

SYMPOSIUM SUR LES TRAUMATISMES DU COU-DE-PIED¹

ANATOMIE DU COU-DE-PIED. CLASSIFICATION ET MÉCANISME DES FRACTURES

Par **Paul POTVIN**,

Assistant au Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

La connaissance parfaite de l'anatomie du cou-de-pied est de toute première importance dans l'étude de l'entorse ou des fractures malléolaires, et on ne saurait espérer un résultat thérapeutique parfait sans l'application pratique de ses enseignements. Et par résultat parfait, il faut entendre récupération anatomique et dans la fonction et dans la forme. Qu'au fémur la consolidation d'un foyer de fracture se fasse avec chevauchement et angulation, la déformation osseuse restera masquée par la fonction parfaitement rétablie, et on parlera d'un beau résultat thérapeutique; mais au cou-de-pied, la forme anatomique doit toujours être recherchée. Le pied est un complexe articulaire servant à l'appui, à la marche, à la course et au saut; sur deux ou trois points d'appui, il reporte un poids considérable, à peu près toujours en déséquilibre, et au moindre désaxement de cette base de sustentation, nous verrons apparaître une suite ininterrompue de troubles statiques dont des durillons, des bourses de frottement, de l'œdème malléolaire, des lésions d'arthrite à la tibio-tarsienne ou la sous-astragaliennne.

Je n'ai pas l'intention de vous révéler de grandes découvertes anatomiques sur la constitution du cou-de-pied, nos auteurs classiques restent toujours les maîtres qu'il faut consulter; je bornerai simplement mon exposé au rappel descriptif des données essentielles à la compréhension des travaux qui

vous seront présentés ce matin: conformation articulaire de la tibio-tarsienne, jeu des ligaments, dynamique des tendons et étude des mécanismes habituels de la fracture du cou-de-pied.

L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE

L'articulation du cou-de-pied est une trochléenne, constituée par une poulie glissant dans une mortaise. Etudions chacune de ces surfaces articulaires formant d'une part la mortaise et d'autre part la poulie astragaliennne.

La mortaise.

Distinguons à la mortaise tibio-péronière, trois surfaces articulaires: un plateau tibial et deux pinces, la malléole externe et la malléole interne. Le plateau tibial est constitué par une surface articulaire séparée en deux segments par une saillie mousse en rapport avec une dépression correspondante de la poulie astragaliennne. C'est la surface portante du poids du corps. Au bord postérieur, des gouttières pour les tendons fléchisseurs portent un renflement terminal constituant une apophyse postérieure. Cette apophyse forme une butée qui s'opposera à la luxation postérieure du pied. Dans les mouvements d'extension forcée, cette apophyse vient directement au contact de l'os trigone et de la partie postérieure de l'astragale, elle est totalement indépendante de la malléole interne. Sa fracture est fréquente, nous l'appellerons: fragment marginal postérieur. Le bord anté-

1. Travail présenté à l'hôpital du Sacré-Cœur lors du XVIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Montréal, septembre 1942.

rieur du tibia est beaucoup moins saillant et prend contact avec le col de l'astragale dans les mouvements de flexion dorsale, il s'oppose à la luxation antérieure du pied; sa fracture est plus rare, nous l'appellerons: fragment marginal antérieur.

La malléole interne, dépendante du tibia, présente la forme d'une grosse pyramide, dont le sommet inférieur porte l'attache des puissants ligaments latéraux internes. Comparée à l'externe, elle est antérieure, plus saillante sous la peau et descend moins bas sur le pied. La malléole péronière par contre est postérieure, moins saillante et plus longue, son extrémité inférieure délimite l'interligne articulaire de la sous-astragalienne. Elle comprend toute l'extrémité inférieure du péroné.

De puissants ligaments maintiennent le tibia et le péroné en contact: ligaments péronéo-tibial antérieur, péronéo-tibial postérieur et ligament inter-osseux. Ils s'opposent à l'écartement latéral appelé diastasis tibio-péronier.

L'astragale.

Os de forme irrégulière, il est formé d'un corps, d'un col et d'une tête. Par la surface articulaire supérieure de son corps, il glisse dans la mortaise tibio-péronière imprimant au cou-de-pied des mouvements de flexion et d'extension, ceux-ci de 60 degrés, ceux-là de 28 degrés. Par la surface articulaire infé-

rieure ou calcanéenne et par sa tête, il répartit le poids du corps à tout le pied; le moindre désaxement dans ses lignes de force aura une répercussion directe sur les points d'appui normaux du pied. L'astragale est réunie à la mortaise par des puissants ligaments latéraux avec renforcements antérieurs et postérieurs. Enfin la capsule articulaire participe aux moyens d'union de l'articulation du cou-de-pied et s'insère au pourtour des surfaces articulaires en présence.

Les muscles de la jambe jouent un rôle secondaire dans le mécanisme de la fracture du cou-de-pied, l'étude de leur action sera cependant très utile lorsqu'il s'agira du traitement orthopédique des séquelles. Le tendon d'Achille porte le pied en équinisme et en varus, il est fléchisseur plantaire et adducteur; à la face interne, le jambier postérieur est adducteur, le jambier antérieur est également adducteur et fléchisseur dorsal; à la face externe, les péroniers produisent l'abduction du pied, le péronier antérieur contribuant de plus à la flexion dorsale.

* * *

Il existe au cou-de-pied une foule de variété de fracture, et une classification précise pose un problème assez complexe. Etienne Destot les divise en deux grands groupes: celles qui touchent la mortaise seule et celles qui touchent et la mortaise et le pilon tibial.

- | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------------|
| 1° Fractures de la mortaise. | A) Fractures basses
(Pas de diastasis) | 1° sans déplacement: <i>entorse.</i> | (a) malléole externe. |
| | | | |
| | | B) Fractures moyennes:
(Avec diastasis) | <i>Type Dupuytren.</i> |
| | C) Fractures hautes: | <i>Type Maisonneuve.</i> | |
-
- | | |
|---|---|
| 2° Fractures de la mortaise et du pilon tibial. | A) Fracture de la lèvre postérieure. <i>Fragment marginal postérieur.</i> |
| | B) Fracture de la lèvre antérieure. <i>Fragment marginal antérieur.</i> |
| | C) Fracture par éclatement tibial. |

Les fractures de la mortaise seront basses, moyennes ou hautes. Les fractures seront basses si le trait siège au niveau de la ligne articulaire. Elles ne donneront pas de diastasis, mais peuvent présenter du déplacement, par fracture d'une malléole ou des deux malléoles (bi-malléolaire). S'il n'y a pas de déplacement, ce sera l'entorse.

Les fractures seront moyennes, si la fracture du péroné se produit au-dessus de l'interligne articulaire. Elles donneront du diastasis et du déplacement, ce dernier étant d'autant plus considérable que le trait de fracture sera plus haut situé sur le péroné.

Les fractures seront hautes, si le péroné se casse près de sa tête, c'est la fracture de Maisonneuve.

Le second groupe se complique de la fracture du pilon tibial. Elle peut être antérieure, c'est le fragment marginal antérieur; elle peut être postérieure, c'est le fragment marginal postérieur, elle peut être de haut en bas, c'est la fracture par éclatement.

Le mécanisme des fractures du cou-de-pied étant en relation directe avec les déformations secondaires que l'on retrouve à l'examen clinique et radiologique, leur étude nous fournira une compréhension encore plus nette de leur classification. Nous venons de vous donner une division basée sur des données physiologiques: fracture du péroné, organe de direction de pied; fracture du tibia, organe de sustentation du poids du corps. Quels sont maintenant les groupes que nous pouvons isolés à la lumière du mécanisme de la fracture.

Nous en trouvons quatre, selon le mode d'action du traumatisme: par rotation externe, par abduction, par adduction et par chute de haut en bas. Toutes les fractures par rotation externe produisent des traits spiroïdes, et la localisation porte toujours au-dessus de l'articulation tibio-péronière. Ces deux caractères mis à part, les fractures par rotation et les fractures par abduction sont identiques au point de vue mécanique, signes cliniques et

traitement. Il nous reste donc trois groupes, que l'on divisera en trois degrés selon l'intensité de la force traumatique.

Dans la fracture par abduction, premier degré: la malléole externe est fracturée, la malléole interne ou son ligament résistent au choc. Il n'y a pas de diastasis, pas de déplacement. Deuxième degré: la fracture de la malléole externe s'accompagne de la fracture de la malléole interne ou de l'arrachement du ligament, il y a diastasis et le pied est éversé au dehors. Troisième degré: les fractures malléolaires s'accompagnent d'un fragment marginal postérieur, c'est la fracture de Dupuytren type. Dans cette fracture, la force traumatique s'exerce d'abord au ligament latéral interne. Celui-ci, très puissant, ne cède pas, mais arrache la malléole interne; secondairement, le poids du corps repousse vivement l'astragale en dehors, contre la malléole péronière. Celle-ci cède à son tour au-dessus de l'interligne articulaire, habituellement entre 8 et 12 cms de sa pointe. C'est alors que l'apophyse postérieure de l'astragale ou l'os trigone viennent buter fortement sur l'apophyse postérieure du tibia, celle-ci se fragmente et le pied se luxe en arrière.

Dans la fracture par adduction, le mécanisme agit d'une façon inverse. Premier degré: fracture isolée de la malléole interne, pas de diastasis, pas de déplacement. Deuxième degré: fracture de la malléole interne, arrachement du ligament externe ou de la malléole, diastasis, éversion du pied en dedans. Troisième degré: fragment marginal postérieur ajouté, diastasis, éversion du pied en dedans et luxation postérieure.

Dans les fractures par chute d'une certaine hauteur, le pied est vivement porté en avant et en haut. La flexion dorsale s'exagère au maximum et le bord antérieur du tibia vient brusquement au contact du col astragalien. Un fragment tibial antérieur se détache et le pied se luxe en avant, c'est la fracture avec fragment marginal antérieur.

Si donc le choc porte le pied en dehors, l'astragale agira comme un coin sur la malléole externe, directement de bas en haut, pour produire une fracture oblique et sus-articulaire. Du côté opposé, la fracture se produisant par traction ligamenteuse de haut en bas, le trait malléolaire sera transversal et articulaire.

Si le choc porte le pied en dedans, nous aurons fracture oblique et sus-articulaire en dedans, horizontale et articulaire en dehors. Le

professeur Forgue exprimait la même opinion en disant: « la malléole opposée au sens du déplacement se fracture toujours par arrachement, tandis que l'opposée subit la pression excentrique de l'astragale. »

Et c'est ainsi qu'un bon examen clinique aidé d'un cliché radiologique nous renseignera sur le mode de production de cette fracture, sur l'intensité du traumatisme et sur les corrections qu'il faudra y apporter.

REVUE STATISTIQUE

Par **Roger GARIEPY**,
 Assistant au Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

A l'occasion de ce travail, nous avons relevé pour étude les dossiers de 154 patients qui se sont présentés à la clinique orthopédique de l'hôpital du Sacré-Cœur, au cours des 12 dernières années. L'étude des traumatismes récents du cou-de-pied (moins les entorses) comprenait 96 cas, celle des séquelles de traumatisme, 58 cas.

A) FRACTURES RÉCENTES. (Tableau I.)

Une étude de la fréquence relative des diverses variétés de fracture de la région du cou-de-pied nous a donné des chiffres assez semblables à ceux de Boppe (Traité d'orthopédie d'Ombrédanne) et de Wilson (Fractures. Mass. General Hospital).

Les fractures par abduction avec ou sans rotation externe sont les plus fréquentes (82.7%). Viennent ensuite par ordre de fréquence les fractures par adduction (12.3%) et les fractures par compression (5%).

Fréquence relative selon l'âge et le sexe. (Tableau II.)

Dans l'ensemble, les fractures du cou-de-pied se rencontrent aussi souvent chez la femme que chez l'homme, bien qu'en temps normal ce dernier soit plus exposé aux traumatismes du fait de son occupation. A noter également l'augmentation relative du nombre des fractures du cou-de-pied chez les femmes au cours des dernières décades de la vie. Ceux qui ont déjà observé ce fait le rapportent à l'instabilité du pied dans la chaussure féminine à talon haut.

B) FRACTURES ANCIENNES ET SÉQUELLES. (Pieds bots traumatiques, etc.)

Les 58 cas étudiés se répartissent comme suit:

a) *Age et sexe.* (Tableau III.)

b) *Variétés de fractures.* (Tableau IV.)

Dans les groupes de fractures simples (A,

TABLEAU I

VARIÉTÉS DE FRACTURES	H. S-C	Boppe
Fracture isolée de malléole interne	2.1%	5.4%
— — — externe	20.9%	20.6%
Fractures bimalléolaires. Fractures de Dupuytren	52.5%	
— — avec fragment marginal antérieur	1.0%	71.2%
— — — — postérieur	15.7%	
Ecrasement du pilon tibial	1.0%	2.7%
Fractures de l'astragale	4.2%	
— avec décollement épiphysaire du tibia	3.0%	
Total des cas: 96		
(moins fract. d'astragale)	92	146
<i>Selon le mécanisme</i>		
Rotation externe	82.7%	Wilson 23.7%
Abduction	12.3%	61.2%
Adduction	5.0%	7.5%
Compression	7.5%	7.5%

B, C) quelques cas ont été améliorés par des traitements également simples (correction de chaussure, mobilisations avec ou sans anesthésie, bloquages du sympathique lombaire à la novocaïne pour ostéoporose douloureuse). Pour la majorité cependant on a dû prati-

quer une ou plusieurs interventions sanglantes. Ajoutons qu'au moins 25% des malades de cette catégorie avaient eu recours aux « services » de rebouteurs à l'occasion de l'accident qui leur laissa une impotence souvent très importante.

TABLEAU II

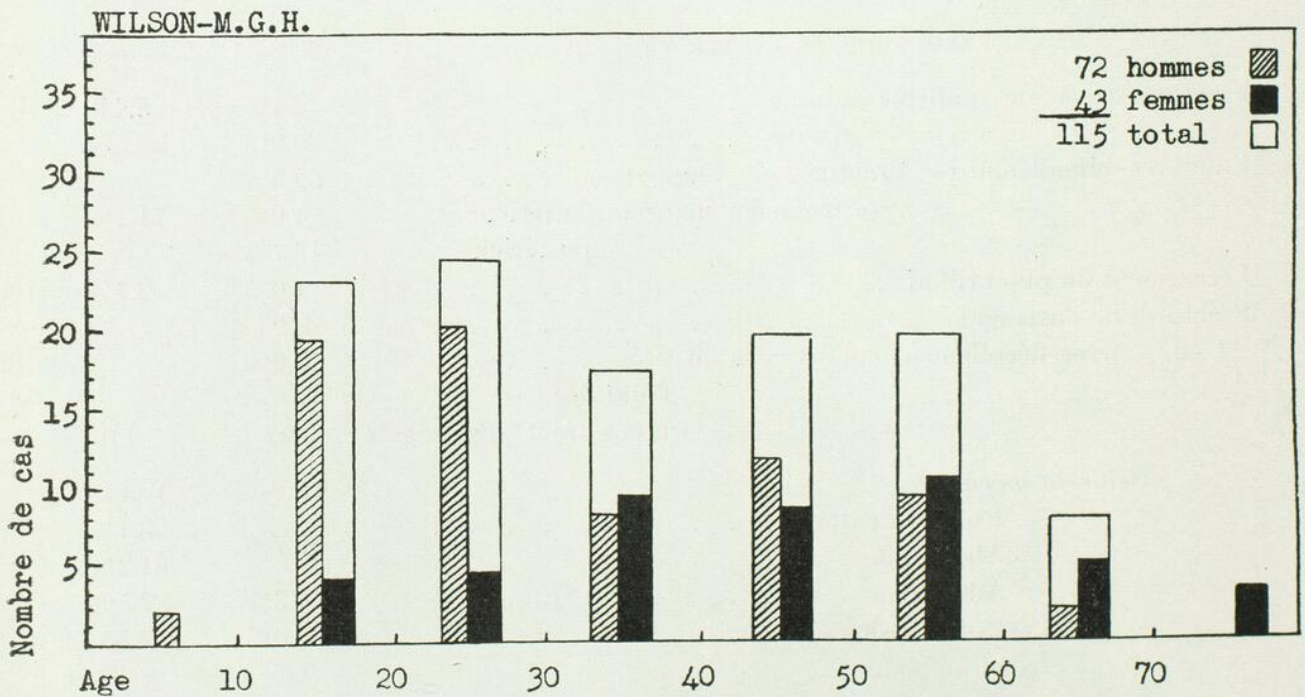
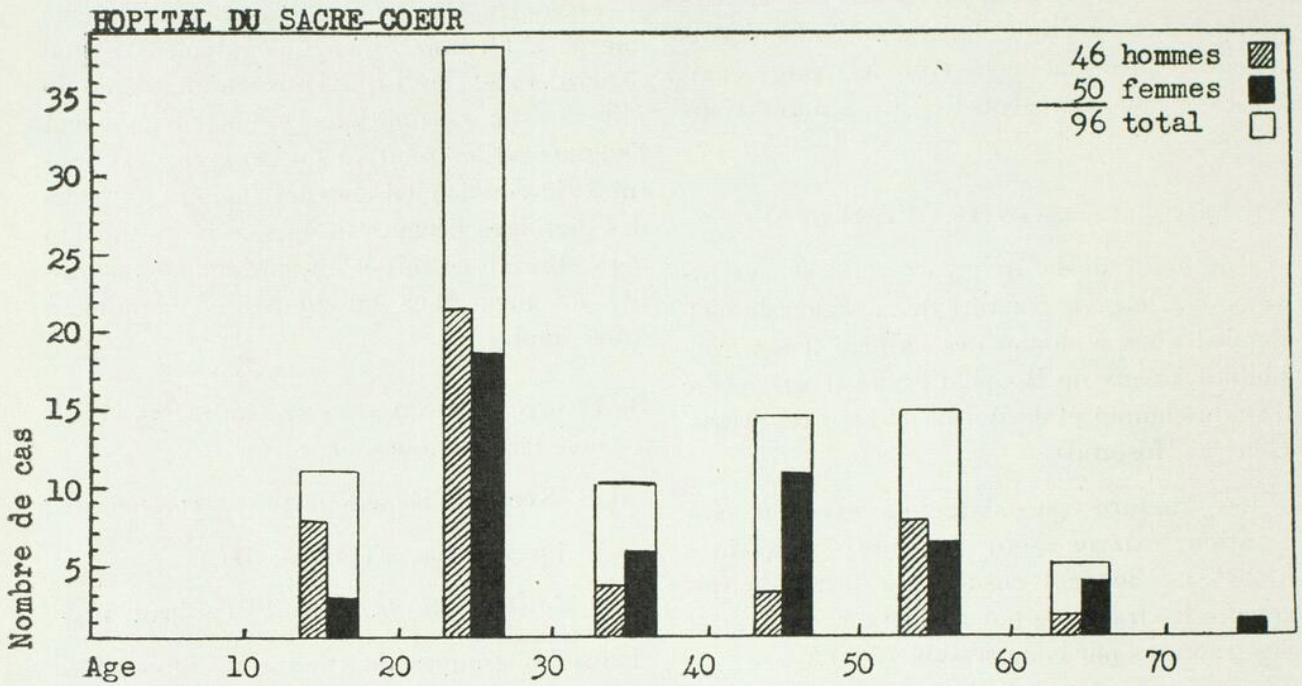


TABLEAU III

FRACTURES ANCIENNES ET SÉQUELLES DES TRAUMATISMES DU COU-DE-PIED. (Moins les entorses.)	Age	Sexe	
		Hommes	Femmes
	0 à 10 ans	0	0
	10 à 20 —	1	1
	20 à 30 —	5	6
	30 à 40 —	4	11
	40 à 50 —	5	12
	50 et plus	2	11
		Total: 58 cas	

TABLEAU IV

SÉQUELLES DES TRAUMATISMES DU COU-DE-PIED

Variétés	Cas	Traitement
A) Fracture d'une seule malléole		
M. I.	3	Correction chaussure 1
		Réduction ouverte 2
M. E.	3	Correction chaussure 2
		Physiothérapie 1
B) Fractures bimalléolaires		
basses	16	Réduct. ouv. avec greffe . . . 2
		Ostéotomie simple 8
		Idem et ténotomie Achyl. . . 3
		Correction chaussure 3
hautes	6	Ostéotomie et greffe 2
		Réduction fermée 1
		Arthrodèse tibio-astraglien . 2
		Ostéotomie simple 1
C) Fractures bimalléolaires avec fragments marginaux		
a) antérieur	5	Astragalectomie 2
		Ostéotomie 2
		Physiothérapie 1
b) postérieur	15	Arthrodèse t.-astr. 3
		Astragalectomie 2
		Plastie partielle 4
		Ostéotomie-Ténotomie . . . 5
D) Fractures complexes. Fract. astragale		Bloquage lombaire 1
Malléole interne et astragale .	1	Astragalectomie
Fractures de l'astragale . . .	5	Réduction ouverte 1
		Artrodèse t.-astr. 1
		Astragalectomie 3
Ecrasement du pilon tibial . .	2	Arthrodèse t.-astr. 1
		Astragalectomie 1
Idem avec astragale	1	Astragalectomie et scaphoï-
		dectomie 1
Epiphyse tibiale et péronière	1	Ostéotomie
<i>Résultats fonctionnels et économiques:</i>		Bons 8
(de ce groupe)		Mauvais 1
		Non contrôlé 1

ENTORSES - FRACTURES MALLÉOLAIRES - FRACTURES DE DUPUYTREN

Par **Ulric FRENETTE**,

Assistant du Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Le docteur Gariépy vient de vous illustrer, par l'étude des statistiques du service, la fréquence relative des lésions susceptibles de se produire accidentellement au cou-de-pied, et la valeur des résultats obtenus. Par la communication du docteur Potvin, nous avons pu nous rendre compte des divers mécanismes suivant lesquels peuvent survenir ces lésions.

Ayant à vous en exposer moi-même les formes les plus banales, peut-être, mais aussi les plus fréquemment rencontrées, mon rôle s'en trouve de beaucoup simplifié. Aussi, me contenterai-je d'esquisser, d'un point de vue essentiellement clinique, les diverses modalités de ces lésions, limitant au strict nécessaire les considérations anatomo-pathologiques que nous devons garder en mémoire pour assurer la conduite efficace du traitement. C'est pourquoi, sans nous en tenir à la division, aujourd'hui généralement admise, des fractures d'après leur mécanisme de production, considérons-nous la lésion elle-même, telle que nous la rencontrons en pratique courante.

Et, pour procéder du plus simple au plus complexe, nous passerons successivement en revue: l'entorse, la fracture unimalléolaire externe ou interne, la fracture bimalléolaire, la fracture de Dupuytren. Quelques considérations sur le décollement épiphysaire inférieur du tibia serviront finalement d'introduction à l'étude des lésions plus complexes dont vous entretiendra ensuite le docteur Fortier.

L'ENTORSE

L'entorse constitue sans contredit la lésion la plus fréquente, comme aussi la plus bénigne dans ses effets immédiats sinon dans ses conséquences éloignées. Elle comprend plusieurs degrés, depuis la simple surdistension brusque du ligament jusqu'à son arrachement complet

avec possibilité d'une subluxation de l'astragale.

Le pied versant presque toujours sur son flanc externe, l'entorse externe est la seule à considérer en pratique. Rappelons-nous, toutefois, qu'en même temps que le pied postérieur tourne en varus, l'avant-pied s'enroule en supination et adduction, tendant à assurer momentanément l'attitude d'un pied bot varus équin. On comprend facilement alors que le maximum de surdistension portera sur la partie antérieure du ligament, le faisceau péronéo-astragalien antérieur et le faisceau péronéo-calcanéen étant les premiers à céder. Ce n'est qu'exceptionnellement que le faisceau péronéo-astragalien postérieur sera lui-même intéressé, et c'est dans cette dernière alternative que la subluxation de l'astragale pourra se produire.

N'oublions pas, non plus, et ceci a son importance, que du fait de l'adduction forcée de l'avant-pied, le surtout ligamentaire externe de la calcanéo-cuboïdienne sera lui-même soumis à une tension anormale, pouvant même subir une déchirure. Cette méconnaissance de la possibilité d'une entorse de la calcanéo-cuboïdienne associée à l'entorse du ligament latérale externe ou même isolément, pourra être cause de l'installation de séquelles.

Symptômes.

Subjectivement, le patient nous racontera généralement qu'en courant, parfois même simplement à la marche (les échasses de certains souliers féminins y prédisposent singulièrement), son pied a versé subitement. D'autres fois, l'accident survient à l'occasion d'un faux pas, soit que l'individu bute sur un obstacle, soit qu'il pose le pied dans une dépression insoupçonnée de terrain. Il pourra tomber en position assise sur son pied. L'impotence, dans ce cas, pourra être complète, et on devra

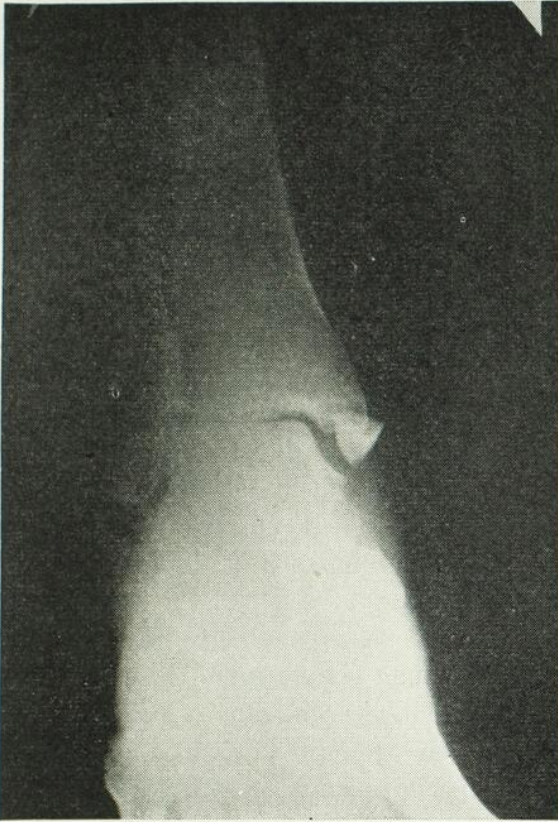


FIG. 1. — Fracture de la malléole interne, trait transversal. Légère bascule du fragment inférieur.

pratiquer un examen soigneux avant d'affirmer l'absence de fracture.

Objectivement, nos constatations porteront d'abord sur la présence d'un épanchement d'importance variable se traduisant par un gonflement malléolaire externe, lequel, en soi, n'aura rien de pathognomonique. La recherche et la localisation des points douloureux constitueront le temps capital de l'examen. Or, la lésion portant de préférence sur les faisceaux antérieurs et au voisinage de leur insertion inférieure, c'est à 1½ cm. environ en avant et en bas de la pointe de la malléole que la pression provoquera, de la part du patient, le maximum de réaction.

Aux mouvements, tant actifs que passifs, la flexion et l'extension du cou-de-pied seront normales ou à peu près. La mise en pronation du pied produira souvent une impression de soulagement, tandis que l'adduction avec supination exagéreront la douleur.

Radiographie.

Dans l'entorse grave, la prise de clichés successifs, en position neutre, d'abord, puis après anesthésie locale, en supination et adduction forcées, pourra faire voir un bâillement en dehors de l'interligne tibio-tarsien traduisant la subluxation de l'astragale.

Traitement.

Le traitement de l'entorse doit viser, avant tout, à prévenir l'installation des séquelles: entorse à répétition, œdème persistant, ostéoporose douloureuse post-traumatique.

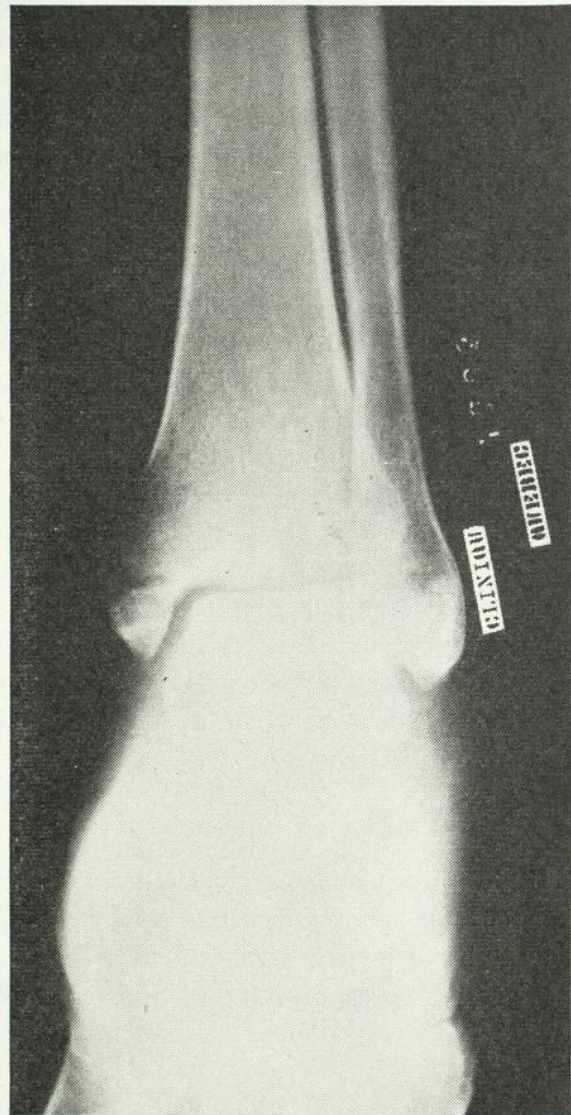


FIG 2. — Après traitement: la fracture est consolidée en bonne position.

Les grands délabrements ligamentaires pourront évidemment commander un repos temporaire de l'articulation, mais on devra garder constamment en mémoire que le plus sûr moyen d'éviter la production de séquelles consiste à rendre possible dans un délai minimum la reprise de l'activité.

Et on y parviendra couramment en faisant disparaître la douleur par le moyen de l'infiltration locale de novocaïne. L'injection se fera immédiatement en regard du ou des points douloureux et sera de 10 à 20 c.c. d'une solution de 1/2 à 1%. Nous répétons ici ce que nous avons déjà énoncé en d'autres circonstances, à savoir que la diffusion du liquide dans l'espace cellulaire sous-cutané nous paraît de beaucoup préférable à l'injection au contact de l'os. Moins instantanée dans son action, peut-être, elle risque moins de provoquer une réaction douloureuse toujours pénible une fois l'effet anesthésique disparu.

Règle générale, le patient pourra reprendre la marche sans trop de peine dès après l'injection. Celle-ci sera répétée toutes les 24 ou 48 heures, selon la précocité de réapparition et l'importance de la douleur. 2, 3, parfois 5 ou 6 injections aboutiront généralement à la guérison définitive de la majorité des entorses.

L'adjonction de diachylon ramenant le pied en pronation pourra avoir son utilité pour retarder ou amoindrir la réapparition des phénomènes douloureux, mais en aucun cas, elle ne devra remplacer l'injection novocaïnique dont le rôle nettement curateur a été si bien démontré par Leriche.

FRACTURES DE LA MALLÉOLE EXTERNE

Il pourra cependant arriver que le ligament résiste, et si la force continue à agir, la malléole externe pourra être arrachée, généralement en bas ou au niveau de l'interligne: c'est la *fracture malléolaire externe* proprement dite.

Fréquemment, par ailleurs, la fracture se produira alors que le pied, au lieu de verser sur son flanc externe, subit un mouvement de

rotation externe sur la jambe. C'est la fracture par torsion fréquemment rencontrée à la suite d'une chute en ski. La fracture, dans ce cas, siègera généralement au-dessus de l'interligne. C'est celle que Boppe désigne sous le nom de *fracture supra-malléolaire*.

Fracture malléolaire externe.

Les symptômes en seront, en général, ceux de l'entorse grave, sauf la localisation du point douloureux, qui siègera nettement sur l'os. Le déplacement étant à peu près nul, on n'aura aucune déformation digne de mention.

Radiographiquement, le trait de fracture sera, le plus souvent, oblique, parfois difficile à déceler, d'où l'importance d'une radiographie sur deux plans.

Le traitement se résumera, dans la plupart des cas, à une simple immobilisation plâtrée du pied à angle droit, sans déviation latérale, ou même en légère pronation. La marche pourra être permise sur ce plâtre que l'on pourra lever au bout de 3 à 4 semaines.

Fracture supra-malléolaire.

Le point important à noter dans cette variété de fracture, c'est que le trait de fracture vient toujours aboutir au-dessus ou au niveau de la jonction tibio-péronière, d'où la possibilité d'un diastasis tibio-péronier. Fréquemment associée à une entorse du ligament latéral interne, le pied pourra présenter une légère déviation en valgum. Le point douloureux malléolaire externe sera plus haut situé que dans la variété précédente.

Le trait de fracture sera variable, le plus souvent spiroïdal, comme nous verrons dans la fracture de Dupuytren. (Radio. n° 5.)

Du point de vue pronostic, cette fracture sera considérée comme plus grave que la précédente, et le diastasis, s'il existe, devra nécessairement être corrigé. Comme le déplacement des fragments est peu marqué, il suffira généralement, après anesthésie locale du foyer de fracture, si nécessaire, de porter le pied en varus pour exercer, par l'intermédiaire du ligament latéral externe, une traction sur le frag-

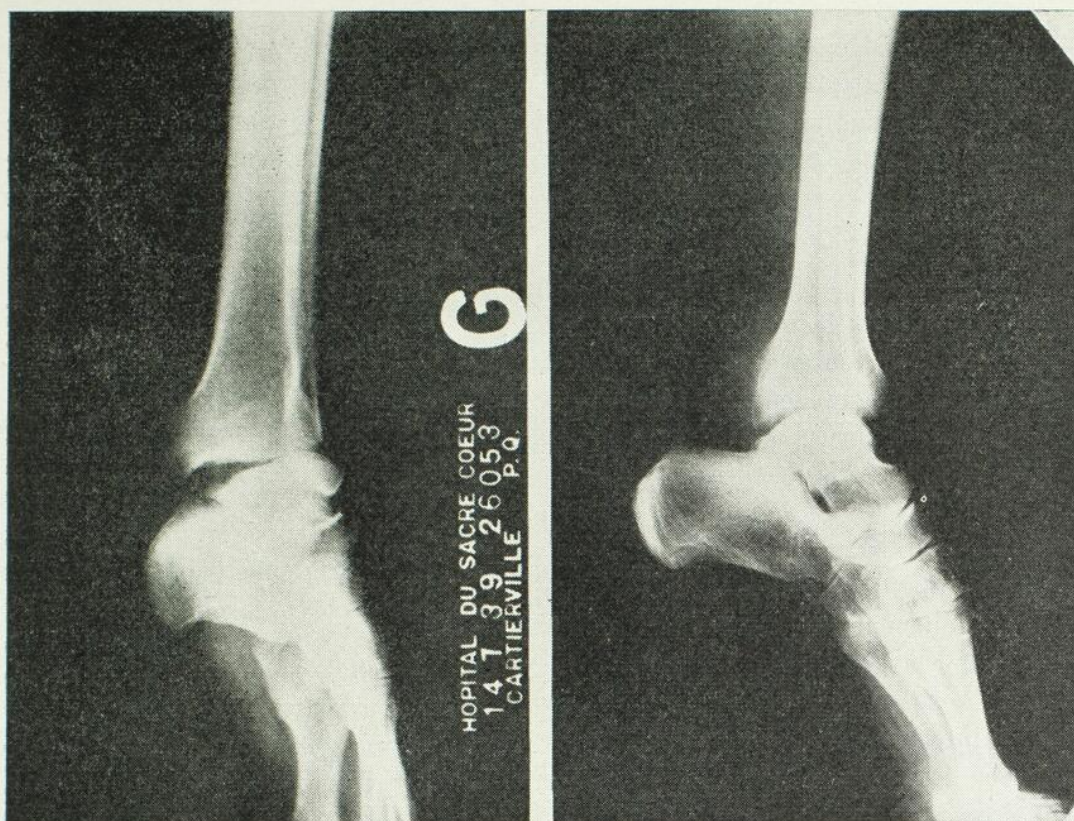


FIG. 3. — Fracture bi-malléolaire avec déplacement important, luxation en dehors et torsion du pied sur la jambe.

De profil: on constate cependant l'absence de déplacement antéro-postérieur.

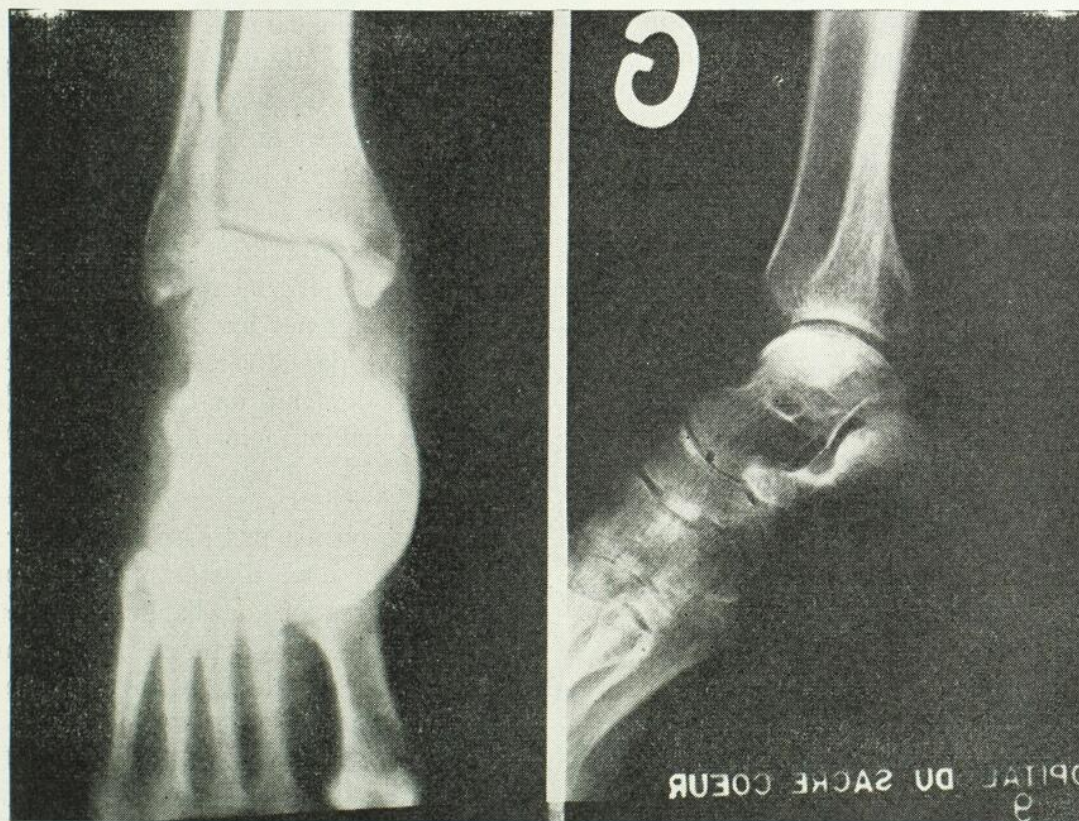


FIG. 4. — *Après traitement: La fracture est consolidée en très bonne attitude. Les traits de fractures malléolaires sont encore visibles. Aucun diastasis.*

ment inférieur et corriger l'angulation possible. Cette manœuvre aura également pour résultat de resserrer la pince malléolaire et de corriger le diastasis. Un plâtre sera appliqué et la marche ne sera permise avant 4 à 5 semaines.

FRACTURES DE LA MALLÉOLE INTERNE

La fracture isolée de la malléole interne est la moins fréquente de toutes et se produit à peu près uniquement par arrachement, le pied étant porté en pronation brusque. Le gonflement **périmalléolaire interne**, la localisation du point douloureux, la rareté de l'entorse isolée du ligament latéral interne en feront porter le diagnostic.

Radiographiquement, le trait de fracture sera plus transversal que dans les fractures de la malléole externe, siégeant au niveau ou en bas de l'interligne, sensiblement le même que dans la fracture de Dupuytren ou la bimalléolaire par abduction. (Radio. n^{os} 1 et 2.)

Le traitement se résumera dans nombre de cas à une simple immobilisation plâtrée. Il faudra garder en mémoire, cependant, la possibilité d'une pseudarthrose dont nous avons vu quelques cas. Il vaudra mieux donner au pied une attitude en léger varus pour accoler les fragments.

L'immobilisation durera un minimum de 5 à 6 semaines.

FRACTURES BIMALLÉOLAIRES

La concomitance d'une fracture des deux malléoles est également possible; l'abduction comme l'adduction pourront la produire. Dans le premier cas, le plus fréquent, la fracture de la malléole interne se fera par arrachement, celle de la malléole externe résultant de la pression indue de la lèvre de l'astragale; dans le second cas, le mécanisme inverse se produira.

Symptômes.

Le gonflement sera toujours très marqué, rapide d'apparition, circonscrivant le cou-de-pied. Dans la *fracture par adduction*, le maximum de gonflement portera surtout au bord

interne et c'est également dans cette variété que l'on sera davantage exposé à avoir une fracture ouverte par protusion de la pointe du fragment malléolaire interne.

La déformation sera également variable suivant le mécanisme de fracture. Dans beaucoup de cas elle sera peu importante par suite du moindre degré de déplacement. Si, cependant, les moyens de soutènement tibio-astragaliens cèdent de façon importante, on pourra avoir des déformations extrêmes indépendamment du mécanisme de production.

Points douloureux, mobilité anormale, crépitation osseuse, seront des signes que l'on rencontrera également dans cette dernière alternative.

Radiographie.

Le trait de fracture de la malléole externe sera le plus souvent similaire à celui que l'on rencontre dans la fracture malléolaire externe. Fait à noter cependant, c'est que le trait de fracture, à son extrémité inférieure, viendra toujours aboutir en bas de l'articulation tibio-péronière, d'où absence de diastasis, et c'est ce qui fait la caractéristique de la fracture bimalléolaire. (Radio. n^{os} 3 et 4.)

Le trait de fracture malléolaire interne sera variable suivant le mécanisme de production. Dans la fracture *par abduction*, il sera celui que nous avons décrit à propos de la fracture isolée de cette malléole. Dans la fracture *par adduction*, le fragment malléolaire sera prolongé en haut par une portion plus ou moins importante de la corticale interne de l'épiphyse, et le trait de fracture sera oblique, tendant plus ou moins à la verticale.

Traitement.

Comme on n'a pas à se préoccuper, ici, de la présence d'un diastasis tibio-péronier, la simple correction de l'angulation suivie de l'application d'un appareil plâtré immobilisant le pied à angle droit sur la jambe, suffira dans les fractures sans déplacement.

Dans les fractures avec délabrement important, la technique de réduction sera la même

que pour les fractures de Dupuytren que nous allons maintenant étudier.

FRACTURES DE DUPUYTREN

On donne ce nom à l'association d'une fracture malléolaire interne avec une fracture supramalléolaire externe, c'est-à-dire où le trait de fracture intéressé est situé au-dessus de la jonction tibio-péronière. Rarement produite par pure abduction, elle résulte le plus souvent d'un mouvement combiné de pronation et de rotation externe du pied sur la jambe. C'est donc habituellement une fracture par torsion.

Symptômes.

Du point de vue clinique, l'attitude du pied suffira souvent à faire porter un diagnostic qui sera confirmé par la radiographie. Avec un gonflement généralement moindre que dans les fractures bimalléolaires, la déformation sera plus prononcée que dans la majorité de celles-ci sans atteindre toutefois la monstruosité de certaines bimalléolaires avec grand déplacement.

Le pied toujours fixé en léger équinisme sera dévié en valgum. Cette déviation se traduira au bord externe par une dépression angulaire interne (déformation en coup de hache de Dupuytren), dont le niveau indiquera la hauteur du foyer de fracture du péroné. Au bord interne, le gonflement masquera souvent la déformation; sinon, le doigt qui palpe pourra pénétrer dans l'espace interfragmentaire et devra même, parfois, s'enfoncer sous l'extrémité inférieure du tibia pour palper la malléole entraînée sous la surface articulaire tibiale par suite de la translation externe du pied. Le raccourcissement apparent de la face dorsale du pied avec proéminence anormale de la saillie postérieure du talon fera suspecter une luxation du pied par rapport à la jambe avec possibilité de la présence d'un fragment marginal postérieur.

La palpation gardera sa valeur dans la localisation des points douloureux. Le degré de mobilité anormale donnera des indications sur

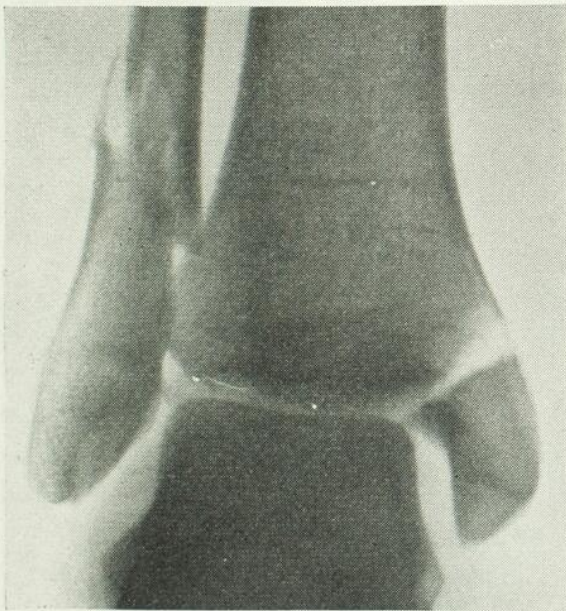


FIG. 5. — Dupuytren basse, sans déplacement important, mais avec diastasis tibio-péronier, élargissement de la mortaise.

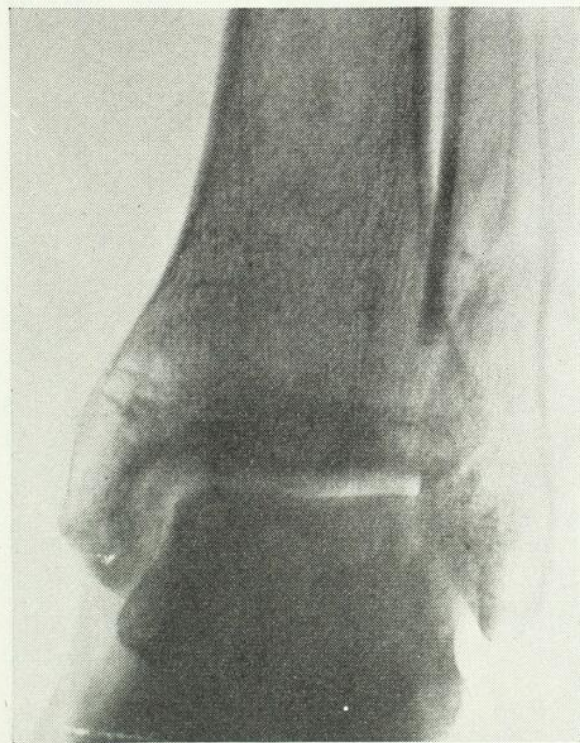


FIG. 6. — (le même). La fracture est consolidée. Le diastasis est complètement corrigé. La pince malléolaire est refermée. L'axe du membre est très bon.

la présence ou l'absence d'enclavement des fragments.

Radiographie.

Le plus grand avantage que présente dans ces fractures la prise d'un bon cliché dans le plan frontal, réside dans la constatation de la hauteur du trait de fracture du péroné, et surtout dans l'étude de la largeur de l'espace péronéo-tibial inférieur qui nous renseignera sur la possibilité et sur l'importance du diastasis.

Si le trait de fracture externe siège nettement au-dessus de la jonction, habituellement entre 5 et 8 cm. (Radio. nos 7 et 8), on dira qu'on a affaire à une *Dupuytren haute*. Si, au contraire, le trait de fracture, partant en haut à une hauteur variable, vient aboutir à son extrémité inférieure, dans la jonction tibio-péronière, la fracture sera qualifiée de *Dupuytren basse*. (Radio. nos 5 et 6.)

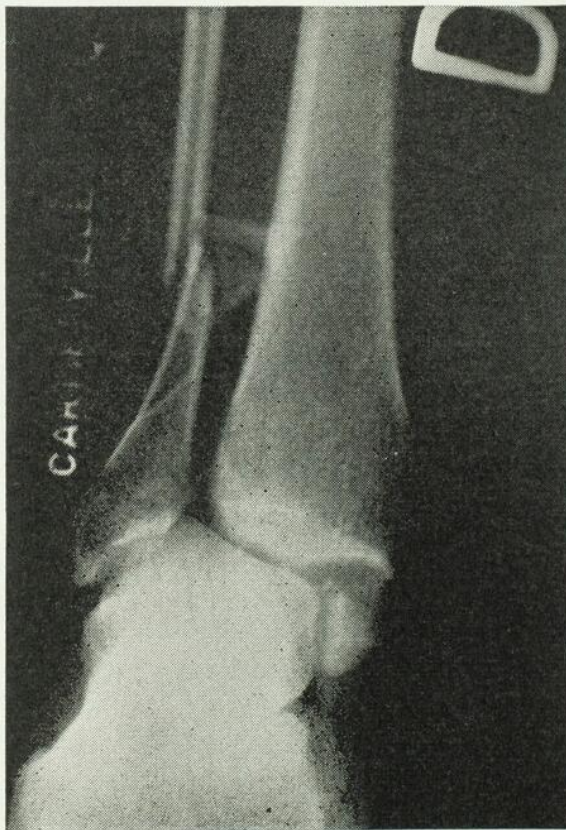


FIG. 7. — Dupuytren haute, avec déplacement important. Translation externe du pied par rapport à la jambe. Diastase tibio-péronier manifeste.

Le diastasis devra toujours être recherché soigneusement. Son étude nécessitera la prise d'un cliché nettement antéro-postérieur et se manifestera par la présence d'un espace clair séparant l'épiphýse inférieure du tibia, du péroné.

Traitement.

La grande importance de la réduction soignée de cette variété de fracture réside précisément dans ce fait de la grande nécessité de corriger tout diastasis, si minime soit-il. Ici, plus qu'ailleurs peut-être, l'à peu près n'est pas de mise et ne pourra qu'aboutir à la production d'infirmités graves qu'un peu de soin et une technique adéquate auraient pu éviter.

Technique de réduction.

Celle que nous utiliserons, et qui peut servir à la réduction de toutes les fractures de Dupuytren ou bimalléolaire avec déplacement, nous a été enseignée par notre chef le docteur Samson et nous n'avons jamais eu à nous repentir de l'avoir suivie scrupuleusement. Nous considérons qu'elle remplit toutes les conditions pour l'obtention d'un bon résultat: re-

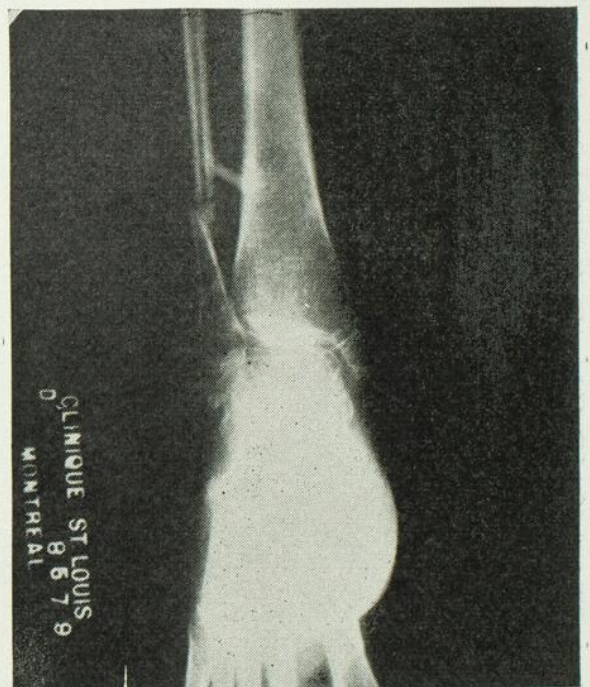


FIG. 8. — Après réduction: la pince malléolaire est reconstituée. L'alignement du membre est très bon.

mettre en position les extrémités fracturées, corriger tout diastasis possible, et assurer le maintien de la réduction.

Disons tout d'abord qu'à notre point de vue la réduction de telles fractures constitue un traitement d'urgence et ne doit jamais être remise au lendemain alors que le gonflement risquera de compromettre le résultat. Une des premières conditions à réaliser sera l'obtention d'une résolution musculaire complète, et il ne

en valgum. Puis brusquement, de la main qui empoigne le talon on exerce une traction énergique qui ramène le pied dans l'axe de la jambe pendant que l'autre main porte l'avant-pied en supination et flexion limite utilisant le tendon d'Achille comme bras de levier.

On se trouve ainsi, tout en repoussant en dedans la malléole interne, à exercer, par l'intermédiaire du ligament latéral externe, une traction sur le fragment inférieur du péroné

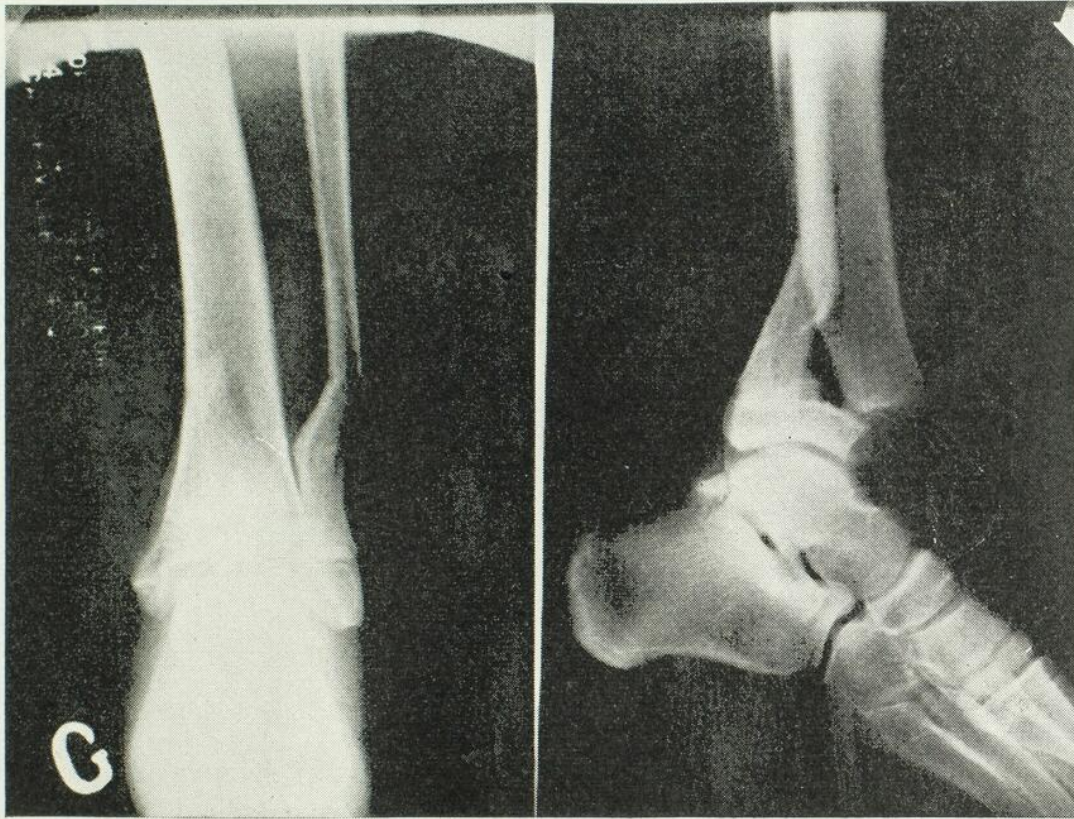


FIG. 9. — Décollement épiphysaire avec fracture postérieure de la métaphyse. Fracture supra-malléolaire du péroné. Déplacement postérieur des fragments inférieurs.

faudra pas hésiter à recourir à l'anesthésie générale pour y parvenir. Au pentothal sodique vont actuellement toutes nos préférences.

