent au phénomène même de l'ovulation, qui s'accompagnerait de contractions utérines et surtout d'un péristaltisme plus marqué des trompes, dont la mission est alors de favoriser la migration de l'œuf récemment fécondé vers la cavité utérine pour s'y implanter.

« Cliniquement, d'après Roy N. Andrews, la douleur intermenstruelle serait probablement due à une distension plus grande du follicule avant la rupture. »

D'après McSweeney et Wood, l'ovulation peut causer de la douleur de diverses façons. D'abord la douleur peut provenir de la rupture du follicule de de Graaf; après l'expulsion de l'œuf, il peut se rencontrer une douleur lorsque le sang fuit à travers les déchirures du stigma. Plus tard, au cours du cycle, il peut y avoir encore une douleur qu'on pourrait imputer à la rupture du corps hémorragique ou d'un kyste du corps hémorragique.

Pour Costallo et Feo, l'oophorragie serait le résultat d'un déséquilibre endocrinien et hormonal.

Certains y verraient un trouble d'innervation de l'ovaire.

Pour Hisao Ito, « la douleur proviendrait de certaines modifications anatomiques dues à l'existence d'un vieux ou d'un récent processus inflammatoire soit de l'ovaire, de la trompe ou des tissus voisins, de même que d'un terrain à prédispositions nerveuses. De même, les

pertes sanguinolentes proviendraient de la muqueuse utérine ou vaginale normale ou parfois inflammée ou bien du follicule rupturé. Enfin, on peut rattacher les signes généraux de la période ovulatoire à une origine vagotonique ».

L'hypothèse d'une étiologie inflammatoire dans l'explication du syndrome intermenstruel est également partagée par Gueissaz, par Béclère, qui impute ce syndrome en grande partie à une infection génitale chronique où la gonococcie jouerait un rôle important et que l'hystéro salpingographie vient confirmer en montrant la fréquence de l'hydrosalpinx uni ou bi-latéral.

* * *

Ces cas de syndrome intermenstruel sont-ils fréquents? Si ceux qui ont écrit sur ce sujet concluent à une fréquence relative de ces cas, la littérature en rapporte, cependant, un nombre bien restreint. La raison la plus plausible existe, à notre avis, dans le fait qu'on s'est toujours fort peu préoccupé de rechercher ce signe dans l'anamnèse des examens cliniques. Ainsi, sur plusieurs milliers de patientes vues à la clinique pendant une période de cinq ans, Wharton et Henriksen n'ont rencontré que trente-deux cas de douleur intermenstruelle périodique et, sur ce nombre, seulement la moitié accusait une douleur assez forte pour simuler un cas aigu de l'abdomen. Par contre, parmi leur clientèle privée, ces mêmes auteurs en ont trouvé vingt-neuf absolument typiques.

Y a-t-il un temps spécial d'apparition de cette douleur intermenstruelle? Il faut à ec sujet considérer deux points: le moment d'apparition au cours du cycle menstruel et son caractère de périodicité. Il est intéressant de noter que, dans la série des 61 malades rapportées par Wharton et Henriksen, 48 d'entre elles pouvaient préciser exactement le moment d'apparition de la douleur et le plus grand nombre de ces malades avouaient que la douleur survenait entre le 10e et le 12e jour du cycle.

Dans la série de malades rapportée par McSweeney et Wood, chez 70%, la douleur intermenstruelle apparut du 12 au 16e jour. De même, dans le groupe des observations rapportées par Gueissaz, le moment de la crise apparut en général au cours des quatre jours du milieu du cycle.

On pourrait ajouter ici, et c'est un fait à noter, que, durant les périodes d'aménorrhée physiologique comme au cours de la grossesse et de la lactation, la douleur intermenstruelle est absente.

* * *

Y a-t-il un âge particulier de la vie génitale où se rencontre la douleur intermenstruelle? Dans la série des malades rapportées par Wharton et Henriksen, 10 ressentaient cette douleur depuis l'installation des règles; 70% présentèrent ce syndrome avant l'âge de 20 ans et 90% avant l'âge de 30 ans.

Dans le groupe des cas d'oophorragie cités par Costallo et Feo, 53.5% avaient de 15 à 25 ans d'âge; 64.2% étaient nullipares et le plus grand nombre étaient des filles.

Les observations de Gueissaz permettent de constater que, chez 53%, les malades étaient âgées de 25 à 35 ans.

La série des malades de McSweeney et Wood laisse voir un pourcentage de 73% de patientes âgées de 15 à 25 ans dont les filles sont en plus grand nombre.

* * *

Quel est le caractère de cette douleur intermenstruelle? Elle peut être de moyenne intensité ou présenter le tableau de syndromes aigus de l'abdomen. Les malades faisant partie du premier groupe accusent une douleur sise soit aux deux fosses iliaques, soit à droite ou à gauche, ou bien une douleur qui apparaît d'abord bilatéralement pour se localiser ensuite à un seul côté, mais la douleur est toujours pelvienne. Quelle qu'en soit l'intensité, la douleur se présente d'habitude sous forme de crampes intermittentes. En général, après son apparition, elle augmente graduellement d'intensité pour atteindre un acmé vers la

moitié environ de la période de durée de la douleur; puis sa disparition s'effectue à une allure plus rapide et est suivie d'un bien-être complet. Au lieu d'une véritable douleur, certaines malades ressentent une espèce de malaise pelvien assez souvent accompagné d'une sensation de malaise général. Beaucoup de malades comparent ce malaise à la dysménorrhée, sauf que cette dernière peut varier d'intensité (Wharton et Henriksen).

Dans la série des cas aigus observés par McSweeney et Wood, le début de la douleur était brusque; la douleur était brève et de courte durée, parfois en coup de poignard, s'irradiant dans tout le bas-ventre, intermittente, sauf dans les cas de kyste du corps hémorragique, où elle apparaît progressivement pour devenir plus constante et offrir un tableau plus dramatique s'il y a rupture du kyste.

Touchant le caractère de la douleur intermenstruelle, Gueissaz a noté que 70% de ses malades présentaient une douleur à droite. Cet auteur rapporte que d'après Lehmann puis Cotte, il existe deux types de crise intermenstruelle: le « type utérin » et le « type annexiel ».

1° Dans le « type utérin », la douleur est localisée au milieu du bas-ventre, s'accompagne de cystalgie et de douleur à la défécation. On a rencontré ce type de douleur chez les cas d'infantilisme et d'hypoplasie utérine avec rétroversion ou flexion et dans les cas de dysménorrhée.

2° Le « type annexiel » se rencontre chez les malades où l'on trouve une lésion annexielle uni ou bi latérale.

Parfois les deux types sont mélangés, mais, dans les observations de Kueissaz, six étaient purement du type utérin alors que douze appartenaient au type annexiel et les autres aux deux types.

* * *

Existe-t-il une relation entre cette douleur intermenstruelle et la dysménorrhée? Fait intéressant à noter, plus de la moitié des 61 cas rapportés par Wharton et Henriksen ne souffraient aucunement de dysménorrhée, puisque dix-neuf seulement accusaient une douleur modérée ou associée et cinq seulement se plaignaient de fortes douleurs menstruelles à type de crampes.

* * *

Dans sa série de malades, Gueissaz a trouvé environ 40% de femmes stériles. Il ne semble pas, pourtant, que les femmes présentant ce syndrome aigu abdominal de la période intermenstruelle soient plus stériles que les autres. Si elle existe parfois, la stérilité pourrait fort bien être due au fait que la trop forte douleur ressentie par les malades au temps de l'ovulation détournât ces malades du coït et par conséquent les empêchât d'être fécondées à cette période du cycle où la femme rencontre son maximum de chances de fécondation.

* * *

Nous savons aujourd'hui que bon nombre d'animaux n'acceptent le coït qu'à la période d'œstrus, c'est-à-dire au temps de l'ovulation. Les auteurs qui ont écrit sur le sujet qui nous occupe n'ont pas poussé le questionnaire chez un nombre suffisant de femmes pour savoir si, au temps de l'ovulation, il y a chez elles augmentation du désir sexuel.

Cependant, quelques-unes des 60 malades rapportées par Wharton et Henriksen, questionnées sur ce point, ont tout simplement répondu qu'elles se sentaient tellement mal en train et souffrantes à cette période qu'elles ne désiraient vraiment pas, bien au contraire, les rapports sexuels.

* * *

La crise intermenstruelle s'accompagne, en général, soit de pertes glaireuses blanchâtres, soit de pertes glaireuses rosées ou brunâtres assez abondantes pour forcer la malade à se garnir. De même, un certain nombre de malades présentent un écoulement sanguin qui peut être parfois assez abondant pour forcer les malades à utiliser une ou des serviettes hygiéniques. Chez certaines malades, un examen microscopique a déjà révélé l'existence

de sang par des lavages vaginaux alors que ces mêmes malades niaient tout écoulement sanguin visible.

De plus, l'examen attentif du col utérin à cette période du cycle montre la présence des glaires translucides de Séguy.

* * *

L'étude des hémogrammes a permis d'observer une leucocytose pouvant atteindre jusqu'à 30,000 G.B. Cependant, environ les 2/3 des cas présentaient une leucocytose de 10,000 G.B. ou moins. Il est à noter que cette formule sanguine a tendance à tomber rapidement. On peut imputer cette élévation temporaire de la leucocytose à la présence de sang dans le petit bassin due à la rupture du follicule de de Graaf.

De même, la température, qu'on a pu voir monter jusqu'à 103° F chez certaines malades, atteint en général une moyenne de 99.6° F.

Il est plutôt rare de constater un pouls dont la fréquence dépasse 100. De plus, dans le syndrome intermenstruel, le pouls a tendance à descendre et à se tenir stationnaire, contrairement à ce qui se passe dans l'appendicite aiguë où le pouls a tendance à demeurer rapide d'une façon assez constante.

* * *

La série des malades observées par Wharton et Henriksen comprenait des personnes de toutes les classes sociales et économiques de la société: il y avait des gentils, des juives et des noires. Il eût été intéressant, au point de vue étiologique, de découvrir l'existence de conditions, soit locales, soit générales, ayant précédé l'apparition et l'éclosion de ce syndrome intermenstruel; car alors il eût été possible de mettre en relief certains facteurs responsables du développement de ce syndrome ou du moins prédisposant à l'évolution de cet état de choses.

« Dans la série des cas qu'ils rapportent, Wharton et Henriksen n'ont malheureusement pu trouver de dénominateur dont la constance ou la fréquence pût jeter quelque lumière sur l'anamnèse de ces troubles. »

Wharton et Henriksen ont pu étudier l'endomètre chez six cas de douleur intermenstruelle. Chez cinq malades, l'aspect de la muqueuse endo utérine était normal tandis que, chez la sixième, il y avait hyperplasie. De même Gueissaz, pratiquant 15 biopsies d'endomètre chez des malades de sa série, a pu constater une image de début de phase sécrétoire avec présence de glycogène.

La crise intermenstruelle ne doit pas être considérée comme un test clinique d'hyperœstrogénémie.

En 1936, Hoyt et Meigs présentèrent un groupe de 51 malades observées de 1929 à 1934 et présentant des syndromes aigus de l'abdomen dus à la rupture du follicule de de Graaf et du corps jaune. Toutes ces malades furent opérées d'urgence avec habituellement un diagnostic préopératoire d'appendicite aiguë. Cependant chez 17 de ces malades, on eut avant d'intervenir une impression clinique juste et précise de la véritable étiologie du syndrome aigu accusé par les malades. Ce qui constitue un beau pourcentage au point de vue diagnostic.

Sur les 61 cas rapportés par Wharton et Henriksen, on pratiqua une laparotomie chez 30 malades dont 21, accusant une douleur intermenstruelle aiguë, furent donc opérées en phase aiguë de douleur abdominale avec ordinairement un diagnostic préopératoire d'appendicite aiguë ou de grossesse tubaire rupturée. Chez ces 21 malades, 11 accusaient une douleur à droite; 6, une douleur à gauche; 4, une douleur bilatérale et l'une d'entre elles affirma qu'elle ressentait une douleur bilatérale tous les deux mois. Nous insistons fortement sur le fait que, chez toutes ces malades laparotomisées, les trompes et l'appendice étaient normaux. Chez neuf malades opérées, on ne trouva que des follicules rupturés avec une abondance variable de sang répandu dans le bassin et, chez huit malades, on rencontra de gros follicules de de Graaf ou des corps jaunes d'où s'écoulait parfois du sang clair au point de rupture.

Si l'on se reporte aux travaux de Corner et Hartman chez le macaque, d'Allen, Pratt, Newell et Bland chez la femme, on constate que les trouvailles de Wharton et Henriksen correspondent exactement à celles des auteurs précités.

Est-il besoin d'ajouter qu'il ne faudrait pas confondre ces follicules rupturés avec des kystes du corps jaune, avec de l'endométriose ou des kystes d'aspect chocolat.

On opéra quatre malades dans le but d'amener la disparition de cette douleur intermenstruelle chronique et qui réapparaissait sans cesse. L'appendicectomie ne modifia nullement ni le caractère ni le cours de la douleur, et occasionnellement l'excision du corps jaune apporta quelque amélioration. Chez une autre malade, l'appendicectomie et l'annexectomie droite firent bien disparaître la douleur du côté droit, mais malheureusement, dans la suite, la douleur apparut du côté gauche.

Cinq autres malades subirent une laparotomie pour diverses raisons, à noter que chez elles la douleur intermenstruelle constituait un fait purement accidentel. Ces opérations consistèrent en trois hystérectomies, une annexectomie pour grossesse ectopique et une appendicectomie avec excision de vieux kystes du follicule de de Graaf. Les suites opératoires ne furent pas plus encourageantes que chez le premier groupe de malades citées plus haut: la douleur cessa du côté où l'on pratiqua une ovariectomie totale pour un ovaire douloureux et l'hystérectomie de même que l'appendicectomie ou l'excision de vieux kystes du follicule de de Graaf n'apportèrent aucune modification à la douleur déjà existante. On pratiqua une hystérectomie pour un gros myome et une autre pour de graves déchirures survenues lors d'un accouchement précédent.

Le cas suivant ne manque pas d'intérêt: « une 5e malade subit une hystérectomie pour myomes utérins le 2e jour de la douleur intermenstruelle. Ce cas permettait d'entrevoir une observation *in situ* des plus intéressantes. On eut malheureusement la surprise de n'apercevoir au niveau de l'ovaire aucune trace de follicule de de Graaf ou de corps jaune et, par conséquent, il fut impossible de constater quelque signe d'ovulation quelconque alors que, chez cette malade, l'ovulation s'accompagnait d'une douleur typique. »

En 1934, Séguy et Simonet rapportèrent un cas à peu près semblable. Il s'agissait d'une malade présentant tous les signes cliniques d'ovulation et dont les ovaires, lors de l'opération, ne laissaient voir aucune trace de cette ovulation.

Poursuivant une étude des dossiers du Boston City Hospital, McSweeney et Wood purent constater que, de 1926 à 1938, on admit à l'hôpital 257 patientes se plaignant d'une douleur aiguë due à l'ovulation ou à ses suites. « Sur ce nombre, 216 furent opérées et 41 malades chez lesquelles un diagnostic de rupture du follicule de de Graaf ou d'un corps hémorragique avait été préalablement posé ne furent pas traitées chirurgicalement. Si l'on admet la justesse du diagnostic posé chez celles qui ne furent pas opérées, on trouve un chiffre de 61 diagnostics correctement posés, ce qui représente un très beau pourcentage lorsqu'on sait que ce phénomène revêt des signes qui simulent passablement l'appendicite et bien des troubles pelviens. »

Comme on se méprend souvent sur la douleur de l'ovulation et des phénomènes qui l'accompagnent en concluant, très souvent, bien à tort, à l'appendicite, McSweeney et Wood ont étudié la fréquence relative de ces deux états cliniques au cours des années 1935 et 1936. Ces auteurs ont trouvé l'impressionnante proportion de 39 cas de douleur abdominale aiguë vraisemblablement due à l'ovulation ou à la rupture d'un corps hémorragique, contre 1,060 cas d'appendicite; donc une proportion de 1 cas de douleur due à l'ovulation pour 13 cas d'appendicite. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes.

Ajoutons que l'étude de ces 257 malades a permis à McSweeney et Wood de les classer en trois catégories: la première comprend 74 cas étiquetés comme ayant le diagnostic de rupture de follicules hémorragiques; dans la seconde, on a fait entrer 165 cas de rupture de

corps hémorragique; le troisième groupe 18 cas de kystes du corps hémorragique dont 13 rupturés. (Nous insistons sur le fait très important qu'on pratiqua une résection chirurgicale seulement dans cette dernière catégorie.)

* * *

C'est à dessein que nous avons réservé pour fin la discussion du diagnostic, car nous croyons fermement que, touchant cette question dirions-nous plutôt nouvelle des syndromes aigus de l'abdomen en phase intermenstruelle, tout le problème réside dans un sens clinique averti et dans la façon physiologique d'observer les faits cliniques qui s'offrent à notre étude.

En présence d'une douleur ou d'un syndrome aigus situés dans le bas-abdomen chez la femme, notre premier réflexe est de poser un diagnostic différentiel entre une appendicite aiguë, une grossesse tubaire rupturée et une salpingite aiguë. Plus rarement penserons-nous à un kyste tordu de l'ovaire et bien plus rarement encore pousserons-nous notre investigation clinique jusqu'à penser à la rupture d'un follicule de de Graaf ou à un corps jaune qui saigne; à un corps jaune hémorragique rupturé et à un kyste du corps jaune hémorragique rupturé ou non.

« Le diagnostic différentiel de la douleur intermenstruelle est, certes, très difficile et impose de graves responsabilités au chirurgien. » De toutes les hypothèses, la différenciation avec les lésions appendiculaires semble être le point le plus difficile à résoudre. Dans les cas aigus avec douleur périodique habituelle, on a, en général, affaire au type de douleur moyenne et les cas aigus s'accompagnant d'hémorragie importante sont beaucoup moins fréquents.

Une autre difficulté surgit du fait que, la période d'ovulation étant susceptible de présenter parfois de grandes variations, il n'est pas toujours facile d'éliminer la possibilité d'une rupture brusque d'un follicule de de Graaf.

A tout événement, le syndrome de la douleur aiguë intermenstruelle revêt certaines caractéristiques qui peuvent grandement nous aider à le différencier de l'appendicite aiguë ainsi que d'autres syndromes abdominaux. D'abord on trouvera assez souvent dans l'anamnèse que la malade a eu précédemment de semblables attaques et que la douleur débute environ deux semaines avant la date présumée des prochaines règles. En plus, le caractère des crises précédentes nous apporte un précieux renseignement en nous apprenant que ces crises étaient de courte durée et disparaissaient vite, ressemblant bien plus à la dysménorrhée qu'à une colique appendiculaire. Joignez à ce tableau d'autres signes du molimen cataménial assez évidents pour nous faire penser à l'ovulation, tels que seins sensibles, irradiation de la douleur au rectum, leucorrhée inhabituelle et apparition parfois de taches de sang ou d'un léger écoulement sanguin par le vagin avec parfois quelques troubles vésicaux. La leucocytose d'abord élevée tend à descendre rapidement vers la normale. Si les vomissements sont plutôt rares — et alors ils semblent se montrer moins graves que ceux que l'on observe dans les types aigus d'obstruction de l'appendicite — on constate assez souvent un état nauséeux et il y a presque toujours présence d'anorexie. Bref, le tableau, en général, nous fait pencher plus vers un trouble gynécologique que d'origine intestinale.

De même l'examen gynécologique nous apporte de très utiles renseignements. Il nous permet de percevoir une sensibilité pelvienne plus qu'une simple sensibilité abdominale. Des auteurs ont provoqué une douleur à la pression profonde du bas-ventre, surtout à la fosse iliaque droite, même lorsque le côté gauche était en cause, et ont pu noter une sensibilité environ 2 cms. ou plus en dessous du point de McBurney. Le toucher vaginal ou rectal fera sourdre une légère sensibilité du côté affecté, avec empâtement des culs-de-sac latéraux ou du Douglas suivant la quantité de sang présenté.

Si nous recourons à l'examen microscopique des sécrétions vaginales, ce dernier nous permettra assez souvent de déceler la présence de

sang, nous guidant ainsi vers la véritable étiologie.

Lorsque nous avons affaire à une grossesse tubaire rupturée, cette dernière s'accompagne en général d'une hémorragie assez grave et d'un état de shock. De plus, le questionnaire nous apprend un certain retard de la menstruation précédente. Lorsqu'il y a rupture d'un follicule de de Graaf, tous ces symptômes, s'ils sont présents, sont de beaucoup moins prononcés et beaucoup plus atténués.

Ajoutons qu'en face de pertes sanguinolentes il ne faut pas perdre de vue l'existence possible d'un polype ou d'un fibrome sous-muqueux.

De même une crise d'appendicite peut fort bien coïncider avec les phénomènes de l'ovulation.

* * *

En présence d'un syndrome aigu abdominal, même si on a posé le diagnostic de douleur intermenstruelle aiguë, doit-on intervenir? D'après Wharton et Henriksen, il est préférable d'opter pour le traitement conservateur, en tenant la malade sous une observation minutieuse et toujours prêt à intervenir au besoin. Si l'hémorragie abdominale est grave, il est, certes, préférable d'intervenir, car il existe toujours la possibilité d'une grossesse tubaire rupturée. Si l'on intervient et que lors de l'intervention on trouve une trompe normale et un appendice également normal, on doit conserver l'ovaire et exciser le follicule hémorragique.

Selon McSweeney & Wood, on peut traiter médicalement le plus grand nombre des cas de corps hémorragique rupturé, avec un diagnostic juste et définitivement établi; mais il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une hémorragie persistante susceptible de nécessiter une intervention chirurgicale.

Chez la femme, lorsqu'on a posé le diagnostic d'appendicite à forme atténuée, mais que le diagnostic différentiel n'a pas été définitivement établi, on recourra plutôt à la laparotomie médiane qu'à l'incision de McBurney, afin de simplifier l'exploration pelvienne (McSweeney et Wood).

Castallo et Feo conviennent que, si l'on peut éviter la possibilité d'appendicite on de grossesse ectopique, on établira un traitement d'attente, car en bien des cas les symptômes de douleur et d'hémorragies ont vite cessé. En cas de doute, on fera une laparotomie exploratrice, mais, si la chose est possible, on peut tenter une colpotomie postérieure ou une péritonéoscopie, si possible. Dans le cas où l'on a décidé d'intervenir, la chirurgie que l'on fera devra être très conservatrice.

Comme vous pouvez le constater, messieurs, les auteurs qui ont particulièrement étudié cette question insistent sur la méthode conservatrice ou ont adopté le principe d'éviter l'intervention. La raison de cette attitude est bien simple: « c'est que le phénomène réapparaît en dépit du fait qu'on opère ou non. Et, à moins que la douleur n'apparaisse toujours du même côté ou que la vie de la malade ne soit menacée par une grave hémorragie ou une appendicite aiguë, nous croyons qu'il vaut mieux ne pas intervenir ». (Wharton et Henriksen.)

Certains ont soulevé l'hypothèse que le « Mittelschmerz » provient d'un trouble fonctionnel et qu'alors l'énervation du sympathique ovarien pourrait rendre quelque service à ce type de malades. Nous laissons cependant cette hypothèse à vos considérations.

Touchant le chapitre du pré-sacré, Wharton et Henriksen affirment que Cotte, de Lyon, pratiquant la résection du plexus hypogastrique supérieur chez des femmes qui souffraient à la fois et de dysménorrhée et de « Mittelschmerz », réussit à faire disparaître la dysménorrhée, mais ne modifia nullement la douleur intermenstruelle.

Conclusion

Il semble que la plupart des cas de syndrome aigu abdominal de la période intermenstruelle correspondent au phénomène de l'ovulation. Les laparotomies faites au moment de la crise ont en général confirmé cette coïncidence.

Cette communication, dont le but était de passer en revue les principaux travaux entrepris sur ce sujet, nous permet de constater qu'il y a eu des progrès d'accomplis dans le diagnostic des syndromes de la phase ovulatoire survenant en général en période intermenstruelle, puisqu'il nous est possible de nous rendre compte que l'obtention d'un diagnostic juste et bien fondé a eu pour conséquence heureuse une diminution des interventions chirurgicales. En dépit du terrain gagné ailleurs, il faut bien avouer que, chez nous, nous avons encore beaucoup à faire là-dessus, et il ne faut pas perdre de vue que nos résultats seront d'autant meilleurs qu'on aura donné plus d'importance à cette question et cela en la faisant mieux connaître à la fois du praticien et du chirurgien.

En présence d'un syndrome aigu de l'abdomen en période intermenstruelle chez la femme —

il faut toujours s'enquérir de la date des dernières règles;

voir s'il n'exixte pas de relation entre les symptômes accusés par la malade et le phénomène d'ovulation;

juger si la légère élévation de la température ou de la leucocytose est bien proportionnée au caractère apparemment grave de la douleur.

Relativement au point de vue qui nous occupe, il y a décroissance rapide de ces deux signes.

A quoi peut-être imputable une hémorragie interne avec absence de signes de grossesse?

Ne jamais oublier la possibilité d'une oophorragie.

Vérifier l'absence de traumatisme.

La quantité de sang peut varier de 2 à 3 onces jusqu'à un écoulement continuel.

Ne pas oublier la coïncidence de plusieurs conditions pathologiques.

En général le pronostic est bon.

« Sans doute, il y aura toujours un certain nombre de cas où la différenciation d'avec l'appendicite est impossible, mais, avec des histoires cliniques minutieusement prises et des examens scrupuleusement faits et gardant à l'esprit ces conditions cliniques, le nombre des cas opératoires peut être considérablement réduit. » (McSweeney et Wood.)

En général, le phénomène de l'ovulation évolue d'une façon tellement inaperçue et paisible que le clinicien y pense bien rarement. Nous pouvons affirmer qu'en face d'un syndrome aigu de l'abdomen survenant en phase intermenstruelle, il faut être très prudent. Ici le chirurgien doit se comporter en clinicien averti et en physiologiste consciencieux. On évitera ainsi des diagnostics erronés et surtout des opérations non seulement inutiles, mais irrémédiablement mutilatrices.

BIBLIOGRAPHIE

Edgar ALLEN, J. P. PRATT, Q. U. NEWELL et Leland BLAND: « Recovery of Human Ova from the uterine tubes: Time of Ovulation in the menstrual cycle. » *J.A.M.A.*, **91**: 1018, 6 oct. 1928.

Roy N. ANDREWS: « Ovulation pain. » *Minnesota Medecine*, **19**: 355-356, 1936.

BECLERE: *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, Paris. Séance du 19 fév. 1937, 279-280.

BONNEAU: *Journal des Praticiens*, 1934, p.p. 166-168.

M. A. CASTALLO et L. G. FEO: « Ovarian Hemorrhage. An analysis of 28 cases from the records of the Jefferson Medical College Hospital, 1930 to 1939 inclusive. » *Am. J. Surg.*, **53**: 82, 1941.

G. W. CORNER: « Ovulation and Menstruation in Macacus Rhesus. » *Contributions to Embryology*, **15**: 75, Carnegie Institution of Washington 1923.

H. FEHLING: « Zur Casuistik des Intermenstrualschmerzes. » *Arch. F. Gynäk*, **17**: 338, 1881.

J. P. GREENHILL: *Am. J. Obst. & Gynec.*, **22**: 902, 1930.

E. GUEISSAZ: « 100 cas de crises intermenstruelles, 66 observations cliniques. » *Gynéc. & Obst.*, **40**: 223, 1939.

A. M. HAIN: « Ovulation and the human Sex Cycle. » *Brit. M. J.*, **1**: 454, (10 mars) 1934.

F. I. HARRIS et M. J. GROPER: *Surg. Gynec. & Obst.*, **68**: 824, 1939.

C. G. HARTMAN: « The Homology of Menstruation. » *J.A.M.A.*, **92**: 1992, (15 juin) 1929; Time of Ovulation in Women, Baltimore, William Wood & Co. 1936, p. 226.

W. F. HOYT et J. V. MEIGS: « Rupture of the Graafian Follicle and Corpus Luteum. » *Surg. Gynec. & Obst.*, **62**: 114, (janv.) 1936.

Hisao ITO: « On the Symptoms of Ovulation.» First report and second report. *The Japanese Jour. of Obst. & Gynec.* **21**: 9 et 22 (janv.) 1938.

Hisao ITO: « On the Symptoms of Ovulation.» Third report. *The Japanese J. of Obst. & Gynec.*, **21**: 143 (nov.) 1938.

V. E. JOHNSON: « Acute hemorrhage from corpus luteum and Graafian follicle.» *Am. J. Surg.*, **9**: 538, 1930.

René S. MACH et Gilbert MEYRAT: « Hémorragies méningées récidivantes survenant à la période d'ovulation.» *La Presse Médicale*, **48**: 13 (mars) 1940.

J. McSWEENEY et Frank O. WOOD: « Acute abdominal conditions following ovulation and its sequelae.» *The New England J. of Med.*, **222**: 174 (fév.) 1940.

A. G. MILLER: « The fertile period in practice; five year clinical study.» *Surg., Gynec. & Obst.* **66**: 723, 1938.

E. C. MOORE: « Intra-abdominal hemorrhage from ruptured corpus luteum.» *Am. Surg.* **75**: 492, 1922.

R. MORICARD et R. PALMER: *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris.* Séance du 8 juin, 1936.

P. C. MORTON: *New-York SJ.M.*, **32**: 116, 1932.

E. NOVAK: « Abdominal hemorrhage of ovarian origin.» *J.A.M.A.*, **68**: 1160, 1917.

E. NOVAK: « Hematoma of the ovary, including corpus luteum cysts.» *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **28**: 349, 1917.

G. N. PAPANICOLAOU: « Sexual cycle in the Human Female.» *Am. J. Anat.*, **52**: 519 (mai) 1933.

L. E. PHANEUF: « Intraperitoneal hemorrhage from ruptured ovarian cyst.» *J.A.M.A.*, **83**: 658, 1924.

F. A. POUCHET: « Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation des mammifères et de l'espèce humaine, basée sur l'observation de toute la série animale.» Paris, J.-B. Ballière, 1847, p. 248.

J. P. PRATT: « Mild symptoms from rupture of follicle cyst or corpus luteum.» *Am. J. Obst. & Gynec.*, **27**: 816, 1934.

W. O. PRIESTLEY: « Cases of intermenstrual or intermediate dysmenorrheoea.» *Brit. M. J.*, **2**: 431, 1872.

RAMOND: *La Presse Médicale*, **46**: 891 (4 juin) 1938.

RATHERY: *Paris Médical*, p. 477, 1935.

SCHAEFFER: *La Presse Médicale*, **37**: 628, 1927.

J. SEGUY et H. SIMONET: « Recherche de signes directs d'ovulation chez la femme.» *Gynéc. et Obst,*. **28**: 657 (déc.) 1933.

Miriam E. SIMPSON et H. M. EVANS: « Occurence of faint bleeding on a definite intermenstrual day in Man.» *Science* **68**: 453 (9 nov.) 1928.

WALTHARD: « De la pathogénie des coliques menstruelles et d'autres troubles fonctionnels.» *Revue Méd. de la Suisse rom.*, nos. 4, 5, et 6, p. 437, 1928.

Lawrence R. WHARTON et E. HENRIKSEN: « Intermenstrual pain.» *J.A.M.A.*, **107**: (31 oct.) 1936.

L'OCCLUSION DU GRÊLE

Par **Arcade LABELLE**,
Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

L'occlusion intestinale, ou l'iléus, est un syndrome causé par l'arrêt du cours des matières fécales.

Cet arrêt peut être dû à une perturbation fonctionnelle du muscle intestinal ou à la présence d'un obstacle dans la lumière intestinale s'opposant à la progression des matières, d'où nous pouvons diviser en deux grandes classes les causes d'obstruction:

ARRÊT PAR TROUBLES DE LA DYNAMIQUE INTESTINALE: ILÉUS DYNAMIQUE OU PARALYTIQUE.

ARRÊT PAR OBSTACLE SUR L'INTESTIN: ILÉUS MÉCANIQUE OU VÉRITABLE OCCLUSION INTESTINALE.

Cependant, la dynamique intestinale peut présenter deux perturbations opposées:

1° la paralysie de la musculature, l'apéristaltisme causant l'*iléus dit paralytique*;

2° la contracture localisée à une anse ou à un segment d'intestin, le *dyspéristaltisme causant l'iléus par contracture intestinale.*

a) Les causes des *iléus paralytiques* sont très nombreuses.

Par ordre de fréquence, il y a: les inflammations comprenant toutes les péritonites aiguës; les lésions des vaisseaux mésentériques comprenant les ligatures opératoires, les embolies septiques et aseptiques; les causes réflexes: l'épiploon étranglé, étranglement d'or-

ganes (testicules, ovaires herniés, torsion des kystes de l'ovaire), calculs du cholédoque, du bassinet, de l'uretère, traumatisme intra ou extrapéritonéal; les causes toxiques: les alcaloïdes (morphine, urémie); les lésions nerveuses: lésions de la moelle épinière par traumatisme ou compression (fracture du rachis, hématome intrarachidien, mal de Pott).

b) L'*iléus mécanique* ou la véritable occlusion intestinale se présente sous différentes formes: par vices de position, de compression, d'oblitération et de rétrécissements.

1) Les vices de position comprennent: les invaginations intestinales, les volvulus avec leurs coudures, les hernies internes.

2) Les compressions comprennent: toute tumeur abdominale susceptible de provoquer l'arrêt des matières (brides péritonéales, diverticules du grêle et de la vessie).

3) Les oblitérations sont dues à la présence de corps étrangers ou fécalomes dans l'intestin.

4) Les rétrécissements sont dus aux sténoses inflammatoires, aux néoplasmes de l'intestin, à des lésions congénitales.

Anatomie pathologique

Dans les iléus mécaniques, l'obstacle peut obstruer soit la lumière intestinale seule ou étrangler l'intestin et ses vaisseaux mésentériques à la fois. L'obstruction intestinale ne compromet pas la vitalité de l'anse obstruée, mais l'étranglement par les troubles circulatoires qu'il provoque cause la gangrène de l'anse étranglée. Cependant, quelle que soit la variété, l'anse sousjacente à l'obstacle est toujours vide, aplatie, même contractée, et sert de guide au cours des recherches chirurgicales.

La dilatation peut être extrême avec des parois intestinales amincies, transparentes. Dans les étranglements, elle est immédiate et progressive, elle transforme un obstacle incomplet en une oblitération totale du calibre intestinal. Elle entraîne par tension et conjointement aux lésions des rameaux et nerfs mésentériques la paralysie absolue de l'anse étranglée, tandis que dans l'obstruction la dilatation de l'anse sous-jacente à l'obstacle est d'abord moins prononcée, tardive, mais elle peut atteindre des proportions colossales. La musculature intestinale conserve intacte sa fonction grâce à l'absence de lésions mésentériques. Elle peut se contracter énergiquement pour lutter contre l'obstacle.

Les lésions du péritoine sont constantes. Aux premières heures d'un étranglement, il se produit une sérosité hémorragique analogue à l'épanchement d'un sac herniaire aseptique d'abord, mais bientôt septique lorsque les microorganismes passent à travers la paroi intestinale pour provoquer l'infection péritonéale. La péritonite par perforation succède aux lésions gangréneuses ou ulcérations localisées.

Symptomatologie

Au point de vue clinique, l'iléus revêt deux formes bien distinctes. Une forme aiguë, l'occlusion intestinale vraie; une forme chronique, l'obstruction intestinale.

L'*occlusion aiguë* a un début brusque. Le premier symptôme est la douleur. Elle est très forte et se fixe rapidement en un point de l'abdomen. Le hoquet apparaît presque immédiatement suivi de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes. L'abdomen se ballonne en un point, puis la dilatation intestinale se généralise. L'arrêt des matières est installé. Pas de gaz ni matières évacués par l'anus. L'état général s'aggrave rapidement, le visage est altéré, le pouls devient rapide et petit. La douleur est bien localisée au début, elle correspond au point où siège l'étranglement, puis se généralise rapidement dans tout l'abdomen. Elle est faible dans les iléus paralytiques, forte dans les iléus mécaniques. Elle s'atténue et disparaît lors de gangrène ou de perforation de l'anse étranglée.

Les vomissements sont alimentaires d'abord si l'estomac est rempli, puis muqueux, bilieux, enfin fécaloïdes dès le deuxième jour. Le malade fait de grands efforts qui le fatiguent

rapidement, d'autant plus qu'ils sont plus précoces et indiquent que le siège de l'obstruction est près de l'estomac.

La constipation est un signe constant. La dilatation est d'abord localisée, puis se généralise. La dilatation intestinale débute toujours sur l'anse immédiatement sous-jacente à l'obstacle. L'asymétrie abdominale apparaît à l'œil, la palpation note une résistance sous la paroi élastique ou dure. La percussion est d'une sonorité exagérée et présente des limitations très nettes au début ou une matité absolue lorsqu'elle est distendue par du liquide. L'hyperthermie peut se présenter avec des grandes variations. Elle est peu élevée habituellement au début, mais peut atteindre 100°, 101° à la suite de grands frissons. A la période terminale, l'hypothermie est de règle. Les urines sont rares, dû à l'intoxication générale.

Dans l'*occlusion chronique*, au contraire, le début est insidieux et lent. Ce sont des crises répétées de petite occlusion. Elle peut être brusque, mais les signes s'atténuent rapidement d'ordinaire. La douleur apparaît en un point fixe, puis elle s'irradie par les contractions intestinales au-dessus de l'obstacle. Il y a arrêt des gaz, des matières, léger ballonnement parfois accompagné de vomissements. Cette crise dure 24, 36, 48 heures et tout revient dans l'ordre après une grande évacuation. La constipation dure plusieurs jours. On note parfois des débâcles diarrhéiques. Cette répétition et aggravation des crises retentissent sur l'état général. La digestion devient mauvaise, et les malades refusent de manger à cause des douleurs qui apparaissent après l'ingestion d'aliments. L'amaigrissement s'installe, les céphalées et les vertiges apparaissent avec tous les autres signes d'intoxication chronique d'origine intestinale, et tout se termine par une cachexie progressive ou une occlusion aiguë.

Diagnostic

Le diagnostic différentiel des iléus doit être fait rapidement. En présence du syndrome iléus, il faut rechercher s'il n'existe pas de hernie étranglée et bien examiner toutes les régions où peut se produire une hernie.

Il faut différencier les deux variétés d'iléus par la variation de leurs symptômes et par l'annexion des signes péritonéaux.

Dans l'iléus paralytique de la péritonite, les malades passent habituellement quelques gaz et un peu de matières. Le ventre durcit rapidement. La douleur et l'épanchement se généralisent aussi rapidement. Les vomissements ne sont pas fécaloïdes et moins abondants. De l'hyperthermie et un frisson en marquent souvent le début. Le pouls n'a pas de caractère particulier.

En résumé, le diagnostic de l'iléus, au début, est facile à faire avec la péritonite. Mais lorsqu'il est installé et compliqué d'iléus mécanique, le diagnostic à sa période terminale est impossible.

Dans l'iléus mécanique, il faut rechercher l'étranglement et l'obstruction.

Dans l'étranglement, le début est plus soudain, plus dramatique, la douleur plus vive et plus angoissante, les phénomènes de collapsus plus prononcés. L'anse distendue ne présente aucun mouvement spontané ou provoqué.

Dans l'iléus par obstruction, on trouve dans l'histoire du malade des crises antérieures de petite occlusion et peu d'atteinte de l'état général. Les mouvements péristaltiques sont présents, exagérés, spontanément ou sous une excitation quelconque. Cette différence est très importante et permet de distinguer s'il y a étranglement à la circulation mésentérique qui cause l'apéristaltisme ou obstruction simple de la lumière intestinale qui entraîne l'hyperpéristaltisme.

Une fois le diagnostic posé d'iléus par étranglement ou par obstruction, il faut en déterminer le siège et la nature de l'obstacle. Il faut déterminer si l'obstacle siège sur le grêle ou le gros intestin. La forme de la dilatation abdominale généralisée varie dans les occlusions du grêle ou du côlon. La saillie médiane ombilicale relève du grêle, le ventre de batra-

cien saillant à l'épigastre et dans les flancs relève du côlon. Les vomissements sont précoces, fécaloïdes et abondants dans les occlusions du grêle, tardifs et peu fréquents dans les obstacles du côlon. Le toucher rectal aide aussi au diagnostic différentiel. Une ampoule vide, sans matières, dilatée par les gaz, signifie obstacle colique.

Dans l'iléus de la partie supérieure du grêle, la dilatation est médiane, épigastrique; l'abdomen est plat, rétracté; le vomissement est précoce, bilieux, jamais fécaloïde. Le collapsus est rapide et grave, la soif intense.