Pour réduire, pendant qu'un aide immobilise soigneusement la jambe, d'une main on empoigne le talon pendant que l'autre enserme l'avant-pied. En vue de s'assurer de la mobilité des fragments, ou pour les désenclaver s'il y a lieu, on exagère fortement la déformation

qui reprend sa place, pendant que la mise en varus resserre la pince malléolaire corrigeant par le fait même tout diastasis. La flexion limite a pour but de prévenir tout glissement possible en arrière.

Aucun déplacement n'étant à craindre si cette position est bien maintenue, nous n'hésitons pas, pour assurer au confort du patient, à protéger le membre par une couche d'ouate,

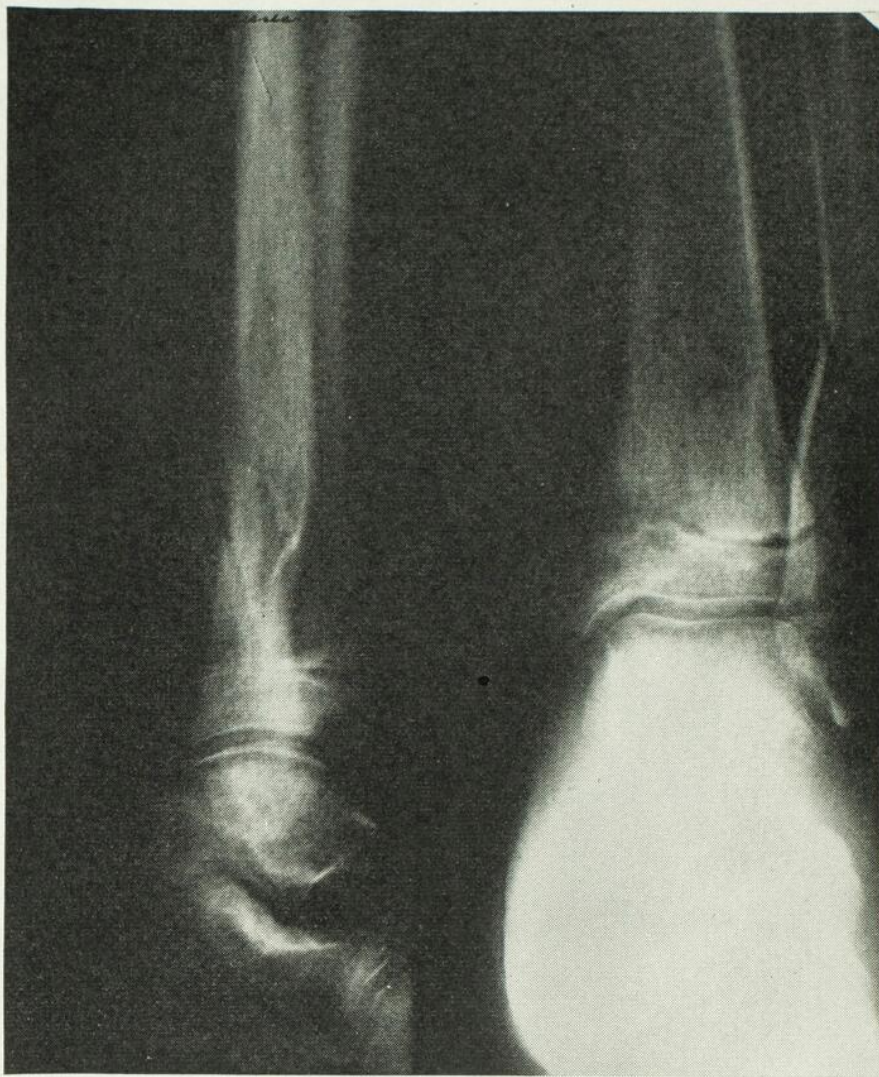


FIG. 10. — *Après traitement*: réduction très bonne dans les deux sens.

et nous immobilisons en plâtre circulaire dans cette attitude.

Au bout de 3 semaines, la récurrence du diastasis n'étant plus à redouter si le patient ne porte pas sur son membre, ce plâtre est levé et remplacé par un autre, bien moulé, qui immobilise en flexion à 90°, sans déviation latérale pour prévenir toute rétraction possible du ligament latéral interne.

Nous ne permettons jamais la marche sur le membre avant deux mois dans toute fracture importante du cou-de-pied.

DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE INFÉRIEUR DU TIBIA (Radio. nos 9 et 10)

Rarement pur, mais généralement associé à un arrachement d'une partie plus ou moins importante de la métaphyse tibiale et à une fracture supramalléolaire du péroné, cette lésion ne se rencontre que chez l'adolescent.

Les signes cliniques et le traitement s'y apparentant à ceux de la fracture avec fragment marginal postérieur, en vue d'éviter les redites, je laisse la parole au docteur Fortier qui vous traitera de cette question.

FRACTURES DU PLAFOND TIBIAL ET FRACTURES DE L'ASTRAGALE

Par **Maurice FORTIER**,

Assistant au Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

I) FRACTURES DU PLAFOND TIBIAL

Cette partie de la communication est basée sur une statistique de 17 cas de fractures récentes complexes du cou-de-pied, observés dans notre service. Toutes sont des fractures fermées.

Les fractures du plafond tibial se divisent comme suit:

- A) *Fractures marginales* } a) postérieures
 } b) antérieures
B) *Eclatement du pilon tibial.*

a) *Fractures marginales postérieures.*

Ce sont les plus fréquentes. Les 17 cas de

notre statistique se répartissent comme suit:

fractures marginales postérieures, 15 cas,
fractures marginales antérieures, 1 cas,
éclatement du pilon tibial, 1 cas.

Par rapport aux autres fractures du cou-de-pied, elles sont relativement rares comme l'indique le tableau de la statistique générale du service.

Des 15 cas, 11 sont chez des femmes, 4 chez des hommes.

L'âge varie entre 22 ans et 51 ans.

Le pied gauche est intéressé dans 8 cas, le pied droit dans 7 cas.

TABLEAU

FRACTURES COMPLIQUÉES DU COU-DE-PIED (récentes)

I — *Fractures marginales postérieures*: 15 cas.

Fractures uni. ou bimalléolaires dans tous les cas.

Femmes: 11 cas; *hommes*: 5 cas.

Age: 22 à 51 ans.

Traitement: Réduction fermée: 14 cas.

Réduction ouverte et arthrodèse tibio-tarsienne après 2 tentatives de réduction fermée infructueuses: 1 cas.

Durée moyenne de l'immobilisation: 45 jours.

Résultats:

a) radiographiques	{	parfaits	7 cas
		satisfaisants	5 cas
		inconnus	2 cas
		mauvais	1 cas
b) fonctionnels	{	excellents	9 cas
		bons	4 cas
		non contrôlés	2 cas

II — *Avec fragment marginal antérieur*: 1 cas.

Homme: 22 ans.

Association: Fract. de malléole interne.

Traitement: Réduction ouverte avec greffe osseuse.

Résultat: Clinique et fonctionnel, excellent.

III — *Ecrasement du pilon tibial*: 1 cas.

Homme: 45 ans. Réduction fermée. Immobilisation: 21 jours.

Résultat: Fonctionnel et radiologique, très bon.

Toutes sont associées à des fractures malléolaires et dans les proportions suivantes:

fractures bi-malléolaires,	2 cas,
fractures malléolaires externes,	3 cas,
fracture du tiers inférieur du péroné,	1 cas,
fractures du Dupuytren hautes,	5 cas,
fractures de Dupuytren basses,	4 cas,

Dans aucun cas, comme on le voit, il y a eu association à une fracture malléolaire interne seule.

Certains divisent les fractures marginales postérieures en fractures à petit fragment, moyen fragment et gros fragment. Ici, dans 7 cas nous avons un petit fragment, dans 3 cas un moyen fragment, et dans 5 cas un gros fragment.

Le mécanisme des fractures marginales est reconnu comme étant une flexion dorsale ou plantaire forcée du pied, amenant un cisaillement des marges antérieure ou postérieure du tibia par l'astragale. Selon la déviation latérale ou la torsion associée, une malléole ou l'autre se fracture ou les deux. Ce mécanisme peut être produit par des accidents divers.

Chez nos cas, 12 sont tombé le pied sous eux, en équinisme et torsion dans des chutes diverses: glissement sur la glace, chute sur le trottoir, dans la rue, d'un cheval, en descendant de tramway, en bas d'un escalier, d'un escabeau, d'une auto en marche. Un a glissé dans la salle de bain et est tombé le bout du pied pris sous la baignoire. Un est tombé dans un escalier, le talon accroché à une marche. Enfin un a été bousculé en jouant au hockey.

Les attitudes du pied constatées à l'examen clinique sont les suivantes:

luxation en arr. sans déviation latérale,	3 cas,
luxation en arrière avec varus équin,	3 cas,
luxation en arrière avec valgus équin,	5 cas,
pas de déviation appréciable,	2 cas,
attitude non précisée,	2 cas.

La radiographie est précieuse pour établir un diagnostic précis. C'est par elle que nous pouvons affirmer l'existence d'un fragment marginal, du moins quand il est de petit volume. C'est aussi elle qui nous montre l'association précise des fractures. A ce propos, il est

important que la radiographie soit un profil franc, parce que toute obliquité donne une image dont l'interprétation est difficile, à cause de la superposition des malléoles qui sont déplacées en arrière quand elles sont fracturées. (Fig. nos 1 et 2.)

Le traitement, dans 14 des 15 cas, a consisté en une réduction fermée suivie d'immobilisation plâtrée pour une période variant de 37 à 50 jours.

Ce n'est pas il va s'en dire, le seul traitement qui existe. La traction continue transcalcaneenne, et la réduction ouverte avec maintien par vissage ou greffons osseux, peuvent avoir leurs indications, mais la réduction fermée pratiquée selon la technique que nous allons décrire immédiatement, nous a donné entière satisfaction.

Le patient couché sur la table orthopédique est anesthésié, habituellement anesthésie générale. La jambe est appuyée sur un bloc par la partie moyenne de sa face postérieure. Son extrémité supérieure étant tenue solidement par un aide, le pied est saisi des deux mains, la droite tenant le talon, la gauche l'avant-pied. Le pied est porté en équinisme complet et soumis à une forte traction d'arrière en avant. Habituellement la fracture se réduit à ce moment en faisant entendre un bruit sec et un ressaut subit; l'assistant encercle solidement le cou-de-pied avec ses deux mains; le pied est alors porté lentement à angle droit par l'opérateur, pendant qu'une forte traction est exercée sur le talon. Si à ce moment il ne se produit pas de déplacement antérieur de la jambe, l'on peut être assuré d'une bonne réduction. Le fragment postérieur s'est accolé au tibia sous la tension du tendon d'Achille. Il ne reste plus qu'à immobiliser au moyen d'un plâtre, après contrôle au fluoroscope si possible. Dans certains cas, comme dans les fractures associées à un Dupuytren, il est nécessaire pour le bon maintien des malléoles en place, de laisser le pied en attitude d'hypercorrection soit varus ou autre. Dans ce cas, le plâtre est changé et le pied redressé au bout de deux à trois semaines. C'est ainsi que

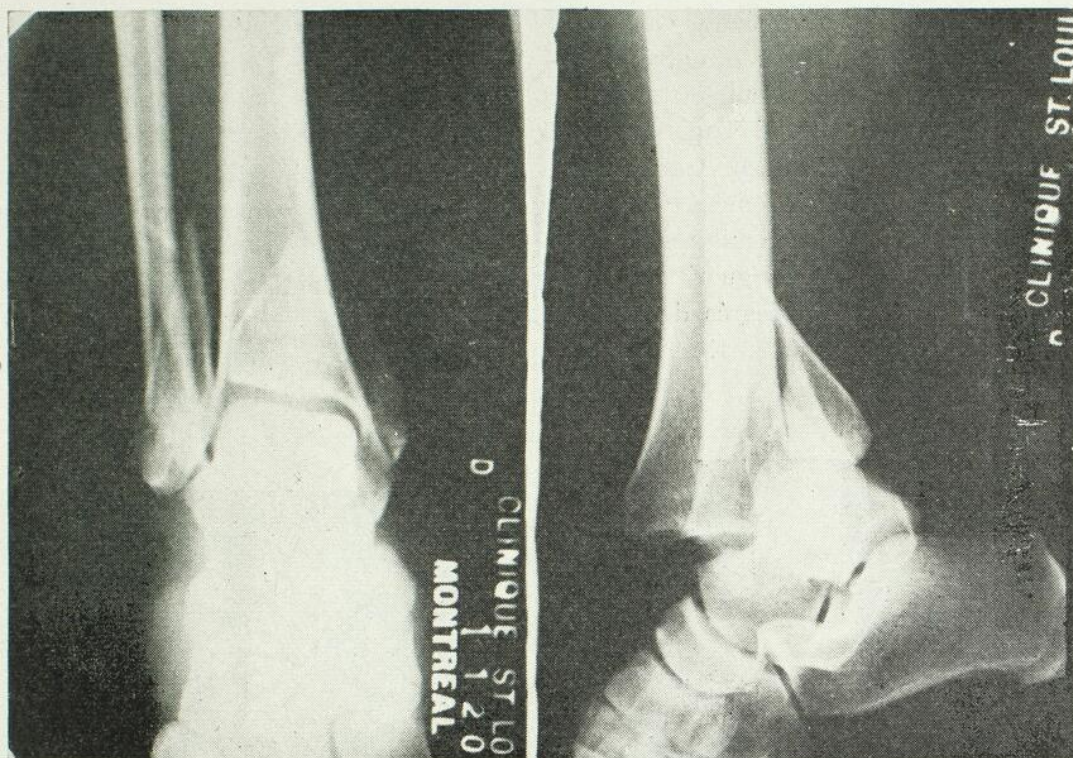


FIG. 1. — *De face*: fracture des deux malléoles. Déviation du pied en valgus.
Profil: gros fragment marginal postérieur remonté très haut en arrière, avec le pied qui est luxé franchement en arrière.

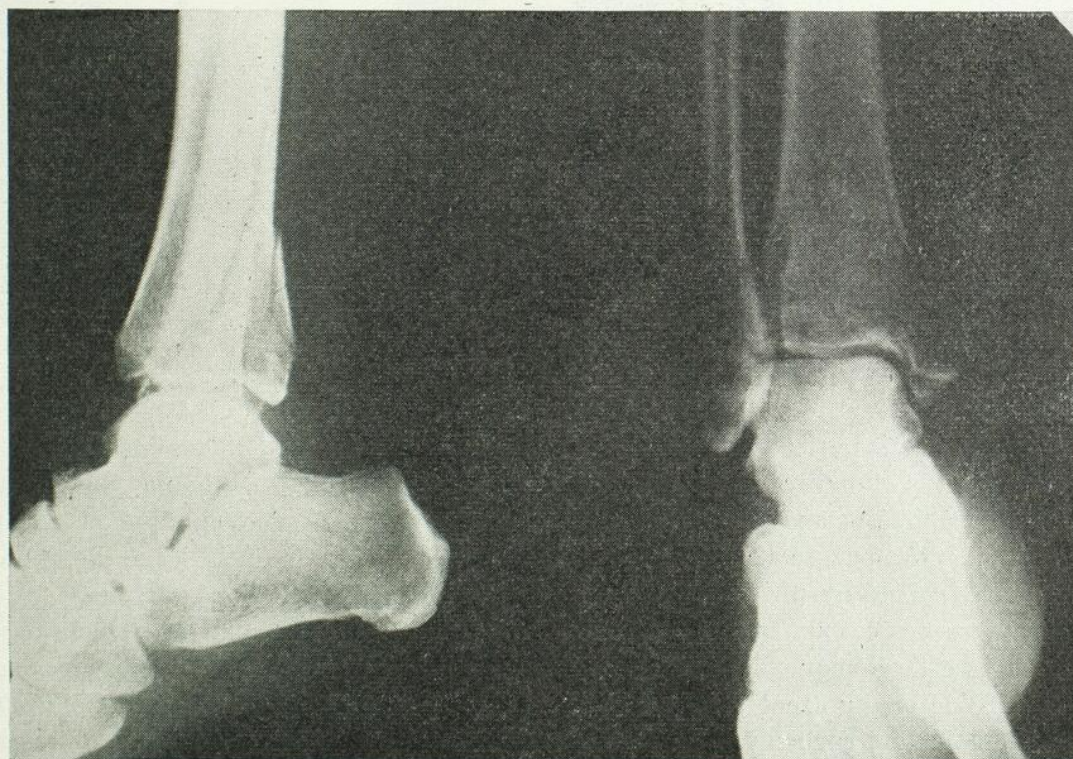


FIG. 2. — *Après réduction*: tout est bien en place. Réduction à peu près linéaire partout.

dans 14 des 15 cas, une réduction très bonne a été obtenue. Chez le quinzième cas, deux tentatives de réduction fermée ont été infructueuses et il a fallu intervenir et pratiquer l'arthrodèse tibio-tarsienne. Il s'agissait d'un gros fragment marginal avec fracture de Dupuytren haute. Le déplacement était important et les surfaces articulaires étaient compromises. Le patient a guéri avec un pied d'aplomb et quelques degrés de mouvements tibio-tarsiens malgré l'arthrodèse pratiquée. (Fig. nos 3 et 4.)

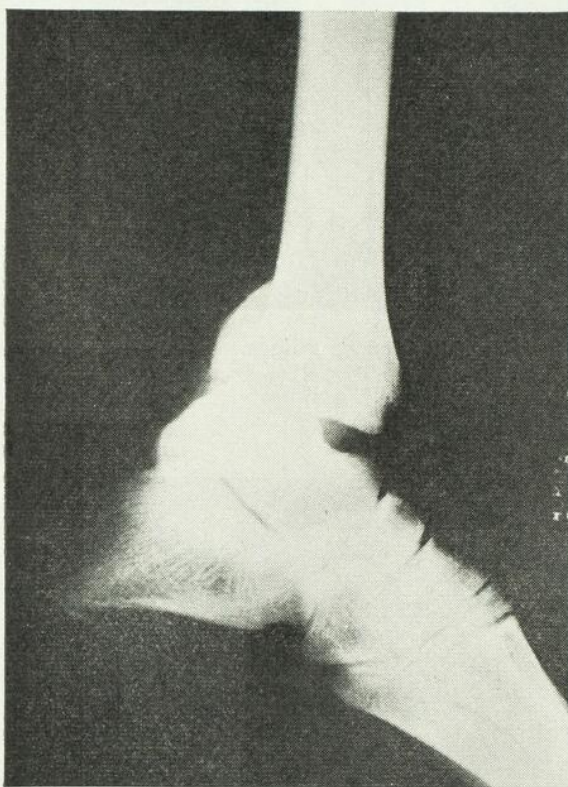


FIG. 3. — *Profil*: fragment marginal postérieur: luxation en arrière du pied.

Ceci nous amène à parler des résultats. Ils sont fonction de la qualité de la réduction. Cette dernière doit être aussi impeccable que possible. Il ne faut pas se contenter d'un à peu près, car s'il persiste un déplacement latéral ou antéro-postérieur, ou un dénivellement articulaire de quelque importance, l'astragale et tout le pied portent à faux, le frottement articulaire est rugueux, la marche est douloureuse, la tibio-tarsienne et secondaire-

ment les autres articulations du pied deviennent le siège d'arthrite.

Pour apprécier les résultats, nous nous basons sur l'aspect radiographique et sur l'état fonctionnel.

Les radiographies ont été prises soit après réduction, à travers plâtre, soit à la levée définitive du plâtre. Dans 7 cas elles montrent une réduction parfaite des fractures; dans 5 cas, une réduction satisfaisante mais non parfaite à cause de la persistance soit d'un léger diastasis, soit d'un dénivellement articulaire. Chez 2 cas on ne retrace pas de

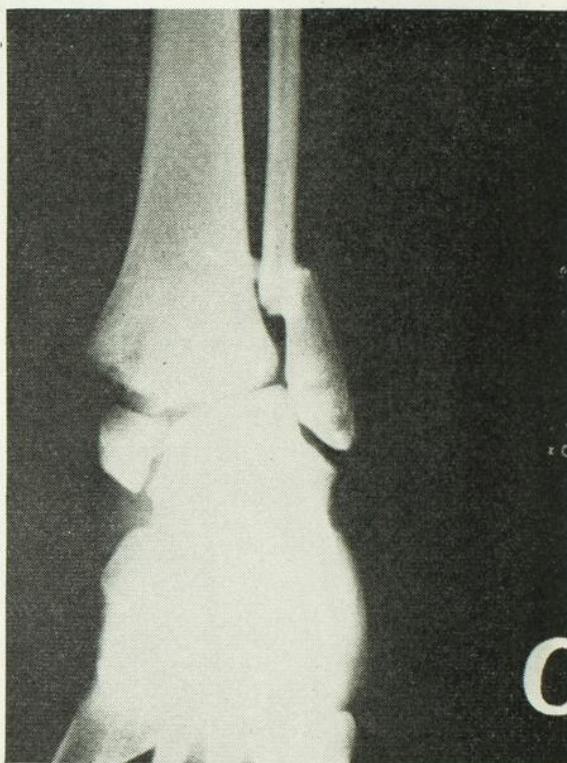


FIG. 4. — *De face*: fracture de Dupuytren; déplacement du pied et des malléoles en dehors.

radiographie après réduction. Le 15e est le cas d'arthrodèse mentionné plus haut.

Du point de vue clinique et fonctionnel, les 7 cas chez lesquels les radiographies ont montré une réduction parfaite, ont eu un résultat fonctionnel parfait. Deux autres cas, chez lesquels persistait un léger décalage articulaire, ont eu un résultat fonctionnel parfait. Chez un cas, au dernier examen, quatre mois après la levée du plâtre, la patiente marchait

encore avec une canne à cause de douleurs; chez elle persistait un certain dénivellement articulaire et un peu de diastasis tibio-péronier. Deux résultats sont inconnus tant au point de vue clinique que radiographique.

Deux cas n'ont pas été revus après la levée du plâtre. Le quinzième est le cas d'arthrodèse dont le résultat est déjà connu.

b) *Fractures marginales antérieures.*

Comme nous n'avons qu'un cas de fracture marginale antérieure, et qu'il est très typique, je me permettrai de vous donner son observation en guise de considérations sur ce chapitre.

Observation.

M. S., 22 ans. En mars 1934, chute d'une hauteur de 25 pieds, debout le bout du pied sur une boîte, c'est-à-dire, en flexion dorsale forcée. Examen quelques heures après l'accident. Cliniquement le pied est luxé franchement en avant de la jambe. Les radiographies (fig. nos 5 et 6) montrent un fragment marginal antérieur volumineux, lui-même fracturé en deux fragments dont l'un plus petit est repoussé en avant du péroné; une fracture oblique de la malléole interne à sa base; luxation antérieure du pied. Une tentative de réduction fermée a été infructueuse. Voici la technique employée: le pied est saisi de la même façon que celle décrite pour la réduction des fractures marginales postérieures. Il est ensuite porté en flexion limite puis mis sous traction forte de haut en bas, dans le but d'agrandir l'espace articulaire tibio-tarsienne, et enfin poussé d'avant en arrière afin de faire revenir la partie postérieure de la mortaise à sa place. Un aide fera, pendant le temps de la bascule en arrière du pied, une pression d'arrière en avant sur l'extrémité de la jambe, de façon à aider à la réduction du pied. Le même résultat peut être obtenu si, l'extrémité inférieure de la jambe étant appuyée sur un bloc de bois, on repousse le pied d'avant en arrière. On cherche ensuite à réduire avec ses doigts aussi exactement que possible le fragment antérieur. Le pied est alors porté en extension à 100°, car

la flexion à angle droit repousserait en haut ce fragment mobile. Il faut alors contrôler la réduction au fluoroscope, ou par des radiographies prises avant et après l'application du plâtre; si la réduction n'est pas linéaire, on doit recommencer les mêmes manœuvres une seconde fois. Si le maintien de la réduction est impossible, il ne reste plus qu'à recourir à la réduction sanglante et à la fixation du ou des fragments par une vis ou de préférence par des greffons osseux. C'est ce qui a été fait dans le cas qui nous concerne. Par voie antéro-latérale interne la luxation du pied a été réduite, les fragments ont été remplacés, et leur maintien a été assuré par deux greffons osseux tibiaux dont l'un introduit transversalement à la base de la malléole interne et l'autre à travers les fragments antérieurs vers la partie postérieure de l'épiphyse. Le pied a été immobilisé en rectitude dans un plâtre pendant trente quatre jours. A la levée du plâtre, la radiographie (voir fig. n° 6), montre une mortaise bien reconstituée, les greffons en place, une surface articulaire tibiale un peu irrégulière mais en bonne condition. Revu un an et demi après, le patient présente un pied à peu près normal à tout point de vue.

B) *Eclatement du pilon tibial.*

L'éclatement du pilon tibial est une éventualité rare. C'est une fracture communitive par broiement du pilon. L'astragale peut s'enfoncer dans le tibia et former ce que l'on appelle une luxation centrale. Il se produit debout, le pied à angle droit sous la jambe. Le cas que nous rapporterons maintenant est typique.

Observation.

L. P., 45 ans. Chute en avril 1937, d'une hauteur de dix pieds, debout, le pied à angle droit. Cliniquement le pied a une attitude de varus équin. Les radiographies montrent un éclatement longitudinal intra-articulaire de l'épiphyse à sa partie externe; une fracture en v au centre de la région métaphyso-épiphysaire avec petits fragments sous-jacents, et prolongement dans la diaphyse de la branche externe du v; un gros fragment marginal postérieur

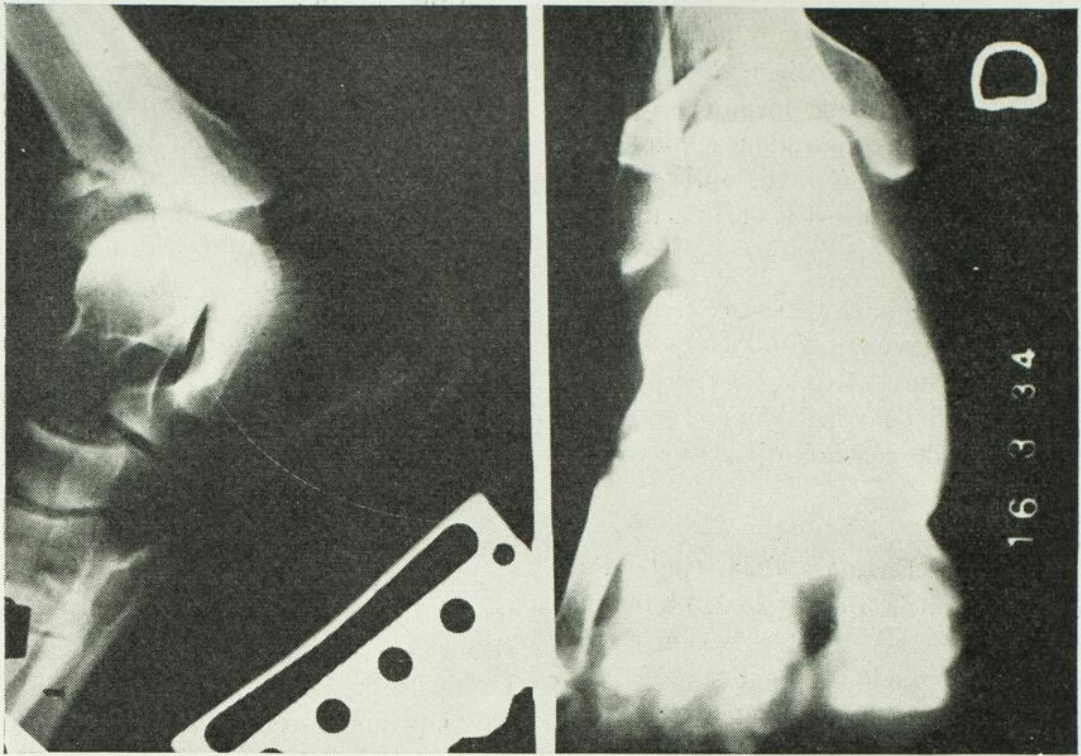


FIG. 5. — *Profil*: gros fragment marginal antérieur; luxation en avant du pied.
De face: fracture de la malléole interne; élargissement de la mortaise; morcellement du fragment marginal.

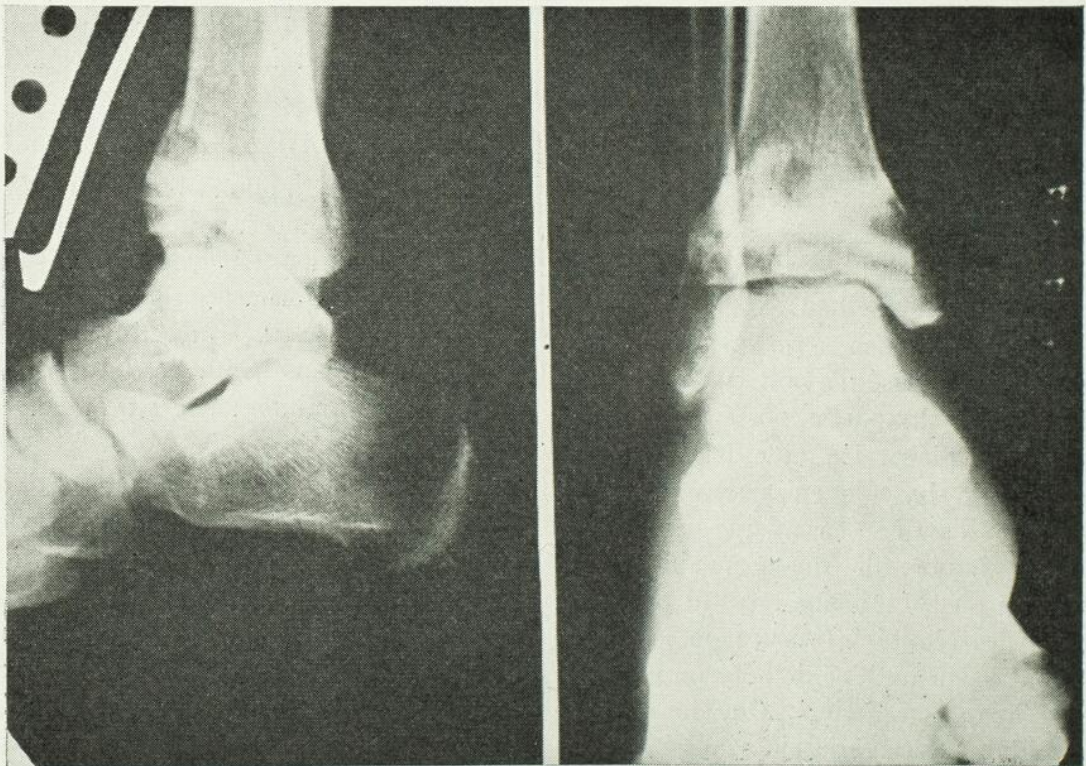


FIG. 6. — *Après réduction*: la luxation du pied est réduite; les fragments sont en bonne place et maintenus par deux greffons; la mortaise est bien reconstituée.

déplacé légèrement en arrière. Pas de fracture malléolaire. Pas de luxation du pied. Diastasis tibio-péronier assez marqué. En somme peu de déplacement.

La réduction fermée a consisté ici en la correction de l'attitude en varus équin du pied, par des manœuvres modelantes de pression latérale sur les malléoles, pour accoler les fragments et corriger le diastasis. A la levée du plâtre, après vingt-quatre jours d'immobilisation, la radiographie montrait un pilon tibial en bon état, à part un léger dénivellement articulaire dû au fragment marginal. Revu un an et demi plus tard le patient avait repris son travail comme autrefois, et son pied lui donnait un rendement fonctionnel excellent.

2) FRACTURES DE L'ASTRAGALE

Les fractures de l'astragale sont relativement fréquentes.

Elles se rencontrent chez les ouvriers exposés aux chutes de lieux élevés. Leur mécanisme est discuté. Elles sont de cause indirecte, produite par une chute sur le talon, et la condition essentielle de leur production est la flexion forcée du pied, dorsale habituellement, plantaire exceptionnellement, chute digitigrade. Quand le pied reste à angle droit, on a plutôt comme nous l'avons dit plus haut, des fractures du pilon tibiale ou encore du calcanéum.

1e théorie: mécanisme de l'arrachement. Dans la flexion forcée du pied, l'astragale devient un levier dont le point d'appui est le ligament en haie astragalo-calcaneen, et la résistance l'articulation astragalo-calcaneenne antérieure. Les ligaments malléolo-astragaliens postérieurs se tendant, s'ils résistent, on a une fracture de l'astragale un peu en arrière du point d'appui c'est-à-dire, à l'union du col au corps.

2e théorie: mécanisme de l'écrasement. En flexion dorsale forcée du pied, l'astragale est décapitée par la marge antérieure du tibia à l'union du col au corps.

Certains auteurs dont Boppe, multiplient les

variétés de fracture de l'astragale et reconnaissent: les fractures transversales du col et du corps, les fractures de la tête, les fractures sagittales, les fractures des tubercules, et les fractures communitives par broiement.

Les plus fréquentes et les plus importantes sont les fractures transversales qui siègent habituellement à l'union du col au corps.

Les deux cas rapportés plus loin sont de cette variété.

Dans ces fractures, le fragment antérieur formé de la tête et du col, restent en place parce que le trait de fracture siège en arrière des ligaments du sinus. Si ces ligaments se rompent ou si la fracture siège en avant d'eux, le fragment antérieur peut être énucléé à la face dorsale du pied.

Le fragment postérieur en général, est libéré du calcanéum, mais reste uni à la mortaise. Ou bien alors il pivote en équinisme et sa surface de fracture vient en contact avec la surface articulaire calcaneenne postérieure, ou bien il bascule en haut en position verticale entre le tibia et le calcanéum. Il est parfois libéré de la mortaise et alors il s'énucléé en arrière et en dedans de la mortaise. Cette dernière s'enfonce entre les deux fragments et vient appuyer sur le calcanéum. C'est ce qui explique le symptôme clinique important qui consiste en une diminution de la distance entre les malléoles et le sol.

Au point de vue clinique, le diagnostic est assez difficile. S'il n'y a pas de déplacement important, les symptômes sont peu nombreux. Le seul valable est la douleur à la pression sur l'astragale en avant de la marge antérieure du tibia et de la malléole péronière. Si le fragment postérieur est déplacé, on peut avoir des signes variables. La déformation typique consiste en la translation du pied en avant et en dedans de la jambe, avec attitude de varus. Les gouttières rétro-malléolaires sont remplies. Le tendon d'Achille est tendu, et si le fragment postérieur est énucléé en arrière, la région postérieure du cou-de-pied est convexe et la distance entre les malléoles et le sol est diminuée.

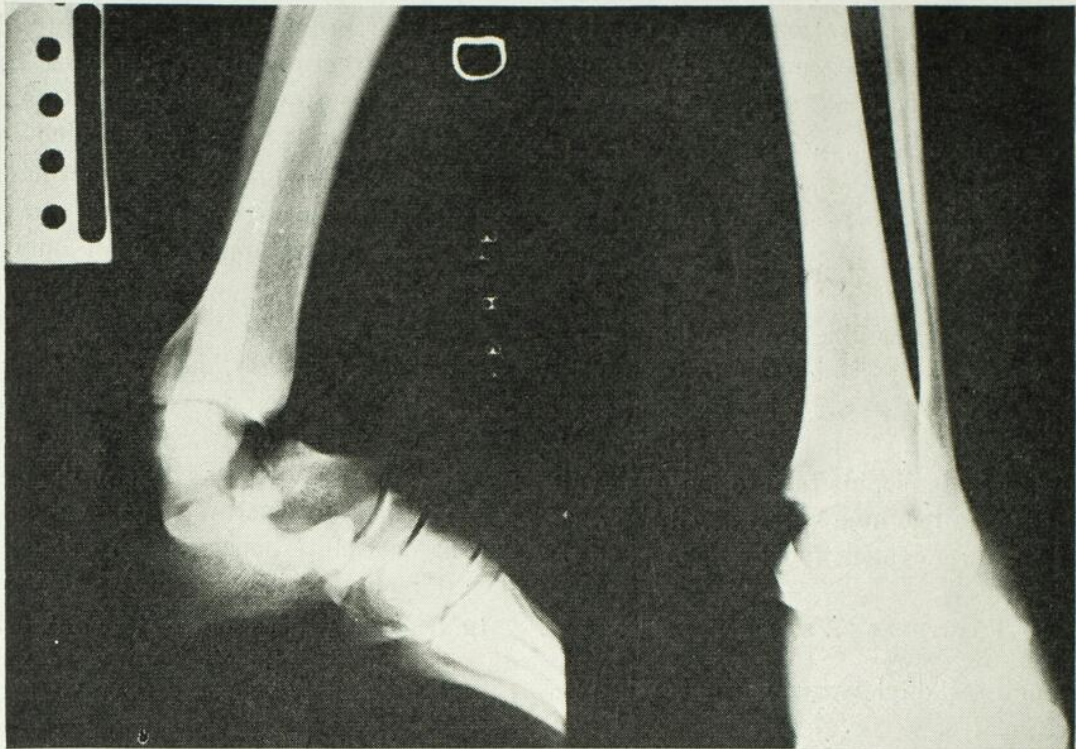


FIG. 7. — *Profil*: fracture transversale de l'astragale à l'union du col au corps; bascule en haut du fragment postérieur; sub-luxation du pied en avant.
De face: la malléole interne est fracturée à sa base et abaissée.

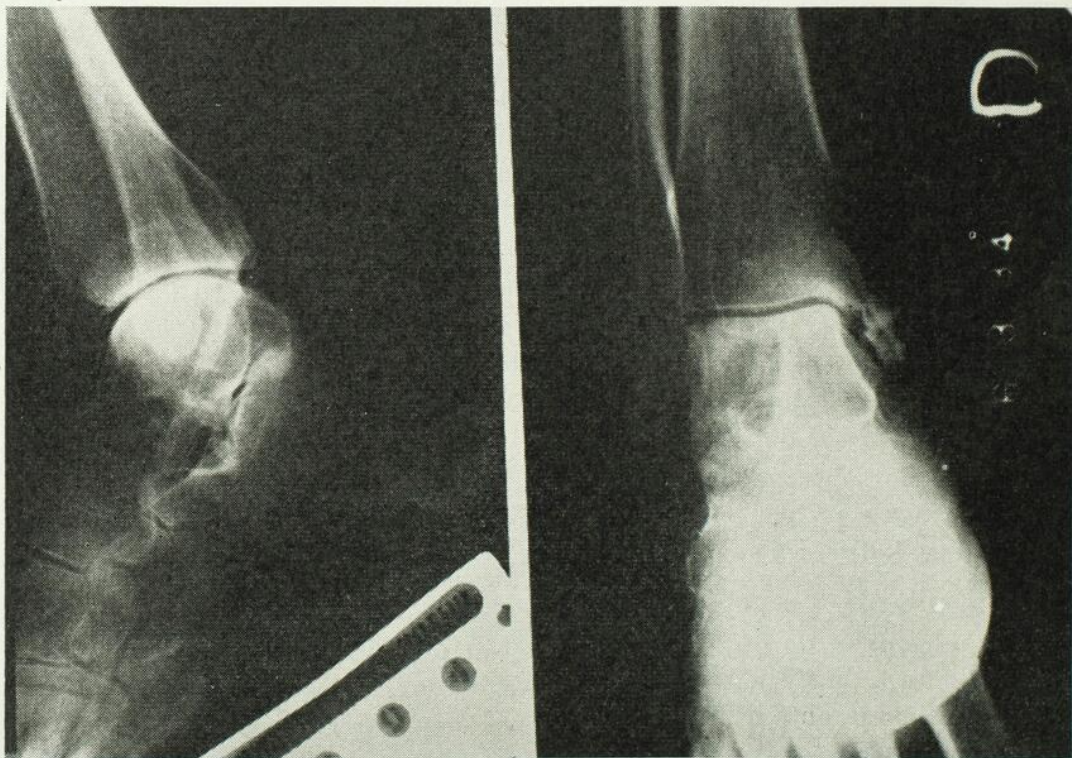


FIG. 8. — *Après réduction*: réduction linéaire des fractures; greffon osseux dans l'astragale et la malléole interne, maintenant les fragments en place.

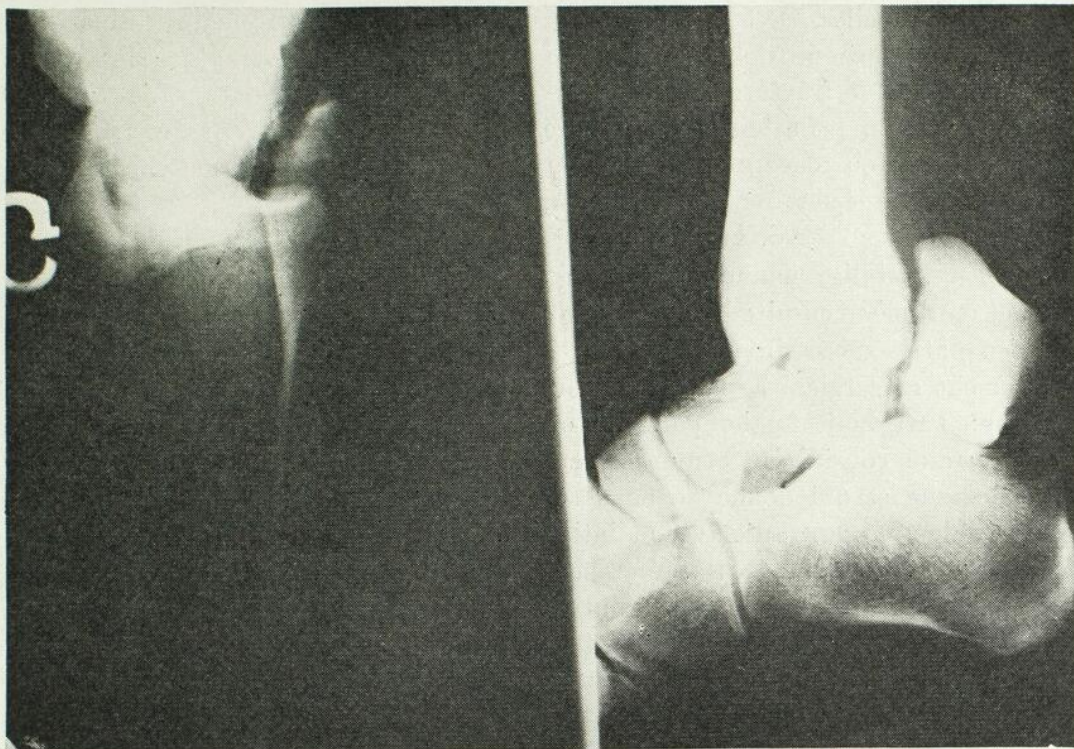


FIG. 9. — *De face*: fracture de la malléole interne; déplacement du pied en dedans.
Profil: fracture transversale de l'astragale, à l'union du col au corps; énucléation en arrière du fragment postérieur.

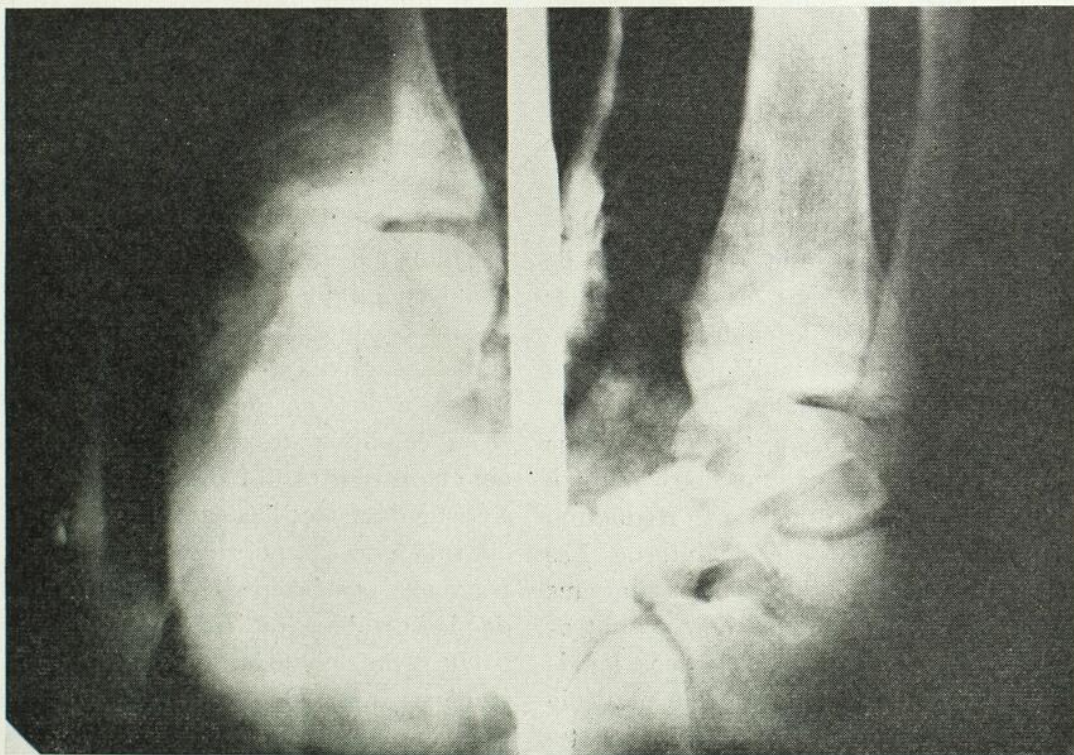


FIG. 10. — *Après réduction*: (à travers plâtre) le fragment astragalien postérieur est en place et maintenu par un greffon; autre greffon transversal dans l'épiphyse tibiale maintenant le fragment malléolaire en place.

Le traitement des fractures de l'astragale n'est pas des plus faciles.

La réduction fermée ne donne pas grand succès. Dans les cas de fracture sans énucléation du fragment, on peut tenter de réduire par manipulations ou encore par traction continue trans-calcanéenne en forte flexion plantaire du pied dans l'axe de la jambe. Après réduction on immobilise dans un plâtre en équinisme et on ramène ensuite le pied à angle droit par des plâtres successifs.

Le traitement chirurgical se réduit à deux interventions: l'astragalectomie, partielle ou totale, que certains considèrent comme le seul traitement logique et qui donne de bons résultats, et la réduction sanglante avec maintien par vis ou greffons osseux. Nos préférences vont à la réduction sanglante et au maintien par greffons osseux, et nous réservons l'astragalectomie pour les séquelles de consolidation vicieuse.

Observation 1.

L. P., 17 ans. Chute d'une hauteur de quinze pieds, debout le bout du pied appuyé sur un morceau de bois, par conséquent en flexion dorsale forcée, avec en plus torsion en pronation. Cliniquement le pied est repoussé en avant sous la jambe, en équinisme et valgum. Les radiographies (voir fig. nos 7 et 8), montrent une fracture transversale de l'astragale à l'union du col au corps. Le fragment postérieur est basculé en haut, sa surface de fracture regardant en avant, et il fait pilier vertical entre le tibia et le calcaneum. Fracture transversale de la malléole interne à sa base, et déplacement en bas du fragment. Immobilisation dans une gouttière métallique et pansements chauds pendant deux jours à cause d'un gonflement important. Réduction ouverte par voie antéro-latérale interne. Les fragments sont remis en place et maintenus par deux greffons osseux dont l'un est introduit à travers l'astragale dans le sens longitudinal, et l'autre de la pointe de la malléole interne longitudinalement vers l'épiphyse ti-

biale. Immobilisation plâtrée le pied en rectitude pendant sept semaines. Suites opératoires normales. La radiographie à la sortie du plâtre montre la consolidation de la fracture en attitude parfaite des fragments. Actuellement le patient le patient marche sans boiterie ni douleur.

Observation 2.

M. J.-J. B., 19 ans. Le patient filait à grande vitesse en motocyclette, lorsqu'il frappa l'arrière d'une auto qui le précédait. Pour se protéger, il porta les deux pieds en avant, lesquels reçurent le plus fort du choc. Cliniquement, le pied et le cou-de-pied sont très gonflés. Le pied est repoussé en avant par rapport à la jambe et dévié en varus équin. Petite plaie cutanée au niveau du tendon d'Achille. Les radiographies (voir fig. nos 9 et 10), montrent une fracture transversale de l'astragale à l'union du col au corps, avec énucléation en arrière du fragment postérieur et déplacement en dedans du pied; une fracture longitudinale de la malléole interne à sa base. L'intervention a été pratiquée trois jours après l'accident, par le même procédé que pour le cas précédent: voie d'accès antéro-latérale interne; réduction des fractures astragaliennes et malléolaires internes; enchevillement longitudinal de l'astragale par un greffon-tibial; fixation de la malléole interne à sa base par un petit greffon transversal pénétrant dans l'épiphyse. Le pied est immobilisé dans un plâtre en rectitude. L'infection est venue compliquer les suites opératoires et a nécessité des interventions répétées de drainage, curettage, séquestrectomie. L'immobilisation plâtrée a duré en tout quatorze mois. La guérison complète des plaies n'est survenu que cinq mois plus tard. Le résultat radiographique a été un désastre: l'astragale présente une perte de substance importante au niveau de son fragment postérieur, et l'articulation du cou-de-pied est détruite, irrégulière, ankylosée.

Du point de vue clinique, le pied est en rectitude, très peu mobile. La marche se fait avec légère boiterie, mais sans douleur.

SÉQUELLES DES TRAUMATISMES DU COU-DE-PIED

Par J.-Ed. SAMSON,

Chef du Service d'Orthopédie de l'hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Mes collègues vous ont exposé quelques aspects: anatomiques, mécaniques, statistiques cliniques et thérapeutiques des traumatismes récents du cou-de-pied; il me reste à vous en signaler les séquelles et leur traitement.

Par séquelles, j'entends les lésions, les difformités définitives, incurables sans traitement chirurgical et non les troubles légers, transitoires: gonflement, raideur articulaire, légère amyotrophie, inhérents à toute fracture articulaire même correctement traitée.

On peut les diviser en cinq catégories:

- a) *Les pseudarthroses.*
- b) *Les consolidations vicieuses.*
- c) *Les troubles trophiques.*
- d) *Les arthroses.*
- e) *Les pieds bots.*

LA PSEUDARTHROSE.

Son nom l'indique, c'est le manque de consolidation d'une fracture. On l'observe parfois même avec une continuité parfaite des fragments mais c'est leur écart, qui, d'ordinaire, prévient leur consolidation.

Nous relevons dans nos statistiques portant sur 80 cas de séquelles: 18 pseudarthroses des malléoles, dont 10 consécutives à la fracture isolée d'une malléole: 6 fois, la malléole interne, 4 fois, la malléole externe, et 8 associées à des consolidations vicieuses diverses.

La pseudarthrose fibreuse serrée de la malléole interne est souvent compatible avec une vie sédentaire. Le malade éprouve quelques tiraillements, une faiblesse à son pied mais avec un bon soulier à semelle surélevée en dedans il marche assez facilement.

Le sportif, le grand marcheur souffriront d'entorses répétées, de ténosynovite du jambier postérieur, du long fléchisseur des doigts de pied, de gonflement péri-articulaire, d'une amyotrophie progressive du mollet; bref leur

vie sera empoisonnée par ce point faible et ils vous demanderont de les en débarrasser.

Chez cette classe de malades, pas de palliatifs à proposer mais une cure définitive, une intervention chirurgicale qui fera coapter les fragments avisés et les tiendra en contact, soit par quelques points de catgut, par un tendon Kangourou, soit par une vis métallique ou mieux, à notre avis, par une greffe osseuse qui servira en même temps de verrou et d'apport calcique, suivant la théorie du Professeur Leriche. (Voir figures n^{os} 1 et 2.)

Cette intervention stabilise le pied, tend le ligament latéral interne, prévient ou corrige les attitudes vicieuses en valgus ou en varus du pied. Elle est toujours à conseiller dans les pseudarthroses à grand déplacement. Là, le

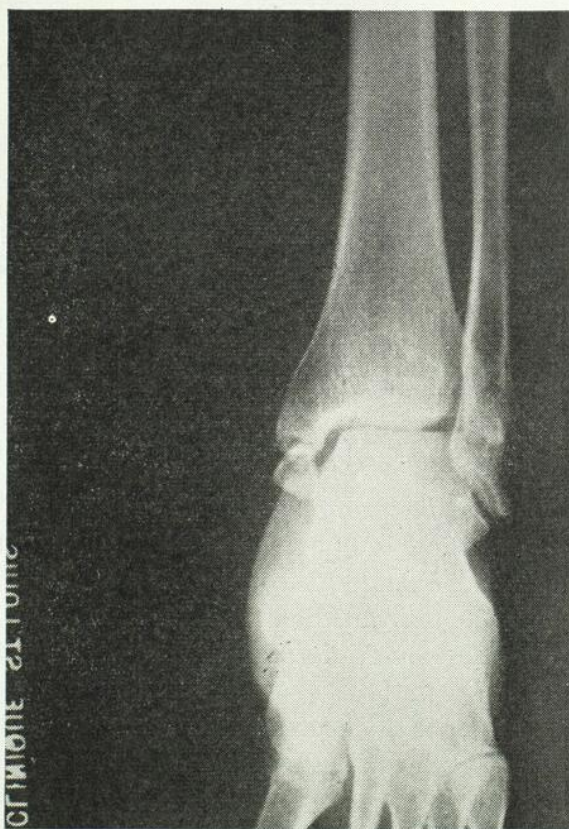


Fig. 1. — Pseudarthrose de la malléole interne, datant de trois ans.

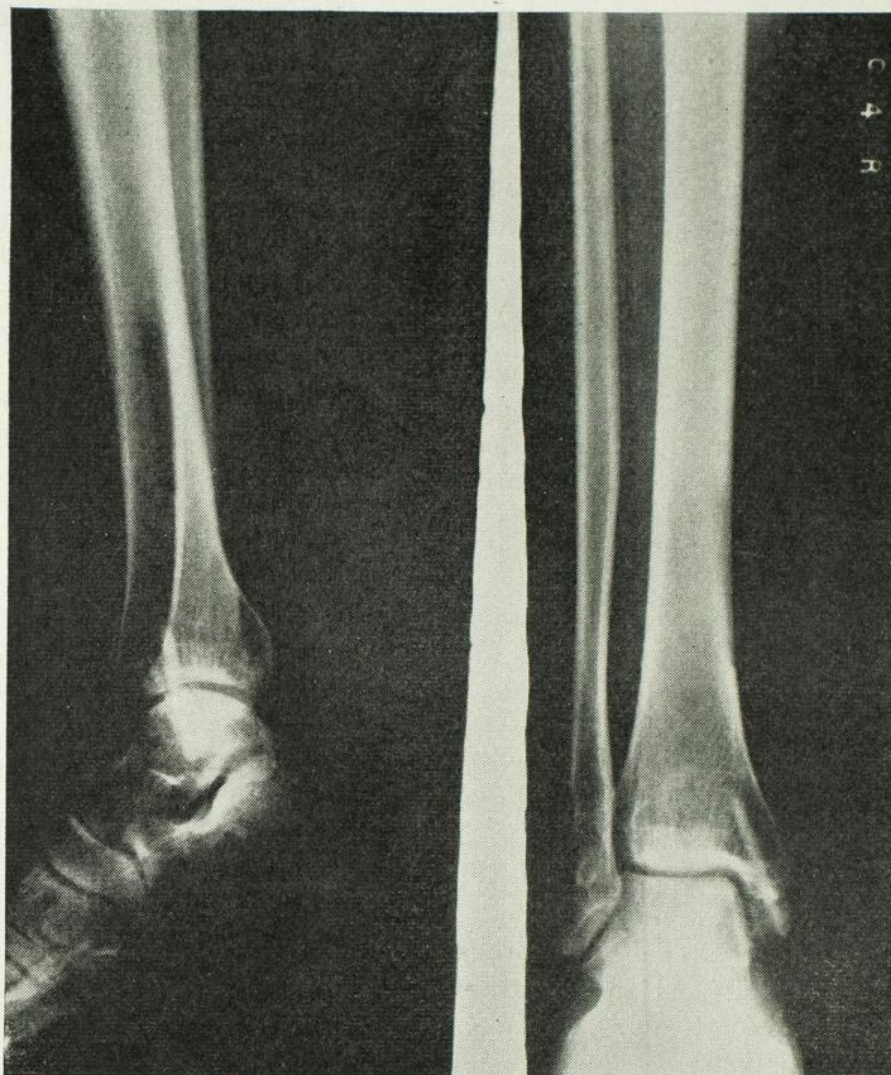


FIG. 2. — Trois mois après l'avivement des fragments et la greffe osseuse.

chirurgien devra utiliser toutes ses ressources pour assurer à la mortaise une forme et une dimension normales. (Voir figures n^{os} 3 et 4.)

La pseudarthrose des deux malléoles, plutôt rare, entraîne toujours un désaxement du pied, une gêne à la marche qui rendent le blessé inapte au travail. Son traitement consiste à aviver les foyers de pseudarthrose, à réduire et à contenir les fragments par l'un des procédés décrits il y a un instant, en rapport avec la pseudarthrose de la malléole interne.

CONSOLIDATIONS VICIEUSES.

Variable suivant le type de fracture, la consolidation vicieuse du cou-de-pied engendre

toujours des désordres anatomo-pathologiques qui compromettent gravement la fonction de l'article. Ce sont: des orientations vicieuses des malléoles, des cals exubérants, un dénivellement des surfaces articulaires, des jetées osseuses, des luxations du pied ou du tibia, un agrandissement ou un resserrement de la mortaise, des pieds bots plus ou moins fixes, des ossifications péri-articulaires, un œdème rebelle, des troubles trophiques; autant de conditions néfastes à l'usage du pied.

Je n'aurai pas le temps de vous décrire toutes les variétés de consolidations vicieuses. Qu'il me suffise de vous dire que le pied bot varus équin traumatique résulte du déplace-

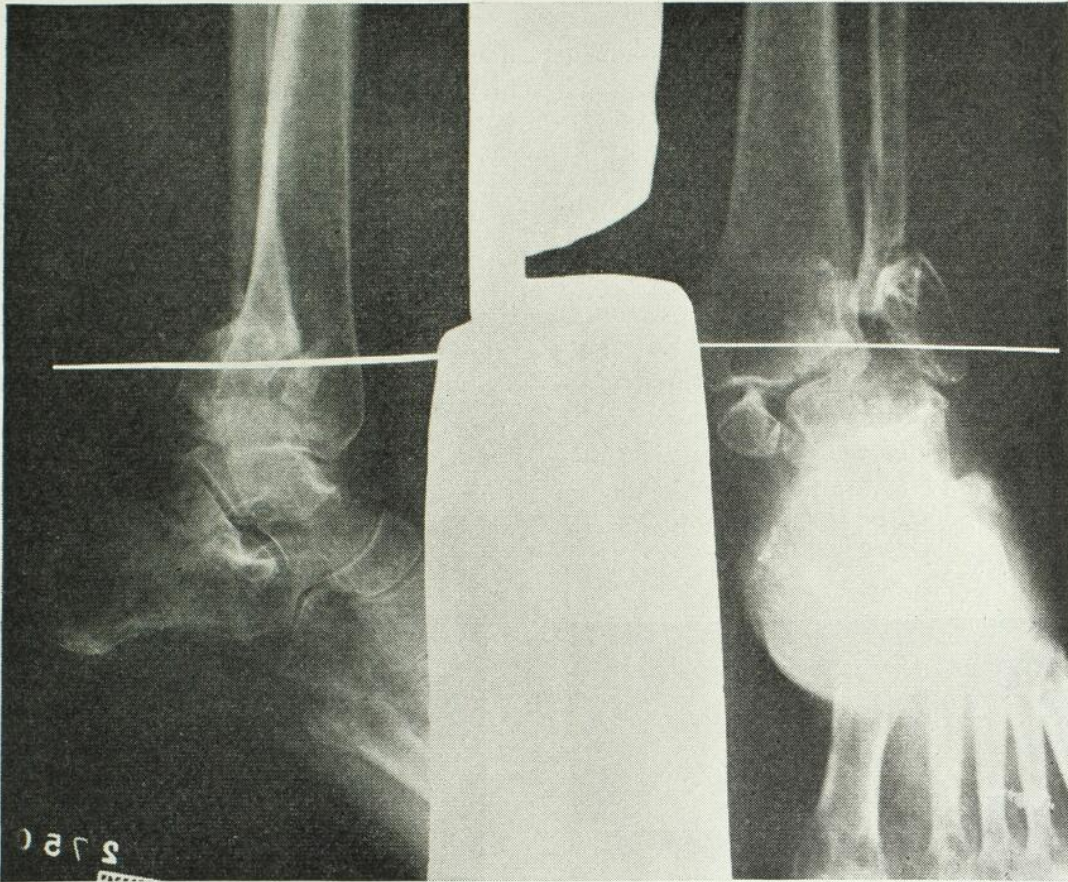


FIG. 3. — Pseudarthrose de la malléole interne avec consolidation vicieuse du péroné et fort déplacement du pied en valgus.

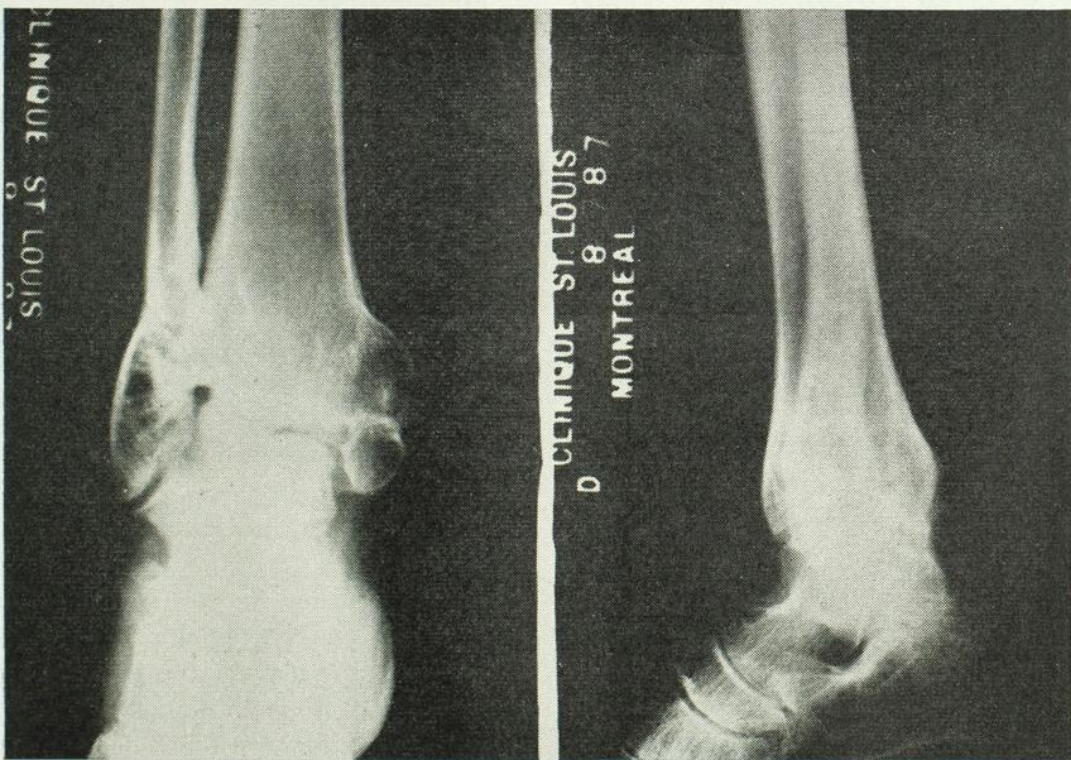


FIG. 4. — Dix ans après ostéotomie du péroné, réduction de la fracture, greffe osseuse.

ment en dedans des malléoles avec torsion de l'astragale de dehors en dedans sur son axe antéro-postérieur bloquant à peu près tout mouvement de la tibio-tarsienne et de la médio-tarsienne. C'est le pied bot varus équin congénital invétéré avec cette différence que le varus est moins prononcé. Dans les deux cas, le malade marche sur le bord externe du pied; tout le pied dévie en dedans. En regard du cuboïde, de la tête du Ve métatarsien, apparaissent des callosités, des bourses séreuses de frottement, douloureuses. Le jeu des muscles est toujours compromis par le blocage mécanique des articulations. (Voir figures nos 5 et 6.)



FIG. 5. — Consolidation du pied en varus.

Le traitement consiste, dans les cas simples, à ostéotomiser péroné et tibia et à ramener la mortaise dans l'axe. Les cas complexes bénéficient des mêmes méthodes que nous décrirons plus loin.

La consolidation en mauvaise attitude de la fracture par abduction donne un agrandisse-

ment de la mortaise, un diastasis tibio-péronier, un désaxement du pied en dehors: pied valgus.

Dans la déviation légère, les symptômes sont peu marqués et le malade se trouve parfois soulagé par la surélévation du bord interne de la semelle, mais avec un valgum prononcé, il souffre constamment. Son pied plat, souple au début, s'enraidit progressivement à la station debout, à la marche prolongée; ceci tient d'une part à l'arthrose, à la rétraction des tendons péroniers et latéraux, à la calcification des ligaments, mais surtout à la position de l'astragale dans la mortaise par rapport à l'avant-pied. Déplacée en dehors avec les



FIG. 6. — Après ostéotomie correctrice de la diaphyse inférieure.

malléoles, couchée sur son flanc interne, l'astragale ne porte plus le poids du tronc en plein centre du corps mais sur la partie interne de sa trochlée, d'où mauvaise adaptation des surfaces, exagération constante de l'obliquité de l'astragale par rapport au scaphoïde. Dans sa

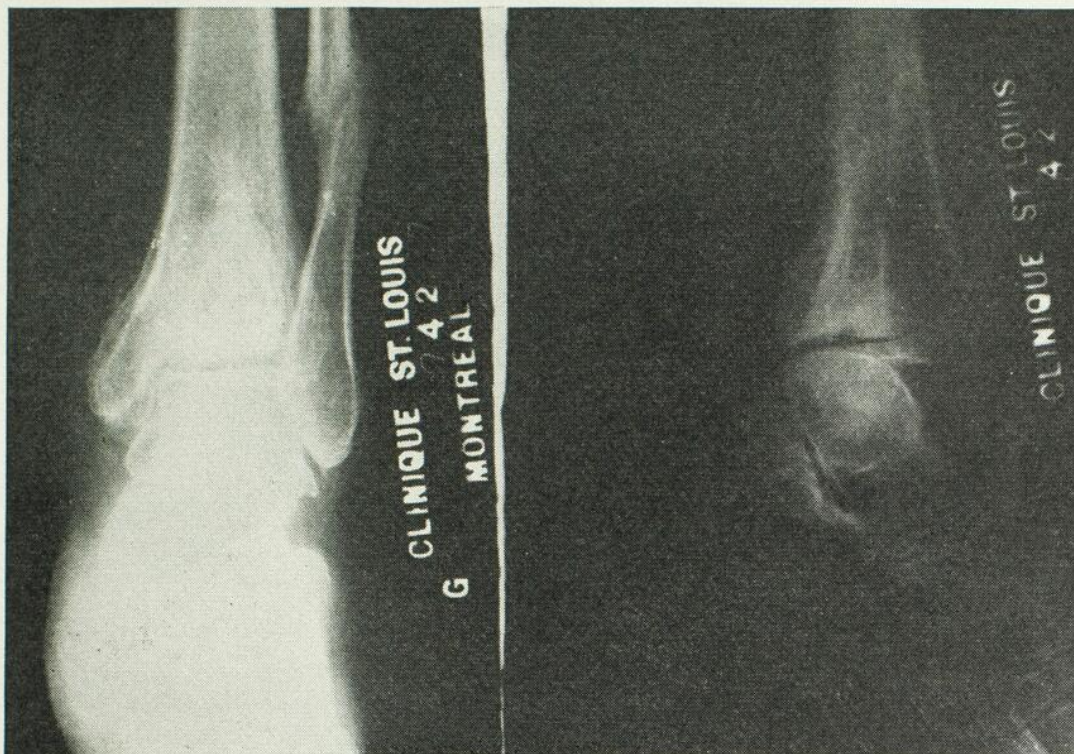


FIG. 7. — Fracture marginale postérieure consolidée sans réduction de la luxation du pied.

bascule, l'astragale entraîne d'une part le calcaneum (pied plat postérieur) et d'autre part le scaphoïde qui se rapproche de la face plantaire (pied plat antérieur). Les muscles, les ligaments, les aponévroses plantaires surchargés s'étiolent, s'atrophient pendant que ceux du bord externe se contractent.

Ajoutons à cela une luxation postérieure du pied par fragment marginal postérieur, où une butée osseuse antérieure, séquelle d'un fragment marginal antérieur non réduit et nous aurons des pieds bots complexes fixés en valgus équin, pieds douloureux, désaxés, inutilisables.

Parfois le valgum est réduit mais non la luxation du pied ni le fragment marginal postérieur. L'astragale enfoui profondément dans la mortaise vient buter contre le pilon tibial qui le surplombe, le diamètre antéro-postérieur de la mortaise est agrandi, le tendon d'Achille se rétracte et fixe le pied en attitude d'équinisme. (Voir figures nos 7 et 8.)

Les fractures de l'astragale non traitées donnent, elles aussi, un blocage du pied en attitude de varus, de valgus, d'équinisme sou-

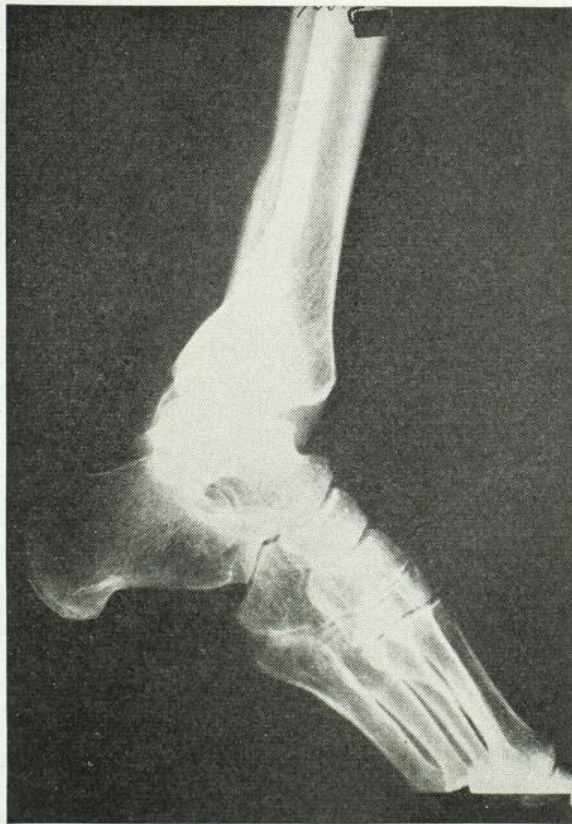


FIG. 8. — Après réduction de la moitié antérieure du pilon antérieur formant butée au-dessus de l'astragale.

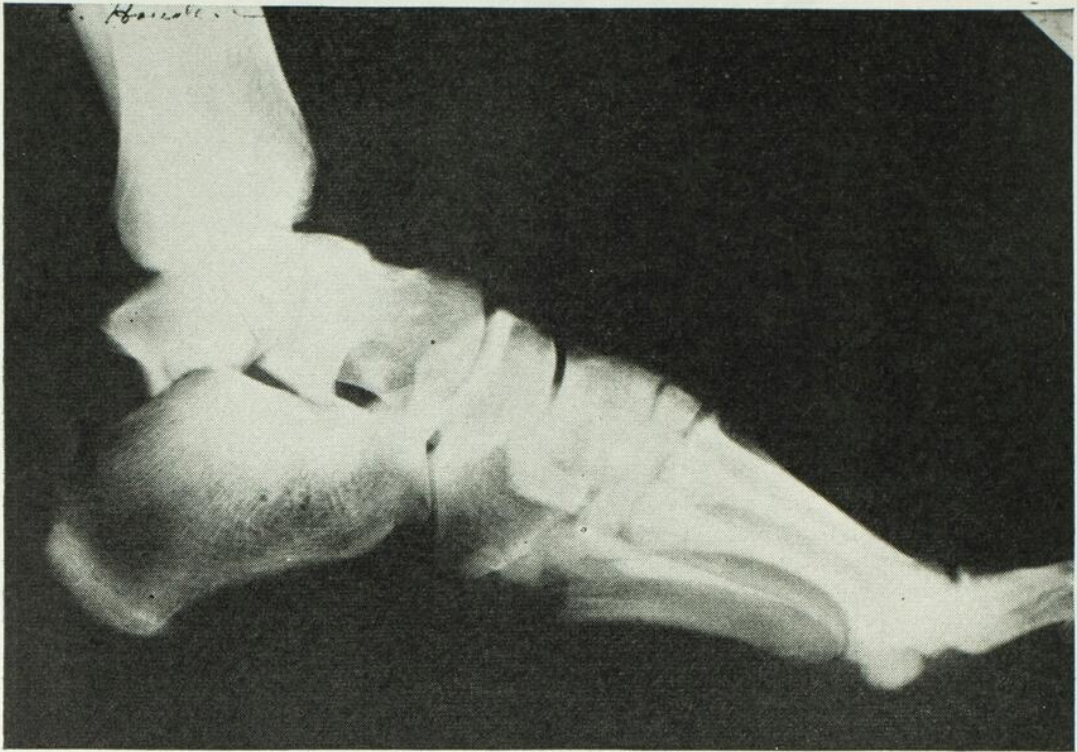


FIG. 9. — Fracture de la moitié postérieure du corps de l'astragale avec luxation en arrière.
Fracture de la malléole externe.

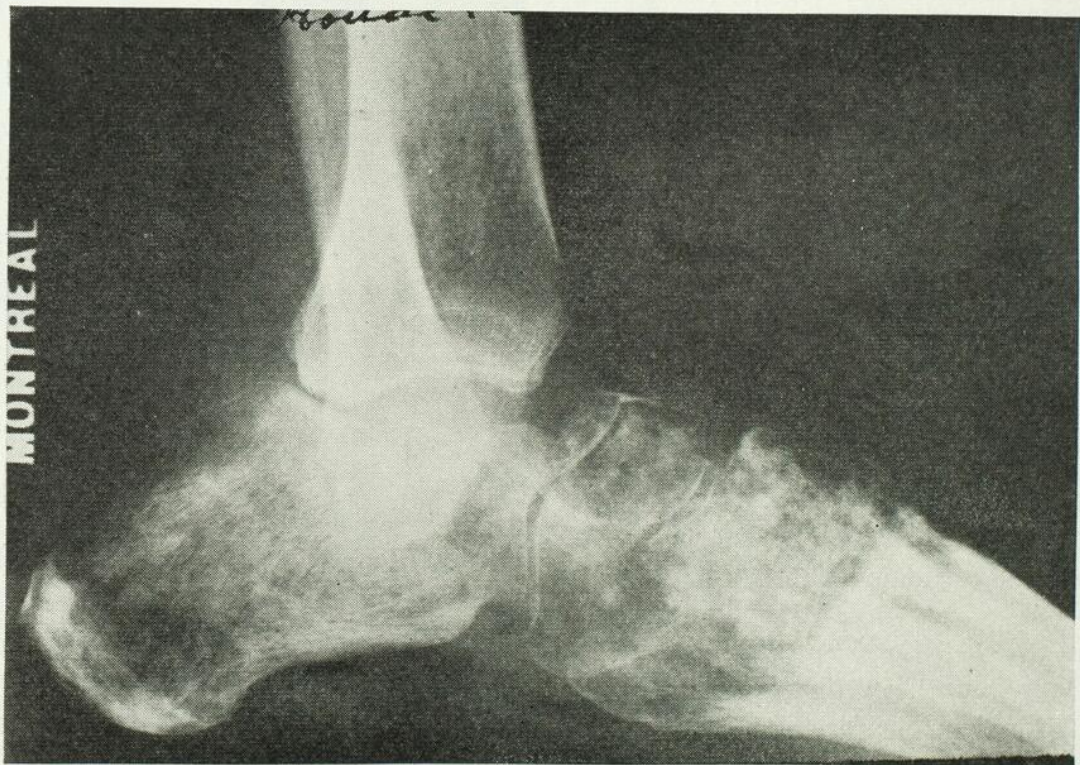


FIG. 10. — Après astragalectomie.

vent incompatibles avec l'usage du membre. (Voir figures nos 9 et 10.)

TROUBLES TROPHIQUES ET ARTHROSES

Il me reste à vous signaler les arthroses et les troubles sympathiques. Les arthroses résultent de l'ossification des tissus péri-articulaires: capsule, ligaments, des jetées osseuses aux points de pression exagérée: col de l'astragale, lèvre antérieure de la mortaise ou de troubles circulatoires prolongés et nous entrons alors dans le chapitre des ostéoporoses douloureuses, si bien décrit par le Professeur Leriche.

Nous observons fréquemment après les opérations sur les membres, des ostéoporoses rattachables au traumatisme et à l'immobilisation; symptômes fugaces qui disparaissent tôt avec la reprise de la marche. Dans l'ostéoporose douloureuse traumatique, le membre est œdématié, froid, de coloration violacée, les poils sont secs, cassants, les ongles épais, durs, la peau est moite, le tissu cellulaire infiltré est douloureux au toucher; muscles, tendons, ligaments, aponévroses, deviennent atones; la synoviale congestionnée secrète un liquide jaune citrin, les cartilages d'encroûtement prennent une teinte violacée, se ramollissent, les os se décalcifient, perdent leur consistance; leur coque se déprime sous la pression du doigt et la radiographie indique une faible densité des os, une décalcification diffuse de tout le squelette jambier qui prend l'aspect de cavités géodiques, de peau de léopard.

Tout cela traduit une perturbation biologique locale, une mutation calcique excessive dont la cause est attribuable à une stase veineuse, à un ralentissement de la circulation artérielle. Ces symptômes se rencontrent fréquemment chez des malades sympathicotoniques, même parfois à l'occasion d'un trauma insignifiant; mais on les observe surtout dans les séquelles des fractures, ou encore après l'application trop serrée d'un appareil de contention. Le malade trop souffrant ne peut appuyer sur son membre, ce qui ajoute à la

stase veineuse et aux troubles trophiques. Que faire alors?... Favoriser la circulation artérielle, chasser la stase veineuse. Par quels moyens?... Le repos au lit, les pansements à l'huile chaude, les massages superficiels et surtout le blocage du sympathique, essentiellement vaso-constricteur, par une imprégnation à la novocaïne des deuxième et troisième ganglions de la chaîne lombaire ou par la sympathectomie périartérielle. Le sympathique freiné, la circulation artérielle abonde dans le membre qui devient rouge, chaud, mieux irrigué.

La répétition de ces traitements amène d'ordinaire une guérison définitive. Nous n'avons jamais dû, dans ces cas, pratiquer une sympathectomie lombaire, c'est-à-dire une résection de la chaîne des ganglions lombaires.

TRAITEMENT DES DÉFORMATIONS OSSEUSES

Nous aborderons maintenant le traitement des déformations osseuses proprement dites. Le grand principe qui doit guider le chirurgien, c'est de viser à reconstituer l'articulation, à ramener le pied dans l'axe de la jambe et à conserver autant que possible le jeu articulaire. Plusieurs problèmes peuvent se présenter à son attention. Prenons d'abord le cas du pied plat ou du pied varus simple sans lésion d'arthrose ni troubles sympathiques. Ici, l'ostéotomie cunéiforme à base externe ou interne suivant l'attitude de valgus ou de varus ramène le pied dans l'axe de la mortaise. (Voir figures nos 3 et 4.) C'est un excellent procédé que nous avons utilisé avec satisfaction. Existe-t-il un diastasis tibio-péronier important?... il faut alors ouvrir l'articulation tibio-péronière, enlever les jetées osseuses, le tissu fibreux, qui s'opposent à l'accolement du péroné au tibia, et fixer le péroné au tibia par une vis ou une greffe osseuse.

Si à la déviation latérale s'ajoute une lésion d'arthrose grave, des butées osseuses, des ossifications péri-articulaires, un affaissement complet de l'arche plantaire, une amyotrophie

grave et surtout une luxation du pied en arrière, ou du tibia en avant, ou encore un dénivèlement de la mortaise, il faudra alors avoir recours à d'autres interventions qui assureront, parfois aux dépens de la mobilité, la stabilité articulaire et le réajustement du pied par rapport à la jambe. Ici, j'ai en vue l'arthrodèse tibio-péronière qui en soudant le cou-de-pied fera disparaître la douleur et maintiendra le pied dans l'axe. Le malade marche bien sans boiterie appréciable si la médio-tarsienne reste libre.

Mes préférences vont cependant à l'astragalectomie, opération de choix, qui, bien réussie,

laisse au pied un bon mouvement indolore, tout en assurant une grande stabilité. L'un de nos opérés d'astragalectomie pour consolidation vicieuse d'une fracture complexe de l'astragale, a repris, six mois après une astragalectomie, ses fonctions normales d'organiste. (Voir figures nos 9 et 10.)

Certains pieds équins simples sans déplacements latéraux ou frontaux du pied bénéficient d'une section sous-cutanée du tendon d'Achille, suivie de mobilisation et d'immobilisation plâtrée en flexion.

Dans quelques cas de fracture à fragment marginal postérieur avec luxation antérieure

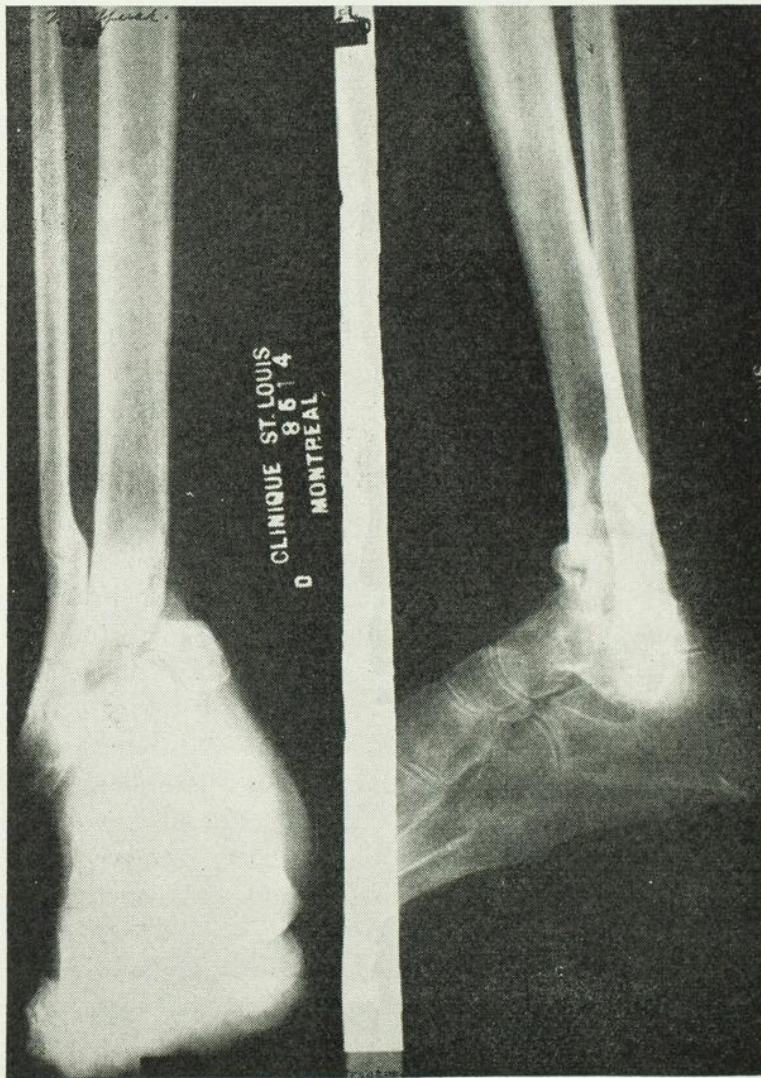


FIG. 11. — Fracture infectée du cou-de-pied, consolidée en varus. Perte de substance du tibia.

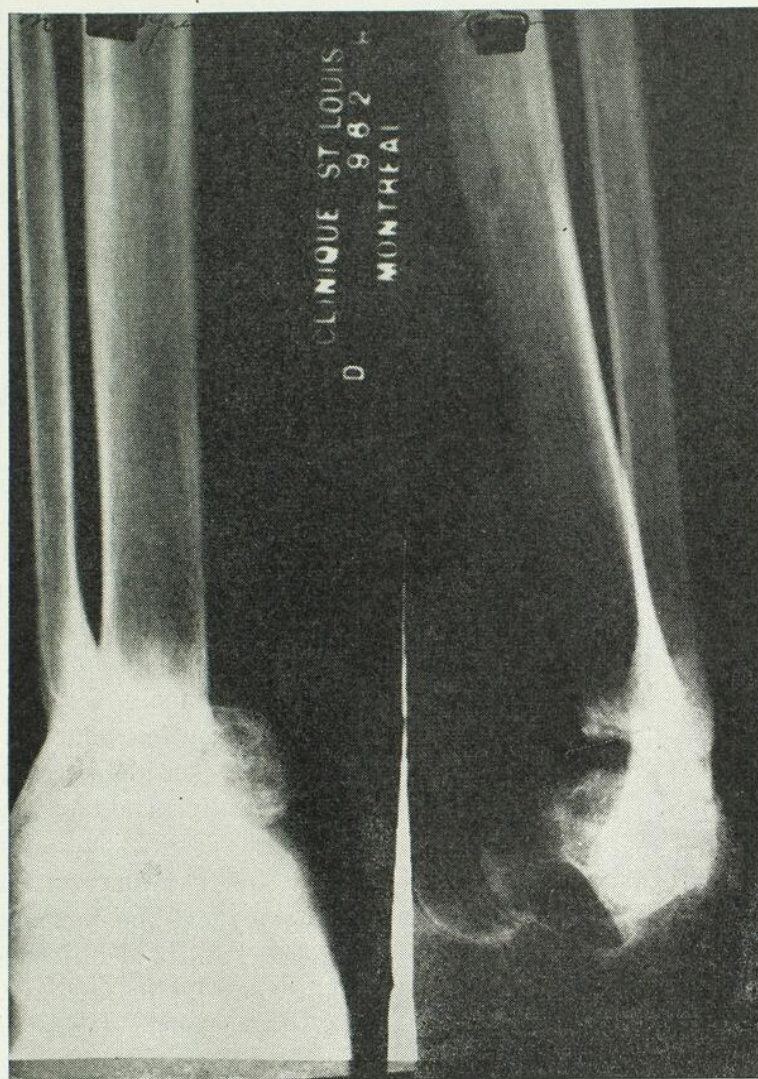


FIG. 12. — Six mois après une arthrodèse remodelante et greffe osseuse du cou-de-pied.

du pilon tibial, sans déviations latérales, ni signe d'arthrite, ni décalage articulaire, nous avons réussi à redonner au cou-de-pied une bonne partie de sa souplesse en réséquant largement la butée tibiale antérieure, bloquant la flexion, et en polissant à la lime les surfaces cruentées du tibia. (Voir figures nos 7 et 8.) Certains cas de fractures ouvertes infectées avec perte de substance obligeront le chirurgien

à pratiquer une plastie des os avec des greffes prélevées sur le tibia. (Voir figures nos 11 et 12.)

Quant aux anciennes fractures compliquées de l'astragale, nous recourons volontiers à l'astragalectomie.

Voilà, brièvement résumées, les principales séquelles des traumatismes du cou-de-pied et leur traitement.

L'INCISION DE LA CORNÉE DANS L'EXTRACTION EXTRA-CAP-SULAIRE DE LA CATARACTE SÉNILE¹

Par Auguste PANNETON (Trois-Rivières).

Depuis le début de ma pratique, j'ai suivi, pour la majorité des cas, dans le traitement chirurgical de la cataracte sénile, la technique que l'on m'avait enseignée comme étant la plus sûre: l'extraction combinée après section au couteau de De Graefe.

Le temps et l'expérience, en me donnant plus d'assurance et de maîtrise, étant par ailleurs satisfait des résultats obtenus, ne firent que m'inciter à m'en tenir au même procédé opératoire, tout en adoptant, à l'occasion, les conceptions nouvelles propres à améliorer la technique classique. C'est ainsi, entre autres, que depuis plusieurs années, me laissant entraîner par le courant presque universellement favorable au lambeau conjonctival, je modifiai peu à peu ma section en taillant prudemment, d'abord une petite languette conjonctivale, puis, dans mes cent cinquante derniers cas, un généreux lambeau de conjonctive de cinq à six millimètres de hauteur.

Or, était-ce simple coïncidence? Adjonction du lavage de la chambre antérieure? Changement de mode de pansement post-opératoire? Ou que sais-je? Mais j'ai constaté, depuis deux ans surtout, que, à part le saignement quelquefois assez marqué lors de la taille du lambeau conjonctival, deux accidents post-opératoires fort ennuyeux: l'enclavement des piliers du colobome irien et l'hémorragie dans la chambre antérieure, se produisaient avec une fréquence inusitée. Par ailleurs, en relisant volumes et revues, je ne pus m'empêcher de remarquer le nombre de plus en plus grand d'articles consacrés à ces deux complications et tout particulièrement à la seconde. C'est ce qui me poussa à faire une revue des quelques 225 cas de cataractes séniles, opérés par extraction combinée avec section au couteau de

De Graefe, depuis quinze ans. En tenant compte de toute modification de technique opératoire ou de soins pré et post-opératoires, j'en suis venu aux conclusions que m'ont inspirées les réflexions qui vont suivre.

Bien entendu, et j'insiste sur ce point, je n'ai considéré que les cas de *cataractes séniles non compliquées*, opérés par *extraction combinée après section au couteau de De Graefe*.

Comme préliminaires à la question à l'étude: l'incision de la cornée dans l'opération de la cataracte sénile, il est nécessaire de faire un court retour sur certains aspects anatomophysiologiques de la cornée, de la conjonctive et du limbe.

Disons une fois pour toutes que les données ci-dessous, considérées comme classiques, sont tirées de divers auteurs et tout particulièrement du « *Traité d'Ophtalmologie* » de « *Duke-Elder* », de l'« *American Encyclopedia of Ophthalmology* » et que, pour ne pas allonger inutilement, j'ometts délibérément les nombreuses indications bibliographiques que certains croiraient de rigueur.

NOTES SUR LA CORNÉE

La composition des couches constituantes de la cornée en font une membrane résistante, mais non dépourvue d'élasticité (on y rencontre de l'élastine), d'où la propriété que possède le tissu cornéen, malgré son apparence fragile, de résister aux traumatismes d'une façon surprenante; de se laisser déprimer sous le choc mais de récupérer exactement sa convexité normale; de juxtaposer facilement ses bords sectionnés, à moins d'interposition de tissu étranger: iris, caillot, etc.

Un fait clinique qui étonne toujours, mais qu'explique fort bien ce que nous venons d'énoncer brièvement, c'est la cohésion si rapide, et souvent si parfaite, des lèvres d'une plaie exclusivement cornéenne, accidentelle,

1. Travail présenté au XVII^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Montréal, septembre 1942.

par corps tranchants ou piquants: pointes de ciseaux, verre, couteau, clou, etc., alors que le corps offensant est habituellement émoussé, souillé, et cela même avec interposition d'un lambeau d'iris. Il faudrait ajouter aussi la rareté de l'infection lorsque les voies lacrymales et la conjonctive sont saines.

Un deuxième point banal, il est vrai, mais qu'il convient de souligner, c'est le fait que la nutrition de la cornée avasculaire s'opère par osmose et imbibition, et qu'elle dérive de deux sources: du plexus vasculaire limbique (artères ciliaires longues et courtes); de l'humeur aqueuse de la chambre antérieure. La suppression complète d'une de ces deux sources, même sur une large étendue, ne compromet en aucune façon la nutrition de la cornée. Enfin, la respiration de l'organe s'effectue par absorption directe de l'oxygène atmosphérique à travers l'épithélium et par exhalaison, de dedans en dehors, de carbone.

En résumé: la cornée est une membrane résistante, ayant un pouvoir de récupération remarquable, coaptant bien et sans glissement ses lèvres de section, d'autant plus qu'elle est avasculaire et qu'il ne peut s'y faire d'interposition de caillots même microscopiques.

DE LA CONJONCTIVE

La conjonctive est composée de deux couches principales: une couche superficielle très mince qui, au niveau du limbe, demeure seule et se continue avec l'épithélium cornéen; une couche profonde fibreuse qui, à trois millimètres du limbe, s'unit en profondeur avec la capsule de Tenon. C'est dans cette couche profonde que l'on trouve les nombreux vaisseaux (ciliaires longs et courts) et les nerfs.

Membrane mince, vasculaire, rétractile, la conjonctive lésée saigne facilement, se coapte mal, glisse, s'infiltré, se déchire. Anémiées momentanément sous l'effet de la cocaïne ou de l'adrénaline, les deux lèvres d'une plaie conjonctivale se rétractent, pour ensuite, par réaction, se gonfler et se souder irrégulièrement à moins d'une suture.

En résumé: la conjonctive réagit mal à la

section, saigne, s'infiltré, se soude plutôt rapidement mais irrégulièrement, et si une incision conjonctivale s'étend à plus de trois millimètres du limbe, elle sectionne la couche profonde fibreuse qui contient les vaisseaux nourriciers et les nerfs, et, de plus, amorce une suffusion dans les couches superficielles de la capsule de Tenon à laquelle elle est intimement liée.

LE LIMBE

Le limbe, point de jonction de la couche superficielle de la conjonctive à l'épithélium cornéen, et de l'enchâssement des couches profondes de la cornée dans la rainure scléroticale, a une largeur de un millimètre. Au limbe viennent se former les anses vasculaires du plexus péri-cornéen qui comprend deux plans: un plan superficiel, au dépend des vaisseaux conjonctivaux (artère nasale et lacrymale); un plan profond provenant des artères ciliaires antérieures.

Mais le plexus péri-cornéen n'empiète guère sur le limbe proprement dit, et ses anses veineuses et artérielles ne se rencontrent qu'à partir de un millimètre environ de la limite de la cornée, telle que vue à l'œil nu.

Cependant il ne faut pas oublier de tenir compte, dans la situation exacte du limbe, surtout chez le scléreux et le vieillard, de certains facteurs déformants tels que; l'arc sénile, un empiètement anormal de la couche superficielle de la conjonctive sur la cornée, etc.

Résumons en deux mots cette note sur le limbe en disant qu'une section pratiquée exactement au limbe, où à pas plus de un millimètre du limbe apparent, donnera une plaie exsanguë, n'intéressant pratiquement que la cornée et la couche superficielle de la conjonctive, enfin respectant les vaisseaux du plexus péri-cornéen.

* * *

Le rappel de ces faits d'anatomo-physiologie nous a semblé indispensable à l'étude critique de la kératotomie dans l'opération de la cataracte, et de son influence sur l'acte opératoire et surtout sur les suites opératoires.

Il y a vingt-cinq ans, l'incision à lambeau de la cornée, telle que préconisée par Panas, de Wecker, Knapp, incision passant exactement par le limbe, était à peu près seule adoptée. On trouve bien mention, dans les traités de l'époque, du pont conjonctival et même du lambeau conjonctival tel qu'employé couramment de nos jours, mais ces modifications ne sont, la plupart du temps, que décrites en appendice et peu recommandées. Actuellement, si quelques opérateurs éminents s'en tiennent encore à l'incision limbique, la majorité donne la préférence à la kératotomie avec lambeau conjonctival.

PRINCIPAUX AVANTAGES PRÉSUMÉS DU LAMBEAU CONJONCTIVAL

Les partisans du lambeau conjonctival réclament en faveur de ce procédé:

- 1° Une meilleure protection contre l'infection.
- 2° Une fermeture plus précoce de la plaie.
- 3° Une garantie contre la hernie de l'iris et la glaucome secondaire.
- 4° Une diminution de l'astigmatisme post-opératoire.

Analysons rapidement ces quatre principaux avantages que l'on s'accorde à reconnaître à l'incision avec lambeau conjonctival.

Protection contre l'infection

Si l'on prépare soigneusement ses malades, si l'on a soin de rechercher et d'éteindre tous les foyers possibles d'infection: amygdales, dents, nez, sinus, voies génito-urinaires, voies lacrymales, conjonctives, etc., l'infection secondaire, avec les progrès et la minutie dans la stérilisation des instruments, de la salle d'opération, des pièces de pansement, aura bien peu de chance de se produire.

Il est vrai que le pourcentage de suppuration et de perte de l'œil par l'infection a baissé considérablement depuis une dizaine d'années, et que nous n'éprouvons plus l'appréhension qu'elle nous causait il y a vingt ans. Mais doit-on en donner crédit au seul lambeau conjonctival et doit-on croire que,

pendant les quelques heures que prendra le lambeau à se souder, une infection microbienne n'aura pas le temps de se développer, d'autant que les lèvres suintantes et sanguinolantes de la conjonctive forment un terrain plus favorable à la culture microbienne que les lèvres exanguës d'une plaie cornéenne?

Rappelons le fait, qui est d'occurrence journalière, de la résistance à l'infection des plaies accidentelles de la cornée. D'ailleurs le pont conjonctival ne recouvre qu'environ le quart supérieur de l'incision et ne peut protéger et empêcher l'infection des lèvres latérales.

Je crois donc qu'il est plus logique d'attribuer à la meilleure préparation des malades et au progrès de l'aseptie, la baisse marquée de l'infection post-opératoire; de même qu'en chirurgie générale, indépendamment des procédés opératoires, l'infection post-opératoire suit, pour les mêmes raisons, une courbe descendante et est devenue presque une rareté. Renversant la proposition, je dirais plutôt que, toutes choses égales d'ailleurs, même avec le plus étoffé des lambeaux conjonctivaux, on rencontre la même proportion d'infections post-opératoires qu'avec l'incision purement cornéenne, si l'on retournait à la même préparation du malade, aseptie et antiseptie qu'il y a vingt-cinq ans.

Cependant il faut bien reconnaître qu'il existe des cas où l'on a lieu de redouter davantage l'infection, où l'on est en présence d'un malade particulièrement indocile, alors qu'il paraîtrait prudent de recouvrir l'incision. Mais ne serait-il pas plus logique de pratiquer un recouvrement à la Van Lint qui protège l'incision dans toute son étendue, exerce une légère pression qui aide à la coaptation de la plaie, tout en conservant les avantages de l'incision classique?

Fermeture plus précoce de la plaie

Dans la taille du lambeau conjonctival, nous produisons, ne l'oublions pas, une plaie qui intéresse la cornée, l'épislère, la conjonctive. Il s'agit d'une incision *cornéo-épisléro-conjonctivale*. Or, ce qui importe davantage, ce

n'est pas l'adhésion précoce des bords conjonctivaux, mais la soudure effective de la partie cornéenne de l'incision qui seule fermera réellement la chambre antérieure.

L'adjonction du lambeau conjonctival hâte-t-elle la soudure de la plaie cornéenne?

Si l'on examine à la loupe une incision d'opération de cataracte avec lambeau conjonctival le lendemain ou le surlendemain de l'intervention, on se convaincra que, non seulement le lambeau donne une fausse impression de fermeture de la plaie, mais qu'il est plutôt agent de retard réel de soudure de la partie cornéenne de l'incision. En effet, au bout de quelques heures, les bords du lambeau conjonctival se sont agglutinés et l'humeur aqueuse, plus ou moins retenue, tend à rétablir la chambre antérieure. Comme les lèvres cornéennes de l'incision ne se sont pas encore scellées, l'humeur aqueuse, dont le courant va de la chambre antérieure vers la périphérie, s'infiltré et est absorbée par la couche profonde du lambeau conjonctival et tend à tenir écartées les lèvres cornéennes. En fait, le lambeau conjonctival, plus ou moins soulevé par l'humeur aqueuse, ne se réappliquera complètement que beaucoup plus tard, après plusieurs jours, et *seulement lorsque les lèvres de la partie cornéenne de l'incision seront unies*.

Il serait donc plus juste de dire que le lambeau conjonctival retarde, plutôt qu'il ne hâte, la fermeture réelle de la plaie, et que la précocité de soudure de l'incision est plus apparente que réelle, donne une fausse sécurité et est la cause des complications que nous étudierons plus loin.

Une garantie contre la hernie de l'iris et le glaucome secondaire (Herbert)

Que le lambeau conjonctival puisse, jusqu'à un certain point, garantir contre une hernie massive, extériorisée de l'iris, encore que cet accident soit une rareté dans l'extraction combinée, d'accord. Mais il ne peut empêcher, ce qui ne vaut guère mieux, une hernie sous-conjonctivale et il a tendance à augmenter la fréquence du refoulement en haut de la racine de l'iris ou des angles du colobome opératoire, par

suite du courant d'humeur aqueuse qui se produit, pendant les premières heures, de la chambre antérieure vers l'espace sous-conjonctival du lambeau, dont les bords supérieurs seuls sont soudés, comme nous l'avons dit plus haut.

De plus, dans la taille du lambeau, il faut nécessairement obliquer en haut et en profondeur, en entamant l'épislère, afin d'inclure la couche profonde fibreuse de la conjonctive, car il est impossible de tailler le lambeau aux dépens de la seule couche superficielle, trop mince et sans consistance. Il s'en suit que la partie profonde, cornéenne, de l'incision se trouve nécessairement portée plus haut que le limbe apparent, c'est-à-dire plus rapprochée de la racine de l'iris, que dans l'incision limbique classique, ce qui expose davantage aux pincements et à l'enclavement.

Une diminution de l'astigmatisme post-opératoire

Il est vrai qu'une incision périphérique causera moins de déformation de la courbure cornéenne, comparativement à celle située exactement au limbe ou en pleine cornée. Cependant c'est un maigre avantage, et même fort discuté, lorsque la section est régulière et bien nette. Pour ma part, je préfère corriger une dioptrie d'astigmatisme de plus, que d'avoir à lutter contre les complications opératoires ou tardives auxquelles expose la taille d'un lambeau conjonctival.

Si les avantages du lambeau conjonctival sont fort discutables, ses désavantages sont multiples.

DÉSAVANTAGES DU LAMBEAU CONJONCTIVAL

1° *Au moment de l'opération.*

A) Etat de la conjonctive.

Quelle que soit l'habileté et l'expérience de l'opérateur, il est un facteur inconstant dans la taille du lambeau conjonctival: c'est l'état de la conjonctive. N'oublions pas que les cataractés séniles sont tous plus ou moins scléreux. Dès le pincement de la conjonctive avec la pince à fixation, on est renseigné sur son épaisseur et son élasticité. Le pourcentage est assez grand

de conjonctives sèches, atrophiques, à vaisseaux sclérosés, saignant facilement et produisant une boule d'hématome au bout de la pince. Il s'en suit que l'on ne peut, à l'avance, limiter exactement la hauteur et la profondeur du lambeau, par suite de la variabilité individuelle de la muqueuse. D'où souvent la nécessité de mordre en profondeur, de se rapprocher davantage de la racine de l'iris, toutes conditions qui exposent aux complications que nous étudions ci-après.

B) Saignement.

Il résulte de tout ce que nous avons déjà dit que la taille d'un lambeau conjonctival ouvre les vaisseaux du plexus péricornéen. De là l'occurrence régulière, admise par tous, d'un saignement plus ou moins abondant.

Les auteurs remarquent, à ce propos, que l'incident est insignifiant, que le suintement se contrôle facilement, que les quelques gouttes de sang qui envahissent la chambre antérieure nuisent peu à l'intervention et se résorbent pendant les premières quarante-huit heures.

C'est vrai dans quelques cas, mais n'est-il pas non moins vrai que, chez près de la moitié des opérés, le suintement ne se contrôle pas aussi vite, ce qui prolonge l'opération, obscurcit le champ opératoire et nécessite, si l'on veut faire une bonne capsulotomie et plus encore une capsulectomie, l'introduction d'instruments dans la chambre antérieure, un lavage, un massage externe, avec tout ce que cela comporte de risques chez un malade indocile ou sur un œil hypertendu. Et encore ces manœuvres, l'instillation d'adrénaline, la compression du lambeau, ne parviennent pas toujours à arrêter le saignement et donner une chambre antérieure libre de sang.

C) Mauvaise coaptation.

Quoique moins fréquemment on constatera la tendance qu'ont certaines conjonctives à se plisser, s'enrouler ou glisser. La nature du tissu conjonctival explique fort bien cet inconvénient, nous l'avons mentionné au début de cet article. Aussi nombre d'opérateurs conseillent-

ils la pose d'un point de suture. Encore un ennui, inutile d'insister.

2° Après l'opération.

A) Retard réel de fermeture de la plaie cornéenne.

Déjà discuté.

B) Epanchement sanguin dans la chambre antérieure.

L'hyphéma opératoire finira par se résorber, mais on constatera souvent que le sang s'organise, s'agglutine à la capsule cristallinienne postérieure, la rend plus opaque et donne des cataractes secondaires épaisses et difficiles à traiter.

C) Hémorragie tardive.

Il s'agit ici d'une des deux complications les plus ennuyeuses. L'hémorragie tardive est inhérente à la technique même de la taille du lambeau et à la sclérose plus ou moins avancée des vaisseaux. Il suffira de répéter que le couteau ouvre largement les anses vasculaires du plexus péri-cornéen, et que le réappliquement complet de la muqueuse, sur toute son étendue, ne se fait que tardivement et irrégulièrement lorsque la partie cornéenne de l'incision est bien scellée.

Il s'ensuit que le moindre choc, une pression appuyée sur la paupière supérieure, une contraction violente de l'orbiculaire, le fait de baisser la tête et de la relever brusquement, pourront causer, chez les prédisposés, au bout de trois ou quatre jours, ou même, comme il nous est arrivé, au bout de quinze jours, un hyphéma, quelquefois massif, qui remplira la chambre antérieure.

On pourrait objecter que cette hémorragie proviendrait plutôt de l'iris sectionné. Mais encore qu'elle se produise tout autant sans iridectomie, il est douteux, et certainement fort rare, d'observer une hémorragie tardive de l'iris. Pour ma part, je n'en ai vu que deux cas indiscutables au cours de ma pratique de vingt-huit ans.

D'ailleurs, si lors d'hémorragie tardive dans la chambre antérieure, on a soin d'examiner le lambeau conjonctival à la loupe binoculaire, on se convaincra que, dans tous ces cas, la

cicatrisation réelle et la coaptation parfaite de la muqueuse sur l'épiscière ne s'était pas encore produite, et que le saignement provient des vaisseaux du plexus cornéen, consécutif à l'avivement d'un point hémorragipare par glissement minime de la partie profonde de la muqueuse sectionnée, comme en témoignera la teinte rougeâtre et le soulèvement basal du lambeau.

L'hémorragie post-opératoire tardive, de même que l'épanchement sanguin au moment de l'opération n'est pas considérée comme une complication sérieuse et le sang se résorbera plus ou moins rapidement par l'application d'un pansement compressif et le repos absolu du malade. Cependant, c'est une cause d'iritis, d'adhérences iriennes et, plus encore que l'hémorragie opératoire, une cause de cataractes secondaires épaisses, par organisation du caillot dont la résorption complète prend plus de temps à se produire que lors d'hémorragie opératoire. En effet, si l'on fait un examen à la lampe à fente après l'apparente résorption complète du sang épanché, on constatera l'inclusion dans les débris capsulaires de dépôts et de travées fibrineuses organisées.

Pour ma part et pour ces raisons, je suis persuadé que depuis que j'ai adopté le lambeau conjonctival, le nombre et l'épaisseur des cataractes secondaires pour lesquelles j'ai dû intervenir, ont augmenté d'une façon marquée si bien que chez mes cent derniers opérés, j'ai dû intervenir secondairement dans quatre-vingt pour cent des cas, alors qu'avec l'incision classique limbique, le pourcentage des cataractes secondaires nécessitant une intervention ne dépassait pas trente pour cent.

D) Pincement et enclavement de l'iris.

Nous avons déjà discuté et tenté d'expliquer le mode de production de cette complication sérieuse, amorce parfois de glaucome secondaire.

Qu'il s'agisse d'enclavement de la racine de l'iris ou de simple pincement de la base d'un des piliers du colobome irien opératoire, les partisans du lambeau conjonctival admettent que ce procédé ne prévient pas cette complication et même la rend plus fréquente. C'est ce que m'a enseigné ma modeste expérience. C'est un fait que lors d'incision pratiquée à un demi-millimètre ou plus en bas du limbe, on n'observe jamais ni enclavement, ni pincement de l'iris, après l'extraction combinée. Il m'est arrivé par distraction, mouvement brusque du malade ou mauvaise fixation du globe, de terminer une incision en avant du limbe. Dans ces rares cas, j'ai toujours été surpris de la facilité de réduction de l'iris et de la conformation parfaite de la pupille, ce qui d'ailleurs découle de la distance plus grande entre la ligne d'incision et la racine de l'iris.

Conclusion

Pour les raisons que j'ai énoncées et qui, je l'avoue, ne présentent rien d'original, je crois qu'en ce qui concerne l'incision au couteau de De Graefe lors d'extraction extracapsulaire combinée de la cataracte sénile, le praticien ordinaire ferait bien de considérer sérieusement, si le retour à l'ancienne incision limbique classique ne lui serait pas plus avantageuse que la taille systématique d'un large lambeau conjonctival, tel que pratiqué de nos jours par la majorité des opérateurs.

Pour ma part, je suis convaincu que l'occurrence plus fréquente de l'hémorragie post-opératoire et du pincement de l'iris que j'ai constatés chez mes opérés depuis quelques années, sont dus à l'adjonction du lambeau conjonctival à mon incision.

Quant aux exigences de certains cas particuliers, je crois que le recouvrement conjonctival à la Van Lint offre toutes les garanties que l'on réclame en faveur du lambeau conjonctival, et bien davantage, sans en présenter les inconvénients.

LES CAUSES DE TIRAGE CHEZ L'ENFANT¹

Par J.-H. CHARBONNEAU,
Médecin chef à l'hôpital Pasteur (Montréal).