L'occlusion du côlon est moins brusque à son début, l'évolution est moins rapide. Les vomissements sont tardifs. Le météorisme est moins marqué. Peu ou pas de collapsus. Le pouls est plein.

Enfin, de tous ces signes, celui qui a plus de valeur quant au siège précis de l'obstacle, c'est la dilatation localisée.

A toutes ces différentes formes d'iléus il y a un traitement. Il faut donc tâcher d'appliquer le meilleur.

Traitement

Les iléus mécaniques sont du domaine chirurgical, tandis que certains iléus dynamiques ou paralytiques appartiennent à la médecine. La thérapeutique médicale calme la douleur, diminue l'hyperpéristaltisme, combat le collapsus. Tous les moyens destinés à forcer l'obstacle intestinal doivent être abandonnés. Les purgatifs ne doivent jamais être administrés, parce qu'ils augmentent la dilatation abdominale, exagèrent la sécrétion intestinale en amont de l'obstacle, augmentent l'intoxication stercorémique par résorption des liquides intestinaux hypertoxiques. Cette accumulation de liquide dans les anses, de plus, apporte de très grandes difficultés opératoires et aggrave considérablement le pronostic.

L'emploi de l'évacuation de l'estomac à la sonde est une très bonne méthode qui doit être employée aussi longtemps qu'il y a des nausées.

Les lavements électriques et l'opium, autrefois couramment employés, sont abandonnés maintenant.

Les différentes méthodes opératoires sont peu nombreuses. Elles se résument dans l'entérotomie simple, la laparotomie avec la recherche et la levée de l'obstacle. Deux méthodes qui ont chacune leurs indications bien précises.

L'entérotomie, l'anus contre nature temporaire, est le traitement de tous les iléus arrivés à la période de grande distension abdominale et d'état général grave. Elle est l'intervention minime qui est l'opération de choix pour combattre une mort imminente. En cas de guérison, elle sera suivie plus tard, à la période d'accalmie, d'une intervention directe sur la cause de l'occlusion.

Elle doit porter sur le cæcum ou sur n'importe quelle anse du grêle, la première qui apparaît.

L'entérotomie doit porter sur le cæcum s'il est dilaté, sur la dernière anse du grêle dilatée si le cæcum est vide. Elle sera faite en deux temps. L'intestin suturé au péritoine pariétal sera d'emblée ponctionné au trocart et celui-ci laissé en place. Puis, le plus tard possible, la 6e, 12e, 14e heure après, l'intestin sera ouvert, car le contenu de l'intestin, qui est très fluide, peut filer dans le péritoine entre les points de suture.

Enfin, la laparotomie, qui est vraiment le seul traitement curatif. L'ouverture de l'abdomen, la recherche méthodique de l'obstacle en commençant par le cæcum, puis en remontant le grêle et descendant les côlons, la levée de l'obstacle; section des adhérences, des brides, détorsion des volvulus, dégagement ou résection des invaginations, résection des rétrécissements, entéro-anostomose, telles sont les différentes manœuvres.

Dans les occlusions aiguës, la laparotomie est formellement indiquée lorsque le diagnostic est posé d'étranglement aigu par brides, diverticule, valvulus, nœud intestinal, invagination et lorsque l'occlusion est au début de son évo-

lution. Même elle est encore indiquée lorsque le diagnostic étiologique est incertain, si les conditions locales, abdominales, le permettent.

Les indications de la laparotomie peuvent être résumées ainsi: *diagnostic précis d'occlusion mécanique, diagnostic hésitant, période de distension abdominale localisée ou modérée.* Cependant, il existe aussi des contre-indications qui sont fournies par l'état général, le collapsus, la petitesse et la grande rapidité du pouls, surtout le degré de distension abdominale. Ces mauvaises conditions rendent impossible la laparotomie et le traitement de choix dans ces cas et tout simplement comme premier temps, l'anus contre nature.

Enfin seront toujours employés conjointement le traitement médical, qui consistera dans l'évacuation de l'estomac à la sonde, la sérothérapie sous-cutanée, et les injections cardio-toniques.

TRAUMATISME DE L'ARBRE URINAIRE

Par **Chs-Auguste HEBERT**,
Urologiste, hôpital Saint-Luc (Montréal).

Ainsi que l'indique le titre de ma communication, je ne vous parlerai que des grands traumatismes de l'appareil urinaire chez les accidentés, tels que vous pouvez être appelés à traiter en clientèle, mais aussi que nous sommes plus susceptibles de rencontrer dans les services hospitaliers, à cause de leur urgence.

Rupture du rein

En premier lieu, à cause de son importance vitale, il y a la rupture du rein, qui peut être de nature bénigne ou grave; elle est généralement causée par un traumatisme direct ou indirect selon le genre d'accident. Direct si le malade est frappé à la région lombaire, dans un tamponnement ou écrasement, indirect, s'il fait une chute.

La rupture sera bénigne s'il ne s'agit que d'une légère contusion du parenchyme rénal, mais, dans les cas graves, il peut y avoir toutes les gammes: rupture du parenchyme et de la capsule, éclatement jusqu'au hile, arrachement du pédicule, déchirure du péritoine, extravasation d'urine et de sang, infection, surtout si le rein était infecté d'avance.

Au moment d'un accident susceptible d'amener une rupture du rein, cet organe n'échappe que grâce à un mouvement de bas en haut; c'est ce qui explique que les accidents du rein sont plus fréquents à droite qu'à gauche; le foie empêchant la mobilité du rein. D'un autre côté, le rein, par sa position, se rupture plus facilement que le foie ou la rate.

A l'examen du malade, le premier symptôme qui nous frappe est l'hématurie presque toujours présente, à moins que l'uretère ou le pédicule soient sectionnés. Ensuite il y a la douleur à la région lombaire, s'irradiant vers l'aine, donnant même l'aspect d'une colique néphrétique si un caillot vient obstruer l'uretère. Symptômes de shock ou même de péritonite s'il y a extravasation d'urine et de sang dans le péritoine. Apparition d'une masse plus ou moins volumineuse dans le flanc lorsque la capsule est rompue.

Il faudra ne pas oublier non plus qu'il peut exister, en même temps, la rupture d'un autre organe important tel que le foie ou la rate.

Il est donc assez facile de faire un diagnostic de rupture du rein, surtout s'il y a hématurie, mais il est beaucoup plus difficile d'en évaluer le degré et de juger d'une intervention, car il peut arriver que le malade soit bien shocké et qu'il ne s'agisse que d'une légère contusion rénale; il n'y a pas de parallèle entre la gravité de l'accident subi et la nature de la lésion. Mais il est une règle émise par Hetz-Boyer, à savoir: même s'il n'y a pas d'hématurie, il faut penser à une rupture du rein dans tout grand traumatisme.

L'emploi du cystoscope n'est pas à conseiller, car on risque d'aller porter l'infection dans un champ tout préparé; mais, dans les cas qui nécessitent une intervention, si l'on en a le temps, il serait préférable d'explorer l'autre rein pour se rendre compte qu'il existe d'abord, et de sa fonction ensuite. C'est ici que l'on s'aperçoit de l'importance de la pyélographie intraveineuse qui peut nous aider beaucoup et nous empêcher de commettre des erreurs. Mais, encore là, il se présente des cas dont l'urgence prime tout et où l'opération d'emblée s'impose.

Comme traitement, on ne peut être catégorique, l'expérience et les symptômes doivent décider d'une intervention. Si le malade est bien shocké, il faut le repos absolu, morphine, chaleur, transfusion. Il s'agit surtout d'observer le malade, et, si les symptômes d'hémorragie augmentent, si la pression minima diminue et le pouls devient filant, si la masse lombaire s'accentue, s'il y a des signes de péritonite, il vaut mieux intervenir immédiatement, quitte à juger d'une néphrectomie ou d'une réparation. Je vous donnerai ici trois exemples.

Observation 1.

Le premier, un chauffeur de camion est pris entre son camion et un mur. Transporté d'urgence de la campagne à l'hôpital, le patient est admis le 2 septembre 1939, quelques heures après son accident.

A l'examen, le patient est semi-conscient, shocké, accuse des douleurs vives dans la région lombaire gauche. Les muscles sont tendus, la P.A. 125/80, le pouls 80. Le malade ne peut uriner seul; au cathétérisme, beaucoup de sang mêlé à l'urine. Nous décidons de temporiser et de surveiller le malade d'heure en heure, mais, comme la pression se maintient malgré la persistence de l'hématurie, l'intervention est remise.

Le lendemain, une radiographie nous montre des fractures des apophyses transverses des 2-3-4 lombaires et de la 11e côte. Le malade s'améliore et nous continuons le traitement institué au début; glace sur le flanc gauche, repos absolu, antiseptiques urinaires, sérum hémostatique.

Le malade a pris du mieux chaque jour, mais il a saigné pendant 6 semaines.

Le 8 novembre, avant son départ, nous lui avons fait une pyélographie où la lésion rénale apparaissait encore très bien.

Observation 2.

Un malade est en bicyclette, il se fait frapper par un auto et est projeté sur la chaussée. Admis d'urgence, il présente tous les symptômes de schock: pouls 106, respiration 36, P.A. 100/65, douleurs à la base et au sommet thoraciques, douleurs lombaires, dyspnée, ecchymoses et emphysème sous-cutané à la base gauche. Voussure lombaire gauche. L'abdomen est indolore, non tendu. Le patient étant inconscient, nous lui faisons un cathétérisme et nous retirons 5 onces de sang pur. Comme les symptômes deviennent alarmants, que la pression diminue de demi-heure en demi-heure et que la masse lombaire augmente, nous décidons, deux heures après, d'intervenir et nous trouvons un rein rupturé presque au hile et qui tient à peine au pédicule. Hémorragie abondante, l'espace péri-rénal est rempli de caillots. Pince sur la pédicule, ligature d'une artère anormale du pôle supérieur et le rein nous reste dans les mains.

Fermeture en vitesse, car le malade était dans un état précaire, transfusion à la salle d'opération même. Pinces du pédicule enlevées le 3e jour, évolution normale, sauf une légère congestion des bases. Le malade avait de plus une fracture de la 6e et de la 10e côtes. Ce malade est sorti guéri un mois après son entrée à l'hôpital.

Observation 3.

Un malade tombe d'un 3e étage et est transporté à l'hôpital semi-conscient. On découvre fractures du bassin, fractures de côtes, état de grand shock et à la miction urines teintées de sang. Point costo-lombaire nettement douloureux, sonorité des hypochondres et de la région épi-gastrique, sonorité moins marquée du flanc

droit à sa partie interne et sub-matité à sa partie externe, sub-matité de la fosse iliaque droite. P.A. 70/50, pouls 110.

Après avoir éliminé la rupture de la vessie, nous concluons à une rupture du rein d'étendue X.

Les symptômes abdominaux vont en augmentant tandis que les symptômes urinaires se maintiennent. Le chirurgien de garde examine le malade et conclut à une rupture du foie probable, mais le malade est trop shocké pour subir une opération. Transfusion et temporisation.

Le malade meurt quelques heures après et l'autopsie faite à la morgue révèle 3 ruptures du lobe droit du foie et simple contusion rénale dans le parenchyme sans que la capsule soit atteinte.

Rupture de la vessie

La rupture de la vessie ne peut se produire que lorsqu'elle contient du liquide, et est due à un traumatisme dans le bas-ventre ou arrive à la suite de la fracture du bassin.

L'accident arrive surtout aux distendus, tels que prostatiques, paralytiques, alcooliques. La rupture peut se faire en dehors du péritoine, mais est plus généralement intrapéritonéale. L'hémorragie n'est pas un facteur important, mais il y a l'extravasation d'urine et l'infection qui entrent en cause.

Parmi les symptômes, le shock n'est pas toujours présent, mais il y a la douleur du bas-ventre s'étendant à la jambe, au périné et, si la rupture est intrapéritonéale, on peut avoir vomissements, distension abdominale, etc.

Le cathétérisme fait d'une manière très aseptique nous donne tous les renseignements voulus. S'il y a une rupture considérable, il n'y a pas d'urine dans la vessie, mais, si la rupture est petite, il peut y avoir une certaine quantité d'urine teintée ou non de sang. Un moyen bien simple d'établir s'il y a rupture est d'injecter dans la vessie une quantité mesurée de liquide afin de savoir si la même quantité revient. Si la même quantité ne revient pas, on peut conclure à une rupture, mais, si la même quantité revient entièrement, il faut se baser sur la tension abdominale, car, dans un abdomen bien tendu, une rupture de peu d'importance peut se refermer temporairement et être une cause d'erreur.

Je considère que cette méthode n'offre pas de danger à condition qu'elle soit faite d'une manière aseptique, et, même s'il y a extravasation d'urine dans le péritoine, ce n'est pas une petite quantité additionnelle de solution antiseptique qui peut aggraver les symptômes. D'ailleurs, aussitôt le diagnostic fait, il faut intervenir sans tarder et faire les réparations d'usage.

Rupture de l'urètre

Encore ici, je ne parlerai pas des fausses routes ou ruptures par instrumentation, mais bien de la rupture traumatique qui survient à la suite d'une chute, ou est causée par un coup direct. La rupture peut être longitudinale ou transversale, mais plus souvent il y a éclatement.

L'urètre bulbeux est le plus souvent atteint, mais l'urètre membraneux peut aussi être rupturé. Il s'ensuit un hématome périnéal s'étendant au scrotum et même au pénis.

Parmi les autres symptômes, il y a l'urétrorrhagie qui peut être abondante surtout s'il y a rupture des corps caverneux.

Un autre symptôme qui peut arriver en premier lieu est la difficulté et souvent l'impossibilité à la miction. Le gonflement du périné commence généralement lorsque le malade essaie d'uriner; il urine dans son périné.

L'Ecole américaine opine pour une intervention rapide avec réparation de l'urètre sur une sonde, laquelle est laissée à demeure sous cystostomie de dérivation.

Nous avons eu ici dans le service d'urologie plusieurs cas et nous avons employé la méthode française qui consiste à faire une cystostomie de dérivation sans toucher au périné, à moins qu'il y ait abcès urineux ou un hématome considérable.

Nous faisons au bout de deux semaines en-

viron la taille périnéale et l'urétrorrhapie circulaire. Cette méthode nous a donné de très bons résultats et les rétrécissements post-opératoires ne donnent aucun trouble.

Etant donné le peu de temps alloué pour cette communication, mon travail est forcément incomplet, car il y aurait beaucoup à dire sur les suites fâcheuses de ces grands traumatismes et sur la compensation à accorder aux traumatisés.

DE L'OCCLUSION DU GROS INTESTIN

Par **P.-E. CHICOINE,**
Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

DÉFINITION.

L'occlusion intestinale est réalisée par l'arrêt plus ou moins complet du cours des matières, sous l'influence de lésions situées en dehors, dans l'épaisseur, ou à l'intérieur de l'intestin.

CARACTÈRES.

Quatre symptômes dominants caractérisent l'affection que l'on désigne sous le nom d'occlusion:

1° arrêt des matières intestinales et des gaz;

2° vomissements, moins fréquents dans l'occlusion du côlon;

3° douleur;

4° météorisme.

A ces symptômes cardinaux s'ajoutent des phénomènes généraux, variables selon la forme clinique:

1° actions réflexes;

2° phénomènes d'infection;

3° troubles d'auto-intoxication.

PATHOGÉNIE.

Le trouble dans la circulation des matières intestinales, qui produit l'occlusion, peut tenir à deux causes:

1° une altération simple de la contractilité intestinale: occlusion dynamique;

2° un obstacle mécanique qui arrête le cours des matières: occlusion mécanique.

L'occlusion mécanique, la plus importante, présente deux grandes modalités, qui répondent à deux types symptomatiques distincts et qui se différencient au point de vue thérapeutique:

1° *Par striction aiguë.* C'est l'occlusion intestinale vraie. Dans ce cas, l'intestin subit un véritable étranglement, d'où l'écrasement de ses parois et les troubles ischémiques de ses vaisseaux, sa dévitalisation rapide et le danger précoce de nécrose pariétale et de perforation (comparable à un étranglement herniaire);

2° *Par obturation.* C'est l'obstruction intestinale vraie. Cas où domine l'obturation intestinale, c'est-à-dire où le fait essentiel, sans troubles circulatoires, est la suppression de la lumière de l'intestin, qui devient infranchissable aux matières; la cavité de l'intestin se trouve oblitérée, mais sa paroi ne subit pas ce traumatisme, aigu et limité, qui caractérise la striction de l'étranglement.

Donc, 1° dans l'*occlusion par strangulation,* la circulation vasculaire de l'intestin est compromise d'emblée; la musculature intestinale est frappée de paralysie par ischémie, et l'intestin se distend sans se contracter, sans lutter contre l'obstacle, sans mouvements péristaltiques;

2° dans l'*occlusion par obturation,* l'intestin conservant, au début du moins, toute sa vitalité, lutte contre l'obstacle, se contracte, se contracture, et les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques se traduisent par des douleurs et des ondes visibles sous la paroi abdominale.

ETIOLOGIE ET FORMES ANATOMIQUES.

1° *Occlusion dynamique.*

A) Occlusion spasmodique.

1. Par causes locales: corps étrangers; vers intestinaux; hémorragie

intracavitaire; troubles circulatoires.

2. Par actions réflexes: contusions abdominales; occlusion post-opératoire.
3. Par actions des centres nerveux: hystérie; urémie.

B) Occlusion paralytique.

1. D'origine inflammatoire: toute péritonite aiguë peut déclencher l'apéristaltisme.
2. De cause réflexe: dans ce cas, l'occlusion peut alors succéder à des causes variables: à une crise appendiculaire vive; à un étranglement d'organe; pseudo-occlusion de la colique néphrétique.

2° *Occlusion mécanique.*

A) Par striction.

1. Etranglement interne.
2. Volvulus: du cæcum (exception); de l'S iliaque.
3. Invagination aiguë avec étranglement.

B) Par obturation. La lumière de l'intestin peut être oblitérée par diverses causes:

1. par des lésions extrapariétales: tumeur qui comprime l'intestin; bride qui le coude et entraîne la formation d'un éperon obturant à l'intérieur.
2. Par des lésions pariétales qui rétrécissent la lumière, tels les cancers.
3. Par des obstacles intracavitaires: un boudin d'invagination chronique; une masse fécale; un paquet de lombrics; une concrétion intestinale; un gros calcul biliaire brusquement enclavé.

Symptômes.

1° *Occlusion aiguë.*

a) Douleur, soudaine, parfois déchirante dans un point de l'abdomen avec irradiation variable. Cette douleur est continue avec exacerbations causées par les contractions de l'intestin.

b) Constipation complète. Le malade, quelquefois après avoir évacué par une ou deux selles son bout inférieur, ne rend ni matières, ni gaz.

c) Vomissements: pas toujours et tardifs.

d) Météorisme: variable, selon le siège.

e) Phénomènes généraux: facies s'altère promptement; urines rares; prostration rapide; pouls petit et fréquent; respiration accélérée, superficielle; mort par collapsus progressif ou de septicémie péritonéale, ou encore par syncope brusque à l'occasion d'un vomissement.

2° *Occlusion chronique.*

a) Le début ne se fait pas sans prodromes.

b) Le malade souffre depuis quelque temps de constipation alternant avec des débâcles de météorisme, des troubles dyspeptiques.

c) Douleur: intermittente, mal localisée, se montrant sous forme de colique après les repas.

d) Constipation: pas absolue tant que la sténose est incomplète. Quelquefois, l'intestin reste encore perméable pour les gaz alors qu'il est infranchissable pour les matières.

e) Météorisme: tardif.

f) Vomissements: rares.

Diagnostic. Trois notions à préciser.

1° *Déterminer l'existence d'une occlusion vraie*:

a) Par exploration de toutes les régions où peuvent se présenter des hernies.

b) L'analogie est grande avec la péritonite. Dans ce cas, il faut tenir compte des signes différentiels:

1) arrêt des matières et des gaz, moins absolu;

2) vomissements plus souvent porracés que fécaloïdes;
3) anses intestinales moins dessinées;
4) douleur plus rapidement généralisée et souvent sensibilité plus marquée au niveau de la lésion originelle;
5) Douglas douloureux.

c) Infarctus:
1) pas de péristaltisme;
2) météorisme peu marqué;
3) tumeur pâteuse;
4) collapsus précoce.

d) Pancréatite hémorragique: l'occlusion vraie s'en distingue par: les vomissements, le péristaltisme, la forme du ballonnement, le collapsus moins précoce, le paroxysme des douleurs.

2° *Quelle est la cause de l'occlusion?*

A) Occlusion du nouveau-né:
1) volvulus,
2) imperforation anale,
3) microcôlons,
4) rétrécissement rectal, congénital.

B) Occlusion du nourrisson:
1) invagination,
2) volvulus,
3) obstruction méconiale,
4) tumeurs,
5) occlusion spasmodique,
6) compression,
7) plicature,
8) abouchements anormaux,
9) brides,
10) mégacôlon (Hirschsprung's).

C) Occlusion de l'enfant:
1) invagination,
2) bride post-opératoire,
3) péritonite T.B.
a) rétrécissement,
b) T.B. calcifiée,
4) volvulus,
5) par accumulation d'ascaris,
6) par corps étrangers,
7) tumeurs malignes,
8) diverticule.

D) Occlusion de l'adulte:
1) volvulus,
2) invagination,
3) tumeurs,
4) péritonite T.B.,
5) corps étrangers,
6) côlite ulcéreuse aiguë,
7) amas d'ascarides,
8) actinomycose cæcale.

E) Occlusion des vieillards:
1) cancer, qui domine,
2) volvulus du côlon pelvien,
3) invagination.

3° *Quel est le siège de l'occlusion?*

Les éléments du diagnostic topographique nous sont fournis par:

A) Inspection.

Si l'*abdomen* est uniformément *ballonné*, élargi dans les flancs par le météorisme des côlons ascendant et descendant: c'est que l'obstacle occupe probablement la région de l'anse sigmoïde ou du rectum.

Le *flanc droit* seul est-il *élargi*: c'est que la lésion est vraisemblablement au niveau d'un angle colique.

L'abdomen est-il globuleux, saillant en avant, à flancs plats, avec un ballonnement d'abord circonscrit aux environs de l'ombilic: c'est que l'obstruction occupe l'intestin grêle. Quand l'obstacle siège sur le gros intestin, le cæcum est dilaté; au contraire, dans l'occlusion du grêle, la dilatation cæcale est absente.

B) Palpation.

La palpation fait constater:
1) la résistance d'une anse étranglée;
2) la présence d'une tumeur en boudin dans le cas d'invagination;
3) les points douloureux;
4) la défense musculaire. Dans le cas de dilatation cæcale et d'obstacle siégeant sur le gros intestin, le maximum de la douleur siège dans la fosse iliaque droite.

Le toucher rectal permet parfois de sentir dans le Douglas une rénitence ferme consti-

tuée par l'anse sigmoïde tordue en volvulus. Il fixe le diagnostic des rétrécissements cancéreux du rectum ou des invaginations coliques descendues dans l'ampoule.

C) Percussion.

La percussion permet quelquefois de constater, dans une région de l'abdomen, la présence d'une zone mate.

D) Valeur de certains symptômes:

1) Occlusion iléo-cæcale:
vomissements fécaloïdes précoces;
météorisme globuleux;
tympanisme;
bruits intestinaux nombreux;
péristaltisme violent;
douleur presque continue;
arrêt absolu des gaz.

2) Occlusion du côlon transverse;
pas de vomissement fécaloïde;
peu de vomissements;
météorisme surtout à droite de l'ombilic, remontant haut, donnant de la sonorité pré-hépatique;
état général moins altéré;
fonction urinaire presque normale;
péristaltisme à lentes ondes et quelquefois ascendantes, de la fosse iliaque vers le rebord costal.

3) Occlusion du côlon ascendant et du côlon sigmoïdien:
parfois aucun vomissement;
vomissement fécaloïde, presque jamais;
météorisme considérable;
tolérance de l'organisme visible:
urines normales,
pouls intact,
facies non modifié.

Diagnostic radiologique de l'occlusion.

L'examen à l'écran, sans baryte, est l'examen à obtenir tôt et l'examen idéal s'il est suffisant. Si cet examen direct se révèle insuffisant, si le cliché obtenu sans préparation ne se lit que confusément, on pourra se risquer à quelques emplois de repérages barytés et à l'étude du cheminement d'indices opaques de petit volume.

Traitement.

1° *Médical.*

A mettre en œuvre dans les cas d'occlusion dynamique et à tenter dans l'invagination du nourrisson au moyen du lavement baryté.

2° *Chirurgical.*

A) Interventions curatrices.
1) Section d'une bride.
2) Détorsion d'un volvulus sigmoïde récent, complétée par une colopexie pariétale.
3) Désinvagination.
4) Résection intestinale.
5) Entérostomie préalable dans les cas d'occlusion par tumeur.
6) Extériorisation, excision, fermeture secondaire de l'anus dans l'occlusion par cancer.

B) Interventions palliatives.
En présence d'un obstacle qu'on ne peut supprimer, on a le choix entre:
1) entérosto-anastomose au-dessus de l'obstacle;
2) exclusion de l'intestin;
3) entérostomie (anus contre nature) au-dessus de l'obstruction.

Du choix de l'intervention.

1° *Cæcostomie.*

Contre-indication. Dans les tumeurs inextirpables, elle constitue le drainage idéal temporaire.

2° *Colostomie transverse.*

a) Dans les tumeurs de l'angle splénique du côlon descendant et du côlon pelvien;
b) Dans les carcinomes du côlon pelvien et du rectum quand les matières fécales solides sont palpables au-dessus de l'obstacle;
c) Quand la colostomie gauche est impossible à cause d'un mésentère trop court;
d) Quand la cæcostomie est impraticable à cause d'adhérences ou de fixité de l'organe.

3° *Colostomie gauche.*

a) Carcinome du côlon pelvien;
b) Carcinome du rectum.

RECUEIL DE FAITS

DE QUELQUES DERMATOSES D'ORIGINE ALLERGIQUE

Par **Albéric MARIN, F.R.C.P. (C.)**, et **Jean-Paul FOISY.**

Les notions plutôt vagues concernant l'allergie que nous possédions il y a quelques années se précisent de plus en plus. Les manifestations dues à l'intolérance acquise sont multiples et touchent divers appareils. Le tube digestif, les voies aériennes, le système nerveux, le système hématopoiétique réagissent parfois violemment par le fait d'un mécanisme de sensibilisation qui malheureusement n'est pas toujours dépisté.

La peau offre aussi des phénomènes allergiques nombreux, divers et beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit communément. Des dermatoses parfois généralisées, tenaces, souvent très pénibles et qui immobilisent le malade durant de longs mois sont causées uniquement par un allergène dont la seule suppression entraînera une guérison rapide et définitive. Nous connaissons quantité de sujets qui durant des mois, même des années, ont reçu des piqûres innombrables, ont enduit leur peau de multiples lotions et pommades, ont suivi des régimes alimentaires divers, mais tous de famine, et qui, non seulement n'ont pas été soulagés, mais ont vu leurs ennuis cutanés s'aggraver. Ces malades, traités par la suite à la lueur nouvelle de nos connaissances des réactions allergiques, sont revenus promptement à la normale, sans présenter de récidives.

*
* *

Les quatre observations qui suivent sont assez démonstratives. Elles illustrent assez bien l'idée que très fréquemment nos succès thérapeutiques seront l'aboutissement direct du dépistage de la cause exacte de la maladie, non pas de la multiplicité de procédés dits curatifs qui sont utilisés (piqûres, régimes, pommades, etc.).

1. — *Dermite par contact (teinture noire).*

Observation.

Mme E. R..., 63 ans, s'est présentée à la Consultation du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, le 13 janvier 1942, souffrant d'une éruption eczématoïde du cou, des aisselles et des saignées.

Ces lésions, très prurigineuses, offraient de l'érythème avec lichénification. (Photo n° 1.)

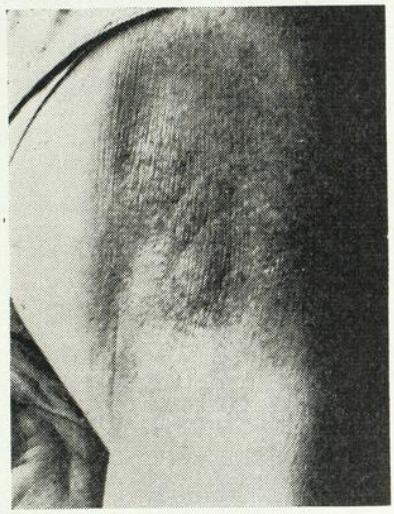


Figure 1.

Depuis 8 mois, elle était traitée en ville par des régimes qui lui ont fait perdre 25 livres sans améliorer sa dermatose.

La nature des lésions élémentaires, leur distribution et évolution, l'enquête, les épreuves cutanées nous ont révélé que cette affection était due au contact d'une robe de crêpe de laine teinte en noir. Divers « patch tests » à la teinture noire, à la paraphénylène-diamine (2%), à la laine blanche, ont montré que la malade est allergique à la teinture noire. (Photo n° 2.) La guérison fut rapidement amenée en supprimant le port des vêtements teints en noir, sans autre médication, sans aucun régime alimentaire spécial.

Le 3 octobre 1943, elle est revue pour une éruption analogue, due à un autre vêtement noir qu'elle portait à la suite d'un deuil récent.

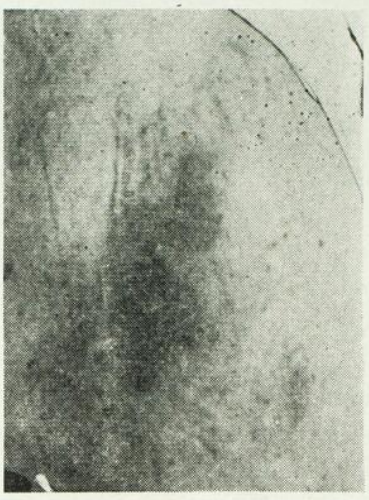


Figure 2.

Cette seconde éruption ressemble en tous points à la première.

Le même traitement (suppression du vêtement noir) en amène la disparition tout aussi rapidement.

2. — *Dermatite par contact (nickel).*

Observation.

Mme C. N..., 25 ans, vient à la Consultation du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, pour dermite eczématoïde localisée aux paupières, au tiers moyen de la région sternale, à la cuisse gauche, à la face antérieure du poignet gauche.

Il s'agit de plaques irrégulières, érythémateuses, œdématisées, avec vésiculation légère et quelque peu de lichénification.

Le début de cette affection remonte à huit ans. Les localisations, l'allure clinique nous font soupçonner une allergie au nickel. L'enquête, les épreuves cutanées, la suppression de contacts métalliques nous confirment dans cette façon de voir.

L'on sait que la plupart des bijoux de qualité inférieure, ainsi que certains accessoires vestimentaires métalliques (jarretières, fermeture-éclair, agraffes, boutons-pression, etc.), renferment une certaine quantité de nickel.

Chez cette malade, le placard eczématoïde pré-sternal était dû à un pendentif en simili-or. Au poignet, une montre-bracelet en était responsable. Des lunettes à monture métallique avait causé les lésions des paupières. A la cuisse gauche des jarretières de métal avaient produit la réaction eczémateuse.

Cette malade présente un intérêt spécial du point de vue allergie: les réactions cutanées sont plus prononcées du côté gauche.

Une épreuve cutanée (patch test) faite avec deux pièces de cinq cents (Canada) donne une réponse positive plus marquée à gauche qu'à droite. (Photo n° 3.).

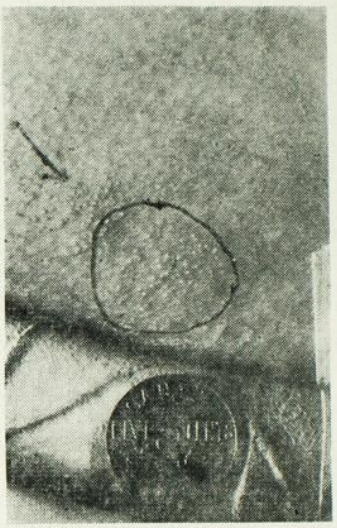


Figure 3.

Cette dermatose, qui évoluait depuis des années, disparut en quelques semaines, sans autre traitement que l'élimination de tout contact avec des objets métalliques contenant du nickel.

3. — *Dermatite d'origine médicamenteuse: par ingestion de phénolphtaléine (Fixed drug eruption).*

Observation.

M. Théo R..., 68 ans, rentier, le 8 octobre 1943, est vu à la Consultation du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, avec une éruption siégeant à la face, dont le début remonte à 6 semaines, et qui s'est installée en 4-5 jours, sans phénomènes généraux.

A l'examen, on constate des éléments vaguement arrondis, œdématisés, suintants, de coloration rouge sombre, localisés de façon à peu près symétriques de chaque côté du front, aux tempes et aux joues. (Photo n° 4.) Le malade éprouve du prurit et de l'ardeur.

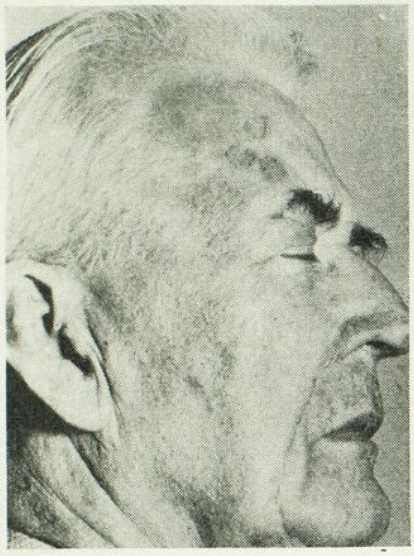


Figure 4.

L'enquête nous révèle que cet homme, depuis bientôt 3 ans, absorbe 2-3 fois par semaine un laxatif à base de phénolphtaléine. Il ne prend aucun autre médicament.

La seule suppression du laxatif et l'application locale de lotion calamine amènent une rapide rétrocession des signes subjectifs et objectifs. Revu 8 jours plus tard, il n'offre plus que des éléments en voie de guérison, l'ardeur et le prurit sont disparus et il ne persiste plus qu'une légère pigmentation résiduelle.

Comme ce malade ne croyait que mollement à la cause médicamenteuse de son éruption, nous lui avons fait prendre de la phénolphtaléine durant 3 jours consécutifs. Au 4e jour, aux mêmes endroits apparurent des lésions identiques aux premières, qui s'effacèrent en une dizaine de jours par le même procédé: suppression de l'allergène causal.

Dans ces cas de lésions érythémato-pigmentaires fixes, les épreuves cutanées (cuti et intra-dermo-réactions) sont constamment négatives.

La preuve est faite par l'ingestion seule.

4. — *Dermatite d'origine médicamenteuse: par ingestion de barbituriques (Fixed drug eruption).*

Observation.

Mme C..., 39 ans, est dirigée le 8 mars 1942 à la Consultation du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame pour des placards éruptifs récidivants.

Ceux-ci sont localisés à la face dorsale de la main et de l'avant-bras gauche et aux deux cuisses. Ils sont bien circonscrits, arrondis ou ovalaires, d'un rouge sombre, légèrement œdématisés, très prurigineux. (Photo n° 5.) Ils

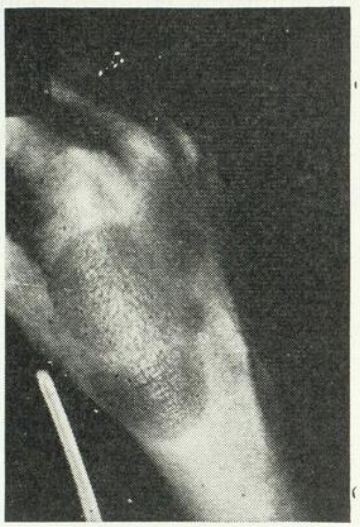


Figure 5.

apparaissent brusquement, en quelques heures, sans prodromes, ni signes généraux. Ils s'effacent en une dizaine de jours pour laisser de la pigmentation résiduelle.

Depuis quelques mois, cette éruption récidive à chaque période menstruelle seulement, jamais dans les semaines intercalaires. Les règles sont douloureuses et ces troubles cutanés sont attribués à un dysfonctionnement ovarien.

L'interrogatoire de la malade nous apprend de plus que celle-ci, pour calmer ses douleurs menstruelles, prend chaque mois des cachets d'un barbiturique.

Afin de convaincre cette femme que son éruption était bien d'origine médicamenteuse et non pas endocrinienne, nous lui avons, en

dehors de ses périodes menstruelles, fait prendre un cachet de ce même barbiturique. Le lendemain, elle présenta aux localisations habituelles les réactions coutumières.

L'ingestion de phénolphtaléine, d'amidopyrine, d'antipyrine, ne donna chez elle aucune réponse.

Comme dans le cas précédent, cette allergique est débarrassée d'une affection cutanée par la seule suppression de l'allergène.

*
* *

La possibilité de l'étiologie allergique de nombreuses éruptions cutanées doit toujours être présente à l'esprit. A l'idée encore trop fréquemment admise d'une auto-intoxication hypothétique ou d'un chimisme sanguin anormal responsable de telle dermatose, il faudra désormais, dans la vaste majorité des cas, substituer celle d'un mécanisme allergique.

Et l'existence de celui-ci est éprouvée de façon péremptoire principalement par la suppression de l'agent causal et par la réapparition des mêmes phénomènes à la suite d'une nouvelle exposition, accidentelle ou expérimentale. Les épreuves cutanées, dans plusieurs circonstances, mais non pas dans toutes, contribuent à éclairer le diagnostic.

Nous avons présenté ici des cas simples où les sujets sont sensibilisés à un seul allergène. A côté de ceux-ci, il existe des cas plus complexes de polysensibilisation où la recherche d'agents étiologiques multiples devient une tâche assez ardue.

Rectification

L'éloge du Dr J.-Alfred Mousseau que nous avons publié le mois dernier devait être lu à la séance du Conseil de la Faculté de Médecine. Nous en avions demandé une copie à l'auteur. Malheureusement, dans le texte, la copiste a remplacé par erreur le mot Touraine *par le mot* Lorraine, *ce qui ne concorde pas du tout avec la phrase suivante. Beaucoup de nos lecteurs, nous en sommes sûrs, avaient déjà corrigé l'erreur.*

MOUVEMENT MEDICO-CHIRURGICAL

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE À SUIVRE CHEZ LES TRAUMATISÉS CRANIO-ENCÉPHALIQUES

Par **Conrado ZUCKERMANN,**
De la Société Internationale de Chirurgie, de l'Académie Mexicaine de Chirurgie,
Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Mexico.

C'est un fait connu que, dans les traumatisés du crâne, la lésion osseuse n'a qu'une importance secondaire en relation à la lésion encéphalique. De ce fait il s'ensuit que, actuellement, l'immense majorité, pour ne pas dire la totalité, des mesures thérapeutiques poursuivent comme but la MODIFICATION DES CONDITIONS DU MILIEU INTRACRÂNIEN.

Nous allons énumérer d'une façon succincte et d'accord avec les conditions cliniques habituelles, les diverses mesures que l'on doit mettre en pratique chez ce type de blessés.

Première. Il est convenable que tout traumatisé du crâne, — sauf les cas d'un état général très satisfaisant, en relation avec une lésion locale minime — soit interné dans une clinique ou hospitalisé.

Deuxième. Le malade doit être mis au repos en position horizontale, sans oreiller, avec le crâne rasé.

Troisième. Il convient d'employer le sac de glace, d'usage habituel, quoique son utilité soit discutable, en ayant soin de faire surveiller par une infirmière les effets superficiels ainsi que sa correcte mise en place.

Quatrième. On doit réduire au minimum la quantité de liquides à faire ingérer, car c'est une erreur fréquente de croire que l'on doive hydrater ces blessés, il suffit de se rappeler — pour justifier la réduction — qu'il est indispensable de diminuer la pression intracrânienne et d'augmenter la concentration du sang.

Cinquième. Dans le cas où le malade présenterait une agitation excessive, on doit à tout prix éviter de le morphiniser; on aura plutôt recours à l'emploi modéré des bromures, ou bien des barbituriques, ou d'autres sédatifs nervins, en ayant soin de faire une dosologie individuelle.

Sixième. Si le malade ne va pas à la selle quotidiennement, il faudra, après attente de quarante-huit heures, lui donner un purgatif, de préférence salin.

Septième. Faire des ponctions lombaires, aussi bien au point de vue diagnostique que comme mesure thérapeutique, en ayant soin de mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien, mais à la condition qu'elles ne soient pas trop répétées, et sans leur concéder une grande valeur curative. En cas d'extraction de l.c.r. (pur ou hémorragique), on conseille de le réinjecter immédiatement sous le tissu cellulaire sous-cutané.