Veillez m'excuser d'avoir à commencer cette communication par une petite nomenclature. Les diverses causes de tirage chez l'enfant peuvent, en effet, se résumer dans les chapitres suivants:

- 1° Croup diphtérique et ses différentes formes.
- 2° Laryngite pseudo-membraneuse à strepto ou à pneumo.
- 3° Faux-croup ou laryngite striduleuse.
- 4° Hypertrophie du thymus.
- 5° Spasme de la glotte.
- 6° Œdème de la glotte.
- 7° Abscès de l'épiglotte, de la glotte ou des culs-de-sac des ventricules de Morgagni.
- 8° Abscès rétro ou latéro-pharyngé.
- 9° Stridor congénital.
- 10° Malformations congénitales du larynx.
- 11° Nécrose laryngée de la scarlatine.
- 12° Laryngo-typhus.
- 13° Papillomes sus et sous-glottiques et tumeurs.
- 14° Vésicules de la varicelle.
- 15° Les corps étrangers.
- 16° Les gros ganglions trachéo-bronchiques.
- 17° Asthme et bronchite asthmatique.
- 18° Dans certaines broncho-pneumonies.
- 19° Pseudo-tirage des intoxications morphiniques ou barbituriques et des comas.

1° LA DIPHTÉRIE LARYNGÉE doit être divisée en quatre formes différentes et les symptômes varieront un peu suivant le cas.

a) Il y a d'abord le *croup secondaire à une angine diphtérique* par extension des fausses membranes au larynx. Celui-ci n'offre aucune difficulté, ni au point de vue diagnostique ni au point de vue traitement: la membrane du

pharynx, le tirage progressif, la toux et la voix éteinte en sont la signature, et le traitement se fait simplement par sérothérapie intensive, intramusculaire ou même intraveineuse, et en fin de compte par le tubage si le tirage augmente.

b) Vient ensuite le *croup d'emblée*, qui équivaut à une localisation primitive de la diphtérie au niveau du larynx. (Quand nous disons primitive, nous ne voulons pas dire qu'il ne puisse y avoir eu localisation nasale antérieure qui aurait pu passer inaperçue.)

Celui-ci non plus n'offre aucune difficulté de diagnostic. La voix est rauque au début ainsi que la toux, et puis graduellement la voix et la toux s'éteignent, et le tirage s'installe. Le traitement est le même que dans l'autre forme.

c) *Croup d'emblée avec extension secondaire* à la trachée et aux bronches; il s'agit ici de cas à évolution extrêmement rapide et caractérisés encore par le tirage progressif, l'aphonie et puis, tardivement quelquefois, par l'abolition de la respiration au niveau d'un ou de plusieurs lobes pulmonaires.

d) *Croup secondaire à une diphtérie trachéo-bronchique* ou broncho-pulmonaire. Le diagnostic de cette dernière forme est extrêmement difficile à faire sauf à la phase terminale où il est très souvent malheureusement trop tard pour que l'intervention puisse être efficace. Le début se fait en générale par de la toux et un coryza d'apparence banale, avec température peu élevée. Après 5 ou 6 jours la toux augmente de fréquence et d'intensité et il s'installe une légère dyspnée avec polypnée. Cette dyspnée va en augmentant jusqu'au tirage définitif avec toux éteinte et aphonie alors que le diagnostic devient facile.

Le traitement de cette dernière forme est le même que celui de la précédente. Il ne faut jamais dans ces cas tenter de tubage ou de trachéotomie. En effet, le blocage est situé

1. Communication à l'hôpital Pasteur, lors du XVIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Montréal, septembre 1942.

beaucoup plus bas que le larynx, et le tubage comme la trachéotomie n'ont d'autre effet que de pousser un bouchon qui peut amener une asphyxie brutale et définitive. Le traitement de choix consiste en une laryngoscopie directe avec succion des fausses membranes ou extraction à la pince, le tout suivi d'une bronchoscopie pour l'extraction des débris restés aux niveaux inférieurs. Cette méthode nous a permis de sauver 24 malades depuis environ cinq ans, malades qui autrement étaient voués à une mort certaine. Ce traitement doit être renouvelé toutes les 12 heures à cause de la formation rapide de nouvelles membranes, et il n'exclut pas bien entendu la sérothérapie.

2° LA LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE À STREPTOCOQUES OU À PNEUMOCOQUES est celle qui *ressemble* le plus à la laryngite diphtérique primitive à début trachéo-bronchique, ou broncho-pulmonaire. Le *tirage* fait ici encore *suite à la dyspnée*. Les symptômes du côté de la voix sont à peu près les mêmes. Cependant la *température* est habituellement plus élevée et il y a souvent co-existence d'une broncho-pneumonie. A l'examen direct, les fausses membranes n'ont pas le même aspect macroscopique. Elles sont parfois aussi adhérentes, mais elles ont toujours moins de cohésion et la nécrose des parois est beaucoup plus marquée. La *culture* sur sérum de bœuf vient évidemment trancher la question.

Le traitement de cette laryngite consiste encore dans la succion et la bronchoscopie, avec adjonction ici de sulfathiazol ou de sulfadiazine et de sérum anti-strepto. au lieu de sérum antidiphtérique. Le pronostic est beaucoup plus grave principalement si la nécrose est avancée.

3° LE FAUX-CROUP OU LARYNGITE STRIDULEUSE est la plus commune des laryngites de l'enfant. Tous les médecins connaissent les symptômes et le *début brutal* de cette affection, particulièrement fréquente *l'hiver* et le printemps, surtout chez les porteurs de grosses *amygdales* et de végétations, comme aussi chez les *spasmophiles*. Le petit malade qui s'était

endormi comme d'habitude le soir ou souffrant d'une légère toux banale, s'éveille brusquement durant la nuit et est pris d'une toux spasmodique avec stridor caractéristique et tirage parfois dramatique. La voix est conservée claire, la toux aboyante, le malade anxieux. Tout peut rentrer dans l'ordre rapidement et le tirage disparaître sous l'influence d'un calmant quelconque quitte à réapparaître la nuit suivante. Au contraire, le tirage peut aller en augmentant et nécessite un traitement plus énergique: enveloppements chauds du cou ou du thorax, révulsion, calmants du système nerveux, opiacés même, en injection ou en suppositoire. Tous ces traitements échouent en général dans les cas graves. Nous obtenons de meilleurs résultats habituellement par le calcium I.V. ou I.M. et tout récemment par la *vitamine C. I.V.* ou I.M. Il ne faut pas négliger non plus *l'élément grippal*, cause occasionnelle du spasme. Il y a cependant des cas où les moyens thérapeutiques sont inefficaces et où il faut recourir au *tubage* ou à la *trachéotomie*. Ces opérations au cours du faux-croup devront être retardées dans toute la mesure du possible, le tubage parce que c'est au cours du faux-croup un traitement très aléatoire (le malade crachant souvent son tube à répétition), la trachéotomie parce que c'est une opération sanglante et qu'elle expose aux broncho-pneumonies.

4° L'HYPERTROPHIE DU THYMUS, maladie du premier âge est parfois d'un diagnostic assez difficile. Le tirage d'après les parents a un *début plutôt brusque*, mais si l'on pousse le questionnaire plus avant, on constate que depuis quelque temps déjà le petit malade a présenté des symptômes anormaux, soit de la respiration, soit de la déglutition ou de la toux. Le tirage est permanent avec des périodes d'exacerbation. La *percussion* si elle est faite très attentivement peut révéler l'hypertrophie de la glande. *L'auscultation* aussi, même dès avant le tirage, révèle un souffle caractéristique de compression trachéale, mais le grand moyen de diagnostic reste la radiographie, laquelle dans la plupart des cas, donne une

certitude. Le *traitement* consiste dans la *radiothérapie*, le calcium I.M. ou I.V. pour calmer l'élément spasmodique surajouté et très exceptionnellement dans les cas d'extrême urgence la *thymectomie* sub-totale sous-capsulaire. Le traitement radiothérapique donne d'excellents résultats, mais il ne met pas à l'abri des récidives possibles au bout de quelques mois et l'on doit alors recommencer la thérapeutique.

5° LE SPASME DE LA GLOTTE possède des caractéristiques à lui seul. Son début brusque, sans modification de la voix ou de la toux, son apparition chez les enfants en *déficience calcique* ou chez des enfants à ossification normale, mais exposés à une hypocalcémie par une fixation intempestive du calcium, le feront reconnaître assez rapidement. La thérapeutique, parfois d'extrême urgence, consiste surtout dans l'injection de calcium I.V. ou I.M.

6° ŒDÈME DE LA GLOTTE peut être de deux sortes: de nature *inflammatoire* ou de nature *anaphylactique*. Dans l'œdème inflammatoire la dyspnée est lente et progressive; à la suite souvent d'une rhino-pharyngite quelconque, mais surtout à streptocoque. Au contraire dans l'œdème anaphylactique, le tirage s'installe rapidement. Le diagnostic se fait par *le toucher* qui découvre l'œdème ou encore par une *laryngoscopie* directe qui renseigne sur la couleur foncée et turgescence dans le cas d'œdème inflammatoire et plutôt pâle dans le cas d'œdème de Quinke. Le *traitement* consiste à essayer de réduire l'œdème le plus rapidement possible par des pulvérisations locales d'éphédrine, d'adrépine, ou de Privine, de même que par le traitement antianaphylactique: adrénaline en injection et calcium en inj. I.V. En fin de compte pour éviter l'asphyxie, si elle est imminente, il reste la trachéotomie; mais on ne doit jamais oublier qu'après la trachéotomie l'œdème gagne très facilement et très rapidement la trachée.

7° ABCÈS DE L'ÉPIGLOTTE, DE LA GLOTTE OU DES CULS-DE-SAC DES VENTRICULES DE MORGAGNI se diagnostiquent par le toucher ou la

laryngoscopie directe. Le traitement consiste dans l'ouverture de ces abcès habituellement après trachéotomie pour éviter l'aspiration du pus dans les bronches. Nous avons ajouté ici les abcès des culs-de-sac des ventricules de Morgagni bien que la chose soit extrêmement rare parce que nous avons eu l'occasion d'en observer un récemment chez un enfant de 2 ans.

8° LES ABCÈS RÉTRO OU LATÉRO-PHARYNGÉS sont d'un diagnostic très facile sauf lorsque l'abcès est bas situé. Le tirage s'installe graduellement sans modification apparente de la voix. *Le toucher* renseigne immédiatement sur la situation de l'abcès, dont le traitement consiste dans l'ouverture au bistouri ou à la sonde cannelée, en prenant bien soin de suspendre l'enfant par les pieds, la tête en bas, immédiatement après l'intervention ou même pour effectuer celle-ci, de façon à éviter les aspirations de pus. L'ouverture peut être faite aussi après trachéotomie.

9° et 10° LE STRIDOR CONGÉNITAL, LES MALFORMATIONS CONGÉNITALES et les accès de cyanose dus aux hémorragies méningées sont d'une apparition plus précoce et réservés au 1er âge.

11° LA NÉCROSE LARYNGO-TRACHÉALE DE LA SCARLATINE n'offre guère de difficulté pour le diagnostic, et on doit toujours y penser non seulement lorsqu'elle s'installe mais surtout avant, principalement s'il y a nécrose du pharynx. Le traitement doit être plutôt préventif que curatif. Traiter la scarlatine de façon intensive. En cas de nécrose, injecter du sulfarsénol pour éviter les dégâts dus fréquemment à une association fuso-spirillaire. Les auteurs français préconisent le sérum anti-gangréneux, mais nous devons avouer pour notre part que cette méthode nous a déçus. Contre la nécrose laryngée installée il y a peu de chose à faire: la *trachéotomie* en effet provoque une *nécrose* de la trachée et nous avons vu de ces malades cracher la presque totalité de leur larynx et un morceau de trachée avec une hémorragie foudroyante.

12° LES PAPILLOMES SUS et sous-glottiques et LES TUMEURS, diagnostiquées par laryngoscopie, relèvent de l'extirpation chirurgicale.

13° LE LARYNGO-TYPHUS se traite par les pulvérisations du larynx et parfois la trachéotomie.

14° LES VÉSICULES LARYNGÉES de la varicelle sont faciles à reconnaître par l'apparition très précoce des vésicules cutanées. Un tubage de quelques jours, lorsqu'il devient nécessaire, rencontre les besoins de la situation.

15° LES CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX, de la trachée, des bronches ou de l'œsophage sont une cause de tirage qui forme un chapitre tout à fait à part et que je dois forcément laisser de côté. Un mot seulement pour rappeler que le *tirage progressif* n'exclut pas la possibilité de la présence d'un corps étranger, parce que dans certains cas la dyspnée ne se manifeste que lorsqu'il se forme une zone inflammatoire au pourtour du corps étranger.

16° LES GROS GANGLIONS TRACHÉO-BRONCHIQUEs au cours d'une inflammation pulmonaire aiguë ou tuberculeuse, sont peut-être la cause de tirage la plus difficile à diagnostiquer. En effet, le tirage est progressif, la voix d'abord normale s'éteint, et il en est de même de la toux. Ce phénomène s'explique, bien qu'il n'y ait aucune membrane laryngée, par les sécrétions bronchiques abondantes qui ne sont plus expulsées et qui en stagnant forment une pseudo-membrane visqueuse et adhérente au niveau du larynx et de la trachée. Ce sont aussi les plus déconcertants au point de vue pronostic.

La thérapeutique consiste dans un traitement anti-infectieux par le sulfathiazol ou diazine et surtout le promin ou le rouge congo. On peut ajouter le vaccin mixte, la radiothérapie pour tenter de réduire le volume des ganglions et la trachéotomie dans certains cas avec injection d'huile gomenolée dans la trachée, ou mieux encore le sulfathiazol intrabronchique. Enfin comme dans plusieurs de ces cas de tirage provoquer le vomissement.

17° L'ASTHME ET LA BRONCHITE ASTHMATIQUE ne donnent pas de tirage à proprement parler mais une dyspnée qui peut être parfois tellement intense que le diagnostic différentiel entre ceux-ci et l'hypertrophie du thymus par exemple ou l'adénopathie trachéo-bronchique devient difficile. On lèvera les doutes par l'épreuve thérapeutique à l'aide des anti-asthmiques ordinaires: adrénaline, opiacés, calcium et surtout la Vita. C. I.M. ou I.V.

18° A la phase terminale des BRONCHO-PNEUMONIES du jeune enfant le mécanisme du tirage est le même qu'au cours des grosses adénopathies. Le traitement causal par le sulfathiazol reste l'arme de choix avec en plus le sulfathiazol par voie bronchique et le vomissement provoqué.

19° Enfin le PSEUDO-TIRAGE DES COMAS ET DES INTOXICATIONS dont le diagnostic est assez facile à faire parce que l'on constate que le mouvement inspiratoire n'est pas suffisant pour donner un véritable tirage, mais au contraire manque de la force nécessaire pour faire pénétrer l'air à travers des voies respiratoires sans réflexes. Le traitement de ces cas doit être évidemment celui de la cause.

UN CAS D'ABCÈS CÉRÉBRAL D'ORIGINE OTOGÈNE, OPÉRATION ET GUÉRISON¹

Par **Emile PELLETIER**,
Hôtel-Dieu (Québec).

La présence d'une otite chronique, surtout si elle est réchauffée, doit toujours tenir notre attention en éveil, car alors il y a possibilité de complications intracrâniennes. Au nombre de celles-ci, l'abcès cérébral n'est pas une des moindres. Rarement ce dernier sera la conséquence d'une otite aiguë.

L'oreille moyenne et les cellules mastoïdiennes sont normalement stériles et pourvues de moyens de protection minimales. Aussi seront-elles très vulnérables vis-à-vis l'infection. Celle-ci pourra graduellement se frayer un chemin, et à l'aide de circonstances favorables, soit par propagation osseuse de proche en proche, ou par voie vasculaire, ou encore par l'intermédiaire des nombreux orifices et canaux naturels dont sont creusées les annexes de l'oreille, il y aura formation d'abcès dans le tissu cérébral. Il sera généralement situé dans le lobe temporo-sphénoïdal, au voisinage du toit de l'antra et de la caisse.

La collection purulente siégeant en pleine substance blanche, peut être unique ou multiple. Day distingue l'abcès adjacent, habituellement « en juxtaposition avec la zone infectée » et le plus souvent encapsulé, de l'abcès métastatique, ayant une embolie comme cause, avec tendance à la multiplicité et s'entourant rarement d'une capsule.

Laissé à lui-même, l'abcès conduit fatalement à la mort. Celle-ci sera rapide s'il pénètre dans le ventricule latéral, une méningite généralisée pouvant alors s'en suivre.

La symptomatologie de l'abcès cérébral est variée. Au début, les troubles sont discrets et une localisation précise est difficile à obtenir. De plus si les symptômes sont nombreux, ils ne seront certainement pas tous présents. Et c'est précisément la persistance de symptômes

mal définis qui doit solliciter davantage notre attention afin d'apprécier à leur juste valeur des signes susceptibles d'orienter précocement le diagnostic. Aucune des méthodes d'examen permettant de donner quelque lumière ne sera négligée, vu que le pronostic opératoire sera meilleur si la présence d'un abcès encéphalique est reconnue à la période du début. Il ne sera donc pas nécessaire d'attendre les symptômes de foyer pour intervenir chirurgicalement.

Le but que nous nous proposons en vous présentant ce cas d'abcès cérébral d'origine otogène n'est sûrement pas d'entreprendre une longue énumération des symptômes accompagnant cet état pathologique. Il vaut mieux faire ressortir les principaux signes relevés tant dans l'histoire du patient que dans l'examen physique.

Observation.

Le malade, âgé de 35 ans, présente depuis environ 15 années, un écoulement purulent de son oreille droite, écoulement intermittent, jaunâtre, fétide, accompagné en plus d'une diminution de l'audition; par contre, peu de bourdonnements d'oreille et pas de vertige. Il accuse une douleur vague de temps à autre à la région temporale intéressée. Son état se maintient ainsi avec des périodes d'amélioration et de recrudescence jusqu'à il y a deux mois précédant son entrée à l'hôpital. A ce moment, il ressent une douleur vive avec paroxysme, et à prédominance à la région temporo-pariétale droite. Cette localisation temporale de la douleur est un signe de grande valeur et elle serait secondaire à une irritation de la dure-mère. L'état général est très touché, la prostration intellectuelle marquée: c'est la « cérébration » lente des Anglais, signe révélateur important. Il entre, à certains moments dans un véritable état de torpeur. Cinq semaines plus tard,

1. Travail présenté au XVII^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Montréal, septembre 1942.

la température monte à 103° et son médecin note de la raideur de la nuque. Dans la suite, la température baisse, mais reste à courbe irrégulière, et la douleur devient intolérable. Il a maigri et il accuse une grande faiblesse musculaire. Il se plaint d'obscurcissement de la vue, et par moments, il semble perdre conscience de ce qui se passe autour de lui et il lance même des phrases incohérentes. Fait à remarquer son pouls se maintient entre 48 et 54 à la minute. Laurens insiste sur le fait qu'un pouls ralenti doit « faire penser à une collection intracrânienne extradurable ou encéphalique ».

Au point de vue de son oreille, le conduit auditif externe est rempli d'un pus abondant, fétide et un large polype bouche presque entièrement le canal, de sorte que l'examen du tympan est non satisfaisant. A l'inspection, l'apophyse mastoïdienne a une apparence normale; aucune rougeur ni gonflement. La palpation profonde au niveau de l'antre réveille une douleur appréciable, indice évident de l'ostéite mastoïdienne.

Les épreuves par diapasons donnent un Weber localisé du côté de l'oreille malade et le Rinne est négatif. La perception osseuse n'est donc sûrement pas abolie et ainsi l'état du labyrinthe semble satisfaisant. Il n'y a pas de nystagmus provoqué. Les principaux nerfs crâniens sont interrogés, mais rien de spécial n'est noté.

L'examen neurologique en vue de la recherche des symptômes de foyer demeure négatif. Ceux-ci ne sont d'ailleurs généralement présents que si l'abcès est situé à gauche; l'on peut alors trouver de l'aphasie surtout sensorielle. Les troubles moteurs croisés sont absents. La recherche des troubles du tonus et de l'attitude ne donnent pas plus de résultats.

Par contre, l'examen du fond d'œil donne des renseignements très précieux; il y a stase papillaire double. Le gonflement est de 5 dioptries. Il y a une hémorragie en flammèche au voisinage de chaque disque. Cette constatation n'implique pas l'idée de l'existence d'un abcès encéphalique, mais traduit un syn-

drome d'hypertension intracrânienne, d'où possibilité d'une complication dans l'endocrâne. Bénédicte maintient que c'est le signe le plus concluant, et il serait présent dans 30% des cas. La ponction lombaire fut tentée sans succès lors de l'examen et même immédiatement avant l'intervention, alors que le malade était sous anesthésie générale.

La trépanation mastoïdienne fut laborieuse vu que l'os était éburné. L'évidement péto-mastoïdien fut d'abord completé. Une large masse de cholestéatome dans la profondeur et la présence de pus et de débris dans l'oreille moyenne furent les principales constatations. Le tout fut entièrement cureté, en ayant soin de laisser l'étrier en place. Il fallait finalement s'attaquer à la paroi osseuse séparant le « tegmen antri » et le toit mastoïdien de la cavité endocrânienne. Les méninges, une fois découvertes, présentaient un aspect de réaction intense; congestion, granulations et couleur sale. Il s'agissait bien d'une lepto-méningite, ce qui autorisait l'ouverture des méninges et la ponction intracérébrale. Une quantité considérable de pus blanchâtre, fétide, s'échappa aussitôt. Une fois celui-ci évacué, la sonde cannelée entra dans une cavité d'environ 15 mm. de profondeur. Un gros drain en caoutchouc y fut introduit et l'ouverture partiellement refermée.

Le lendemain de l'intervention, le pouls remonta de 48 à 70 et les troubles intellectuels s'améliorèrent. Mais il est intéressant de noter que vers le 4^e jour, les troubles visuels étaient plus accentués. L'œdème des nerfs optiques était plus considérable et deux hémorragies nouvelles avaient pris place. A la suite de trois ponctions lombaires décompressives dans les jours qui suivirent, les troubles du fond de l'œil devinrent chose du passé. L'examen du pus prélevé de la plaie révéla la présence du staphylocoque. Les drains furent changés tous les jours; ils furent abandonnés au 18^e jour et après deux mois, la plaie était entièrement cicatrisée.

Quelques considérations particulières à ce cas méritent peut-être une mention.

Le patient, opéré sous anesthésie générale,

présentait sûrement de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien au moment de l'intervention.

*
* *

La voie mastoïdienne, dite voie des auristes, fut employée pour les raisons suivantes: la présence d'une lepto-méningite évidente au niveau du toit mastoïdien, la plus grande facilité pour l'écoulement du pus, la chance d'obtenir un pronostic plus favorable lorsque, à un certain endroit, la dure-mère est adhérente à la corticalité cérébrale.

Une incision droite fut préférée à une inci-

sion en forme de croix afin d'éviter une hernie cérébrale.

Aucune manipulation accessoire ne fut tentée, vu que le « tissu cérébral, très sensible à tout traumatisme, a un pouvoir très minime de se régénérer » (Day). Seul un drain perforé de caoutchouc fut introduit. Aucune douche ne fut donnée.

Les seuls soins post-opératoires consistèrent à la mise en place d'un drain à diamètre de plus en plus petit et à l'introduction de mèches dans la plaie et non dans la cavité laissée par l'abcès.

Le patient, opéré il y a déjà six ans, n'a pu bénéficier de l'emploi des sulfamidés, ceux-ci étant alors beaucoup moins utilisés.

BRÛLURE GRAVE CHEZ UN BÉBÉ. GUÉRISON PAR L'ACTION DE LA CORTINE ASSOCIÉE À LA TECHNIQUE DE BETTMANN

Par **André HOUOT.**

Ex-chirurgien du Sandjack d'Alexandrette,
Ex-interne des hôpitaux de Strasbourg.

Revenir encore sur la question des brûlures semble de prime abord inutile, car depuis 1924 que n'a-t-on pas écrit à leur sujet; tout doit avoir été dit, et cependant, il y a certes encore beaucoup à dire. Ainsi, au sujet de leur thérapeutique, la moindre petite contribution nouvelle ou la plus simple constatation peuvent ouvrir le chemin à de nouvelles voies ou plus simplement encore améliorer la conduite d'une thérapeutique déjà connue.

Quand le traitement général a été codifié ces dernières années, il semblait être définitif et cependant l'apparition de la cortine l'a modifié; c'est grâce à ce produit, d'ailleurs, que nous pouvons vous rapporter le succès relaté en l'observation qui va suivre.

On sait, qu'à lui seul, le traitement général ne peut venir à bout de l'intoxication; il faut que le foyer essaimant soit neutralisé, c'est ce que Davidson fit en appliquant le tannage. On pensait alors, à la suite des résultats publiés par cet auteur, qu'un brûlure de plus de 40% amenait fatalement une issue fatale. Or, l'association tanno-argentique de Bettmann a permis d'arriver à reporter les limites à près de 50%; on a même publié le cas d'une brûlure occupant 52% du revêtement cutané, dont plus de la moitié des lésions était du 3e degré et qui a guéri en 42 jours (Bettmann).

Comme le promoteur de la méthode, nous avons souvent répété depuis 1938 que cette association, tannin-nitrate d'argent, donne des résultats merveilleux dépassant parfois tout espoir, car le blockage du foyer est pratiquement immédiat et, de ce fait, la résorption est nulle ou très limitée. Mais, quelquefois, sans atteindre 50%, malgré une coagulation tanno-argentique précoce, malgré une évolution favorable des lésions, le sujet atteint décède. Il semble, en pareil cas, qu'il y a eu atteinte des

surrénales; il faut donc, au moment de l'accident, les soutenir, leur permettre de faire des frais de la surcharge à laquelle elles vont être soumises. La cortine répond à ce besoin. Pour illustrer et prouver la réalité de cette théorie, il suffit de rappeler que nous avons perdu une petite fille de six ans, dont 36% du corps était atteint presque partout au 3e degré; cette enfant est décédée au 52e jour par amaigrissement et asthénie, alors que les lésions cutanées étaient pratiquement cicatrisées. Comme le brûlé de R. Leriche, tanné et mort au 7e jour d'azotémie, cette petite fille, durant les premiers jours, n'avait pas paru touchée, son état général paraissait avoir repris le dessus. Il n'y avait pas eu de grosse hyperthermie, température 38°.2, pouls 96. L'urée ne s'était pas élevée au-dessus de 0.50. L'albuminurie avait été fugace et minime, la polypeptidémie infime 0.04 (?). Jusqu'au 40e jour, nous étions persuadé de la sauver et c'est alors que l'amaigrissement s'installait brutalement avec une inappétence marquée, une asthénie progressive, une chute de la tension et bientôt des débâcles diarrhéiques et enfin un décès subit le 52e jour.

Nous avons admis alors que cette grande brûlée, malgré les signes cliniques minimes au début, avait présenté une grave intoxication de ses surrénales et c'est, du déficit de celles-ci, qu'elle avait été emportée.

Si nous avions pu alors, lors de la période d'intoxication, nous procurer de la cortine, nous l'aurions probablement sauvée. Cette hypothèse était alors toute fortuite; l'insuffisance surrénalienne ne s'appuyait que sur la symptomatologie, car il nous fut impossible pour les questions de religion de pratiquer une autopsie et de prélever les surrénales.

Depuis, nous avons eu une brûlée identique,

plus grave encore, car il s'agit d'un bébé de 22 mois; nous l'avons soumise à la cortine ainsi qu'à la méthode de Bettmann. Cette brûlée a guéri et c'est la preuve expérimentale de notre hypothèse que nous vous rapportons dans l'observation ci-jointe.

Observation.

Le 8 février 1941, la jeune Fatime, âgée de 22 mois, tombe dans une bassine d'eau bouillante; les lésions s'étendent de l'ombilic aux extrémités des membres inférieurs. En admettant qu'il s'agisse d'un adulte, les lésions peuvent être cataloguées:

Localisations	1e degré	2e et 3e degré	Total
Bas-ventre et dos	6%	4 %	10 %
Cuisses, face antérieure	6%	3.5%	9.5%
Jambes, face antérieure	4%	5.5%	9.5%
Pieds, face antérieure	2%	1 %	3 %
Cuisses, face postérieure	4%	5.5%	9.5%
Jambes, face postérieure	4%	2.5%	6.5%
TOTAL	26%	22 %	48 %

Comme il s'agit d'un bébé, la surface atteinte ne représente pas en réalité la surface calculée d'après Barkow, il faut admettre qu'en surface il y a réduction de 1/5 au minimum et de 1/4 au maximum, donc, l'atteinte doit se ramener à une surface de 36 à 40% du revêtement cutané. Mais, s'il y a réduction de l'aire de la brûlure ce qui diminue la gravité, celle-ci par contre est nettement accentuée, d'une part par l'âge de la victime, d'autre part par la localisation, bas-ventre et organes génitaux.

Enfin, cette petite fille est non seulement une brûlée, mais encore une enfant mal traitée par une thérapeutique plus qu'empirique. Elle est, en effet, toute recouverte par du bleu pulvérisé (bleu des lessiveuses). L'accident remonte à trois heures; sous une petite anesthésie au kélène, on fait une toilette soigneuse et, malgré les souillures antérieures, un tannage à la Bettmann est pratiqué. Qu'importe si celui-ci est imparfait, il faut avant tout gagner du temps sur l'intoxication, on répète les applications tanno-argentiques toutes les trois heures, et, lors de la première application alors que l'enfant est encore sous narcose, nous injectons, par voie intramusculaire,

dix centimètres cubes de cortine d'origine américaine; la même dose est répétée six heures après. Le soir, l'enfant est dans un état désespéré, les tonicardiaques, 250 c.c. de sérum physiologique, 250 c.c. de sérum glucosé sont inopérants. On met l'enfant sous une tente chauffante, et, malgré cela, la température s'abaisse à 35.6, on donne de l'oxygène et il y a anurie. Dans la seconde partie de la nuit, l'état s'améliore, le pouls redevient perceptible et la température s'élève.

Le 9, la température oscille entre 39 et 39.4, le pouls est à 140, la langue est sèche, l'enfant urine sous elle en petite quantité. On fait le même traitement, mais on se limite à une injection de 5 c.c. de cortine. Le tannage est parfait.

Le 10, l'état général s'améliore, les urines réapparaissent sans albumine, le pouls se ralentit à 120 pour une température de 39°, traitement identique.

Le 11, soit le 4e jour après l'accident, sous l'action des urines et des selles diarrhéiques, les croûtes tanno-argentiques se ramollissent et s'infectent au niveau des fesses, de la vulve et de la face interne des cuisses. L'enfant boit bien, la langue est humide, le pouls est à 130 environ et la température à 40. Localement, partout où il y a ramollissement ou infection, on coagule au violet de gentiane à raison de 2 à 3 applications par 24 heures. L'enfant prend des boissons abondantes, il est donc inutile de faire de grosses quantités de sérum. On se limite donc à l'injection de 125 c.c. de sérum physiologique et toujours aux 5 c.c. de cortine.

Le 12, même état local, même état général et même traitement.

Les 13, 14 et 15, la température revient à la normale, l'enfant a faim, la coagulation violet gentiane est bonne, l'état général aussi; on arrête donc et l'injection de sérum et l'injection de cortine.

Le 27, l'état général est parfait, les croûtes tanno-argentiques intactes se décrustent au niveau des pieds, des jambes, des faces antéro-externes des cuisses, laissant un épiderme re-

constitué; le coagulum au violet de gentiane est solide sauf au niveau de l'anus et du périné.

Le 9 mars, le coagulum au violet de gentiane tombe à son tour ne laissant que deux petites zones cruentées de très faible étendue au niveau de la vulve, de l'anus et du sacrum.

Le 21 mars, soit quarante et un jours après l'accident, l'enfant est guérie, il n'y a pas de cicatrice vicieuse et l'état général est excellent.

*
* *

Si nous comparons cette observation à celle de l'enfant qui est décédée au 52^e jour, on voit que les traitements locaux sont pratiquement identiques, les traitements généraux de même, à l'exception toutefois de l'injection de cortine. Or, nos deux petites brûlées ont des surfaces et des localisations analogues, l'enfant de 22 mois est même plus handicapée que sa compagne de 6 ans, question d'âge; or, c'est le bébé qui a été sauvé. Cette dernière a fait à l'exclusion du premier jour une réaction fébrile très importante, plus de 5 jours entre 38 et 40, alors que la fillette non soumise à la cortine est toujours restée pratiquement apyritique, température maxima 38.2°. Le brûlé de R. Leriche, décédé d'urémie progressive au 7^e jour, était aussi resté apyrétique à l'exclusion du jour précédent son décès, lui aussi n'avait pas reçu de cortine. Il semble donc que les poussées hyperthermiques soient conditionnées par l'injection d'extraits surrénaliens.

Quoiqu'il en soit, cette observation met en évidence toute la valeur de la thérapeutique par la cortine; 35 c.c. de ce produit nous ont permis de sauver une enfant qui, normalement, aurait dû mourir, car on ne peut admettre que l'association du violet de gentiane à la technique de Bettmann soit un facteur assez im-

portant pour permettre un tel succès. L'action du violet n'a fait que raccourcir la durée de l'évolution des lésions. C'est donc à la cortine et à elle seule que revient le bénéfice de cette guérison. Quant à la réaction thermique, il nous semble bien, d'après les quelques autres cas que nous avons suivis depuis lors, qu'il faille la rapporter à l'injection d'extraits surrénaux. En effet, dans 7 cas de brûlures importantes, non soumises à la cortine et terminées par guérison (5 chez des adultes, 2 chez des enfants), la température n'a pas dépassé 38.2, alors que dans 4 autres cas soumis à l'action de la cortine, chez tous il y a eu une élévation thermique au-dessus de 39°, qu'il s'agisse d'adultes (2) ou d'enfants (2).

La question de cette réaction thermique serait donc à étudier.

BIBLIOGRAPHIE

1. DAVIDSON, E. D.: « Tannic-acid in the treatment of burns. » *Surg. Gyn. and Obst.*, août 1925, p. 262-321.
2. BETTMANN, A. G.: « Tannic-acid and silver nitrite in burns. » *Surg. Gyn. and Obst.*, 62: 458 (fév.) 1936.
3. ALARICH: « The role of the infection in burns: Theory and treatment with special reference to gentian violet. » *New Eng. Journ. Med.*, fév. 1933, p. 299.
4. LERICHE, R.: « Brûlures très étendues, tannage immédiat, mort en 7 jours par anurie avec azotémie progressive. » *Rev. Chirurg.*, 75: 143 (fév.) 1937.
5. HOUOT, A., LAOUENAN et B. KHOURY: « Sur le traitement des brûlures récentes graves. Quelques résultats par les nouvelles méthodes. » *Ann. de la Fac. de Méd. de Beyrouth*, 8: (janv.-fév.) 1939.
6. HOUOT, A.: *Brûlures graves chez une petite fille. Décès au 52 jours par amaigrissement progressif. L'Union Médicale du Canada*, 72: 25 (janvier) 1943.

DE LA RÉGÉNÉRATION OSSEUSE DANS L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE

Par Eugène SAINT-JACQUES.
De l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

C'est avec intérêt que nous avons lu l'article du docteur Favreau dans le numéro d'octobre¹ sur l'ostéomyélite aiguë.

Au cours de notre carrière, nous en avons rencontré plusieurs cas dont les uns présentaient des particularités intéressantes.

Observation 1.

Un des premiers cas fut celui d'une ostéomyélite aiguë de l'os iliaque gauche chez une jeune fille. Traité d'abord à domicile, en face de symptômes peu précis, le cas fut pris pour une attaque de rhumatisme aiguë de la hanche. De fait, l'articulation fémorale fut intéressée par la réaction des tissus périarticulaires. Il fallut plusieurs fois enlever des esquilles et la malade finit par guérir, mais avec une boiterie de la hanche gauche.

Observation 2.

Un autre cas fut celui d'une fillette d'environ 15 ans qui nous fut amenée dans notre service hospitalier après une couple de semaines de traitement à la campagne.

Chez elle, le tibia était fort malade dans sa partie supérieure: fistules donnant beaucoup de pus, membre chaud et œdématié. Nous incisâmes et nous nous trouvâmes en présence d'un séquestre de 4 à 5 pouces de long, baignant dans le pus et s'étendant de l'épiphyse supérieure du tibia vers le bas. Le séquestre enlevé, la plaie nettoyée de son pus et de sa granulation, nous plaçâmes un drain pour quelques jours à cause de l'abondance du pus.

Comme le péroné, non attaqué, servait d'attelle de maintien et de correction, nous plaçâmes la jambe dans une gouttière et, à notre grande satisfaction, la régénération osseuse se fit très bonne, ayant conservé le périoste qui est ici d'une utilité majeure. La petite malade retourna chez elle avec une jambe en consolidation et un appareil approprié.

Observation 3.

Mais le cas le plus étrange fut celui d'un jeune homme de 18 ans qui nous fut amené avec un bras gauche absolument impotent:

gros, fistulisé et rempli de pus. L'opération nous montra un séquestre qui s'étendait de l'épiphyse supérieure de l'humérus jusqu'à l'épiphyse inférieure; il fallut enlever toute la diaphyse humérale. Après quoi, son bras se pliait en toutes directions. Nous entretenions des doutes sur la conservation du bras. Il lui fut mis un appareil de soutien, cela va sans dire.

Quelle ne fut pas notre surprise de le voir se présenter six mois plus tard à notre bureau pour nous montrer son bras, avec fierté. La consolidation était bonne, toute la diaphyse s'était régénérée et son bras lui était de nouveau redevenu fort utile. Tout était guéri. Seule restait de la raideur au coude à cause de la longue immobilisation de l'articulation par l'appareil.

*

* *

Traitement.

Ne nous désespérons pas malgré les dégâts des premiers jours de l'attaque.

Débridons *tôt*, nettoignons bien le foyer et terminons par un tamponnement soigné, pas trop serré. Inutile d'ajouter qu'il convient d'appliquer un appareil de soutien qui serve aussi de correction.

Il faudra parfois aller repêcher des esquilles mortifiées qui entretiennent une fistulisation tardive, mais sous une bonne surveillance, ces malades graves finissent par guérir.

Nous trouvons aussi avantageux d'administrer le phosphate tricalcique *per os*, avec en plus de l'extrait thyroïdien, afin de favoriser la récalcification.

Notons de suite qu'il faut ici agir vite pour donner issue au pus et prévenir dans la mesure du possible la destruction osseuse.

Ajoutons que nous avons aujourd'hui les sulfamidés et le carbone intraveineux qui aideront à retarder et peut-être arrêter la marche de l'infection.

Opérons *tôt*; patientons longuement; ne nous décourageons pas, sachant que nous avons gardé le périoste régénérateur et nous verrons une bonne guérison couronner nos efforts.

1. *L'Union Médicale du Canada*, octobre 1942, p. 1048.

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° 2 Montréal, février 1943

L'ACCOUCHEMENT SANS
DOULEURS

Le premier en France, Paul Dubois utilisa les inhalations d'éther contre les douleurs de l'accouchement. Mais ce fut Simpson d'Ecosse qui généralisa la pratique de l'anesthésie obstétricale par le chloroforme, après une période de controverses chez les puritains qui, s'appuyant sur le texte de la Bible: « Femme, tu enfanteras dans la douleur », affirmaient que l'emploi d'un anesthésique constituait une faute contre la morale. La querelle ne s'apaisa que le jour où la reine Victoria, à la naissance de son troisième fils, Léopold, bénéficia d'inhalations prolongées de chloroforme à petites doses (chloroforme « à la reine »).

Vers 1914, Cleisz (Paris) préconisa le somnifère intraveineux, qui plongeait les patientes dans un sommeil profond pour une période de seize à dix-huit heures. L'agitation qui se manifestait chez les parturientes au moment des fortes contractions et l'inconscience prolongée après la naissance de l'enfant firent bientôt abandonner la méthode.

Vers le même temps, Gwathmey, au « Lying-in » — hôpital de New-York — expérimenta la méthode dite « synergistique », qui consiste à injecter, lorsque la dilatation atteint la dimension d'une pièce de cinquante sous, 50 à 75 mg. de sulfate de morphine dans une solution de 4 c.c. de sulfate de magnésie à 50%. La dilatation

complétée, on donne un lavement rectal qui contient 60 c.c. d'éther sulfurique et 60 c.c. d'huile d'olive.

Cette méthode, quelque peu modifiée, est d'usage courant dans nos hôpitaux mont-réalais. Sans donner de lavement éther-huile d'olive, on administre par la bouche, en même temps que l'injection morphine-sulfate de magnésie, une dose (en général 3 grs) de Nembutal, Amytal-Sodium, Ortol-Sodium ou Seconal. Ces barbituriques possèdent une action identique en prolongeant l'action analgésique de la morphine.

La rachianesthésie occupe aujourd'hui une place importante dans le domaine obstétrical. Sans connaître exactement le mécanisme de son action, l'observation démontre que la rachianesthésie ne supprime pas complètement la contraction du corps utérin; lorsqu'elle est pratiquée selon une technique bien définie, elle interrompt l'innervation médullaire des fibres circulaires du col et provoque un relâchement musculaire qui permet la pénétration rapide de la main dans la cavité utérine.

Delmas, de Montpellier, s'est fait le champion de cette méthode rapide dans les cas de placenta prævia surtout. Méthode très efficace au point de vue de la suppression de la douleur, mais qui comporte des risques réels d'accidents graves parfois mortels. Donc, méthode d'exception.

En 1942, Edwards et Hingson eurent l'idée d'utiliser la voie épidurale, par injection continue, s'inspirant de la rachianesthésie continue d'après une compilation de 500 observations publiées par Lemmon et Paschal.

C'est Cathelin, urologue français, qui en 1901 démontra la possibilité d'insensibiliser les régions avoisinantes par l'introduction d'un anesthésique dans le canal sacré.

L'originalité de la méthode Edwards-

Hingson réside dans l'emploi de l'anesthésie dès le début du travail et son maintien jusqu'à la terminaison de l'accouchement.

L'aiguille est enfoncée à une profondeur de 5 à 7 cms dans le canal sacré, et reliée ensuite à l'appareil de Lemmon. On injecte une première dose de 30 c.c. d'une solution de méthycaine à 1½% dans du sérum physiologique. L'insensibilité se produit dans les cinq minutes qui suivent. Cette anesthésie peut être continuée indéfiniment si l'on a soin d'injecter une quantité de 20 c.c. de la même solution toutes les trente à quarante minutes, l'aiguille étant maintenue en place à l'aide d'une pièce de diachylon.

D'après les observations recueillies à date, l'anesthésie épidurale procure les avantages

suivants: disparition rapide de la douleur, progression accentuée du travail, interventions usuelles obstétricales sans l'aide d'autres anesthésiques, respiration spontanée de l'enfant à la naissance.

Gready et Hesseltine, dans une série de 20 cas, obtinrent 70% de résultats satisfaisants; ils mettent en garde contre l'injection de la drogue, dans l'espace sous-arachnoïdien, chez les cardiaques et dans les interventions difficiles par le forceps ou la version. Inutile d'ajouter que c'est un procédé d'hôpital seulement.

La pierre philosophale de l'accouchement indolore est-elle trouvée? L'avenir le dira.

Donatien MARION.

MEDECINE SOCIALE

SYPHILIS ET MARIAGE

Par **Henri SMITH,**

Chef du Service de Dermato-syphiligraphie de l'Hôpital Général de Verdun.

Grâce à la nouvelle loi des maladies vénériennes, grâce aussi au travail ardu et intelligent des travailleuses sociales, le nombre des syphilitiques traités augmente considérablement depuis quelques mois. Pour des raisons différentes, le nombre des mariages semble lui aussi aller en augmentant. C'est pourquoi les médecins sont de plus en plus souvent consultés par des syphilitiques soit mariés, soit candidats au mariage. Sans insister sur l'extrême importance de la conduite à tenir dans ces cas, nous résumerons, dans les paragraphes qui vont suivre, les directives que nous donnons à ces malades dans notre service hospitalier.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Qu'il s'agisse d'un cas de syphilis récente ou ancienne, le malade doit savoir qu'il a une maladie grave, que cette maladie s'appelle la syphilis et que la syphilis est contagieuse.

La syphilis est contagieuse depuis l'inoculation jusqu'à la fin des accidents secondaires récidivants. En pratique, cependant, nous pouvons ne considérer comme contagieuse que les lésions muqueuses humides de syphilis récente. Ces lésions comprennent donc le chancre primaire, les lésions muqueuses secondaires et les récidives qui sont fréquentes jusque vers la 4^e année chez les malades non traités ou insuffisamment traités.

Il faut savoir que des lésions muqueuses non visibles à l'œil nu sont contagieuses.

Chez les malades correctement traités les récidives sont très rares.

Cinq malades sur 1,000 environ sont résistants au traitement ou font des récidives dès que, par une raison ou pour une autre, le traitement est suspendu.

Notons, en passant, que 12 pour 100 environ des malades traités pendant 5 jours par le Mapharsen en goutte à goutte intraveineux présentent des récidives contagieuses.

La syphilis ancienne n'est habituellement pas contagieuse. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il y a des cas de contagion de rapportés après 7, 10 et même 20 ans.

Les réactions sérologiques ne sont pas un critère de contagiosité ou de non contagiosité de la syphilis. Plusieurs malades en effet avec des réactions sérologiques négatives peuvent être contagieux, et un grand nombre de malades avec des réactions sérologiques positives ne sont pas contagieux. A la lumière de ces brèves notions sur la contagiosité de la syphilis nous étudierons maintenant quelques cas particuliers.

SYPHILIS DÉCOUVERTE CHEZ UNE PERSONNE MARIÉE.

a) *Syphilis récente.*

Il est absolument nécessaire dans ce cas que le conjoint soit examiné pour qu'il puisse être traité s'il est infecté. Il ne suffit pas cependant d'un seul examen, s'il est négatif. Il faut répéter les examens cliniques et sérologiques pendant 3 mois.

Il est désirable, sinon toujours nécessaire, dans un cas de syphilis récente, que la personne infectée découvre la nature de son infection à son conjoint. Le malade ayant été traité correctement pendant 6 mois et le traitement étant continué et continu, les relations sexuelles pourront être autorisées, avec cette réserve cependant que la personne non infectée devra rester sous surveillance médicale jusqu'à ce que le conjoint contaminé puisse être con-

sidéré comme guéri. Si la personne non infectée est l'épouse et qu'elle devient enceinte, elle devra être surveillée avec une attention toute particulière.

Dans 90 à 95 pour 100 des cas, la contagion se fait au moment des rapports sexuels. Cependant, la contagion étant possible par des contacts autres que ceux-là, la personne infectée devra s'abstenir de baisers sur la bouche et ne laissera personne se servir d'objets humides dont elle s'est servie elle-même (pipe, cigarette, ustensiles de cuisine etc.), et ce, pendant les premiers mois de traitement.

b) *Syphilis ancienne.*

Un seul examen clinique est suffisant mais nécessaire pour le conjoint. Si ce dernier n'est pas infecté les relations sexuelles et même la grossesse seront sans danger quand le conjoint infecté aura été traité correctement pendant 6 mois.

Si c'est la femme qui est infectée elle pourra mettre au monde un enfant sain mais à condition qu'elle soit traitée le plus tôt possible et pendant sa grossesse.

Quand un membre d'une famille est contagieux, tous les autres membres de cette famille doivent être examinés.

SYPHILIS DÉCOUVERTE CHEZ UNE PERSONNE
QUI DÉSIRE SE MARIER

a) *Syphilis récente.*

Le mariage pourra être autorisé si les trois conditions suivantes ont été remplies: a) traitement intensif et continu pendant 15 à 18 mois; b) surveillance clinique et sérologique pendant un an; c) réactions sérologiques négatives dans le sang depuis au moins 2 ans et liquide céphalo-rachidien normal.

b) *Syphilis ancienne.*

Le danger de contamination est probablement complètement éliminé après un an de traitement continu. Cependant, dans ce cas,

le facteur économique doit être envisagé. Un homme, par exemple, qui aurait un anévrysme de l'aorte devrait, avant de se marier, bien renseigner sa fiancée sur les dangers d'incapacité physique et même de mort, à plus ou moins brève échéance, qui le guettent. Si la fiancée veut accepter le risque financier, le médecin ne peut s'objecter au mariage.

c) Lorsqu'un homme ou une femme veut contracter mariage, il n'y a pas que le danger de contamination pour le conjoint qu'il faut envisager mais aussi le danger de la naissance d'enfants syphilitiques.

Si la personne infectée est un homme, il n'y aura aucun danger de contagion pour l'enfant si la mère n'est pas contaminée.

Si c'est la femme qui est infectée et qu'il s'agisse d'une infection récente, elle donnera presque fatalement naissance à un enfant syphilitique si elle n'est pas traitée.

Une femme qui a eu la syphilis plusieurs années antérieurement pourra donner naissance à un enfant sain, mais il est plus prudent de la traiter durant toute sa grossesse.

d) *Syphilis héréditaire.*

Un homme, hérédo-syphilitique, peut se marier sans danger de contamination qu'il ait été traité ou non.

Une femme hérédo-syphilitique peut également se marier sans danger de contamination pour son époux mais, si elle n'a jamais été traitée ou si elle a été traitée insuffisamment, elle devra recevoir un traitement adéquat pendant sa grossesse pour que son enfant ne soit pas infecté.

Nous conseillons à tout syphilitique quel qu'il soit de dire à son ou à sa fiancée qu'il a eu la syphilis.

Quand nous donnons notre consentement au mariage, le conjoint indemne est prévenu que les risques de contagion pour lui sont infimes, mais qu'ils peuvent exister.

NOS LACUNES DANS LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE ¹

Par Léo LADOUCEUR,

Chef de la Section de la tuberculose, Service de Santé de Montréal.

Comme il est utile au navigateur de faire le point pour repérer sa position et connaître si la direction suivie est la bonne qui lui permettra d'atteindre au port; ainsi dans la lutte antituberculeuse il est profitable de consulter les statistiques pour savoir où nous en sommes si nous gagnons ou marquons simplement le pas.

Nous remontons depuis quelques années une côte ardue et je ne croirais point que le nombre croissant depuis 1939, des tuberculeux déclarés, doit nous porter au découragement. Au début de la lutte ne venaient à la clinique que les tuberculeux très avancés, déjà au seuil de l'éternité, puis peu à peu les tuberculeux modérément avancés ont commencé de paraître. Aujourd'hui grâce aux facilités offertes l'examen radiographique se généralise de plus en plus. Et l'examen des contacts nous permet de trouver des tuberculoses fibreuses, torpides en plus grand nombre et la proportion des infections encore à leur début accuse un accroissement continue. Nous reconnaissons davantage et plus à bonne heure les faces multiples de la tuberculose. L'augmentation d'ailleurs n'affecte encore que peu le nombre des décès alors que nombre de pays voient leur mortalité par tuberculose accuser une courbe ascendante marquée. La même expérience se répète par laquelle ont dû passer, lors du conflit 1914-18, non seulement les pays belligérants mais ceux voisins qu'un blocus rigide avait forcé de restreindre certains produits alimentaires indispensables au bon maintien des résistances organiques. Il est également possible et même probable que les heures trop longues avec alternance du travail, tantôt de jour tantôt de nuit, l'embauchage abusif de la main-d'œuvre féminine ou masculine trop jeune, mal préparée, des heures de sommeil écourtées pour laisser davantage aux dissipations

amènent et amèneront une recrudescence des évolutions tuberculeuses chez les jeunes ou un réveil des infections anciennes jusque-là torpides ou apparemment arrêtées. Nous payons et continueront de payer après la guerre le tribut inéluctable des excès où nous jette toute période de crise.

MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE POUR MONTRÉAL

	<i>T.B. Pulm.</i>	<i>T.B. A.F.</i>	<i>Total</i>
1939	624	62	686
1940	510	71	581
1941	584	94	678
1942	638	86	724

CAS DE TUBERCULOSE DÉCLARÉS POUR MONTRÉAL

1939	—	1316
1940	—	1453
1941	—	1713
1942	—	2398

Et pourtant des signes encourageants avaient commencé d'apparaître. La collaboration du public et de la classe médicale s'avérait en progrès. Le pourcentage des infections tuberculeuses, encore à leur début, s'approchait peu à peu des chiffres atteints par des provinces privilégiées.

CAS RÉFÉRÉS PAR:

Médecins:	8012	ou	71%
Infirmières:	2917	ou	26%

Essayons ensemble d'étudier les lacunes de notre organisme antituberculeux pour atteindre au succès désiré.

L'éducation du public, bien amorcé par des séances de propagande, n'a pas été poursuivie. Il y aurait profit pourtant à ce qu'elle soit continuée mais différemment pour ne point laisser. Et comme, sans conteste, les médiums de publicité les plus efficaces sont aujourd'hui

1. Travail présenté à la *Société de Phtisiologie*, séance de décembre 1942.

le ciné et la radio il faudrait user de ces possibilités. Je suis sûr que les cinémas et la radio accorderaient toute demande raisonnable qu'on leur ferait d'aider à la lutte entreprise; films de très court métrage montrant l'importance, la nécessité de l'examen radiographique; très court sketch radiophonique, flash, etc.

Education de la classe médicale. De l'avis de tous ceux qui s'occupent de la lutte antituberculeuse, la classe médicale en général a grand besoin d'être instruite d'une question sur laquelle nombre de confrères me paraissent avoir des notions désuètes ou fausses. Il ne se passe pas de semaines qu'un médecin ne qualifie de stupide l'examen des contacts, de gaspillage de temps et d'argent pour peu qu'un examen stéthacoustique ou même le seul aspect extérieur satisfaisant du contact lui fasse hausser les épaules parce que le Service de Santé exige l'examen radiographique. Alors que nous conseillons le repos, nombre de confrères recommandent les longues marches et la suralimentation. Un tuberculeux m'énumérait récemment le régime alimentaire conseillé par son médecin, et je vous assure qu'une volaille ainsi gavée serait bonne à voir et à déguster au repas familial traditionnel du premier de l'an. Il faudrait que toute la classe médicale admette la nécessité et la prééminence de l'examen radiographique des contacts et suspects même en l'absence de signes stéthacoustiques.

L'Union Médicale pourrait consacrer un numéro entier à reprendre toute la question de la tuberculose fournissant à la classe médicale les données récentes sur le sujet. Un point sur lequel je ne saurais trop appuyer est la recherche par tous moyens de la collaboration médicale. Je crois que la clef du succès dans la lutte antituberculeuse est dans les mains du médecin et que tant que nous n'aurons point obtenu son concours plein et entier nous n'enregistrerons que des demi-succès. Exiger du consultant au dispensaire le nom du médecin de famille, faire parvenir au médecin un rapport des examens, qu'il l'ait demandé ou non, lui faciliter l'accès à la clinique, qu'il y reçoive

un accueil chaleureux et vous verrez, ainsi que nous l'avons constaté, des récalcitrants se ramollir, des acrimonieux, ô miracle! s'essayer à l'amabilité, aux compliments même, les rouspéteurs invétérés se restreindre à un silence prometteur. Donnons-leur l'impression que les organisations antituberculeuses existent pour eux, pour les aider, que c'est un peu leur affaire, qu'ils y sont chez eux. Permettez-moi ici une digression. Savez-vous combien de médecins à Montréal nous déclarent fidèlement leurs cas de tuberculose? Je n'en connais qu'un seul. Je me demande de quel moyen user pour que les médecins en général se rendent à une exigence pourtant si logique, si nécessaire.

Lits d'hospitalisation en plus grand nombre. Je ne désire point revenir sur cette question primordiale. Tout le monde est d'accord pour déplorer notre déficience dans ce domaine. Ce qu'on peut ajouter ici, devant des médecins, c'est qu'il paraît en quelque sorte enfantin, illusoire de trouver les tuberculeux s'il nous est impossible, comme présentement, de les hospitaliser. On ne réussira point, avec des armements insuffisants, déclassés, à arrêter la marche du bacille tuberculeux. Il en est de la tuberculose comme de la guerre. Et les débuts du présent conflit ont assez lamentablement prouvé qu'on ne peut lutter, avec chance de succès, qu'à armes au moins égales. Sinon, l'inévitable désastre. L'on a déjà que trop longtemps poursuivi cette lutte sans espoir; s'il est héroïque de se faire tuer pour la seule gloire, des concepts pratiques récents nous font tenir cette ligne de conduite pour grotesque. On a mis jusqu'ici la charrue devant les bœufs, les résultats obtenus, si on les compare à ceux d'ailleurs, nous imposent l'abandon d'une méthode aussi baroque. Ce qu'il nous faut maintenant c'est le tracteur automobile qui tire une charrue à quatre oreilles, d'un soleil à l'autre, pour rattraper le temps perdu. Abandonnons ce piétinement sur place où l'on s'exténue, poussifs et ridicules, à comparer nos demi-succès aux réussites voisines.

Il faudrait dès maintenant, et le docteur Couillard a déjà commencé de s'en occuper,

un meilleur emploi des lits à notre disposition. Moins de stages hospitaliers inutiles où l'on garde six mois, un an, un tuberculeux fibreux, pour lequel on ne peut rien surtout s'il se refuse aux interventions chirurgicales négatives, pour le retourner dans sa famille, bacillaire comme avant. Il faudrait, tout au moins, une sélection de nos lits ou de nos maisons de cure avec certaines, plus modestes, aux frais hospitaliers réduits où seraient envoyés les chroniques, bacillaires entêtées, pour lesquels on ne peut rien que les empêcher de semer, jusqu'à leur mort, autour d'eux l'infection. Et alors il sera temps de pousser aux mesures coercitives pour l'hospitalisation des récalcitrants, aux frais d'hospitalisation gratuits ou, tout au moins, plus largement consentis par l'Assistance Publique, enfin au soutien de la famille du tuberculeux. Peut-on logiquement blamer le tuberculeux, père de famille, qui refuse le sanatorium ou l'hôpital quand sa famille doit, en son absence, être

laissée dans le plus complet dénuement. On accorde présentement la pension aux mères nécessiteuses quand le père est tuberculeux avec restriction toutefois que le malade doit être hospitalisé. Comme il est impossible, ainsi que vous le savez, de faire admettre le contagieux dans un délai raisonnable, il arrive que cette loi, bonne en soi, ne nous aide qu'à demi. Il faudrait faire comprendre aux dirigeants leurs responsabilités et qu'il conviendrait avant de prendre telle ou telle décision, de consulter les autorités compétentes en la matière.

Je ne vous aurai appris rien de neuf, mais il est bon que nous fassions en fin d'année cet inventaire de nos lacunes et, qu'au lieu d'user nos énergies à des tentatives éparses nous adoptions une attitude d'ensemble avec un programme bien défini, si nous voulons enfin prendre notre place dans la grande armée qui s'emploie à limiter les ravages du bacille de Koch et que cette place ne soit pas, comme depuis toujours, la dernière.

VARIÉTÉS

UN CAS D'ADIPOCIRE À BERTHIER EN 1844

Par **Gabriel NADEAU**,
(Rutland, Massachusetts).

L'adipocire est la « transformation des tissus cadavériques en corps gras par saponification, lorsqu'ils sont immergés longtemps ou enfouis dans une terre humide ». Cette dégénérescence des tissus morts est un phénomène qui se produit rarement. Et les occasions de le constater, exhumations légales, criminelles ou accidentelles des cadavres, se présentent plus rarement encore. Le cas que nous allons rapporter, celui de madame Morrisson, de Berthier, est peut-être unique dans nos annales médicales.

Jeanne-Geneviève Cairns, qui devait épouser Donald-Daniel Morrisson, de Berthier, naquit en Ecosse en 1754. A quelle époque vint-elle au Canada? Nous l'ignorons, et il n'est pas nécessaire de le savoir pour les fins de cette étude. C'était une Ecossaise catholique et, lorsqu'elle mourut le 25 mars 1824, elle fut inhumée dans le cimetière du village qui touchait à l'église. Vingt ans plus tard, en 1844, le curé, l'abbé Jean-François-Régis Gagnon, décidait de faire élargir le temple paroissial. Il fallut donc exhumer un certain nombre de cadavres qui occupaient le terrain où devaient se faire les nouvelles fondations. « Or, écrit l'historien de Berthier, l'abbé Stanislas-Albert Moreau, en creusant du côté du presbytère, on trouva, au milieu de cercueils presque entièrement détruits par la pourriture, une tombe parfaitement conservée. » (1) Le docteur L.-H. Ferland, qui devait sept ans plus tard fonder, à Berthier même avec quelques confrères, une école de médecine, se trouvait présent. Il fit ouvrir la tombe. « Il pria les fossoyeurs d'en faire l'ouverture, dit Moreau, et lorsqu'ils y eurent réussi, ils y trouvèrent le corps pétrifié d'une femme, que les anciens, qui étaient

présents, reconnurent et nommèrent tous, en s'écriant: « Madame Morrisson! »

Le docteur Ferland procéda à l'examen du cadavre et à celui du sol où il avait séjourné. Il y avait tout près de la fosse une source saline. Le médecin déclara qu'on était en présence d'un corps pétrifié et que ce phénomène, tout naturel, devait être attribué à l'action de l'eau salée sur les tissus. Cette explication, ajoute l'abbé Moreau, parut satisfaisante et « coupa court aux commentaires qui prétendaient voir en ce phénomène le doigt vengeur de Dieu ».

A l'époque où écrivait Moreau, quarante-cinq ans après les événements qu'il raconte, on semblait avoir oublié à Berthier ce qu'était devenu le cadavre après l'exhumation. « La tradition affirme, dit-il, que ce corps pétrifié fut porté aux Etats-Unis pour y être exhibé. » La tradition ne se trompait pas, et le corps fut en effet montré à Boston et sans doute ailleurs. Mais il fut auparavant gardé plusieurs mois à Berthier, et quelques personnalités du monde savant de la Province s'y rendirent pour l'examiner.

La découverte avait fait quelque bruit et les journaux en parlèrent. Une personne de Montréal, qui avait été voir le cadavre, rapporta un morceau qu'on avait enlevé du bras au moyen d'un canif. Ce spécimen fut examiné par l'un des deux rédacteurs du « *British American Journal of Medical and Physical Science* », sans doute Archibald Hall, qui était professeur de chimie à McGill. Après examen, le docteur Hall, à moins que ce fût son collègue, le docteur Robert-L. MacDonnel (2), déclara qu'on avait affaire à un cas d'adipocire et qu'il

fallait rejeter la théorie de la pétrification. Le 15 avril 1845, il publiait dans le « *British American Journal* », sous le titre de *Alleged Discovery of a Petrified Body*, l'entrefilet suivant:

« The newspapers have lately contained a somewhat marvellous story of the discovery of a human body in a state of *petrification*, at Berthier. It appears that the place of interment, from which the body was raised, to permit of some necessary operations, was very damp, indeed traversed by a running stream of water; the effect of this, combined with exclusion from atmospheric air, was the conversion of all the soft solids into *Adipocere*. We have seen a fragment of it, and have no hesitation in expressing our opinion on the nature of the transformation. »

Peu de temps après, Hall lui-même descendit à Berthier et s'y rencontra avec une déléguation de la « *Literary and Historical Society* » de Québec. Pour quelle théorie, adipocire ou pétrification, les membres de cette société opinèrent-ils, nous ne le savons. Rien ne paraît avoir été conservé de leurs délibérations. Les comptes rendus imprimés sont muets sur ce point. Quant aux rapports manuscrits des assemblées, le colonel William Wood nous assure qu'ils ont tous été détruits par le feu ou perdus. Les archives de la « *Literary and Historical Society* » ont en effet passé par deux incendies et trois déménagements.

C'est peu de temps après qu'on dut transporter le corps aux États-Unis. A-t-il été exhibé à Montréal ou à Québec auparavant? Nous n'avons pu nous en assurer; mais il est probable que non. Les autorités religieuses l'auraient sans doute défendu. De plus, l'abbé Charles-François Morisson, petit-fils ou neveu de la défunte, venait d'être ordonné à Montréal en 1842. A ce moment-là, il était curé à Lacolle, et il n'aurait certes pas toléré une telle profanation; même si son parent, William Morisson, était prêt à permettre l'exhibition du corps aux États-Unis. Quoi qu'il en soit, le corps était à Boston à l'au-

tomne de 1845. Voici ce que le rédacteur du « *Boston Medical and Surgical Journal* » écrivait le 12 novembre:

« At the Marlboro' Chapel, in this city, there is now to be seen the unpleasant sight of a human body brought out of the grave; but though loathsome to the eyes, it is not offensive from any odor. It is said to be converted into a kind of lime-stone, and that when struck with a metallic instrument, both the resistance and sound are like those on striking a stone. Just over the thorax, percussion evidences a cavity. Being tightly screwed up in a box, there is no way of proving the assertions of those most interested in the receipts. If it could be sawed open, or any inspection be allowed of such parts as would not mar it as a whole for the purposes of exhibition, the question would speedily be decided whether there is a complete petrification—that is, an exchange of particles of animal matter for those of lime—or whether there is a simple friable incrustation of stone. How on earth the show, thus hermetically sealed and secured beyond the reach of touch, is to subserve the cause of science, is more than we can divine. The body is that, says the bill, of « Mrs. Morrison, who was born in Scotland, 1754. She « was remarkable during her life time, for the « enjoyment of good health, and was very « corpulent. She died suddenly in 1824, at « Berthier, Canada East, aged 70, and was « buried in the ordinary manner in a clay soil. « The body was exhumed with several bodies « in June, 1844, for the purpose of making « room for the enlargement of the village « church. In texture, it resembles soft sand « stone, and is of much the same specific « gravity. »

Cet article n'eut pas l'heur de plaire au rédacteur du « *British American Journal* » qui prit la mouche. S'il s'agit bien de Hall, disons qu'il n'était pas doux de caractère et que, pour nous servir de l'expression du docteur Hugh-Ernest MacDermot, « he dipped his pen in gall now and then ». Dans la livraison du 15

novembre du « British American Journal », il donne la riposte à son confrère de Boston :

« We observe, dit-il, in the « Boston Medical Journal », the notice of the exhibition of a petrified body in that city, imported into the United States from Berthier in this district. In the first number of this journal, some observations will be found relative to *the same body*. Shortly after, we had an opportunity of inspecting it, having been requested to meet a deputation from the « Literary and Historical Society of Quebec » at Berthier, for the express purpose. However much in appearance the body may « resemble soft sandstone », we can assure the Editor of the « Boston Journal » that it is nothing but *adipocere*, and is very far from possessing « the same specific gravity » as sandstone. We have a specimen of it, removed by a pen-knife from the fleshy part of the forearm, and a beautiful specimen of *adipocere* it is. The *external surface* of the body was of a brownish color, and presented evidence of mould. On chemical examination, it gave evidence of the presence of iron. After this explanation, our contemporary will be at no loss in discovering the reason why the body should be « tightly screwed up in a box », and « secured beyond the reach of touch » of the profane and curious, whose minute inspection might most seriously interfere with « the assertions of those most interested in the receipts ». Our object in noticing this, is to expose a humbug, and to defeat the cupidity of parties deprived of the finer feelings of humanity (3).

Au fond, le rédacteur du « Boston Medical and Surgical Journal » était bien excusable d'ignorer ce que Hall avait écrit au sujet de madame Morrisson le printemps précédent. Et même si on suppose qu'il eût lu le passage du « British American Journal » qui la concernait, rien ne l'obligeait à croire Hall sur parole. Il lui répondit donc dans le numéro du 3 décembre :

« There is a special paragraph in the last No. of the « British American Journal of

Medical and Physical Science », published at Montreal, intended to show that we have all been imposed upon here in the States, by the *petrified woman*, so called. It will be recollected that all we said of the body being petrified, was simply the assertion of the exhibitor. Being screwed up tightly, beyond the reach of fingers, we could only look at the mass through panes of glass. The Montreal Journal says: « We have a specimen of it, removed by a « pen-knife, and from the fleshy part of the « fore-arm, and beautiful specimen of *adipocere* it is. » Again, the editor remarks: « Our « object in noticing this, is to expose a hum- « bug, and to defeat the cupidity of parties « deprived of the finer feelings of humanity. » Wherever the stone woman appears, after this, it is to be hoped that the scientific part of the public may be more fortunate than they have been in Boston, by being permitted to touch and take specimens. In that way the exhibition would subserve the interest of science as well as that of the owners. »

Où alla madame Morrisson après avoir quitté Boston? A New-York sans doute, et peut-être dans d'autres villes des Etats-Unis. Elle a dû continuer à défrayer les chroniques des journaux; mais la presse médicale ne paraît pas s'en être occupée davantage. Il est même probable qu'elle fit plus d'un voyage de Berthier aux Etats-Unis. Le passage suivant de Moreau porterait à le croire: « Plusieurs personnes dignes de foi nous ont assuré l'avoir vu pendant plusieurs mois, il y a environ trente-cinq ans, dans le hangar de M. William Morrisson, à Berthier, où ce monsieur, qui lui était allié par affinité, la gardait de peur qu'elle ne fût de nouveau enlevée et emportée. »

« Il y a trente-cinq ans » ! Le corps était donc encore à la voirie en 1854, neuf ans après l'exhumation. L'historien de Berthier rapporte ensuite le témoignage d'un de ses paroissiens, Lucien Pagé, navigateur de son métier, qui affirmait « avoir vu le corps de madame Morrisson trois hivers consécutifs dans le hangar de M. William Morrisson, où il était employé.

Au commencement de l'été qui suivit le troisième hiver en question, il vit la boîte qui contenait le corps pétrifié monter à Montréal sur le vapeur. Une couple d'années ensuite, il vit encore la même boîte et le même corps pétrifié dans le hangar susdit. » « Il paraît certain, conclut Moreau, qu'elle fut de nouveau inhumée secrètement au cimetière avec la permission des autorités. » Madame Morrisson a peut-être été inhumée une seconde fois; mais avouons qu'un acte de sépulture ou tout autre document officiel qui nous le dirait serait plus concluant.

Nous avons pensé que peut-être elle était restée aux Etats-Unis, échouée quelque part dans un musée d'anatomie pathologique ou ailleurs. Aussi, quand, en juillet dernier, le docteur Joseph McFarland, conservateur du Musée Mütter de Philadelphie, publiait dans les « Annals of Medical History » (4) une étude sur un cas d'adipocire de cette ville, crûmes-nous avoir découvert Mme Morrisson. Il s'agissait d'une femme dont le nom véritable est inconnu et qui repose au Musée Mütter depuis un siècle ou plus. Le docteur McFarland voulut bien procéder, à notre demande, à un examen comparatif du cadavre de son musée et des notes que nous lui fournirent sur celui de Berthier. Ses conclusions furent qu'il ne pouvait s'agir de Mme Morrisson.

Y a-t-il eu d'autres exemples de dégénérescence « adipocireuse » chez nous? C'est possible. On a rapporté plusieurs cas de pétrification depuis deux cents ans, et il se peut bien qu'au lieu de chairs pétrifiées on ait quelquefois eu affaire à du gras de cadavre. Ainsi, la « Gazette Médicale de Montréal » cite en 1890 le cas d'une femme pétrifiée de Winnipeg, une nommée Rolade (5). En octobre 1935, on exhuma à Sherbrooke le corps de la Mère Marie-Léonie, fondatrice des Petites Sœurs de la Sainte-Famille. Elle était décédée le 7 mai 1912. Après vingt-trois ans d'inhumation, le corps fut trouvé intact et parfaitement conservé. Il fut embaumé à la manière égyptienne

et déposé dans un cercueil en métal sculpté (6). Une expertise aurait peut-être révélé un cas d'adipocire.

Disons aussi quelques mots de Michel Sarrazin et des trois religieuses qu'il fut appelé à examiner en juillet 1727. Elles étaient mortes depuis plus de vingt ans et avaient été ensevelies dans de la chaux vive. A l'exhumation, le corps de l'une fut trouvé « entier, le visage ferme et vermeil; les mains et les pieds avaient toute la souplesse d'une personne vivante ». L'autre était presque entier. Quant au troisième, il avait été consommé à l'exception des pieds. Sarrazin, assisté de Michel Berthier, chirurgien du Roi, dressa le procès-verbal de l'examen qu'il allongea d'une dissertation sur l'action de la chaux vive sur les chairs. Notons en passant combien Sarrazin se montre ici, comme il l'a été en tout, méthodique et bon observateur. Ce procès-verbal souffre bien la comparaison, toutes réserves faites pour l'époque où vivait le médecin, avec ceux du même genre qu'on fait de nos jours. Qu'on le compare, par exemple, avec la *reconnaissance* du corps de Mgr Ignace Bourget, faite le 27 avril 1933, par les docteurs Damien, Pierre Masson et René Bolté (7). « La première qu'on me fit voir, dit-il, étoit morte de la petite vérole en 1703, le 4e mars; je luy trouvai les pieds, les jambes, les mains, les bras et les épaules fort conformes (quant à l'extérieur) au naturel, les mains surtout étoient flexibles comme dans une personne endormie. La gorge étoit ouverte au-dessus des clavicules, et cette ouverture pénétrait dans la poitrine. La seconde, qui étoit morte, n'avoit encor que la tête et les pieds découverts; les pieds me parurent très naturels, ne paroissant aucunement altérez... Nous en vîmes une troisième qui étoit morte en 1708 le 28e du mois de Novembre, je luy trouvai les pieds jusqu'au-dessus des malléoles parfaitement conservez... Je me suis transporté une troisième fois à l'hôpital général avec M. Berthier, Chirurgien du Roy pour l'Hôtel-Dieu de Québec; nous visitâmes les corps que nous trouvâmes comme je viens de la déclarer; je fis

en sa présence ou plutost nous fîmes une ouverture dans le revers de la main de la première religieuse dont j'ay parlé, nous remarquâmes que la peau était souple comme la première fois; j'enfonçay l'instrument plus avant, le fond étoit un peu dur. J'appris dans cette visite que la seconde avoit encore donné beaucoup de sang... Il est nécessaire d'examiner la qualité de la terre d'où ces corps ont été exhumés. » (8) Le sol fut trouvé naturellement sec, et, de plus, la chaux vive avait absorbé le peu d'humidité qui avait pu s'y trouver. Sarrazin ne se prononça pas; mais il semble bien que nous n'ayons pas affaire ici à de l'adipocire, puisque la condition essentielle de cette transformation, une terre humide, faisait défaut.

Terminons par un cas qui arriva à Rutland, dans le Massachusetts, en 1864. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans morte de tuberculose en 1813. Le fait fut rapporté devant les membres de la « Massachusetts Medical Society » en 1872 par le docteur Benjamin-H. Tripp qui avait examiné le cadavre après l'exhumation. « A gentleman from Leicester, dit-il, was engaged in superintending the removal of seven bodies from the old burial-ground on

the summit of the hill in the village of Rutland, in Worcester county, to the family lot in the new cemetery. He was struck with the remarkable peculiarity presented by one of the bodies... *The limbs were round, full and plump... Upon further inspection, it was at once evident that the change was not that of petrification, but the very rare one into adipocere. » (9)

BIBLIOGRAPHIE

1. *Précis de la seigneurie, de la paroisse et du comté de Berthier...* (Berthier, 1889), 74.
2. Le docteur MacDonnell mourut en janvier 1878. Au cours des funérailles du docteur Hector Peltier, auxquelles il assistait, il fut renversé par un cheval qui avait pris le mors aux dents. Il ne survécut que quelques heures. Son fils, Richard-L., mourut de tuberculose en 1891.
3. Pages 222-223. Hall publia à Montréal en 1842 une plaquette de 32 pages: *Letters on Medical Education*.
4. *Docteur Joseph Leidy's Petrified Lady*, 268-275.
5. Vol. IV, 236.
6. *La Presse*, Montréal, 21 octobre 1935.
7. *Le Semaine religieuse*, Montréal.
8. *Monseigneur de Saint-Vallier et l'hôpital général de Québec*. (Québec, 1882), 257, 698-701.
9. *The Boston Medical and Surgical Journal*, n. série, 10: 41 (18 juillet) 1872.

MAL CADUC

Par **Ulysse FORGET**,
(Warren, R. I.).

Malgré toutes les précautions que les autorités prenaient pour avoir des colons sains et robustes, au début de la colonie de la Nouvelle-France, il s'y glissait parfois des malades. Parmi ces malades, il y eut des épileptiques. Leur nombre est inconnu, mais il doit y en avoir eu bien peu. Il y a un cas de « mal caduc » rapporté dans les « Jugements et Délibérations du Conseil Souverain de la Nouvelle-France ». Dans le cas qui nous intéresse, le colon voulait se marier. Les autorités religieuses ne s'objectaient pas à son mariage, mais avant de procéder, jugèrent à pro-

pos de consulter le Conseil Souverain. Nous verrons plus loin les détails du jugement.

Nous avons tous vu des épileptiques, même avant de savoir que nous serions médecins plus tard. On nous disait souvent: « Un tel tombe d'un mal quand il mange trop de viande ». Les scènes que ces pauvres malades donnent, frappent à jamais l'esprit des spectateurs épouvantés. L'épilepsie est vieille comme le monde. Larousse nous dit que les Latins l'ont connue. Ils l'appelaient *comitialis morbus*, parce que, s'il arrivait dans les assemblées du peuple romain, qui s'appelaient « comitia »,

que quelqu'un fût attaqué d'un accès d'épilepsie, on rompaît l'assemblée, cet accident étant tenu pour un sinistre présage. On a donné différents noms à cette maladie. Les exégètes nous diront peut-être que les possédés dont il est question dans les Evangiles étaient des épileptiques. Larousse nous dit encore qu'on a appelé l'épilepsie, « maladie sacrée ou divine », comme si elle provenait d'une punition spéciale de Dieu, ou encore « maladie d'Hercule » (*morbus herculeus*). On l'appelle aussi « mal caduc » du latin « cadere » ou haut mal, d'où vient probablement l'expression « tomber d'un mal ». Le peuple l'appelle « mal de saint Jean » ou encore « mal de saint, grand mal et mal de terre ». Hippocrate et Celse en ont parlé.

Enfin, nous voici au jugement du Conseil Souverain :

« Du vendredy huictiesme jour de february 1664.

« Sur ce qui a esté representé par M^{re} Henry de Bernieres faisant les fonctions Curiales en l'Eglise Nostre Dame de Quebecq, qu'ayant receu les bancs de Pierre Martin et desia publiez pour la premiere fois Il a eu aduis que le dict Martin tomboit du mal caduc et qu'il en falloit aduertir la police auant que de passer outre afin qu'il fust aduisé s'il en seroit pas plus expedient de renvoyer en France semblables personnes a raison des grands dangers qu'ils courent en ce païs a cause des Eaux et des Neiges et du feu comme l'on a desia veu arriuer Et que telles maladies ne pouuant estre receües aux hospitaux Il est difficile de les secourir dans vn païs qui ne faict que commencer, Et que pour ce sujet, quoy que ce ne soit pas vn empeschement Ecclesiastique, qu'il a differé la publication des dicts bans jusqu'a ce que le Conseil aye reiglé la chose, Oüy sur ce le dict Martin avec Jean et français Pelletier, lequel François pelletier a soustenu au dict Martin qu'il estoit encor d'hier au soir tombé du mal caduc Et que cestoit pour la cinquiesme fois venüe a sa cognoissance, aquoy le dict Martin a dict qu'il n'en auoit nulle cognoissance et qu'il ne luy en souuenoit point ;

Le Conseil Souverain a permis et permet au dict Pierre Martin de se marier en ce païs si bon luy semble, Et ordonné que s'il recidiue a tomber du dict mal caduc, que pour les raisons cydessus il sera obligé et sa femme repasser en France, ce qui a esté prononcé au dict Martin afin qu'il n'en ignore. »

Il serait intéressant de retracer ce Pierre Martin. Voici ce que l'on trouve dans le *Dictionnaire Généalogique* de Mgr Tanguay. Disons d'abord que le nom de Martin fut très répandu dans la Nouvelle-France. Depuis le début jusqu'en 1700, Tanguay mentionne 15 différentes souches. Dans ce nombre il y a six Pierre Martin.

1° 1642. Pierre Martin, de St-Pierre, Ile-d'Oléron, diocèse de La Rochelle, Aunis, marié à Madeleine Pavis aussi de La Rochelle. Son premier né Pierre fut baptisé en 1643.

2° 1664. Pierre Martin, fils de Louis et de Bastienne Coutande, de Ste-Vierge, diocèse de Poitou, marié à Québec, le 11 février 1664, à Jacobine Lafleur, fille de Charles et de Jeanne Gachet, de la Chataigneraye, diocèse de Poitiers, Poitou.

3° 1670. Pierre Martin, baptisé en 1640, se marie à Château-Richer, le 6 octobre 1670, avec Marie Huot. Tanguay ne mentionne pas l'endroit de leur origine.

Les trois autres Pierre Martin, ne nous intéressent pas pour ce travail, car ils sont nés respectivement en 1669, et les deux autres en 1666.

Dans l'Histoire des Canadiens-Français de B. Sulte, on trouve aussi plusieurs Pierre Martin. Dans le recensement nominal de l'Acadie en 1671, il y avait à Port-Royal, un Pierre Martin âgé de 70 ans. Il avait aussi un fils de 45 ans qui s'appelait Pierre. Un autre Pierre Martin, âgé de 40 ans, avait 4 enfants dont l'un s'appelait aussi Pierre. En 1637, il y avait aux Trois-Rivières, un nommé Pierre Martin, commis du magasin et interprète des Hurons. C'est peut-être le même Pierre Martin de l'île d'Oleron, qui se maria dans cette ville avec Madeleine Pavis, en 1642 et que nous voyons quelques années plus tard, au Canada.

Sulte rapporte encore un Pierre Martin dit Larivière, marié en 1660 (sans mention d'endroit) et tué par les Iroquois en 1661. Ce même Pierre Martin est aussi mentionné par M. E.-Z. Massicotte dans « Les Martyrs de la civilisation à Ville-Marie », publié dans *Le Devoir* du 19 août 1942. Il fut inhumé à Montréal le 24 mars 1661.

Par contre, le recensement de 1666, publié dans *Le Rapport de l'Archiviste de la Province de Québec* pour 1935-1936, ne mentionne qu'un Pierre Martin. Il était âgé de 22 ans et servait comme domestique chez « Jean Baptiste legardeur, sieur d'Arpentigny ». Dans le recensement de 1681, publié par Sulte dans son *Histoire des Canadiens-Français*, on trouve dans la seigneurie de Maure, un « Pierre Martin, 45 ans; sa femme, Joachine Lafleur, 40 ans, enfants: Pierre 7, Madeleine 14, Marie 12, Geneviève 6: 1 fusil, 1 vache; 15 arpents en valeur ». C'est le même Martin mentionné par Tanguay qui donne le nom de sa femme « Jacobine » au lieu de Joachine. C'est probablement une erreur de copiste. Ce Pierre Martin et Joachine Lafleur qui se seraient mariés à Québec le 11 février 1664, ne sont pas mentionnés dans le recensement de 1666. Est-ce que ce serait le même Pierre Martin qui paraissait devant le Conseil Souverain le 8 février 1664, qui se serait marié 3 jours plus tard?

Monseigneur Eugène Laflamme, Protonotaire Apostolique de l'archevêché de Québec, a eu l'amabilité de m'envoyer le document suivant: « Pierre Martin, fils de Louis Martin et de Bastienne Coutande, du bourg de Sainte-Vierge, évêché de Poitiers, épouse le 11 février 1664, à Québec (dans la chapelle de Sillery) Joachine LaFleur, fille de Charles LaFleur et de Jeanne Gachet, du bourg de la Châtaigneraie, évêché de Poitiers ». (Des archives de Notre-Dame de Québec.)

Etant donné que les autorités religieuses ne s'objectaient pas à son mariage, et que les autorités civiles ne lui donnaient qu'un avertissement, il est fort probable que Pierre Martin qui comparut devant le Conseil Souverain

le 8 février 1664, est le même Pierre Martin qui se maria trois jours plus tard, dans la chapelle de Sillery. Il serait peut-être à propos d'objecter, que s'il s'est marié trois jours plus tard, ça ne donnait pas assez de temps pour publier trois fois. L'acte dit bien: « ... et desia de publiez pour la première fois Il a eu aduis que le dict Martin tomboit du mal caduc... qu'il a differé la publication des dicts bancs jusqu'a ce que le Conseil aye reiglé la chose... » Le 8 février 1664 étant un vendredi, la publication eut lieu le dimanche, 10 février. Y eut-il exemption de deux bancs? L'acte ne le dit pas.

La maladie de ce pauvre Martin était-elle vraiment de l'épilepsie? Il faut prendre la parole du témoin qui dit qu'il tombait et il l'a vu plusieurs fois: « ... lequel François pelletier a soustenu au dict Martin qu'il estoit encor d'hier au soir tombé du mal caduc Et que cestoit pour la cinquiesme fois a sa cognoissance... » Le témoin Pelletier avait certainement été frappé de voir son compagnon tomber sans pouvoir l'aider. On sait que la plupart des épileptiques ne se souviennent pas d'avoir eu une crise. Ce symptôme est bien mentionné dans le témoignage de Pelletier, qui continue: « ... et qu'il ne luy en souenoit point ». On peut concevoir facilement l'embarras de notre homme qui veut se marier et qui se trouve en face du Conseil Souverain pour être jugé sur des actes qu'il ne se souvient pas d'avoir commis. L'amnésie temporaire est très fréquente chez les épileptiques. C'est bien de l'amnésie, quand le témoin certifie: « ... que Martin ne lui en souenoit point... »

Un autre fait d'ordre courant, c'est que nous ne recevons pas d'épileptiques dans nos hôpitaux. Ces malades sont essentiellement des chroniques et ils prendraient la place d'autres malades qui en auraient plus besoin qu'eux. De plus, le lit ordinaire d'hôpital est de beaucoup trop haut pour de tels malades. S'il survenait une crise et que le malade tombe par terre, il serait exposé à diverses fractures. Enfin, le personnel des hôpitaux n'est pas outillé et entraîné pour prendre soin de tels

malades. Il est très intéressant de constater qu'il y a 300 ans, on ne recevait pas non plus, les épileptiques dans les hôpitaux. M. de Bernières, curé de Québec, l'affirme dans son témoignage: «...Et que telles maladies ne pouvant être receües aux hospitaux Il est difficile de les secourir dans un païs qui ne fait que commencer,....» Aujourd'hui, les hôpitaux qui acceptent les épileptiques, ont des lits spéciaux, d'un pied de hauteur. Si le malade a une crise pendant son sommeil, il ne peut se blesser en tombant par terre. Si un malade a des convulsions incontrôlables, on le couche dans une chambre sans lit. Il n'y a qu'un matelas par terre. Un garde surveille le malade pour l'empêcher de se mordre la langue et de se frapper la tête sur le plancher. Il est bien facile de voir pourquoi l'Hôtel-Dieu de Québec en 1664 ne pouvait aider notre pauvre Martin. J'ai cherché dans les Jugements et Délibérations du Conseil Souverain, jusqu'à l'année 1680, et Pierre Martin n'y a pas été traduit. Probablement qu'avec une bonne

épouse pour prendre soin de lui, il fut moins exposé aux regards et aux racontars du public.

Le Conseil Souverain a certainement agi très sagement, en permettant à Pierre Martin de se marier, parce qu'en plus d'être un des premiers pionniers, il a laissé une grande postérité. Tanguay lui donne 6 enfants, dont un fils et cinq filles. Ce fils s'est aussi marié et a eu onze enfants, dont cinq fils et six filles. Comme on le craignait, la maladie dont souffrait Pierre Martin, ne l'a pas enlevé prématurément, puisque Tanguay nous dit qu'il a été inhumé le 22 mai 1711. Comme on le voit, au lieu d'être à charge à la colonie naissante, il prend sa place parmi les quelques milliers de « petits », les humbles colons qui assurèrent le succès de la colonisation en Nouvelle-France. En plus de vaincre la forêt et le sauvage, il a maîtrisé son incapacité physique, chose que la plupart d'entre nous ne pourraient pas faire. Ses descendants ont double raison d'en être fiers.

“L'Union Médicale du Canada” en 1874

Note sur un cas de cancer au pénis

Par le Dr J.-O. MOUSSEAU, de Saint-Polycarpe.

Février 1874.

Au mois d'avril dernier, je fus invité par le Dr Mas-son, ex-M.P. du comté de Soulanges, à aller opérer un de ses patients qui avait un cancer au pénis. Outre cela, ce malade avait dans l'aîne droite une tumeur aussi grosse que le poing, très dure et ayant trois ou quatre bosselures qui ne cédaient que très difficilement à la pression. Lui ayant dit que probablement il guérirait de son opération, mais que tôt ou tard le cancer s'ouvrirait dans l'aîne droite, il ajouta qu'il était décidé de se débarrasser à tout prix de ce foyer d'infection.

Je l'opérai donc, en tirant d'abord quelque peu vers le pubis le prépuce, et en faisant ensuite une incision circulaire, de manière à ne couper que la peau et les aponévroses; puis, d'un seul coup de mon scalpel, je tranchai le reste.

J'appliquai le pansement simple à cette plaie; trois jours après, la suppuration s'établit; au bout de huit jours, j'enlevai les ligatures, et quinze jours après l'opération mon patient était capable de sortir et de vaquer à ses occupations. Notre homme se croyait parfaitement guéri et se réjouissait fort du résultat de l'opération, quand, dans le mois de juillet dernier, on vint me chercher, me disant que mon patient avait une plaie dans l'aîne et qu'il venait de perdre une grande quantité de sang. En effet, il y avait trois ulcérations sur la tumeur, et en s'ouvrant, elles avaient produit cette hémorragie.

Le cancer continua ses progrès, et, de temps en temps, survenaient des hémorragies qui affaiblissaient de plus en plus mon patient. Enfin, la fièvre hectique le prit et il mourut à la fin d'octobre dernier.

Maintenant, cet homme aurait-il pu guérir, s'il eût été opéré alors qu'il n'y avait aucun signe d'engorgement des ganglions lymphatiques de l'aîne? On ne peut certainement pas l'assurer, et les opinions dif-fèrent encore beaucoup sur la curabilité de cette affection; mais on peut dire qu'on aurait eu alors de plus grandes chances de succès et que surtout on aurait pu prolonger ses jours davantage. Quoi qu'il en soit, dans les maladies de cette nature, le succès honore rarement les efforts du médecin, en dépit même du fameux « Condurango ».

Mort des frères Siamois

Les célèbres jumeaux siamois, Chang et Eng, sont morts le 17 janvier dernier à Greensboro (Caroline du Nord), où ils possédaient une plantation. Chang est mort vers quatre heures du matin. Deux heures plus tard, Eng expirait à son tour quoique sa santé n'eût rien laissé à désirer.

L'automne dernier, dit le journal auquel nous empruntons ces informations, Chang avait eu une attaque de paralysie. Depuis cette époque, il était très affaibli, et il s'était mis à boire des liqueurs fortes pour se soutenir. Quelques jours avant sa mort, sa faiblesse avait augmenté, mais ni son frère ni sa famille ne prévoyaient sa fin prochaine.

Vendredi soir, les deux jumeaux se couchèrent à l'heure habituelle. Pendant la nuit, l'état de Chang s'aggrava, et il expira soudainement vers 4 heures du matin.

Dès que son frère Eng eut conscience de la mort du compagnon de sa vie, il fut pris d'une terreur folle.

Comme sa santé ne laissait rien à désirer, l'idée d'une mort inévitable et prochaine lui causait une terrible impression. Il semblait en proie à un accès d'aliénation mentale. A cette attaque succéda une prostration presque complète.

Enfin, à six heures, Eng expirait à son tour. La dépêche qui rend compte de cette triste fin dit que les enfants des deux frères, parmi lesquels il y a plusieurs sourds-muets, exprimaient leur chagrin de la manière la plus pitoyable.

Les jumeaux étaient nés en 1811, de parents chinois établis dans le royaume de Siam. Ils furent exhibés par tout le monde, pour la première fois aux Etats-Unis en 1829, à Paris en 1835, et en 1850 ils furent engagés par Barnum qui les garda dans son musée jusqu'en 1855. Quand ils quittèrent Barnum, les deux frères avaient à leur actif chacun une somme de \$40,000 placée en banque.

Les deux frères étaient unis, on le sait, à la hauteur de la poitrine par une bande de cinq pouces de long sur trois de large et quatre d'épaisseur qui se portait transversalement d'un sujet à l'autre. Les deux appendices xiphoides, au lieu de se continuer inférieurement dans les plans des sternums, s'étaient relevés et rejetés latéralement, l'un à droite, l'autre à gauche, et formaient avec les parties musculaires et cutanées, très étendues en longueur, une bande flexible, mais inégalement dans tous les sens. Les deux frères étaient robustes et bien constitués; ils se ressemblaient quant au visage, mais différaient par leur taille et leur force.

Chang était plus grand, plus fort et plus intelligent que Eng et paraissait beaucoup plus jeune. De plus, il était gai et laissait rarement échapper l'occasion de commettre un calembourg, tandis que Eng avait le caractère morose et irritable. Ils étaient arrivés, à la suite d'efforts accomplis depuis l'enfance, à se placer de côté et à angle droit. Chez les deux frères, dit le Dr A. Dureau, dans un article publié dans *la Gazette Médicale* de Paris et auquel nous empruntons la plupart de ces détails, l'œil placé du côté de l'union voyait plus clair que l'autre. Les extrémités inférieures et supérieures placées en arrière étaient moins bien développées que celles placées en avant,

parce que les membres de la partie antérieure exécutaient plus de mouvements, soit dans la marche, soit dans les divers actes de la vie, la préhension, par exemple. Chang et Eng avaient épousé deux sœurs. Le premier avait cinq enfants et l'autre six.

L'autopsie a dû, sans doute, être pratiquée; nous en donnerons les détails aussitôt qu'ils nous seront parvenus. Ceux qui aimeraient à voir un spécimen de la nature de celui dont nous venons de parler auront probablement l'occasion dans quelque temps de satisfaire leur curiosité, car Millie Christine, monstre bifemelle du même genre que l'on exhibe en ce moment en Europe, visitera sans doute notre pays.

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 hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd-psychol. », 94: 1 (juin) 1938.

PHTISIOLOGIE

C. Richard SMITH. — **La survivance du bacille tuberculeux dans les livres.** "The American Review of Tuberculosis" 46: 549 (novembre) 1942.

Les tuberculeux sont ordinairement des tousseurs qui en lisant comme, hélas, trop de gens, mouillent leurs doigts en tournant les pages. Autant de sources de contamination qui passent inaperçues, va sans dire. Or, l'auteur se pose les questions suivantes. Peut-on laisser entre les mains de gens sains, les livres qui ont servi à des tuberculeux cracheurs de bacilles? Si non, quand peut-on le permettre? Il est reconnu que les bacilles de Koch à la température ordinaire de nos maisons, peuvent vivre à peine quelques jours. A la noirceur, leur vie est plus longue: ils peuvent durer de 2 semaines à 3 mois et demi. Sur le verre comme sur le papier, la vitalité des B. K. est la même. Si la quantité des bacilles est plus grande, si le contagement se fait à une température froide ou humide, la survie des microbes est prolongée.

L'auteur a fait cinq épreuves intéressantes pour démontrer que les livres, les revues lus par de francs tuberculeux sont susceptibles de disséminer l'infection. Afin de prévenir ces accidents, il faut retenir ces livres en quarantaine d'au moins un mois, afin d'être bien certain qu'ils ne contiennent pas de microbes nocifs.

Paul-René ARCHAMBAULT.

OBSTETRIQUE

EASTMAN et WHITRIDGE. — **Prophylaxie de la toxémie de la grossesse.** "J.A.M.A." (7 novembre 1942).

C'est un fait reconnu que la fréquence de l'éclampsie a diminué aux Etats-Unis dans ces vingt dernières années. En 1927, au John Hopkins Hospital, l'éclampsie représentait 11.8% de tous les cas de

toxémie hospitalisés, tandis qu'en 1940 le taux était réduit à 2.1% et à 1.3% en 1941. L'hygiène pré-natale est responsable de cette amélioration: les femmes enceintes vont consulter dès le deuxième mois de la grossesse, ce qui permet de retracer à bonne heure les signes d'éclampsie: élévation de la pression artérielle, gain excessif de poids, apparition soudaine de l'albuminurie.

L'éducation pénètre de plus en plus dans les milieux familiaux; le médecin est donc consulté dès que les patientes observent une céphalée persistante, l'œdème de la face et des doigts, des troubles de la vision, des vomissements tenaces, des douleurs épigastriques et une diminution de l'excrétion urinaire.

Le médecin peut donc prévenir la crise convulsive par un régime hypochloruré, un repos mitigé ou absolu, un fonctionnement intestinal régulier, un équilibre dans l'ingestion et l'excrétion des liquides, l'administration d'un sédatif (phénobarbital ou paralaldéhyde).

Si la toxémie s'aggrave, s'impose l'interruption de la grossesse. En ces derniers temps, on utilise les méthodes les plus simples de provocation du travail. Tous admettent aujourd'hui que l'accouchement forcé, la dilatation manuelle du col et la césarienne produisent un taux élevé de mortalité.

Dans les cinq dernières années, l'hypertension artérielle chronique est responsable de la toxémie gravidique dans une proportion de 10 pour 1 en rapport avec l'éclampsie. Conséquence: élévation progressive de la T.A., sclérose artériolaire de la rétine, mort *in utero* du fœtus, urémie qui entraîne la mort en quelques mois. Toute grossesse nouvelle abrège d'autant la durée de la vie. Le médecin doit donc exercer une surveillance rigoureuse et intervenir dès que les symptômes d'intoxication s'aggravent.

Donatien MARION.

NEURO-PSYCHIATRIE

W. J. McCORMICK. — **Le mécanisme de la méthode Kenny et ses rapports avec le traitement de la poliomyélite par la vitamine B.** "Medical Record", 155: 525 (décembre) 1942.

L'auteur résume en quelques lignes les principes cliniques observés par Mlle Kenny et les mesures thérapeutiques appliquées par elle. Il s'agit du spasme musculaire qui s'accompagne de douleur, de l'aliénation mentale des mouvements volontaires et de leur

incoordination dans le domaine du membre atteint. Les fomentations chaudes, la rééducation passive et active des mouvements sont les moyens de traitement conseillés. L'auteur croit que le spasme musculaire dans la poliomyélite, qui d'ailleurs est le facteur initial des autres phénomènes, est dû à l'anoxie musculaire et que cette dernière est en définitive la conséquence d'une carence en vitamine B, en thiamine tout particulièrement. Il fait certains rapprochements entre des constatations bio-chimiques et anatomo-pathologiques faites à la suite de carence en thiamine créée expérimentalement et survenue pathologiquement, et les lésions trouvées dans les centres nerveux des poliomyélitiques.

Ces rapprochements montreraient des similitudes impressionnantes. L'auteur va même jusqu'à énoncer que la déficience en thiamine lui paraît être le facteur responsable de la maladie et qu'elle pourrait même déterminer la création d'une substance biochimique devant être considérée comme virus endogène qui lèserait lui-même les éléments tissulaires par mécanisme catalytique.

Quatre observations sont rapportées en résumé démontrant l'action curative rapide et assez radicale de la thiamine administrée à des poliomyélitiques. L'auteur les présente comme preuve de l'hypothèse qu'il apporte dans son travail.

Roma AMYOT.

A. A. McCONNELL. — **Effusion liquidienne dans l'espace sous-dural et d'origine traumatique.** "Jour. of Neurology and Psychiatry", 4: 237 (juillet-octobre) 1941.

Penfield désigna par le vocable « effusion » la présence de liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-dural et il démontra que la quantité du liquide dans cet espace était de quelques gouttes à 1 c.c. chez un chien de 5 kilos. Aucun document médical ne mentionne la quantité qui normalement s'y trouve chez l'homme. Des constats faits chez des opérés ou des traumatisés font croire que le liquide insuffisant pour recouvrir les deux hémisphères s'accumule plutôt dans certaines parties de l'espace. L'auteur a trouvé une quantité anormalement augmentée de liquide dans l'espace sous-dural chez 9 de ses 25 cas de traumatisme crânien. Le liquide s'y comporte alors comme une lésion expansive au même titre qu'un foyer hémorragique. Chez 23 de 38 cas il y eut effusion liquidienne après la phase aiguë. Cette effusion y faisait office de corps étranger qui retarde la guérison. S'il y a eu contusion cérébrale, cette lésion passive peut contre-carrer la guérison et entretenir la confusion mentale et la céphalée avec lenteur du pouls. S'ils n'y a pas eu de contusion cérébrale, la lésion est de nature à empêcher l'expansion physiologique du cerveau et conséquemment provo-

quer de la céphalée à l'occasion du travail intellectuel ou physique.

Le syndrome commotionnel constitué par de la céphalée, du vertige et une certaine instabilité mentale est dû à des lésions cérébrales et n'est pas influencé par l'évacuation tardive du liquide sous-dural.

De la céphalée qui apparaît quelque temps après un traumatisme crânien peut dépendre d'une effusion liquidienne sous-durale et guérir par évacuation du liquide. La ponction lombaire ne peut pas atteindre ce but. On doit, pour enlever la collection de liquide, effectuer des trous de trépan sur la voûte crânienne dans la région où elle se trouve.

Roma AMYOT.

(British Med. Inf. Service — traduction.)

W. E. ADAMS et W. ROBINSON. — **Hypothèse pathogénique de la névralgie du trijumeau comportant un essai de traitement.** "Lancet" 2: 255 (8 novembre) 1941.

Les auteurs émettent l'hypothèse que les paroxysmes de névralgie du trijumeau sont dus à des accès d'ischémie dans le domaine du nerf ou de son ganglion. Les auteurs ont conséquemment traité sept malades souffrant depuis une période de 1 à 5 ans par l'acide nicotinique, vaso-dilatateur, à la dose de 50 milligrammes 2 fois par jour ou de 75 milligrammes 4 fois par jour. Dans tous les cas, il y eut amélioration allant chez certains jusqu'à la guérison. Dans 2 cas, un paroxysme à son acmé fut arrêté par l'inhalation de nitrite d'amyl.

Par ailleurs, certains vaso-constricteurs (adrénaline, benzédrine) furent administrés à trois malades. Dans un cas l'adrénaline déclencha une crise avant que l'acide nicotinique ne fut employé, mais fut inefficace après l'emploi de ce médicament. Dans deux autres cas, la benzédrine augmenta l'intensité et la fréquence des crises. Les auteurs conseillent donc l'emploi de vaso-dilatateurs comme l'acide nicotinique chez des sujets où le test des vaso-constricteurs a aggravé la névralgie du trijumeau.

Roma AMYOT.

(British Med. Inf. Service — traduction.)

R. W. LEATHART. — **Le syndrome de la pupille tonique.** "British Journal of Ophthalmology", 26: 60 (février) 1942.

Dans cet article, l'auteur se donne pour fin de localiser la lésion causale de ce syndrome et de le différencier du tabes.

Voici les signes du syndrome:

1) La pupille malade est la plus grande et se dilate plus largement à l'obscurité et par l'atropine;

2) Le réflexe photo-moteur de cette pupille est, soit très paresseux, soit absent;

3) Le réflexe à la convergence est lent et la vision de près n'est pas réellement affectée;

4) La musculature extrinsèque de l'œil, le nerf optique et le sympathique ne sont pas modifiés;

5) Certains malades ont les réflexes patellaires et achilléens diminués ou abolis.

Le substratum physio-anatomique du réflexe photo-moteur comporte la rétine, le nerf optique et la bandelette, le pédoncule, le bras du tubercule quadrijumeau antérieur. Du tubercule, l'influx se dirige vers le noyau d'Edinger-Wesphall du moteur oculaire commun d'où partent les fibres efférentes qui vont au ganglion ciliaire d'où partent les nerfs ciliaires courts pour l'iris.

L'arc réflexe de la convergence comprend le départ de l'influx nerveux des droits internes sous forme de sensibilité profonde (musculaire) qui se dirige vers la protubérance annulaire par l'intermédiaire du trijumeau, et de là au pédoncule vers le noyau de Perlia du moteur oculaire commun. Puis les fibres efférentes de cette paire crânienne fournissent des fibres au muscle ciliaire et à l'iris sans passer par le ganglion ciliaire.

En présence des faits cliniques du syndrome de la pupille tonique, l'auteur ne situe la lésion ou bien le point de départ du trouble fonctionnel ni dans le sympathique, ni dans le nerf ou la bandelette optique; le siège ne serait pas non plus dans le noyau d'Edinger-Wesphall ou dans le nerf moteur oculaire commun. Il reste donc le ganglion ciliaire et c'est précisément ici que l'auteur postule la localisation de la lésion.

Par ailleurs, selon l'auteur, la lenteur de la contraction pupillaire à la convergence s'expliquerait par le fait que des fibres irido-constrictives la moitié, c'est-à-dire celles qui passent par le ganglion ciliaire, est paralysée et que seules celles qui vont directement vers l'iris sont conservées, ce qui déterminerait une iridoparésie et une lenteur de la contraction à la convergence.

Les signes de la pupille tonique peuvent être associés à de l'aréflexie tendineuse aux membres inférieurs. Aussi est-on très souvent perplexe pour distinguer ce syndrome du tabes; certaines différences seront cependant soulignées par un examen méticuleux:

Aussi dans le tabes: 1^o les pupilles sont petites bilatéralement et réagissent rapidement à la convergence; 2^o le signe de Romberg est habituel; 3^o les sensibilités vibratoire et à la douleur sont le plus souvent abolies aux membres inférieurs; 4^o on observe souvent du ptosis.

La lésion du tabes siège sur les racines rachidiennes. On peut présumer que la lésion responsable

de l'aréflexie tendineuse du syndrome de la pupille tonique est situé plutôt dans la moelle lombo-sacrée désaffectant les synapses reliant les fibres collatérales qui relient les cellules des cornes grises antérieures aux racines postérieures qui pénètrent dans la moelle.

Roma AMYOT.

(*British Med. Inf. Service* — traduction.)

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
M. ALBERT. — **Calcification des disques intervertébraux.** "*British Med. Journal*", 1: 666 (30 mai) 1942.

L'auteur, dans cet article, rappelle l'anatomie normale et pathologique des disques intervertébraux.

Le disque normal est fait des éléments suivants:

- 1) Le « nucleus pulposus », vestige de la notocorde.
- 2) L'anneau fibreux qui entoure le « nucleus » constitué de fibres conjonctives concentriquement disposées.
- 3) Les plateaux cartilagineux de la face supérieure et inférieure en regard des faces correspondantes des vertèbres sus et sous-jacentes.

Pathologiquement, on peut rencontrer:

- 1) La hernie du « nucleus », a) dans le corps vertébral (ce qui est habituellement une hernie congénitale et est souvent associée à une cyphose dite des adolescents); b) vers la région postérieure, c'est-à-dire dans le canal rachidien, très souvent d'origine traumatique. La calcification de la partie herniée est fréquente.

2) Nécrose de l'anneau antérieur, ce qui amène la pression des deux corps vertébraux, comme dans la cyphose sénile vraie.

3) La dégénérescence généralisée des disques amèneront une spondylose déformante. L'instabilité due à la fonte du disque amène un surmenage des fibres de l'anneau qui se calcifient et forment des ostéophytes.

4) L'expansion du « nucleus » comme dans l'ostéoporose habituellement sénile.

5) La spondylite ankylopoïétique (spondylose rhizomélique). Cette affection n'intéresse pas les disques eux-mêmes. Il s'agit d'une ostéo-arthrite sacro-iliaque, lombo-sacrée, coxo-fémorale avec calcification des ligaments vertébraux. Très souvent associé à un foyer infectieux.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 49 ans qui présentait:

a) Deux foyers d'infection; l'un dans un moignon d'amputation infecté; l'autre dans une prostatite chronique calculeuse.

b) Un rachis douloureux, enraidit et scoliotique.

Ce rachis pathologique était le siège: (1) d'une dégénérescence de tous les disques intervertébraux, sauf ceux de la région cervicale; (2) d'une calcifica-

tion des anneaux fibreux de ces disques; (3) de gros ostéophytes des corps vertébraux.

c) Une ostéo-arthrite profonde de la hanche, de l'articulation sacro-iliaque et des genoux.

d) Des anomalies congénitales de la région lombosacrée.

Selon l'auteur, ce cas illustre le stage terminal de la spondylose déformante, véritable ostéo-arthrite du rachis.

Cette calcification a pu être causée soit par une dégénérescence lipœidique du tissu des disques suivie par la formation de savons calciques et subséquemment de phosphate et carbonate de calcium, soit par une métaplasie des cellules du tissu conjonctif, devenant ostéoblaste, sécrétant une phosphatase et favorisant les dépôts de phosphate calcique.

Roma AMYOT.

(*British Med. Inf. Service* — traduction.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

George M. LEWIS. — **Herpès gestationis.**

Traitement effectif par le sulfathiazole.

Rapport d'un cas. "*American Archives of Dermatology and Syphilology*", 46: 841 (décembre) 1942.

La dermatite polymorphe douloureuse de Brocq et Duhring a été traitée avec succès par les sulfamidés. Le médicament a un effet marqué, bien que temporaire, sur le prurit.

L'herpès gestationis est considéré, par la plupart des dermatologistes, comme une simple variété clinique de la maladie de Duhring. Elle présente ceci de particulier qu'elle apparaît chez les femmes enceintes vers le 4^e ou 5^e mois pour disparaître habituellement, mais non constamment, après la délivrance.

La thérapeutique habituelle de l'herpès gestationis étant plutôt décevante, l'auteur a pensé que le sulfathiazole, qui agit bien dans la forme ordinaire de la maladie de Duhring, devrait également bien agir dans l'herpès gestationis. Il apporte l'observation d'un cas d'herpès gestationis qu'il a traité par le sulfathiazole avec les résultats suivants. Dès les premières doses de sulfathiazole, le prurit est très diminué et la malade se porte bien jusqu'à la fin de sa grossesse, bien qu'on ait réduit la dose journalière du médicament.

Cet excellent résultat devrait inciter les dermatologistes à employer le sulfathiazole dans leurs cas d'herpès gestationis.

Henri SMITH.

Captain Hal E. FREEMAN et James E. ROBERTSON. — **Hypotension orthostatique accompagnant la forme tabétique de la paralysie générale.** "*American Archives*

of Dermatology and Syphilology", 46: 796 (décembre) 1942.

Bradbury et Eggleston ont été les premiers en 1925 à décrire l'hypotension orthostatique. Depuis, une quarantaine de cas semblables ont été rapportés par différents auteurs.

L'auteur rapporte l'observation d'un cas qui a ceci de particulier et d'unique dans la littérature médicale, qu'il concerne un malade qui fait à la fois de l'hypotension orthostatique, du tabes et de la paralysie générale. Ce malade, traité par la malaria, a bien supporté le traitement et en a tiré un bénéfice considérable.

Il s'agit d'un homme âgé de 45 ans qui a une pression artérielle maxima de 110 quand il est en position couchée. S'il passe de la position horizontale à la position debout, sa pression tombe brusquement de 110 à 50. Cette chute brusque de la P. A. s'accompagne de vertige et d'un état lipothymique.

Le malade présentant des signes cliniques et biologiques de syphilis nerveuse, les auteurs décident de l'impaluder malgré son hypotension orthostatique marquée.

La malarithérapie est administrée suivant la technique ordinaire mais on fait prendre au malade de 0.075 à 0.1 gm. de sulfate d'éphédrine pour combattre l'hypotension. Le traitement est très bien supporté.