Huitième. D'après les renseignements sur l'hypertension, fournis par la ponction lombaire, et tout en tenant compte des données cliniques, injecter des solutions hypertoniques par voie intraveineuse. J'utilise de préférence une solution de chlorure de sodium au 20%, de laquelle j'injecte 20 c.c. chaque quatre ou cinq heures. Il est utile de compléter cette thérapeutique par des lavements hypertoniques de 100 à 150 c.c. d'une solution de sulfate de magnésie au 50%. Nous n'avons jamais fait plus de deux lavements par jour.

Neuvième. En cas de blessures crâniennes extérieures ou autres, injecter du sérum antitétanique, etc.

Dixième. En cas de communication avec les cavités naturelles (oreilles, nez, etc.), avoir recours à l'usage de préparations à base d'urotropine et ne point toucher aux cavités.

Onzième. En cas d'hémorragie intracrânienne persistante, employer l'autohémothérapie, mais à fortes doses, au moins 20 c.c. pro-die.

Douzième. En cas de coma persistant, injection sous-cutanée d'anhydride carbonique à la dose maxima d'un litre par jour.

Treizième. L'intervention chirurgicale doit être réservée seulement pour les cas évidents de compression cérébrale par hématome, ou bien d'hydrocéphalie ventriculaire aiguë dans le cas où celle-ci n'aurait pas cédé par les mesures conseillées ci-dessus.

Pour les cas de compression par hématome cérébral, faire la trépanation ou la crâniectomie sur la région déterminée cliniquement, en donnant sortie aux caillots.

En cas d'hydrocéphalie ventriculaire aiguë persistante: trépan latéral, canalisation ventriculaire, etc.

*
* *

Dans la majorité des traumatisés crânio-encéphaliques, le traitement médical, c'est-à-dire les soins non opératoires, sont suffisants. L'intervention chirurgicale constitue actuellement une indication relativement peu fréquente dans les cas de lésions fermées du crâne, sans enfoncement osseux ou pénétration.

L'appréciation correcte des conditions cliniques de chaque cas en particulier et un critérium plutôt abstentioniste qu'interventioniste permettent, dans la plupart des cas, d'obtenir des résultats relativement satisfaisants.

Lutter contre l'ŒDÈME ET LA CONGESTION CÉRÉBRALE doit être la règle qui guide les mesures thérapeutiques.

La destruction de la substance encéphalique signale des lésions graves qu'aucune mesure, ni médicale, ni chirurgicale, n'est capable de réparer.

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 72 — N° 12 Montréal, décembre 1943

UTILISATION D'UN NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSTIC DES CANCERS UTÉRINS

La dernière édition de *Surgery, Gynecology and Obstetrics*[1] nous apporte un article très intéressant sur la question toujours d'actualité du diagnostic des cancers génitaux chez la femme.

Au début de leur monographie, les auteurs insistent d'une façon toute particulière sur la nécessité d'un diagnostic précoce. Ils affirment avec Bigelow que les chances de guérison décroissent au rythme effarant de 4% pour chaque semaine de retard, qu'il s'agisse d'un cancer du corps ou du col.

Leur statistique est, par ailleurs, impressionnante puisqu'ils déclarent que sur 100 malades atteintes d'un cancer du col, 60 sont absolument incurables quand le diagnostic est posé et que les différents traitements commencent d'être appliqués.

Il est vrai que dans la grande majorité des cas la malade, elle-même, est responsable de ce délai, mais il ne faut pas oublier, non plus, le rôle du médecin qui traite souvent de quantité négligeable un petit écoulement sanglant en prescrivant des tablettes d'hydrastis sans même se donner la peine d'examiner la malade ou de recourir à des examens complémentaires.

Dans le but de faciliter cette recherche hâtive, les auteurs reviennent sur une technique que Papanicolaou avait déjà mise au point en 1928. Cette méthode simple et à la portée de tous consiste en l'examen histopathologique des débris cellulaires contenus dans le vagin des présumées cancéreuses.

La technique telle que décrite d'ailleurs par Papanicolaou ne requiert aucune expérience ni doigté spécialisé. Il s'agit tout simplement d'aller recueillir au fond du vagin, à l'aide d'une pipette légèrement recourbée et montée d'une poire aspiratrice, les débris cellulaires qui s'y trouvent.

Dès après l'aspiration, ces débris sont déposés sur une lame qui est ensuite plongée dans une bouteille contenant un liquide fixateur (moitié éther et alcool à 95%).

Le tout est confié, par la suite, à l'anatomo-pathologiste.

Les auteurs présentent un résumé de l'histologie normale des cellules du vagin et font une étude assez détaillée des différents types de cellules cancéreuses tant de l'endomètre que du col.

Ils insistent, tout particulièrement, en ce qui concerne le cancer du col, sur la déformation caractéristique de ces cellules et de leur noyau, sur le peu de mitoses qu'on y trouve et sur la présence quasi constante, parmi ces débris, soit de sang ou d'éléments sanguins.

Il est bon, cependant, de ne pas oublier que ce résidu vaginal n'est pas à l'abri d'altérations dues à des infections secondaires ou de voisinage, ou à une perturbation du pH local, ce dont il faut absolument tenir compte dans l'appréciation de l'examen histo-pathologique.

Les résultats pratiques de l'application de cette technique sont très intéressants.

En effet, les rapporteurs ont pratiqué

1. J. V. Meigs, R. M. Graham, M. Fremont-Smith, I. Kaporick et R. W. Rawson. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, **77**: 449 (novembre) 1943.

220 examens. Sur ce total, 153 furent négatifs.

Il fut confirmé, par ailleurs, que ces malades n'étaient pas atteintes de cancer.

Par contre, chez 63 malades, ils établirent un diagnostic certain de cancer utérin, confirmé par la suite, soit par des biopsies ou par l'étude histo-pathologique des pièces opératoires.

Quarante-six de ces malades étaient porteuses d'un cancer du col, 12 d'un cancer du corps, 3 d'un cancer primitif du vagin, et enfin la dernière d'un cancer du rectum fistulisé dans le vagin.

Papanicolaou déclarait, par ailleurs, en 1941, dans un article rédigé en collaboration avec Traut, que sur 127 examens pratiqués chez des malades atteintes cliniquement de cancers utérins, 4 seulement avaient été négatifs.

Il ne faut pas oublier, toutefois, qu'une réponse négative, dans l'étude histologique de ces débris, ne peut infirmer un diagnostic.

Les auteurs rapportent, à ce sujet, que sur 16 examens pratiqués chez une même malade, pendant une période de 7 jours, 6 seulement furent positifs.

En résumé, l'application constante de cette méthode d'investigation, si elle n'ouvre pas d'horizons scientifiques nouveaux, peut être d'une très grande utilité dans le diagnostic précoce des cancers génitaux chez la femme.

Raymond SIMARD.

MEDECINE SOCIALE

LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LA MORTALITÉ INFANTILE À MONTRÉAL

Par **Adélard GROULX,**
Directeur du Service de Santé de Montréal.

Concernant l'hygiène de l'enfance, la mortalité maternelle et la mortalité infantile, il s'est accompli des progrès remarquables depuis le début du siècle, alors qu'environ un tiers des enfants qui naissaient mouraient dans leur première année de vie. Il y a eu aussi une amélioration très sensible depuis quelques décades dans la mortalité maternelle. Il reste encore des progrès à accomplir: c'est l'une des raisons d'être et l'un des principaux buts du service de santé d'en réduire les ravages.

La protection de la santé de la mère enceinte, la lutte contre la mortalité infantile, la surveillance du développement normal: physique et mental, de l'enfant, depuis sa naissance jusqu'à sa sortie de l'école, sont parmi les principales fonctions de la division de l'hygiène de l'enfance.

Le présent rapport est puisé dans les données du Rapport annuel du directeur du service de santé, pour l'année 1942, actuellement en préparation.

La mortalité maternelle et l'hygiène maternelle

Le nombre des décès maternels en 1942 a été de 62, comparativement à 70 en 1941; ce nombre était de 99 en 1932.

Le taux de la mortalité maternelle par 1000 naissances à Montréal, a été de 3.01 en 1942, comparativement à 3.47 en 1941, soit une diminution de 0.46 sur l'année précédente. Ce taux, en 1932, était de 4.9.

Le tableau qui suit montre la diminution de la mortalité maternelle depuis 1932, de 4.9 à 3.01, soit une diminution très appréciable de 1.8 dans cette dernière décade.

	Naissances				*Taux par 1000 naissances*	
Années	Vivantes	Mort-nés [1]	Total	*Nombre de décès maternels*	Vivantes	Vivantes et mort-nés
1932	19,997	643	20,640	99	4.95	4.80
1933	18,431	565	18,996	92	4.99	4.84
1934	18,433	495	18,928	97	5.26	5.12
1935	17,361	538	17,899	86	4.95	4.80
1936	16,725	483	17,208	88	5.26	5.11
Moyenne	18,189	545	18,734	92	5.06	4.91
1937	17,180	479	17,659	81	4,71	4.59
1938	17,062	471	17,533	77	4.51	4.39
1939	17,116	480	17,596	54	3.15	3.07
1940	18,713	513	19,226	70	3.74	3.64
1941	19,011	562	19,573	66	3.47	3.37
Moyenne	17,816	501	18,318	70	3.93	3.82
Moyenne des 10 années	18,003	523	18,528	81	4.50	4.37
1942	20,606	697	21,253	62	3.01	2.92

1. Ces chiffres sont basés sur la définition suivante: un mort-né est un fœtus qui est né après 28 semaines ou 6½ mois de gestation, mesurant au moins 35 c.m., et qui n'a pas respiré. Cette définition e t acceptée par la Société des Nations et par tout le Canada.

Les causes de la mortalité maternelle.

Les principales causes de la mortalité maternelle sont de deux catégories, tel qu'indiqué dans le tableau qui suit. Nous notons d'abord les causes inhérentes à la grossesse même, par ordre de fréquence: les toxémies, 0.74, l'infection, 0.26, et les hémorragies, 0.21; celles qui se produisent pendant et après l'accouchement: la première en importance, l'infection ou les septicémies, 0.79, les accidents, 0.68, et les hémorragies, 0.37; les toxémies, 0.16, jouent ici un rôle moins grand.

Les causes de décès de la femme enceinte par toxémies sembleraient indiquer un manque de surveillance prénatale. L'avortement est la cause principale de l'infection pendant la grossesse.

Le tableau suivant montre les principales causes de décès maternels, le nombre des décès et le taux par 1000 naissances vivantes pour les années 1941-1942.

CAUSES	*Nombre de décès*		*Taux par 1000 naissances vivantes*	
	1941	1942	1941	1942
A. — *Pendant la grossesse*				
Infection	5	7	0.26	0.34
Avortement sans infection	2	1	0.10	0.05
Grossesse ectopique	2	2	0.10	0.10
Toxémies	14	14	0.74	0.68
Hémorragies	4	5	0.21	0.24
Autres maladies et accidents de la grossesse	0	0	0.00	0.00
B. — *Pendant et après l'accouchement*				
Infection	15	17	0.79	0.82
Toxémies	3	0	0.16	0.00
Hémorragies	7	9	0.37	0.44
Autres maladies et accidents	13	7	0.68	0.34
Grand total	66	62	3.47	3.01

L'hygiène maternelle.

Le service de santé maintient cinq consultations prénatales municipales où 388 mères se sont inscrites en 1942.

Dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néo-infantile, on doit attacher une attention de plus en plus grande à l'hygiène prénatale.

La surveillance médicale assidue de la femme enceinte joue un rôle essentiel pour sa survivance, le maintien de son état de santé et celui de son enfant. La consultation prénatale, dans le cabinet du praticien, à l'hôpital ou dans les centres d'hygiène, se révèle de plus en plus nécessaire pour préparer une naissance normale et prévenir les toxémies et les infections, les accidents de la grossesse et de l'accouchement et l'avortement, cause principale de l'infection.

Il y a eu, en 1942, 21,253 accouchements.

Dans les consultations prénatales municipales et hospitalières, 8,055 femmes en état de gestation se sont inscrites et ont été tenues sous surveillance médicale, soit une proportion de 37.9%.

Dans les hôpitaux et maternités, il y a 780 lits disponibles pour les cas d'obstétrique, dont 437 lits privés et semi-privés et 343 lits publics.

Sur 21,253 accouchements, 15,670 ont eu lieu dans les hôpitaux, soit 73.7%, et 5 583 à domicile, soit 26.3%. De plus, 4,544, soit 21.4%, sont des cas publics dont 3,946 ont été hospitalisés sous la Loi de l'assistance publique de Québec, 584 traités par des médecins de l'Assistance maternelle et 14 par le Service du bien-être social.

La mortalité infantile et l'hygiène infantile

Le nombre des décès enregistrés en 1942 chez les enfants âgés de moins d'un an, a été de 1,190, comparativement à 1,336 en 1941, soit une diminution de 146 décès.

Le taux de ces décès par 1000 naissances est de 57.8, en 1942, taux le plus bas jamais atteint à Montréal, comparativement à 70.3, en 1941, soit une diminution appréciable de 12.5 par 1000 naissances.

Le tableau qui suit indique la population, les naissances (mort-nés exclus), le taux des naissances par 1000 habitants, les décès chez les enfants âgés de moins d'un an et le taux de ces décès par 1000 naissances vivantes, par période de cinq années, de 1900 à 1942.

		Naissances		*Décès 0-1 an*	
Année	*Population*	Nombre	Taux par 1000 habitants	Nombre	Taux par 1000 naissances vivantes
1900-04	290,746	10,074	34.6	2,769	274.9
1905-09	387,880	13,296	34.3	3,571	268.6
1910-14	482,037	19,047	39.5	4,195	220.2
1915-19	558,280	20,089	36.0	3,677	183.0
1920-24	639,481	21,013	32.9	3,375	160.6
1925-29	738,500	20,907	28.3	2,653	126.9
1930-34	824,695	19,711	23.9	2,087	105.8
1935-39	869,220	17,089	19.7	1,419	83.0
1940	894,600	18,713	20.9	1,110	59.3
1941	903,007	19,011	21.0	1,336	70.3
1942	926,000	20,606	22.2	1,190	57.7

Principales causes de la mortalité infantile — 1942.

Le tableau qui suit montre quelles sont les principales causes de décès chez les enfants âgés de moins d'un an, pour l'année 1942. Il indique en plus le rang qu'elles occupent par ordre de fréquence.

Ce tableau révèle que la prématuration occupe le premier rang. Les causes congénitales réunies: naissances prématurées, malformations congénitales, débilité congénitale, conséquences de l'accouchement et autres maladies du nouveau-né, donnent un taux total de 30.8 par 1000 naissances vivantes; leur nombre total est de 635, soit 53.4% des décès de cet âge. Les diarrhées et entérites représentent 12.7% de ces décès. Les pneumonies accusent une baisse marquée.

Diarrhées et entérites.

A l'exception de l'année 1940, le taux des décès par diarrhées et entérites chez les enfants âgés de moins d'un an est le plus bas enregistré à Montréal, malgré une augmentation appréciable des naissances en 1942. Cette diminution contribue en partie à la baisse de la mortalité infantile.

Pour 1942, le taux des décès par 1000 naissances vivantes attribuables aux diarrhées et entérites est de 7.4 comparativement à 10.5 en 1941, soit une diminution de 3.1 par 1000 naissances vivantes.

Causes des décès	*Nombre des décès*	*% du total*	*Taux par 1000 naissances vivantes*
Naissances prématurées	291	24.45	14.12
Diarrhées et entérites	152	12.77	7.38
Malformations congénitales	150	12.61	7.28
Pneumonies	137	11.51	6.65
Otites et mastoïdites	104	8.74	5.05
Débilité congénitale	77	6.47	3.74
Conséquences de l'accouchement	63	5.29	3.05
Maladies contagieuses	56	4.71	2.72
Autres maladies du nouveau-né	54	4.54	2.62
Syphilis	25	2.10	1.21
Autres causes	81	6.81	3.93
Total	1190	100.00	57.75

Population, nombre des naissances (mort-nés exclus), taux par 1000 de population, décès par diarrhée chez les enfants âgés de moins d'un an et taux par 1000 naissances vivantes, par périodes de 5 années, de 1920-1939 et pour chacune des années 1940, 1941 et 1942.

		Naissances		*Décès 0-1 an*	
			Taux par 1000		Taux par 1000
Année	*Population*	Nombre	habitants	Nombre	naissances vivantes
1920-24	639,481	21,013	32.9	1,354	64.4
1925-29	738,500	20,907	28.3	893	42.7
1930-34	824,695	19,711	23.9	645	32.7
1935-39	869,220	17,089	19.7	244	14.3
1940	894,600	18,713	20.9	116	6.2
1941	903,007	19,011	21.0	199	10.5
1942	926,000	20,606	22.2	152	7.4

L'hygiène infantile et la lutte contre la mortalité infantile.

Les consultations de nourrissons, l'enregistrement des naissances, les visites des nouveau-nés par les infirmières visiteuses et la distribution de dépliants, brochures, etc., aux mères, constituent des articles importants du programme d'action adopté à Montréal pour lutter efficacement contre la mortalité infantile et remettre en honneur « l'alimentation maternelle ».

Le service de santé maintient cinquante consultations de nourrissons et préscolaires municipales dans des paroisses et territoires non desservis déjà par les organisations volontaires.

En plus des 50 consultations municipales, il y a 19 consultations indépendantes françaises dirigées par « les Gouttes de lait paroissiales » et 8 consultations anglaises dirigées par la « Child Welfare Association », ce qui fait un total de 77 consultations de nourrissons et préscolaires dans la ville de Montréal.

Les rapports compilés de ces diverses organisations révèlent que 18,421 nourrissons et 19,156 enfants âgés de moins de 5 ans y ont été inscrits et placés sous surveillance médicale; que 163,401 consultations ont été données aux mères par les médecins; que les infirmières visiteuses ont fait 51,378 visites à domicile et les aides-infirmières (dans les « Gouttes de lait paroissiales »), 32,484 visites.

Durant les mois d'été, le service de santé a ouvert les deux garderies du Parc Lafontaine et de l'Ile Sainte-Hélène, où l'on a fait 107 pesées, 319 pansements d'urgence, 1,537 vaccinations et revaccinations et examiné 131 enfants qui doivent entrer à l'école pour la première fois.

Des groupes de la « Ligue d'hygiène infantile » ont été organisés parmi les fillettes de cinq écoles.

Le service de santé a exercé une surveillance assidue sur les 17 hôpitaux privés et 12 maisons de pension pour enfants, licenciés de la ville; les deux infirmières particulièrement chargées de ce travail y ont fait 4,158 visites et enquêtes.

Approvisionnement d'eau potable et assainissement du lait.

Parmi les mesures importantes qui ont contribué à la diminution à Montréal de la mortalité infantile, il y a la *filtration et la chlorination de l'eau.*

L'amélioration des statistiques vitales concernant la mortalité infantile et la mortalité infantile attribuable à la diarrhée, comme c'est le cas également de la tuberculose à forme non pulmonaire, correspond aussi à des mesures sanitaires importantes qui ont été mises en vigueur relativement à l'*assainissement du lait à Montréal,* par un contrôle sévère de la qualité du lait et par la pasteurisation de 96% du lait consommé, tel que le révèle le tableau qui suit.

	Lait		*Mortalité*		
	%	%	Infantile	Diarrhée	Tuberculose
	de vaches	de lait	0-1 an	0-1 an	non pulmonaire
Année	tuberculinées	pasteurisé	Taux par 1000 naissances vivantes		Taux par 100,000 pop.
1915-19	1.79	44.88	183.0	—	37.3
1920-24	4.21	62.57	160.6	64.4	27.8
1925-29	70.50	85.98	126.8	42.7	20.0
1930-34	97.00	95.00	105.8	32.3	16.1
1935-39	100.00	94.88	83.0	17.2	11.6
1940	100.00	95.56	59.3	10.5	7.9
1941	100.00	95.60	70.3	14.9	10.4
1942	100.00	95.82	59.2	7.8	9.3

Voilà, en résumé, la situation et les mesures qui ont été prises pour l'améliorer. C'est le souci constant du service de santé et des autorités de la ville de diminuer les ravages attribuables à la mortalité infantile et maternelle et par tuberculose.

ALCOOL ET SYPHILIS

Par **Eugène GARCEAU,**
Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie
à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

L'alcool et la vérole font bon ménage. Et même depuis les temps antiques, Vénus a toujours profité de la faiblesse de Bacchus, lequel garde trop souvent de ces rencontres des souvenirs amers et parfois cuisants.

Aujourd'hui rien de changé. La misère, les difficultés sans cesse croissantes de la vie, la guerre... oui, surtout la guerre et ses tribulations sont actuellement les grands facteurs de la propagation de la syphilis. Nous en sommes actuellement les témoins, et c'est ce qui a provoqué dans tous les pays, et même entre les différents pays, diverses organisations de lutte contre la syphilis, dont j'aurai à parler un peu plus loin.

Ce n'est pourtant pas à des médecins que j'ai besoin de montrer, avec longs développements et nombreux exemples à l'appui, les dangers que fait courir l'abus de l'alcool. Ils en sont tous suffisamment instruits. Ils me permettront simplement de leur rappeler la triple face du danger: l'alcool est un poison pour l'individu, pour la société, pour la race. En effet, le fléau social de la syphilis renaît. De tous les côtés des voix s'élèvent pour le combattre.

L'alcoolisme est une des plus grandes causes de la syphilis, cause concomitante, car c'est souvent, je dirais même presque toujours au cours d'une débauche alcoolique succédant à un repas copieux et aromatisé... que l'on se livre à des actes sexuels inconsidérés au cours desquels on contracte la syphilis. Et ce que je dis ne concerne pas seulement les hommes, mais aussi les femmes. On connaît pour avoir lu dans les revues hospitalières ou professionnelles, dans les observations médicales, de nombreux cas de jeunes filles ou femmes, par ailleurs honorables, qui ont commis l'imprudence d'aller faire des fins soupers en cabinet particulier et sont devenues syphilitiques par la débauche sexuelle qui a suivi l'excitation alcoolique. Combien de jeunes filles naïves et de bonne foi, ignorantes des soins ou des précautions à prendre, peuvent être malades sans le savoir. Il en est de même d'un certain nombre de femmes mariées qui ont pu être contaminées par leur mari.

La fréquence de la syphilis, ses dangers présents et futurs sont insoupçonnés. Contrairement à l'opinion générale, la syphilis est une affection grave, je dirais plus particulièrement

chez la femme. Ses conséquences individuelles, familiales et sociales peuvent être considérables, plus graves encore par la longue durée de sa contagiosité, le nombre, la variété, la gravité de certaines de ses complications, enfin la possibilité de sa transmission héréditaire. Prise à point, on peut dire que dans l'état actuel de la thérapeutique, il est souvent possible dans certaines conditions de limiter la syphilis au seul accident primitif.

Oui, c'est dans les cabarets de nuit et les tripots clandestins que fleurit le compagnonnage, alcool et syphilis. C'est là que le petit verre, facile et facilement répété, conduit en droite ligne aux occasions qu'offre la prostitution sous toutes ses formes. La prostitution de maison, la prostitution du trottoir, la prostitution élégante, la prostitution surveillée et la prostitution clandestine sont les causes essentielles de la dissémination des maladies vénériennes. Presque toutes les filles ou femmes qui font un commerce régulier de leur corps présentent ou ont présenté des accidents vénériens contagieux. Exposées chaque jour à la contamination, la guérison est souvent chez elle presque impossible. La prostitution a toujours existé et les mesures prises pour la combattre demeurent toujours futiles.

Je vous disais au début que l'alcool présentait un triple danger. En effet, (a) *pour l'individu*: l'alcool est un poison. L'alcool est doué de propriétés nocives bien connues sur l'organisme. C'est un excitant de courte durée et un dépresseur de longue durée. Il lèse profondément les différents organes et occasionne des troubles graves dans leur fonctionnement. Il existe une période d'excitation sexuelle succédant à des libations copieuses, laquelle excitation, une fois satisfaite, permet un sommeil lourd et absent de toutes précautions élémentaires. Or la syphilis, maladie individuelle, met le malade dans un état d'infériorité momentanée. Sans traitement, elle devient permanente. Elle fait de lui un être passagèrement taré, qui ne peut reconquérir sa place normale dans la société qu'au prix d'efforts considérables et suivis qu'occasionne le traitement anti-syphilitique.

(b) *pour la société*: il y a les charges imposées au pays du seul fait qu'il faut traiter, hospitaliser ces patients. Le syphilitique, non ou mal soigné, est un danger public. Les conséquences sociales de la syphilis s'étendent également en dehors de chacun des pays qu'elle frappe et ses conséquences vont de pays en pays, sans connaître ni frontières terrestres, ni frontières maritimes. Ce sont les conséquences internationales. En d'autres termes, il y a transport de la syphilis à travers le monde et ce transport est devenu beaucoup plus intense pendant et depuis la guerre, parce que ce ne sont plus des individus qui voyagent maintenant, mais de véritables contingents, d'où nécessité d'organiser un service prophylactique et clinique, etc. Ces contaminés encombrent nos services, nos hôpitaux et nos asiles, pour la conservation desquels les gouvernements déboursent chaque année plusieurs centaines de milliers de dollars. Donc charge pour le pays et budget augmenté.

(c) *pour la race*: le très Honorable W. L. Mackenzie King a souligné l'importance, dans un discours prononcé à la radio à la fin de l'année 1942, de la tempérance comme essentielle à l'effort de guerre total. J'irai moi-même plus loin en disant que la syphilis, toujours parallèle à l'intempérance, a des conséquences générales sur le moral de la population, capables d'enrayer le bel esprit de collaboration que le peuple donne dans les circonstances actuelles.

Bien plus, le travail lui-même est grevé par la syphilis. Non seulement les travailleurs, porteurs et conscients de cette tare, ne donnent pas leur plein rendement, mais ils entravent la production générale par des absences répétées, soit à cause des traitements qu'ils sont obligés de suivre, soit à cause des complications qui surviennent de leur maladie. Et que dire des militaires qui perdent un temps précieux et une force vive par cette maladie.

C'est pourquoi la syphilis n'est pas seulement un danger individuel, mais aussi un dan-

ger social et national. National d'ailleurs pour chaque nation du monde, car aucune n'en est indemne. Et aujourd'hui, d'après mon expérience personnelle, tant à mon bureau qu'à la clinique que je dirige à l'hôpital St-Luc, et d'après la documentation que j'ai pu recueillir sur ce point particulier, je suis arrivé à penser que la syphilis contractée était précédée, je dirais même dans 70% des cas, d'abus alcoolique.

Malheureusement les adultes restent parfois, malgré toutes les tentatives, rebelles à la persuasion. Aussi faut-il, à tout prix, sauver l'avenir de la jeunesse. C'est dans les écoles, chez les adolescents, au moment où s'éveillent les premières passions et où se contractent les mauvaises habitudes, que devra porter notre principal effort. Il est fini le temps où nous devions tenir notre jeunesse dans une ignorance malheureuse et nocive de tous les maux qui peuvent la frapper. Il est fini le temps où certains mots médicaux ne pouvaient être prononcés sans éveiller une sotte idée de scandale. Aujourd'hui nous sommes en pleine guerre. Notre jeunesse est mise en face de réalités encore plus brutales. Celle qui nous restera doit être saine, consciente de ses devoirs et capable de rebâtir physiquement et moralement un monde futur et meilleur. C'est pourquoi il ne faut pas hésiter à se servir de tous les moyens de propagande que la science et les temps modernes mettent à notre disposition. Le premier moyen de prévention ou prophylaxie réside dans une bonne éducation. Il faut enseigner à la jeunesse la vérité. L'effort de propagande ne reste pas nul, l'éducation morale des jeunes gens reste au premier rang. Il faut les instruire, soit par le père de famille, d'ailleurs souvent à peine mieux documenté, soit par le médecin des institutions, soit encore mieux par des conférences données avec tact, par des représentants qualifiés. Ces conférenciers doivent exposer les premiers symptômes de la maladie, les dangers qu'elle fait courir à l'individu, à la famille, à la société et insister sur la nécessité de ne pas cacher son mal et de se soigner le plus vite possible. Un de mes amis me disait récemment qu'au cours d'une émission radiophonique qui n'avait rien de médical, il avait laissé glisser, au cours d'une phrase, le mot: « syphilis ». Dans la semaine qui suivit, plusieurs lettres lui sont arrivées protestant contre ce qu'on qualifiait de sans-gêne de la part de mon ami. Il faut que pareil esprit cesse, il faut que la population s'habitue de plus en plus à entendre parler de ces maladies qui sont actuellement si répandues. Parce qu'on fait une campagne contre la diphtérie, faudrait-il en supprimer le nom? Il en est de même pour la syphilis et pour toutes les autres maladies vénériennes. Il faut que la population sache qu'elles existent plus virulentes que jamais; il faut que la population sache comment elles se contractent; il faut que la population sache également que c'est une nécessité sociale de se traiter quand on les a contractées. La radio, à ce point de vue, peut être d'une aide très précieuse et les moyens qu'elle met à notre disposition pour une propagande de ce genre nous obligent à la passer au premier plan. Il y a aussi le cinéma. Depuis cette pièce de théâtre écrite par Brieux et qui s'appelle *Les Avariés,* nous avons fait beaucoup de chemin.

A plusieurs reprises on a montré, dans les théâtres de Montréal, des films à thèse contre la syphilis, mais ces événements ont été des efforts isolés, trop peu nombreux à mon avis. Depuis, je crois tout simplement qu'une campagne d'éducation par le cinéma devrait être faite contre ces fléaux sociaux de l'alcoolisme et de la syphilis, campagne organisée systématiquement par ceux qui ont l'autorité et la facilité de le faire. Ces films devraient être bien faits, précis et capables de montrer à notre jeunesse et même aux adultes les dangers qu'ils courent. J'irai même plus loin. On devrait ne jamais laisser sortir des collèges ni des couvents, des jeunes gens sans leur montrer par le truchement des images qu'il existe des maladies qui s'appellent syphilis, etc., etc...., et que ces maladies sont la ruine de la race et leur dire comment il faut s'en protéger, et comment il faut ne pas avoir honte de voir son médecin, une fois qu'ils les ont contractées. Et, par

médecin, j'entends le médecin de famille, et non pas certains charlatans diplômés hélas! qui annoncent à grand fracas dans les quotidiens.

Depuis deux ans, dans notre Province, la législature s'est intéressée à vouloir diminuer la syphilis et à faire passer une loi pour prévenir les maladies vénériennes. Le Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social fut fondé. Aussitôt les cliniques, les dispensaires ont été multipliés; les médicaments les plus efficaces distribués. Déjà les résultats se font sentir. C'est un encouragement à redoubler nos efforts. Sous la direction du Ministre de la Santé Publique, l'Honorable monsieur Henri Groulx, nous avons vu se créer dans ce sens une poussée qui mérite tous nos éloges et tous nos encouragements.

Enfin, à la dernière réunion de la « Montreal Dermatological Society » tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal en mai 1943, le Lieutenant-Colonel D. H. Williams, M.D., nous disait que la contamination dans l'armée venait du civil et demandait dans sa conférence la coopération et le support de toute la profession médicale.

De même notre Doyen, le docteur Albert LeSage, dans un Bulletin publié dans *L'Union Médicale,* avril 1942, nous parlait de la Ligue Canadienne de Santé contre la syphilis. « Nous devons, disait-il, pour atteindre ce but, compter sans hésitation et sans exception sur chacun des médecins de cette Province. Non seulement ils doivent connaître à fond cette maladie, mais ils doivent connaître également le traitement à cause de son action néfaste pour l'individu, la famille, la race surtout, durant et après la guerre. »

Espérons qu'un jour, avec la collaboration constante de tous, du médecin, du malade, nous pourrons gagner une victoire définitive sur l'alcool et le tréponème. N'est-ce pas une des plus belles récompenses de notre profession, parfois si fertile en déboires, que de pouvoir, dans l'avenir, escompter une immunité progressive de notre race due à cette propagande bien conçue?

VARIÉTÉS

NOS HÔPITAUX

Par **J.-R. BOUTIN,**
Directeur médical de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'un des facteurs qui ont le plus contribué à la remarquable évolution de la médecine canadienne-française à Montréal réside, sans aucun doute, dans le développement et la valeur de nos institutions hospitalières.

Depuis ces médecins de la première heure, véritables héros, qui ont apporté en Nouvelle-France, il y a trois siècles, le dévouement et l'esprit médical français jusqu'à ceux qui illustrent aujourd'hui nos sociétés scientifiques, une pléiade de médecins ont puisé et perfectionné au sein de nos hôpitaux leur formation médicale. C'est là que médecins d'autrefois et médecins d'aujourd'hui ont pu disposer du matériel clinique indispensable au perfectionnement de leurs études universitaires. C'est là qu'ils ont développé l'esprit scientifique et les techniques européennes reçues dans les grands centres de la science médicale et plus particulièrement dans la Ville Lumière.

Plus tard, et surtout depuis le début de la guerre, nos jeunes diplômés vont demander à nos voisins du Sud l'expérience des méthodes américaines qui permettent à la médecine canadienne-française cet éclectisme, première caractéristique de sa valeur.

Un volume ne suffirait pas à rendre hommage à nos hôpitaux. Nous regrettons de ne pouvoir vous présenter, dans les quelques lignes qui vont suivre, qu'un bref aperçu historique de nos institutions hospitalières les plus importantes.

* * *

Dès 1634, un missionnaire laïque, Jérôme Le Royer de la Dauversière, receveur des tailles à La Flèche, rêve déjà d'établir une colonie à Montréal et d'y fonder un hôpital afin de promouvoir l'évangélisation de l'île. Son œuvre débute en 1636 par la fondation de « l'Institut des Sœurs Hospitalières de Saint-Joseph », dont il précise ainsi le but: « l'assistance dévouée et gratuite aux pauvres malades, avec la perspective de l'exercer un jour en pays barbare ».

Ce n'est qu'en **1642** que Jeanne Mance, aidée par les largesses de la duchesse de Bullion, réalise enfin le rêve de La Dauversière. En compagnie de monsieur de Maisonneuve, elle atterrit à Montréal, à la Pointe-à-Callière, le 17 mai. L'endroit est propice. On y élève sans tarder le fort de Ville-Marie qui devait abriter provisoirement, pendant un an, le premier hôpital de Montréal. Le 8 octobre 1644, Jeanne Mance prend vraiment possession du premier hôpital de Montréal. C'est une petite maison de pierre située à huit arpents du Fort, à l'angle des rues actuelles Saint-Paul et Saint-Sulpice; elle comprend cinq pièces dont l'une est réservée aux malades.

Les besoins de la colonie augmentent et en 1654 l'hôpital est reconstruit. L'année 1659 voit l'arrivée des premières hospitalières de Saint-Joseph envoyées par monsieur de La Dauversière.

Le troisième hôpital, celui que l'on peut appeler le premier *Hôtel-Dieu* proprement dit, se dresse en 1694 à peu près au même endroit. Dès l'année suivante, l'édifice est ravagé par un incendie et reconstruit. En 1721, un deuxième incendie vient de nouveau jeter la consternation. En 1724, on termine la reconstruction de l'hôpital. Deux ans plus tard, un troisième incendie est suivi d'une épidémie qui enlève neuf religieuses. En 1735, nouvel édifice.

Ce n'est qu'en 1861 que l'Hôtel-Dieu nous apparaît, tel que nous le connaissons, sur l'avenue des Pins. L'Hôtel-Dieu vient de poser

le dernier geste de son épopée par la présentation au public de Montréal d'un magnifique pavillon privé, le pavillon Jérôme Le Royer de La Dauversière.

L'histoire de l'Hôtel-Dieu, c'est l'histoire de notre propre ville. Aucune lecture n'est plus captivante que celle de ces trois siècles de dévouement et de lutte. De la petite pièce isolée dans un coin du fort de Ville-Marie au superbe hôpital de l'avenue des Pins avec ses 500 lits, c'est une marche triomphale à la gloire des religieuses de l'Hôtel-Dieu et de ses médecins. L'Hôtel-Dieu a plus d'un titre à notre admiration. Mais il possède avant tout celui d'avoir été le berceau de la médecine canadienne-française à Montréal.

* * *

Au début du 19e siècle, par suite de la cession du Canada à l'Angleterre, la population anglaise de plus en plus nombreuse s'émeut de ne pouvoir être hospitalisée dans une institution à elle. C'est ainsi qu'en **1821** surgit le premier hôpital anglais, le *Montreal General Hospital,* suivi, soixante-quinze ans plus tard, par le *Royal Victoria Hospital* en **1894**.

* * *

Depuis longtemps un problème de grande importance harcèle les autorités civiles et ecclésiastiques: celui de la sauvegarde des filles-mères et des nouveau-nés. Monseigneur Ignace Bourget rencontre à ce sujet madame Jetté, femme de grande vertu, et tous deux préparent la fondation de l'Institut des Sœurs de la Miséricorde. Madame Jetté en devient la première supérieure sous le nom de Mère de la Nativité. Le projet d'un hôpital voué à l'œuvre de la protection des filles-mères est enfin accepté et Mère de la Nativité, dès **1845**, les reçoit sous un toit hospitalier.

La première construction se fait rue Saint-Simon. Cette maison, qui ne comportait que quelques chambres, est aujourd'hui disparue. Devant le développement rapide de l'œuvre et les demandes incessantes d'hospitalisation, un nouvel hôpital s'élève en 1851 à 850 est, rue Dorchester. En 1887, l'hôpital s'accroît encore et prend le nom d'Hôpital de la Maternité Catholique. A cette époque, 175 lits sont réservés aux filles-mères et on peut recevoir 500 bébés. En 1923, l'adjonction d'une annexe porte le nombre de lits à plus de 250 et celui des berceaux à 600. L'hôpital prend enfin l'aspect qu'on lui connaît aujourd'hui et le nom d'*Hôpital Général de la Miséricorde.*

Lorsque l'on songe à tous les ennuis que doivent subir les filles-mères pour traverser l'épreuve de leur maternité illégitime, on comprend le rôle social immense joué dans notre ville par l'Hôpital Général de la Miséricorde et ses religieuses.

* * *

Comme bref corollaire à cette institution, nous rappelons le travail accompli par la *Crèche d'Youville,* consacrée entièrement au soin des enfants abandonnés. Dès 1754, les Sœurs de la Charité, fondées par Madame d'Youville, commencèrent à s'occuper de cette œuvre du vivant même de la fondatrice. Jusqu'en 1888, les Sœurs plaçaient ces enfants dans des foyers jusqu'à l'âge de 18 mois. A ce régime, sans contrôle, les mortalités n'avaient aucune tendance à diminuer. Les religieuses décidèrent en **1888** d'ouvrir une crèche à la Maison Mère, rue Guy. Malheureusement une pyromaniaque, qui du reste vit encore aujourd'hui, apporta le désastre dans l'institution. En 1925, l'aide du gouvernement permit enfin le splendide résultat que l'on connaît, la Crèche de Liesse, où l'on reçoit 750 enfants.

* * *

Une autre classe de malheureux restés longtemps sans protection adéquate fit appel à l'esprit de charité des Sœurs de la Providence. Au début de la colonie, on retournait les aliénés dans leur pays d'origine. Plus tard, on les garda dans leur milieu familial, où ils furent souvent en proie aux mauvais traitements des étrangers. Les institutions religieuses s'intéressèrent peu à peu à ces déshérités. Les cas graves furent référés à l'asile de Beauport, dans la banlieue de Québec. L'Hôpital Général

de Montréal, fondé par François Charon de la Barre en 1693, et aujourd'hui disparu, accepta en 1783 de leur réserver quelques lits. Les frères hospitaliers qui dirigeaient alors l'institution se dévouèrent pendant de nombreuses années à la protection de ces malheureux.

Vers 1860, un certain monsieur Gamelin travaillait dans son champ lorsqu'il fut assailli par deux hommes en état d'ébriété. L'issue aurait apparemment été fatale sans les cris d'un petit idiot du nom de Daudet qui se trouvait dans les environs et fut témoin de la scène. Les gens accoururent et monsieur Gamelin fut libéré. En reconnaissance, monsieur Gamelin garda chez lui le petit Daudet. A la mort de son mari, madame Gamelin promit de se dévouer au relèvement intellectuel du malade. Elle fit si bien que le jeune Daudet, qui n'émettait auparavant que des sons rauques, fut en mesure, avant de mourir, de remercier sa bienfaitrice dans un langage fort convenable. Madame Gamelin prit à cœur la protection de cette catégorie d'infortunés et elle fonda la communauté des Sœurs de la Providence. Pendant quelques années, elle reçoit les aliénés dans une petite maison, appelée « La Maison jaune », et située aux coins des rues Saint-Hubert et Sainte-Catherine. Le premier hospice fut érigé rue Notre-Dame en **1873**. Bientôt un second hôpital fut construit sur l'emplacement actuel et prit le nom d'Hospice Gamelin.