L'hypotension orthostatique, dont les symptômes sont bien connus, est généralement attribuée à un trouble du système nerveux sympathique.

De l'observation de ce cas, les auteurs tirent la conclusion suivante. Un malade qui fait en même temps de l'hypotension orthostatique, du tabes et de la paralysie générale peut et doit être traité par la malaria.

Henri SMITH.

Bernard B. ALPERSTEIN, Irving SHERMAN et Bernard K. SHERMAN. — **Œdème génital compliquant une dermite artificielle causée par une résine contenue dans des sous-vêtements.** "*American Archives of Dermatology and Syphilology*", 46: 829 (décembre) 1942.

Schwartz et ses associés ont dernièrement rapporté une véritable épidémie de dermatites artificielles causées par une résine employée dans la fabrication des sous-vêtements.

Les auteurs ont observé durant les 12 derniers mois 12 malades présentant une dermite semblable mais compliquée chez tous par un œdème génital considérable.

L'éruption cutanée est semblable chez les 12 malades: macules et papules prurigineuses s'éten-

dant de la ceinture au genou. Chez 6 de ces malades cependant le prurit et l'éruption se généralisent.

Tous ces malades présentent en plus un œdème du scrotum et de la verge. Le scrotum chez certains malades atteint la grosseur d'une pamplemousse. Chez 7 malades l'œdème de la verge n'est pas uniforme mais par segments. Chez quelques malades l'œdème est tel que la miction est très difficile. Cet œdème du scrotum et de la verge dure de 3 semaines à 3 mois.

Chacun de ces malades présente des réactions positives à des tests cutanés faits avec les caleçons non lavés en cause, et avec la résine entrant dans leur fabrication. Les mêmes tests cutanés, faits avec les mêmes caleçons lavés, chez les mêmes malades, négatifs.

Deux photographies en couleur, particulièrement réussies, illustrent ces cas d'œdème génital.

Henri SMITH.

Francis E. SENEAR et Harold SHELLOR. —

Excoriations neurotiques. "American Archives of Dermatology and Syphilology", 46: 824 (décembre) 1942.

Les cas d'excoriations neurotiques ne sont pas rares en pratique dermatologique. Cependant, dans la vaste majorité des cas, les lésions cutanées consistent uniquement en excoriations superficielles faites, sans intention de tromper, par le malade lui-même. Il s'agira par exemple d'un malade qui, ne pouvant résister au désir de gratter ou de frotter un endroit prurigineux ou une lésion d'acné, produira de ce fait des excoriations.

Il existe cependant des malades, psychoneurotiques pour la plupart, qui, à l'aide de ciseaux ou de tout autre instrument, en arrivent à produire des mutilations considérables. Chez certains de ces malades, l'idée d'un corps étranger qui empêcherait la guérison de lésions banales devient une obsession qui les pousse, à l'aide d'un instrument quelconque, à essayer de déloger ce supposé corps étranger.

Les auteurs apportent les observations de 2 cas d'excoriations neurotiques du type destructif.

Un homme âgé de 35 ans souffre de furoncles récidivants. L'idée qu'un corps étranger enfoui dans la peau, empêche la guérison de ses furoncles devient bientôt une obsession. Armé de différents instruments, il creuse alors dans le tissu cutané espérant trouver et extraire le supposé corps étranger et guérir ainsi de ses furoncles. Un jour il réussit à extraire ce qu'il croit être deux cheveux. En réalité, il s'agissait de deux fibres nerveuses longues chacune de 3 centimètres.

Comme résultat de ses manipulations, le malade, lorsqu'il est vu par les auteurs, présente une chéloïde cicatricielle s'étendant d'une oreille à l'autre en suivant la région sous-maxillaire.

Ce malade n'est pas un hystérique et il finit par admettre que ses furoncles ne contiennent pas de corps étranger. Cependant il n'est pas revu à la consultation.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme mariée âgée de 38 ans qui souffre d'acné. Elle a l'impression qu'il y a quelque chose dans sa peau qu'elle doit extraire pour guérir de son acné. Elle s'arme donc d'une aiguille d'abord, puis plus tard de ciseaux et part à la recherche du supposé corps étranger. Elle réussit de cette façon à produire des mutilations considérables et, après quelque temps, toute sa figure est couverte de cicatrices la rendant presque méconnaissable.

L'examen psychiatrique ne révèle ni insanité ni hystérie. On attribue la névrose de cette malade au fait qu'elle a la sensation d'être coupable parce qu'elle a épousé un protestant qu'elle n'a pas réussi à convertir. On lui donne des conseils psychiatriques et dermatologiques appropriés et sa névrose est grandement influencée.

Le désir d'extraire un corps étranger d'une lésion banale, même au prix de mutilations importantes, est le résultat d'un manque d'empire sur soi-même. La psychogénèse, chez une personne présentant des excoriations neurotiques, peut être l'expression d'un tic, d'une phobie ou d'une anxiété.

Certains psychanalystes attribuent une telle habitude à une perversion de l'impulsion sexuelle, ce qui pourrait être une explication du second cas présenté par les auteurs.

Henri SMITH.

Herman BEERMAN et Marie SEVERAC. — **Le problème de la syphilis résistante au traitement.** "The Journal of Investigative Dermatology", 5: 269 (octobre) 1942.

Les A. présentent un résumé à date des observations commencées en 1932 et dont ils firent des communications en 1936 et en 1938 sur l'arseno-résistance de la syphilis.

Après avoir énumérées les causes probables de ce problème: causes acceptées aujourd'hui par la plupart des syphiligraphes et inhérentes soit à l'hôte, soit à la médication, soit à une particularité biologique de la souche du tréponème, ou enfin soit à une imbrication de ces différentes causes; les A. nous communiquent le résultat de leurs études sur une souche particulièrement résistante prélevée d'un syphilitique en 1932, transmise au lapin par injection intratesticulaire et conservée jusqu'aujourd'hui par passages successifs au nombre de 57.

Ils remarquèrent au début de leurs travaux le peu d'adaptabilité de cette souche à leur nouvel hôte et aussi la discrète symptomatologie clinique qu'elle présentait, cette situation se modifia vers le 16e pas-

sage et depuis ce temps cette souche présente les mêmes particularités que la souche Nichols-Hough (souche étalon de laboratoire).

En se servant d'un lot étalon d'arsénobenzol pour le traitement des lapins infectés avec la souche de tréponème à l'étude et comme contrôle des lapins avec la souche Nichols-Hough, les A. arrivent à la conclusion qu'une souche de tréponèmes pâles provenant d'un patient réfractaire au traitement arsenical, peut garder une certaine résistance aux arsénobenzols chez le lapin infectés, même après passages successifs, cette résistance toutefois étant sporadique.

Paul GUENETTE.

HYGIENE

Walter CLARKE. — **Pas de certificat aux prostituées.** "Journal of Social Hygiene", 28: 423 (juillet) 1942.

En juin 1942, les délégués de l'American Medical Association à Atlantic City, émettaient l'opinion suivante: « Il est inconcevable qu'un médecin honorable puisse déshonorer sa profession et lui-même au point d'accorder des certificats aux prostituées, les déclarant indemnes de maladies vénériennes. »

Les résolutions passées à cette réunion se résument ainsi: 1° Le contrôle des maladies vénériennes demande l'élimination de la prostitution commercialisée; 2° l'inspection médicale des prostituées est inefficace, donne un sentiment de fausse sécurité et n'aide pas à enrayer l'infection; 3° la prostitution est illégale et les médecins qui donnent des certificats aux prostituées violent les principes de l'étiquette professionnelle.

Le docteur Clarke présente aussi l'opinion des représentants de plusieurs autres groupes. Le Conseil de la Santé Publique de New-York, le Comité de la Santé Publique de l'Académie de Médecine de New-York expriment le même sentiment. Dans l'état du New-Jersey, la pratique est regardée comme illégale.

Mais, dit l'auteur, les médecins qui pratiquent ces examens ne sont pas impressionnés par l'étiquette professionnelle. Ils sont souvent d'accord avec des avocats peu scrupuleux pour éviter les sanctions de la loi.

Les prostituées se font passer souvent, aussi, pour des serveuses de restaurants et réclament, à ce titre, une carte de bonne santé. Il arrive même que les patientes puissent obtenir de la clinique qu'elles fréquentent des rapports de sérologie négative qu'elles présentent ensuite comme certificats. Ainsi, souvent, des médecins respectables, des directeurs de cliniques aident inconsciemment le commerce de la prostitution.

En terminant, le docteur Clarke exprime le vœu que

les médecins, les pharmaciens, les officiers de Santé, les autorités légales et autres groupes coopèrent étroitement à décourager et, si possible, à enrayer cette manière d'agir qui est également dangereuse pour les personnes exploitées et le public en général.

Claire GELINAS.

LABORATOIRE

H. L. SHEEHAN. — **Transfusion sanguine pour hémorragie et choc obstétrical.** "Lancet", 1: 616, 25 mai 1942.

L'hôpital Royal Maternity de Glasgow a organisé au cours de l'année 1935 un service de transfusion qui n'a cessé de fonctionner activement depuis. L'auteur analyse l'efficacité de ce service dans le présent article.

Durant une période de 6 années il y a eu à l'hôpital environ 1000 patients qui ont souffert d'hémorragie ou de choc et dont l'état pouvait suggérer une transfusion. De 1935 à 1940, 717 de ces patients ont reçu une transfusion d'environ 1 litre. Les patients souffrant d'hémorragie ou de choc ont reçu sensiblement la même quantité de sang.

Pour apprécier la valeur de la transfusion l'auteur compare la mortalité par hémorragie ou par choc pendant les 6 années qui ont précédé l'emploi de la transfusion avec celle des 6 années au cours desquelles cette thérapeutique a été instituée.

Dans l'une comme dans l'autre période le nombre de cas d'hémorragie ou de choc de même que la gravité des cas ont été à peu près identiques. Avant l'emploi de la transfusion 19 personnes sont mortes d'hémorragie pure, alors que 2 seulement ont succombé après l'utilisation de la transfusion. Ces résultats sont dus d'une part à un meilleur traitement des cas de placenta prævia, mais d'autre part et surtout à l'usage de la transfusion sanguine.

Un deuxième groupe de patients comprend ceux qui, souffrant d'hémorragie non immédiatement fatale, ont succombé quelques heures plus tard en état de choc. Avant l'ère de la transfusion 32 patients sont morts; après la transfusion, 21 ont succombé. Bien que la diminution soit faible dans cette série l'auteur la considère encore satisfaisante.

Enfin le taux de mortalité par choc seulement ou par choc associé à une hémorragie légère n'a pas été modifié par la transfusion; 92 morts avant l'usage de la transfusion contre 93 après.

Ces résultats sont plutôt désappointant en obstétrique si on considère tout ce qui a été écrit sur le traitement du choc en général par la transfusion. Ces résultats indiquent aussi l'importance qu'il y a d'établir un contrôle sérieux touchant l'effet de la transfusion sur la mortalité par choc chez les patients qui n'appartiennent pas à l'obstétrique.

A. BERTRAND.

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 SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Rapport annuel du Secrétaire Général

pour l'année 1942¹

J'ai bien l'honneur de vous soumettre le 42^{ème} rapport annuel de la Société Médicale de Montréal.

Malgré les difficultés présentes, notre Société a su maintenir intactes ses traditions et n'a cessé de progresser.

Toutefois, la tâche de l'Exécutif n'a pas été facile. Nous sommes de plus en plus en guerre. Les uns sont aux Armées; les autres, qui sont encore pour le moment dans la vie civile, — les seuls susceptibles d'assister à nos réunions et de participer à nos travaux — ont, de ce fait, une besogne accablante qui leur laisse peu de loisirs.

En dépit de ces circonstances défavorables, la Société a continué de tenir régulièrement ses réunions le 1^{er} et le 3^{ème} mardi de chaque mois. Comme par le passé, les séances académiques, consacrées entièrement à l'étude d'une question, ont alterné avec les séances cliniques, où l'on s'efforce, par des présentations de malades, de faire voir au praticien les cas les plus intéressants de nos différents services hospitaliers. En septembre, eut lieu même une séance spéciale sur la poliomyélite, en raison du danger d'épidémie, qui menaçait notre ville à ce moment.

Comme on pourra en juger par la liste des travaux, que nous publions à la fin de ce rapport, il a été tenu compte dans l'élaboration des programmes, autant et sinon plus des nécessités de l'heure, que de l'actualité scientifique.

C'est ainsi qu'il y eut un symposium sur les brûlures, accident le plus fréquent de la présente guerre; un autre sur le traitement des fractures, conjointement avec la Société de Chirurgie de Montréal.

Jamais la valeur du capital santé n'a été autant appréciée qu'à notre époque. Aussi avons-nous cru opportun d'organiser, avec la Société Dentaire, une

1. Rapport soumis à la dernière séance de l'année, le 15 décembre, à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, sous la présidence de M. G.-L. Prud'homme. Ce rapport, qui se termine par la liste des travaux présentés en 1942, ne comprend pas le programme des « Journées Médicales », que l'on trouvera dans l'Union Médicale du Canada (Nos de juillet et août 1942) et dans notre Annuaire.

séance consacrée aux rapports de la nutrition et de la dentition. Et la réunion de ce soir, qui est une contribution de l'Institut de Microbiologie à la Société Médicale, dit assez combien nous désirons mettre nos membres au courant des dernières conquêtes de la médecine préventive.

Pour la 3^{ème} année consécutive, la Société a tenu des « Journées Médicales » les 15, 16, 17 et 18 juin, sous la présidence d'honneur de l'honorable Henri Groulx, ministre de la Santé et du Bien-Être social à Québec, qui a bien voulu, encore une fois, nous accorder son patronage et assister à notre banquet annuel au Cercle Universitaire, le jeudi 18 juin. Notre invité, ce soir-là, était M. Louis Bourgouin, ingénieur-chimiste, et professeur de l'École Polytechnique. Il prononça, à cette occasion, une causerie humoristique sur « la Macrobiothique à travers les âges ».

Cette année, la Société a tenu 14 séances régulières et une séance spéciale sur la poliomyélite, pour les raisons que nous avons données plus haut: cela fait un total de 56 communications; 910 membres assistèrent à nos réunions, en sorte que la moyenne des présences s'est maintenue à 70.

Au cours de la présente année, la Société Médicale a été cruellement éprouvée par la perte de huit de ses membres. Sont décédés les docteurs: Léo Blagdon, René Bolté, P.-E. Riopelle, A.-A. Gauthier, Alphonse Ferron, Ernest Prud'homme, Eugène Gagnon et Lucien Ranger.

Qu'il me soit permis de rendre un hommage personnel au docteur Alphonse Ferron, dont j'ai été l'interne en 1921 à l'hôpital Sainte-Justine, et qui déjà s'affirmait comme un maître de la chirurgie infantile. C'est à cette époque, où il y avait à la Société Médicale les « Dimanches du Praticien », que j'eus le plaisir de l'entendre donner une communication, avec ce rude bon sens et cet esprit pétillant qu'il avait en toute occasion.

Mais en terminant, je désire souligner le rôle éminemment utile joué par notre président sortant de charge, le docteur G.-L. Prud'homme. Sans bruit, sans ostentation, le docteur Prud'homme a su faire comprendre, aux spécialistes comme au praticien général, que la Société Médicale est une œuvre collective, une œuvre de collaboration, qui n'a qu'un but: servir la profession médicale et indirectement protéger la santé publique.

Et c'est pourquoi les membres de la Société de Gastro-Entérologie et de la Société de Chirurgie se sont joints spontanément à nous cette année.

Puissions-nous continuer l'an prochain dans cette voie et réaliser, en fait, l'union de tous les médecins de langue française de Montréal.

Suit la liste des travaux présentés à la Société Médicale en 1942.

1ère SEANCE

le mardi 20 janvier 1942

tenue à l'hôpital Notre-Dame

consacrée aux "BRULURES"

1. Le syndrome toxique dans les brûlures. M. *Henri Laugier*.
2. Traitement médical des brûlures. M. *Paul Robert*.
3. Traitement chirurgical des brûlures. M. *Raymond Larichellière*.

2ème SEANCE

le mardi 3 février 1942

tenue à l'hôpital Notre-Dame

1. Thyroïde et troubles ovariens. M. *C.-E. Grignon*.
2. Les grosses niches ulcéreuses de l'estomac. MM. *L.-R. Belisle* et *Roger-R. Dufresne*.
3. Les hémorragies génitales externes chez la femme. MM. *Léon Gérin-Lajoie* et *Raymond Simard*.
4. Hémorragie sous-arachnoïdienne secondaire à une hémorragie cérébrale. M. *Roma Amyot*.

3ème SEANCE

le mardi 17 février 1942

tenue à l'École Dentaire

consacrée aux "RAPPORTS

DE LA NUTRITION ET DE LA DENTITION" ¹

1. Le point de vue biologique. M. *Donat Voghel*.
2. Le point de vue médical. M. *J.-E. Sylvestre*.
3. Le point de vue dentaire. M. *Gustave Gauthier*.
4. Le point de vue orthodontie. M. *Paul Geoffrion*.

4ème SEANCE

le mardi 3 mars 1942

tenue à l'hôpital Pasteur

1. Considérations générales sur les dangers d'épidémie en temps de guerre. M. *J.-H. Gervais*.
2. L'anatoxine diphtérique. M. *Armand Frappier*.
3. A propos d'une récente épidémie d'oreillons. M. *Ruben Lévesque*.
4. Maladies contagieuses hier et aujourd'hui. M. *Henri Charbonneau*.

¹ 1. Séance conjointe avec la « Société Dentaire de Montréal ».

5ème SEANCE

le mardi 17 mars 1942

tenue à l'hôpital Notre-Dame

consacrée aux "PLEURESIES PURULENTES"

1. Difficultés du diagnostic des pleurésies purulentes. Les formes enkystées. M. *Marcel Verschelden*.
2. Evolution de la thérapeutique des pleurésies purulentes. Le traitement médical. M. *Georges Hébert*.
3. Indications du traitement chirurgical. Résultats. M. *Christophe Bisson*.

6ème SEANCE

le mardi 7 avril 1942

tenue à l'hôpital Général de Verdun

1. Considérations sur le traitement des brûlures. M. *Paul Caumartin*.
2. Un cas de hoquet. M. *Eugène Thibault*.
3. Entérite hémorragique avec présentation de malade. M. *Jules Lussier*.
4. Sténose hypertrophique du pylore. M. *J.-P. Bombardier*.

7ème SEANCE

le mardi 21 avril 1942

tenue à l'Hôtel-Dieu

consacrée aux "SYNDROMES PERICARDIQUES"

1. Modalités cliniques des syndromes péricardiques. M. *Georges Garneau*.
2. Orthodiagramme et électrocardiogramme dans les syndromes péricardiques. M. *Rodrigue Lefebvre*.
3. Traitement des syndromes péricardiques (avec projection d'un film). MM. *Henri Gélinas* et *Paul-M. Ricard*.

8ème SEANCE

le mardi 5 mai 1942

tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur

1. Tuberculose floride. M. *J.-A. Vidal*.
2. Processus de guérison des cavernes tuberculeuses. M. *J.-A. Millet*.
3. Tuberculose et dilatation bronchique. M. *J.-P. Paquette*.
4. Considérations sur les abcès du poumon. M. *Georges Deshaies*.

9ème SEANCE

le mardi 19 mai 1942

tenue à l'hôpital Notre-Dame

consacrée à "L'OTITE MOYENNE AIGÜE"

1. Diagnostic de l'otite moyenne aiguë. M. *Philippe Panneton*.
2. Traitement de l'otite moyenne aiguë. M. *Jean Lapointe*.
3. Prévention de l'otite moyenne aiguë. M. *Marcel Ostiguy*.

SEANCE SPECIALE

le mardi 1er septembre 1942

tenue à l'hôpital Sainte-Justine
consacrée à la "POLIOMYELITE"

1. Au point de vue clinique. M. *Jean Saucier*.
2. Au point de vue physiothérapique. M. *Albert Comtois*.
3. Au point de vue orthopédique. MM. *Edmond Dubé* et *Gaston Caisse*.
4. Au sujet de la méthode de Kenny (démonstration pratique). Mlle *R. Hepworth*.

10ème SEANCE

le mardi 20 octobre 1942

tenue à l'hôpital de la Miséricorde

1. Les hémorragies des trois premiers mois de la grossesse. M. *Alcidas Ricard*.
2. La nutrition de la femme enceinte et ses conséquences. M. *Jean-B. Le Bel*.
3. Interprétations bio-chimiques en clinique obstétricale. M. *Gilbert Brisebois*.
4. Considérations pratiques à propos d'un cas de malformations congénitales. M. *Hector Sanche*.

11ème SEANCE

le mardi 3 novembre 1942

tenue à l'Hôtel-Dieu

consacrée aux "DIARRHEES" ²

1. Considérations générales sur les diarrhées. M. *J.-A. Mousseau*.
2. Conduite à tenir dans les diarrhées tenaces de l'adulte. MM. *Roger-R. Dufresne*, *Yves Chaput* et *René Rolland*.
3. De quelques erreurs à éviter dans le diagnostic et le traitement des diarrhées du nourrisson. M. *Paul Letondal*.

12ème SEANCE

le mardi 17 novembre 1942

tenue à l'Hôtel-Dieu

1. Un cas de nanisme achondroplasique (avec présentation de malade). M. *Paul Dumas*.
2. De la cystite incrustée (observations personnelles). M. *Jean-Paul Legault*.
3. Considérations pratiques sur l'asthme bronchique. M. *Gérard Casgrain*.
4. Appréciation de la profondeur de l'anesthésie par la recherche du réflexe linguo-maxillaire. MM. *Léon Longtin* et *Eugène Robillard*.
5. Le traitement chirurgical du prolapsus utérin (avec présentation de film). M. *Pierre-Edouard Meunier*.

2. Séance conjointe avec la « Société de Gastro-Entérologie de Montréal ».

13ème SEANCE

le mardi 1er décembre 1942

tenue à l'hôpital Notre-Dame

consacrée au "TRAITEMENT DES FRACTURES" ³

1. Fractures du membre supérieur. M. *C.-E. Hébert*.
2. Fractures du membre inférieur. M. *A. Couturier*.
3. Fractures du crâne. M. *Edmond Dubé*.

14ème SEANCE

le mardi 15 décembre 1942

tenue à l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène
de l'Université de Montréal

1. Recherches et production dans le domaine du tétanos et de la gangrène gazeuse. M. *Victorin Fredette*.
2. Recherches et production dans le domaine des antitoxines et de certains produits vétérinaires. M. *Maurice Panisset*.
3. Recherches et production dans le domaine du B.C.G. et des vaccins préventifs et curatifs. M. *Jean Denis*.
4. Recherches et production dans le domaine de la toxine et de l'anatoxine diphtérique. M. *L. Forté*.
5. Recherches et production dans le domaine du virus vaccinal. M. *Jean Tassé*.

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

Séance du 20 octobre 1942

tenue à l'hôpital de la Miséricorde

Présidence de M. G.-L. Prud'homme

SEANCE CLINIQUE D'OBSTETRIQUE

A l'ouverture de la séance, le président annonce le décès, pendant les vacances, des docteurs Ernest Prud'homme et Eugène Gagnon. Il demande que l'on observe une minute de silence pour rendre hommage à la mémoire de ces deux distingués collègues. Le premier était président du Bureau Médical de l'Hôtel-Dieu; le second remplissait les fonctions de directeur-adjoint du service de Santé de la ville de Montréal.

Le président ajoute que le docteur Eugène Robillard vient de perdre son frère, M. Maurice Robillard, étudiant en médecine.

Le docteur G.-L. Prud'homme, à l'occasion de cette reprise des séances, rappelle avec quel éclat la Société Médicale a tenu ses « Journées Médicales », les 15, 16, 17 et 18 juin dernier, et avec quel succès

3. Séance conjointe avec la « Société de Chirurgie de Montréal ».

elle a donné son dîner annuel au Cercle Universitaire, alors qu'elle avait comme hôte d'honneur M. Louis Bourgoïn.

Pendant les vacances, un comité d'études sur la poliomyélite a été formé à la fin de juillet. A la suggestion du docteur Paul Letondal, membre de ce comité, une séance spéciale entièrement consacrée à l'étude de la paralysie infantile a été tenue à l'hôpital Sainte-Justine. Au delà de 150 médecins assistaient à cette réunion, où fut donnée une démonstration pratique de la méthode de Kenny.

A l'occasion du XVIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., les membres de l'Exécutif ont offert aux congressistes l'Annuaire de la Société Médicale. Cette heureuse initiative semble avoir produit une impression favorable chez les médecins, puisque de nombreux confrères, par la suite, ont exprimé le désir de faire partie de notre Société. Le président juge à propos de féliciter le Secrétaire Général pour son inlassable activité et son beau travail de propagande.

* * *

Les hémorragies des trois premiers mois de grossesse

M. Alcidas RICARD

M. Ricard présente une étude séméiologique et thérapeutique des hémorragies des trois premiers mois de la grossesse. Il énumère par ordre d'importance les maladies pouvant être en cause, décrit les caractères des hémorragies dans ces cas, ainsi que les signes cliniques et le traitement.

Il insiste plus particulièrement sur la môle hydatiforme et la grossesse ectopique.

Discussion

M. J.-Pacifique JOLY demande au rapporteur s'il n'est pas préférable dans les cas de môle hydatiforme, après avoir vidé l'utérus, de pratiquer l'hystérectomie?

M. Jacques GAUTHIER s'informe de la valeur du corps jaune et de la vitamine E dans les hémorragies des trois premiers mois.

M. Jean CHAMPEAU aimerait savoir quelle ligne de conduite tenir en présence d'une fausse couche avec infection. Quand faire le curetage? L'hystérectomie est-elle à conseiller et quand?

M. RICARD répond:

à M. Joly que, contrairement à l'opinion classique, il se contente du curetage dans la môle hydatiforme et n'a jamais observé de complications à distance.

à M. Gauthier qu'il emploie souvent et avec de bons résultats le corps jaune et la vitamine E dans les cas de fausses couches répétées.

à M. Champeau que, lorsqu'il est appelé pour traiter une patiente infectée à la suite d'un avortement, il ne recourt à l'hystérectomie que si l'infection est bien localisée. Autrement, il se contente d'un curage digital et d'un traitement anti-infectieux.

La nutrition de la femme enceinte et ses conséquences

M. Jean LEBEL

M. Le Bel, après avoir rappelé quels sont les besoins de la nutrition chez la femme enceinte, montre, à l'aide de statistiques empruntées au docteur Tompkins, l'heureuse influence d'un régime bien équilibré tant pour l'enfant que pour la mère: morbidité et mortalité moindres, vitalité plus grande de part et d'autre.

Discussion

M. Paul LETONDAL abonde dans le même sens que le rapporteur. Il estime que la nutrition de la femme enceinte est d'une importance capitale pour l'avenir de l'enfant. L'alimentation post-natale la plus scientifique ne peut donner de résultats appréciables si la puériculture intra-utérine a été négligée. Il souhaite au rapporteur de revenir à la tribune, dans un avenir rapproché, avec des statistiques personnelles sur ce sujet.

M. J.-Pacifique JOLY est d'avis qu'il faut éviter de suralimenter les femmes enceintes; autrement, on a de très gros enfants et l'accouchement est difficile.

M. LEBEL répond:

à M. Joly qu'une alimentation équilibrée n'est pas de la suralimentation.

à M. Letondal qu'il n'attend que l'occasion favorable pour apporter une contribution personnelle sur ce sujet.

Interprétations bio-chimiques en clinique obstétricale

M. Gilbert BRISEBOIS

M. Brisebois passe en revue les divers examens de laboratoire qu'il est parfois indispensable de pratiquer pendant la grossesse ou après l'accouchement.

Les urines doivent être analysées non seulement au point de vue chimique, mais également au point de vue cytologique et bactériologique.

L'azotémie, la glycémie et la réserve alcaline du sang ont leurs indications respectives. L'examen des sécrétions vaginales peut donner des surprises après l'accouchement, en permettant de déceler des gonocoques qui étaient passés inaperçus pendant la grossesse.

Discussion

M. Albert BERTRAND estime que, chez la femme, la présence de bactéries dans l'urine n'a de valeur que s'il y a eu prise directe dans la vessie dans des conditions d'asepsie rigoureuse et si l'examen bactériologique est pratiqué peu de temps après le prélèvement. Il ajoute que pendant la gestation, il y a intérêt à contrôler le temps de saignement et de coagulation.

M. Hector SANCHE demande au rapporteur comment faire la différence entre l'albumine vraie et la pseudo-albumine dans l'urine.

M. Alcidas RICARD a observé une patiente très anémique, qui présentait de la bouffissure de la face et qui n'avait pas d'albumine dans les urines. Un régime riche en fer et en protéines a fait disparaître la pâleur et l'œdème.

M. BRISEBOIS répond:

à M. Bertrand qu'il est d'avis que le prélèvement doit être fait par le médecin lui-même.

à M. Sanche que c'est par la réaction à l'acide nitrique.

à M. Ricard que tous les œdèmes ne sont pas tous d'origine albuminurique.

**Considérations pratiques à propos d'un cas
de malformations congénitales**

M. Hector SANCHE

M. Sanche rapporte l'observation d'une femme qui s'était présentée au bureau pour avortements répétés. A l'examen, il constate une malformation congénitale: vagin et utérus doubles. L'utérus droit saigne, à la suite d'un avortement récent. Curetage des deux utérus. Une autre grossesse se termine par un avortement de quatre mois. La cinquième grossesse finit pas se rendre passé huit mois et lui donner un enfant vivant. A l'accouchement, une bride résistante de la cloison vaginale médiane nécessite la section de celle-ci et l'accouchement se termine spontanément.

Les avortements dans ce cas seraient dus au défaut d'extensibilité de chaque utérus, dont la musculature est plus faible que celle d'un utérus unique.

A propos de cette observation, le rapporteur rappelle les malformations que l'on rencontre le plus fréquemment en obstétrique.

Les malformations sont congénitales ou acquises. Elles peuvent siéger à la vulve, au vagin ou à l'utérus.

Les malformations congénitales dont il est question proviennent de la non-fusion, de la fusion plus ou moins complète des canaux de Muller, ou de la non-résorption de la cloison membraneuse. D'où différents types de malformations: persistance de l'hyme, étroitesse et a trésies du vagin, brides et cloisonnements vaginaux, hypoplasie utérine.

Les malformations acquises sont nombreuses. A la vulve et au vagin, rétrécissements cicatriciels et tumeurs; au col, rigidité, agglutination, hypertrophie et déchirures; à l'utérus, le rapporteur étudie surtout les complications dues à la rétro-déviation utérine et à la ventro-fixation.

Discussion

M. Alcidas RICARD s'informe si, dans le cas de malformations de l'hymen, il est contre-indiqué d'in-

tervenir pendant la grossesse. D'autre part, s'il existe de larges déchirures du col, cause d'avortements répétés avec hémorragies, faut-il ou non faire des points?

M. Claude GUILBAULT (d'Oka) relate une observation rare de malformation de l'hymen, ayant donné lieu à une rétention d'urine et de sang et l'ayant obligé à intervenir d'urgence.

M. SANCHE répond:

à M. Ricard qu'il est préférable d'attendre la fin de la grossesse, en raison des dangers d'avortement. Dans un autre ordre d'idées, la réparation des déchirures du col chez une femme jeune, après un premier ou un deuxième accouchement, est peu pratique: il se produit un tissu cicatriciel qui cède habituellement à l'accouchement suivant.

à M. Guilbault que son observation est intéressante et mériterait d'être rapportée.

SYMPATHIES

«Proposé par M. F.-L. Boulais, secondé par M. Gustave Charest, que des sympathies soient adressées à la famille du regretté docteur Ernest Prud'homme.»

«Proposé par M. L.-R. Bélisle, secondé par M. J.-E. Marion, que des condoléances soient adressées à la famille du docteur Eugène Gagnon, récemment décédé.»

«Proposé par M. Hector Sanche, secondé par M. Alcidas Ricard, que des sympathies soient transmises au docteur Eugène Robillard et à sa famille à l'occasion de la mort de son frère, M. Maurice Robillard, étudiant en médecine.»

**Séance conjointe de la Société Médicale et de
la Société de Gastro-Entérologie**

tenue à l'Hôtel-Dieu
le mardi 3 novembre 1942

Présidence de MM. G.-L. Prud'homme
et Pierre Smith

SYMPOSIUM SUR LES DIARRHEES

Considérations générales sur les diarrhées

M. J.-A. MOUSSEAU

M. MOUSSEAU, après avoir rappelé la physiologie de l'intestin, définit la diarrhée, «un symptôme caractérisé par l'évacuation trop rapide, de selles trop fréquentes, avec teneur en eau exagérée des matières».

Si paradoxal que cela puisse paraître à priori, il faut d'abord s'assurer qu'il s'agit bien de diarrhée et éviter de traiter pour ce symptôme de fracs constipés; il existe, en effet, une *fausse diarrhée*, qu'il faut

savoir reconnaître et distinguer de la forme précédente ou diarrhée vraie.

Les causes du syndrome sont multiples, mais trois sont essentielles: 1° l'hypersécrétion intestinale; 2° le péristaltisme exagéré; 3° les modifications de la flore microbienne, avec prédominance du processus de putréfaction.

Il est difficile de classer les diarrhées. Le rapporteur se borne à une nomenclature des formes chroniques, en se basant sur l'étiologie.

Il passe en revue successivement: 1° les diarrhées de la cœlite chronique (avec fermentation ou putréfaction); 2° les diarrhées par insuffisance digestive (de l'estomac, de l'intestin, du pancréas ou du foie); 3° les diarrhées spécifiques (surtout les diarrhées parasitaires); 4° les diarrhées toxiques (d'origine médicamenteuse); 5° les diarrhées endocriniennes (comme celle du Basedow); 6° les diarrhées nerveuses (du tabes, par exemple).

Telles sont les considérations générales sur les diarrhées que présente M. Mousseau; elles portent sur l'étiologie, la pathogénie et la classification des diarrhées chroniques de l'adulte.

Discussion

M. Jean LeSAGE attire l'attention sur la pathogénie de certaines diarrhées d'origine duodénale. Il préfère, à la classification proposée par le rapporteur, une classification anatomique régionale; car, dit-il, dans la pratique, la plupart du temps, les différents facteurs étiologiques sont intriqués ou associés. Il dit quelques mots, en terminant, sur les diarrhées d'origine allergique, à laquelle on doit penser lorsque la cause d'une diarrhée n'apparaît pas clairement.

Conduite à tenir dans les diarrhées tenaces de l'adulte

MM. Roger-R. DUFRESNE, Yves CHAPUT
et René ROLLAND

M. DUFRESNE indique quelles sont les étapes à parcourir pour arriver à un diagnostic étiologique et à un traitement rationnel chez un malade souffrant de diarrhée tenace.

1° *Examen clinique*: subjectif et objectif, permettant d'apprécier les facteurs extra-digestifs.

2° *Examen coprologique*: au point de vue chimique, bactériologique et cytologique, en particulier pour la recherche du sang, du pus, des bacilles dysentériques et des parasites.

3° *Examen radiologique*: qui ne doit pas se limiter au gros intestin, mais qui doit être complet pour déceler certaines lésions organiques et contrôler le transit intestinal.

4° *Examen endoscopique*: complément nécessaire des recherches radiologiques, indispensable pour dépister certaines néoplasies au début, qui peuvent passer inaperçues aux rayons X, comme le cancer recto-sigmoïdien, qui frappe à tout âge, et qui n'a de chance de guérir que s'il est reconnu précocement.

M. CHAPUT borne son travail à l'étude de la *recto-cœlite ulcéreuse*, « maladie grave, dit Bensaude, atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, se traduisant le plus souvent par un syndrome dysentérique d'allure aiguë ou chronique, évoluant par poussées successives, et d'étiologie encore totalement inconnue ».

Le rapporteur présente un exposé d'ensemble de l'affection, en insistant sur les modalités cliniques, l'évolution et les difficultés du traitement. Il termine en relatant trois observations personnelles de malades, dont l'une d'elles est décédée dans le court espace d'un mois, malgré toute thérapeutique.

M. ROLLAND traite des diarrhées parasitaires, en particulier des dysenteries bacillaires et amibiennes. Il en décrit le syndrome classique et souligne l'importance de l'examen des selles avec des matières fraîchement émises, au besoin prélevées à l'aide du rectoscope. Le traitement est variable, suivant qu'il s'agit de dysenterie bacillaire ou amibienne: sérothérapie, vaccinothérapie et bactériophagothérapie dans le premier cas; chlorhydrate d'émétine, dans le second, à la dose d'un gramme par série.

En plus, le rapporteur dit quelques mots d'une diarrhée parasitaire, causée par la *Giardia Lamblia*. On en fait souvent le diagnostic par tubage duodénal, car c'est en pareil cas dans cette partie de l'intestin que la *Giardia* est la plus abondante. On la trouve également dans les selles.

Le traitement consiste dans l'emploi d'un médicament spécifique et non toxique, l'*atabrine*, dérivé de l'acridine, qui permet d'obtenir la guérison de ces malades dans 97% des cas.

Discussion

M. St-Jean DES ROSIERS, en présence d'une diarrhée chez l'adulte, en recherche la cause dans les différents segments du tube digestif, et sans négliger les recherches de laboratoire, met au premier plan le facteur clinique. A cet égard, il souligne l'intérêt du toucher rectal pour le diagnostic précoce des cancers bas situés.

De quelques erreurs à éviter dans le diagnostic et le traitement des diarrhées du nourrisson

M. Paul LETONDAL

M. Letondal insiste sur l'importance de bien établir tout d'abord le diagnostic de diarrhée et d'en

préciser la forme clinique: diarrhée commune, cholériforme ou dysentérioriforme. On ne traite pas, en effet, de la même façon ces trois variétés de syndromes diarrhéiques.

Il faut ensuite remonter à la cause, qui n'est pas toujours une erreur d'alimentation, qui est beaucoup plus souvent un foyer d'infection situé en dehors du tube digestif.

Cette notion des diarrhées parentérales ou secondaires, que nous devons aux travaux pédiatriques de ces dernières années, est particulièrement féconde en résultats pratiques; elle permet, en effet, une thérapeutique étiologique, qui contraste singulièrement avec les résultats déplorables que l'on obtenait autrefois, alors que l'on qualifiait toutes les diarrhées de gastro-entérite et que l'on soumettait indistinctement tous les nourrissons diarrhéiques à des régimes de famine. Il n'est pas exagéré de dire qu'il a existé dans le passé une véritable inanition hippocratique, qui a causé la mort d'un grand nombre d'enfants. Et c'est le mérite de l'école contemporaine d'avoir compris les besoins de la nutrition du jeune enfant et d'avoir appliqué cette notion féconde au traitement des diarrhées du nourrisson.

Le médecin évitera donc de prescrire inutilement la diète hydrique, en dehors de la phase aiguë toxique du choléra infantile.

En présence d'un échec diététique, il ne changera pas tous les jours le régime, mais recherchera le ou les foyers d'infection. Il s'efforcera surtout d'empêcher l'effondrement de la courbe des poids, en tenant compte à la fois de la capacité digestive de l'enfant et des exigences de la nutrition infantile.

Il se rappellera que, dans la diarrhée dysentérique, le lait est mal toléré, tandis que le babeurre réussit le plus souvent.

Il n'oubliera pas qu'il existe, en plus des variétés précédentes, une forme spéciale de diarrhée qu'on nomme « diarrhée prandiale » ou « gastro-entéropasme », qui guérit facilement par la belladone, sans qu'il y ait changement à faire dans le régime.

ELECTION DE MEMBRES

Sont élus membres:

a) *titulaires*: MM. Louis Archambault, Roland Bélanger, J.-C. Blais, Benoit Charlebois, Auguste Desjardins, Hector Desrosiers, A. Frederick, Maurice Gervais, Eugène Giroux, J.-S. Lalonde, R. Lapierre, Ls.-R. Lavigne, Joseph-Ernest Limoges, J.-Maurice Robillard et A.-E. St-Jean.

b) *correspondants*: MM. Léonard-F. Bélanger (de Victoriaville), Maurice Caron (de St-Paul de Chester), Bertrand Primeau (d'Alexandria, Ont.), Gilles St-Onge (de St-Joseph de Grantham) et Gérard Tremblay (de Chicoutimi).

Séance du 17 novembre 1942

tenue à l'Hôtel-Dieu

Présidence de M. G.-L. Prud'homme

A l'ouverture de la séance, le président demande que l'on observe deux minutes de silence pour rendre hommage à la mémoire du docteur Lucien Ranger, récemment décédé. Le docteur Ranger était médecin à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc et membre titulaire de la *Société Médicale*.

Un cas de nanisme achondroplasique

(avec présentation de malade)

M. Paul DUMAS

M. Dumas présente un enfant de 14 ans, qui a tous les signes de l'achondroplasie, et passe en revue, à cette occasion, les notions cliniques que nous possédons sur cette maladie.

De la cystite incrustée

(observations personnelles)

M. Jean-Paul LEGAULT

M. Legault décrit cette affection, à l'aide d'observations personnelles, en insistant sur les éléments du diagnostic, qui est habituellement fait par le médecin de famille.

Considérations pratiques sur l'asthme bronchique

M. Gérard CASGRAIN

M. Casgrain nous met au courant des acquisitions les plus récentes sur l'asthme bronchique et montre la complexité du problème.

MM. Maurice BONNIER et Paul LETONDAL prennent part à la discussion.

Sur le "low pain back"

(pour prendre date)

M. René DANDURAND

M. Dandurand montre, en se basant sur des observations cliniques personnelles, les rapports qui existent entre ce syndrome, l'ulcère du duodénum, et la cholécystite calculeuse.

MM. Paul DUMAS, Gérard CASGRAIN et Christophe BISSON prennent part à la discussion.

Appréciation de la profondeur de l'anesthésie par la recherche du réflexe linguo-maxillaire

MM. Léon LONGTIN et Eugène ROBILLARD

MM. Longtin et Robillard soulignent l'intérêt pratique de ce signe qu'ils ont étudié, tant au point de vue expérimental que clinique.

Le traitement chirurgical du prolapsus utérin

(avec présentation d'un film)

M. Pierre-Edouard MEUNIER

M. Meunier nous fait voir un film en couleur, illustrant comment il procède, du point de vue technique, dans le traitement chirurgical de cette affection.

SYMPATHIES

« Proposé par M. O.-L. Noisieux, secondé par M. J.-S. Lalande, que des sympathies soient adressées à la famille du regretté docteur Ranger. »

●●●

**Séance conjointe de la Société Médicale et de
la Société de Chirurgie**

tenue à l'hôpital Notre-Dame
le mardi 1er décembre 1942

Présidence de MM. G.-L. Prud'homme
et J.-U. Gariépy

**SYMPOSIUM SUR LE TRAITEMENT
DES FRACTURES**

A l'ouverture de la séance, M. G.-L. Prud'homme invite M. J.-U. Gariépy à présider conjointement avec lui la réunion et remercie les membres de la Société de Chirurgie de leur précieuse collaboration.

Fractures du membre supérieur

M. C.-E. HEBERT

M. Hébert montre, à l'aide de transparents, comment appliquer les appareils les plus communément employés dans le traitement des fractures des différents segments du membre supérieur: clavicule, humérus, coude, avant-bras.

Mais l'appareillage n'est pas tout. Ce qu'il importe d'abord, c'est de sauver le malade, en traitant le shock; de soulager le patient en faisant disparaître l'élément douleur. D'autre part, l'examen du membre fracturé doit être fait avec méthode, mais aussi avec douceur, en réduisant au minimum les manipulations, en particulier en n'insistant pas outre mesure pour la recherche de la crépitation.

Discussion

M. Guy D'ARGENCOURT ajoute quelques considérations d'ordre pratique. Ne pas oublier de faire un examen complet du malade: à la suite des traumatismes quelque peu violents, il y a souvent des fractures multiples. Dans le choix et la mise en place d'un appareil, quel qu'il soit, toujours penser à donner libre cours aux articulations voisines et à éviter les troubles circulatoires.

M. Jean TREMBLAY estime qu'avec la plupart des appareils proposés par le rapporteur, le membre n'est pas suffisamment en abduction. Pour remédier à cet inconvénient, il n'y a qu'à ajouter un coussinet.

M. J.-C. FAVREAU conseille d'agir vite dans les fractures du coude chez l'enfant, si l'on veut obtenir de bons résultats. De la précocité du traitement dépend le succès thérapeutique.

M. HEBERT répond qu'il n'a voulu qu'esquisser le traitement d'urgence des fractures du membre supérieur, sans entrer dans les détails.

Fractures du membre inférieur

M. A. COUTURIER

M. Couturier nous fait voir à son tour plusieurs transparents. Il s'agit de cas de fractures du membre inférieur: hanche, diaphyse et condyle fémoral, rotule, jambe, chevilles.

Il insiste sur les conditions d'une bonne réduction: elle devra être faite avec la radiographie devant soi, et sous anesthésie, afin de supprimer toute contraction musculaire.

Le rapporteur, après avoir utilisé pendant longtemps l'anesthésie locale à la novocaïne, préfère employer le Pentothal en injection intraveineuse.

Il termine sa communication par la présentation de deux malades, dont il montre les radiographies avant et après le traitement.

Discussion

M. Jean TREMBLAY félicite le rapporteur d'avoir donné des précisions sur le mode d'anesthésie qu'il convient d'employer pour obtenir une bonne réduction. Il fait, en plus, quelques remarques d'intérêt général. L'os n'est pas tout, dit-il, dans la fracture; c'est en réalité un membre qui est fracturé. Aussi faut-il tenir compte, dans le traitement, autant des lésions des parties molles (déchirures musculaires, épanchement sanguin, œdème), que de la brisure de l'os. C'est donc dire que le praticien peut jouer un rôle utile, au moment de l'accident, en s'efforçant de soulager le malade, de traiter le shock, s'il y a lieu, et en évitant d'aggraver la situation par des manipulations intempestives.

M. J.-U. GARIÉPY abonde dans le même sens au sujet du rôle éminemment utile que peut jouer le médecin en traitant les fractures au début. De son action thérapeutique dépend souvent la vie même du malade.

Fractures du crâne

M. Edmond DUBE

M. Dubé limite son exposé aux fractures du crâne chez l'enfant, en se plaçant au point de vue du

chirurgien général des enfants et non du neuro-chirurgien.

Il distingue les fractures ouvertes des fractures fermées. L'examen radiologique est indispensable. Dans aucun cas il ne faut utiliser les narcotiques, en particulier la morphine. Il cite, à cet égard, des observations où les résultats furent désastreux.

Le pronostic doit toujours être réservé, au moins pour les six premiers mois. Il y a intérêt à revoir ces malades plus tard.

Dans le traitement, le rapporteur insiste sur l'importance de la ponction lombaire répétée, au besoin, plusieurs fois par jour, au début. Il montre en terminant des radiographies de cas de fractures du crâne, traitées à l'hôpital Sainte-Justine.

Discussion

M. J.-U. GARIEPY soutient que dans les fractures du crâne chez l'adulte, les malades passent successivement par les périodes de shock, de réaction et de convalescence. Il indique la ligne de conduite à tenir, du point de vue thérapeutique, à ces différentes phases de la maladie.

M. Emile LEGRAND, explique pourquoi la ponction lombaire, faite les premières heures dans un but de diagnostic, peut soulager le patient. C'est qu'il existe de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et de l'œdème cérébral.

M. Louis ROUX demande quelle est la durée de la persistance du sang dans le liquide céphalo-rachidien et dans quel cas la température peut s'élever à 103° F. et plus?

M. DUBE répond:

à M. Gariépy qu'il n'a voulu parler que du traitement d'urgence des fractures du crâne chez l'enfant. Ce traitement consiste dans le repos absolu et les ponctions lombaires répétées.

à M. Roux que la durée de la persistance du sang dans le liquide céphalo-rachidien est excessivement variable, et que l'on ne peut rien affirmer de catégorique à ce sujet. Quant à la température, elle est en général peu élevée; ce n'est que lorsqu'il existe des contusions et des plaies qu'elle peut monter à 103° et plus.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 11 novembre 1942

Présidence de M. J.-U. Gariépy

Un cas de tumeur à myéloplaxe du genou

M. C.-E. HEBERT

Le rapporteur présente l'histoire d'un homme de 26 ans, admis à l'hôpital pour des douleurs articulaires et un gonflement du genou gauche. Le début de la maladie remontait à un an auparavant.

On pouvait ici penser au sarcome, mais, avant de pratiquer l'opération radicale, on fit une incision exploratrice et on s'aperçut que la tumeur était formée de végétations. Curetage soigné; hémorragie, méchage et transfusion après l'opération.

Le rapport histologique révéla qu'il s'agissait d'une tumeur à myéloplaxe, tumeur relativement bénigne.

Le Dr Hébert énumère ensuite les symptômes des tumeurs à myéloplaxe et insiste sur l'avantage de faire une ostéotomie exploratrice dans les cas de tumeur osseuse où le diagnostic de sarcome n'est pas absolument certain. Au point de vue technique, la cavité des tumeurs à myéloplaxe peut être comblée par des greffes ostéo-périostiques, par des lambeaux musculaires ou par des mèches.

Enfin, le rapporteur présente les clichés radiographiques de son malade qui a été opéré depuis déjà trois ans. Le patient boîte un peu, mais il semble bien guérir et peut travailler.

Discussion

M. RICARD rapporte le cas d'une tumeur du fémur évoluant depuis vingt ans. Il n'avait pas voulu, chez ce malade, faire de biopsie, mais un autre chirurgien l'avait fait et le patient était mort de septicémie.

M. BOHEMIER demande si l'emploi du bistouri électrique ne diminuerait pas les dangers de l'hémorragie.

M. GARIEPY demande si l'emploi du rouge Congo ou la cire d'Horsley ne serait pas indiqué pour combattre l'hémorragie.

M. HEBERT répond qu'à son avis, le tamponnement est encore la meilleure méthode pour arrêter l'hémorragie.

Le cancer chez l'enfant

MM. E. CABANA et P. MARTIN

M. Cabana parle de la fréquence du cancer chez l'enfant et, pour mieux illustrer ses paroles, M. Martin fait voir une collection photographique des différentes « tumeurs malignes » chez les jeunes qui prouvent bien l'existence du cancer chez l'enfant.

Le rapporteur dit que, par le mot cancer, il ne faut pas entendre toutes les néoformations tumorales. Le cancer résulte de la propriété acquise par une cellule fertile d'un tissu de se multiplier rapidement, sans cause extérieure apparente, et de transmettre indéfiniment à sa descendance cette propriété de multiplication autonome.

À l'hôpital Sainte-Justine, de 1928 à 1942, on a traité 150 cas de cancers probables, dont 75 cas positifs diagnostiqués histologiquement et qui se classent comme suit:

nerveux central;
cancer rénal Wilms;
fibro-musculaire strié rhabdomyosarcome:

BES-MIN

COMPLEXE VITAMINIQUE B NATUREL,
renforci et combiné aux minéraux essentiels

Formule détaillée par cuillerée à soupe

VITAMINES

B ₁ (Chl ^{ro} de Thiamine)	1.2 milligrammes
B ₂ (Riboflavine)	668 microgrammes
B ₆	100 microgrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothénique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 Unités

Avec GLYCÉROPHOSPHATES

de Calcium, Manganèse, Sodium, Potassium.

Indications

Avitaminose « B » se manifestant par des perturbations gastro-intestinales, de l'anorexie, des névrites, ou un ralentissement de la croissance chez l'enfant.
Pour maintenir un taux normal de concentration du complexe de la Vitamine « B » au cours de la grossesse, de la lactation, pendant la convalescence des infections aiguës; dans l'intoxication alcoolique; dans les soins pré et post-opératoires.

Avantages du Bes-Min

- ◆ Faible teneur alcoolique (seulement 5%)
- ◆ Association des minéraux essentiels au complexe vitaminique « B » naturel
- ◆ Véhicule digestif stimulant de l'appétit
- ◆ Goût agréable
- ◆ Présentation strictement professionnelle
- ◆ Traitement économique.

Flacons de 12 onces, ½ et 1 gallon.

Le BES-MIN est une formule originale fabriquée dans nos laboratoires à Montréal, selon les procédés les plus modernes offrant ainsi au Corps Médical les meilleures garanties de qualité et d'activité thérapeutique.

Produit des

LABORATOIRES ANDROMACHUS
Long Island City - - N. Y.

Fabricants et Concessionnaires au Canada

ROUGIER FRÈRES

350, rue Le Moyne - MONTRÉAL.

vessie, orbite, langue, luette;
tissu osseux (Ewing);
œil;
surrénale;
épithélioma ovaire;
lympho-sarcome.

Voici un résumé de cinq histoires de cas rapportés à cet effet:

1° Une fillette d'un an et demi est admise à l'hôpital pour sarcome léiomyoblastique; après quelques semaines d'hospitalisation, l'enfant meurt.

2° Un garçon de 6 ans est admis à l'hôpital pour sarcome fuso-cellulaire de la vessie. Après 22 séances de radiothérapie, on tente une opération et l'analyse de la biopsie donne le résultat suivant: cachexie cancéreuse, cancer de la vessie: rhabdomyome, pyélo-néphrite aiguë supprimée.

3° Un garçonnet de 5 ans est admis à l'hôpital pour ostéomyélite subaiguë du tibia droit. Après opération et immobilisation dans un plâtre, pendant un certain temps, on donne 3 séances de radiothérapie, et finalement on ampute le tiers inférieur de la cuisse droite. La biopsie donne le diagnostic suivant: sarcome d'Ewing.

4° Un garçonnet de 3½ est hospitalisé pour tumeur du rein. On pratique une néphrectomie et on donne 9 séances de radiothérapie. L'enfant est hospitalisé une seconde fois et le diagnostic est le suivant: prolifération cancéreuse massive, hémopéritoine, anémie par hémorragie spoliatrice.

5° Une fillette de 6 ans est hospitalisée 4 fois pour tumeur à la région inguinale gauche. La biopsie donne comme résultat «sarcome d'Ewing». Après 33 séances de radiothérapie, la malade est apparemment guérie au point de vue radiologique et clinique, et est suivie actuellement au dispensaire.

Par les photographies et les histoires de cas, M. Cabana a voulu démontrer l'existence et la fréquence du cancer chez l'enfant.

Quant au traitement, il est le même que chez l'adulte: dépistage par tous les moyens connus, examens cliniques minutieux, laboratoire, radiologie, etc. La radiothérapie, la radiumthérapie et la chirurgie pourront servir et faire œuvre sinon curative, du moins œuvre de survie.

Discussion

M. SENECA rapporte le cas d'un enfant de 4 ans qu'il a opéré pour un énorme cancer du rein.

M. RICARD demande si, en présence d'un cas de cancer du rein chez l'enfant, on doit attendre la fin des séances de radiothérapie avant d'opérer.