D'année en année l'hôpital prit une extension formidable au point de devenir, un peu avant 1890, une municipalité dont le maire est la Révérende Sœur Supérieure! Plus tard, l'hospice changea son nom pour celui *d'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu* et la municipalité garda le nom de Gamelin. Un terrible incendie en 1890 détruisit tous les édifices. Cependant l'hôpital reconstruit continue de se développer. Aujourd'hui cet hôpital reçoit environ 7,000 patients et cependant l'encombrement est tel que seuls peuvent être acceptés les cas urgents. Les médecins déploient toute leur énergie au relèvement de cette véritable population qui exige un dévouement inlassable de la part des Sœurs de la Providence.

* * *

Vers **1880**, malgré le développement progressif de l'Hôtel-Dieu, cette institution ne suffit plus à la tâche. La fameuse controverse Laval-Victoria, qui ne recevra sa solution qu'en 1891 par la fusion des deux écoles, constitue une situation extrêmement pénible à l'enseignement clinique. L'Hôtel-Dieu est contraint de fermer ses portes aux médecins et étudiants de l'Ecole de Médecine déclarés rebelles à l'Eglise. Un nouvel hôpital s'impose donc afin d'assurer l'autonomie de l'enseignement clinique et de répondre aux besoins de la population.

Le docteur Emmanuel-Persillier Lachapelle, professeur à l'Ecole Victoria, et médecin de l'Hôtel-Dieu, est le premier à se rendre compte de cette nécessité. Il demande l'appui des Sulpiciens et des Sœurs Grises. M. l'abbé Rousselot, curé de Notre-Dame, et Mère Deschamps, supérieure générale des Sœurs Grises, secondent de bonne grâce le projet du docteur Lachapelle. On fait l'acquisition du vieil hôtel Donegana, situé rue Notre-Dame, coin Berri. Le 27 juillet **1880**, l'*Hôpital Notre-Dame* ouvre ses portes au public et peut recevoir 25 patients. En 1901, la générosité d'un administrateur, Sir Rodolphe Forget, met à la disposition de l'hôpital un magnifique terrain rue Sherbrooke, face au Parc Lafontaine. Quelques vicissitudes retardent la réalisation des nouveaux plans. Enfin la crise passe et en 1924 on assiste à l'inauguration du superbe immeuble de la rue Sherbrooke; huit ans plus tard, une aile additionnelle vient compléter l'hôpital actuel. En quelques années Notre-Dame atteint l'une des premières places parmi les institutions hospitalières de Montréal; ses 750 lits, dont 75 berceaux, en font même un des hôpitaux les plus importants du Canada.

Les étrangers qui visitent l'hôpital ne sont pas peu surpris de trouver chez nous un hôpital aussi moderne et aussi bien aménagé. Cette montée rapide, ce prestige de Notre-

Dame sont l'œuvre de ses médecins et le résultat du dévouement des Sœurs Grises. Notre-Dame se doit d'aller sans cesse de l'avant et de porter toujours plus loin la renommée de la médecine canadienne-française.

* * *

Les Sœurs de la Charité de la Providence qui avaient assumé, en 1873, la tâche de protéger les aliénés ne trouvent pas encore cette œuvre suffisante à l'apaisement de leur soif de générosité. Elles se penchent sur d'autres misères et leur esprit maternel s'apitoie sur le sort des pauvres incurables qui n'ont de seul refuge que celui de leur famille, où leur sort est parfois bien peu enviable. En 1899, elles donnent abri à douze déshérités de la nature. Monseigneur Bruchési fut l'âme créatrice de cette nouvelle œuvre. Conformément à son désir, la communauté de la Providence acquiert l'ancien monastère des Religieuses du Précieux Sang, boulevard Décarie, à Notre-Dame de Grâce. Après quelques transformations, il devient l'*Hôpital des Incurables,* inauguré en 1902. On y reçoit les cancéreux et les malades chroniques. Un violent incendie le détruisit de fond en comble en 1923. Dès l'année suivante, la communauté entreprit la construction du splendide *Hôpital du Sacré-Cœur* à Cartierville, inauguré en 1926. Dès lors l'œuvre prend un caractère vraiment scientifique.

Les cancéreux et les chroniques reçoivent toujours le même accueil; mais ce sont les tuberculeux qui prennent bientôt une place prépondérante dans cette institution. La thérapeutique la plus moderne est consacrée à leur guérison. Peu d'institutions du genre peuvent donner à leurs patients les soins et le confort qui sont le partage des tuberculeux hospitalisés à l'Hôpital du Sacré-Cœur. A cette spécialité vient se greffer un service d'orthopédie tout à la gloire du Canada français. Plus tard on ajoute la chirurgie générale et en particulier la chirurgie thoracique. Cette évolution rapide, matérielle et scientifique, fait de l'Hôpital du Sacré-Cœur une institution de 900 lits d'une importance primordiale.

* * *

En dépit de l'activité des hôpitaux déjà existants, la mortalité infantile faisait de terribles ravages chez nous. Une femme s'émut de cette misère et entreprit en 1907 de consacrer ses activités professionnelles au soulagement des enfants malades sans distinction de race ou de religion. Le docteur Irma Levasseur mit toute son âme à l'œuvre; elle intéressa le docteur Sévérin Lachapelle et tous deux réunirent quelques bonnes volontés. Ils comprirent bientôt que des âmes féminines réussiraient mieux dans une œuvre vouée au soulagement de l'enfance malade. En quelques mois un comité de bienfaitrices est fondé sous la présidence de madame L. de G. Beaubien. L'honorable Jean-Damien Rolland mit à la disposition des fondateurs un immeuble portant alors le numéro 644, rue Saint-Denis.

Dès l'année suivante l'hôpital, trop petit, déménagea au numéro 820 de l'avenue Delorimier. Malgré leur dévouement, les bienfaitrices ne pouvaient suffire à la tâche; elles firent appel aux Filles de la Sagesse. Sous l'adroite direction de ces religieuses, l'hôpital prit un essor considérable et il fallut songer à construire ailleurs. Grâce à la ville de Montréal, au Gouvernement provincial, aux Sulpiciens et à messieurs Louis Beaubien, de Gaspé Beaubien et Joseph Beaubien, l'immeuble actuel est commencé rue Saint-Denis. En avril 1914, avait lieu l'inauguration officielle de l'*Hôpital Sainte-Justine.* En 1920, l'agrandissement était jugé nécessaire et on procéda à la construction de l'aile Nord terminée en 1922; en 1927, l'aile Sud devenait bientôt indispensable. Les débuts avaient été pénibles, mais le succès devait couronner tant d'efforts et de générosité. Aujourd'hui Sainte-Justine possède environ 550 lits où les enfants sont hospitalisés dans les meilleures conditions.

En plus d'être une institution vouée au service de l'enfance malade, Sainte-Justine

joue à Montréal un grand rôle social. Par son organisation de service bénévole, l'hôpital présente à la jeune femme canadienne-française un complément d'éducation familiale. La jeune fille peut y recevoir des cours sur les soins d'urgence, l'alimentation des enfants, la pédiatrie en général; études éminemment pratiques et qui sont un grand facteur d'amélioration sociale. Nous devons surtout être reconnaissants à Sainte-Justine et aux Filles de la Sagesse de contribuer aussi largement à enrayer le fléau de la mortalité infantile dans notre ville et notre province.

* * *

Au moment de sa fondation, Sainte-Justine s'intéressait surtout aux enfants en bas âge. Les enfants des écoles cependant posent également un problème: celui de l'hygiène et de la prophylaxie, dans un milieu où même le mot hygiène est ignoré. En **1908**, les rapports des hygiénistes démontrent « qu'une grande partie des enfants, fréquentant les écoles, souffrent des maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge et des dents ». Un groupe d'hommes à l'esprit social entreprend de remédier à cette situation déplorable: on y remarque le docteur F.-A. Fleury, le docteur Emery Lalonde, monsieur P.-R. du Tremblay, avocat, le docteur A. Marcil, le docteur Henri Desmarais et quelques autres. La même année, une loi sanctionne la constitution en corporation de ces messieurs sous le nom de *l'Hôpital Saint-Luc*.

L'hôpital est alors construit en son lieu actuel. Le but de la corporation est « de secourir les affligés, les orphelins, notamment les enfants pauvres des écoles et atteindre tous objets analogues; d'avoir des conférenciers qui enseigneront l'hygiène dans les écoles et ailleurs, de donner des leçons, avis, renseignements techniques sur la médecine et toutes ses spécialités ». Au début, l'hôpital ne possède que des cliniques externes. Des amendements furent apportés à la Charte d'incorporation afin de permettre l'évolution de l'institution. Depuis, Saint-Luc est devenu un hôpital général de près de 450 lits et qui progresse sans cesse.

* * *

La campagne d'hygiène lancée par les fondateurs de l'Hôpital Saint-Luc et les autorités civiles manifeste le fléau alarmant de la tuberculose. Le gouvernement provincial s'inquiète à juste titre et décide de créer des centres de dépistage. Monseigneur Bruchési, archevêque de Montréal, se fait alors l'apôtre de la lutte contre la tuberculose et grâce à son zèle, en **1911** la communauté des Sœurs de la Providence met quelques pièces de leur maison rue Sainte-Catherine à la disposition de la clinique anti-tuberculeuse. Le docteur J.-E. Dubé s'adjoint le docteur Grenier et se dévoue sans compter au succès de l'œuvre naissante. Dès la première année, 2,550 malades reçoivent un accueil généreux. En 1913, Monseigneur Bruchési fait de nouveau appel au dévouement de la communauté; toujours prêtes, les Sœurs de la Providence donnent alors un exemple magnifique de leur charité. Elles se dépouillent encore au bénéfice des tuberculeux. La partie de leur édifice qui donne sur la rue Saint-Hubert est transformée en clinique et l'*Institut Bruchési*, nommé ainsi en l'honneur de son fondateur, s'ouvre au public au cours de la même année; alors 4 ou 5 lits étaient à la disposition des tuberculeux. Aujourd'hui 50 lits sont un autre témoignage de la charité proverbiale des Sœurs de la Providence.

* * *

Une autre communauté aura bientôt l'occasion d'exercer son zèle. En **1919**, le docteur François le Moyne de Martigny et le docteur Paul Villard, tous deux français d'origine, s'allient à l'honorable Juge Desaulniers et entreprennent de fonder un hôpital général dans le but de répondre aux besoins et aux désirs de la colonie française et de « secourir les vétérans de la grande guerre sans distinction de fortune, de race, de religion, de nationalités ».

Quelques administrateurs dont monsieur J.-H. Panneton, encore aujourd'hui trésorier honoraire de l'hôpital, s'occupent de prendre possession d'un immeuble situé rue Saint-Denis, près Ontario. L'Hôpital Français est

fondé et 35 patients sont bientôt hospitalisés. Comme dans toutes les institutions hospitalières, les cadres demandent peu à peu à être élargis. Les administrateurs en 1926 font l'acquisition de l'ancien *Maternity Hospital* d'une capacité de 125 lits, situé sur la rue Saint-Urbain, près de Prince-Arthur. La même année, le pavillon Taschereau est construit et ajoute 50 lits. Dès lors la gestion interne de l'hôpital est confiée à la communauté des Sœurs de Saint-François d'Assise, sœurs hospitalières de France et de Québec. L'Hôpital Français devient l'Hôpital de Sainte-Jeanne d'Arc en l'honneur de la patronne de la France et bientôt seul subsiste le nom actuel: celui d'*Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc*. En 1928 et en 1929, viennent s'ajouter deux nouveaux pavillons. Aujourd'hui, l'Hôpital général Sainte-Jeanne d'Arc peut hospitaliser 300 patients.

* * *

La lutte active menée contre la tuberculose n'empêche pas le corps médical et les autorités civiles de s'attaquer à un autre danger plus pernicieux celui-là parce que moins connu, le cancer.

Des congrès clament dans tous les coins du monde que le fléau du cancer demeure le grand problème humain de notre époque. Les thérapeutiques sont à l'essai et le radium vient ajouter une arme efficace à l'arsenal connu. En 1922, grâce à la collaboration du Gouvernement de la Province de Québec, de l'Université et de la Ville de Montréal, notre cité possède son *Institut du Radium*. Dès le début, on lui assure pour $100,000 de radium. La ville met à sa disposition un immeuble situé rue Ontario, et le docteur Ernest Gendreau, principal artisan de l'Institut, en est nommé Directeur. Peu après, l'hôpital est en mesure de recevoir plus de trente patients. Par sa science et son savoir-faire le docteur Gendreau a donné à l'Institut du Radium une renommée qui dépasse les frontières de notre pays.

Bien des institutions ont suivi le mouvement lancé par l'Institut du Radium. Aujourd'hui plusieurs hôpitaux possèdent leur clinique anti-cancéreuse. Le Centre Anti-cancéreux de l'Hôpital Notre-Dame constitue l'acquisition la plus récente de Montréal dans ce domaine.

* * *

Montréal s'étend sans cesse. Les banlieues s'éloignent de plus en plus du centre. Des municipalités se séparent et s'organisent. Monseigneur J.-A. Richard, curé fondateur de la paroisse Notre-Dame des Sept-Douleurs, à Verdun, rêve depuis quelques années d'y fonder un hôpital. Son zèle et sa tenacité reçoivent leur récompense et le 1er mai 1932 l'*Hôpital Général du Christ-Roi de Verdun* ouvre ses portes aux malades. L'immeuble qui dresse ses lignes modernes sur le boulevard LaSalle, peut recevoir 250 patients. En 1934, l'hôpital passe aux Sœurs de la Providence. C'est l'hôpital général le plus récent que nous possédions. Déjà, en 1938, l'institution recevait son décret d'approbation définitive de l'*American College of Surgeons*. Il est jeune, mais ses premières années promettent un brillant avenir.

* * *

L'*Hôpital Pasteur* est également fort jeune et cependant son activité est déjà remarquable. Lorsqu'en 1934, l'Hôpital Saint-Paul s'avère insuffisant au point de vue et accommodation et aménagement, la Ville de Montréal décide de construire un hôpital plus grand et plus moderne, rue Sherbrooke. L'Hôpital Saint-Luc accepte d'en assumer la direction et aujourd'hui Pasteur prend une importance considérable sous l'habile direction de son animateur, le docteur J.-H. Charbonneau, surintendant médical. Malgré les efforts et les succès de ses médecins pour faire disparaître les maladies contagieuses, l'Hôpital Pasteur hospitalise encore 325 patients. Souhaitons que bientôt cette institution puisse un jour fermer ses portes à la contagion... faute de contagieux... et vouer ses activités à une œuvre éminemment sociale et cependant déficiente chez nous: celle du soin des enfants tuberculeux.

* * *

Je m'en voudrais de passer sous silence l'*Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci.* Hospice et Hôpital surtout de chroniques, cette institution n'en joue pas moins un rôle considérable à Montréal. Ses 650 lits permettent d'hospitaliser des pauvres patients qui encombreraient nos hôpitaux généraux. Grâce au dévouement inlassable des Frères Hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, Notre-Dame-de-la-Merci donne sans cesse à des centaines de patients le réconfort physique et moral. Lorsqu'en 1932 l'Hôpital ouvrit ses portes sur le boulevard Gouin, les fondateurs — il faut retenir le nom du Frère Mathias — ont rendu un service inappréciable à la ville de Montréal et aux Canadiens français.

* * *

Cette revue rapide est en quelque sorte l'inventaire de notre richesse en institutions hospitalières. Les Canadiens français ont raison d'être fiers et doivent être fiers de ces institutions. Trop souvent les nôtres regardent à l'étranger sans penser que le Montréal canadien-français renferme des valeurs scientifiques capables de rivaliser avec les grands centres de la médecine.

C'est l'esprit de solidarité qui nous permettra d'atteindre les sommets. Protégeons nos hôpitaux, aidons-les; c'est à eux que nous devons en grande partie le développement de la médecine canadienne-française. Allons toujours de l'avant dans la tâche que nous nous sommes imposée de créer chez nous un centre médical digne de notre race.

MÉDECINE PRATIQUE

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE DANS LE BARBITURISME AIGU

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

Comme dans tous les empoisonnements, on aura recours aux procédés classiques, qui ont pour but l'élimination du toxique hors de l'estomac, du sang, du liquide céphalo-rachidien, et la stimulation de la résistance organique.

L'évacuation du poison sera tentée, surtout si l'intoxication ne date pas plus d'une dizaine d'heures. On utilisera le lavage de l'estomac, au besoin avec une solution très étendue de permanganate de potasse (Bickel) ou une solution de charbon qui jouera le rôle d'adsorbant (Gaisboch). Ide conseille d'injecter un demi ou un centimètre cube de la solution d'apomorphine au centième.

La saignée facilite l'élimination du toxique et la résolution du processus de congestion pulmonaire. Elle peut atteindre 500 grammes (Tardieu). Elle sera, avec avantage, suivie d'une *transfusion;* celle-ci d'ailleurs peut, à elle seule, amener une amélioration notable (Mouriquand, Sédallian et Chapuy). La *ponction lombaire* a été conseillée par Ortner et par Pagniez, qui indique en outre que l'injection intraveineuse d'eau distillée faciliterait le renouvellement du liquide céphalo-rachidien.

Les autres méthodes adjuvantes sont représentées par: les injections répétées d'oxygène sous la peau et les inhalations de *carbogène* (Flandin); les injections intramusculaires d'*adrénaline*, jusqu'à 6 à 7 milligrammes par vingt-quatre heures (Huber, Babonneix); les injections intraveineuses d'*ouabaïne* (Baruéty) et sous-cutanées de *caféine* et de *camphre*.

STRYCHNOTHÉRAPIE DU BARBITURISME AIGU.

En octobre 1933, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, Mme Bertrand-Fontaine rapportait l'observation d'une jeune fille de vingt et un ans qui avait absorbé 17 grammes de véronal, et qui sortit du coma, après soixante-quatre heures, après avoir reçu, toutes les heures le jour et toutes les deux heures la nuit, 9 à 15 milligrammes de sulfate de strychnine dans les veines — la dose totale fut de 0 gr. 39 — sans avoir présenté à aucun moment le moindre signe d'intoxication strychnique. Ainsi se confirmait la valeur d'une méthode thérapeutique chaudement préconisée par Ide, de Louvain, à la suite de la découverte par les Américains Haggard et Greenberg — à la recherche d'un contrepoison de la strychnine — de la neutralisation expérimentale des effets du toxique par un composé barbiturique. Depuis, la méthode a fait l'objet de multiples communications (Harvier, Flandin, Ramond, etc., etc.).

A quelles doses faut-il injecter la strychnine? Si l'on se reporte aux expériences de Haggard et Greenberg sur le chien, il ressort *qu'une seule dose mortelle de barbiturique est neutralisée par une dose trois fois mortelle de strychnine en une seule fois.* Harvier et Antonelli ont fait des constatations analogues chez la souris — la dose mortelle de strychnine paraissant être, d'après Ide et chez l'homme, de 0 gr. 03.

En fait, il est impossible d'établir en clinique thérapeutique une règle absolue, étant donné l'inconnu de la dose ingérée et la sensibilité, très variable, des sujets, soit au gardénal, soit à la strychnine. D'ailleurs, les exemples sont nombreux d'individus atteints d'intoxication barbiturique massive guéris par des doses moyennes de strychnine, alors que d'autres succombaient à une dose modérée de gardénal

malgré une strychnothérapie intensive. Il y a lieu surtout de tenir grand compte de la *précocité du traitement* dans l'appréciation des résultats.

En principe, on peut injecter 0 gr. 01, *de préférence par voie intraveineuse,* toutes les heures, ou même toutes les demi-heures (Ide), et on se guidera sur les réactions consécutives pour intensifier ou modérer ces doses. Dans les cas graves, *l'injection intraveineuse peut être portée à* 0 gr. 05, puis à des doses de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 toutes les heures, toutes les deux heures ensuite, et enfin toutes les quatre heures; il en fut ainsi pour les cas rapportés par Flandin concernant deux jeunes sujets, traités d'abord depuis une vingtaine d'heures par la strychnine au milligramme, véritablement moribonds, et qui guérirent l'un après avoir reçu 0 gr. 74 de strychnine en quatre jours, l'autre 0 gr. 32 en trente-six heures. Il semble donc qu'en principe on soit autorisé, pour le traitement d'attaque, à injecter dans les veines 0 gr. 02, en moyenne, toutes les demi-heures ou toutes les heures, en surveillant soigneusement l'apparition des contractures. En tout cas, il est une règle absolue: instituer le traitement le plus tôt possible.

La strychnothérapie intensive peut-elle être dangereuse?

Il est un fait, c'est que le sujet intoxiqué par l'alcool ou par le gardénal supporte sans dommage des doses de strychnine qui seraient certainement mortelles chez un individu sain. Toutefois, Moreau et Sterne ont observé des crises brutales de tétanos strychnique, dès le deuxième centigramme du médicament, chez un sujet qui pourtant avait ingéré 6 grammes de gardénal; et le malade de Ramond et Delay, intoxiqué par 10 grammes de véronal, traité dès la dixième heure par injection horaire de strychnine, présenta du trismus et des crises tétaniques et ne put être sauvé. Il se peut d'ailleurs que l'amaurose transitoire, parfois signalée, observée après le coma barbiturique, relève en réalité du traitement par la strychnine, comme dans le cas récemment rapporté, en avril 1936, à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, par Rivet.

Comment agit la strychnine dans l'intoxication barbiturique?

La question est encore fort discutée. Langeron et Paget contestent à la strychnine les caractères d'un réel antidote, car les deux intoxications peuvent se superposer au lieu de se neutraliser, et l'injection du médicament provoquerait toujours la réapparition des réflexes et leur exagération; la strychnine permettrait simplement une plus grande résistance à l'intoxication barbiturique en produisant une sorte d'élévation du seuil de la toxicité. Carrière, Hurïez et Willoquet concluent, de leurs expériences sur l'animal, que, s'il y a antagonisme entre la strychnine et le gardénal, il n'y a pas neutralisation mathématique des doses mortelles de l'une par des doses mortelles de l'autre. Par contre, d'autres auteurs admettent un véritable antidotisme: soit que — l'hypothèse est de Massière et Beaumont — se produise dans le sang un phénomène d'adsorption d'un toxique par l'autre, une sorte de « collage » des molécules strychnine-barbiturique; soit que, comme l'admettent Lavergne et Kissel, les deux substances entrent en combinaison, formant un *complexe* en proportion définie, corps nouveau, doué de propriétés hypotoxiques. Dans ces conditions, on conçoit l'importance d'une thérapeutique précoce qui transforme un corps nuisible en une substance que peut tolérer l'organisme — avant que se soient établies des lésions trop profondes.

Quels sont les résultats de la strychnothérapie dans le coma barbiturique? Dans son enthousiasme, Ide affirmait qu'on ne devait plus actuellement mourir d'empoisonnement par le véronal et le gardénal. Les observations cliniques sont là pour démontrer que si, dans la majorité des cas, on peut rappeler à la vie des sujets manifestement condamnés, par des injections précoces de doses élevées de sulfate de strychnine, par contre les échecs ne sont pas rares, même dans les conditions où l'on pouvait espérer la guérison. Le facteur individuel ne cesse jamais de jouer [1].

SAVY.

1. D'autres substances médicamenteuses ont été utilisées également avec profit par leur action stimulante sur les centres nerveux: la picrotoxine, le cardiazol ou métrazol, la coramine. (La rédaction.)

"L'Union Médicale du Canada" en 1874

Extraits du discours d'ouverture

Prononcé à l'inauguration de l'année Académique 1874-75, à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, par A.-T. BROSSEAU, M. D., professeur de Botanique et de Médecine Opératoire, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc.

Décembre 1874.

(*Suite et fin.*)

M. le Président, Messieurs,

Nous rencontrons dans notre siècle deux différents types de médecins. L'un est honnête et consciencieux, possède toute la science nécessaire à l'exercice de sa profession; travailleur infatigable, il puise à toutes les sources du savoir, et, malgré ses vastes connaissances, il est humble, et ne craint pas d'avouer que les ressources de son art sont limitées, il cherche à interpréter la nature, à la *guider*, sans avoir de prétention à l'infaillibilité médicale; en un mot il est prudent et réservé, comme le sont du reste tous les hommes sages et instruits.

L'autre veut acquérir une clientèle non pas par son savoir et ses capacités, mais par une vaine prétention et par son audace.

D'année en année, il promène le maigre bagage scientifique qui lui a permis, non sans difficulté, d'obtenir un diplôme.

Il ne s'inquiète pas des progrès de la science, il ne consulte jamais ses livres, toute sa préoccupation est de faire croire aux autres qu'il est habile, qu'il réussit, qu'il a droit à une clientèle nombreuse, que ceux qui l'emploient sont fort heureux d'avoir ses services, car il est bien supérieur à la généralité de ses confrères.

Ils sont nombreux, MM., les médecins de cette dernière catégorie. Beaucoup jouissent même d'une haute réputation devant le public, et cependant leur renommée n'est basée que sur de belles manières, un équipage éclatant, l'usage d'expressions pseudo-scientifiques, la flatterie, etc. Un tel médecin est de fait un charlatan aussi éhonté que celui qui, monté sur une voiture en pleine place publique, proclame de toute la force de ses poumons l'infaillibilité de ses remèdes à guérir toutes les maladies.

Que cela ne vous étonne pas si ces gens-là réussissent, comme le monde appelle cela; car le charlatan affirme ce qui est douteux, promet ce qu'il ne peut tenir, la guérison aux incurables, la vie aux mourants, et depuis des siècles le peuple tombe incessamment dans ce même piège grossier.

Le véritable médecin peut placer son patient dans les conditions les plus favorables à sa guérison, il peut l'aider à échapper à la mort, mais il doit toujours se rappeler que les ressources de son art sont limitées et que la vie appartient à Celui-là seul qui l'a donnée.

Différente des autres professions, la médecine ne peut être jugée et appréciée par ceux qui lui sont étrangers.

L'architecte peut montrer une bâtisse, le peintre un tableau, comme preuve de talent ou de génie, mais, en médecine, les plus grands succès ne laissent aucune trace.

Il ne faut pas que cela nous décourage cependant. Laissons le charlatan exercer à sa manière ce qu'il appelle la médecine et travaillons hardiment à guérir les infirmités humaines.

Il y a des charlatans dans toutes les professions, mais plus dans la médecine, car elle s'y prête davantage. Soyez convaincus cependant que la meilleure politique à suivre, c'est l'honnêteté, que le seul moyen de réussir plus tard, c'est de poser dès aujourd'hui les bases d'une instruction solide comme celle que vous pouvez acquérir dans cette institution en travaillant consciencieusement.

On rencontre souvent dans le monde des personnes qui parlent de l'incertitude de la médecine, de la dissidence d'opinion si fréquente entre médecins, et on en conclut que notre profession est une moquerie: on rencontre même de ces personnes dans les premiers rangs de la société, parmi ceux qui commandent l'opinion publique. Ne voit-on pas ces notables encourager les homoeopathes, bien plus, abandonner de bons médecins pour se mettre sous les soins des charlatans les plus éhontés?

MM., c'est une humiliation que nous devons subir, comme tant d'autres, avec courage et résignation, espérant qu'une confiance tardive viendra un jour nous récompenser de nos labeurs.

L'étudiant en médecine laisse quelquefois refroidir son zèle par la diversité des opinions touchant les mêmes maladies, et il se dit: La thérapeutique a bien changé depuis 50 ans, n'est-il pas probable qu'elle changera encore beaucoup durant les 50 années à venir et cependant les anciens comme les nouveaux médecins vantaient beaucoup leurs succès.

Ces différences dans la thérapeutique médicale sont moins grandes et moins importantes qu'elles ne paraissent à première vue.

Il y a plus d'un moyen pour arriver à un même résultat, on peut guérir une maladie tout en employant des traitements différents.

Les anciens médecins croyaient aux humeurs viciées qu'il fallait faire évacuer, au sang gâté qu'il fallait soustraire, à des poisons septiques qu'il fallait éliminer au moyen du mercure, etc., etc.

Une connaissance plus parfaite de l'anatomie pathologique, de la physiologie, les nouveaux moyens d'investigation tels que le microscope, l'ophtalmoscope, les recherches des savants sont venus détruire ou corriger les théories des anciens.

Connaissant mieux la marche naturelle des maladies, la force médicatrice de la nature, la puissance inhérente aux tissus, nous sommes moins disposés à agir, plus circonspects dans nos attaques thérapeutiques; nous comprenons que le rôle du médecin n'est quelquefois jamais plus utile que lorsqu'il se borne à observer et à diriger des forces vives de la nature.

Les homoeopathes, avec leurs doses infinitésimales, nous ont appris à connaître les forces inhérentes à l'économie vivante. Les succès qu'ils s'attribuent et qui de fait n'appartiennent qu'à la nature, nous ont instruits à compter un peu moins sur nous et un peu plus sur les aptitudes merveilleuses des tissus et des appareils qui constituent la matière animale.

Quoique les médecins de ce siècle aient eu à corriger certaines erreurs de leurs devanciers, ils ont cependant puisé largement dans les trésors que les anciens avaient si péniblement amassés. Leurs successeurs, s'appuyant sur des bases solides, ont pu, à leur tour, faire faire à la science un pas dans la voie du progrès.

Aux médecins présents et futurs le noble héritage, mais aussi la tâche difficile de reculer encore les limites de notre art.

D'ailleurs, MM., le seul fait d'un changement ne prouve pas la contradiction et l'incertitude. La science médicale progresse incontestablement. *Tout progrès signifie changement.*

Les médecins diffèrent souvent d'opinion, il est vrai, mais n'en est-il pas ainsi entre avocats et même entre théologiens; quoiqu'ils aient pour les guider des autorités universellement reconnues, tandis que nous, nous sommes privés de ces jalons, de ces points de ralliement, puisque les lois de la nature varient plus ou moins suivant le tempérament, l'idiosyncrasie de chaque individu.

Ceux qui parmi vous ont quelque temps d'étude, savent sans doute que tel médecin préconise la saignée et les antiphlogistiques, tel autre proscrit la lancette. Dans tel service, on fait grand usage de toniques, dans tel autre, au contraire, on donne beaucoup d'altérants, et, chose remarquable, ces méthodes, si différentes entre elles, viennent toutes la tête haute, armées même de la statistique, déclarer leurs succès et proclamer leur supériorité. Mais que prouvent la plupart de ces succès si ce n'est le triomphe des efforts de la nature contre les maladies que vous prétendez avoir guéries? C'est que fort heureusement, pour l'humanité, la force médicatrice de la nature, je le répète, veille au salut des malades et les guérit en dépit même d'une mauvaise médication.

Mais, dira-t-on, vous doutez de la puissance de l'art, médecin, vous niez la médecine?

Au contraire, MM., loin de méconnaître la puissance de l'art, c'est en relever la dignité que d'en *signaler les écarts* et de réduire à leur juste valeur les *prétentions exagérées*. L'art médical existe; mais je dis et je maintiens qu'il faut être très sévère dans l'appréciation des effets prétendus salutaires d'une médication quelconque et se défendre d'un enthousiasme irréfléchi pour toute thérapeutique individuelle. Quoique certains médecins de ce pays donnent dans les excentricités dont je viens de combattre les dangereuses prétentions, la plupart suivent dans leur thérapeutique les sages préceptes de la raison et de l'expérience.

Au milieu de ce conflit d'opinions et de systèmes contradictoires, à quelle méthode, à quelle doctrine devez-vous vous attacher?

Quels sont donc les principes généraux qui doivent régler la thérapeutique du médecin?

Pour le penseur qui sait dégager son esprit de l'ornière de la routine, le traitement de chaque maladie est un nouveau problème dont la solution exige toutes les ressources du savoir et de l'imagination.

Mais cette dernière faculté de l'intelligence peut aisément s'égarer si elle manque de principes généraux qui lui servent comme de jalons dans le vaste champ de la thérapeutique.

Il importe donc que nous tracions ici ces grands principes régulateurs de l'art de guérir qui d'après plusieurs auteurs se résument dans les énoncés suivants:

1° Si la force médicatrice de la nature doit suffire seule pour amener la guérison, ou si le mal est absolument incurable, s'abstenir de toute prescription médicamenteuse. Les prescriptions hygiéniques suffisent seules dans ces cas.

2° Si la maladie exige, au contraire, l'intervention active de la thérapeutique, ne prescrire que des remèdes dont l'action est en rapport avec la nature présumée du mal; ce qui constitue la méthode rationnelle; ou prescrire des remèdes dont l'expérience a sanctionné l'efficacité, bien qu'il soit impossible de saisir le lien logique qui rattache leur vertu curative à la nature des phénomènes morbides: tels sont le quinquina dans les fièvres intermittentes, le mercure dans la syphilis; c'est ce qui constitue la méthode empirique.

3° Quelle que soit la méthode que l'on emploie, ne jamais oublier de tenir compte dans l'administration des médicaments des *indications* qui dépendent des idiosyncrasies, des tempéraments, de l'âge, des habitudes et des maladies antérieures.

MM., je regrette que le cadre de cette lecture ne me permette pas de vous décrire, au long, les progrès

de la médecine durant les trente dernières années, au moins, j'aurais le plaisir de vous faire voir que notre art s'est enrichi de plusieurs découvertes importantes, que des choses alors inconnues sont aujourd'hui du domaine de la science.

Je ne puis cependant résister au désir de vous citer quelques exemples. Le microscope a jeté une lumière très vive sur l'anatomie pathologique et la physiologie. Les recherches incessantes de MM. Broca, Robin, Virchow, Cornil et Ranvier sont destinées à reculer encore les limites de cette science. L'ophtalmoscope qui fait voir les maladies profondes de l'œil, tout aussi clairement que ses maladies externes, a opéré toute une révolution dans l'ophtalmologie. Le laryngoscope permet d'explorer jusqu'aux moindres cavités du larynx. Le thermomètre, autrefois inusité en médecine, nous permet maintenant de suivre mathématiquement l'augmentation de la température animale et même de prédire qu'une complication va survenir durant le cours d'une pyrexie ou d'une inflammation. L'auscultation, due, comme vous le savez, au génie de Laennec, a acquis de nos jours une précision telle que les moindres altérations du cœur ou des poumons sont connues, expliquées, interprétées.

La chirurgie a fait des progrès immenses depuis une trentaine d'années. Qu'il me suffise de vous mentionner les résections articulaires, l'ovariotomie, l'hystérotomie, qui sont aujourd'hui des opérations réglées, reconnues.

Mais la plus belle des découvertes modernes, c'est sans contredit la lithotritie. Pratiquée pour la première fois par Civiale en 1824, elle l'est aujourd'hui par tout l'univers et des milliers de fois par année. Les bienfaits de la lithotritie sont incalculables; avec cette ressource de notre art, ce n'est plus une affection grave que d'avoir une pierre dans la vessie. Le temps n'est pas éloigné où cette opération aura fait disparaître la taille chez les adultes. Le nom de l'auteur de cette découverte toute française est aujourd'hui prononcé avec respect et sa mémoire sera honorée par les générations futures.

Les opérations pratiquées autrefois ont été durant ces dernières années améliorées et perfectionnées; exemple: l'ischiémie artificielle ou méthode d'Esmarch.

Figurez-vous, MM., dans un même amphithéâtre, Ambroise Paré et le professeur Esmarch faisant chacun une amputation. L'arsenal du premier, compte, outre les instruments ordinaires, des fers rougis qu'il promène sur les lambeaux pour arrêter l'hémorragie. Le second, au contraire, prévient toute effusion de sang en comprimant le membre avant de l'amputer, avec une simple bande élastique.

Le tourniquet de J.-L. Petit et la ligature artérielle ont remplacé le fer rouge. La bande élastique et la torsion artérielle viennent à leur tour détrôner ces derniers.

Je ne saurais oublier le très puissant auxiliaire de la chirurgie moderne, le chloroforme.

L'idée de supprimer la douleur dans les opérations doit être aussi ancienne que la pratique de la chirurgie. Beaucoup, sans doute, cherchèrent à la réaliser, mais leurs essais ne furent pas heureux. Il y a 30 ans, on entrevoyait si peu la solution de ce problème que Velpeau, traduisant en cela l'impression générale, pouvait écrire cette phrase: « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui. »

Et cependant dix ans ne s'étaient pas écoulés que le problème de l'anesthésie était complètement résolu et qu'un chirurgien ne pouvait plus refuser à ses opérés le bénéfice de la nouvelle découverte.

C'est à Jackson, chimiste et médecin, et à Morton, dentiste, tous deux de Boston, que revient l'honneur d'avoir fait l'application de l'anesthésie aux opérations chirurgicales, ils employaient l'éther. Simpson, le célèbre accoucheur, substitua plus tard le chloroforme à l'éther.

Je vous le demande, MM., sont-ce là des progrès?

Il vous est peut-être arrivé, durant les leçons ou la lecture de vos auteurs, de trouver trop de détails scientifiques, trop de théories abstraites. Vous avez peut-être cru y perdre un temps précieux que vous auriez pu consacrer à un travail plus avantageux? Vous ne pouvez, à la vérité, avoir trop de connaissances pratiques, mais, pour que ces connaissances pratiques vous soient utiles et profitables, il faut qu'elles soient appuyées sur de saines théories scientifiques.

Ce que je vous recommande surtout, MM., tant pour votre propre satisfaction que dans l'intérêt de vos futurs patients, c'est exercer la noble profession que vous avez embrassée, d'après des principes reconnus, des théories approuvées, une thérapeutique raisonnée, car, sans cette base d'action, vous tomberiez indubitablement dans l'empirisme le plus absolu.

Lors de mon voyage en Europe, j'ai pu étudier attentivement les types de l'étudiant français et anglais. Le premier, tout entier à ses études médicales, est un peu négligé dans sa toilette; il porte continuellement avec lui ou un livre ou un cahier de notes, et, chose agréable à voir, c'est que ces objets ont une toilette encore plus négligée que leur possesseur, tant ils sont feuilletés et manipulés.

A Paris, sur 100 élèves, il y en a au moins 80 qui prennent des notes durant les cours. Les étudiants se passionnent pour la science.

L'étudiant anglais, au contraire, est toujours en grande tenue, il prend rarement des notes, il se fie sur les résumés imprimés, les manuels; il n'oublie jamais son stéthoscope et son thermomètre. Il observe attentivement les faits, il cultive avec soin ce qui plus tard contribuera à lui créer une position sociale avantageuse.

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La LYXANTHINE ASTIER

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine[1]... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethenyldiamine.

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, **Montréal**

Veuillez m'envoyer de la littérature documentaire:
LYXANTHINE ASTIER

Dr .....

Adresse .....

Ville ..... Province .....

Le plus instruit des deux, le plus fort en théorie, c'est sans contredit l'étudiant français; l'anglais fera cependant un bon praticien. Le premier aura une thérapeutique plus raisonnée, celle du second sera plus empirique.

Vous, MM., qui possédez bien les deux langues française et anglaise, profitez-en; étudiez les magnifiques théories des auteurs français, sans toutefois négliger les applications pratiques que les Anglais savent leur donner. C'est le meilleur moyen d'acquérir les bonnes qualités des uns et des autres.

Vous devez toujours rallier la science à l'art. Ces deux puissances doivent marcher de pair. Les cours et la lecture sont indispensables, mais cependant ils ne doivent pas prendre la place des dissections et des visites d'hôpital.

Trousseau a dit: « Du jour qu'un jeune homme veut être médecin il doit fréquenter les hôpitaux, il lui faut toujours voir des malades. Autant que possible, instruisez-vous par vous-mêmes, par votre propre observation, par vos propres efforts. »

L'anatomie, cette base des sciences médicales, ne s'apprend qu'à la salle de dissection et le scalpel à la main.

Quand vous êtes dans les salles de l'hôpital, faites des malades les vôtres propres, c'est-à-dire que vous devez vous efforcer de faire un diagnostic, un traitement, un pronostic, etc...

Le professeur ne doit que vous éclairer, vous corriger, vous guider. Habituez-vous de bonne heure à lire sur le visage des malades la gravité de l'affection; à tâter le pouls et à en apprécier les qualités, à connaître les grands troubles fonctionnels des divers appareils de l'économie.

Vous verrez dans les salles d'autopsie quelques-unes des relations qui existent entre les lésions cadavériques et les symptômes observés pendant la vie.

Fréquentez les hôpitaux dès votre première année d'étude, car la vie d'un homme intelligent suffit à peine à connaître la physiologie, la pathologie médico-chirurgicale et la thérapeutique.

Dans ce pays où les cours ne durent que six mois, il est de l'intérêt de l'étudiant, dès sa première année, de suivre autant que possible les services de médecine et de chirurgie.

Outre les ouvrages didactiques que les élèves doivent lire et méditer dans le cours de leurs études, il est bon, il est utile et même nécessaire qu'ils lisent aussi les journaux de médecine pour suivre en s'instruisant le mouvement progressif et continu de la sphère scientifique au milieu de laquelle ils commencent à vivre.

D'ailleurs, personne aujourd'hui ne saurait rester indifférent au journalisme; c'est le roi de l'époque et le plus puissant en médecine, comme en politique et en littérature. Cette puissance souveraine de la presse est une des belles, une des glorieuses conquêtes de notre civilisation, un des grands bienfaits de notre temps.

Mais, si la lecture des feuilles médicales est déjà une nécessité pour l'étudiant, que sera-ce lorsque, devenu praticien, il ne lui restera dans sa solitude que cette voie fraternelle de la presse pour lui apporter les bonnes nouvelles, les progrès incessants de son art?

Le journalisme, ce pain quotidien de la pensée, est pour les étudiants comme pour les praticiens un besoin, une nécessité, un bienfait.

Telles sont les obligations que vous impose la profession que vous avez choisie et dans laquelle il n'y a qu'un chemin qui conduise au succès, celui du travail: cette condition remplie, ne craignez rien, vous réussirez indubitablement. Je ne prétends pas dire que tous, vous arriverez à une position brillante, même en travaillant bien, mais vous atteindrez certainement votre but, qui est de soulager et guérir les infirmités humaines, tout en gagnant pour vous-mêmes l'estime et le respect de vos concitoyens.

Espérons de plus qu'une honnête aisance vous permettra de vous reposer sur vos vieux jours.

Il est possible qu'en ce jour où plusieurs écoles de médecins vous ouvrent toutes grandes leurs portes, vous désiriez avoir des garanties comme quoi vous avez bien fait en venant à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

La garantie que nous avons à vous donner, c'est le grand nombre de praticiens capables, je dirais même éminents, qui ont reçu à cette institution leur éducation médicale, les succès qu'ils obtiennent en pratique, leur position sociale, la compétition heureuse qu'ils font à leurs confrères venant des autres collèges.

Telle est la preuve irréfutable, je crois, de la valeur de l'enseignement qui est donné ici.

Ai-je besoin de vous dire que vous avez à votre disposition le plus vaste hôpital de la ville, un hospice d'accouchements qui vous fournit des centaines de cas, des dispensaires où vous pouvez voir et visiter vous-mêmes des multitudes de malades.

Il ne m'appartient pas, à moi, ancien élève de cette Ecole, d'en faire aujourd'hui l'éloge, mais laissez-moi vous dire cependant que, s'il est un acte de ma vie dont je suis glorieux et fier, c'est d'avoir suivi les cours de cette institution.

Je compte y avoir gagné en recevant dans ma langue maternelle une instruction déjà assez difficile à acquérir par elle-même sans y ajouter l'embarras d'un idiome étranger.

Je n'ai jamais regretté un instant de m'être laissé guider, ou plutôt entraîner par mes sentiments patriotiques et nationaux.

J'ai toujours aimé à entendre citer en bon français les œuvres de Bichat, Laennec, Louis, Dupuytren, Velpeau, Nélaton, etc.

LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX

Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufre, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.

PUISSANT MODIFICATEUR DU TERRAIN RHUMATISMAL

●

DOSES: Jusqu'à cessation des douleurs, la dose devra être forte, de 12 à 18 Capsules par 24 heures. Prendre de préférence une Capsule — ne jamais dépasser 2 capsules — toutes les heures ou toutes les deux heures. Après la cessation des douleurs, réduire la dose du tiers, puis de la moitié et plus.

PRÉSENTATION: En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Échantillon sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

Puisque cette institution est la nôtre par la nationalité, par le langage, par l'enseignement, par les convenances, pourquoi l'abandonneriez-vous pour aller à d'autres institutions qui ont droit au patronage aussi, mais non pas au vôtre?

De quel droit compterez-vous dans l'avenir sur la clientèle de vos compatriotes si vous-mêmes aujourd'hui, les premiers, vous leur donnez le mauvais exemple, en laissant de côté une institution essentiellement canadienne-française pour aller ailleurs; suivez l'exemple de vos confrères anglais, qui savent bien ne pas abandonner leurs institutions nationales.

L'instruction que vous recevrez ici sera toujours réglée sur des principes reconnus, des théories éprouvées. Tout ce qui est problématique et douteux vous sera présenté comme tel.

Il faut se défier des remèdes tout puissants qui guérissent toujours, des pratiques excentriques et individuelles; ceux qui les préconisent n'ont d'autre but, le plus souvent, que de se faire un nom ou de se créer des revenus.

Encore une fois, je vous le répète: voyez, comparez et jugez par vous-mêmes. Cherchez dans vos livres, scrutez la science et elle vous délivrera ses secrets.

Travaillez, jeunes élèves, travaillez avec ardeur, avec persévérance, l'avenir vous appartient à ce prix.

Ne vous laissez pas arrêter par la pensée décourageante que vos labeurs pourraient rester sans récompense. Travaillez, tout est dans ce mot, tout est possible par le travail.

MOUVEMENT RYTHMIQUE

C'EST AUSSI LE RYTHME qui compte... en ce qui concerne le fonctionnement des intestins.

L'Agarol suit de près ce principe. C'est une émulsion exceptionnellement stable d'huile minérale médicinale pure, qui ramollit et lubrifie le bol alimentaire. De plus, il fournit une stimulation péristaltique douce, qui résulte de la diffusion uniforme de la phénolphtaléine blanche et pure dans l'émulsion. Il s'ensuit un mouvement rythmique, et une évacuation alvine facile et sans effort.

Un échantillon d'essai d'Agarol vous sera promptement envoyé à titre gracieux, si vous en faites la demande par écrit à notre Service Professionnel.

AGAROL

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 KING ST. WEST, TORONTO, ONT.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est heddomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

PHTISIOLOGIE

J. C. DONNELLY. — **La tuberculose pulmonaire considérée comme une laryngite.** "J. A. M. A.", **120**: 675 (31 octobre) 1942.

On fait une étude clinique sur 1,800 patients du Sanatorium White Haven. On a trouvé que 26 cas, soit 1.5 pour cent, avaient eu des symptômes laryngés avant de présenter des troubles pulmonaires.

Ce qui a dominé la scène chez la très grande majorité des cas, ce sont les signes suivants: respiration bruyante, douleurs à la gorge, ce qui a fait perdre un temps précieux, au point de vue traitement, avant de découvrir les lésions pulmonaires. De ces 26 malades, 16 avaient à leur entrée de l'enrouement et avaient une gorge douloureuse; les 6 autres avaient les deux symptômes précédents.

Ces troubles laryngés remontaient à six mois en moyenne au moment de leur admission au Sanatorium.

Vingt et un malades avaient des crachats positifs, tandis que cinq étaient négatifs. Durant les sept années que ces malades ont été observés, 73 pour cent sont morts et 27 sont apparemment guéris. Avant d'instituer un traitement chez un cas de tuberculose laryngée, il est très nécessaire de connaître à fond l'état des poumons. Sur nos 26 malades, 12 avaient une tuberculose pulmonaire modérément avancée, tandis que les 14 autres avaient des poumons assez avancés au point de vue tuberculose. Il est maintenant prouvé qu'une laryngite tuberculeuse n'est pas le signe d'une tuberculose pulmonaire récente.

L'auteur persiste sur l'importance de radiographier les poumons de nos malades et d'examiner leurs crachats quand il y a des symptômes de lésions suspectes du larynx, afin d'en bien définir l'étiologie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. F. CLERF. — **La trachéo-bronchite tuberculeuse.** "Diseases of Chest", **8**: 356 (novembre) 1942.

L'auteur discute de la question de la pathologie de la trachéo-bronchite tuberculeuse. Il insiste aussi sur la question du traitement, surtout lorsqu'il survient des cas de sténose bronchique. Il mentionne des méthodes de traitement et dans certains cas il est obligé d'avoir recours à la collapsothérapie. C'est alors que le bronchoscopiste peut intervenir afin de dilater la sténose bronchique. Par cette dilatation, on s'oppose ainsi à la rétention des sécrétions infectées qui siègent au delà de la sténose.

Paul-René ARCHAMBAULT.

ENDOCRINOLOGIE

Melvyn BERLIND. — **Contribution au traitement de l'aménorrhée.** "The Journal of Clinical Endocrinology", **3**: 457 (août) 1943.

Le temps n'est plus où, dans les cas d'aménorrhée, il fallait six mois de traitement pour obtenir des résultats. Ce temps a été réduit de façon appréciable avec les préparations estrogéniques puissantes dont nous disposons aujourd'hui. La méthode de Kaufmann, avec légères variations, nécessite vingt-cinq jours de traitement et requiert un minimum de treize injections, huit d'hormone folliculaire et cinq de progestérone. On croyait alors que, pour produire une hémorragie utérine chez une femme aménorrhéique, on devait d'abord administrer l'hormone folliculaire afin de stimuler la prolifération de l'endomètre puis l'hormone du corps jaune pour déclencher la phase sécrétoire.

Récemment Zondek et ses collaborateurs démontrèrent qu'il n'est pas nécessaire de produire une complète prolifération de l'endomètre pour déclencher l'hémorragie avec la progestérone. Cette méthode a ainsi raccourci le temps du traitement en cinq jours et même en deux jours. Dans les cas d'aménorrhée secondaire de moins de deux ans, il suffit d'injecter 12.5 mgs de progestérone en plus de 1.25 mg. à 2.5 mgs de benzoate d'estradiol, deux jours consécutifs. Dans les cas de plus de deux ans de durée, on peut souvent obtenir une hémorragie en administrant un total de 50 mgs de progestérone dans une période de deux à cinq jours. L'aménorrhée primaire et l'aménorrhée par castration sont traitées par des injections journalières de 10 mgs de progestérone et de 0.5 mg. de benzoate d'estradiol durant cinq jours. Dans tous les cas, ainsi traités par Zondek, l'hémorragie se produisit dans les 72 à 120 heures suivant la dernière injection.

L'auteur, impressionné par ces expériences de Zondek, entreprit de traiter une série de patientes, cinq souffrant d'aménorrhée primaire et neuf d'aménorrhée

Bronchite . . .

Le malade atteint de bronchite présente deux symptômes bien caractérisques. Premièrement, une toux sèche et pénible le fatigue toute la journée durant et interrompt son sommeil la nuit. Deuxièmement, il peut être affligé d'une toux sèche, vaine à dégager les mucosités. Dans le traitement de ces deux symptômes, The E. B. Shuttleworth Chemical Company Ltd. offre: Scilexol et Bronexol.

Scilexol . . . .

Un expectorant sédatif, dont chaque once liquide contient:

* *Chlorhydrate de Diéthylmorphine (Dionin)* .	*½ gr.*
Chlorure d'Ammonium . .	*16 gr.*
Chloroforme . . .	*2 gouttes*
Acide Cyanhydrique Dil. B.P. . . .	*4 gouttes*
Sirop de Scille . .	*90 gouttes*
Sirop de Tolu . . .	*120 gouttes*

Dose: Une ou deux drachmes liquides, toutes les quatre hres.

Indications: Asthme, bronchite, rhumes et toux en général, grippe, laryngite.

Avis: Se fait aussi avec 1 grain de phosphate de codéine à la place de Chlorhydrate de Diéthyl-morphine (Dionin).

* Ceci nécessite une commande de narcotique.

Bronexol . . .

Un expectorant stimulant, non narcotique, dont chaque once liquide contient:

Carbonate d'Ammonium . .	*8 gr.*
Chlorure d'Ammonium . .	*16 gr.*
Prunus Serotina .	*6 gr.*
Polygala de Virginie	*8 gr.*
Menthol	*¼ gr.*
Chloroforme . . .	*2 gouttes*
Réglisse	*q. s.*
Miel	*q. s.*

Dose: Une ou deux drachmes liquides, toutes les trois heures.

Indications: Bronchites à la phase de début avec sensation de constriction. Son action est antispasmodique et efficace pour maîtriser la toux.

Spécifiez **E. B. S.** sur vos ordonnances.

THE E.B.SHUTTLEWORTH E.B.S. CHEMICAL CO. LIMITED

TORONTO ONTARIO

Établie en 1879

secondaire, due à une insuffisance ovarienne intrinsèque. L'âge des patientes souffrant du premier syndrome variait de 21 ans à 40 ans. Le traitement consista en injections de 5 mgs de benzoate d'estradiol et de 50 mgs de progestérone en doses divisées sur une période de 5 jours. Toutes les patientes firent une hémorragie, mais le traitement dut se continuer tous les mois en le réduisant cependant à deux jours. Aucune d'elles ne saigna spontanément les mois suivants, et l'adjonction de la stimulation par le benzoate d'estradiol est nécessaire à la progestérone pour la production d'hémorragie à chaque mois. L'âge des patientes souffrant du second syndrome variait de 19 à 38 ans et la durée de l'aménorrhée de 4 mois à 4 ans. La méthode de traitement nécessitant un total de 25 mgs de progestérone et de 5 mgs de benzoate d'estradiol fut appliquée chez sept patientes et l'hémorragie se produisit chez chacune d'elles. L'observation des patientes durant les mois qui suivirent ce traitement fut possible chez sept d'entre elles et il y eut menstruations spontanées cinq fois dans douze cycles hypothétiques. Chez certaines de ces patientes la progestérone seule, injectée deux jours de suite, fut suffisante pour provoquer l'hémorragie durant les mois suivants, même si l'aménorrhée avait persisté durant plusieurs années.

Edouard SIMON.

C. H. LAWRENCE et N. T. WERTHESSEN. — **Traitement de l'acné avec les hormones estrogéniques administrées par la bouche.** "The Journal of Clinical Endocrinology", **3**: 636 (novembre) 1942.

Le but de cet article est de confirmer une thèse que les auteurs ont déjà présentée sur l'étiologie de l'acné, laquelle réside dans un déséquilibre des hormones estrogéniques et androgéniques. S'il existe un degré suffisant de prépondérance de l'hormone mâle sur l'hormone femelle, l'action acnégénique de celle-là entre en jeu et l'hormone estrogénique perdrait alors son pouvoir de protéger l'individu contre cette action. Si cette thèse est exacte, il devrait être possible de faire disparaître l'éruption en administrant suffisamment d'hormone estrogénique pour rétablir l'équilibre et les hommes aussi bien que les femmes devraient répondre au traitement.

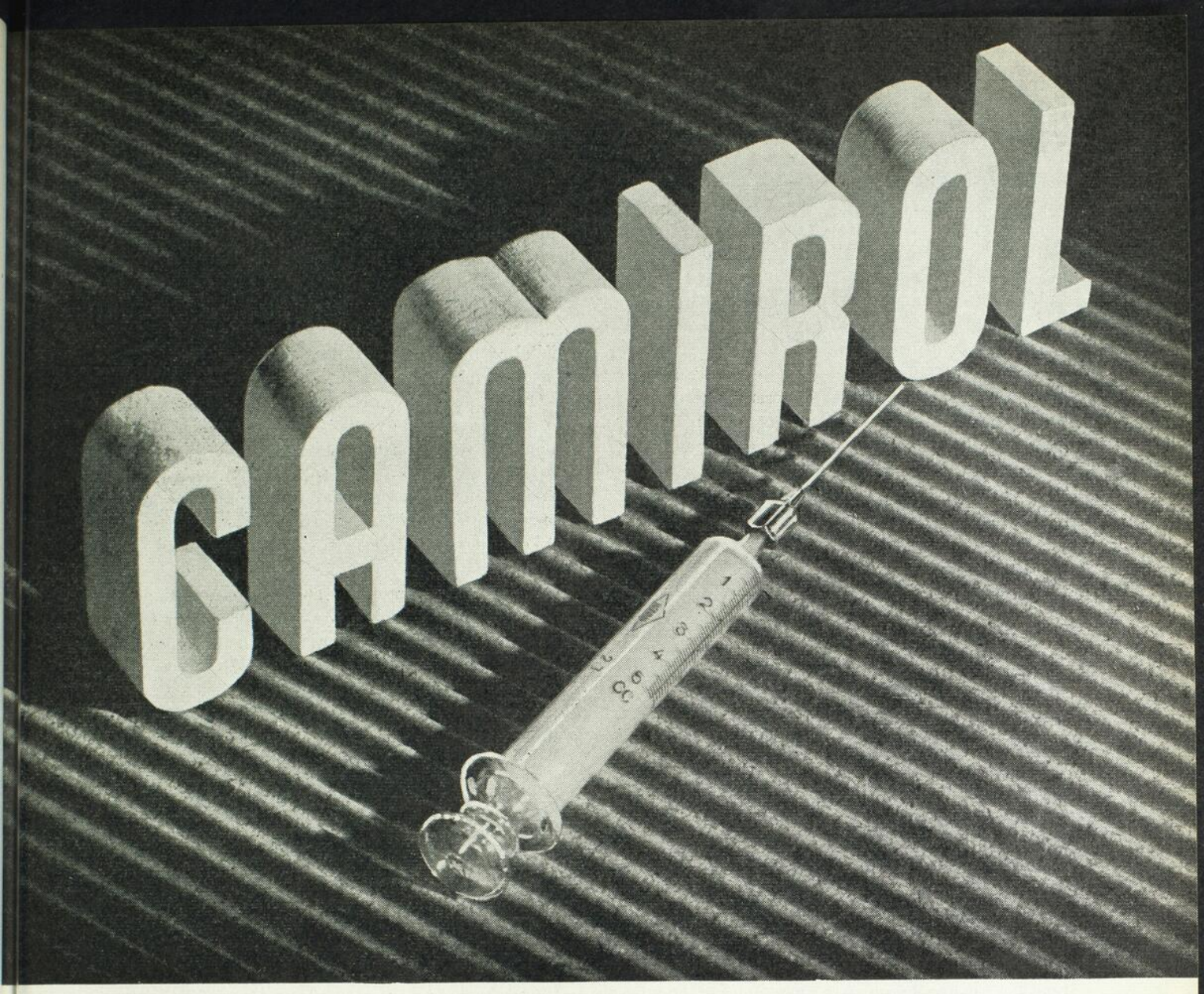
Vingt-cinq individus furent traités: quatorze femmes et onze hommes. L'âge moyen des femmes était de vingt-cinq ans et celui des hommes de vingt ans. La moyenne de la durée de l'affection chez tout le groupe était de neuf ans. Chez toutes les femmes il y avait histoire de menstruations anormales: dysménorrhée, hypoménorrhée et ménorragie. Vingt patients reçurent comme traitement, de un demi à un milligramme et demi et même jusqu'à deux mgs de diéthyl-stilbestrol par la bouche par jour et les cinq autres patients reçurent de l'éthinyl estradiol par la bouche à la dose de 0.15 mg. Chez les femmes la médication fut discontinuée le quatrième jour avant le temps prévu des menstruations et reprise après la fin de celles-ci. Chez les hommes le traitement fut ininterrompu. Quinze des vingt-cinq patients guérirent complètement après avoir été traités durant des périodes variant de deux à six mois. Deux dont le traitement avait été intermittent guérirent après huit et neuf mois respectivement. Les huit patients non encore guéris sont encore sous traitement et tous s'améliorent. Toutes les femmes virent leurs troubles menstruels s'améliorer.

Ces résultats appuient la thèse des auteurs sur l'étiologie de l'acné et cette preuve est corroborée par les phénomènes biologiques et expérimentaux suivants: *a*) l'acné n'apparaît pas spontanément chez le mâle castré; *b*) l'acné est l'affection caractéristique de l'adolescence et disparaît spontanément au début de la vie adulte alors que l'équilibre hormonal est établi; *c*) l'acné se développe chez beaucoup sinon chez toutes les femmes traitées au propionate de testostérone; *d*) il y a exacerbation de l'acné avant et au début des menstruations, temps où le taux de la folliculine est à son plus bas niveau et il y a rémission de l'affection au milieu du cycle, temps où le taux de la folliculine est à son plus haut niveau.

Edouard SIMON.

Morton S. BISKIND. — **L'insuffisance nutritive dans l'étiologie des ménorragies, métrorragies, mastites kystiques et du gonflement prémenstruel: traitement avec le complexe vitaminique B.** "The Journal of Clinical Endocrinology", **3**: 227 (avril) 1943.

Il existe en clinique un syndrome caractérisé par des hémorragies utérines pathologiques et causé par une élévation anormale du taux de folliculine dans le sang. Le foie possède normalement le pouvoir d'inactiver cet excès d'hormone estrogénique, mais le mécanisme d'inactivation de cet organe est grandement influencé par le complexe vitaminique B. Cette influence est telle qu'on peut contrôler à volonté ce mécanisme en retranchant la vitamine de la diète ou en l'y ajoutant. Comme cette influence est nulle sur l'hormone mâle, on conçoit les conséquences possibles d'une insuffisance vitaminique sur l'équilibre hormonal et sur le syndrome des hémorragies utérines. Afin de vérifier ces données théoriques, l'auteur a entrepris un traitement avec le complexe vitaminique B chez des patientes souffrant de ce syndrome, mais présentant en même temps des signes cliniques d'insuffisance nutritive. Ces principaux signes d'avitaminose B étaient surtout localisés à la bouche: glossite atrophique, sto-



FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.
(En solution huileuse de faible acidité)

Nouvelle Médication
pour la sinusite et les infections des voies respiratoires
Injection Intramusculaire

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027. AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

matite avec ulcération, cheilosis (perlèche). Il a traité vingt-neuf patientes avec succès; toutes présentaient plusieurs sinon tous les symptômes ci-haut décrits; presque toutes souffraient de métrorragies à part plusieurs autres signes d'hyperfolliculinémie. La dose journalière de vitamine prescrite comprenait de 3 à 9 mgs de thiamine et de 4.5 à 9 mgs de riboflavine.

En discutant les résultats obtenus, l'auteur rapporte les expériences de nombreux chercheurs sur les relations des métrorragies et des maladies du foie en regard de cette insuffisance vitaminique B. Les cliniciens avaient depuis longtemps remarqué ces relations et les chercheurs en ont fait récemment la preuve expérimentale.

Edouard SIMON.

CHIRURGIE

R. K. BROWN. — **Hernie par glissement ou para-péritonéale du colon pelvien.** "Surg. Gyn. and Obst.", **76**: 91; 1943.

On peut définir la hernie par glissement: protrusion d'un organe herniaire de telle façon que le péritoine du viscère fait partie du sac. En d'autres termes, la hernie fait saillie le long du sac; elle est para-péritonéale. Elle peut sembler être à l'intérieur du sac, mais non complètement entourée par lui.

Il est difficile de faire le diagnostic de la hernie par glissement à la palpation et par les moyens cliniques ordinaires. Elle est généralement diagnostiquée lors de l'opération. Il faut bien faire la différence entre une hernie par glissement et une hernie ordinaire adhérente au sac, car les manœuvres dans le premier cas sont beaucoup plus délicates à cause d'une hémorragie possible.

L'A. étudie les inconvénients inhérents à différents procédés opératoires. Il indique en terminant sa propre méthode qui permet de bien identifier les éléments anatomiques anormalement disposés et de bien fermer l'anneau inguinal profond.

Pierre SMITH.

Elliott P. JOSLIN. — **Les rapports des traumatismes et du diabète.** "Ann. of Surg.", **117**: 607, 1943.

Le diabète est une maladie héréditaire, caractérisée par un accroissement du sucre dans le sang et son élimination dans l'urine, en relation avec la diminution d'insuline sécrétée par les ilôts de Langerhans et le fonctionnement d'autres glandes endocrines. Il y a environ 800,000 diabétiques actuellement aux Etats-Unis. Leur traitement pose des questions d'assurances assez délicates.

Un traumatisme peut-il causer le diabète? L'A. examine l'action indirecte qu'il peut avoir et établit l'importance d'un diagnostic en cette matière.

Un diagnostic de diabète ne peut être établi qu'en cas de glycosurie et de glycémie ou d'hyperglycémie. Certains sucres peuvent se trouver dans les urines sans que pour cela il y ait diabète. Tous les moyens d'établir un diagnostic sont essentiels et ne doivent pas être négligés.

Quand un traumatisme survient, il faut établir si le diabète existait avant l'accident ou s'il est uniquement post-traumatique. Le traumatisme est rarement la cause directe du diabète, à moins que le pancréas dans ses 4/5 ou une autre glande endocrine ne soient particulièrement atteints (glande pituitaire), et que les cellules productrices d'insuline soient presque détruites.

Le pancréas étant le centre autour duquel le diabète évolue, il faut envisager les cas dans lesquels il peut être atteint, sans qu'il y ait eu pour cela de traumatisme externe: cas de pancréatite, de cancer du pancréas, d'infection bacillaire, etc. L'A. étudie diverses opinions pour ou contre le traumatisme cause directe du diabète.

Il conclut en constatant que le traumatisme active un diabète latent, soit dans son hérédité, soit dans des prédispositions comme l'âge, l'obésité, le manque d'exercice, etc., et que le diabétique avéré est, d'autre part, plus sujet à un traumatisme qu'un non-diabétique, à cause de la plus grande vulnérabilité de ses tissus.

Pierre SMITH.

W. H. GERVIG et H. B. STONE. — **Invagination intestinale chez les adultes.** "Surg. Gyn. and Obst.", **76**: 95, 1943.

L'invagination intestinale aiguë chez les adultes est assez rare. Mais l'A. cite un cas qui l'est encore davantage: celui d'une invagination jéjunale aiguë associée à de nombreux polypes et du gros intestin et de l'intestin grêle, et en fait l'exposé complet.

Du point de vue anatomique, il y a différentes sortes d'invagination: intestinale, iléo-cæcale, iléo-colique et colique. Ces termes désignent le site où se produit l'invagination. Au point de vue étiologique, on distingue les invaginations aiguës assez fréquentes chez les enfants et affectant surtout la région iléo-cæcale, et les invaginations chroniques plus particulières aux adultes ou aux enfants d'un certain âge qui relèvent généralement d'une cause organique.

Le mécanisme ou processus de l'invagination, quand il y a présence d'une lésion organique, s'accompagne généralement de spasmes concomitants à un relâchement de l'intestin. Mais dans bien des cas la pathogénie de l'invagination ne peut être retracée.

Les symptômes diffèrent chez les tout jeunes en-

LES PRODUITS SQUIBB À BASE DU COMPLEXE B-

UN À UN

CHLORHYDRATE DE THIAMINE
Microcaps de 1, 3, 5 et 10 mg.

RIBOFLAVINE
Microcaps de 1 et de 5 mg.

CHLORHYDRATE DE PYRIDOXINE
Microcaps de 1 et de 10 mg.

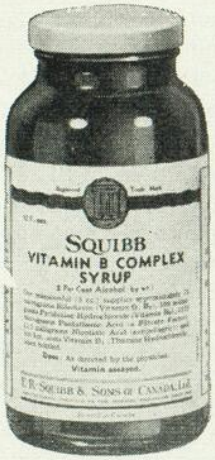
NICOTINAMIDE
Microcaps de 50 mg.

PANTOTHÉNATE DE CALCIUM
Microcaps de 10 mg.

satisfont à toutes vos exigences

GROUPÉS

SIROP • CAPSULES • COMPRIMÉS



SIROP À BASE DU COMPLEXE B
Extrait du Complexe entier B, tel qu'obtenu du son de riz et enrichi de chlorhydrate de thiamine et de riboflavine.

CAPSULES DE COMPLEXE B
Contient **tous** les facteurs du Complexe B tel qu'obtenu de la levure de bière, la source par excellence de ces substances. Enrichi de cinq vitamines cristallisées.

COMPRIMÉS DE COMPLEXE B
Préparé à partir du Complexe B, **extrait spécialement** de la levure de bière et additionné de cinq vitamines cristallisées. **Efficace et économique.**

Pour obtenir des notices descriptives, écrire à 36 Caledonia Road, Toronto, Canada.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.
FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

fants et chez les adultes. Il n'y a pas toujours évacuation de sang par le rectum et alors que les enfants ont des vomissements et toutes les manifestations de la crise aiguë, les adultes évoluent plutôt vers le type chronique.

Le traitement chirurgical est celui qui s'impose sauf dans les cas où l'invagination est rapidement réduite par un lavement ou entéroclyse. Dans ce cas une recherche sérieuse des causes demeure indispensable. En présence de tumeurs, une résection s'impose, soit de la tumeur elle-même si elle est unique, soit du segment de l'intestin où elles se trouvent groupées.

Pierre SMITH.

NEURO-PSYCHIATRIE

Abraham MOSOVICH. — **Etiologie de la sclérose en plaques (Théorie du Dr Putnam)** "Rev. Argentina de Neurologia y Psiquiatria", **8**: 256 (mars-juin) 1943.

L'hypothèse que la sclérose en plaques représente un stade tardif d'un processus de myélite ou d'encéphalite, ou d'encéphalopathie démyélinisante (processus bien caractérisé dans les formes post-vaccinales et post-rougeoleuses) a amené le docteur Putnam à une nouvelle conception étio-pathogénique de cette mystérieuse affection.

L'idée établissant une relation étroite entre les plaques de sclérose et les thromboses veineuses n'est pas nouvelle, mais on n'avait pas essayé jusqu'à date de donner une interprétation à ces trouvailles histologiques.

La dégénération myélinique, premier pas dans la formation de la plaque de sclérose, serait suivie d'un lent processus de gliose avec phagocytose de la myéline par les leucocytes infiltrés en grand nombre. Les cylindraxes dépourvus à tout jamais de myéline, s'entourent d'un tissu cicatriciel.

Il existe une similitude histologique et topographique entre les lésions de la sclérose en plaques et certaines formes d'encéphalo-myélites; les lésions obtenues par l'expérimentation chez l'animal permettent d'imaginer que la plaque de sclérose est la forme la plus atténuée d'une altération permanente dans l'irrigation sanguine.

Il est bien établi que le sang veineux coagule plus rapidement que le sang artériel et que la consommation d'oxygène dans le tissu nerveux est supérieure à celle d'autres tissus. L'asphyxie totale du cortex cérébral pour un temps relativement court amène la destruction de la cellule nerveuse, mais dans les cas où les échanges d'oxygène sont peu, mais continuellement altérés, c'est la myéline qui se modifiera le plus. Cette dernière modalité lésionnelle est réalisée par l'oblitération des petites veines cérébrales.

Simon et Solomon, chez des malades atteints de sclérose en plaques, ont noté une augmentation de la coagulabilité sanguine (après injection d'adrénaline ou de vaccin antityphique) plus importante et soutenue que chez des sujets normaux soumis à la même expérience. Ces résultats peuvent servir d'appui à l'idée voulant qu'un certain désordre fondamental dans le sang amène la formation de caillots en n'importe quel point de l'organisme. Ces caillots se réabsorbent sans laisser de traces, sauf dans les veinules du tissu nerveux, avec comme conséquence l'apparition de plaques de sclérose.

Einley montra que le début de l'encéphalite post-vaccinale se fait le plus souvent autour du onzième jour, coïncidant avec le stade de plus grande immunité, et solidarise l'encéphalo-myélite avec les phénomènes allergiques. D'autres expériences chez les animaux ont permis de supposer que l'instabilité dans le mécanisme de la coagulation sanguine est d'origine allergique.

Cette base allergique servirait aussi pour expliquer les poussées au cours de la sclérose en plaques susceptibles de survenir dans des circonstances variables (infection banale, grossesse, surmenage, exposition au soleil, refroidissement, émotions).

Avec l'appui de ces notions étiologiques, Putnam essaye actuellement de traiter la sclérose en plaques au moyen d'anticoagulants (Héparine), dans le but de prévenir la formation des thrombus. Actuellement la découverte de « Dicoumarin » ouvre d'autres horizons dans l'utilisation de substances anticoagulantes.

Putnam et Hoff, dans des travaux encore inédits, ont observé une diminution du temps de protrombine de 5 à 20% après administration d'adrénaline. On donne 1/10 de cc. d'adrénaline au millième par voie intraveineuse et on observe la diminution du temps de protrombine durant l'heure qui suit, et surtout durant les 20 premières minutes. Ces travaux encore en phase d'expérimentation ouvrent des nouvelles perspectives thérapeutiques et donnent plus de valeur à cette théorie pathogénique.

Julio VASQUEZ.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Ruben NOWLAND. — **Traitement de l'acné vulgaire avec comédons par électrodessiccation monoterminale.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **48**: 302 (septembre) 1943.

Dans le but d'obtenir une guérison définitive de l'acné par destruction des comédons, l'auteur a traité par électrodessication 31 malades avec les résultats suivants: 25 guérisons et 6 échecs.

Les 31 cas d'acné traités par électrodessication sont

SEPARSYL

Médication des déchéances nutritives,
des atonies cellulaires, des dépressions nerveuses

UNE AMPOULE INTRAMUSCULAIRE TOUS LES DEUX JOURS,
UN OU DEUX COMPRIMÉS TROIS FOIS PAR JOUR.

S·E·P INC.

SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
919, RUE CHERRIER — MONTRÉAL

répartis en 4 groupes: Premier groupe: Onze adolescents de 12 à 18 ans souffrant d'acné légère ou d'intensité moyenne avec comédons, papules et pustules, mais sans lésions kystiques. Neuf de ces malades répondent très bien au traitement; les deux autres sont considérés comme des échecs.

Deuxième groupe: Huit femmes et un homme dont les âges varient de 22 à 30 ans et plus. La plupart de ces patients ont une peau huileuse, de l'hypertricose et de nombreux comédons superficiels. Dans 7 cas les résultats sont excellents; les 2 autres cas sont peu améliorés par le traitement.

Troisième groupe: Six hommes de 14 à 22 ans. Ces 6 malades souffrent d'acné pustuleuse et kystique de la face avec de nombreux comédons. Tous tirent un bénéfice considérable du traitement à l'exception d'un qui, cependant, est quelque peu amélioré.

Quatrième groupe: Trois jeunes garçons qui présentent une acné sévère de la face et du tronc: grosses pustules, lésions kystiques et comédons volumineux simples et doubles. Ces 3 malades guérissent complètement par l'électrodessication à laquelle on adjoint cependant les rayons X à raison d'une application par semaine pendant 12 semaines consécutives.

Ces résultats sont, dans l'ensemble, excellents. Le traitement est peu douloureux, du moins pour les adultes, et il laisse des cicatrices minimes, moins apparentes que celles laissées par l'acné elle-même. Il nécessite cependant, pour une acné limitée à la face, de 3 à 5 séances d'électrodessication de 15 minutes chacune, à des intervalles de 3 semaines.

L'auteur se sert d'un appareil à éclateurs ordinaire et la technique qu'il préconise est très simple.

Henri SMITH.

Emanuel GAHAN. — **Fréquence du psoriasis parmi la population en général.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **48**: 305 (septembre) 1943.

L'auteur se demande combien il peut y avoir de malades souffrant de psoriasis parmi les hommes en général. Pour répondre à cette question, il compulse les statistiques de la « Skin and Cancer Unit », une des cliniques dermatologiques les plus considérables de New-York, et nous fait part de ses conclusions.

Une moyenne de 700 nouveaux cas de psoriasis sont vus actuellement à la « Skin and Cancer Unit ». Cela veut dire qu'il y a actuellement au moins 20,000 personnes vivantes qui sont traitées à cette clinique pour du psoriasis. Or, la « Skin and Cancer Unit » reçoit environ 20% de tous les malades qui souffrent de psoriasis dans la ville de New-York. Donc, il y a 100,000 cas de psoriasis environ dans la ville de New-York. Puisque New-York et ses environs immédiats comptent approximativement 10,000,000 d'habitants, on peut dire que 1% de cette population souffre de psoriasis. Etant donné que la proportion des cas de psoriasis de la ville de New-York est sensiblement la même que celle de toute autre localité située sous un climat tempéré et habitée par la race blanche, on peut dire qu'au moins une personne de race blanche sur 100 souffre de psoriasis.

Henri SMITH.

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans ¼ de verre d'eau par jour ou 1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy., 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 1er juin 1943

tenue à l'hôpital Notre-Dame

Présidence de M. Adélard Groulx

SEANCE LIBRE

Après lecture et adoption du procès-verbal, le secrétaire-trésorier général, M. Paul Letondal, fait part d'une lettre de M. R. Geddes, Chef de la division des approvisionnements du Bureau des Prix et du Commerce en temps de guerre, dont copie nous a été envoyée par M. Georges Hébert, secrétaire-adjoint de « l'Association médicale canadienne », division de Québec. Cette lettre nous rend compte des difficultés croissantes que nous éprouverons à obtenir des médicaments et du matériel hospitalier et recommande la plus stricte économie en ce domaine.

M. le Président souligne ensuite le caractère particulier de la séance de ce soir, que nous devons encore à l'initiative de M. Letondal. Ce dernier n'a pas craint de s'écarter des sentiers battus et de donner aux internes de nos hôpitaux l'occasion de présenter des communications, avec le concours de leurs chefs de services.

* * *

Empyème pulmonaire

M. Jacques LEGER

L'empyème pulmonaire constituait, jusqu'ici, un problème d'ordre chirurgical. La chirurgie n'a pas perdu ses droits, mais, s'il faut en croire les résultats obtenus dernièrement avec le traitement médical qui consiste à ponctionner et à instiller localement une solution de sulfathiazole soluble, nous pourrons avoir moins souvent recours à la pleurocostotomie: M. Léger cite 4 cas dont 2 guéris complètement par le traitement médical précité et 2 très améliorés.

Discussion.

M. Jules PREVOST est également d'avis que cette sulfamidothérapie locale est digne de retenir l'attention dans le traitement de l'empyème pleural. Il voudrait que M. Léger dise ce qu'il ferait en face d'un empyème compliqué *a*) d'une lésion pulmonaire active, non bacillaire; *b*) d'une hépatonéphrite; et quels sont les effets immédiats de la mise en place des sulfamidés dans la cavité pleurale.

M. ALLAIRE aimerait savoir comment M. Léger a traité le malade qui présentait un abcès pulmonaire avec fistule bronchopleuro pariétale.

M. LEGER répond:

à M. Provost que la lésion pulmonaire concomitante à l'empyème contre-indiquerait l'intervention chirurgicale et relèverait de la sulfamidothérapie, l'hépatonéphrite empêcherait au contraire de donner des sulfamidés. L'effet immédiat de la sulfamidothérapie, c'est la transformation du pus épais en liquide fluide et presque limpide parfois.

à M. Allaire que le malade porteur de l'abcès avec double fistule a reçu des sulfamidés par voie bronchique et par la fistule.

Les calculs invisibles de l'appareil urinaire

M. Jean CHARBONNEAU

M. Charbonneau rapporte une histoire typique des coliques néphritiques à répétition où la radiographie simple ne révélait rien, tandis que la pyélographie intraveineuse permet de voir un calcul triangulaire, calcul d'acide urique situé dans le bassinet, qui fut extrait par pyélotomie antérieure. Le diagnostic a donc pu être porté sur l'image lacunaire que montra la pyélographie. Cette lithiase unique impose un régime particulier et une médication éliminatrice qu'il faut continuer longtemps chez ces malades.

Discussion.

M. Oscar MERCIER insiste sur l'importance de l'usage lacunaire à la pyélographie et demande au rapporteur comment il différencierait un calcul non opaque d'une tumeur du bassinet.

M. CHARBONNEAU répond:

à M. Mercier que la tumeur n'aurait pas des contours aussi nets que ceux du calcul.

Traitement local des brûlures chez l'enfant par la sulfadiazine

M. J.-P. JOANNETTE

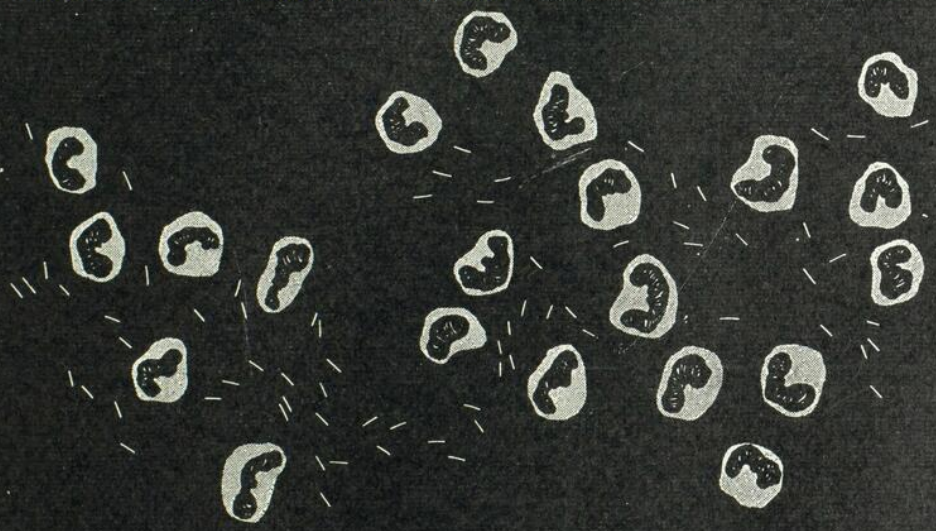
Après quelques considérations sur les facteurs de gravité de brûlure, leur siège, leur étendue et l'âge

LA PLUPART DES INFECTIONS URINAIRES SONT ENRAYÉES PAR LE

SULAMYD

Le SULAMYD (Sulfacétimide Schering) est "presque un spécifique" dans le *traitement* des infections des voies urinaires—surtout celles dues au colibacille, l'organisme causal le plus fréquent.