M. MARTIN répond qu'il n'y a pas ici de règle fixe.

Le secrétaire annuel,
Charles LEFRANÇOIS.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOTEL-DIEU, MONTREAL

Séance du 30 septembre 1942

Présidence de M. Paul Marchildon

Un cas d'iléus biliaire

M. Paul MARCHILDON

Le rapporteur nous raconte l'histoire d'un malade de soixante et deux ans qui s'est présenté à l'hôpital avec un syndrome d'occlusion intestinale accompagnée de ballonnement et de vomissements. L'examen radiologique de l'intestin révèle une occlusion banale. A l'opération on découvre sur le jéjunum à 40 c.m. du duodénum, une plaque de sphacèle et, enchassés dans un repli de la muqueuse, à l'intérieur du jéjunum, deux calculs biliaires; d'autre part, il existe des adhérences au niveau du carrefour hépatique. Apparemment, ces calculs se sont calés par leur bout carré dans la paroi intestinale, y ont provoqué de l'œdème et ont déterminé un spasme qui a entraîné l'obstruction. Le chirurgien a pratiqué l'enfouissement du placard de sphacèle et l'extraction des calculs. Après des suites opératoires normales, le malade est décédé au bout de huit jours d'infarctus du myocarde. On avait relevé dans le questionnaire des crises anciennes de cholécystite calculeuse. Le rapporteur discute ensuite de la pathogénie de l'iléus biliaire qui relève d'une obstruction par calcul. Cette affection se rencontre surtout chez les femmes passées la quarantaine et chez celles qui ont une histoire hépatique antérieure; elle est plus rare chez l'homme. L'obstruction intestinale par cancer ou bride adhérentielle est progressive et ne rétrocede pas, alors que dans l'iléus biliaire il se produit des crises successives d'occlusion au cours du cheminement des calculs avec des rémissions plus ou moins longues.

Discussion

M. CARTIER. L'intestin était-il lésé considérablement au niveau des calculs?

M. MARCHILDON. L'atteinte intestinale n'était pas très marquée.

Un cas d'achondroplasie

M. Paul DUMAS

Le rapporteur présente à l'assemblée un cas typique d'achondroplasie chez un enfant de quatorze ans, dans la famille duquel on relève l'existence de stigmates achondroplasiques chez la mère, un oncle paternel et une sœur cadette. Le malade mesurait à son entrée à l'hôpital 43 pouces. Morphologiquement, il a les caractères classiques du nain achondroplase:

1°) *le nanisme statural* avec dysharmonie entre le tronc et les membres;

2°) *la micromélie* avec altérations mésoméliques (telles que le radius curvus) et des mains courtes aux doigts boudinés;

Première fois

*au
Canada*

!

CORTUNON

HORMONE
CARDIAQUE



1. Augmente le tonus cardiaque.
2. Dilate les artères coronaires.
3. Augmente la réserve cardiaque.

BROCHURE EXPLICATIVE
ENVOYÉE SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE — MONTREAL

3°) *la macrocéphalie.*

L'on remarque également chez lui d'autres signes typiques: la petitesse du bassin et des omoplates, et de l'hypotonie articulaire. L'intellect est normal et même particulièrement brillant. Rien de particulier à noter du point de vue endocrinien. La pathogénie de l'achondroplasie relève d'une sclérose de dégénérescence calcaire du cartilage épiphysaire avec intégrité de l'ossification périostique. Il se produit même très souvent à ce niveau une hyperplasie compensatrice. C'est une dystrophie congénitale, familiale ou héréditaire, mais dont l'hérédité n'est pas inévitable; d'ailleurs, les lésions iliaques contribuent à limiter la descendance des achondroplasiques. Le diagnostic repose sur les signes énumérés plus haut, qui permettent de distinguer le nanisme achondroplasique:

- 1) *du nanisme thyroïdien* qui présente des signes classiques et non trompeurs, la torpeur psychique plus ou moins profonde, le ralentissement des échanges métaboliques, le retard du développement osseux, l'œdème muqueux des téguments, l'hypogénitalisme, etc.;
- 2) *de l'infantilisme hypophysaire* qui ne s'accompagne pas de dysharmonie staturale;
- 3) *de l'infantilisme thymique* dans lequel les signes de compression entraînée par l'hypertrophie thymique sont faciles à reconnaître;
- 4) *de l'infantilisme eunuchoïde* avec hypogonadisme;
- 5) *du nanisme par rachitisme fœtal* avec chapelet chondrocostal, retard de l'ossification et courbure des os;
- 6) *de la dyschondroplasie d'Olier* où il existe du genu valgum, du coxa vara et des chondromes aux phalanges;
- 7) *de la dysplasie périostale* de Porak-Durante avec épaissement diaphysaire.

Le rapporteur donne ensuite la division des infantilismes:

- 1) Infantilismes proportionnés:
 - 1 — hypophysaire;
 - 2 — thyroïdien;
 - 3 — génital;
 - 4 — cortico-surrénal;
 - 5 — par insuffisance alimentaire, etc.;
- 2) Infantilismes disproportionnés:
 - 1 — rachitique;
 - 2 — achondroplasique.

En raison du caractère héréditaire de l'achondroplasie et de l'atrophie des cartilages épiphysaires, le traitement de cette affection est voué à l'insuccès. Le rapporteur a néanmoins tenté de traiter son malade, dont l'ossification n'est pas encore terminée, par une médication hormonale mixte comportant de l'extrait thyroïdien, des hormones androgènes, de l'hormone

somatotrope. Le malade aurait grandi d'un pouce et quart depuis deux mois. Il s'agit peut être là d'une erreur de mesure, mais le rapporteur se croit quand même justifié de poursuivre ses essais thérapeutiques. Au cours de la présentation de ce rapport, M. Jutras commente les images radiologiques du squelette de ce malade. Pour montrer la souplesse articulaire de ce malade, le rapporteur lui fait exécuter devant l'assistance quelques tours d'acrobatie qui mettent une note de variété et d'impromptu dans la séance et qui valent au petit patient des témoignages palpables de sympathie de la part de l'assistance.

Discussion

M. RIOPELLE. L'on remarque chez les achondroplasies une musculature herculéenne. A quoi tient cette exubérance musculaire?

M. DUMAS. Les muscles sont plus trapus et le rapprochement de leurs points d'attache favorisent, sans doute leur travail, et partant leur développement.

M. CARTIER demande au rapporteur qui avait signalé les insuccès thérapeutiques obtenus par certains auteurs des extraits thymiques, de quels extraits ces auteurs s'étaient servis et quelle en était la valeur? Des auteurs allemands ont allégué pour expliquer l'achondroplasie une déficience thymique au cours de la vie fœtale.

M. DUMAS ne connaît que les extraits thymiques de la Maison Choay et L'Endothymusine Byla, extraits opothérapeutiques dont la valeur est invérifiable. Il rappelle qu'on n'a pu encore prouver l'existence d'une sécrétion hormonale au niveau du thymus et que cet organe semble être un réservoir de nucléoprotéides qui se vide au moment de la poussée de croissance de la puberté.

L'asthme bronchique

M. Gérard CASGRAIN

Le rapporteur se propose d'étudier l'étiologie et le traitement de l'asthme bronchique et soulignera au passage son mécanisme et ses complications. La crise dont les symptômes sont bien connus, survient au moment où les anticorps spécifiques logés dans la muqueuse prédisposée entrent en contact avec l'allergène causal. Le grand facteur étiologique de l'asthme est un état particulier d'hypersensibilité, c'est-à-dire, une prédisposition naturelle conférée à l'individu par voie héréditaire. Cette hérédité frappe 75% des descendants quand il y a une histoire familiale bilatérale, et 50% lorsque l'histoire est unilatérale. Cette prédisposition héréditaire n'est cependant pas spécifique, et c'est la fréquence des contacts avec une substance donnée qui transformera celle-ci en allergène spécifique. L'asthme bronchique vrai se divise, suivant certaines écoles américaines, en deux classes, l'une à

POUR LE GARDER AU

TRAVAIL



Les hémorroïdes sont parmi les causes les plus fréquentes de perte d'heures de travail. Aujourd'hui, plus que jamais, les médecins devraient s'en occuper.

Quand un traitement non chirurgical est indiqué, on peut employer les suppositoires Anusol sachant qu'ils apporteront le genre de soulagement qui gardera la personne qui en souffre à son travail.

Grâce à leurs propriétés émollientes, les suppositoires Anusol diminuent l'inflammation, allègent la douleur et enrayent le saignement. Ils ne contiennent aucun narcotique ou anesthésique qui puisse donner une fausse sensation de sécurité.

Nous vous suggérons de faire essayer Anusol à l'un de vos patients ambulants. Nous nous ferons un plaisir de vous en envoyer une provision dans ce but.

WILLIAM R. WARNER & CO. LIMITED

727 KING STREET WEST, TORONTO, ONTARIO

SUPPOSITOIRES HÉMORROÏDAUX ANUSOL

réaction cutanée positive, l'autre à réaction négative. Dans le second cas, la substance n'exerce son action nocive qu'après une digestion avancée et sous forme de protéose plutôt que de peptone. De ce second groupe 10 à 15% des patients sont allergiques vis-à-vis d'un élément microbien siégeant le plus souvent au niveau des sinus. Les individus du premier groupe, c'est-à-dire à réactivité cutanée positive, sont des individus jeunes, ayant une histoire d'allergie positive, présentant une réaction clinique rapide et les symptômes violents et transitoires; ceux-là connaissent souvent la cause de leur mal. Les individus du second groupe sont plus âgés, n'ont pas d'histoire d'allergie positive, présentent une réaction clinique de type tardif et des symptômes moins violents, mais plus persistants; ils ignorent toujours la cause de leur mal.

L'asthme bronchique donne généralement 50% de résultats positifs, avec les épreuves cutanées. La maladie allergique est individualisée par la localisation d'une réaction pathologique sur un organe particulier sensibilisé à une substance. Lorsque l'allergène entre en contact avec les cellules de cet organe qui contiennent un anticorps spécifique, il se produit une réaction anticorps-antigène, qui libère une substance nocive très voisine de l'histamine (substance H de Lewis). Il s'ensuit: 1°) une dilatation des capillaires et de l'œdème; 2°) une contraction des muscles lisses; 3°) de l'hypersécrétion muqueuse. La libération de substance-H et l'action du parasymphatique coopèrent étroitement dans le mécanisme de la crise asthmatique. Le diagnostic de cette affection repose sur un examen complet comportant une anamnèse extrêmement minutieuse touchant les antécédents familiaux et personnels, l'âge, le temps et l'heure des crises, l'entourage, l'occupation du malade, l'emploi récent, s'il y en a eu, de médicaments. Viennent ensuite l'examen physique de tous les systèmes et les épreuves cutanées.

Le traitement spécifique reste le traitement idéal dans 60 à 70% des cas. Il visera, soit à éviter les contacts avec la cause asthmogène, soit à hypersensibiliser le malade vis-à-vis de cette cause. Cette deuxième méthode comporte parfois des risques, n'est pas toujours praticable et moins efficace que la première. Parmi les traitements symptomatiques bien connus de tous, le rapporteur cite l'épinéphrine, l'aminophylline, l'éphédrine et comme adjuvants, les iodures, et les poudres et cigarettes antiasthmatiques. Le rapporteur déconseille l'atropine et la morphine et recommande l'usage modéré de vaporisations d'adrénaline. Autres adjuvants: l'oxygène, l'acide ascorbique et le calcium. Quand à l'histaminase, la peptonothérapie et l'autohémothérapie, les résultats qu'elles ont donnés sont plutôt désappointants. Il va de soi que si la cause de l'asthme réside dans un foyer infectieux, il faut tarir ou éliminer celui-ci.

Discussion

M. CARTIER. Que pensez-vous de l'appareil « dyspné-inhal » ?

M. CASGRAIN. C'est un appareil bien fait, qui donne de bons résultats.

M. DUMAS. Pratique-t-on aux Etats-Unis l'anesthésie ou la cautérisation du ganglion sphéno-palatin dans les cas de coryza spasmodique ?

M. CASGRAIN. En matière d'asthme et d'allergie, l'école américaine est très conservatrice et préfère aux opérations mutilantes, le dépistage soigneux de la cause, dépistage qui permet un traitement spécifique lorsqu'il conduit à l'identification de l'allergène.

Le secrétaire,

Paul DUMAS.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL GENERAL DE VERDUN

Séance du 6 novembre 1942

Présidence de M. Jules Lussier

La protéinémie

M. E. BEDARD

Le docteur Bédard souligne la nécessité de faire la protéinémie des futurs opérés des voies digestives, surtout chez les cachectisés par le jeûne, puis la nécessité et la possibilité de traiter ces patients de façon adéquate avant l'intervention.

Pour mémoire, rappelons que la protéinémie normale peut varier entre 6 à 8%. Chez les malades du tube digestif qui jeûnent et vomissent, cette protéinémie peut s'abaisser jusqu'à 3.5 ou 4%, taux dangereux pour pratiquer une intervention chirurgicale si l'on tient compte que l'intervention fera baisser encore davantage la protéinémie. Nous devons nous efforcer d'atteindre un taux de 6% avant d'intervenir chirurgicalement. Cette réprotéinisation est possible grâce à un dérivé de la caséine (« Amigen » — Sharp & Dohme) injectable dans les veines à la concentration de 2½ à 5% en solution dans 1,000 ou 2,000 c.c. de sérum. Il faut aussi injecter par la même voie du plasma sanguin ou du sang complet dans le but de refaire les réserves de liquide et de sang épuisées. Il peut y avoir quelques incidents de choc rencontrés à la suite de l'emploi de ce produit caséiné tels que: frissons, bouffées de chaleur, nausées, vomissements, mais le tout peut être évité si l'injection est faite lentement.

Discussion

M. POULIOT demande s'il y a un test facilement praticable pour établir ce dosage.

M. LUSSIER demande quelle serait la conduite à tenir en face d'un cas d'urgence.

Thérapeutique employant
DES VITAMINES
ET DES
SELS MINÉRAUX
AVEC LE
MINEROVITE
E.B.S.



**E
B
S**

es quantités suffisantes de vitamines et sels minéraux sont nécessaires à la nutrition normale. Les cas de carence résultant d'un manque de vitamines dans le régime alimentaire sont souvent accompagnés du manque de certains sels minéraux. Dans ces cas, une combinaison de sels minéraux et de vitamines est donc recommandée.

Le C.C.T. Minerovite E.B.S. qui fournit à la fois des sels minéraux et des vitamines sous une forme pratique de comprimés est une bonne source de sels minéraux et de vitamines pour le traitement des cas de carence de ces éléments.

En outre, le médecin voit un patient chez qui il reconnaît les symptômes d'un grand nombre de maladies qui peuvent résulter de la privation partielle de vitamines A et D, d'Acide Ascorbique et de facteurs de la vitamine B complexe, tels que la Thiamine et la Riboflavine et Niacin; accompagnée de la carence de certains éléments minéraux rares mais essentiels. Cette double carence, il résulte que la peau, l'appareil digestif, ainsi que les systèmes nerveux, hémopoïétique et cardio-vasculaire peuvent être affectés. Cette formule a été équilibrée de façon à fournir, dans la dose quotidienne, au moins le minimum requis de Vitamines A, D, C, B₁, B₂, et de Niacin.

Indications: Comme supplément de vitamines et de sels minéraux aux régimes d'amaigrissement, aux régimes restreints pour personnes allergiques, pendant la convalescence après de graves maladies infectieuses, dans les régimes spéciaux pour le traitement de l'ulcère gastrique, et pour augmenter la résistance aux rhumes ordinaires et autres infections des voies respiratoires. Voyez, à droite, la formule équilibrée du Minerovite E.B.S.

Formule du C. C. T.
MINEROVITE no 466

Chaque comprimé contient:

- Vitamine A 2500 Unités Int.
- Vitamine D 400 Unités Int.
- Vitamine C 17.5 mgr.
- Vitamine K (350 Unités Int.) .008 mgr. (200 Unités Dam)
- Vitamine B₁ (Chlorure de Thiamine) .375 mgr. (125 Unités Int.)
- Vitamine B₂ (Riboflavine) .50 mgr.
- Vitamine B₆ (Chl. de Pyridoxine) .125 mgr.
- Acide Pantothénique .125 mgr.
- Niacin 5.0 mgr.

Combinés aux Sels des éléments minéraux suivants: Fer, Manganèse, Cuivre et Calcium.

DOSE: Un comprimé quatre fois par jour. En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

POUR VOS ORDONNANCES, SPÉCIFIEZ "E. B. S." APRÈS MINEROVITE.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
 TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA
 STOCKS CARRIED AT
 WINNIPEG, MAN.—CAMPBELL HYMAN LTD. VANCOUVER, B. C.—J. P. SJUTHCOTT & CO. LTD.

M. THIBAUT insiste sur le fait que tous nos futurs opérés devraient recevoir une préparation adéquate.

M. RICARD demande s'il y a quelque avantage à pratiquer ce dosage après l'intervention.

M. BEDARD répond à :

M. Pouliot qu'il existe un appareillage très simple permettant d'effectuer ce dosage ;

M. Lussier qu'il s'agit bien dans cette communication des vomisseurs et des cachectisés, et qu'il n'est nécessaire que de 2 à 3 jours pour protéiniser un malade ;

M. Ricard que cela peut être amusant au point de vue expérimental, mais qu'en définitive le but visé par cette communication est détourné.

Un cas d'hémorragie utérine

M. H. GADBOIS

Il s'agit d'une malade qui en octobre 1942 avait présenté des hémorragies utérines. Elle a eu 4 séances de radiumthérapie et a été déclarée guérie.

En juin 1942, elle entre à l'hôpital avec une forte distension abdominale. L'intervention chirurgicale pratiquée met le chirurgien en présence d'un utérus fibreux, d'un gros kyste dermoïde et de plusieurs petits kystes sébacés.

Le rapporteur signale ce cas avec l'idée de faire un rapprochement entre la radiumthérapie et le développement ultra-rapide de ces kystes abdominaux, surtout du kyste dermoïde, qui avait déjà atteint des proportions remarquables.

Discussion

M. TOUGAS demande si cette cliente saignait depuis longtemps avant de subir la radiumthérapie.

M. LUSSIER demande combien de temps après les irradiations eut lieu l'intervention chirurgicale, et quelle aurait été la cause des hémorragies: l'utérus fibreux ou les kystes.

M. BEDARD demande combien cette malade a eu de grossesses.

M. TASSE demande si la radiumthérapie aurait eu une influence quelconque sur le développement de ces kystes.

M. POIRIER demande quelle avait été la préparation de la malade avant l'intervention.

M. GADBOIS répond à :

M. Tougas que cette malade n'avait saigné que 2 ou 3 semaines avant d'être irradiée et qu'elle n'a jamais saigné par la suite.

M. Lussier: l'intervention eut lieu 11 mois après les irradiations et l'opinion commune s'accorde à dire que l'hémorragie utérine était plutôt due à l'utérus fibreux qu'aux kystes ;

M. Bédard, que sa malade a eu 7 grossesses à terme et 4 fausses couches ;

M. Tassé, qu'il opine pour l'affirmative, mais que le problème qu'il expose ici est justement celui-là ;

M. Poirier, que l'état général de sa malade étant bon, il a tout simplement fait faire les examens de routine qui étaient tous normaux.

Otalgies sans otite

M. G.E. POULIOT

On peut se trouver alors en face d'un grand nombre de cas dont il énumère quelques-uns.

1) Otalgie et les dents: carie dentaire, dent de sagesse, racine dentaire.

2) Otalgie et tuméfaction rétro-auriculaire. La cause est tout simplement des lésions du cuir chevelu.

3) Otalgie et troubles laryngés chez les tuberculeux ou les cancéreux.

4) Otalgie et déficience ovarienne, soit les pré-pubères, ou à la période de la ménopause chez ces femmes présentant des douleurs à la nuque.

5) Otalgie et le port de prothèses dentaires. Un défaut d'articulation peut amener une compression du nerf de la corde du tympan par déplacement des maxillaires. Dans ce cas-ci, il y a un petit test facile à faire: appliquer tout simplement au niveau des molaires un morceau de liège pour 3 ou 4 jours, et vous verrez l'otalgie disparaître.

Comme l'otite vraie est d'un diagnostic plutôt facile, dans tous les cas où il y a mal d'oreilles sans signe d'otite, penser à une de ces causes.

Discussion

M. BEDARD demande si, dans les otalgies occasionnées par défaut d'ajustement des dentiers, il s'agit d'un ajustement trop serré ou trop lâche, et de plus où appliquer le morceau de liège pour le test.

M. POULIOT répond à :

M. Bédard qu'il s'agit dans ces cas d'un ajustement trop lâche qui amène une pression exagérée sur les incisives et partant sur le nerf de la corde du tympan. Le morceau de liège s'applique d'un côté seulement. Il est à noter que cette douleur ne se manifeste toujours que d'un seul côté et toujours chez des femmes.

Le secrétaire,

Roland GAREAU.

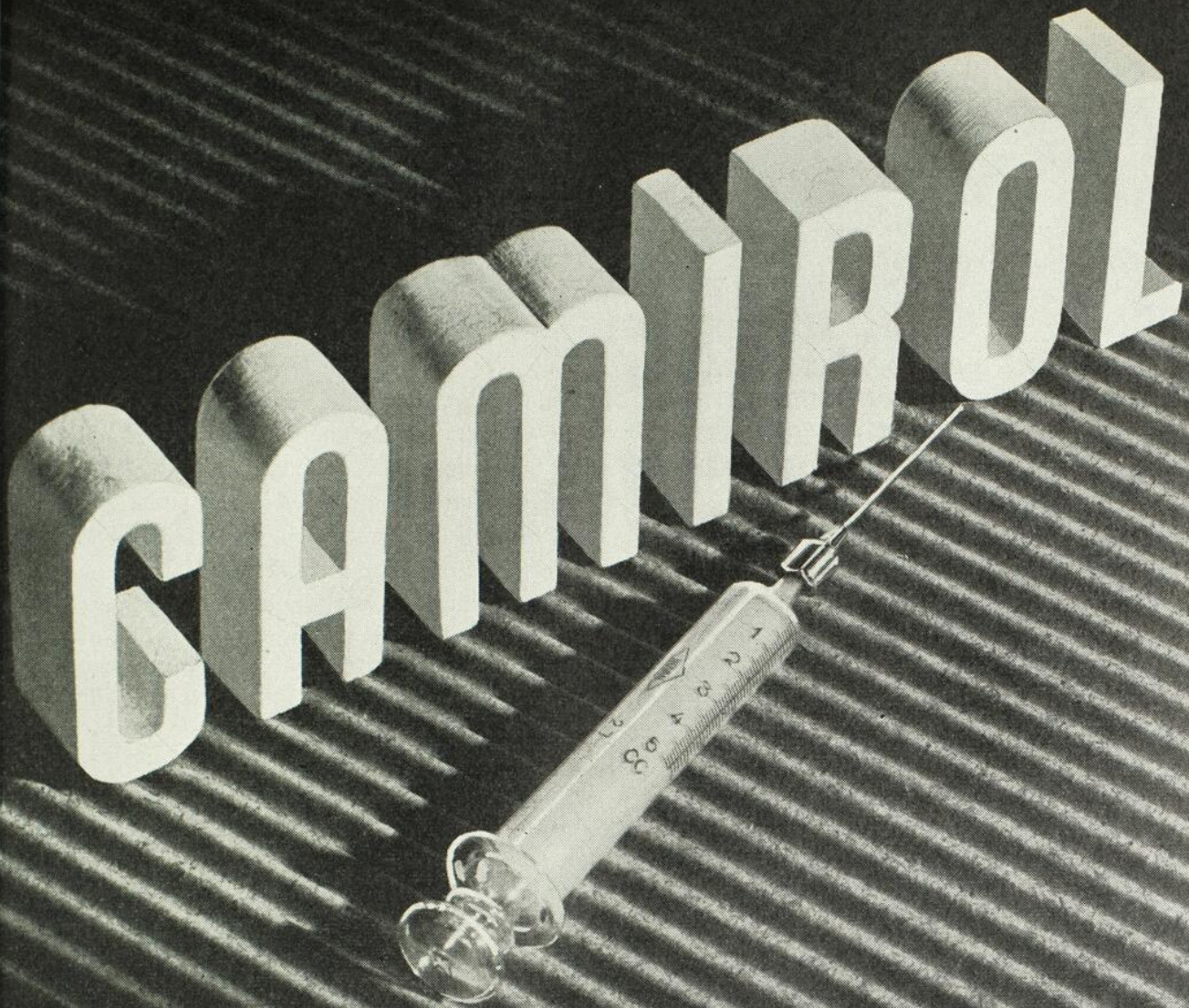
SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTRÉAL

Séance du 25 janvier 1943

1° M. Vianney Legendre: *Un nouveau poisson pour la province de Québec.*

2° MM. M. Blais, R. Genest et E. Robillard: *Éléments anatomiques du réflexe linguo-maxillaire.*

3° Elections.



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

NOUVELLES

ALLOCUTION DU PROF. PIERRE MASSON A L'OCCASION DE LA NOMINATION DU Dr L.-C. SIMARD A LA "SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA"¹

« J'ai quelque gêne à présenter le docteur Louis-Charles Simard à une réunion de ses amis, dont beaucoup sont des amis d'enfance et le connaissent autant et surtout depuis plus longtemps que moi. Leur présence ici est le témoignage de la fidèle sympathie qu'il a su leur inspirer.

« Aussi, n'est-ce pas l'ami Simard que je vais présenter ici, mais le Professeur agrégé Simard, dont nous fêtons, une fête à retardement, si j'ose dire, l'élection à la *Société Royale du Canada*.

« C'est en 1925, je crois, que je l'ai vu pour la première fois. J'étais allé rendre visite à mon collègue parisien, le professeur Roussy. Comme nous traversions le grand laboratoire réservé aux travailleurs bénévoles, il me présenta un tout jeune homme aux longs cheveux blonds, gravement assis devant un microscope. Comme c'était un Canadien, et que j'avais gardé d'un court séjour à Montréal, fait deux ans auparavant, un charmant souvenir, je crois que je fus aimable.

« L'année suivante, avec son ami le docteur Desgroseillers, Simard arriva dans mon bureau de l'Institut Pathologique de Strasbourg et me demanda la permission de travailler dans mon laboratoire où était déjà son ami Edouard Morin, de Québec.

« Naturellement, j'accédai à son désir, et Simard se mit à l'ouvrage. Il m'a avoué depuis que les débuts avaient été assez durs. Stras-

bourg n'est pas Paris. C'était une ville très intellectuelle, mais une ville relativement austère. On ne pouvait guère y faire autre chose que travailler, à condition d'en avoir le goût. L'adaptation fut rapide, et je crois que le docteur Simard ne regrette pas son séjour à Strasbourg. En tout cas, c'est là que j'ai vraiment fait sa connaissance et que j'ai pu apprécier son ardeur, son enthousiasme, son habileté technique, en un mot les qualités qui désignent l'homme de laboratoire.

« Il faut croire que l'impression que j'avais faite sur lui n'avait pas été trop défavorable puisque, l'année suivante, à la suite de démarches auxquelles il ne fut pas étranger, je venais moi-même à Montréal, diriger le département dont on lui avait confié l'intérim.

« Depuis le début de 1927, quinze ans, je partage avec Simard la vie de tous les jours. Nous nous rencontrons le matin à l'hôpital Notre-Dame et le soir à l'Université. Nous avons beaucoup travaillé ensemble, et je souhaite qu'il garde de notre collaboration un souvenir aussi bon que celui que j'en garde moi-même.

« Et c'est pendant ces quinze ans que j'ai assisté à l'ascension de Simard, à sa participation de plus en plus grande à l'enseignement, à ses recherches scientifiques. Je ne vous donnerai pas lecture de ses titres et travaux scientifiques et me bornerai à citer sa thèse d'agrégation, étude remarquable de la *Maladie de Paget du mamelon*, ses travaux sur l'origine des cellules argentaffines et enfin ses recherches sur les « Complexes neuro-insulaires du pancréas ».

« Enseignement et recherches n'ont pas suffi à absorber l'activité du docteur Simard. Comme tous, il a souffert dans son esprit

1. Prononcée le 28 décembre 1942, au Cercle Universitaire de Montréal.



Deux cuillerées à soupe de Navitol Malt Compound contiennent l'équivalent de :

Vitamine A	5,000 unités U.S.P.
Vitamine D	800 unités U.S.P.
Vitamine C	30 milligrammes
Chlorhydrate de thiamine	1 milligramme
Riboflavine	2 milligrammes
Niacinamide*	10 milligrammes
Calcium	750 milligrammes (2 gr. de phosphate tricalcique)
Fer	106 milligrammes (10 gr. de citrate de fer ammoniacal, 10 mg. en moyenne de fer assimilable)

* Recommandé par le Conseil National des Recherches — non officiel.

Dans les Cas de Nutrition Sub-Normale

Prescrivez le

NAVITOL MALT COMPOUND

* Le **NAVITOL MALT COMPOUND** corrige de façon appétissante, commode et efficace, les régimes déficients en vitamines et en sels minéraux. La dose recommandée pour les adultes — deux cuillerées à soupe (une once fluide, soit 40 grammes) — assure le minimum quotidien, ou le dépasse, de vitamines, de calcium et de fer assimilable. La dose suggérée pour les enfants est une cuillerée à soupe.

INDICATIONS

On conseille d'ajouter un supplément à l'alimentation de certains patients dont le régime est insuffisant en vitamines et en matières minérales indispensables. Il est aussi des cas où le régime semble adéquat mais conduit à la dénutrition par suite d'une alimentation difficile, d'un métabolisme élevé, d'une absorption ou d'une utilisation défectueuses, d'une destruction ou d'une évacuation trop rapides.

Le Navitol Malt Compound est bien accepté par les patients jeunes ou vieux. C'est un sirop miscible dans le lait et les autres liquides aqueux. Conditionné en pots d'une livre et de deux livres.

Pour imprimés, écrire à 36 Caledonia Rd., Toronto.

**E. R. SQUIBB & SONS
OF CANADA, Ltd.**

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES
POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

universitaire des vicissitudes qu'a traversées l'Université de Montréal. Il s'est jeté dans le mouvement qui a contribué grandement à son sauvetage, le mouvement d'*Action universitaire* créé par l'Association des Anciens de l'Université de Montréal, présidée avec le dévouement que l'on sait par M. Arthur Vallée. L'Association a d'ailleurs reconnu les mérites de Simard en le nommant et le renommant son Vice-président.

« Plus récemment, Simard s'est lancé dans la lutte contre le cancer en organisant à l'hôpital Notre-Dame un Centre anticancéreux. Ce Centre n'en est qu'à ses débuts, mais il promet et sans aucun doute, il tiendra.

« Entre temps, Simard a réussi ce qui est peut-être son chef-d'œuvre: il a épousé une femme accomplie, aussi charmante qu'intelligente, qui lui a donné trois enfants, à leur image à tous deux.

« Enfin, depuis quelques mois, il me remplace à la section médicale du « National Research Council ».

« Voilà bien des mérites, n'est-ce pas, et tous ceux qui les connaissent ne peuvent qu'applaudir à l'initiative de ceux qui ont voulu les fêter ce soir. »

A LA MEMOIRE DE DEUX VICTIMES DE LA GUERRE ¹

Une foule encore recueillie a conduit à sa dernière demeure un homme qui fait honneur à sa profession, à l'Université, au Canada français tout entier, le docteur Benjamin Bour-

1. *L'Union Médicale* a été profondément attristée de la mort du Prof. B.-G. Bourgeois, directeur du Journal. Nous regrettons que les obligations de la mise en pages et de l'impression de ce numéro nous aient empêchés de faire paraître dès février, et à la place d'honneur, une notice nécrologique digne de la valeur du regretté disparu. Le numéro de mars contiendra cet hommage posthume.

geois, mort brusquement à la suite d'une crise cardiaque. Homme droit et bon, chirurgien habile, audacieux et mesuré, tout dévoué à sa tâche de praticien et de professeur, le docteur Bourgeois avait l'estime de tous, de ses élèves, de ses collaborateurs directs, de ses nombreux clients, de ses collègues. Il avait leur estime, leur admiration, leur affection. Il souffrait depuis longtemps d'une affection cardiaque chronique, sujette à des crises périodiques; la dernière l'a enlevé à sa famille, à ses amis, à tous ceux que sa science et son habileté technique avait efficacement secourus, et qui lui gardaient une reconnaissance inaltérable.

Ceux qui l'ont approché, ces dernières semaines, savaient combien il avait souffert de la mort de son fils, courageux médecin canadien, mort à son poste de combat, pendant les premiers jours du débarquement allié en Afrique du Nord. Il souffrait profondément de cette disparition; les larmes emplissaient ses yeux et obscurcissaient son regard, bon et courageux, quand il était obligé de dire que l'obus qui avait tué son fils, dans sa salle d'opération, était un obus français, venant d'un canon pointé par un Français, commandé par un officier français. Hélas, dans quelle confusion sommes-nous!... Des soldats, des médecins canadiens, débarquent sur les terres d'Afrique, territoires français, pour libérer la France de l'oppression germanique; et des soldats français, commandés par des officiers français, les bombardent et les tuent à leur poste de combat. L'obus qui a tué le jeune Bourgeois a fait coup double: il a tué le fils brutalement; il a sûrement rapproché ou provoqué la fin du père.

En nous inclinant avec émotion sur la tombe du docteur Bourgeois, méditons sur cette fin tragique, et ne nous dérobon pas aux conclusions qu'elle comporte.

Emile VAILLANCOURT.

Indispensable

à la

DÉFENSE NATIONALE

OSMOPAK

est indispensable à la défense nationale

parce qu'il abrège considérablement les périodes d'incapacité et d'inaction pour les travailleurs blessés et infectés.

Osmopak excelle à circonscrire l'infection et constitue un traitement préliminaire de choix avant l'administration de sulfalinamide ou de sulfathiazol, tout particulièrement dans les plaies fermées qui présentent de l'oedème et de la gangrène.

A cause de son action osmotique durable et de son emploi commode, Osmopak supprime rapidement l'ancien pansement humide aux sels d'Epsom dans le traitement des processus inflammatoires. Osmopak circonscrit l'infection et par conséquent contribue à accroître la production industrielle.

Osmopak est présenté dans le commerce en pots d'une livre et demie. Nous vous fournirons sur demande, une documentation détaillée touchant ce produit.



IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MEDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL — MONTREAL

REUNION ANNUELLE DES DIRECTEURS DE "L'UNION MEDICALE"

Le 29 janvier, après un dîner conjoint des collaborateurs et des directeurs du Journal, au Cercle Universitaire, ces derniers tinrent leur réunion annuelle au cours de laquelle ils procédèrent à l'élection des membres de l'administration et de la rédaction, de même qu'à celle du publiciste, pour 1943.

Administration:

Président: Donatien Marion;
1er vice-président: C.-A. Gauthier;
2e vice-président: L.-C. Simard;
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal.

Rédaction:

Rédacteur en chef: Albert LeSage;
Secrétaire de la rédaction: Léon Gérin-Lajoie;
Secrétaires adjoints: Roma Amyot,
C.-A. Gauthier.

ELECTION CHEZ LES MEDECINS DE L'HOPITAL SAINTE-JUSTINE

Le 18 décembre dernier, il y eut à l'hôpital Sainte-Justine les élections du Conseil Médical et du Bureau Médical.

Ont été élus au Conseil Médical: MM. les docteurs J.-E. St-Onge, Gaston Lapierre, Henri Baril, Lucien Coutu et Willie Major, ce dernier agissant comme secrétaire. Le docteur Edmond Dubé, Directeur Médical de l'hôpital, fait partie *ex officio* du Conseil Médical.

Au Bureau Médical, les médecins se sont nommé comme président le docteur A.-Z. Crépault et comme secrétaire, le docteur Hermile Trudel.

Le terme d'office est d'un an tant au Conseil Médical qu'au Bureau Médical.

NOMINATIONS

Le docteur Paul Poirier, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, vient d'être nommé Président de la *Montreal Dermatological Society*.

Le docteur Alphonse Bernier en a été nommé le secrétaire.

Nos félicitations.

SURVEILLANCE ETROITE DES TUBERCULEUX

Un bref résumé du rapport préliminaire de la division de tuberculose, émanant du ministère de la Santé et du Bien-Etre social, nous révèle que cette division a terminé l'année 1942 avec un personnel de 22 médecins spécialisés, dont onze consacrent tout leur temps au dépistage de la tuberculose dans les comtés organisés en unités sanitaires, et les autres partagent leurs activités entre la clinique ou le dispensaire, et le traitement des tuberculeux dans nos divers sanatoria.

De nos 73 comtés ruraux, 63 sont organisés en unités sanitaires et bénéficient par conséquent de la clinique gratuite antituberculeuse. Actuellement, la province compte environ 3,200 lits pour le traitement des tuberculeux.

Le rapport des cliniques pour l'année 1941 révèle que les cliniciens de notre division ont examiné 56,100 personnes et ont diagnostiqué 1,809 nouveaux cas de tuberculose. Dans nos comtés ruraux, 16,524 membres du personnel enseignant ont subi leur examen clinique et radiologique obligatoire à la clinique ambulante; nos cliniciens en ont éliminé 212 de l'enseignement, pour cause de tuberculose active ou chronique.

Notre fichier central compte environ 8,000 noms de tuberculeux dépistés au cours des cinq dernières années par nos cliniciens ambulants, dans les comtés ruraux seulement.

La mortalité par tuberculose ayant tendance à augmenter dans notre province, elle est pas-



“ Ce tampon est sûr . . . et contrôle parfaitement l'écoulement ”

— SELON LES ÉTUDES CLINIQUES

“ Il est commode, confortable . . . et discret ”

— AFFIRME L'EXPÉRIENCE PROFANE

Les preuves cliniques bien établies et la grande préférence des profanes pour le tampon Tampax démontrent bien sa valeur exceptionnelle.

• • •

Tampax, non seulement fut créé par un médecin, mais des recherches* bactériologiques ont démontré que ce tampon ne cause pas d'irritation ou de dérangement dans la flore microbienne vaginale ou du pH des sécrétions. L'uniformité appropriée du format du tampon à la profondeur et à la largeur du vagin favorise l'absorption de l'écoulement.

• • •

Confirmant ces expériences cliniques, la préférence des profanes (plus d'un demi-billion déjà employés) démontre la facilité d'insertion du tampon Tampax, bien comprimé, au moyen de son mince applicateur . . . le confort absolu en raison de son expansion à plat « in situ » (exclusive à Tampax) . . . son action capillaire pour l'absorption de l'écoulement et la façon délicate de le retirer (sans même y toucher) facilitée par des piqûres croisées et la ficelle à l'épreuve de l'humidité. Pas de bourrelets, aucun danger d'odeur désagréable par la décomposition de l'écoulement à l'extérieur, enfin rien qui puisse trahir les menstruations.

• • •

En recommandant Tampax vous êtes assuré de sa fabrication scientifique, de sa valeur clinique de longue date et de la préférence générale des patientes.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION

533 College Street, Toronto, Ont.

* Magid, M. O. and Geiger, J.: *Intravaginal Tampon in Menstrual Hygiene. Medical Record, May, 1942.*



TAMPAX

TAMPAX

- SUPER
- REGULAR
- JUNIOR

ICITÉ ACCEPTÉE PAR
E JOURNAL OF THE
RICAN MEDICAL AS-
ATION”.



CANADIAN TAMPAX CORPORATION

533 College Street, Toronto, Ont.

Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons des trois formats de Tampax.

Nom

Adresse

Ville

sée de 76.5 en 1940 à 80.2 en 1941, il y a urgence d'intensifier la lutte contre ce terrible fléau en 1943. Le pourcentage de 1942 ne sera connu que dans quelque temps.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Faculté de Médecine

Nouvelles — Quelques activités de la Faculté de Médecine

Nous avons l'intention, à compter de ce jour, de publier, chaque mois, quelques renseignements concernant les activités de la Faculté de Médecine, en vue de renseigner le public médical.

A sa dernière réunion, le Conseil de la Faculté de Médecine a délibéré sur les questions suivantes:

1° Le département de la défense nationale adresse à tous les étudiants en Médecine de 4^e année une circulaire, afin d'établir leur status, à titre étudiant, en vue de l'enrôlement dans le R.C.A.M.C., après leur internat.

2° Le Conseil a pris connaissance d'un rapport très important et détaillé de l'organisation de l'Institut de Diététique. Le Doyen a communiqué à ses collègues l'extrait suivant que nous publions, à titre de renseignement, pour bien montrer quel intérêt il accorde à cet Institut, à cause de la question de nutrition, dont le public a été saisi dernièrement, par le gouvernement provincial et les autorités de la ville de Montréal.

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a pris l'initiative de présenter un cours nouveau, qui portera sur les sciences de nutrition et de diététique. Ce cours est spécialement destiné aux jeunes filles qui désirent se spécialiser en ces sciences et devenir les éducatrices compétentes qui sont en trop petit nombre chez les Canadiens-Français.

Carrière nouvelle pour nos jeunes filles désireuses d'améliorer la Santé publique par l'en-

seignement des lois de l'alimentation rationnelle. De ce fait, nous devenons la première et la seule école française à instituer un enseignement de nutrition et de diététique sur des bases scientifiques recommandées par la *Canadian Dietetic Association*. Ce cours durera quatre années et donnera droit au titre de B. Sc. en nutrition, titre analogue à celui décerné par les universités de McGill, Toronto, etc.

Dans le passé, l'enseignement de ces sciences fut laissé aux écoles ménagères, qui ne donnèrent pas aux sciences de bases, l'attention ni l'ampleur qu'exigent aujourd'hui d'une diététicienne, les nécessités modernes.

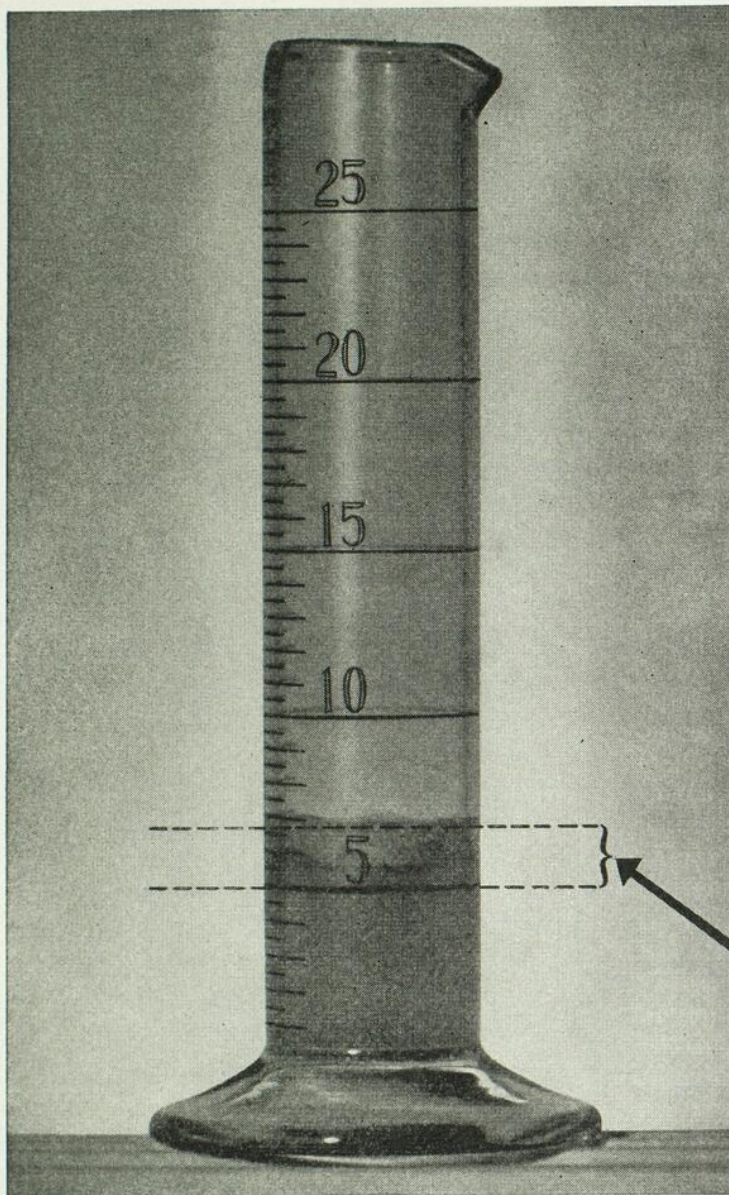
Par ailleurs, ces écoles ménagères ont été également les seules à exercer une influence bienfaisante et marquée sur la compréhension des besoins alimentaires de la population canadienne-française; nous leur en devons toujours une grande reconnaissance.

L'enseignement des sciences de bases, étant déjà organisé à l'université de Montréal à cause des cours qui se donnent aux étudiants en Médecine par les Facultés de Médecine et de Sciences, il restait à assurer l'enseignement destiné aux sciences de nutrition et de diététique proprement dites.

A la suggestion du sous-ministre de la Santé, le docteur Woodhouse, et du docteur Jesse Brodie, doyenne du *Household Science Department* de Toronto, la Faculté de Médecine a retenu les services de Mlle Doreen M. Smith, Ph. D., professeur de chimie alimentaire pendant 12 ans à l'Université de Toronto. Docteur Smith avant d'entrer en fonction a visité les universités de Cornell, Syracuse et quelques autres, pour y étudier les programmes et les méthodes modernes qui sont aujourd'hui enseignées dans des institutions de ce genre.

Docteur Smith est assistée de Mlle Rachel Beaudoin, bachelière es-sciences avec « Major » en nutrition, de l'Université Cornell,

LE VOLUME LIQUIDE S'ÉLÈVE À 34% AVEC LA SOLUTION DE SAL HEPATICA



La popularité de SAL HEPATICA s'est constamment accrue chez la profession médicale en raison de son efficacité dans la constipation. Il n'y a pas de moyen plus efficace pour chasser les déchets de l'intestin que le volume liquide fourni par une solution de Sal Hepatica . . . laxatif léger, rapide et efficace.

Une récente et remarquable expérience confirme les faits déjà connus des qualités de Sal Hepatica à fournir le volume liquide nécessaire à l'intestin. Après l'introduction d'une solution laxative de Sal Hepatica dans une anse isolée de l'iléon d'un chien, on observa une augmentation de 34% du volume liquide durant la période d'une heure pendant laquelle l'anse isolée demeura dans la cavité intestinale.

La masse liquide fournie par Sal Hepatica stimule le péristaltisme et maintient l'équilibre liquide d'une alimentation rationnelle. Les substances salines contenues dans le Sal Hepatica neutralisent l'hyperacidité gastrique et aident à l'écoulement de la bile. Littérature sur le savoureux effervescent Sal Hepatica envoyée sur demande.

Le volume de la solution de Sal Hepatica (force laxative) s'éleva à 34% après une heure dans une anse de l'intestin grêle d'un chien. La solution purgative atteint un volume de 204% dans la même épreuve.

SAL HEPATICA

SUPPLIES LIQUID BULK TO FLUSH
THE INTESTINAL TRACT



Bristol-Myers Company, 3035, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.

Ithaca, N.-Y. Elle vient également de terminer son année d'internat en diététique à l'hôpital civique d'Ottawa.

Sœur Barcelo, religieuse de l'Hôtel-Dieu de Montréal, diététicienne reconnue par l'Association américaine assistera également docteur Smith.

Pour s'inscrire à ce cours les élèves doivent posséder le diplôme de Lettres-Sciences ou le certificat de 12^e année de High School. Depuis le début, 13 élèves suivent assidument les cours; deux religieuses dont l'une de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, l'autre, de l'Hôtel-Dieu de St-Joseph de Campbellton, N.-B.; trois gardes-malades de la ville de Québec, boursières du gouvernement provincial; les autres sont des jeunes filles de la région de Montréal, la plupart bachelières.

Un champ d'action extrêmement varié attend nos jeunes filles après leur graduation; les services gouvernementaux fédéral et provincial, en ont un grand besoin pour l'éducation de la population.

Les compagnies de produits alimentaires réclament des jeunes filles compétentes bilingues pour l'annonce et les recherches dans leurs laboratoires. Les hôpitaux, les hôtels, les grands magasins ont un besoin immense de diététiciennes pour prendre la direction de leurs salles à manger, restaurants, cafétérias, etc.

La Faculté de Médecine en créant un enseignement de ce genre, a fait encore le premier pas chez les Canadiens-Français pour l'amélioration de la santé par l'alimentation rationnelle.

3^e Chaire d'Histologie et d'Embryologie. Nous annonçons que le professeur Wilbrod Bonin a été élu membre du Conseil de la Faculté, pour remplir la vacance à la chaire d'Histologie et d'Embryologie de l'Université de Montréal.

4^e Histoire de la Médecine. M. le docteur Philippe Panneton a été « chargé » de donner

les cours sur l'*Histoire de la Médecine*, pour remplacer M. le docteur Saint-Jacques, atteint par la limite d'âge. Voici le programme de ses cours:

1^e leçon: **La Médecine ancienne sauf les Grecs**

Préambule. Nécessité de l'Histoire de la Médecine.

La Médecine dans la préhistoire.

Le médecin aux Indes, en Assyrie, en Egypte, chez les Hébreux, chez les Chinois, etc.

(Chaque leçon sera accompagnée de lecture de quelques textes brefs. Pour cette première leçon, par exemple, un paragraphe du livre du docteur Saint-Jacques et quelques versets du Lévitique.)

2^e leçon: **La Médecine chez les Grecs**

La période légendaire. Explication des symboles médicaux.

Hippocrate et son école.

(Passages d'Aristophane, Hippocrate, Thucydyle et de Platon.)

3^e leçon: **L'école d'Alexandrie**

La Médecine chez les Romains jusqu'à la chute de l'Empire.

(Passages de Martial et de Lucrece.)

4^e leçon: **De la dissolution de l'empire romain jusqu'à la découverte de l'Amérique**

Les Arabes. Développement des écoles européennes. L'École de Salerne.

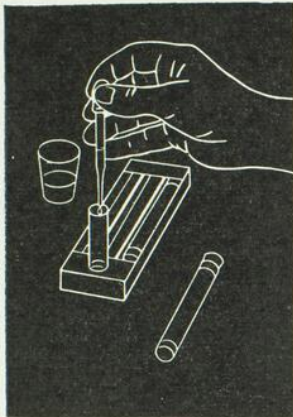
(Texte de: les Mille et une Nuits; les aphrodismes de Salerne; Rabelais; Vinci et Don Quichotte.)

5^e leçon: **De la découverte de l'Amérique jusqu'au commencement du XVIII^e siècle**

Les grands anatomistes. Début de la physiologie. Début de la clinique avec Sydenham.

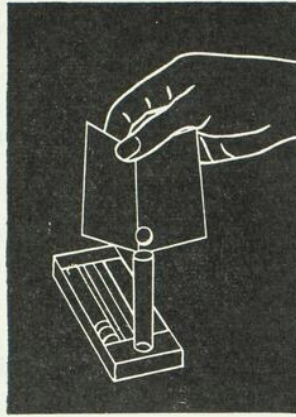
CLINITEST

**LA NOUVELLE ANALYSE QUALITATIVE DU SUCRE DANS
L'URINE AU MOYEN DE COMPRIMÉS SE FAIT
AUSSI FACILEMENT QUE CECI:**



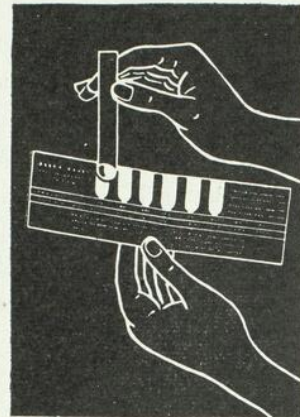
①

5 gouttes d'urine plus
10 gouttes d'eau.



②

Faites-y tomber un
comprimé.

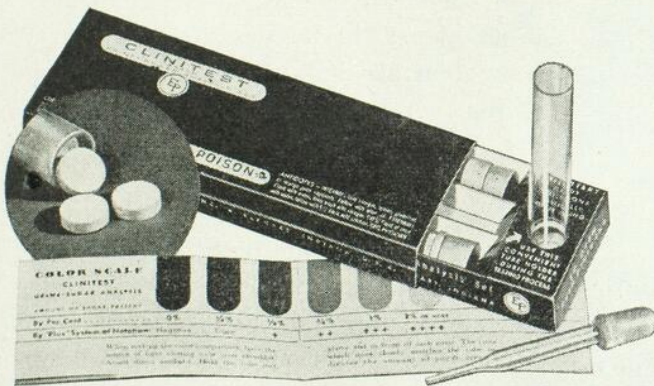


③

Comparez avec l'échelle
des couleurs.

TEMPS REQUIS - Même pas une minute!

SÛRE — La Méthode Clinitest avec Comprimés est une modification de la méthode bien connue de Benedict; elle garde la progression familière des couleurs du bleu jusqu'à l'orange en passant par le vert, indiquant le sucre à 0%, 1/4%, 1/2%, 3/4%, 1%, 2% et plus.



ÉCONOMIQUE — Le nécessaire complet (avec comprimés pour 50 analyses) se vend au malade pour la somme modique de \$2.00. Comprimés de rechange (pour 75 analyses) — \$2.00.

Écrivez pour recevoir de la documentation descriptive.

En vente dans les pharmacies d'ordonnances.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada

FRED. J. WHITLOW & CO., LTD., 187 DUFFERIN STREET, TORONTO.

Textes d'Ambroise Paré, de Molière, de Lafontaine, etc.)

6e leçon: **XVIIIe siècle**

Développement des Ecoles. Naissance de la Médecine science. (Textes divers.)

7e leçon: **De 1800 à 1875**

Développement de l'observation. Naissance des différentes méthodes modernes. Début de l'ère pasteurienne.

(Texte de Balzac: Le Médecin de Campagne. Claude Bernard.)

8e leçon: **De 1875 à 1914. La Médecine et les Laboratoires**

Triomphe du pasteurisme.

Expansion des laboratoires.

La médecine rationnelle.

9e leçon: **Histoire de la Médecine en Amérique**

La Médecine avant les européens.

De l'origine américaine de la syphilis.

La Médecine sous la domination française.

Les lois successives sur l'exercice de la Médecine.

Développement de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

(Texte: ordonnance de Bigot sur la pratique médicale.)

10e leçon: **De 1914 à nos jours**

La guerre de 1914. Tendances actuelles de la Médecine.

Importance de la clinique appuyée sur les laboratoires.

Participation de la physique, de la chimie et des mathématiques. Effort international.

Le rôle social du médecin.

Les devoirs actuels du médecin.

(Textes: Daudet: les Morticoles. Jules Romains: Knock.)

Le premier cours a eu lieu le mercredi 3 février. Le public y est invité.

5° *Nominations.* M. le docteur Emile Ménard, de l'hôpital Notre-Dame, a été nommé assistant, à titre d'enseignement, en médecine.

M. le docteur Pierre Meunier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a été nommé assistant, à titre hospitalier, ainsi que MM. J.-L. Pilon, à l'hôpital du Sacré-Cœur, et Antonio Samson, qui permute de l'hôpital du Sacré-Cœur à l'hôpital Sainte-Justine.

Enfin, M. le docteur Pierre Smith a été nommé assistant, à titre hospitalier, en pathologie chirurgicale.

M. le docteur Jean Frappier a été nommé assistant provisoire à la chaire d'Histologie et d'Embryologie.

6° *Médecine sociale.* Enseignement complémentaire aux élèves de 5e année.

A propos d'une lettre du ministère de la Santé, à Québec, demandant la collaboration de la Faculté dans la lutte anti-vénérienne, l'Exécutif discute la question de la médecine sociale.

Il est d'avis qu'un enseignement complémentaire soit donné aux élèves finissants (5e année) sur la lutte anti-vénérienne, la lutte anti-tuberculeuse, la loi des accidents du travail, les règlements de la médecine industrielle, etc., et que cet enseignement soit sanctionné par des examens.

7° *Fondation Kellogg.* La Faculté de Médecine a reçu un don de \$10,000.00 de la Fondation Kellogg, qu'elle a affecté à des prêts aux élèves de P.C.B. et de première année de Médecine, qui seraient empêchés de commencer leur cours, à moins d'être aidés financièrement.

La Faculté de Médecine a accordé des prêts à 29 élèves sur 70, pour une somme de \$8,600.00.