Le SULAMYD est efficace à petites doses, est mieux toléré, est d'un emploi commode. Des données récentes indiquent que le SULAMYD est utile comme *prophylactique* pré- et postopératoire en chirurgie genito-urinaire, et dans les interventions aux voies urinaires.



SULAMYD (Sulfacétimide Schering) en flacons de 100 et de 1000 comprimés de 0.5 gramme.

SCHERING

SCHERING CORPORATION LIMITED
137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

des victimes, M. Joannette nous présente les résultats obtenus à la sulfadiazine. Il semble bien que, chez les grands brûlés surtout et chez ceux qui sont atteints aux surfaces critiques, les résultats sont encourageants, au point de vue souplesse de la cicatrice et lutte efficace contre l'infection secondaire.

Discussion.

M. Edmond DUBE souligne que les résultats obtenus dans ces cas sont dus à la patience et au travail de M. Joannette. Il insiste sur la complexité du problème thérapeutique des brûlures et sur l'importance du traitement général.

L'érysipèle

M. L.-J. GAUTHIER

M. Gauthier cite d'abord l'histoire d'un bébé de 20 mois atteint d'un érysipèle traumatique de la jambe droite et guéri en 7 jours par absorption de 25 centigrammes de sulfathiazole toutes les 4 heures pendant 4 jours. Le deuxième malade était un adulte de 28 ans, diabétique et syphilitique qui présentait en plus d'un anthrax de la nuque un érysipèle de la face, qui résista au sulfathiazole et guérit par la sulfadiazine, tandis que son anthrax diminuait considérablement grâce à l'insulinothérapie concomitante.

Discussion.

M. Henri CHARBONNEAU insiste sur la valeur de la sulfamidothérapie dans le traitement de l'érysipèle et sur l'importance du diagnostic différentiel de la lésion érysipélateuse de la face avec le phlegmon diffus qui réclame la radiothérapie.

Un cas de "low back pain"

M. Roger GARIEPY

Il s'agissait d'une jeune patiente scoliotique et cyphotique qui présentait une douleur sciatique droite sans troubles nerveux périphériques, avec un point lombo-iliaque très net. La radiographie a révélé une sacralisation considérable qui a été traitée par l'immobilisation définitive par greffe vertébrale.

Discussion.

M. J.-E. SAMSON rappelle l'importance du « low back pain » en clinique et énumère les divers agents thérapeutiques qu'on peut lui opposer, à partir de la novocaïnisation jusqu'à la greffe. Il demande à M. Gariépy pourquoi valait-il mieux pratiquer chez cette malade une greffe qu'une transversectomie.

M. N. ALLAIRE souligne la fréquence avec laquelle les radiologistes trouvent des sacralisations qui ne causent aucun ennui à leurs porteurs, il demande si la radiothérapie a été tentée chez le cas du Dr Gariépy.

M. GARIEPY répond:

à M. Samson qu'il a préféré la greffe à la transversectomie parce que cette dernière intervention est plus laborieuse et permet souvent les récidives douloureuses et aurait été un moins bon traitement de l'arthrite lombosacrée entretenue par la cyphose permanente.

à M. Allaire qu'à son avis, la radiothérapie n'aurait apporté ici qu'un soulagement passager.

Kyste biliaire

M. René GRIGNON

Le patient en cause présente, un mois et demi après un traumatisme du thorax et de l'abdomen, un épanchement péritonéal fébrile, fait de sang et de bile que l'on tarit après soutirement de 12,000 c.c.; 3 mois après, il revient à l'hôpital avec un kyste biliaire volumineux qui est débridé et enlevé avec succès. Il s'agissait d'une cholépéritonite aseptique et traumatique qui s'est tarie spontanément après enkystement d'une certaine quantité de bile dans le petit bassin.

Discussion.

M. Laurent BERGERON souligne que l'intérêt de ce cas réside dans sa très grande rareté. Il croit qu'il vaudrait mieux parler d'enkystement biliaire que de kyste vrai qui implique l'idée d'une communication quelconque avec le foie ou les canaux biliaires.

* *
*

Le Président offre ses félicitations aux brillants rapporteurs de ce soir et remercie les chefs de service de leur présence qui a servi d'encouragement à leurs internes. Le succès de cette soirée permettra d'en reprendre la formule à l'avenir.

SYMPATHIES

Proposé par M. G.-L. Prud'homme, secondé par A. Lamarche, que des sympathies soient envoyées à la famille F. O'Leary Noiseux, membre titulaire récemment décédé.

ELECTION DES MEMBRES

Sont élus membres:

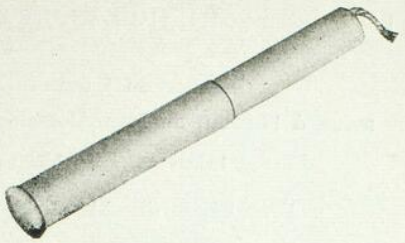
a) titulaires MM. L.-J. Gauthier et Jean Paquin.

b) correspondants, MM. R.-F. Bruneau, Oscar Choinière, Jean Dubé, Roger B. Goyette, Léopold Larose, Henri Picard, Gustave Provencher et Gérard Rochon.

Le Secrétaire des séances,
Roger DUFRESNE.

Les tampons menstruels

sont-ils d'une grande importance pour le médecin?



Evidemment non! Cependant — sont-ils assez importants pour justifier l'énumération de certains points convaincants? Certainement oui! Car, demain, la patiente dont l'estime lui est très précieuse pourra particulièrement désirer apprendre comment éviter une irritation vulvaire périodique très douloureuse . . . comment bénéficier des avantages de l'absorption interne sans difficulté d'introduction du tampon . . . comment obtenir une protection adéquate durant les jours d'écoulement abondant . . . ou plusieurs questions de réelle importance pour elle.

Pour son bénéfice, le médecin rappellera:

. . . que Tampax est comprimé à un sixième de son format normal, dans un applicateur individuel qui permet l'insertion haute et facile;

. . . que seul Tampax (de tous les tampons similaires) s'aplatit complètement et s'adapte bien à la voûte vaginale, donnant une assurance et un confort absolus;

. . . que le fin coton hydrophile reste en contact avec l'épithélium vaginal sans provoquer d'irritation interne ou externe;

. . . que sa grande capacité d'absorption donne à ses longues fibres de coton une action capillaire qui imbibe librement l'écoulement et en empêche l'arrêt;

. . . que seul Tampax (de tous les tampons similaires) est piqué avec des coutures entre-croisées qui empêchent sa désagrégation in situ; *la ficelle à l'épreuve de l'humidité, extension inséparable de ces piqûres, permet son retrait facile; que Tampax se présente en trois formats (super, régulier, junior) pour répondre à tout besoin particulier;*

. . . que des centaines et des milliers de patientes ont trouvé un confort nouveau — une commodité nouvelle — et une tranquillité d'esprit parfaite.

Le médecin qui explique toutes ces choses à ses patientes constate sans doute que (si elles sont comme la plupart des patientes qui ont été aidées de cette façon) leur hygiène menstruelle en est grandement améliorée et qu'elles lui en sont très reconnaissantes.

Sur réception de ce coupon nous vous adresserons des échantillons.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION — 533 COLLEGE STREET — TORONTO, ONT.

TAMPAX *CRÉÉ D'UNE FAÇON FONCTIONNELLE PAR UN MÉDECIN POUR UNE VÉRITABLE PROTECTION HYGIÉNIQUE.*

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION".

CANADIAN TAMPAX CORPORATION
533 College Street, Toronto, Ont.

Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons des 3 formats de Tampax.

Nom .....

Adresse .....

Ville ..... P 3-6

Séance du 5 octobre 1943
tenue à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Diagnostic précoce des maladies par carence chez les enfants

M. I. Newton KUGELMASS, de New-York

La Société Médicale de Montréal, à l'occasion de la reprise de ses séances, le premier mardi d'octobre, a eu l'honneur d'avoir comme invité le docteur I. Newton Kugelmass, de New-York.

Le docteur Kugelmass, qui est une autorité en pédiatrie et sur les maladies de la nutrition, est un ancien élève de l'Institut Pasteur de Paris. Docteur ès sciences et docteur en philosophie, en plus d'être docteur en médecine, auteur d'intéressants travaux de recherche à l'Université Yale, il met ainsi une vaste culture au service de l'enfance et de ses problèmes.

L'éminent pédiatre a traité d'un sujet très pratique et tout à fait d'actualité, en raison de la guerre et des privations de toutes sortes qu'elle nous impose.

*
* *

Dès l'ouverture de la séance, M. Paul Letondal, secondé par M. Edmond Dubé, propose que l'on suspende la procédure habituelle des assemblées régulières, pour en venir sans tarder à la conférence de M. Kugelmass. Cette proposition est adoptée unanimement et M. Gariépy demande alors au secrétaire-trésorier général de présenter le conférencier d'honneur. « Nous avons le plaisir et l'avantage de recevoir aujourd'hui, dit M. Letondal, l'un des représentants les plus autorisés de la pédiatrie américaine, chercheur et philosophe, auteur de *Newer Nutrition in Pediatric Practice* et *Diseases of the Blood in Children*. M. Kugelmass traitera d'un sujet important qui lui est bien familier: « le diagnostic précoce des maladies par carence chez les enfants. »

« M. Kugelmass... »

La saine nutrition de l'enfant, condition essentielle de son développement normal, doit s'adapter aux différentes phases de son existence, à partir même de la conception. Si l'on songe que trente des trente-cinq générations cellulaires qui jalonnent une vie humaine s'acumulent entre l'instant de la conception et l'époque de la naissance, on conçoit l'importance de la nutrition adéquate de la mère parturiente. N'oublions pas, d'ailleurs, que, de toute façon, le fœtus s'emparera de tous les matériaux qu'il lui faut, en puisant au besoin dans les réserves maternelles.

La naissance est une phase critique de l'enfant. L'accouchement le plus normal du monde plonge le nouveau-né dans un état de shock, par perte de liquide, qu'il faut compenser immédiatement après la naissance, sans se préoccuper du délai classique de 12 à 18 heures. Aux périodes de croissance rapide, d'un an à deux ans, de six à huit ans, et de douze à quatorze ans, il faut d'abord fournir à l'organisme une surabondance de matériaux nutritifs et profiter de cet effort de l'organisme pour en saisir les insuffisances qui risqueraient de passer inaperçues entre temps.

Des quarante constituants d'une alimentation rationnelle, il faut accorder la prépondérance aux alcalinisants qui protègent mieux contre l'infection et assurent une meilleure croissance.

Pour fournir à l'enfant tout ce qui assurera son développement normal, il faut donc parer d'abord à la dénutrition maternelle; après la naissance, il faut compter avec l'alimentation insuffisante, l'absorption et l'utilisation inadéquates et l'accroissement annuel des besoins de l'organisme.

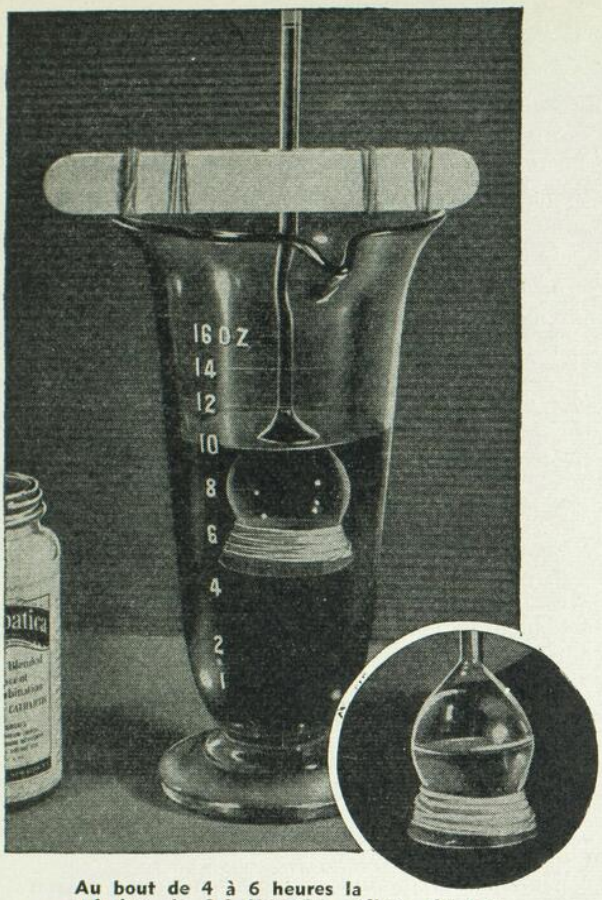
Tous ces facteurs influencent le développement physique et mental de l'enfant. Sur ce dernier point, l'expérimentation et la clinique ont fait ressortir le rôle capital que jouent la dextrose, l'oxygène et la vitamine « B » dans l'amélioration des processus mentaux. D'une nutrition adéquate, surtout dans les trois premières années de sa vie, dépendront donc le développement physique et mental de l'individu et son rôle futur dans la société, qui pourra, selon le cas, profiter de sa présence ou la supporter comme un fardeau.

M. Armand Frappier, Directeur de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, qui nous reçoit aujourd'hui, est ensuite invité à remercier M. Kugelmass. M. Frappier est heureux de nous avoir accordé l'hospitalité en de telles circonstances. La personnalité du conférencier et l'exposé captivant qu'il a fait d'un sujet de première importance ont fait de cette séance un régal intellectuel. Il faut espérer que de nouvelles initiatives, comme celle qu'a prise M. Letondal aujourd'hui, nous permettront d'entendre de nouveau M. Kugelmass et d'autres maîtres de la médecine américaine.

Et la séance est levée à 6 heures 15 p.m.

Le Secrétaire des séances,

Roger DUFRESNE.



Au bout de 4 à 6 heures la solution de Sal Hepatica s'éleva du bas jusqu'au sommet du tube de sûreté (voir vignette).

La solution laxative de Sal Hepatica s'éleva à 34% après une heure dans l'anse isolée de l'iléon d'un chien.

In vitro et in vivo

SAL HEPATICA CRÉE LE VOLUME LIQUIDE

Dans le verre aussi bien que dans une anse isolée de l'iléon d'un animal de laboratoire, SAL HEPATICA démontre bien la raison qui incite la profession médicale à recommander son administration — l'efficacité de cette préparation à créer le volume liquide.

Une solution laxative de Sal Hepatica fut introduite dans une anse isolée de l'iléon d'un chien. Une heure plus tard, l'examen révéla que la solution avait augmenté de 34%. La même solution placée dans un tube de sûreté, hermétiquement fermé au moyen d'une membrane semi-perméable, et suspendu dans la solution de Ringer, augmenta d'environ 34 pour cent en moins de deux heures — et d'environ 100 pour cent en 6 à 12 heures.

Lorsque certains malades exigent un laxatif léger mais efficace, les médecins recommandent toujours Sal Hepatica.

SAL HEPATICA

SUPPLIES LIQUID BULK TO FLUSH THE INTESTINAL TRACT

Bristol-Myers Co. of Canada Ltd., 3035F, rue St-Antoine Montréal.

SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE MONTREAL

Séance du mercredi, le 20 octobre 1943

Présidence de Jean LeSage

SYMPOSIUM SUR LA DIVERTICULOSE ET LA DIVERTICULITE DU COLON

Diverticulose et diverticulite. Un facteur étiologique inconnu

M. Albert JUTRAS

Parmi les lésions du côlon démontrables par radiographie, il n'y en a pas de plus fréquentes que les diverticules.

La diverticulose du gros intestin peut rester asymptomatique, mais elle se transforme souvent en diverticulite, c'est-à-dire que la lésion initiale se complique de spasme et d'altérations tissulaires, qui, tôt ou tard, décident le patient à consulter.

Les diverticules se trouvent partout sur le gros intestin, mais avec prédilection marquée pour le sigmoïde et le descendant (80% d'après la statistique personnelle.)

Puisque, en amont du rectum, l'exploration radiologique est le meilleur moyen d'obtenir la certitude de l'existence de la diverticulose et de ses troubles secondaires, c'est d'après elle que s'établit en grande partie le classement des modalités cliniques. Il y a, en outre, une méthode d'investigation radiologique précise à suivre et, s'il y a le moindre doute, l'on ne doit pas hésiter à compléter l'examen sur le champ par l'insufflation d'air. On obtiendra ainsi le double contraste à la fois opaque et gazeux. Sur points suspects, des films localisés avec compression sont souvent décisifs.

Grâce à une expérience peronnelle, portée sur des milliers de cas de diverticulose et de diverticulite, M. Jutras reconnaît des catégories radiologiques suivantes: 1) la côlite prédiverticulaire; 2) la diverticulose simple; 3) la diverticulite spasmodique; 4) la diverticulite ulcéreuse; 5) la diverticulite avec péricôlite hyperplasique et sténosante; 6) la diverticulite avec perforation, soit aiguë, soit avec abcès péricolique, avec fistule (interne ou externe); 7) la diverticulite avec cancer.

A l'aide de nombreux clichés radiologiques et de projections, M. Jutras démontre les signes radiologiques précis permettant de reconnaître ces différentes catégories. Il insiste surtout sur le danger qu'il y a de confondre la péri-sigmoïdite hyperplasique avec un néoplasme du sigmoïde.

Le signe différentiel à la radiographie, c'est la longueur axiale du rétrécissement que dépasse celle du néoplasme; en outre, les extrémités de la pseudo-lacune sont amenuisés et non pas taillées à pic ou en éperon, comme cela se voit dans le cancer.

En somme, si l'étiologie de la diverticulose colique est assez obscure, on sait que l'affection apparaît rarement avant la quarantaine et qu'elle augmente en fréquence avec l'âge; que deux hommes en sont atteints contre une femme; que cette maladie n'est pas essentiellement héréditaire ou familiale, bien qu'on la rencontre parfois chez plusieurs sujets d'une même lignée qui leur assure le même biotype. On sait aussi que les obèses à tronc court accusent une prédisposition, de même que les constipés chroniques, et c'est à peu près tout. Jamais on n'a recherché les liens entre ces divers facteurs.

Des centaines et des centaines d'exemples durant les dix dernières années lui ont appris que la diverticulose s'observe dans certainement 75% des cas chez des individus possesseurs de sigmoïdes longs, redondants, sinueux ou bouclés. Ces mêmes sujets présentent généralement en même temps une malposition cæcale: cæcum non descendu, cæcum coudé et fixé ou non par l'appendice, cæcum anormalement mobile, etc. Ces malposition cæcales et ces dolicho-sigmoïdes sont communs chez les bréviliques à gros ventres.

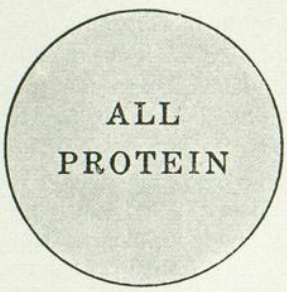
Ce sont des individus portés à la constipation, elle-même conséquence du sigmoïde incomplètement déroulé.

La constipation produit et maintient une pression endosigmoïdienne excessive. La muqueuse est poussée par les points faibles de paroi. Vers la quarantaine, quand l'affaiblissement général et la déchéance de la musculature commencent, les diverticules apparaissent et augmentent en nombre et en grosseur avec les progrès de la dégénérescence musculaire. Les diverticules coliques sont des diverticules de pulsion. Tous les sujets qui ont des dolichocôlons ne sont pas nécessairement affectés de diverticulose; tous les sujets qui ont des diverticules coliques n'ont pas forcément des anomalies coliques; mais, à notre point de vue, l'association est trop fréquente pour qu'il n'y ait pas corrélation.

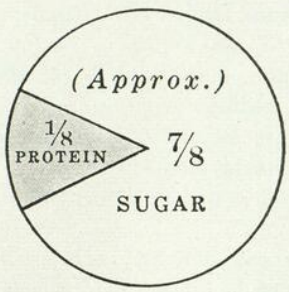
Pour M. Jutras, un sujet brévilique de 40 ans et plus, dont la sangle abdominale donne des signes de déficience, est *à priori* un dolichocolique et un candidat à la diverticulose.

Chaque fois qu'il radiographie de tels patients, il vérifie cette notion et il doit avouer qu'elle ne le trompe pas souvent. Donc toute jeune personne chez qui on constate des particularités topographiques du gros intestin, devrait être soumise au traitement préventif de la diverticulose: empêcher la stase et la fermentation intestinale; prévenir le relâchement de la pression extra-colique par la culture des muscles abdominaux ou par le port d'une ceinture compressive. Le corset est peut-être la raison de la faible proportion de la diverticulose chez la femme. C'est en tout cas un excellent moyen de réduire les inconvénients de la diverticulose existante.

POURQUOI VOUS DEVRIEZ SPÉCIFIER LA GÉLATINE ORDINAIRE NON AROMATISÉE



GÉLATINE KNOX



GÉLATINE À DESSERT AROMATISÉE.

Plusieurs médecins recommandent la gélatine Knox ordinaire, non aromatisée, dans les régimes spéciaux, parce qu'elle constitue une protéine facile à digérer.

Sur l'envoi de ce coupon vous recevrez une brochure instructive.

UNE AIDE AUX MÉDECINS OCCUPÉS dans leur prescription de régimes spéciaux! Brochure gratuite indiquant l'adaptabilité de la Gélatine Knox aux besoins alimentaires. Écrivez à Knox Gelatine, Johnstown, N.-Y. Dept. 472.

Quantité désirée.

- ☐ L'Alimentation des malades .....
- ☐ Régime du diabétique .....
- ☐ L'Alimentation infantile .....
- ☐ Régimes et recettes pour l'obèse .....
- ☐ Valeur protéique de la gélatine ordinaire non aromatisée. .....

Nom .....

Adresse .....

Ville ....., province .....

GÉLATINE KNOX

U.S.P.

GÉLATINE ORDINAIRE, NON AROMATISÉE..

PROTÉINE ENTIÈRE, SANS SUCRE.

Discussion.

M. Origène DUFRESNE ouvre la discussion en faisant noter que les signes radiologiques de la péri-sigmoïdite hyperplasique et le cancer du sigmoïde, sont assez similaires et peuvent parfois conduire à une erreur de diagnostic qui aurait pour conséquence une intervention chirurgicale, avec résultat final d'un malade condamné à un anus artificiel définitif.

Il ne croit pas justifiable de soumettre à une intervention chirurgicale un malade ayant une lésion dans la région sigmoïdienne, sans avoir fait l'essai de la radiothérapie.

M. LACHARITE souscrit partiellement à cette manière de voir. Aussi, fait-il noter que les cancers de cette région, étant comme tous les cancers glandulaires, radio-résistants, ne bénéficieront pas de la radiothérapie.

M. JUTRAS fait noter comment cette attitude est dangereuse. En présence d'une lésion péri-sigmoïdienne, pouvant être maligne, mais dont la réaction inflammatoire répond à la radiothérapie, même avec disparition partielle de la masse, il y a une fausse sécurité qui se crée et pour le médecin et pour le radiologiste et pour le malade qui ne bénéficie que d'un bien-être temporaire.

M. GRONDIN hésite à accepter, sur certains clichés présentés par M. Jutras, la présence de dolicho-sigmoïdes. Il désire savoir quels sont les points de repère permettant de conclure radiologiquement à la présence de cette condition.

M. LEFRANÇOIS fait une mise au point concernant l'endométriose chez la femme et les lésions péri-sigmoïdiennes.

M. Jean LESAGE et M. LACHARITE font noter que le lavement opaque peut créer une distension faisant penser à un dolichocôlon et la disparition ou le changement dans la malformation de ces dolicho-côlons révélés par des examens subséquents.

M. Roger DUFRESNE demande s'il n'y aurait pas lieu de faire une distinction entre les diverticulites du duodénum ou autres endroits du tube digestif et les diverticules du côlon.

M. JUTRAS termine la discussion en faisant noter que, radiologiquement, il est possible de faire la distinction entre la diverticulose et la diverticulite. La muqueuse est normale, il n'y a pas de spasme et il y a absence des anneaux en palissade.

Si les limitations de ce qui constitue un dolicho-sigmoïde sont à établir, il faut aussi penser qu'une anse sigmoïdienne qui paraît allongée et persiste après évacuation du lavement, et non pas démesurément longue pour que la boucle occupe les fosses iliaques, droite ou gauche, peut être considérée comme un dolichosigmoïde.

La diverticulose du côlon peut être considérée d'étiologie acquise en comparaison des diverticules d'étiologie congénitale, apparaissant ailleurs que dans le tube digestif. En plus, faut-il considérer le diverticule du côlon comme un diverticule spécial de pulsion et par conséquent un faux diverticule.

Certains aspects du traitement médical

M. A. CANTERO

L'importance qu'apportent les signes radiologiques permettant de préciser un traitement médical pour les différentes catégories radiologiques de la diverticulose et diverticulite, se trouve confirmée par l'exposé de M. Jutras.

Le facteur étiologique sur lequel a insisté M. Jutras nous paraît très convaincant. Aussi se rattache-t-il à l'observation clinique que nous avons souvent faite i.e. la relation intime entre la diverticulose du côlon, la diathèse arthritique et l'état de hypothyroïdisme et du biotype, sténique obèse, souvent porteur d'une diverticulose du côlon.

En résumé, l'on retrouve très fréquemment, chez des individus affectés de diverticulose et de diverticulite, une *constitution dégénérative*, avec instabilité végétative, dystonie et quelquefois des signes de dysparathyroïdisme et d'hypothyroïdisme. Chez la plupart de nos malades, l'enregistrement du métabolisme basal et l'étude du bilan calcique, nous a permis d'établir une thérapeutique, tenant en ligne de compte ces données et pouvant être efficace surtout dans la ptose prédiverticulaire et dans la diverticulose et la diverticulite non compliquées. L'hypothyroïdisme et l'hypoparathyroïdisme ont pour résultat, dans la majorité des cas, de créer un dysynergisme du système neuro-végétatif, surtout en autant qu'il affecte le tissu neuro-musculaire du côlon.

Nous préconisons l'extrait de glande thyroïde à faible dose (⅛ à ¼ de grain, 2 à 3 fois par jour) combiné à du calcium intraveineux ou intramusculaire. Le bilan calcique (i.e. calcium-phosphore et calcium-potassium) indique bien que la plupart de ces malades bénéficieront du calcium à hautes doses, pourvu qu'il soit absorbable. Quelquefois, même l'emploi de vitamines « D » permet sans l'extrait parathyroïdien de rétablir le bilan calcique.

Enfin, il faut rechercher à stimuler le parasympathique plutôt que d'essayer de paralyser le sympathique. L'acétycholine ou le méchobyl à dose de 10 mgm., 3 fois par jour, réalise à rétablir l'équilibre dans cette dyssynergie du système neuro-végétatif.

Discussion.

M. LACHARITE demande si le traitement préconisé est curatif.

M. Roger DUFRESNE hésite à admettre d'emblée que les individus porteurs de diverticulose soient des hypothyroïdiens et qui bénéficient de la thérapeutique thyroïdienne, s'il faut admettre, d'après l'ex-

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

A. de Saint-Exupéry
LE PETIT PRINCE $2.00

Geneviève de la Tour Fondue
RETOUR A LA VIGIE $1.00

Alain-Fournier
LE GRAND MEAULNES $1.25

Léon Bloy
LA FEMME PAUVRE $1.25

René Bazin
MAGNIFICAT $1.25

Madeleine d'Angreville
LADY FLORENCE $1.50

Oscar Masse
LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER . . . $0.75

Solange Chaput-Rolland
FUMEES $1.00

Marie de Villers
REPONSE A DESESPOIR DE VIEILLE FILLE . $0.75

Léon Chancerel
LES JEUX DRAMATIQUES $0.75

Maurice Bedel
GEOGRAPHIE DE MILLE HECTARES . . . $0.75

Mrs. James Roosevelt
MON FILS FRANKLIN $1.25

Jacques Chastenet
WILLIAM PITT $1.50

C.-V. Johnson
A TRAVERS LE TEMPS ET L'ESPACE $1.25

Jean Bruchesi
HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol. . . $2.50

Léon Marchal
VILLE-MARIE. Les origines de Montréal . . . $1.25

Mgr Camille Roy
DU FLEUVE AUX OCEANS $1.00

Emile Lengyel
DAKAR $1.50

Elie-J. Bois
LE MALHEUR DE LA FRANCE $2.25

Léon Marchal
DE PETAIN A LAVAL $1.50

Général Eon
LA BATAILLE DES FLANDRES $1.00

Emile Vaillancourt
LE CANADA ET LES NATIONS UNIES . . . $0.75

Arthur Maheux
POURQUOI SOMMES-NOUS DIVISES? $1.00

Abbé Charles Journet
VUES CHRETIENNES SUR LA POLITIQUE . . $1.00

Abbé Louis Bouhier, p.s.s.
MADAME BRAULT, une mystique canadienne . $1.25

Abbé Paul Lachapelle
PSYCHIATRIE PASTORALE $1.25

Gabrielle Carrière
COMMENT GAGNER SA VIE $1.00

Abbé C.-E. Roy
ORGANISATION CATECHISTIQUE $2.50

R. P. Denis
PRIERES DE SAINTE GERTRUDE $1.00

1896

1943

SANATORIUM de BLOIS

47e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

posé de M. Jutras que le dolichocôlon, le dolichosigmoïde, le cæcum descendu est le facteur étiologique et s'il n'y a pas de doute que la constipation est le *primum movens* et qu'elle crée cette pression endocolique, nécessaire pour l'apparition des diverticules.

Enfin, il serait intéressant de savoir quels autres signes cliniques furent recherchés, à part des données du laboratoire et du métabolisme basal, pour déterminer qu'il s'agit d'hypothyroïdisme.

M. LETENDRE, en substance, appuie les remarques apportées par M. Roger Dufresne.

M. CANTERO fait noter, en conclusion, qu'il s'agit dans la plupart des cas d'un hypothyroïdisme fruste et dont les examens du laboratoire répétés ont démontré qu'il s'agissait de biotype asthénique, court, hypotendu, dont le métabolisme basal restait toujours relativement bas. Nous observons le malade tel qu'individu crystallisé dans l'espace et dans le temps, mais, s'il nous était donné la possibilité de suivre ces malades dès le bas âge, jusqu'à l'apparition des diverticules, i.e. à l'âge adulte, nous noterions qu'à plusieurs étapes, ces individus sont toujours porteurs des stigmates d'une constitution dégénérative, dite hypothyroïdisme et que les malformations des voies digestives, surtout du cadre colique, leurs positions excentriques sont l'expression de troubles profonds dans la « formule endocrinienne ». La constipation, que cela soit dans la maladie de Hichsprung ou dans le dolichocôlon ou dans la diverticulose, n'est que le résultat de la dysthénie, greffée sur l'état dégénératif d'une musculeuse du côlon malformé.

Considération sur le traitement chirurgical de la diverticulose et de la diverticulite

M. Pierre SMITH

La diverticulose relève d'un traitement purement médical, excepté si elle se trouve associée à l'appendicite, et dans ce cas l'appendicectomie doit se compléter d'un traitement médical. La diverticulite simple, sans complications, ne bénéficie pas d'une thérapeutique chirurgicale. Aussi, ne doit-on intervenir d'une manière précise sur le côlon, que si l'on se trouve en présence d'une crise aiguë chez un malade connu souffrant de diverticulite.

Il y a à considérer alors qu'il s'agit soit d'une fistule généralement colo-vésicale; soit d'une perforation, soit d'un abcès. La laparotomie avec drainage au Mickulicz ou ordinaire s'impose. Enfin une diverticulite à épisode aiguë et refroidie ou chroniquement ré-infectée réclame une thérapeutique chirurgicale.

La modalité chirurgicale et le temps choisi pour poser l'acte chirurgical, dépenderont de la localisation de la lésion et de l'état local. Il vaut toujours mieux d'opérer à l'état froid, de retarder, si nécessaire, et de procéder par étape s'il s'agit d'une diverticulite infectée. La chirurgie du côlon bénéficie de cette procastination.

Discussion.

M. Jacques BRUNEAU apprécie cette manière de voir de M. Smith. En chirurgie du côlon, il faut que la résection soit étendue, qu'elle procède par étape. Les plus espacées seront des interventions subséquentes et ainsi l'on risque moins d'avoir de déboires.

M. GRONDIN demande si, en faisant des résections de dolichosigmoïde et autres interventions sur le côlon, M. Smith a eu occasion de noter la présence de diverticules.

M. SMITH fait noter que, dans aucun des cas qu'il a opérés pour dolichosigmoïde ou dolichocôlon chez des malades de 18 à 38 ans ou 40 ans, il n'a trouvé des diverticulites à l'opération.

Le Secrétaire,

A. CANTERO.

NOUVELLES

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL

Chaire de maladies tropicales

La Faculté de Médecine envisage la création toute prochaine d'une chaire d'enseignement des maladies tropicales. Cette décision s'impose en effet, en prévision de problèmes cliniques et thérapeutiques que créera bientôt le retour au pays d'un nombre imposant de combattants qui auront séjourné dans des régions tropicales. Il faudra donc initier étudiants et médecins au diagnostic et au traitement des maladies tropicales, afin d'en arrêter l'évolution chez le malade et de prévenir leur diffusion au sein de la population civile. La Faculté de Médecine nommera un chargé de cours à cette chaire, qui se sera auparavant, sans aucun déboursé personnel, spécialisé en cette matière, passant six mois aux Etats-Unis et si nécessaire un an au Brésil. La Faculté serait heureuse d'entrer en contact avec tout jeune médecin désireux de porter ses activités dans cette direction.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Faculté de Médecine

Diplômés de novembre 1943

DOCTEURS EN MÉDECINE

Docteur avec très grande distinction.

Delaney, Joseph-Austin-Foch.

Monsieur Delaney a aussi obtenu la médaille du lieutenant-gouverneur de la province, décernée à l'élève de 5e année qui a le mieux réussi dans les matières de laboratoire.

Docteurs avec grande distinction.

Champoux, Roger; Côté, Fernand; Cusson, André; Gélinas, Jacques, Laberge, Edouard; Laramée, André; Lebel, Ls-Léon.

Monsieur Lebel a aussi obtenu: 1° le prix « Rodolphe Boulet » ($50.00), décerné à l'élève qui a le mieux réussi dans les matières de 5e année; 2° le prix d'internat ($25.00) (ex æquo avec M. Léger), offert par les Laboratoires Nadeau Limitée, et décerné à l'élève de 5e dont le succès a été le plus marqué au cours de l'internat.

Léger, Jean-Louis.

Monsieur Léger a aussi obtenu: 1° la médaille d'or « Sir William Hingston », accordée à l'élève qui a conservé le plus grand nombre de points sur l'ensemble du cours de Médecine; 2° le prix d'internat ($25.00) (ex æquo avec M. Lebel), offert par les Laboratoires Nadeau Limitée, et décerné à l'élève dont le succès a été le plus marqué au cours de l'internat.

Lemieux, Roger; Mercil, Roland; Papillon, Louis-Philippe; Poirier, Roger.

Monsieur Poirier a aussi obtenu le prix « E.-P. Lachapelle » ($50.00), décerné à l'élève de 5e année qui a obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens de doctorat.

Robitaille, Robert; Royer, Albert; Turgeon, Pierre.

Docteurs avec distinction.

Bédard, Lucien; Bélanger, François; Brunelle, Simon; Domingue, Charles; Guertin, Paul; Jean, Jean-Pierre; Laporte, Marius; Ledoux, Léon; Mailloux, Grégoire; Marchand, Louis-Joseph; Parenteau, André; Poirier, Jean; Raymond, René; Riopelle, Philippe.

Docteurs.

Barrière, Ls-Maurice; Bourgouin, Maurice; De Hostos, Gustavo-Adolfo; Derome, Léon; Di Pasca, Robert-Vincent;

ASPIRIN

DANS LES:

- **Rhumes**
- **Myalgies**
- **Névralgies**
- **Fièvres**
- **Arthrites**
- **Influenza**
- **Dysménorrhées**

Chaque comprimé d'Aspirine contient la dose complète du médicament pur.

1 ANALGÉSIQUE

Efficace dans le soulagement rapide de la douleur.

2 ANTIPYRÉTIQUE

Provoque l'abaissement de la température.

3 BIEN TOLÉRÉE

Chimiquement pure. Presque entièrement libre d'acides salicylique et acétique dissociés.

4 SÛRE

Agent thérapeutique de choix depuis plus de 40 ans.

THE BAYER COMPANY, LIMITED

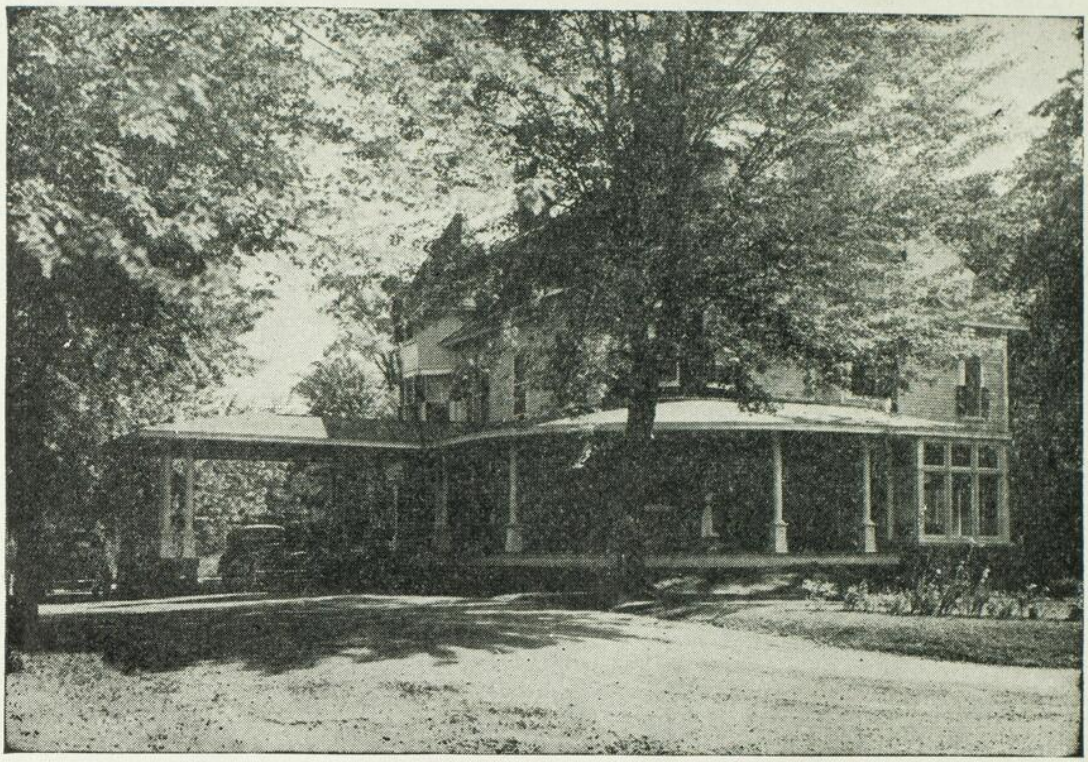
1019 Elliott Street West, Windsor, Ontario.

BAYER

ASPIRIN

Nom déposé au Canada.

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

4445 ouest, Boulevard Gouin, **Téléphone: BYwater 1240**

Favreau, Robert; Giasson, Carl; Gingras, Gustave-Eugène; Gouin, Marcel; Langevin, Ernest; Laperrière, Vincent; Laurier, Jean-Jacques; Leblanc, Lionel; Leclaire, Yves; Legault, Ruth; Lépine, Aurèle; Letellier de St-Just, Edouard-Henri; Lodyjensky, Catherine; Mayrand, Gérald; Page, Léopold; Trépanier, Claude.

SOCIETE DE BIOLOGIE DE MONTREAL

Le Professeur Ozorio de Almeida, professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro, Brésil, a donné une conférence sur ses travaux de recherches, mardi, 16 novembre 1943, à l'Université de Montréal.

Le Professeur de Almeida était l'invité du Gouvernement canadien et visita les Facultés de Médecine de l'Amérique du Nord. Il a fait sur le système nerveux des travaux expérimentaux qui l'ont rendu célèbre dans le monde entier.

Cette conférence fut donnée sous les auspices de la *Société de Biologie de Montréal* et de la *Revue Canadienne de Biologie* dont le professeur de Almeida est l'un des collaborateurs distingués.

ELECTIONS A L'HOPITAL SAINT-LUC

Le Conseil Médical et le Bureau Médical de l'hôpital Saint-Luc se sont choisi pour le prochain exercice les officiers suivants:

CONSEIL:

Président: C. T. Mathieu;
Vice-Président: W. Tremblay;
Secrétaire: E. Garceau;
Délégués à l'Exécutif: D. Longpré, R. Grondin.

BUREAU:

Président: M. Ostiguy;
Vice-Président: R. Major;
Secrétaire: C.-H. Roy;
Délégués au Conseil Médical: A. Labelle, P. Smith.

BELLE INITIATIVE D'HYGIENE DANS NOS ECOLES

« Dans certaines municipalités de la province, les membres de la Commission scolaire fournissent, sur la recommandation de leur dentiste-hygiéniste, de la pâte dentifrice et des brosses à dents à tous les enfants qui fréquentent les écoles. Ces articles sont laissés à l'école et tous les enfants sont invités à se brosser les dents en arrivant en classe et avant leur départ de l'école. Je félicite les Commissions qui ont eu cette heureuse initiative et je souhaite, dans l'intérêt de tous les enfants, que toutes les écoles de la province soient dotées du même système. » Voilà ce que vient de révéler le Dr A. Reny, chef de la division d'hygiène dentaire dans la province.

« Est-ce que le fait de prendre une nourriture riche en sels minéraux et en vitamines, et l'habitude de se brosser les dents après chaque repas, dit-il, est suffisant pour conserver ses dents? Non! Il faut de plus se faire examiner la bouche régulièrement, au moins tous les ans; et ce conseil ne s'adresse pas seulement à ceux qui souffrent de la carie dentaire apparente, mais aussi, et je dirai même surtout, à ceux qui semblent avoir une bonne dentition. Pourquoi?

« La carie dentaire est très difficile à découvrir au début. Combien de gens qui se rendent chez leur dentiste pour se faire traiter une ou deux dents sont souvent surpris d'apprendre, après l'examen de leur bouche, que plusieurs autres caries sont en voie de formation souvent avancée. La raison, c'est que, contrairement aux autres parties du corps humain, les troubles du début causés par la carie, sur les dents, se présentent sans causer de douleur. Et ce n'est que lorsque la cavité a pénétré à proximité du nerf que l'on est averti de sa présence, et, dans bien des cas,

il est trop tard pour faire un plombage vraiment efficace, sans compter qu'une telle intervention est souvent douloureuse. Alors pourquoi attendre! Vous avez tous les avantages à gagner en visitant votre dentiste tous les ans, avantage pécuniaire d'une part, car vous en serez quittes pour votre trouble si votre bouche est en bon ordre, n'ayant qu'à payer le nettoyage de vos dents; et si, d'autre part, votre dentiste découvre quelques caries superficielles, outre que le coût de leur réparation sera minime, car il est beaucoup moins dispendieux de traiter une petite carie que de réparer une dent brisée, l'intervention dentaire pourra se faire sans douleur, puisque les tissus qui recouvrent la dent n'ont pas de terminaison nerveuse.

47,288 NAISSANCES AU COURS DES SIX PREMIERS MOIS

Durant les six premiers mois de 1943, la province de Québec enregistre 47,288 naissances vivantes, ce qui fait un taux de 27.6. Ce rapport préliminaire accuse une diminution de 865 naissances sur l'année précédente, mais il ne faut pas oublier que, pour cette période, les chiffres de 1942 sont complets. On a raison de croire que le total des naissances des six premiers mois de 1943 dépassera 49,000 quand tous les rapports auront été communiqués à la division de démographie du département de la santé et du bien-être social de la province.

Le démographe provincial estime qu'en 1943 on enregistrera pour les douze mois plus de 98,000 naissances, ce qui marquera une nouvelle augmentation de notre natalité. Si cet accroissement est général en Amérique, voire même en Angleterre, il semble qu'actuellement se manifestent des signes de fléchissement et d'arrêt dans quelques provinces et dans quelques Etats de la république voisine.

Il est assez difficile de prédire ce qui surviendra chez nous en 1944, mais on peut présentement se rendre compte que la nuptialité n'a aucune tendance à décroître.

Durant ce premier semestre de 1943, nous comptons 1,300 mariages de moins que durant la même période de 1942; les mêmes estimés anticipés permettent de constater que, durant juillet et août, les mariages ont été très nombreux, égalant presque le nombre des naissances.

NAISSANCE DE LA SYPHILIS

« Parmi tant de maladies dont peut souffrir l'humanité, la syphilis se révèle la plus insidieuse. Le caractère se manifeste dès le début, puisqu'elle est contagieuse depuis le moment du contact infectant, et qu'aucun moyen ne permet alors de la dépister », déclare le docteur Elphège Lalande, directeur adjoint de la division des maladies vénériennes au ministère provincial de la santé et du bien-être social.

« Trois semaines plus tard, continue-t-il, le malheureux découvrira sur une partie quelconque du corps, particulièrement sur les muqueuses génitales et celles de la bouche, une lésion de petite dimension, un petit bobo n'ayant l'air de rien du tout, mais qui aura une répercussion d'une gravité terrible sur tout l'organisme s'il n'est pas immédiatement reconnu et traité. C'est la lésion première de la syphilis, c'est le chancre syphilitique. Le malade continue évidemment d'être contagieux, et, s'il n'est pas traité, le sera pour environ quatre années. A ce moment, on reconnaîtra la syphilis par un examen au microscope du liquide qui suinte à la surface de la lésion. Quelques semaines plus tard, un examen spécial du sang, appelé épreuve de Wassermann, se révèle positif et demeurera tel presque sans interruption au cours de la maladie, si la victime ne se fait pas traiter. Encore un peu plus tard, le chancre, généralement unique au début, disparaîtra, mais le microbe aura gagné, par la voie du sang, les organes internes de l'organisme pour y continuer son œuvre de destruction.

« Cet envahissement se manifestera par des lésions cliniques de toutes sortes: éruption sur

HEMO-VITOL

Contient à l'once:

Chlorure de thiamine (vitamine B_1) 1500 unités internationales
Riboflavine (vitamine B_2) 1875 gammas (750 unités Bourquin-Sherman)
Extrait de foie concentré . . 84 grains
Sérum frais de cheval . . . 40 gouttes
Hémoglobine . . . . . 6 grains
Glycérophosphate de soude . 4 grains
Peptone . . . . . Q. S.

POSOLOGIE: *une cuillerée à thé à prendre dans un peu d'eau au repas.*

LM

ANÉMIES
SYMPTOMATIQUES
CROISSANCE DIFFICILE
AMAIGRISSEMENT
PERTE D'APPÉTIT

LABORATOIRE MAROIS
MONTRÉAL

COLLYRE ISOTONIQUE STABILISÉ

Préparation sûre, commode, approuvée par un grand nombre de médecins, beaucoup employée sous les conditions rigoureuses qui existent dans les industries de guerre.

Il est bien reconnu que les propriétés astringentes et toniques de la berberine et de l'hydrastine exercent une action bienfaisante sur les délicates membranes muqueuses des yeux, du canal lacrymal et des voies nasales. Ce collyre contient de la berberine et de l'hydrastine sous forme de chlorhydrates; il a été créé par des oculistes à l'usage de l'hôpital et du foyer. Depuis longtemps cette préparation s'est montrée très efficace dans le traitement des affections oculaires ordinaires.

Cependant, depuis le début de la guerre, ce collyre a donné des résultats appréciables dans les postes de premiers soins et les hôpitaux de plusieurs industries de guerre, d'un océan à l'autre, au Canada et aux Etats-Unis.

MURINE, dont le nom provient de la **MUR**iate de berber**INE,** offre au médecin un collyre isotonique tamponné adoucissant dont l'action est légèrement antiseptique... il coopère aux fonctions normales des glandes lacrymales sans provoquer la moindre irritation.

MURINE a une pression osmotique identique à celle des larmes... elle est modérément alcaline... peu astringente... elle aide à nettoyer le canal lacrymal de toutes les sécrétions albumineuses, et elle soulage l'inflammation causée par l'irritation ou la simple conjonctivite.

Littérature descriptive sur demande.

THE MURINE COMPANY - - TORONTO, ONTARIO

INGRÉDIENTS

Bicarbonate de potassium.
Borate de potassium.
Acide borique
Chlorhydrate de berbérine
Glycérine
Chlorhydrate d'hydrastine
Eau stérilisée.
"Merthiolate" (Ethyle mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001%.

Remarquez que l'action libre du potassium et l'acide borique sont maintenus dans la lotion présentée

Dragées glutinisées

PYÉLOSE

DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE

★

Réalise la désinfection des reins, des voies biliaires et urinaires.

Indications **: Pyélites, pyélonéphrites, lithiases, cystites, colicystites, toxémies colibacillaires.**

★

Mode d'emploi : Deux dragées trois fois par jour suivant l'avis du médecin.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT:

Mandalate de calcium	1 gr.
Hydrate de terpine . .	½ gr.
Phosphate d'ammonium	1 gr.
Acide nicotinique . . .	⅛ gr.
Benzo — Méthyl — Oxyquinoléine . . .	⅔ gr.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

EAU ALCALINE NATURELLE JAILLISSANTE

Fortement recommandée par Messieurs les Médecins

USINE D'EMBOUTEILLAGE "MASKI"
Saint-Justin, Qué., Canada

La pureté de l'eau **"Natalka"** est d'une importance capitale pour la profession médicale et le bien des consommateurs.

ALCALINE ETAT NAISSANT

C'est dans cet état que l'eau alcaline possède son maximum d'énergie.

Analyse Bactériologique:

Colibacilles dans 100 cc.	0
Nitrites	0.00
Nitrates	0.0
Fer	0.0
P H	8.4

Température: 36 F.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
Pharmacie en Gros
445, boul. Saint-Laurent Tél.: LAncaster 3292 Montréal

L'EAU "JUSTIN"

Bicarbonatée, Sodique, mise en bouteilles aux sources, avec Système Scientifique, de la Source à la bouteille sans le contact de l'air.

COUVRETTE-SAURIOL Ltée
50, rue De Bresoles
Tél.: HArbour 8151 Montréal

Langlois & Paradis Limitée — Tél.: 2-2071 — 19, rue Saint-Jacques, **Québec.**

la peau, plaques ou petites lésions arrondies apparaissant aux muqueuses de la bouche et des organes génitaux, maux de gorge, troubles de la vue, chute des cheveux, malaises généraux, etc., lesquelles persisteront jusque vers la quatrième ou cinquième année avec des périodes d'accalmie ou de silence variables. C'est la période secondaire de la maladie, période pendant laquelle le malade sera contagieux, et cela surtout pendant les deux premières années. A remarquer que, chez certains malades, tous ces signes sont tellement peu apparents qu'ils peuvent passer inaperçus ou être mis sur le compte de maladies d'une toute autre nature et considérés sans importance. De là la négligence de bien des malades de se faire examiner, ce qui complique sensiblement le problème du contrôle de cette maladie.

MERES DE FAMILLE, COLLABOREZ AVEC LES HYGIENISTES

La nécessité d'une collaboration de plus en plus étroite entre les mères de familles et les hygiénistes vient d'être soulignée par le docteur Bruno La Haye, chef de la division des Unités sanitaires au ministère de la santé et du bien-être social de la province.

« L'unité sanitaire de comté, dans la province de Québec, dit-il, rend d'énormes services à la mère de famille par les nombreuses activités du médecin-hygiéniste et de l'infirmière visiteuse, telles que: conférences d'hygiène générale, visites à domicile pré et post-natales, démonstrations maternelles, cliniques de puériculture, immunisation contre la diphtérie, examen médical scolaire, etc.

« Cette œuvre de prévoyance sociale et de bienfaisance publique ne saurait s'exercer, cependant, sans une collaboration intelligente de la part des mères de famille. Le médecin-hygiéniste et l'infirmière visiteuse sont à la disposition de chacune d'elles, mais ils ne peuvent agir qu'avec leur aide; ils ne peuvent obtenir des résultats satisfaisants que si leurs conseils sont judicieusement suivis par celles à qui incombe le soin des enfants.

« Aujourd'hui, mesdames, je veux attirer surtout votre attention sur l'importance primordiale qu'il y a pour vous de conduire régulièrement votre bébé à la clinique de puériculture. Après un examen complet, l'officier médical vous avertira des défauts physiques trouvés et vous dirigera vers votre médecin de famille pour que votre enfant soit traité en temps. Il vous donnera également les conseils appropriés au développement normal de votre bébé, vous renseignant sur son alimentation, ses habitudes de vie, etc. »

Le docteur La Haye insiste sur la nécessité de conduire les enfants aux cliniques des Unités sanitaires, particulièrement « pour le régime diététique auquel il faut l'astreindre », et ce, bien avant que le bébé ait atteint l'âge de deux ou trois mois.

GARE AUX MALADIES CONTAGIEUSES

Les maladies contagieuses et leurs conséquences

La diphtérie, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole, la variole, le rhumatisme articulaire aigu, la typhoïde et les para-typhoïdes, ont fait l'objet d'une importante mise en garde de la part de l'épidémiologiste de la province, le docteur Adrien-Roger Foley.

« De même que l'arbre tombe du côté où il penche, dit le docteur Foley, ainsi l'âge mûr et la vieillesse finissent selon un mode déterminé dans la jeunesse. C'est pendant l'adolescence que se décident trop souvent la cause et l'heure de notre mort. Jeunes gens, voulez-vous vivre vieux? Prenez, dès maintenant, les habitudes essentielles à la bonne santé et surtout mettez-vous à l'abri des maladies contagieuses. L'atteinte de ces maladies n'est pas toujours mortelle, heureusement, mais elle laisse trop souvent dans l'organisme des lésions permanentes dont l'influence sur la durée de la vie et sur l'état ultérieur de la santé sont d'une importance primordiale.

« La plupart des maladies contagieuses graves ont comme caractéristique commune

qu'elles sont aptes à produire des séquelles permanentes: ces séquelles sont les cicatrices des organes. Un organe lésé ne se répare pas, tout comme un membre coupé ne repousse pas: l'infirmité, pour être moins visible, n'en est pas moins réelle. Faisons ensemble une rapide revue des principales infections dont les complications ont une influence morbide sur la santé de l'homme, sans tenir compte de celles qui peuvent l'atteindre et aggraver le cours de la maladie, sans laisser de séquelles.

« Nommons d'abord la méningite cérébro-spinale, qui peut toucher les articulations et l'iris de l'œil, la paralysie infantile, qui occasionne diverses impotences: ces deux maladies ne diminueront pas la longévité, mais elles font de la vie un martyre continuel, plaçant un être humain à la merci de la société pour subvenir aux premiers besoins de la vie. »

Le docteur Foley traita ensuite en détail des différentes maladies contagieuses mentionnées au début.

LA SYPHILIS SE CONTRACTE ENTRE 18 ET 30 ANS

50 p. c. des syphilis se contractent par accident

« La syphilis fait un plus grand nombre de victimes que la tuberculose et se place, avec celle-ci et la pneumonie, au premier rang des maladies contagieuses comme cause de décès. Elle abrège d'un cinquième la vie de ses victimes, parmi lesquelles se trouvent des cardiaques, des aveugles et des fous chez les adultes, des dégénérés et des idiots chez les « hérédos ». Elle est responsable d'une lourde perte économique, à laquelle il faut ajouter les frais de traitement et d'hospitalisation, qui, à eux seuls, dépassent la somme d'un demi-million de dollars par année dans une ville comme Montréal. » C'est ce que vient de déclarer le docteur Elphège Lalande, directeur adjoint de la division des maladies vénériennes du ministère de la Santé et du Bien-Etre social.

« Je l'ai déjà dit ici et je le répète, nous avons déjà suffisamment de statistiques et d'observations pour conclure qu'il n'existe pas moins de 125,000 syphilitiques dans notre seule province de Québec, et il me semble bien logique, lorsqu'il s'agit de parler de syphilis, de s'adresser aux jeunes, puisque cette maladie se contracte le plus souvent entre les âges de 18 à 30 ans.

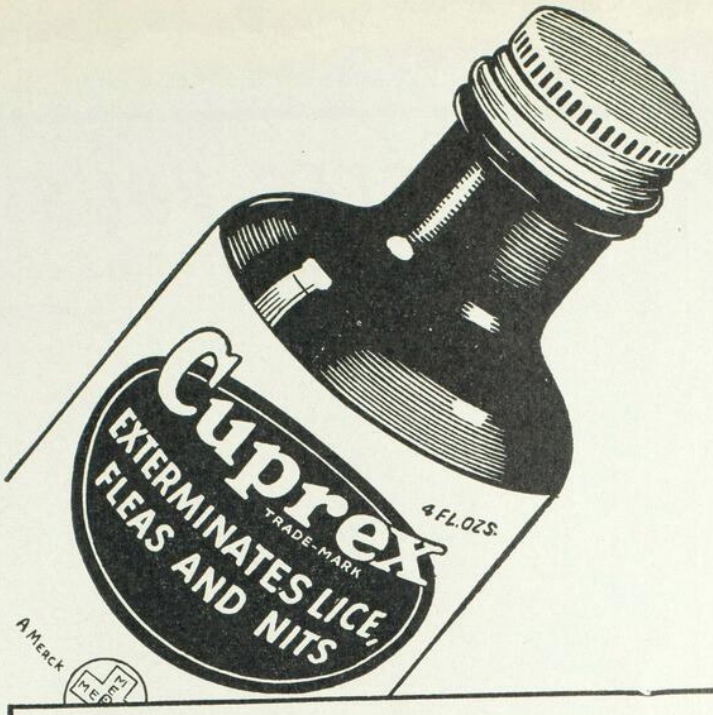
« La syphilis est une maladie contagieuse grave se communiquant d'une personne infectée à une personne saine, par contact direct ou indirect, vénérien ou accidentel, et est causée par un microbe appelé le tréponème pâle. Cette contagion peut se produire, comme nous venons de le dire, par contact indirect, objet souillé, etc., mais se fait la plupart du temps par contact direct d'une personne à une autre, mais pas toujours vénérien, loin de là, car il est bien établi qu'environ 50% des syphilis sont contractées innocemment. Dans ce dernier groupe est comprise la syphilis conjugale contractée au cours du mariage, quand l'un des conjoints infecté a cru bon de cacher son état à l'autre, ou encore a pu même l'ignorer; la syphilis congénitale ou transmise par les parents à leurs enfants; enfin, la syphilis accidentelle ou contractée au cours de l'exercice de fonctions professionnelles, telles que celles du médecin ou de la garde-malade qui ont pu venir en contact avec des syphilitiques contagieux dont ils n'ont pas soupçonné l'infection. Il est donc ridicule de désigner généralement cette affection comme « maladie honteuse ». Ce qualificatif fait de ces innocentes victimes des parias qui n'oseront pas recourir au traitement et qui continueront, dans bien des cas, à propager l'infection. »

A Votre Disposition

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

Banque Canadienne Nationale

Actif, plus de $200,000,000
529 bureaux au Canada



ENRAYEZ LA PHTIRIASE

occasionnée par les poux de tête, les poux de corps et les poux du pubis avec

CUPREX - *Un produit Merck*

Une application suffit habituellement pour détruire les poux, les lentes et les œufs. Non collant. Aucune odeur désagréable. En vente dans toutes les pharmacies.

MERCK & CO., LIMITED, MONTREAL

KAOMAGMA

POUR LA DIARRHÉE

J.-O. Giroux

OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.
A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. LAURIER

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE

MONTRÉAL

ÊTES-VOUS NÉ ENTRE
le 22 novembre et le 22 décembre?

Si vous êtes né sous le signe du Sagittaire, vous êtes stratégiste. Par conséquent, vous percevrez les nombreux avantages qu'il y a à donner des Sweet Caps comme cadeaux des Fêtes. Elles sont les cigarettes les plus populaires au Canada et vous vaudront le plus de popularité.

C'est pour cela que vous donnerez des Cigarettes

SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de Maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de Maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants ... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

.....

The CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal

Veuillez m'envoyer

- ☐ CALCULATEUR
- ☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- ☐ TABLETTES DE FORMULES
- ☐ La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- ☐ La brochure: "DEXTROSOL"

Nom .....

Adresse .....

.....

LE contrôle rigoureux exercé au laboratoire prévient l'accumulation d'alcalis ou d'acides gras non combinés dans le savon *Baby's Own*. Ce savon ne contient aucune teinture ni parfum violent. Exceptionnellement doux, il possède les propriétés rafraîchissantes de la lanoline.

Fait des meilleurs et des plus purs ingrédients, spécialement pour les bébés, le savon *Baby's Own* jouit de la confiance des mamans, qui l'emploient depuis des générations.

Vous pouvez recommander en toute confiance le populaire savon *Baby's Own*, le talc et l'huile *Baby's Own*, à cause de leur pureté.

PRODUITS
Baby's Own

Les travailleurs de guerre

reprennent vite leur poste quand vous prescrivez un

SUPPORT SPENCER

pour seconder le traitement de . .

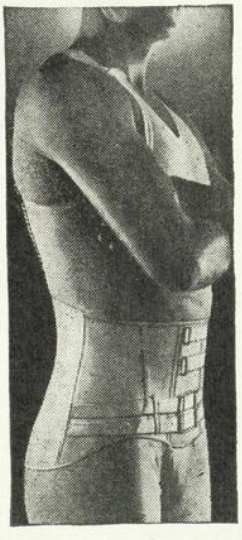
Support sacro-iliaque Spencer dessiné pour cette femme.

hernie
surmenage
entéroptose
avec symptômes
faiblesse
lésions dorsales
convalescence
post-opératoire
mauvaise attitude
et ses symptômes

Tout support Spencer est fait de tissu non élastique et dessiné individuellement pour répondre aux besoins spécifiques du client. Il peut donc être . . . et EST . . . *garanti* ne jamais perdre sa forme. Pourquoi prescrire un support qui s'étire vite, se déforme et devient inutile?

Les supports Spencer sont légers, confortables, se lavent facilement. Chaque Spencer est dessiné pour améliorer l'attitude et donner le degré requis de support abdominal et dorsal.

Les supports Spencer ne se vendent jamais dans les magasins. Vous rejoindrez une spécialiste Spencer en consultant le bottin du téléphone, sous la rubrique « Corsetière Spencer » ou en nous écrivant directement.



Support sacro-iliaque Spencer dessiné pour cet homme.

SUPPORTS

pour l'abdomen, le dos et les seins *dessinés individuellement* par

SPENCER

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis. 137-A, ave Derby, New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure intitulée « Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin ».

Voulez-vous une brochure?

..... M.D.

Adresse .....

..... 151—12-43

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. Montréal — New-York — London

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis. 4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amerique du Nord

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 72:

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Arcand (Arthur) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Baudouin (J.-A.) ; Barbeau (Antonio) ; Beaudry (Maurice) ; Bédard (Lucien) ; Bélanger (P.-A.) ; Bélisle (Philippe) ; Benoît (E.-P.) ; Bertrand (A.) ; Bertrand (Claude) ; Blain (Emile) ; Bouchard (Jean) ; Bourdon (C.-A.) ; Bourgeois (B.-G.) ; Bourgeois (Paul) ; Bourque (J.-P.) ; Boutin (J.-R.) ; Brahy (Jules) ; Bratek-Kozlowski (F.) ; Brodeur (Paul) ; Cabana (J.-Ernest) ; Cantero (A.) ; Cauchon (Roland) ; Chaput (Yves) ; Charbonneau (J.-H.) ; Charron (Ernest) ; Chenevert (Robert) ; Chicoine (P.-E.) ; Choquette (G.) ; Côté (G.-Léo) ; Couillard (J.-A.) ; Cousineau (Aimé) ; Couture (Ernest) ; Couturier (Albert) ; Dechêne (Euclide) ; Demers (F.-X.) ; Desmeules (R.) ; Denoncourt (J.-A.) ; Desjardins (Edouard) ; Doré (Réal) ; Drouin (Guy) ; Dufault (Paul) ; Dufresne (Eugène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dugal (J.-P.) ; Dumont (Charles) ; Dumont (Georges) ; Fauteux (Mercier) ; Fernet (P.) ; Filiatrault (J.-M.) ; Foisy (Jean-Paul) ; Foley (A.-R.) ; Forget (Ulysse) ; Fortier (De la Broquerie) ; Fortier (Maurice) ; Frénette (Ulric) ; Garant (Oscar) ; Garceau (Eugène) ; Gariépy (L.-Henri) ; Gariépy (Urgel) ; Gariépy (Roger) ; Gaulin (Eugène) ; Gaumond (Emile) ; Gauthier (H.) ; Gauthier (L.-J.) ; Gauthier (P.-P.) ; Gélinas (Claire) ; Gélinas (Henri) ; Gendreau (J.-E.) ; Genest (Armand) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Girard (Alice) ; Giroux (Maurice) ; Grenier (E.-P.) ; Grondin (Roméo) ; Groulx (Ad.) ; Groulx (Henri) ; Guénette (Paul) ; Hébert (Chs-Auguste) ; Hébert (Georges) ; Hingston (Donald) ; Houot (A.) ; Jackson (Chevalier-L.) ; Jarry (J.-A.) ; Jobin (J.-B.) ; Jobin (Pierre) ; Labelle (Arcade) ; Laberge (Lasalle) ; Lacasse (Gustave) ; Ladouceur (Léo) ; Lafresnière (Gabriel) ; Lalande (E.) ; Lallemand (Rodolphe) ; Landreville (J.-A.) ; Laporte (N.) ; Larochelle (Paul) ; Latraverse (V.) ; Laurier (Yvon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lebeau (Jacques) ; Lebel (Jean) ; Lebel (Léon) ; Leblond (Sylvio) ; Legault (Jean-Paul) ; Leroy (Alfred) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; L'Espérance (A.) ; Letendre (Samuel) ; Longpré (Daniel) ; Maranda (Emilien) ; Marcotte (J.-E.-A.) ; Marin (Albéric) ; Marion (Donatien) ; Martel (Antonio) ; Masson (P.) ; Mathieu (C.-T.) ; McCormick (W.-J.) ; Mercille (J.) ; Mignault (Georges) ; Millet (J.-A.) ; Morin (J.-Edouard) ; Morin (Paul) ; Morrissette (Léopold) ; Nadeau (Gabriel) ; Nadeau (Honoré) ; Panet-Raymond (Jean) ; Panneton (Auguste) ; Panneton (Philippe) ; Paquette (J.-P.) ; Pellerat (J.) ; Pelletier (Emile) ; Pemberton (Ralph) ; Perisson (J.) ; Perras (J.-E.) ; Pettigrew (Antoine) ; Pilon (Alcide) ; Pinsonneault (G.) ; Plante (Ernest) ; Poliquin (Paul-A.) ; Potvin (Paul) ; Pouliot (Antoine) ; Reid (Léonide) ; Richard (Ph.) ; Rioux (Emile) ; Rochette (Paul) ; Rolland (René) ; Rousseau (L.) ; Roy (Ls-Ph.) ; Salgado (Pierre-F.) ; Samson (J.-Ed.) ; Saucier (Jean) ; Simard (Raymond) ; Simon (Edouard) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; St-Jacques (Eugène) ; St-Onge (J.-E.) ; Sylvestre (E.) ; Tétrault (G.-Etienne) ; Tourangeau (F.-J.) ; Turcot (Charles-E.) ; Turcotte (Maurice) ; Vaillancourt (Emile) ; Vasquez (Julio) ; Vézina (Norbert) ; Zuckermann (Conrado).

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Abcès. Un cas d'. cérébral d'origine otogène, opération et guérison. (Emile Pelletier) . . 166
Abdomen en phase intermenstruelle. Syndromes aigus de l' (Samuel Letendre) . . . . . .
« Abdomen aigu ». Quelques considérations sur l' (Georges et Charles Dumont) 381
Accouchement sans douleurs l' (Donatien Marion) 173
Adipocire. Un cas d'a. à Berthier en 1844. (Gabriel Nadeau) 180
Alcoolisme. (J. Périsson) 317
Alimentation. La campagne d'. à Montréal. (Adélard Groulx) 925
Amygdalectomie à chaud. L' (Ernest Plante) 21
Amygdalectomie et poliomyélite. (W.-J. McCormick) 296
Amygdales. Tuberculose latente des (G.-Léo Côté) 16
Anatomie. Evolution de l' (Eugène Saint-Jacques) 49
Anesthésie caudale continue. Technique modifiée de l' (Eugène Allard) 1082
Anesthésie par réfrigération locale. (Antoine Pouliot) 408
Angine de poitrine. Les symptômes et le traitement de l' (Guy Drouin) 638
Arthrite et rhumatisme goutteux. (Gabriel Lafresnière) 772
Arthrite. Le status actuel de l'... et du rhumatisme et leur traitement effectif. (Ralph Pemberton) 5
Arthrite tuberculeuse et érythème noueux. (Paul-René Archambault) 773
Arthropathies de la grossesse. (Alfred Roy) . 782
Arthropathies gonococciques. Les (Rodolphe Lallemand) 779
Arthropathies. Polypose intestinale et (Jean LeSage) 777
Arythmie complète. Goitre toxique et (Réal Doré) 657
Astragale. Fractures du plafond tibial et fractures de l' (Maurice Fortier) 137

B

Baril, le docteur Georges. « Honoris causa » de l'Université de Montréal. (Albert LeSage) 632
B.C.G. Vaccination antituberculeuse au... Rapport de l'année 1942 présenté au Comité médical du Conseil national de recherches. J.-A. Baudouin) 826
Brûlure grave chez un bébé. Guérison par l'action de la cortine associée à la technique de Bettmann. (André Houot) 169
Bilan de vie de 1940. Le (J.-A. Baudouin) . . 33
Bronchoscopie. Le rôle de la B. dans la médecine moderne. (Chevalier L. Jackson) . . . 634
Brûlure grave chez une petite fille, décès au 52e jour par amaigrissement progressif. (A. Houot) 25
Brûlures. Le traitement local des (Edouard Desjardins) 790
Bulletin:
Examen médical et mariage. (Roma Amyot . 875
« Journées Médicales Annuelles » de la Société Médicale de Montréal. (Roma Amyot) 753
« Journées Médicales » de la Société Médicale de Montréal. Banquet annuel. Allocution de l'Hon. Henri Groulx 755
Allocution du docteur Adélard Groulx . . 756
Le centenaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. (Albert LeSage) 993
Maladies sociales. (Albert LeSage) . . . 504
Pasteurisation du lait ordinaire. La (Albert LeSage) 261

C

Cancers utérins. Utilisation d'un nouveau moyen de diagnostic des (Raymond Simard) . . . 1411
Cancer de la peau et des muqueuses orificielles. (Henri Smith 422
Cancer de la prostate. Le (Eugène Gaulin . . . 676
Cancer du col et grossesse. (Léon Gérin-Lajoie) 301
Cancer du rectum. L'endoscopie dans le (Yves Chaput) 1306
Cancer du sein. Contrôle des métastases osseuses dans le (Jean Bouchard) 1276
Cancéreuse. Organisation de la lutte anti-c. dans la province de Québec. (Paul Brodeur) 1284
Cancer. Pré-cancer et c. de la face. (Albéric Marin) 10
Cataracte sénile. L'incision de la cornée dans l'extraction extra-capsulaire de la (Auguste Panneton) 156
Céphalées d'origine réfractionnelle. Les (Emile Blain) 1192
Césarienne. Indications de la c. haute et basse. (Oscar Garant) 644
Chancrelle. La (Albéric Marin) 806
Chancrelle. La prophylaxie chimique de la gonorrhée et de la (Roma Amyot) 429
Choc. Diagnostic précoce et traitement du choc. (Traduction du Dr Albert Bertrand) 1057
Combustion spontanée. La (Gabriel Nadeau) . 935

Coqueluche. Médication symptomatique de la (Savy) 831
Coronarites. Etudes expérimentales sur le traitement chirurgical des (Mercier-Fauteux) . 1260
Corps calleux. Sur la chirurgie des tumeurs du (J. Le Beau) . . . . . .
Corps étrangers pointus du tube digestif. Les (Eugène Dufresne) 1291
Cou-de-pied. Anatomie du. Classification et mécanisme des fractures. (Paul Potvin) . . 121
Cou-de-pied. Séquelles des traumatismes du (J.-Ed. Samson) 147
Cou-de-pied. Symposium sur les traumatismes du. Revue statistique. (Roger Gariépy) . . 125
CPC à Montréal. Les centres de triage des blessés et des hôpitaux dans l'organisation du (C.-A. Bourdon) 682
Cure de repos et d'alimentation de la tuberculose pulmonaire. (Yvon Laurier) 1157

D

Dentier immédiat. Un nouveau cas vers le progrès: le d. (Robert Chenevert) 28
Dents incluses. Le problème des (Ernest Charron) 23
Dénutrition. L'examen physique de l'enfant et la recherche de la dénutrition. (N. Laporte) 679
Dénutrition. Prévention de la (J.-A. Landreville) 431
Dermatoses d'origine allergique. De quelques (A. Marin et J.-P. Foisy) 1405
Diabète. Tuberculose et d (R. Desmeules, L. Rousseau et Ph. Richard) 1135
Diathermie dans les otites catarrhales chroniques. La (C.-T. Mathieu) 404
Diathermo-coagulation. Brèves considérations sur la (Samuel Letendre) 1197
Digestif. Le tube. Syndrome douloureux tardif. (Albert LeSage) 1301
Diphtérie. La situation de la d... à Montréal et la campagne d'immunisation. (Adélard Groulx) 923
Diphtérie. Pour l'immunisation contre la (Albert LeSage) 551
Disque intervertébral. La hernie du (Roma Amyot) 581
Dupuytren. Fracture de. Entorses. Fractures malléolaires. (Ulric Frénette) 128

E

Electro--choc. Nouvelle méthode de thérapeutique psychiatrique. L' (Jean Saucier) 824
Empyème. Traitement de l' (J.-A. Couillard) . 1169
Encéphale. Le diagnostic précoce des lésions chirurgicales de l' (Claude Bertrand) . . . 810
Endoscopie dans le cancer du rectum. L' (Yves Chaput) 1306
Entérite tuberculeuse. Diagnostic précoce et traitement de l'e... tuberculeuse. (J.-A. Couillard) 1129
Entorses. Fractures malléolaires. Fractures de Dupuytren. (Ulric Frénette) 128
Entorses. Le traitement des (G. Roux) 697
Epiglotte. De l'abcès de l'... à l'œsophagite phlegmoneuse. (V. Latraverse) 1186
Epithélioma de la conjonctive limbique guéri par le radium. (E.-P. Grenier) 1298
Epithélioma spino-cellulaire actinomycosiforme de la lèvre inférieure et du menton. (Albéric Marin) 406
Examen médical et mariage. (Roma Amyot) . 875
Editoriaux:
Accouchement sans douleurs. L' (Donatien Marion) 173
Bureau de l'aide aux sourds de Montréal inc. Le (J.-E. Saint-Onge) 314
Cancer de la prostate. Le (Eugène Gaulin) 676
Electro-choc. Nouvelle méthode de thérapeutique psychiatrique. L' (Jean Saucier) 824
Hernie du disque intervertébral. La (Roma-Amyot) 581
Hypertension artérielle dite essentielle. L' (Roma Amyot) 910
L'Insulinothérapie. (L.-Henri-Gariépy) . . 1311
Pénicilline. La (Roger-R. Dufresne) 1202
Pneumonie atypique. (à virus) (Henri Gélinas) 1085
Prophylaxie chimique de la gonorrhée et de la chancrelle. La (Roma Amyot) . . . 429
Rationnement et alimentation. (L.-Henri Gariépy) 30
Utilisation d'un nouveau moyen de diagnostic des cancers utérins. (Raymond Simard) 1411

F

Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le centenaire de la (Albert LeSage) . 993
Fémur. Méthode d'ostéo-synthèse du col du (J.-A. Denoncourt) 398
Fractures de guerre. Le traitement des (Donald Hingston) 803
Fractures du membre inférieur. Traitement des (Albert Couturier) 668

G

Gastroscopie et son utilité dans le diagnostic de l'ulcère gastrique et duodénal. (René Rolland) 288
Gaz toxiques. (P.-P. Gauthier) 798
Génie et folie. (Arthur Arcand) 52
Goitre toxique et arythmie complète. (Réal Doré) 657
Gonococcie. Traitement de la g... chez la femme. (Léonide Reid et F.-X. Demers) . . . 400

Gonococciques. Les arthropathies g (Rodolphe Lallemand) 779
Gonorrhée. La prophylaxie chimique de la g... et de la chancrelle. (Roma Amyot) 429
Goutte. Formulaire de la 1088
Grippe. Conduite thérapeutique dans la (Savy) 1321
Grossesse. Arthropathies de la (Alfred LeRoy) 782
Grossesse. Cancer du col et (Léon Gérin-Lajoie) 301
Grossesse ectopique. Syndrome chirurgical aigu par (Rosaire Lauzer) . . . . . .

H

Hôpitaux. Nos (J.-R. Boutin) 1421
Hygiène du tuberculeux. L' (J.-A. Millet) . . 1181
Hygiène. La psychoclinique au service de l' (J.-E.-A. Marcotte) 562
Hygiène. L'enseignement de l'... dans les écoles de langue anglaise au Canada. (J.-A. Baudouin) 505
Hygiène. Urgence d'un programme d'... publique bien déterminé. (Ernest Couture) . . 531
Hypertension artérielle dite essentielle. L' (Roma Amyot) 910

I

Iléite régionale. (Antoine Pettigrew) 1288
Infiltrations anesthésiques. Les indications des i... a... des ganglions sympathiques dans les séquelles des traumatismes. (Bratek-Kozlowski) 1245
Infiltrations lombaires. Au sujet d'un cas de fractures des apophyses transverses lombaires avec contractures spasmodiques des membres inférieurs traité par les (A. Houot) . . 410
Insulinothérapie. L (L.-Henri Gariépy) . . . 1311
Lait cru, vu par le bastériologiste. Le (J.-Edouard Morin) 536
Lait. La pasteurisation du (J.-A. Baudouin) 543
Lait. La pasteurisation du (A.-R. Foley) . . . 547
Lait. La pasteurisation de l... ordinaire (Albert LeSage) 261
Lever précoce. Le (J.-Emile Rioux) 386
Lobe Temporal. L'engagement du (Jacques Lebeau) 761
Lymphogranulomatose bénigne de Schumann. G. Pinsonneault) 660
Livres reçus:
Irrigacion normal del nodulo de Keith y Flack. Tawara, Has de his sus Ramas. (Dr Eduardo F. Lascano, Buenos Aires) 1354
L'obstétrique des gardes-malades. (E.-A. René de Cotret) 1354

M

Maladies du travail. Médecine et technique dans les (F.-J. Tourangeau) 571
Maladies sociales. (Albert LeSage) 504
Mal caduc. (Ulysse Forget) 184
Malléolaires. Fractures. Entorses. Fractures de Dupuytren. (Ulric Frénette) 128
Mariage. Examen médical et (Roma Amyot) . 875
Mariage. Syphilis et (Henri Smith) 175
Ménorragie. Rœntgenthérapie et (J.-E. Perras) 1308
Métabolisme hydrique. Quelques considérations sur le (Charles-E. Turcot) 673
Métrites et métropathies hémorragiques. (Samuel Letendre) 308
Migraine. La (J.-B. Jobin) 291
Mission en Russie. Une (Roma Amyot) . . . 1317
Médecine et chirurgie pratiques et formulaire:
Alcoolisme. (J. Périsson) 317
Conduite thérapeutique dans la grippe. (Savy) 1321
Conduite thérapeutique dans le barbiturisme aigu. (Savy) 1428
Erythèmes noueux. (Discussions étiologiques) (P. Fernet et J. Pellerat) 436
Formulaire de la goutte. 1088
Médication symptomatique de la coqueluche. (Savy) 831
Traitement des entorses. Le (G. Roux) . . 697
Traitement des vomissements graves de la grossesse. (Savy) 943
Mortalité maternelle et infantile à Montréal. La (Adélard Groulx) 1413

N

Nanisme. Deux cas de (Eugène Dufresne) . . 1076
Naso-Pharynx. Un cas de tumeur du (Paul La Rochelle) 1071
Nutrition au point de vue médical. La (E. Sylvestre) 557
Nutrition chez la femme enceinte et ses conséquences. La (Jean Lebel) 434
Nécrologie:
Asselin, le Professeur Elie-Georges (Antonio Barbeau) 502
Ayotte, le docteur Joseph 1325
Baril, le docteur Philippe 602
Bélanger, le docteur Paul (J. Mercille) . . 734
Boisseau, le docteur Maurice (Roma Amyot) 110
Bouchard, le docteur Adélard Linat 855
Bourgeois, le docteur Benjamin-Georges (Urgel Gariépy) 249
Bourgeois. Le docteur Jacques de Lorimier Simple hommage. (Albert LeSage) . . 1
Bourgon, le docteur Rodriguez 735
Brassard, le docteur René 468
Cartier, le docteur J.-O. 1228
Chevalier, le docteur Eusèbe-N. 232
Crile, le docteur George Washington. (Réal Doré) 602
D'Amours, le docteur J.-Edmond 468

Daudelin, le docteur S.-A. 1228
Dauth, le docteur Henri 354
Décary, le docteur Charles-Auguste 230
Devlin, le docteur Francis-E. 1228
Dufresne, le docteur Albert-Alexandre . . 602
Duhamel,, le docteur J.-A. 232
Lamontagne, le docteur Aimé 232
Leclerc, le docteur Frédéric 602
Malchelosse, le docteur J.-M. 232
Moreault, le docteur Louis-Joseph 232
J.-Alfred Mousseau. (E.-P. Benoit) 1243
Noiseux, le docteur F. O'Leary. (J.-A. Jarry) 735
Paquet, le docteur Achille (Paul A. Poliquin) 497
Paradis, le docteur Paul 354
Paré, le docteur Joseph (Albert LeSage) . 873
Pelletier, le docteur Armand 111
Pinault, le docteur Josué 734
Pominville, le docteur G.-M. 855
Poulin, le docteur Ernest 855
Prud'homme, le docteur Eugène 602
Quintal, le docteur Jean-Baptiste-Arthur . 111
Ravary, le docteur J.-M. 354
Ravenelle, le docteur Georges (Roma Amyot) 854
Sainte-Marie, le docteur Aldéric 855
Saint-Pierre, le docteur Charles 231
Sergent, le Professeur Emile (J.-A. Jarry) . 625
Sergent, le Professeur Emile (Eugène St-Jacques) 630
Tétrault, le docteur J.-W. 111
Turcot, le docteur Godfroy 232
Viger, le docteur J.-A. 1228

Nouvelles:

Agrégation. Université de Montréal, Faculté de Médecine, concours d' 740
A la mémoire de deux victimes de la guerre 216
A la présidence de l'Association Générale des Diplômés de l'Université de Montréal. Le Dr L.-C. Simard 1344
Association Catholique des hôpitaux canadiens et américains 480
Baril, le docteur Georges-H. Nomination . 1112
Bélanger. Le docteur Paul-A. Nomination . 360
Bernier, le docteur Alphonse. Nomination . 218
Campagne nationale d'alimentation 96
Casgrain et Charbonneau. Prix 612
Commission des prix et du commerce en temps de guerre. Approvisionnements d'hôpitaux 740
Conférence du Dr Newton Kugelmass . . . 1344
Couillard, le docteur J.-A. Nomination . . . 614
Cours de perfectionnement en pédiatrie . . 1110
Cours sur la physico-chimie du sérum dans ses rapports avec l'immunité. Université de Montréal, Faculté de Médecine . . . 744
DeBlois, le docteur: cinquante années de profession médicale 90
Dermato-syphiligraphie. Clinique de. Université de Montréal 738
Ecole d'infirmières hygiénistes de l'Université de Montréal. Faculté de Médecine. L' (Alice Girard) 604
Gariépy, docteur Urgel. Nomination . . . 476
Groulx, le docteur Adélard. Nomination . . 742
Hôpital Notre-Dame. Elections chez les médecins de l' 360
Hôpital Notre. Elections chez les médecins de l' 478
Hôpital Sainte-Justine. Elections chez les médecins de l' 218
Hôpital Sainte-Justine. Semaine annuelle de pédiatrie à l' 610
Hôpital Sainte-Justine. Semaine de pédiatrie à l' 476
Hôpital Saint-Luc. Elections chez les médecins de l' 478, 1463
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de Montréal 470
La Fondation Nationale contre la paralysie infantile 860
Lait et la mortalité à Montréal. Le 612
Laroche, le docteur Albert. Promotion . . 614
La Société Médicale de Montréal. (Séance de Médecine Militaire sous les auspices de) 1342
La Société Médicale du Camp de Valcartier 860
Le mémorial Meyers 102
LeSage, le docteur Albert. Décoré de l'« Ordre de l'Empire Britannique » 746
Letendre, le docteur Paul. De retour à l'Hôtel-Dieu 746
Membre honoraire de l'Association des Médecins Militaires des Etats-Unis. Le Dr L.-M. Emard 1344
Mercille, le docteur Jean. Nomination . . . 740
Mission de chirurgiens en Russie 984
Morin, le Major E. Promotion 476
Nouvelles militaires:
Dr Gaëtan Jarry; Dr Jean Bouchard . . 1230
Dr Hector Payette; le lieut-colonel Pierre Tremblay 1344
Le Major Lucien Ostiguy; le Major Paul Roger 1112
Dr Fernand Tanguay, le Capitaine J.-A. Mélançon, le Major Eustache Morin) 740
Origine extra-humaine de la poliomyélite 860
Paralysie infantile. Lutte contre la 614
Pasteurisation du lait en Angleterre . . . 984
Poirier, le docteur Paul. Nomination 218
Promotions militaires. (Le Capitaine Jean de St-Victor) 984
Québec. En trois ans le Québec augmente de 172,081 âmes 614
Retraite pascale pour les médecins 360

Sérum de convalescent contre la poliomyélite. (H. M. McCrady, A. Roger Foley, Jean Grégoire) 96
Simard, le docteur L.-C. Nomination . . 102-214
Société de Biologie de Montréal 478
Société de Biologie de Montréal. (Heure de biologie) 1342
Société de Gastro-Entérologie de Montréal. Elections 360
Société d'Hygiène. Fondation d'une 858
Société Médicale de Montréal. Banquet annuel 858
Société Médicale de Montréal. Journées médicales annuelles de la 608
Société Royale du Canada. Nouveaux membres de la 102
Une invitation à ne pas oublier. (Eugène St-Jacques) 96
Union Médicale du Canada. Réunion annuelle des Directeurs de l' 218
Université de Montréal:
Collation de grades 858
Ecole d'infirmières hygiénistes 356
Faculté de Médecine 470
Nominations à l' 476
Nouveau titulaire à la chaire d'Histologie et d'Embryologie de l' 360
Faculté de Médecine. Nouveaux médecins 1943 610
Quelques activités de la Faculté de Médecine 220
Vice-Président de l'Association Américaine de Santé Publique. Le Dr Jean Grégoire . 1344

O

Occlusion du grêle. L' (Arcade Labelle) . . . 1394
Occlusion du gros intestin. De l' (P.-E. Chicoine) 1401
Œsophagite phlegmoneuse. De l'abcès de l'épiglotte à l' (V. Latraverse) 1186
Ostéite. Considérations sur les formes pathologiques de l'ostéoclasie et les manifestations cliniques de l'o. fibreuse, avec quinze observations personnelles. (J.-E. Gendreau et G. Pinsonneault) 1032
Ostéo-arthropathies d'origine nerveuse. Les (Jean Panet-Raymond) 783
Ostéo-arthropathie tabétique de la colonne vertébrale. (Roma Amyot, Julio Vasquez et Armand Genest) 305
Ostéomyélite aiguë. De la régénération osseuse dans l' (Eugène Saint-Jacques) 172
Otites catarrhales chroniques. La diathermie dans les (C.-T. Mathieu) 404
Otite tuberculeuse. L' (Jules Brahy) 1185
Otogène. Un cas d'abcès cérébral d'origine o., opération et guérison. (Emile Pelletier) . . 166

P

Parizeau, le docteur Télesphore. « Honoris Causa » de l'Université de Montréal. (Albert LeSage) 631
Pasteurisation du lait. La (J.-A. Baudouin) . 543
Pasteurisation du lait. La (A.-R. Foley) . . 547
Pasteurisation dans la Province d'Ontario. La (L'honorable Gustave Lacasse) 540
Pasteurisation du lait ordinaire. La (Albert LeSage) 261
Pénicilline. La (Roger-R. Dufresne) 1202
Plaies pénétrantes de l'abdomen par empalement du périnée. (Paul-A. Poliquin) . . . 1294
Pneumothorax bilatéral. Présentation de quelques observations de (A. L'Espérance) . . 1172
Pneumonie atypique (à virus). La (Henri Gélinas) 1085
Poliomyélite. Amygdalectomie et (W.-J. McCormick) 296
Polypose intestinale et arthropathies. (Jean LeSage) 777
Précurseur méconnu. Un (Arthur Arcand) . 929
Prurit. Le (Léopold Morrissette) 819
Puberté. Les troubles endocriniens de la (Antonio Martel) 369
Purpura hémorragique. A propos d'un cas de (Maurice Turcotte) 892
Psychoclinique au service de l'hygiène. La J.-E.-A. Marcotte) 562

R

Radium. Epithélioma de la conjonctive limbique guéri par le (E.-P. Grenier) 1298
Rationnement et alimentation. (L.-Henri Gariépy) 30
Rénale. Les traumatismes de la région. (J.-P. Legault) 792
Rhumatisme articulaire aigu. (Paul Morin) . . 776
Rhumatisme. Le status actuel de l'arthrite et du r... et leur traitement effectif. (Ralph Pemberton) 5
Rœntgenthérapie et ménorragie. (J.-E. Perras) 1308

Revue des livres:
Adolphe-G. de Sanctis. — Advancies in pediatrics. (Norbert Vézina) 980
Annuaire 1943 de la Société Médicale de Montréal. (Edouard Desjardins) 856
L'Annuaire Médical. (Roma Amyot) . . 596
Les Annales Médico-chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine. (Roma Amyot) . . 598
R. M. Bakwin et H. Bakwin. — Psychologic care during infancy and childhood. (Norbert Vézina) 594
Docteur C.-A. Gauthier. — Histoire de la Société Médicale de Québec. (Albert LeSage) 346

Le Larynx et ses maladies. — Par Chevalier Jackson et Chevalier L. Jackson. (V. Latraverse) 350
Rév. Père Léon Bouvier, S.J. — Le Précepte de l'Aumône chez St-Thomas d'Aquin. 106
Charles Oberling. — Le Problème du Cancer. (P. Masson) 104
Revue Canadienne de Biologie. 228

S

Sanatorium. Le rôle du s... dans la lutte antituberculeuse. (Paul Dufault) 1144
Sanitaires. Considérations sur l'organisation des districts s... dans une grande ville. (C.-A. Bourdon) 1314
Sanitaire. Le premier district s... à Montréal. (J.-A. Landreville) 554
Santé nationale. Un programme de (Adélard Groulx) 37
Scarlatine. Etat actuel du traitement de la (L.-J. Gauthier) 906
Séro-diagnostic de la syphilis. Le (Jules Archambault) 880
Société Médicale de Montréal. (Journées Médicales annuelles) (Roma Amyot) 753
Société Médicale de Montréal. (Journées Médicales annuelles) Banquet annuel. Allocution de l'Hon. Henri Groulx. 755
Allocution de M. Adélard Groulx 756
Sourds. Le bureau de l'aide aux s... de Montréal Inc. (J.-E. St-Onge) 314
Statistique. Revue. (Roger Gariépy) 125
Stérilité. La (Georges Hébert) 1263
Stérilité. Le problème de la (Paul Bourgeois) . 1267
Sulfapyridine. Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la s... et le sulfathiazole. (Maurice Giroux) 1153
Sympathiques. Les indications des infiltrations anesthésiques des ganglions s... dans les séquelles des traumatismes. (Bratek-Kozlowski) 1245
Syphilis. Alcool et... (Eugène Garceau) 1417
Syphilis et mariage. (Henri Smith) 175
Syphilis. La (Albéric Marin) 577
Syphilis. Le séro-diagnostic de la (Jules Archambault) 880
Syphilis. Le traitement des s... anciennes et de la syphilis congénitale. (Emile Gaumond) 885

Sociétés et Congrès:
Assemblées scientifiques du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu de Montréal:
Séance du 27 avril 1942 81
Séance du 28 mai 1942 82
Séance du 30 septembre 1942 . . . 206
La Société de Chirurgie de Montréal:
Séance du 13 mai 1942 75
Séance du 7 octobre 1942 76
Séance du 11 novembre 1942 . . . 204
Eloge du Dr Alphonse Ferron 333
Séance du 27 janvier 1943 456
Réunions scientifiques du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame:
Séance du 15 octobre 1942 77
Séance du 12 novembre 1942 . . . 335
Séance du 10 décembre 1942 458
Séance du 28 janvier 1943 718
Séance du 25 mars 1943 726
Séance du 15 avril 1943 968
Séance du 10 juin 1943 1331
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Saint-Luc:
Séance du 16 avril 1942 84
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Général de Verdun:
Séance du 6 novembre 1942 210
Société de Biologie de Montréal:
Séance du 25 janvier 1943 212
Séance du 21 septembre 1943 . . . 1227
Séance du 19 octobre 1943 1340
Société de Gastro-Entérologie de Montréal:
Séance du 27 mai 1943 966
Séance du 20 octobre 1943 1454
Société Médicale de Montréal:
Séance du 21 avril 1942 68
Séance du 5 mai 1942 69
Séance du 19 mai 1942 71
Rapport annuel du Sec.-général pour l'année 1942 196
Séance spéciale, 1er septembre 1942 188
Séance du 20 octobre 1942 198
Séance conjointe, 3 novembre 1942 200
Séance du 17 novembre 1942 202
Séance conjointe, 1er décembre 1942 203
Séance du 15 décembre 1942 (Rapport ann. du Sec.-gén.) 328
Séance du 19 janvier 1943 328
Séance du 16 février 1943 709
Séance du 2 mars 1943 710
Séance du 16 mars 1943 714
Journées Médicales:
14 juin 1943 894
15 juin 1943 848
16 juin 1943 954
17 juin 1943 956
Séance du 6 avril 1943 1100
Séance du 20 avril 1943 1102
Séance du 4 mai 1943 1218
Séance du 18 mai 1943 1220
Séance du 1er juin 1943 1448
Séance du 5 octobre 1943 1452
Société Médicale des hôpitaux Universitaires de Québec:
Séance du 2 octobre 1942 73
Séance du 16 octobre 1942 74

Rapport annuel pour 1942 332
Séance du 6 novembre 1942 450
Séance du 20 novembre 1942 . . . 451
Séance du 4 décembre 1942 452
Séance du 15 janvier 1943 453
Séance du 5 février 1943 960
Séance du 19 février 1943 962
Séance du 5 mars 1943 1106
Séance du 19 mars 1943 1108
Séance du 2 avril 1943 1222
Séance du 16 avril 1943 1224
Séance du 9 juin 1943 964
Société Médicale du Camp de Valcartier:

T

Tabétique. Ostéo-arthropathie t... de la colonne vertébrale. (Roma Amyot, Julio Vasquez et Armand Genest) 305
Testicule. Torsion du. Observation d'un cas d'infarctus hémorragique avec nécrobiose du testicule. (J.-Ernest Cabana et G.-Etienne Tétrault) 413
Thymus. Diagnostic radiologique et traitement de l'hypertrophie du (Roméo Grondin) . . 904
Thymus. L'hypertrophie du (Daniel Longpré) . 901
Tibial. Fractures du plafond t., et fractures de l'astragale. (Maurice Fortier) 137
Timbre de Noël. Réflexions en fin d'année en marge de la campagne du (Georges Mignault) 44
Tirage chez l'enfant. Les causes de (J.-H. Charbonneau) 162
Traumatisés cranio-encéphaliques. Conduite thérapeutique à suivre chez les (C. Zuckermann) 1409
Traumatisme de l'arbre urinaire (C.-A. Hébert) 1398
Traumatismes de la région rénale. Les (Jean-Paul Legault) 792
Traumatismes de la vessie et de l'urètre. Les (J.-P. Bourque) 795
Traumatismes. Les indications des infiltrations anesthésiques des ganglions sympathiques dans les séquelles des (Bratek-Kozlowski) . 1245
Travail. Médecine et technique dans les maladies du (F.-J. Tourangeau) 571
Tuberculeuse. Diagnostic précoce et traitement de l'entérite t. (J.-A. Couillard) 1129
Tuberculeuse. Le but de notre Ligue anti-t (J.-A. Jarry) 43
Tuberculeuse. Le rôle du sanatorium dans la lutte anti- (Paul Dufault) 1144
Tuberculeuse. L'otite t (Jules Brahy) 1185
Tuberculeuse. Nos lacunes dans la lutte anti- (Léo Ladouceur) 177
Tuberculeux. L'hygiène du (J.-A. Millet) . . 1181
Tuberculome intra-médullaire. (Roma Amyot et Julio Vasquez) 652
Tuberculose à Montréal. La lutte contre la (Léo Ladouceur) 1175
Tuberculose et diabète. (R. Desmeules, L. Rousseau et Ph. Richard) 1135
Tuberculose humaine et tuberculose bovine. (Albert LeSage) 685
Tuberculose latente des amygdales. (G.-Léo Côté) 16
Tuberculose. Le dépistage de la t... dans les industries. (Adélard Groulx) 920
Tuberculose. Le dépistage de la t... parmi les membres du personnel enseignant de la Province de Québec. (Lasalle Laberge) . . 1148
Tuberculose. Le rôle de la contagion. (Albert LeSage) 46
Tuberculose pulmonaire. Cure de repos et d'alimentation de la (Yvon Laurier) 1157
Tuberculose pulmonaire. La thérapeutique en (J.-P. Paquette) 1163
Tuberculose. Traitement de la t... de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazole. (Maurice Giroux) 1153

U

Ulcère d'estomac. Radiologie (Philippe Belisle) 286
Ulcère gastrique et duodénal. Etiologie et traitement. (Yves Chaput) 274
tement. (Yves Chaput) 274
Ulcère gastrique et duodénal. La gastroscopie et son utilité dans le diagnostic de l' (René Rolland) 288
Ulcère gastrique et duodénal. Symptomatologie et diagnostic différentiel de l' (Roger-R. Dufresne) 281
Ulcère gastro-duodénal. Le traitement chirurgical de l' (B.-G. Bourgeois) 267
Union Médicale du Canada en 1874. L' 59-188-318, 438, 584, 699, 832, 945, 1090, 1205, 1323, 1430.
Université de Montréal. Anciens et nouveaux édifices. (Albert LeSage) 688
Université de Montréal. Le centenaire de la Faculté de Médecine de l' (Albert LeSage) 993
Urbanisme et l'habitation à Montréal. L' (Aimé Cousineau, i.c.) 913
Urètre. Les traumatismes de la vessie et de l' (J.-P. Bourque) 795
Urétrale. Chirurgie endo (Roland Cauchon) . . 426
Utérines. Traitement chirurgical des déviations. (Paul Rochette) 417

V

Vénérienne. La lutte antivénérienne dans la Province de Québec, organisation, législation et service social. (G. Choquette et E. Lalande) 877
Vessie. Les traumatismes de la v... et de l'urètre. (J.-P. Bourque) 795
Vomissements. Traitement des v... graves de la grossesse. (Savy) 943

TABLE ALPHABETIQUE DES ANALYSES

A

Abcès pulmonaire aigu. Le traitement de l' . 442
Acné avec les hormones estrogéniques administrées par la bouche. Traitement de l' 1440
Acné vulgaire avec comédons par électrodessiccation monoterminale. Traitement de l' . . 1444
Acromio-claviculaire. Traitement de la dislocation a-c. complète et permanente par arthrodèse chirurgicale 1095
Aménorrhée. Contribution au traitement de l' 1438
Anastomose reconstructive intrathoracique œsophago-gastrique à la suite de la résection du cancer de l'œsophage. Observations expérimentales sur une 1327
Anesthésie caudale continue pendant le travail et l'accouchement 1097
Armée canadienne. La tuberculose dans l' . . 1091
Asthmatiques. Danger des pulvérisations d'adrénaline chez certains 446

B

Banane dans le traitement de la typhoïde chez l'enfant. La 444
Botaniques. Quelques éruptions 448
Brûlures, à l'aide d'une solution de triéthanolamine à 8% contenant 2.5% de sulfadiazine. Traitement des 321

C

Cancer d'estomac. Gastrite atrophique et . . 701
Cancer de l'œsophage. Observations expérimentales sur une anastomose reconstructive intrathoracique œsophago-gastrique à la suite de la résection du **1327**
Cancer du sein. Signification de l'extension des métastases axillaires dans le 1327
Carotide primitive gauche. Thrombose de la . 63
Chlorophylle dans le traitement des ulcères. La 1329
Coagulation. Une préparation de trèfle sucré mûri prolongeant le temps de c. et de la prothrombine du sang 836
Coagulation du sérum. La signification clinique. La réaction de 840
Colectomie. Un procédé de c. dans les cas de colite ulcéreuse incurable 1327
Colite ulcéreuse incurable. Un procédé de colectomie dans les cas de 1327
Convulsive électrique. Fatalités à la suite de la thérapeutique 445
Coqueluche. Etude du poumon dans la 445
Coqueluche par des envolées à haute altitude ou par la chambre à basse pression. Modification de la 587
Coqueluche. Transmission transplacentaire des anticorps protecteurs contre la c. grâce à la vaccination de la mère durant la grossesse. 587
Crèmes de beauté. L'urée dans les 1214
Cryptorchidie 1095
Dermatites de la vaccine 952
Dermite atopique. Symptômes nerveux et influence des émotions dans la 65
Diabète. Les rapports des traumatismes et du 1442
Diarrhée aiguë des nourrissons et des enfants. Etudes bactériologiques et chimiothérapiques de la 948
Disques intervertébraux. Calcification des . . 192
Dystrophie héréditaire des cheveux et des ongles 839

E

Eclamptique et l'ischémie placentaire. Le phénomène 63
Electrocardiographie du cœur fœtal en clinique 586
Empyème post-pneumonique chez les enfants. L' 700
Endocardite lente et traitement sulfamidé . . 947
Enseignement de la médecine à la Nouvelle-Orléans. L' 66
Epidermodysplasie verruciforme (Lewandowsky et Lutz) 65
Epithéliomas baso-cellulaires multiples provenant de nævi baso-cellulaires pigmentés congénitaux 707
Ergonovine au troisième temps du travail. L'emploi de l' 324
Erythème infectieux 388
Erythèmes rhumatismaux. Sur les 590

G

Gastrique considérée comme glande endocrine. La muqueuse 700
Gastrite atrophique et cancer d'estomac. . . 701
Grossesse. Prophylaxie de la toxémie de la . . 190

H

Herpès gestationis. Traitement effectif par le sulfathiazole. Rapport d'un cas 193
Hernie par glissement ou para-péritonéale du colon pelvien 1442

Hodgkin. Atrophie icthyosiforme de la peau dans la maladie de 1328
Hormonales entre la mère et l'enfant. Les relations 62
Hypertensive. Traitement de la maladie 835
Hyperthyroïdie et le myxœdème. Excrétion calcique et phosphorée dans l' 323

I

Incontinence d'urine nocturne. Le traitement endocrinien de l' 1326
Invagination intestinale chez les adultes . . . 1442

K

Kératose folliculaire avec manifestation rare au cuir chevelu. Rapport d'un cas 707
Kératose folliculaire (Maladie de Darier). Etude de la vitamine A dans quelques cas de . 1204
Kenny. Le mécanisme de la méthode K. et ses rapports avec le traitement de la poliomyélite. 190
Lentigines: leur signification possible 1216
Lichteim. Syndrome de. (A propos de huit observations) 446
Lividité symétrique de la plante des pieds . . 1328
Lupus érythémateux tumidus superficiel . . . 1214

M

Médecine sociale. Victoires russes en 325
Mégaduodénum et mégajéjunum 701
Méningococciques. Le traitement des infections m. par la sulfadiazine et la sulfaméra-zine 1328
Ménorragies, métrorragies, mastites kystiques et du gonflement prémenstruel: traitement avec le complexe vitaminique B. L'insuffisance nutritive dans l'étiologie des 1440
Myocarde, la fréquence et les rapports réciproques des divers signes cliniques. Remarques pronostiques. L'infarctus du 321
Mqxœdème. Excrétion calcique et phosphorée dans l'hyperthyroïdie et le 323

N

Nécrose aseptique de la tête du fémur après fracture transcervicale. L'étiologie de la . . 325
Névrose des aviateurs. La 1210
Oculaire. Chirurgie o. en temps de guerre . . 951
Œdème cérébral. Considérations expérimentales, cliniques et thérapeutiques 701
Œdème rétro-auriculaire. Signification de l' . 839
Œsophage chez le nourrisson. Le brachy- . . . 704
Ostéotomie sous-trochantérienne pour support du pelvis 1208
Otites. La sulfamidothérapie dans les complications des 705

P

Paralysie générale. Hypotension orthostatique accompagnant la forme tabétique de la . . . 193
Peau. Atrophie icthyosiforme de la peau dans la maladie de Hodgkin 1328
Pelvienne par le « Newman Thermo-Flo ». Traitement conservateur de l'inflammation 443
Pemphigus. L'acétarsone dans le traitement du 447
Pentothal sodium par voie rectale comme anesthésie de base: 1,500 cas rapportés . . . 1096
Péricardite constrictive. Contribution au radiodiagnostic de la 708
Pétrole. Dermite du 1330
Pétrole. Les effets de l'inspiration de 441
Phénothiazine. L'effet du P. sur les parasites intestinaux 950
Pieds. Lividité symétrique de la plante des . . 1328
Pityriasis versicolor envahissant le cuir chevelu 839
Pneumonies. L'importance de la plaque latérale radiographique dans les p. du lobe moyen 947
Poliomyélite. L'épidémie de p. de 1942 à San Antonio 1206
Poliomyélite par la vitamine B. Le mécanisme de la méthode Kenny et ses rapports avec le traitement de la 190
Polynévrite diabétique par la vitamine B. Le traitement de la 586
Porokératose de Mibelli 447
Prostituées. Pas de certificat aux 195
Psoriasis avec des substances lipotropiques dérivées de certains aliments. Traitement du 588
Psoriasis. Méthode du traitement du 326
Psoriasis parmi la population en général. Fréquence du 1446
Pupille tonique. Le syndrome de la 191
Pyodermite gangréneuse. Ulcère phagédénique 1329

R

Rachitisme. Prévention du r. par des doses massives de vitamine D 949
Roentgenthérapie à 1,100,000 volts dans les tumeurs intrathoraciques 708
Rougeole par le sérum de convalescent ou par le sérum concentré d'adulte. Traitement de la 444

S

Sclérosante. Ligature et injection s. de la veine saphène 1094
Sclérosantes. Solutions s. et résultats obtenus des divers genres de traitements employés à la clinique 1094
Sclérose en plaques. Etiologie de la (Théorie du Dr Putnam) 1444

Sein. Signification de l'extension des métastases axillaires dans le cancer du 1327
Sérum. La réaction de coagulation du s. La signification clinique 840
Sous-dural et d'origine traumatique. Effusion liquidienne dans l'espace 191
Staphylococciques. Traitement des infections s. de la peau par un vaccin et une anatoxine combinés 952
Sulfadiazine. Le traitement des infections méningococciques par la sulfadiazine et la sulfamérazine 1328
Sulfamérazine. Le traitement des infections méningococciques par la sulfadiazine et la . . . 1328
Sulfamérazine. Valeur thérapeutique dans 116 cas 1326
Sulfamidé. Endocardite lente et traitement s. . 947
Sulfamidothérapie dans les complications des otites. La 705
Sulfathiazole. Mort par le traitement au 320
Sulfathiazole sodé en solution à 5%. Réaction des muqueuses au 591
Sulfathiazole. Traitement effectif par le. Herpès gestationis. Rapport d'un cas 193
Syphilis congénitale et acquise chez l'enfant. Traitement de la s. par des doses massives d'arsenic intraveineux 837
Syphilis hémorragique 64
Syphilis. Le chlodhydrate de phénarsine dans le traitement de la 589
Syphilis résistante au traitement. Le problème de la 194

T

Thyroïde avec le vieillissement prématuré. Rapport de la dégénérescence de la 440
Tuberculeuse. La trochéo-bronchite . . . . .
Transfusion. Accidents dus à l'air dans la . . . 63
Transfusions répétées de sang homologue. Réactions hémolytiques résultant d'iso-immunisation consécutive à des 449
Transfusion sanguine pour hémorragie et choc obstétrical 195
Trijumeau comportant un essai de traitement. Hypothèse pathogénique de la névralgie du . 191
Tuberculeuse. La trachéo-bronchite 1438
Tuberculeuses. Paralysie du diaphragme et fermeture de cavités 1091
Tuberculeuses surinfectées. Remarque sur le traitement des fistules 442
Tuberculeux dans les livres. La survivance du bacille 190
Tuberculose dans l'armée canadienne 1091
Tuberculose méconnue dans un hôpital général 1092
Tuberculose primitive. La 61
Tuberculose pulmonaire. Contribution à l'étude du pronostic de la. La réaction de Wiltmann exécutée avec du sang nitraté . . . 61
Tuberculose pulmonaire par la ponction du poumon. Le traitement de la 322
Tuberculose pulmonaire considérée comme une laryngite. La 1438
Tumeur de Krukenberg. La 836
Tumeurs myxomateuses du genou et leurs relations avec les kystes du ménisque 1208

U

Ulcères. La chlorophylle dans le traitement des 1329
Ulcère peptique. Instillation intragastrique dans le traitement de l' 322
Ulcère phagédénique (pyodermite gangreneuse) 1329

V

Varices. Diagnostic des v. aux membres inférieurs 1092
Varices. Diagnostic et occurence des veines communicantes dans le traitement des . . 1092
Varices. L'emploi préliminaire d'une dose d'essai et technique de l'injection sclérosante dans les v. des membres inférieurs 1094
Varices. Le traitement des v. des membres inférieurs 1093
Vitamine A. Etude de la v. dans quelques cas de kératose folliculaire. (Maladie de Darier) . 1214
Vitamine B. Le traitement de la polynévrite diabétique par la 586
Vitamine B_6 (Pyridoxine) en dermatologie . . 952
Vitamine D. Prévention du rachitisme par des doses massives de 949

TABLE ALPHABETIQUE DES AUTEURS

A

ALLARD, Eugène **1082**, 1096, 1097
AMYOT, Roma, 110, 190, 191, 192, 193, **305**, **429**, 442, **581**, 586, 596, **652**, **753**, 854, **875**, **910**, **1317**, 1326, 1328.
ARCAND, Arthur **52**, **929**
ARCHAMBAULT, Jules **880**
ARCHAMBAULT, Paul-René 61, 190, 442, 700 **773**, 1091, 1438.

B

BAUDOUIN, J.-A. **33**, **505**, **543**, **826**
BARBEAU, Antonio **502**
BEAUDRY, Maurice 448, 590
BEDARD, Lucien 1208
BELANGER, P.-A. **230**
BELISLE, Philippe **286**, 708
BENOIT, E.-P. **1243**
BERTRAND, A. 66, 195, 449, **1057**
BERTRAND, Claude **810**
BLAIN, Emile **1192**
BOUCHARD, Jean **1276**
BOURDON, C.-A. **682**, **1314**
BOURGEOIS, B.-G. **267**
BOURGEOIS, Paul **1267**
BOURQUE, J.-P. **795**
BOUTIN, J.-R. **1421**
BRAHY, Jules **1185**
BRATEK-KOZLOWSKI, F. **1245**
BRODEUR, Paul **1284**

C

CABANA, J.-Ernest **413**
CANTERO, A. 700, 701
CAUCHON, Roland **426**
CHAPUT, Yves **274**, **1306**
CHARBONNEAU, J.-H. **162**
CHARRON, Ernest **23**
CHENEVERT, Robert **28**
CHICOINE, P.-E. **1401**
CHOQUETTE, G. **877**
COTE, G.-Léo **16**
COUILLARD, J.-A. **1129**, **1169**
COUSINEAU, Aimé **913**
COUTURE, Ernest **531**
COUTURIER, Albert **668**

D

DECHENE, Euclide 444
DEMERS, F.-X. 324, **400**, 443, 836
DEMEULES, R. **1135**
DENONCOURT, J.-A. **398**
DESJARDINS, Edouard **790**, 856
DORE, Réal 323, 602, **657**
DROUIN, Guy . . 321, **638**, 947, 1092, 1093, 1094
DUFAULT, Paul **1144**
DUFRESNE, Eugène **1076**, **1291**
DUFRESNE, Roger-R. **281**, **1202**
DUGAL, J.-P. 840
DUMONT, Charles **381**
DUMONT, Georges **381**

F

FAUTEUX, Mercier **1260**
FERNET, P. **436**
FILIATRAULT, J.-M. **1169**
FOISY, Jean-Paul **1405**
FOLEY, A.-R. **547**
FORGET, Ulysse **184**
FORTIER, De La Broquerie 1095
FORTIER, Maurice **137**
FRENETTE, Ulric **128**

G

GARANT, Oscar **644**
GARCEAU, Eugène **1417**
GARIEPY, L.-Henri **30**, **1311**
GARIEPY, Urgel **249**
GARIEPY, Roger **125**
GAULIN, Eugène **676**
GAUMOND, Emile 320, 321, **885**
GAUTHIER, H. **1129**
GAUTHIER, L.-J. **906**
GAUTHIER, P.-P. **798**
GELINAS, Claire 195, 326
GELINAS, Henri **1085**
GENDREAU, J.-E. **1032**
GENEST, Armand **305**
GERIN-LAJOIE, Léon **301**
GIRARD, Alice 604
GIROUX, Maurice **1153**
GRENIER, E.-P. **1298**
GRONDIN, Roméo **904**
GROULX, Ad. **37**, **756**, **920**, **923**, **925**, **1413**
GROULX, Henri **755**
GUENETTE, Paul 194

H

HEBERT, C.-A. **1398**
HEBERT, Georges **1263**
HINGSTON, Donald **803**
HOUOT, A. **25**, **169**, **410**

J

JACKSON, Chevalier L. 634
JARRY, J.-A. 625, 735
JOBIN, J.-B. 291
JOBIN, Pierre 440

L

LABELLE, Arcade 1394
LABERGE, Lasalle 1148
LACASSE, Gustave 540
LADOUCEUR, Léo 117, 1175
LAFRESNIERE, Gabriel 772
LALANDE, E. 877
LALLEMAND, Rodolphe 779
LANDREVILLE, J.-A. 431, 554
LAPORTE, N. 679
LAROCHELLE, Paul 1071
LATRAVERSE, V. 61, 66, 350, 446, 591, 704, 705 1186.
LAURIER, Yvon 1157
LAUZER, Rosaire 1382
LEBEAU, Jacques 761, 1365
LEBEL, Jean 434
LEBEL, Léon, ... 1095
LEBLOND, Sylvio 322, 325, 441, 833
LEGAULT, Jean-Paul 792
LEROY, Alfred 782
LeSAGE, Albert, 1, 46, 220, 261, 356, 470, 504, 551, 631, 632, 685, 688, 740, 873, 993, 1301
LeSAGE, Jean 777
L'ESPERANCE, A. 1172
LETENDRE, Samuel 308, 1197, 1384
LONGPRE, Daniel 901

M

MARANDA, Emilien 839, 951
MARCOTTE, J.-E.-A. 562
MARIN, Albéric 10, 406, 577, 806, 1405
MARION, Donatien 62, 63, 173, 190
MARTEL, Antonio 369
MASSON, P. 104, 214
MATHIEU, C.-T. 404
McCORMICK, W.-J. 296
MERCILLE, J. 734
MIGNAULT, Georges 44
MILLET, J.-A. 1181
MORIN, J.-Edouard 536
MORIN, Paul 776
MORISSETTE, Léopold 819

N

NADEAU, Gabriel 180, 935
NADEAU, Honoré 322

P

PANET-RAYMOND, Jean 783
PANNETON, Auguste 156
PANNETON, Philippe 392
PAQUETTE, J.-P. 1091, 1092, 1163
PELLERAT, J. 436
PELLETIER, Emile 166
PEMBERTON, Ralph. 5
PERISSON, J. 317
PERRAS, J.-E. 1308
PETTIGREW, Ant. 836 1288
PILON, Alcide 445
PINSONNEAULT, G. 660, 1032
PLANTE, Ernest 21
POLIQUIN, Paul-A. 497 1294
POTVIN, Paul 121
POULIOT, Antoine 408

R

REID, Léonide 400
RICHARD, Ph. 1135
RIOUX, Emile 386
ROCHETTE, Paul 417
ROLLAND, René 288
ROUSSEAU, L. 1135
ROY, Ls-Ph. 325

S

SALGADO, Pierre-F. 1208
SAMSON, J.-Ed. 147
SAUCIER, Jean 824
SIMARD, Raymond . . . . . .
SIMON, Edouard 1438, 1440
SMITH, Henri, 64, 65, 175, 193, 194, 422, 447, 588, 589, 707, 838, 839, 952, 1214, 1216, 1328, 1329, 1330, 1444, 1446.
SMITH, Pierre 1327, 1442
ST-JACQUES, Eugène 49, 172, 630
ST-ONGE, J.-E. 314
SYLVESTRE, E. 547

T

TETRAULT, G.-Etienne 413
TOURANGEAU, F.-J. 571
TURCOT, Charles-E. 673
TURCOTTE, Maurice 892

V

VAILLANCOURT, Emile 216
VASQUEZ, Julio 63, 305, 446, 652. 701. 947. 1210, 1444.
VEZINA, Norbert 445, 586, 587, 594, 837, 948, 949, 950, 980, 1206.

Z

ZUCKERMANN, C. 1409

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratoires Ltée (Penta-Kaps) 44
American Can Co. (Quel est l'aliment essentiel que l'on mentionne le plus souvent quand il est question de nutrition défectueuse?) 36
Anglo-French Drug Cie (Sulfosalyl) **1435**
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Emménine) - (Prémarine) 2
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Composés d'acide acétylsalicylique) **1**
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Emménine) . . 23
Baby's Own (Produits) 1471
Banque Canadienne Nationale 1469
Bard-Parker Company, Inc. (Lames Rib-Back) . . . 42
Bayer Company, Ltd. The (Aspirin) **1461**
Bristol-Myers Co. (Sal Hepatica) 1453
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral) 1472
Canada Starch Co., Ltd. The (Sirops de Maïs "Crown Brand" et "Lily White") 1470
Canadian Tampax Corporation (Tampax) 1451
Carnation Company, Ltd. (Lait irradié Carnation) . 26
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Pepsogel) 27
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Idrocol) 31
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Eau alcaline Natalka) 1466
Ciba Compagnie Limitée (Lutocyline, Lutocylol, Métandrène, Pérandren, Ampoules de Coramine, Comprimés de Digifoline) 24
Couvrette-Sauriol, Ltée (Eau Justin) 1466
Cow & Gate (Canada), Ltd. (Lait Peptalac) 34
Denver Chemical Manufacturing Company. The (Galatest) **7**
Dohow Chemical Company, Ltd. (Auralgan) . . . 1472
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl du Dr Rousel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) 1447
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. lère page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. 17-18-19-20
Giroux, J.-O. (Opticien) **1469**
Gouvernement de la Province de Québec, Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social. (Le rôle du médecin de famille dans la lutte contre la tuberculose . 38
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) 1441
Imperial Tobacco Ltd. (Cigarettes Sweet Caporal) . 1470
Knox Gelatine (Gélatine Knox) 1455
Laboratoires DesBergers-Bismol (Oestrilin Progestilin) 4e p. de la couv.
Laboratoires Désautels (Pyélose) 1466
Laboratoires Jean Olive (Zymion) — (Nucléarsitol) . 28
Laboratoire Marois (Hemo-Vitol) 1465
Laboratoires Poulenc Frères (Dagenan) — (Soludagenan) . . . . . 2e p. de la couv.
Lederle Laboratoires, Inc. (Sulfadiazine Lederle) . . **9**
Librairie Beauchemin Ltée 1457
Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Pablum) . . . 21
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) **5**
Merck & Co., Ltd. (Cuprex) 1469
Merrell Company, The Wm. S. (Nethacetin) 40
Millet, Roux & Cie, Ltée (Sédantyl) 11
Monty, Gagnon et Monty 1472
Murine Co. (Collyre isotonique stabilisé) 1465
Parke, Davis & Compagnie ("Kapseals" Digifortis) . 30
Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour. La . . . **4**
Rougier Frères (Loravine) — (Valéramone) . . . 3
Rougier Frères (Lyxanthine Astier) 1433
Sanatorium de Blois (47e année d'existence) . . . 1458

Pages

Sanatorium Prévost Inc. 1462
Schering Corporation Limited (Sulamyd) 1449
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Vacagen) 33
Shuttleworth E. B. Chemical Co. Ltd. (Scilexol) — (Bronexol) 1439
Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast) 35
Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. (Separsyl) . 1445
Spencer Corsets (Canada) Ltd. (Supports - Abdomen Dos - Seins) 1471
Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Produits à base du complexe B) 1443
Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Neo-Synephrine) **25**
Upjohn (Vitamines Unicap) 32
Usines Chimiques du Canada Inc. (Trois Points) . . . . . 3e page de la couverture
Vinant Limitée (Pommade Midy) — (Valerianate Pierlot) 13
Vinant Limitée (Lipiodol Lafay) — (Génésérine) . . 15
William R. Warner Co., Ltd. (Agarol) 1437
Winthrop Chemical Co., Inc. (Creamalin) 29
Winthrop Chemical Co., Inc. (Comprimés Creamalin) 41
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Amphojel) . . 37
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagma pour la diarrhée 1469-1486
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Picrate d'argent) 43
Whitlow, Fred J. & Co., Ltd. (Clinitest) 39

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

Librairie Beauchemin Limitée.