Quand la
PRESSION ARTERIELLE
S'ÉLÈVE

NEUTRALISEZ SES ACCÈS EXPLOSIFS PAR LE

VERATRITE

Les accès explosifs et les bouffées d'hypertension doivent être évités. Vératrite vous aidera à les prévenir. Ce produit procure un soulagement prolongé au cours des périodes d'exacerbation et de rémission que présentent les hypertendus.

On devra en établir la dose d'après l'abaissement des pressions systolique et diastolique que l'on aura enregistré à la suite de son administration. Vératrite est constamment soumis dans nos laboratoires à une double standardisation chimique et biologique. Il s'administre par la bouche.

Nous vous fournirons sur demande une plus ample documentation touchant ce produit.

Présentation en flacon de 100 comprimés



IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL — MONTREAL

8° *American Philosophical Society de Philadelphie.* L'*American Philosophical Society* a accordé une subvention de \$1,800.00 au laboratoire de physiologie de l'Université de Montréal, pour travaux de recherches.

9° *National Research Council.* Le *National Research Council* offre de distribuer certaines sommes d'argent, en vue des travaux de recherches en rapport avec la guerre. La Faculté de Médecine a nommé un comité, composé de MM. Pierre Masson, Georges Baril, Jean Frappier, Edmond Dubé et Henri Laugier, auxquels devront s'adjoindre 5 chirurgiens

canadiens-français, en vue de poursuivre ces travaux.

D'autre part, le même Institut National de Recherches offre une somme de \$2,400.00 par année pour des travaux de recherches en *chirurgie orthopédique.*

Telles sont les quelques nouvelles utiles à connaître parmi tant d'autres et qui démontrent certaines des activités de la Faculté de Médecine.

Albert LESAGE,
Doyen.

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

LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR



« Celui qui souffre de céphalée doit manger des oignons avec du miel, il doit éviter de s'asseoir dans les rayons du soleil, s'abstenir de travailler et de se baigner. »

Tiré de *Aztec Herbal* en 1552.

HIER — *Si compliqué*
AUJOURD'HUI — *Si simple*
SEULEMENT ASPIRIN

L'Aspirin s'avère efficace non seulement dans le soulagement des céphalées, mais aussi bien dans les rhumes, les affections rhumatismales, la névralgie, l'influenza, la névrite.

Le malade éprouve un soulagement rapide et peut vaquer à ses occupations normales.

L'Aspirin a été pendant près d'un demi-siècle l'un des agents thérapeutiques le plus en usage dans l'armamentarium du médecin.

Chaque comprimé d'Aspirin contient la dose complète du médicament pur — presque entièrement exempt d'acides salicylique et acétique libres.

En raison d'un procédé particulier, les comprimés se désagrègent rapidement dans l'estomac.



ASPIRIN

Nom déposé au Canada.

THE BAYER COMPANY, LIMITED

1019 Elliott Street West,

Windsor, Ontario.

REVUE DES LIVRES

Revue Canadienne de Biologie, no 7, décembre 1942.

Le dernier numéro de la *Revue Canadienne de Biologie* de 1942 vient de paraître. C'est le 7^e fascicule paru au cours de l'année. La Revue qui avait promis 500 pages de texte à ses abonnés leur en a fourni 800.

Le dernier numéro comprend 4 articles en français et 1 article en anglais.

Messieurs Dugal et Laugier exposent leurs recherches sur la cicatrisation des plaies et sur l'influence accélératrice que manifestent à cet égard les substances comme l'acide oxalique et l'oxalate de sodium qui précipitent le calcium. Ces recherches doivent comporter des applications au traitement des plaies de guerre.

Messieurs Masson, Riopelle et Simard dans un travail largement illustré exposent l'origine de certaines tumeurs communes aux deux sexes.

M. Cahen met en relation l'efficacité de certaines substances qui provoquent le sommeil avec leurs constitutions chimiques.

Enfin, Messieurs Babkin, Schachter, Dworkin et Rosenberg démontrent une méthode qui permet de conserver pendant plusieurs jours l'acétyl-choline dans le sang.

A la suite de ces mémoires se trouve une bibliographie de livres récents sur la Biologie et la Médecine. Enfin, ce dernier fascicule comprend une table des matières par auteurs et par sujets correspondant à toutes les publications parues dans la revue au cours de l'année.

POUR CLORE UNE SUCCESSION:

2 Cystoscopes, un pour adulte, un pour enfant; 2 séries complètes de sondes métalliques, Dufault, Collin.

S'adresser à J.-E. Carpentier, 3726, rue Saint-Hubert, Montréal. Tél.: LA. 8674.

**“Mon médecin se rappelle que je suis une personne
autant qu'un cas d'ulcère d'estomac”**

... alors il prescrit un médicament que je peux prendre en tout temps et en tout lieu’



Les COMPRIMÉS CREMORIN sont commodes et de saveur agréable

Les **COMPRIMÉS CREMORIN** consistent en un gel amphotère d'hydroxyde d'alumine sous une forme particulièrement agréable dans le traitement de l'hyperacidité gastrique et dans les cas ambulants d'ulcère peptique. L'entière coopération des malades est assurée parce que ces comprimés ne leur causent aucun ennui. On peut les transporter dans les goussets d'habits ou dans la bourse et ils se

prennent en tout temps et en tout lieu, avec ou sans eau. Aucun mélange ou dilution: on les mâche tout simplement. Ces com-

primés ont une saveur agréable et ne laissent pas de particules de poudre donnant une sensation d'âpreté dans la bouche.

Les **COMPRIMÉS CREMORIN** possèdent des qualités antiacides remarquables permettant un dosage minimum. En moins d'une demi-heure un comprimé neutralise 48 c.c. au moins de N/10HCl (réactif de Toepfer). Ces comprimés calment rapidement la douleur, favorisent la prompt cicatrisation et, à l'encontre des alcalins absorbables, leur administration peut se continuer durant une période prolongée sans provoquer un retour d'hyperacidité gastrique ou un danger d'alcalose.



Cremorin **COMPRIMÉS**

FLACONS DE 50 ET DE 200

Marque de commerce enregistrée au Canada

Thérapeutique moderne non alcaline dans les cas d'ulcère peptique et d'hyperacidité gastrique.

**ALBA PHARMACEUTICAL DIVISION
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.**

Succursale au service de MM. les Médecins:
Immeuble "Dominion Square"
MONTREAL, P. Q.

Administration et Laboratoires à:
1019 ouest, rue Elliott,
WINDSOR, Ontario.

NÉCROLOGIE

CHARLES-AUGUSTE DECARY (1897-1942)

La mort récente du docteur C.-A. Decary a causé un grand deuil à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, et j'oserais même ajouter qu'elle a laissé un vide difficile à combler.

Pour les quelques 250 médecins qui furent témoins de cette fin dramatique, ce fut un choc que suivit une consternation profonde indescriptible.

Né à Montréal le 17 novembre 1897, le docteur C.-A. Decary fit ses études classiques chez les Jésuites au Collège Ste-Marie, puis il étudia la Médecine à l'Université de Montréal et fut admis à la pratique de sa profession au mois de juin 1921. Après deux années d'internat à l'Hôtel-Dieu de Montréal, il suivit un cours de perfectionnement de trois années et demie au « Taunton State Hospital », près de Boston.

Il fit un stage au « Boston Psychopathic Hospital » et à son retour à Montréal, il fut médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le 20 avril 1929, il devint assistant dans le service de médecine de l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc et le titre d'assistant régulier lui fut accordé par l'Université de Montréal, le 24 décembre 1930. Le 27 mai 1935, il fut nommé chef de service en médecine par le Conseil médical de l'hôpital, poste qu'il occupa jusqu'à sa nomination comme surintendant médical, le 29 janvier 1936.

Dès lors, il se voua à la restauration de tous les domaines de l'hôpital, à l'amélioration des services médicaux et à la modernisation de cette partie qui, autrefois, était l'unique immeuble de la « Montreal Maternity ».

Du matin jusqu'au soir et quelques fois tard durant la soirée, on pouvait le voir, arpentant les corridors, de la cuisine jusqu'aux salles d'opération, recherchant dans tous les recoins

les moyens d'améliorer cet hôpital dans le but de le rehausser tant dans le domaine scientifique que matériel, et déjà, les départements de radiologie, d'obstétrique, de chirurgie et des dispensaires en étaient tout transformés.

Son ambition était de faire de Ste-Jeanne-d'Arc, son œuvre, c'est pourquoi il consacra une grande partie de son temps à son accomplissement.

C'était avec un air quelque peu fatigué et parfois soucieux qu'il nous accueillait, assis à son bureau recouvert d'une multitude de papiers, mais bientôt un large sourire nous laissait prévoir un résultat positif à nos multiples demandes.

En plus du travail immense que comportait la charge de surintendant de l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, il assumait en même temps plusieurs tâches.

Il était de plus, gouverneur à vie de l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc, président du Collège Marie de France Inc., gouverneur et directeur de l'Association d'hospitalisation du Québec, organisation nouvelle des questions hospitalières qu'il connaissait si bien et dont il se faisait l'habile défenseur.

Son zèle ne se limitait pas seulement aux hôpitaux, car il était aussi directeur de l'Assistance sociale aux familles, membre du Conseil des hôpitaux de Montréal et aussi du Club de Réforme, enfin médecin du « Life Extension Institute de New-York », membre de la Société Médicale de Montréal et « Fellow of the American Psychiatric Association ».

Le 3 octobre 1927, il épousa mademoiselle Raymonde Genest, fille de monsieur et madame Edgar Genest, de Sherbrooke, dont il eut deux enfants pour lesquels il entrevoyait un avenir très prometteur.

J'ai connu le docteur Decary dès son entrée à l'hôpital et depuis nous n'avons cessé de travailler ensemble à élaborer des plans, à vain-

ere des obstacles, à standardiser le Bureau médical, mais lorsqu'il fut obligé d'aborder des situations graves, il se plaisait à nous avouer que dans ces cas, le meilleur de ses conseillers était encore et toujours madame Décary, sa femme.

Fortement appuyé par un Bureau d'Administration qui avait mis toute sa confiance en ses capacités et bien secondé par les religieuses et le Bureau médical, le docteur Décary avait toujours de nouvelles ambitions d'agrandissement et de modernisation de l'hôpital qui se sont d'ailleurs réalisées sous sa direction. Son caractère au premier abord pouvait faire croire qu'il était intransigeant, mais tous ceux qui l'ont connu savent bien jusqu'à quel point sa timidité le rendait quelques fois nerveux, cependant l'horizon n'avait pour lui aucune limite et les multiples charges qui lui incombaient ont eu sur son état physique un effet malheureux.

Depuis quelques mois, il m'avouait sa fatigue et malgré tout il a voulu continuer à lutter pour ses confrères jusqu'au bout, car au moment de sa mort il nous entretenait encore des questions médicales et hospitalières tant sa force de volonté était grande et tant il avait à cœur d'en faire profiter ses confrères de la profession médicale.

Je profite de cette occasion pour exprimer les regrets sincères d'un ami et de tout l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc à madame Décary, à ses deux enfants ainsi qu'à sa famille.

P.-A. BELANGER,

Président du Bureau médical.

LE DOCTEUR CHARLES SAINT-PIERRE (1878-1943)

Nous avons le regret d'annoncer le décès d'un de nos médecins canadiens les plus distingués, le docteur Charles Saint-Pierre. Nous publions quelques notes biographiques qui démontrent ses activités. Il est regrettable que

nous soyons privés des services de tels hommes dont l'expérience, si chèrement acquise, ne puisse servir plus longtemps.

Le docteur Charles Saint-Pierre, médecin bien connu de Montréal et lieutenant-colonel de l'armée canadienne, est décédé, lundi matin le 11 janvier, à l'Hôtel-Dieu dont il était médecin depuis plus de vingt-cinq ans.

Né aux Trois-Rivières le 29 juillet 1878, le docteur Saint-Pierre était fils d'Antoine Saint-Pierre et de Sévérine Bettez. Il commença ses études chez les Frères des Ecoles Chrétiennes, les continua au Séminaire des Trois-Rivières et termina son cours classique au séminaire St. Dunstan, Ile-du-Prince-Edouard.

Puis il étudia la Médecine à l'Université de Montréal, fut chef interne à l'hôpital Notre-Dame durant un an, et, toujours anxieux de perfection dans son art, il s'embarqua pour Paris où il suivit les leçons cliniques et fut élève du Professeur Letulle pendant deux ans.

De retour au pays, le docteur Saint-Pierre ne tarda pas à se tailler une clientèle choisie dont il avait grand soin et qui ne lui fit jamais défaut. Il était tellement au devoir professionnel qu'il ne prit jamais de vacances pour ne pas abandonner ses malades même quelques jours. Bientôt attaché au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, il y venait régulièrement chaque matin travailler plusieurs heures sous la direction du Professeur Latreille d'abord, puis plus tard sous M. le professeur Pierre Masson.

Le docteur Saint-Pierre était assistant au cours d'anatomie pathologique à l'Université de Montréal, lorsque son zèle patriotique le fit s'enrôler volontairement en mai 1915 comme médecin militaire pour service outre-mer avec l'hôpital de Saint-Cloud organisé par le lieutenant-colonel Arthur Migneault, M.D. Dès l'arrivée en France de l'Hôpital universitaire Laval, sous le commandement du lieutenant-colonel Georges Beauchamp, le docteur Saint-Pierre rejoignit cette Unité et ne revint au Canada qu'une fois la guerre terminée, avec le titre de lieutenant-colonel.

L'expérience acquise durant ces quatre années de service militaire fut mise au profit de l'enseignement et des clients du docteur qui lui étaient de plus en plus attachés.

Dès l'entrée du Canada dans la guerre mondiale actuelle, le docteur Saint-Pierre fut appelé au service militaire et fut nommé chef du laboratoire du Bureau central de recrutement de Montréal et il y travaillait encore lorsque la maladie qui devait le terrasser s'est déclarée.

Après une vie bien remplie en bon chrétien, le docteur Saint-Pierre a généreusement fait son sacrifice et, muni des derniers sacrements, il est entré dans l'éternité, laissant partout où il est passé le souvenir d'un ami fidèle, toujours prêt à rendre service et d'une grande générosité.

Le docteur Saint-Pierre laisse pour pleurer sa perte trois sœurs dont deux religieuses et trois frères: Sœur Marie Amabilis, Franciscaine de Marie, missionnaire au Japon depuis quarante ans, Sœur Saint-Pierre de la Résurrection, de la Congrégation Notre-Dame, madame Elmer Lamarche, des Trois-Rivières, le docteur Alexandre, le docteur Willie et M. Georges Saint-Pierre, tous de Montréal.

LA REDACTION.

LE DOCTEUR J.-A. DUHAMEL

Le docteur J.-A. Duhamel est décédé tout récemment à l'âge de 73 ans. Le défunt était professeur d'anatomie à la Faculté de chirurgie dentaire de Montréal et avait obtenu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1894.

LE DOCTEUR GODFROY TURCOT

Le docteur Godfroy Turcot, major dans l'armée canadienne, est décédé le 18 décembre 1942, à l'âge de 74 ans. Le défunt avait été médecin de l'arsenal de Québec durant 35 ans. Il avait reçu son doctorat de l'Université Laval de Québec en 1892.

LE DOCTEUR LOUIS-JOSEPH MOREAULT

Le docteur L.-J. Moreault est décédé le 1er janvier 1943 à l'âge de 60 ans. Le défunt était député du comté de Rimouski au gouvernement provincial depuis 16 ans et maire de la ville de Rimouski. Le docteur Moreault avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Québec qui lui remit son doctorat en 1907.

Le défunt était un personnage important de sa région, non seulement par ses fonctions de député et de maire, mais aussi par son dévouement comme médecin, et comme participant, sinon comme organisateur, de nombreux mouvements sociaux et religieux de son comté.

LE DOCTEUR J.-M. MALCHELOSSE

Le docteur J.-Maurice Malchelosse est décédé durant le mois de novembre dernier à l'âge de 65 ans. Le défunt était un diplômé de l'Université Laval de Montréal où il obtint son doctorat en 1904. Il exerçait à Manceau depuis 1913.

LE DOCTEUR EUSEBE-N. CHEVALIER

Le docteur E.-N. Chevalier est décédé le 2 janvier à l'âge respectable de 92 ans. Le défunt était un ancien étudiant de l'Université McGill où il termina ses études médicales en 1872. Depuis, il pratiquait la médecine à Iberville. Il avait été coroner du district de Saint-Jean de 1897 à 1923.

La région de Saint-Jean vient de perdre, dans la personne du docteur Chevalier, un de ses plus vieux citoyens.

LE DOCTEUR AIME LAMONTAGNE

Le docteur Aimé Lamontagne est décédé le 19 janvier, à l'âge de 63 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat en 1904 de l'Université Laval de Montréal. Il exerçait à Montréal depuis 39 ans.



*Préparations scientifiques pour la
thérapeutique endocrinienne*

OESTRILIN, folliculine polyvalente, solution huileuse, ampoules de 1 cc. 2500 U.I. et 10,000 U.I. Aussi, Suppositoires Vaginaux, 2500 U.I.

PROGESTILIN, hormone lutéale pure naturelle en solution huileuse de 1 cc. 1 U.I. et 2 U.I.

STIBILIUM, (diéthylstilbestrol) comprimés de 1 mg. et 5 mgms. (striés pour en faciliter la division)

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL • MONTREAL
(DIVISION D'ENDOCRINOLOGIE)

Médications Iodées nouvelles d'application pratique dans le traitement de l'iodémie

IODAMINOL

Prothyroxine Synthétisée par liaison d'iode à des acides aminés. Dépourvue de toxicité. Aucun danger d'iodisme.

INDICATIONS

Prévention du goitre. Troubles de la thyroïde. Médication iodée dans le traitement des Rhumatismes et de l'Artériosclérose.

Posologie: Un à trois comprimés par jour selon le cas.



THYRONOL

Extrait de thyroïde dont la teneur en iode est augmentée à 0.5% par addition d'Iodaminol.

INDICATIONS

Hypothyroïdie. Traitement synergique des troubles ovariens; Croissance; Obésité.

Comprimés d'1/4 gr. (0.015)

" 1 gr. (0.06)

Flacons originaux de 100 comprimés

Plus active et moins toxique que la thyroïde ordinaire

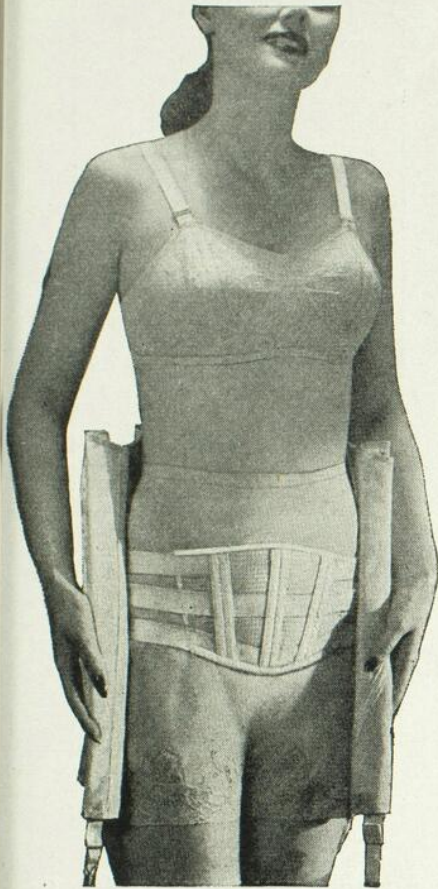
Posologie: de 1/4 de gr. à 3 grs. par jour.



LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL • MONTREAL

(DIVISION D'ENDOCRINOLOGIE)

Les moyens de support sont importants dans la correction de la Viscéroptose . . . si



Le support prescrit est *dessiné individuellement* pour la malade afin de remédier aux troubles révélés par le diagnostic. **TOUT SUPPORT SPENCER EST DESSINÉ INDIVIDUELLEMENT POUR CELLE QUI DOIT LE PORTER!**

Quand vous prescrivez un support Spencer, chaque section, chaque ligne, est dessinée, taillée et faite pour répondre aux besoins spécifiques de la seule personne qui doit le porter.

Ne confondez pas les supports Spencer dessinés individuellement avec ceux qui sont simplement « faits sur mesure ». La différence entre les deux est grande! Tout Spencer est dessiné dans le but de restaurer l'attitude de la malade.

Pour la personne qui souffre de viscéroptose, les dessinateurs de Spencer créent un support spécial qui guide le corps vers une bonne attitude et replace les viscères descendus dans leur position fonctionnelle. Le bord inférieur du support abdominal se trouve au niveau de la partie supérieure de la symphise du pubis; puis le haut du support est dessiné pour s'ajuster moins serré, afin qu'il n'entrave pas le relèvement.

Les supports de Spencer sont faits de tissu qui ne s'étire pas. Ils sont légers, flexibles, confortables, durables, lavables et s'ajustent aisément. Les personnes qui portent un Spencer épargnent de l'argent, chaque Spencer étant *garanti* ne JAMAIS perdre sa forme. Les supports ordinaires perdent vite leur forme et on doit les mettre de côté avant qu'ils ne soient usés.

Si vous désirez faire servir votre malade chez elle, à votre bureau ou à l'hôpital, consultez le bottin du téléphone, sous la rubrique « Corsetières Spencer » ou écrivez-nous directement. La corsetière Spencer se tiendra en communication avec la cliente, une fois le support livré, afin de lui assurer, aussi bien qu'à vous, une satisfaction permanente.

Ci-dessus: Le corset Spencer avec support abdominal, alors qu'il est ouvert découvrant la partie abdominale. Celle-ci est séparée et s'ajuste en plusieurs points à divers degrés de support.



A droite: Même support complètement ajusté. Les femmes apprécient son extérieur uni.

Supports SPENCER

dessinés individuellement

pour l'abdomen, le dos et les seins

DEMANDEZ LA BROCHURE

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED, Rock Island, P. Q.

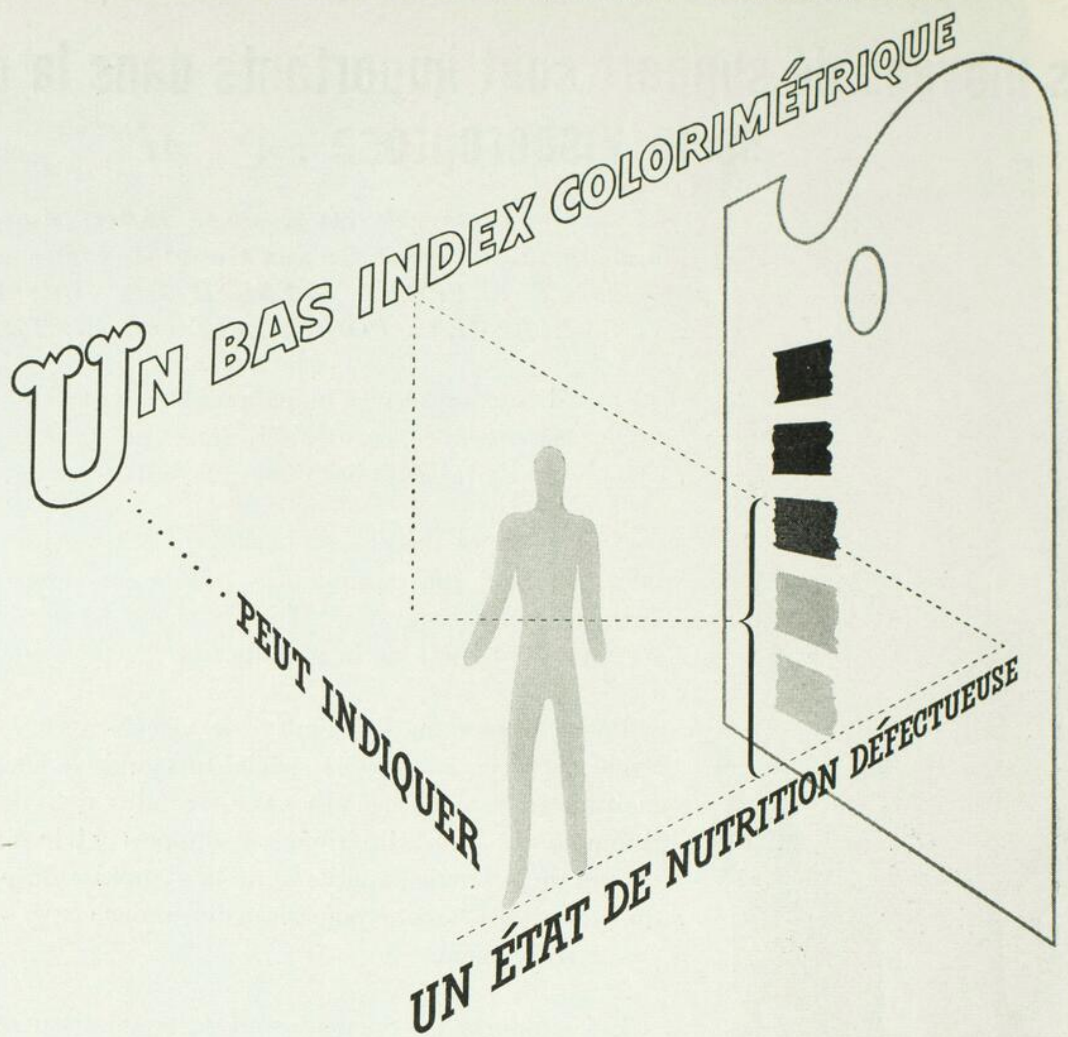
Aux Etats-Unis: 137-A, ave Derby, New Haven, Conn.

En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".



..... M.D.
 Adresse



Une colorimétrie du sang montrant une faible couleur indique l'anémie hypochrome, qui à son tour suggère une carence de fer. Or, dans les cas d'une telle déficience, il y a presque toujours d'autres éléments nutritifs qui font défaut dans le régime alimentaire.

LE CONCENTRÉ FERRUGINEUX DE FOIE UPJOHN

se compose de fer à l'état ferreux en plus du concentré de foie, celui-ci étant fortifié en vitamines du complexe B. Chaque capsule contient: Sulfate Ferreux, 3 $\frac{3}{5}$ grs.; Concentré de Foie, 7 grs.; combinés à un supplément de vitamines, de façon à présenter approximativement: Vitamine B₁, 125 unités internationales; Riboflavine (B₂), 125 gamma; Acide Nicotinique, 5 mg.

En bouteilles de 60 et de 500 capsules



Fabricants des meilleurs produits pharmaceutiques depuis 1886

“Ce biceps résulte de l'ingestion de lait”

En insistant auprès des parents sur l'efficacité d'une alimentation riche en lait pour les enfants en croissance, les médecins accomplissent un devoir envers le public de la plus grande importance.

Tous les enfants normaux — même ceux qui tolèrent moins bien le lait sous forme de breuvage — l'acceptent beaucoup plus facilement si on le leur présente d'une façon plus appétissante.

Le Lait Carnation Irradié est particulièrement utile dans la réalisation de ce but. Son homogénéisation lui confère une douceur crémeuse et améliore le goût et l'ensemble de l'aliment. On peut aussi très souvent l'employer non dilué (doublement riche) ou partiellement dilué pour augmenter considérablement les matières solides du lait dans chaque portion . . . *Carnation Co. Limited, Toronto, Ontario.*



Lait

Produit
dans le Québec



Carnation

IRRADIÉ

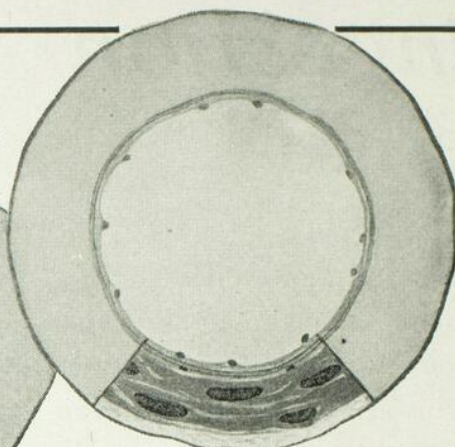
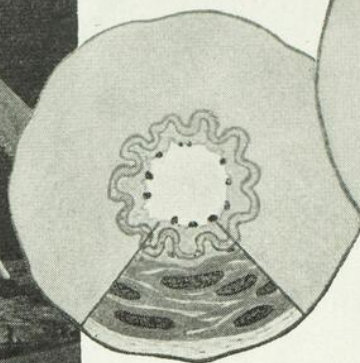
“provenant de vaches bien nourries”



POUR ENLEVER LA TENSION DE L'HYPERTENSION



ARTÉRIOLE RESSERRÉE

ARTÉRIOLE RELÂCHÉE PAR
UN VASO-DILATATEUR

Vaso-dilatation progressive, prolongée et sûre

AUGMENTANT toujours de plus en plus, l'hypertension essentielle est un problème médical grave—car elle se rencontre non seulement chez les vieillards mais fréquemment aussi chez les gens dans la fleur de l'âge.

Un vaso-dilatateur qui fournit le relâchement régulier et modéré des artérioles—qui peut être employé en toute sécurité et avec succès pendant une période de temps prolongée—est à la disposition des médecins sous le nom de . . .

NITRANITOL

Une Marque d'Hexanitate de Mannitol

Grâce à son *action progressive*, le Nitranitol réduit au minimum le danger du choc circulatoire. Son *effet prolongé* permet à la pression artérielle de se maintenir à un point où les symptômes de l'hypertension sont généralement évités. Et le Nitranitol peut être employé pendant une longue période de temps sans *aucune manifestation toxique*.

Le Nitranitol est indiqué dans les cas d'hypertension artérielle idiopathique, pour le soulagement des symptômes tels que les maux de tête, le vertige, les palpitations, la dyspnée, l'engourdissement, l'arythmie, etc. Il est également utile comme prophylactique contre les attaques nocturnes d'angine de poitrine.

Préparé sous forme de comprimés biséqués contenant $\frac{1}{2}$ grain d'hexanitate de mannitol, le Nitranitol se vend dans les pharmacies en flacons de 100 et de 1000. La dose habituelle est de 1 ou 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures.

Ecrivez pour demander des échantillons et de la documentation.

NITRANITOL

Une Marque d'Hexanitate de Mannitol
AVEC PHÉNOBARBITAL

*Comprimés biséqués contenant $\frac{1}{2}$ gr. d'hexanitate de mannitol et $\frac{1}{4}$ gr. de phéno-barbital.
Flacons de 100 et de 1000.*



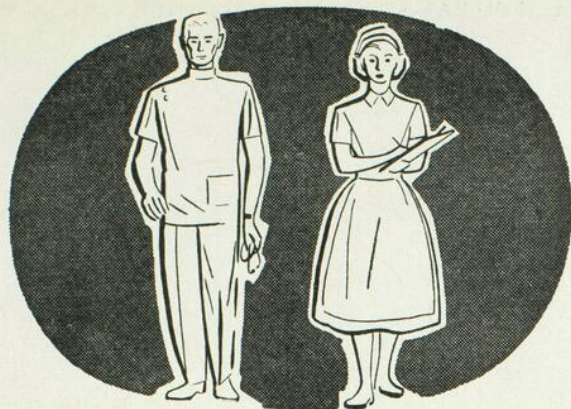
THE WM. S. MERRELL COMPANY

Fondée en 1828

CINCINNATI, E.-U.

ENTREPÔT CANADIEN

2565 DUNDAS STREET WEST, TORONTO, ONT.



LA

SCIENCE

AU SERVICE DE L'HUMANITÉ

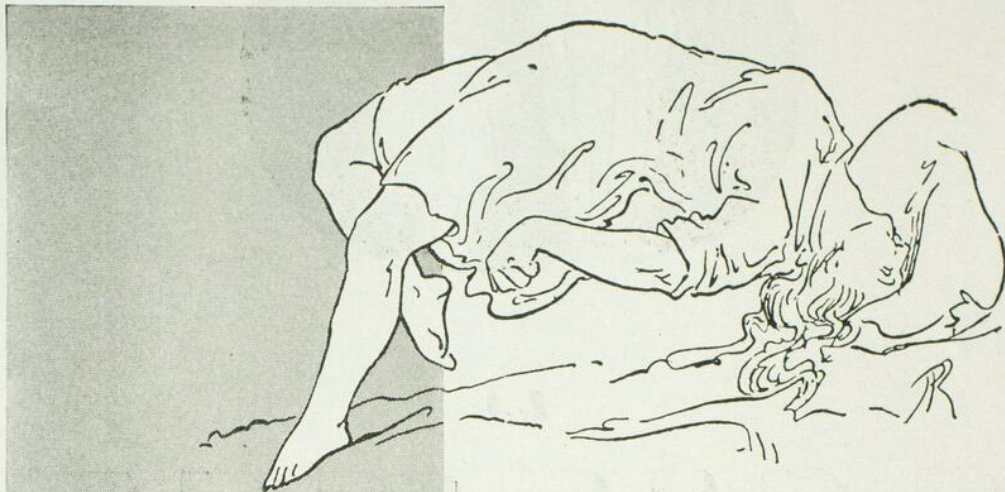
AUJOURD'HUI, il n'est pas une science qui serve plus héroïquement et avec autant de désintéressement la cause de l'humanité souffrante que la Médecine, par l'intermédiaire des hommes et des femmes qui sont les dispensateurs de ses bienfaits.

La tâche de ces personnes est formidable en cette période tourmentée. Que ce soit au pays ou sur les champs de bataille, elles se dévouent sans compter dans leur lutte contre la douleur et la mort. Et malgré ces labeurs incessants, elles trouvent encore le temps de poursuivre des travaux de recherche et de découvrir des moyens nouveaux d'aider leur prochain.

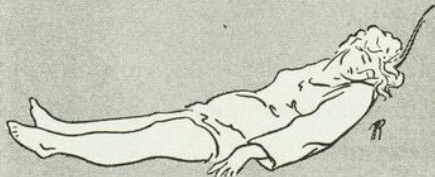
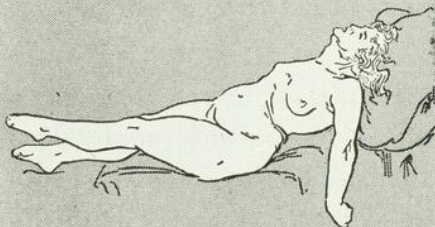
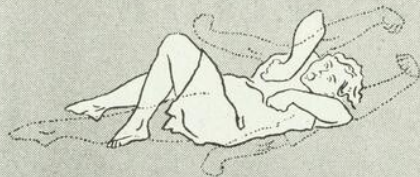
C'est pourquoi nous sommes fiers, ici chez Johnson & Johnson, de pouvoir collaborer avec les membres de la Faculté et les gardes-malades en mettant à leur disposition des produits de la plus haute qualité.

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Les plus grands fabricants au monde de pansements chirurgicaux.



*A pratiquement refait la vie
de certains épileptiques (1).*



Several phases of a grand mal epileptic seizure schematically pictured in the rare book, "Les Démoniaques Dans L'Art," by J. M. Charcot and Paul Richer, published in 1887.

Dilantin Sodium, anti-convulsif actif presque sans effet hypnotique, est maintenant considéré, à juste titre, comme le traitement de l'épilepsie. C'est le «médicament de choix» (2) dans la plupart des cas. Dilantin est spécialement recommandé lorsque les bromures et le phénobarbital n'ont peu ou pas d'effet sur les crises épileptiques (1).

Les Kapseals Dilantin* ont réellement ouvert une nouvelle voie dans la vie de plusieurs épileptiques... une vie plus normale et plus belle... crises moins nombreuses et moins violentes chez les uns, guérison complète chez d'autres.

* Marque déposée.

- (1) McEACHERN, D. *Can. Med. Ass'n J.*, 45: 106, 1941.
(2) LENNOX, W. G. *Med. Ann. Dist. Col.*, 10: 461, 1941.

Littérature sur demande.

KAPSEALS DILANTIN SODIUM

*Produit de recherches modernes offert à
la profession médicale par*

PARKE, DAVIS & COMPAGNIE
WALKERVILLE, ONTARIO



Un superbe Brandy à l'usage de la profession médicale

Le Brandy Sud-Africain a reçu l'approbation de la profession médicale britannique à cause de sa haute teneur en esters. Ces esters sont le résultat du grand soin apporté à la fabrication de ce produit, ainsi qu'au soleil et au terrain de l'Afrique du Sud. Ce Brandy est largement employé dans les hôpitaux de Grande-Bretagne. Il est renommé pour ses procédés de fabrication perpétués traditionnellement depuis près de 300 ans.

LE BRANDY SUD-AFRICAIN

a remporté la Médaille d'Or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au "Royal Agricultural Hall", Londres, Angleterre, en 1937... Garanti quant à l'âge et la pureté par le Gouvernement Sud-Africain.

*D'autres superbes vins de
l'Afrique du Sud
se vendant au Canada:*

PAARL SEC BLANC;
PAARL WITZENBERG;
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX;
(Type Champagne);
PAARL SAUTERNES;
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);
PAARL MUSCATEL;
OLD LIQUEUR BRANDY.

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

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

La

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

est la banque du public aussi bien
que la banque des hommes
d'affaires.

Le gérant de succursale se tient
à votre entière disposition, qu'il
s'agisse de dépôts, d'emprunts per-
sonnels, de remises, de recouvre-
ments ou de toute question d'ordre
financier au sujet de laquelle vous
désireriez le consulter.

Actif, environ \$180,000,000
534 bureaux au Canada

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.

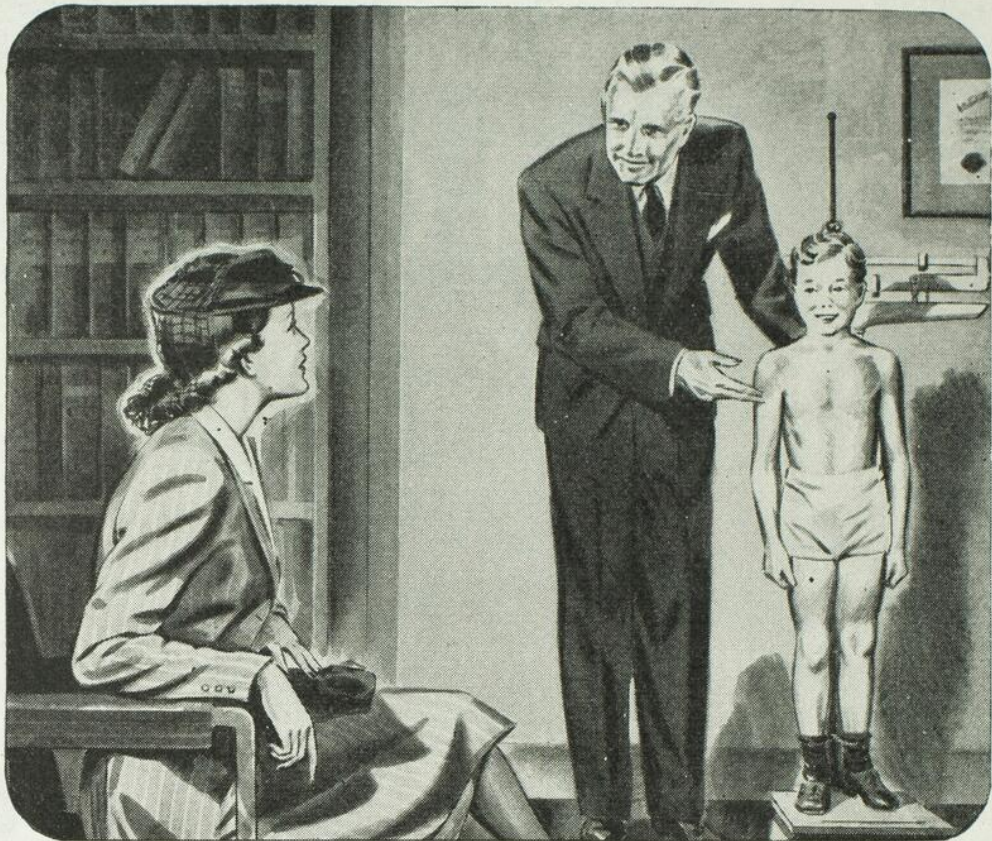
AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

— C O M P R I M É S —

D'ORETON-M

DANS L'HYPOGONADISME ET LES TROUBLES
PSYCHIQUES QUI ACCOMPAGNENT L'AFFAIBLIS-
SEMENT DE LA FONCTION TESTICULAIRE. EN
GYNÉCOLOGIE POUR ENRAYER L'HÉMORRAGIE
UTÉRINE FONCTIONNELLE ET CONTRE LA DYS-
MÉNORRHÉE RÉFRACTAIRE. EN OBSTÉTRIQUE
POUR LA SUPPRESSION DE LA LACTATION ET
POUR LE SOULAGEMENT DE L'ENGORGEMENT
DES SEINS. COMPRIMÉS D'ORÉTON-M DE 10 MG.
EN BOÎTES DE 15, DE 20 ET DE 100.

SCHERING CORPORATION LIMITED
137 St. Peter St., Montreal



QUESTION: *Je trouve que les fruits du genre citrus et les produits de tomates en boîtes sont très économiques et pratiques. Est-ce qu'une portion par jour de ces fruits en boîtes suffit pour la quantité de fruits du genre citrus et de tomates qui est recommandée?*

RÉPONSE: Oui, les fruits du genre citrus et les produits de tomates, frais ou en boîtes, conviennent parfaitement pour les 3 à 7 portions copieuses qui sont recommandées par semaine. L'emploi abondant de ces aliments est primordialement basé sur leur haute teneur en acide ascorbique. Grâce aux méthodes modernes industrielles de mise en conserve, ces produits alimentaires sont scellés dans des boîtes d'une façon permanente, et dans des conditions favorables à la conservation de l'acide ascorbique (vitamine C) qu'ils contiennent. Il en résulte donc que la valeur nutritive des fruits du genre citrus et des tomates est la même, que ceux-ci soient frais ou en boîtes (1).

*American Can Company, Hamilton, Ontario;
American Can Company Ltd., Vancouver, C.-B.*

(1) 1939, Nourriture et Vie; Annuaire de l'Agriculture,
Ministère de l'Agriculture des E.-U., Imprimerie
du Gouv. des E.-U., Washington, D.C.
1938, J. Am. Med. Assoc. 110, 650
1940, J. Am. Diet. Assoc. 16, 891



“Elastoplast” dans les blessures de la tête

UN BANDAGE d’“Elastoplast” de 3 pouces de longueur, taillé à chaque bout de façon à permettre la sortie des oreilles, retient le pansement en position stable sans causer de malaise. Ce genre de pansement s’applique rapidement et est peu coûteux. Dans les blessures du cuir chevelu, il garde le tampon en position tandis que d’autres bandages se déplaceraient durant le sommeil.

Les blessures du cuir chevelu, accompagnées de concussions, peuvent aussi être pansées sous forme de turban avec “Elastoplast”. Le malade ne souffre pas de pression sur le crâne parce que l’élasticité du tissu assure un pansement solide en dépit de l’agitation du malade.

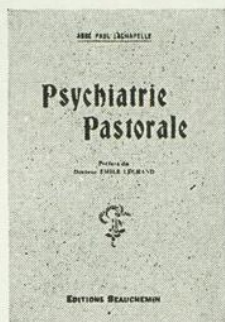
Dépositaires:

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Les bandages et les produits “Elastoplast” ainsi que le “Cellona” sont fabriqués en Angleterre par T. J. Smith and Nephew, Ltd., Hull.

C'EST UNE ÉDITION BEAUCHEMIN

PRÊTRES, MÉDECINS, ÉDUCATEURS, LISEZ CE LIVRE



QUINZE LEÇONS DE **Psychiatrie Pastorale**

par l'abbé PAUL LACHAPELLE

Préface du Docteur Emile Legrand,
professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal.

Un volume in-12 de 288 pages.

Prix: l'exemplaire, **\$1.25**

Par la poste: **\$1.35**

« En lisant « PSYCHIATRIE PASTORALE », on se rend compte que la psychiatrie n'est plus une science mystérieuse. » Cette citation tirée de la préface du Docteur Emile Legrand en dit long sur le mérite de cet ouvrage. Il ouvre, non seulement de vastes horizons sur certains états d'âme qu'on rencontre dans la vie et dans le ministère, mais il nous donne aussi la solution de beaucoup de cas qui restent insolubles pour ceux qui ne connaissent rien de la psychiatrie.

Dans ce livre, nous voyons défilier des émotifs, des obsédés, des impulsifs, des scrupuleux, des hystériques, des pervers, de faux mystiques, des hallucinés, etc., etc. On ne peut comprendre ces malades, on ne peut surtout leur faire du bien qu'en se référant à des notions de psychologie pathologique. L'abbé Lachapelle, après des études très poussées dans ce domaine, met aujourd'hui à la portée de tous ceux qui ont charge d'âmes ce qu'il importe de connaître au sujet des maladies mentales et nerveuses. Son livre est en outre un complément indispensable au *Traité des actes humains*. La Théologie proprement dite, en effet, ne peut aborder en détail ces questions compliquées.

Il est totalement impossible de donner en quelques phrases, même un pâle résumé des quinze leçons que comporte cet ouvrage. Mais ceux qui auront la curiosité de le lire, et ceux, plus nombreux encore qui auront à l'étudier pour les besoins de leur ministère, — tant laïques que prêtres, — en retireront un profit indéniable, car « PSYCHIATRIE PASTORALE » est avant tout un livre pratique. Il ne s'agit pas ici de théories vides de sens mais de réalités qui sont en connexion étroite avec la vie de l'âme.

« La société, écrit l'auteur, n'est pas seulement malade parce qu'elle est envahie par de fausses doctrines: elle est aussi remplie de malades de l'esprit. Le docteur Carrel nous le disait dans *L'HOMME CET INCONNU*. Le monde fourmille de malades mentaux. Or, nous sommes prêtres pour ces pauvres malheureux comme pour les autres: nous sommes prêtres pour tous. »

Librairie BEAUCHEMIN Limitée 430, rue St Gabriel, Montréal

Maintenant, des Bébés de six semaines peuvent bénéficier des éléments nutritifs que contiennent les fruits, les légumes et les céréales grâce aux

Grâce au nouveau procédé d'Homogénéisation Libby's, des bébés n'ayant que six semaines ont bien toléré des légumes et des fruits nourrissants. Auparavant, la plupart des médecins trouvaient que les légumes, même les plus soigneusement passés au passe-purée, contenaient trop de fibres et de parois celluluses grossières et indigestes pour l'appareil digestif des bébés.

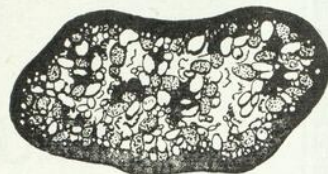
Des épreuves, faites dans des éprouvettes, ont démontré que les Légumes Homogénéisés Libby's se digèrent beaucoup plus complètement en 30 minutes que ne le font les légumes en purée en deux heures. Toutes les fibres grossières et les parois indigestes des cellules nutritives étant transformées en une substance lisse par l'Homogénéisation, même les très jeunes bébés peuvent bénéficier d'un régime alimentaire mieux équilibré grâce aux Aliments Homogénéisés Libby's pour Bébés qui réduisent de beaucoup le danger d'endommager leurs intestins délicats.

La nourriture renfermée dans les parois celluluses des cellules nutritives est libérée pour être plus facilement digérée. Donc, en plus de se digérer plus facilement que les purées, les Aliments Homogénéisés Libby's pour Bébés assurent plus de nourriture qu'une quantité égale de fruits ou de légumes en purée.



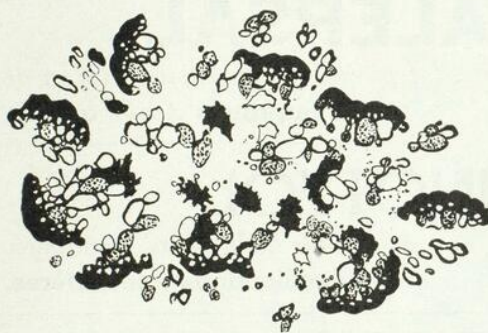
Cellule nutritive AVANT l'Homogénéisation

Remarquez que la nourriture est enfermée dans une dure paroi celluleuse qui n'est pas brisée dans les purées les plus soigneusement passées. Les sucs digestifs non développés des petits bébés peuvent ne pas pénétrer à travers la paroi celluleuse et la nourriture nécessaire sera perdue. Les aliments non digérés passent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et causer des dérangements graves.



Cellule nutritive APRÈS l'Homogénéisation

Remarquez que la dure paroi celluleuse a été complètement brisée. La nourriture en a été libérée pour être digérée rapidement. Le danger de troubles intestinaux dus à la fermentation d'aliments partiellement digérés est grandement surmonté et le bébé obtient plus de nourriture de la même quantité d'aliments.



DES ÉCHANTILLONS GRATUITS

et de la littérature descriptive seront envoyés aux médecins et pédiatres qui en feront la demande. Veuillez vous adresser à: Libby, McNeill & Libby Laboratoires, Chatham, Ontario.

10 COMBINAISONS D'ALIMENTS BIEN ÉQUILIBRÉES POUR BÉBÉS

Grâce à ces combinaisons de céréales, soupes, fruits et légumes Homogénéisés, le Médecin peut facilement prescrire une variété d'aliments solides pour les bébés.

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 1 Pois, betteraves, asperges. | 4 Lait complet, blé complet, farine de soya. | 7 Soupe maigre—consistant de céleri, pommes de terre, pois, carottes, tomates, farine de soya et orge. Peut être donnée aux très jeunes bébés. | 9 Combinaison de légumes verts — beaucoup de médecins ont demandé ce mélange. Pois, épinards et haricots verts mélangés ensemble pour assurer un plat de légumes très désirable. |
| 2 Citrouille, tomates, haricots verts. | 5 Pruneaux, jus d'ananas, jus de citron. | 8 Combinaison de fruits améliorée — Mélange nourrissant de bananes, pommes et abricots, dont le goût est très agréable. | 10 Tomates, carottes et pois—Une nouvelle combinaison de légumes, savoureuse et exceptionnellement bonne au point de vue diététique. |
| 3 Pois, carottes, épinards. | 6 Soupe—carottes, céleri, tomates, foie de poulet, orge, oignons. | | |

Et, de plus, Trois Légumes Seuls Spécialement Homogénéisés

**CAROTTES — POIS — ÉPINARDS et
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGENÉISÉ LIBBY'S**

Faits au Canada par

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA LIMITED, Chatham, Ont.

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

TREPHONYL du Dr Roussel

(Hemostyl et extrait de foie)

Anémies. Déficiences organiques.

1 ampoule dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau par jour de préférence
avant les repas de midi.

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

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, MONTRÉAL

ÊTES-VOUS NÉ ENTRE le 20 février et le 21 mars?



PISCES
♋
SIGNE DES POISSONS

● Ceux qui naissent sous le signe de Pisces sont d'habitude gens complaisants, mais qui ne tiennent pas en place. Ils apprécient ce qu'il y a de mieux en toute chose.

C'est pour cela que vous fumez les
Cigarettes

SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"

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.

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants . . . des tablettes de prescriptions, 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.

SIROPS de MAÏS

**"CROWN BRAND"
et "LILY WHITE"**

SE VENDENT MAINTENANT
EN BOUTEILLES DE 3½ LBS.

Fabriqués par The CANADA STARCH COMPANY, Limited
Montréal et Toronto

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE PRESCRIPTIONS
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- La brochure: "DEXTROSOL"

Nom.....

Adresse.....

.....

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratoires Ltée (Nembutal)	36	Rougier Frères (Loravine)	3
Alba Pharmaceutical Company, Inc. (Cremorin)	229	Rougier Frères (Bes-Min)	205
Anglo-French Drug Cie (Cortunon)	207	Sanatorium de Blois (47e année d'existence)	30
American Can Co. (Les fruits du genre citrus et les produits en boîtes)	242	Sanatorium Prévost Inc.	26
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Alphamettes")	1	Schering Corporation Limited	243
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Prémaline" "Emménine")	2	Shuttlework, E. B. Chemical Co. Ltd. (Minerovite, E.B.S.)	211
Banque Canadienne Nationale, La	230	Smith & Nephew Ltd. ("Elastoplast dans les blessures de la tête")	241
Bard-Parker Company, Inc. (Les lames Rib-Back)	34	Spencer Corsets (Canada) Ltd. (Les supports Spencer)	235
Bayer Company, Ltd. (Aspirin)	227	Squibb, E. B. & Sons of Canada, Ltd. (Navitol Malt Compound)	215
Brandy Sud-Africain	117	Stearns & Company of Canada Ltd. Frederick (Neo-Synephrin Hydrochloride)	27
Bristol-Myers Company (Sal Hepatica)	225	Sweet Caporal	247
Canada Drug Co., Ltd. (Paveral)	236	Upjohn Co. (Le concentré ferrugineux de foie Upjohn)	231
Canada Starch Company, Limited. The (Sirops de Maïs "Crown Brand" et "Lily White")	247	Usines Chimiques du Canada Inc. (Trois Points)	3e page de la couverture
Canadian Tampoax Corporation (Tampoax)	219	Vinant Limitée (Proveinase Midy) — (Génatropine)	13
Carnation Co. Limited ("Ce biceps résulte de l'ingestion de lait")	237	Vinant Limitée (Spartoval — Sparto-Camphre — Génisténal)	15
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Vitamines C & C: "Ferro-Crine No 34 — Quinitone et vitamine B — Elixir Bécirinol — Comprimés Bécirinol")	11	Whitlow Fred. J. & Co. Ltd. (Clinitest)	223
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Appareil à Rayons-X Westinghouse portatif modèle "C")	25	William R. Warner & Company, Ltd. (Anusol)	209
Ciba Compagnie Limitée (Cibazol)	24	Winthrop Chemical Company, Inc. (Drisdol)	31
Cow & Gate (Canada) Ltd. (Le lait partiellement écrémé dans l'alimentation infantile)	32	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Amphojel)	35
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Anti-phlogistine)	7	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex Wyeth)	29
Dohow Chemical Company, Ltd. (Auralgon)	236	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagma pour la diarrhée)	230-248
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Trephonyl du Dr Rous-sel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Ino-tyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl)	246		
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.	1ère page de la couverture		
Frosst, Charles E., & Co.	17		
Frosst, Charles E., & Co.	18		
Frosst, Charles E., & Co.	19		
Frosst, Charles E., & Co.	20		
Herd & Charton, Inc. (Camirol)	213		
Herd & Charton, Inc. (Osmopak)	217		
Herd & Charton, Inc. (Veratrie)	221		
Johnson & Johnson Limited (La Science au service de l'humanité)	239		
Laboratoires DesBergers-Bismol	232A		
Laboratoires DesBergers-Bismol	232E		
Laboratoires DesBergers-Bismol (Iodaminol) 4e p. couverture			
Laboratoires Jean Olive (Glésion) — (Nucléarsitol Robin)	28		
Laboratoires Poulenc Frères (Dagenan) 2e page de la couv.			
Lederle Laboratories Inc. (Complexe vitam'nique B "injectable")	9		
Libby, McNeill & Libby of Canada Limited (Aliments pour bébés)	245		
Librairie Beauchemin Ltée (Psychiatrie Pastorale)	244		
Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Le lait maternel)	23		
Merck & Co., Ltd. (Pyridium)	5		
Merck & Co., Ltd. (Tryparsamide Merck)	33		
Merrell Wm. S. Company, The (Nitranitol)	238		
Millet, Roux & Cie, Ltée (Endo-Plex-D)	21		
Monty, Gagnon & Monty	228		
Parke, Davis & Compagnie (Kapseals D.lantin Sodium)	240		
Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La	4		

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE