LES TROUBLES ENDOCRINIENS DE LA PUBERTÉ[1]

Par **Antonio MARTEL,**
Assistant dans le Service de Médecine de l'hôpital du Saint-Sacrement (Québec).

La puberté ou période pubertaire qui fait suite à l'enfance et précède la jeunesse représente une phase de la vie génitale où se fait le rajustement des glandes endocrines. Comme a dit Nobécourt, c'est « la période de l'existence pendant laquelle s'accentuent les caractères sexuels secondaires déjà apparus et où en apparaissent de nouveaux; pendant laquelle s'accroissent et se perfectionnent les voies génitales et arrivent à maturité les gonocytes qui aboutissent à la formation des ovules et des spermatozoïdes ». C'est, en somme, la période où l'organisme se met prêt pour la procréation, où chaque sexe qui possédait, jusque-là, une certaine « neutralité », achève sa différenciation.

L'évolution de la puberté normale se fait selon des lois, selon un rythme toujours identiques. Elle s'effectue par une série de modifications qui sont sous la dépendance de tout le système endocrinien et qui sont marquées par deux phases:

1° *Une phase de prépuberté consacrée à la croissance staturale et pondérale, au développement somatique;*

2° *Une phase de puberté véritable, consacrée au développement, au perfectionnement de la sexualité.*

La *croissance somatique* qui caractérise la *période prépubertaire* est sous la dépendance des sécrétions endocrines prépubertaires. La première glande, par ordre chronologique, qui intervient dans ce processus de croissance staturale et pondérale, est le thymus. Après avoir été, dans la deuxième et la troisième enfance, le premier facteur de croissance, par son action régulatrice des nucléo-protéines, cette glande subit graduellement une involution.

Subséquemment, vers la dixième ou la onzième année, plusieurs autres glandes endocrines interviennent qui vont accélérer brusquement la croissance somatique et préparer la puberté. Ce sont: l'hypophyse, par son hormone de croissance; la thyroïde, en commandant l'activité du métabolisme basal sur lequel s'appuie « l'élan de croissance »; les parathyroïdes, en dominant et en dirigeant le métabolisme du calcium et en assurant l'équilibre nerveux par l'équilibre phospho-calcique; enfin, les surrénales.

Lorsque se sera complétée harmonieusement la croissance somatique de la période prépubertaire, commencera de se manifester et de s'affirmer la *croissance sexuelle* qui marque la *puberté proprement dite.*

A ce moment, le lobe antérieur de l'hypophyse ralentit la sécrétion des stimulines de la croissance, pour élaborer désormais, en abondance, les gonado-stimulines, les hormones gonadotropes ou pubertaires. L'action des « somato-stimulines » est freinée et elle se fera de moins en moins sentir à mesure que la sexualité se perfectionnera. En plus, la sécrétion endocrine de l'ovaire et du testicule qui s'affirme alors intervient pour ralentir ou arrêter la croissance en activant la soudure des cartilages diaphyso-épiphysaires des os longs.

Cette période pubérale se manifeste à des âges différents chez le garçon et la fille. Elle débute par une *phase initiale*, vers 12 à 13 ans, chez la fillette; à 14½ ans, chez le garçon. C'est la période d'apparition des caractères sexuels secondaires, où se développe le système pileux, où se transforme la morphologie générale. Cette phase dure environ un an.

A cette étape initiale succède la *phase d'éclosion de la puberté* qui se manifeste, chez le garçon, à 15½ ans, par la mue de la voix, le

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

développement des organes génitaux externes et la première éjaculation de sperme; chez la fille, à 13½ ans, par le développement des organes génitaux externes, l'apparition de la première menstruation.

Cette première menstruation est la manifestation la plus importante et la plus évidente de la maturation sexuelle chez la femme. Elle témoigne que l'hypophyse secrète, en quantité suffisante, l'hormone gonadotrope chargée de faire mûrir le follicule; que le tissu ovarien est devenu sensible à son action, c'est-à-dire biologiquement réceptif; qu'un follicule s'est rendu à maturité, a sécrété assez de substances estrogènes pour amener une hyperplasie de l'endomètre utérin qui se termine par un écoulement sanguin.

L'achèvement de la puberté se fait vers 15 ans, chez la fille, vers 17½ ans, chez le garçon. La fin de la croissance des poils marque la fin de l'installation de la puberté.

La période pubertaire dure donc trois ans environ: de 14½ ans à 17 ans, pour le garçon; de 12 à 15 ans, pour la fille. Avec l'éclosion de la puberté, la poussée de croissance se ralentit. L'activité ostéogène du cartilage diaphyso-épiphysaire se ralentit et s'arrête. Mais les os continueront de s'accroître en épaisseur par suite de l'activité ostéogène du périoste.

Tel est le schéma des étapes de la puberté normale. Tout ce qui compromettra le développement de la prépuberté a chance de compromettre l'installation normale de la puberté. Toute déficience dans la mise en jeu des hormones prépubertaires ou pubertaires rendra « le tournant pubertaire » difficile sinon impossible à franchir. Et, on verra se constituer, à cette période, des troubles qui porteront soit sur la croissance staturale, soit sur la croissance pondérale, soit enfin sur la croissance génitale et qui s'accompagneront d'un déséquilibre psychique plus ou moins important. Ces troubles traduiront les perturbations des glandes de la sphère sexuelle: l'hypophyse, la thyroïde, l'ovaire, le testicule ou la surrénale.

En passant en revue les principaux troubles qui faussent l'évolution de la puberté, nous ne voulons mentionner que ceux que l'on observe fréquemment en pratique. Nous négligeons volontairement certains grands syndromes qui peuvent se rencontrer tout aussi bien à un autre âge qu'à la puberté, qui ne sont pas spécifiques de cette période.

Troubles de la croissance staturale

Les troubles ou les déviations de la croissance staturale peuvent survenir dans le sens de l'excès ou de l'insuffisance, réalisant l'hypertrophie ou l'hypotrophie staturale.

1° HYPOTROPHIE STATURALE.

L'insuffisance de l'accroissement statural réalise ou bien le *nanisme* qui est un défaut de développement osseux, sans trouble intellectuel ni génital; ou bien l'*infantilisme* qui caractérise l'individu resté enfant au point de vue osseux, intellectuel et génital.

Nous ne voulons pas nous arrêter à la description des formes de nanisme qui relèvent moins de facteurs endocriniens que de troubles nutritifs, toxiques ou circulatoires, tels que le nanisme rénal, le nanisme cœliaque et le nanisme mitral.

a) Le type le plus pur de *nanisme* est le *type Paltauf* que l'on appelle nanisme complet, microsomie essentielle. Ce genre de nanisme caractérise des individus qui, tout en étant trop petits, restent bien proportionnés. En dehors de leur exiguïté, ils ne présentent aucune malformation corporelle importante.

Toute thérapeutique est inefficace dans ce type d'hypotrophie qui relève de facteurs héréditaires et dépend d'une disposition chromosomiale particulière.

b) *L'infantilisme hypophysaire du type Lévi-Lorrain* relève d'une déficience des hormones somatotropes et gonadotropes de l'hypophyse. Il est caractérisé par la petitesse de la taille, le retard du développement osseux, le retard de soudure des cartilages de conjugaison, mais sans aucune disproportion. La dentition est défectueuse. Les organes géni-

taux sont grêles, les fonctions génitales déficientes; les caractères sexuels secondaires en général sont en retard. On trouve fréquemment, à la radiographie du crâne, une selle turcique pontée.

Hormis les cas où ce genre d'infantilisme est conditionné par une tumeur hypophysaire, le traitement opothérapique est particulièrement efficace, du fait que les épiphyses sont encore ouvertes. Ce traitement est à base d'hormone hypophysaire de croissance que l'on administre à la dose de 200 à 500 unités par semaine. Il doit être continué pendant très longtemps, à moins qu'une complication telle que la céphalée croissante n'en vienne contre-indiquer l'emploi.

En même temps que l'hormone de croissance, on doit prescrire l'hormone gonadotropique soit d'origine hypophysaire soit d'origine chorionique ou, encore, de préférence, l'association des deux principes. On y adjoint habituellement l'extrait thyroïdien à petites doses.

L'emploi de l'hormone hypophysaire de croissance sera arrêté lorsque la radiographie du fémur montrera que les épiphyses sont bien unies. L'administration de cette hormone, lorsque la soudure épiphysaire est complétée, risque de produire un type anormal de croissance comme dans l'acromégalie.

c) *L'infantilisme hypophysaire du type Souques et Chauvet* ne diffère de l'infantilisme Lorrain que par l'adjonction de signes infundibulaires tels que l'hémianopsie, la céphalée et les modifications de la selle turcique. Dans ce genre d'infantilisme, l'insuffisance somatotrope et gonadotrope ainsi que les troubles de la fonction lipidique sont conditionnés par une tumeur ou une lésion spécifique de la région hypophyso-diencéphalique.

d) *L'infantilisme de Brissaud,* par insuffisance thyroïdienne, est une forme d'infantilisme relativement fréquente.

L'infantile thyroïdien présente tous les stigmates du myxœdème atténué. Sa taille est petite, sa corpulence exagérée; le développement est dysharmonieux. C'est un petit individu mal proportionné chez qui la soudure des cartilages de conjugaison ne s'est pas opérée. Les points d'ossification sont tardifs. Le psychisme est puéril.

La thérapeutique thyroïdienne opère des transformations habituellement rapides et manifestes dans ce genre d'infantilisme. Il est cependant des cas sévères et anciens où la thérapeutique se montre relativement inopérante, laissant persister des stigmates morphologiques et psychiques indélébiles.

Il faut savoir que malgré la thérapeutique la plus active, certains insuffisants hypophysaires ou thyroïdiens resteront toujours des infantiles. Ils ne pourront franchir le tournant pubertaire. Chez la fillette, les règles n'apparaîtront pas ou seront insuffisantes; chez le garçon, les testicules n'effectueront pas ou effectueront mal leur descente.

D'autre part, dans certains cas de puberté précoce, où les hormones sexuelles ont hâté la soudure des épiphyses, l'arrêt de développement qui s'ensuit est définitif.

2° Hypertrophie staturale.

La sécrétion excessive de l'hormone hypophysaire de croissance se traduit par le *gigantisme* quand l'hyperpituitarisme survient avant la fin de la puberté; par *l'acromégalie,* s'il opère après que s'est effectuée la soudure des cartilages de conjugaison.

Deux formes de l'hypertrophie staturale se rencontrent assez fréquemment à l'âge de la puberté.

a) *L'hypertrophie staturale simple.*

Le tableau en est bien connu. Ce sont des enfants trop grands qui paraissent plus âgés que leur âge, et qui présentent un retard relatif dans l'apparition des caractères sexuels secondaires. Chez eux, on ne trouve aucun trouble dystrophique appréciable; leur morphologie est harmonieuse. Chez ces enfants trop grands, il semble que l'hypo-ovarisme ou l'hypo-orchitisme, en n'opérant pas la soudure des épiphyses en temps normal, a permis à l'hypophyse de sécréter son facteur somato-

trope pendant un temps plus long que d'habitude.

Ces enfants adoptent souvent des attitudes vicieuses pour paraître moins grands, favorisant ainsi l'apparition de mal de dos, de douleurs abdominales basses et souvent même de dysménorrhée. Il semble exister chez eux un certain déséquilibre nutritif qui, en les privant de leurs moyens de défense, en fait des proies faciles pour certaines infections, dont particulièrement la tuberculose. L'inaptitude scolaire n'est pas rare chez ces enfants.

Cette hypertrophie staturale, cependant, n'implique pas de caractères sérieux de morbidité. Les étapes de la puberté, bien que tardivement, s'établiront graduellement, en même temps que s'arrêtera l'excès de croissance.

Si la puberté tarde trop à s'établir et que l'on veuille mettre un frein à ce gigantisme pubertaire mitigé, on doit avoir recours à l'administration d'hormones mâles ou femelles. Chez la jeune fille, on prescrit des substances estrogènes, de préférence du benzoate d'estradiol, en injections, à la dose de 0.2 mgm. (2000 U.I.) à tous les 3 ou 5 jours. Chez le garçon, le propionate de testostérone, en injections, à la dose de 25 mgms, 2 fois par semaine, ou bien, en comprimés, à la dose de 10 mgms 2 fois par jour.

b) *L'hypertrophie staturale du type Hutinel.*

Cette hypertrophie est caractérisée par une hypercroissance et une haute stature survenant particulièrement à la période pré-pubertaire ou pubertaire. On y observe une dysharmonie morphologique caractérisée par une tête petite, un buste trop court, des membres trop longs. Leurs mains et leurs pieds présentent habituellement un aspect qui rappelle l'acromégalie. Ces sujets sont tout en jambes et ils donnent une impression de fragilité, de faiblesse. Les troubles circulatoires, les palpitations, l'acrocyanose, les manifestations névropathiques s'ajoutent au retard de l'évolution pubertaire.

Ce « gigantisme passager de l'âge ingrat » qui traduit une dystrophie générale relève habituellement de simples troubles fonctionnels de l'hypophyse. Le déclenchement thérapeutique des manifestations pubertaires avec les substances estrogènes ou le testostérone arrête habituellement cette hypercroissance staturale dysharmonieuse, en bloquant l'exubérance de l'hormone hypophysaire de croissance.

Troubles de la croissance pondérale

Le trouble de l'évolution pubérale peut porter sur la croissance pondérale, surtout dans le sens de l'excès de poids.

« L'obésité des adolescents représente, en général, le type le plus pur de l'insuffisance glandulaire complexe dans laquelle le déficit génital se révèle toujours de façon évidente. A l'inverse des obésités de l'adulte, celle des jeunes est marquée de l'empreinte génitale. » (Lagèze.)

1° La dystrophie adiposo-génitale, syndrome de Babinski-Frolich, est une forme particulièrement caractéristique de l'obésité des adolescents. Une adiposité spéciale associée à des troubles génitaux et parfois à des signes de la série diencéphalo-hypophysaire, en sont les principaux caractères.

L'obésité qui est plus typique par sa topographie que par son intensité, infiltre les seins, l'abdomen, les fesses et les cuisses, ce qui lui a valu la désignation d'adipose en pantalon de cavalier; elle respecte les extrémités distales.

Les signes génitaux se traduisent, chez la fille, par l'absence de l'apparition des règles, l'absence des caractères sexuels secondaires. Chez le garçon, par l'infantilisme génital: le pénis, caché en quelque sorte par l'adipose pubienne paraît clitoriforme, plus petit qu'il n'est en réalité; c'est le « pénis en bouton ». Le plus souvent, on observe, en même temps, un état infantile des testicules et des bourses, avec parfois persistance de phimosis infantile. La cryptorchidie est particulièrement fréquente. Chez le garçon comme chez la fille, le système pileux axillaire et pubien ne se développe pas.

Le métabolisme des hydrates de carbone est profondément touché, comme en témoigne la grande tolérance aux sucres. Il semble, dit Cushing, que les hydrates de carbone se transforment en graisses. Le métabolisme basal est souvent abaissé.

Cette dystrophie adiposo-génital classique correspond à une altération lésionnelle du système diencéphalique et hypophysaire. Les cas où l'on peut mettre en évidence un processus tumoral relèvent évidemment de la neurochirurgie.

Mais, dans la majorité des cas, on ne peut rien déceler permettant d'affirmer l'atteinte hypophysaire. La dystrophie adiposo-génitale, tout en réalisant le syndrome clinique de Frolich, semble, dans ces cas, ne relever que d'un trouble fonctionnel de l'hypophyse. Et, de fait, cette dystrophie a très souvent une tendance à guérir spontanément quand la puberté s'établit. Aussi, l'action de la médication consiste-t-elle à provoquer et à activer celle-ci quand l'âge est venu.

On emploie, à cette fin, chez la fille, l'hormone gonadotropique extraite ou bien directement de l'hypophyse ou bien du sérum de jument gravide. En même temps, on administre des substances estrogènes, pour favoriser la croissance de l'utérus et le développement des caractères sexuels secondaires.

Chez le garçon, on a surtout employé l'hormone gonadotropique chorionique de la grossesse humaine pour stimuler le tissu interstitiel du testicule; l'administrant à la dose de 100 à 500 unités rat par jour, pendant plusieurs semaines. L'adjonction de l'hormone mâle, le propionate de testostérone, semble donner des résultats plus rapidement favorables. La tendance actuelle est même d'employer le propionate de testostérone seul, en faisant des injections deux fois par semaine, de 25 mgms, pendant un premier mois; de 10 mgms, pendant un deuxième mois et enfin de 5 mgms, pendant deux ou trois mois supplémentaires.

A la thérapeutique hypophysaire et ovarienne ou orchitique, on joint habituellement la médication thyroïdienne, sous forme d'extrait thyroïdien, à la dose de ¼ gr. à ½ gr. trois fois par jour, avec des intervalles de repos. Le régime alimentaire doit être riche en protéines et pauvre en hydrates de carbone et en graisses.

Presque tous les enfants présentant la dystrophie adiposo-génitale souffrent d'un certain complexe d'infériorité. Quoique dans bien des cas ils ne manquent pas de jugement ni d'intelligence, on note assez fréquemment une certaine viscosité intellectuelle et psychique qui témoigne de la touche thyroïdienne. Ils manquent habituellement de vigueur, d'exubérance; ils sont sujets à l'instabilité émotionnelle, à la dépression, à la gêne, à la tristesse. Aussi, la psychothérapie doit-elle occuper une large part dans les directives thérapeutiques que l'on met en œuvre chez ces enfants.

2° A côté de ce syndrome adiposo-génital complexe, l'âge prépubère voit souvent se développer un SYNDROME ADIPEUX « A MINIMA ». Dans ces cas, l'obésité, chez le garçon, affecte le plus souvent le type « féminoïde », notamment dans la morphologie de la poitrine et du bassin. Les organes génitaux gardent leurs dimensions infantiles, les caractères sexuels secondaires sont frustes.

Chez la fille, on note la même absence ou imperfection des caractères sexuels secondaires; les règles tardent à s'installer ou sont irrégulières.

C'est, en somme, un syndrome adiposo-génital atténué, sans aucun signe clinique, radiologique ou biologique pouvant faire suspecter une atteinte hypophysaire. On n'y voit même pas d'hypothyroïdie nette. L'aspect infantile des organes génitaux, chez le garçon, relève moins d'une hypoplasie génitale réelle que d'une disparition dans le tissu graisseux qui en masque le volume réel.

« La plupart de ces obèses présentent des évolutions pubérales qui ne diffèrent guère de celles des sujets qui ne sont pas obèses. » (Nobécourt.)

C'est particulièrement chez ces jeunes obèses qu'il faut se garder de toute débauche opothérapique. L'établissement d'un traitement diététique est primordial et souvent suffisant. Ces enfants sont habituellement des gros mangeurs et il suffit dans bien des cas de supprimer un excès habituel de pain, de pâtisseries ou de farineux pour voir s'effectuer une transformation. S'il faut instituer un régime alimentaire sévère, il doit être cependant suffisant et surtout équilibré pour un adolescent en période de croissance.

Un régime tel que le conseille le docteur Horace Gray et qui comprend 80 grammes d'hydrates de carbone, 60 grammes de protéines et 40 grammes de graisses est particulièrement efficace. Ce régime exclut de l'alimentation le pain et les farineux mais permet le lait et des vitamines. A ce régime alimentaire, on doit joindre les exercices physiques, la gymnastique.

Si le traitement diététique seul s'avérait inefficace, on pourrait y joindre la médication thyroïdienne, après avoir épuisé l'efficacité du traitement diététique.

Troubles de la croissance génitale

La puberté ou la croissance sexuelle peut s'installer trop précocement ou trop tardivement.

1° L'apparition, avant l'âge de 9 ou 10 ans, des manifestations sexuelles qui caractérisent la puberté constitue la PUBERTÉ PRÉCOCE.

a) Dans la *puberté précoce vraie,* qui se voit surtout chez la fillette, tous les événements du processus physiologique normal sont reproduits. Les menstruations apparaissent avant 9 ans, avec un rythme sensiblement normal. Il y a réellement ovulation et formation de corps jaune, ce qui implique la possibilité de la grossesse. Les caractères sexuels secondaires apparaissent prématurément, mais harmonieusement.

La cause de ce genre de puberté précoce est inconnue et aucune thérapeutique n'en peut changer l'évolution. Les conséquences en sont d'ailleurs minimes, excepté le fait que la sécrétion si précoce d'hormones estrogènes provoque la maturité, la soudure précoce des cartilages diaphyso-épiphysaires des os longs et confère à la fillette une petitesse relative mais définitive de la taille.

b) Dans la *pseudo-puberté précoce,* les caractères sexuels secondaires apparaissent prématurément, les organes génitaux externes et internes se développent et des hémorragies utérines surviennent, mais sans rythme régulier. En réalité, il n'y a pas d'ovulation, pas de formation de corps jaune. C'est le type de la menstruation anovulatoire. La grossesse est donc impossible.

L'écoulement sanguin, dans ces cas, traduit seulement l'hyperplasie de la muqueuse utérine causée par un effet estrogénique précoce, dont la cause est une tumeur de l'ovaire. L'ablation chirurgicale de la tumeur amène une régression immédiate de ces phénomènes pathologiques.

c) Une troisième forme de puberté précoce est sous la dépendance d'un hyperfonctionnement, d'une *tumeur de la cortico-surrénale.* Les signes en sont l'apparition prématurée de tous les attributs de l'âge adulte, avec masculinisation, obésité marquée et hirsutisme. La voix est rauque, dysharmonieuse. La peau est sèche et rugueuse.

Chez la fille, les menstruations sont absentes ou bien elles sont apparues trop précocement; elles sont alors irrégulières et peu abondantes. Chez le garçon, les stigmates masculins subissent une poussée rapide et précoce vers le type adulte, conférant l'apparence herculéenne.

Le traitement de ce genre de puberté précoce, avec virilisme, consiste en l'ablation chirurgicale de la tumeur cortico-surrénale. Il s'ensuivra évidemment un certain degré d'insuffisance surrénale qui devra ultérieurement être corrigé par l'administration d'hormone cortico-surrénale, avec un régime fortement chloruré.

d) Un syndrome absolument identique peut s'observer, chez le garçon, à l'occasion d'une

tumeur du testicule, se développant aux dépens des cellules intersticielles de cet organe.

2° Au lieu d'être prématurée, la puberté, la *maturité sexuelle peut être retardée,* ce qui est beaucoup plus fréquent. En pratique, la puberté retardée se confond avec ce que l'on a convenu d'appeler L'HYPOGONADISME.

a) *Chez la fillette,* l'hypogonadisme est manifeste dans plusieurs syndromes déjà décrits tels que l'infantilisme du type Lorrain ou Brissaud, la dystrophie adiposo-génitale de Frolich. Mais il est un aspect du retard de maturité sexuelle qui mérite une mention spéciale et isolée; *l'aménorrhée primitive.*

La jeune fille qui, passé l'âge de 14 à 15 ans, n'a pas commencé d'être menstruée, présente presque toujours un habitus spécial qui reflète la fragilité, la faiblesse. Les caractères sexuels secondaires sont imparfaits; les poils pubiens et axillaires sont peu fournis, les seins sont petits. La morphologie féminine n'est qu'ébauchée: le bassin est étroit, les hanches peu saillantes, les formes peu arrondies, le thorax grêle. Les grandes lèvres restent petites, l'utérus est de petites dimensions, c'est l'utérus infantile.

Ces fillettes qui semblent croître trop vite au point de vue statural, se plaignent habituellement de céphalée, d'étourdissements, de lenteur digestive, de constipation. Elles sont, en général, pâles et présentent fréquemment de l'acné.

La fatigabilité, l'instabilité et le manque d'intérêt compliquent étrangement le problème scolaire, à cette période.

Ce défaut d'apparition des règles à l'âge habituel peut relever de bien des facteurs. Il peut s'agir d'une déficience des hormones gonadotropes hypophysaires; d'une débilité glandulaire des ovaires (hypo-ovarie) où l'évolution des follicules est troublée. Dans ces cas, il n'y a pas de ponte ovulaire, pas de mise en circulation de folliculine. Il peut s'agir, enfin, d'infantilisme utérin primitif, d'insuffisance de développement de la muqueuse utérine. L'insuffisance thyroïdienne, en troublant la nutrition générale, peut également entraîner une insuffisance ovarienne ou utérine.

Une série d'autres facteurs peuvent être à l'origine de cette aménorrhée primitive. L'hérédité neuro-arthritique, tuberculeuse ou syphilitique. Les intoxications chroniques ou la débilité des parents. Chez la fillette elle-même, les vices alimentaires, la mauvaise hygiène générale, les avitaminoses, les infections aiguës ou encore les affections diverses, telles que le diabète, l'anémie, les facteurs émotionnels. Tous ces facteurs peuvent compromettre le développement et le fonctionnement des ovaires, empêcher le développement des follicules.

En général, il n'y a pas lieu de tenter de faire apparaître à tout prix et artificiellement les premières menstruations, avant que la fillette ait atteint l'âge de 16 à 17 ans. Il arrive assez souvent que le retard de puberté se corrige automatiquement et que les menstruations, bien qu'irrégulières, commencent d'apparaître. Lorsque l'infantilisme est généralisé, l'avenir génital des fillettes est souvent compromis. Elles sont souvent stériles et peuvent avoir une ménopause prématurée. Devenues tardivement adultes, elles peuvent conserver les caractères et la mentalité propres à la jeunesse et présenter du juvénisme.

Mais habituellement l'aménorrhée primitive ne comporte pas un pronostic aussi fâcheux et une thérapeutique adéquate peut en avoir raison.

Comme règle générale, jamais le traitement de l'aménorrhée primitive ne doit être d'abord opothérapique. Un recours trop hâtif à l'organothérapie, chez les jeunes filles, peut engendrer des séquelles psychologiques des plus fâcheuses. Avant d'avoir recours aux extraits glandulaires, il faut d'abord supprimer et corriger les causes visibles de l'aménorrhée. Le traitement doit être d'abord à base de directives diététiques et hygiéniques: vie au grand air, au soleil, alimentation rationnelle, exercices physiques. Eviter le surmenage et la constipation. Traiter l'anémie et surtout la chlorose si fréquente par des préparations ferrugineuses et arsenicales. Donner des vitamines et des minéraux. Traiter la syphilis, la tuberculose, les troubles digestifs.

Et, en même temps, calmer les angoisses des parents qui croient voir, en cette aménorrhée, un indice certain de tuberculose.

On n'a rarement recours à la thérapeutique glandulaire, avant que la fillette ait atteint l'âge de 17 ans. Le seul extrait glandulaire que l'on doit parfois employer, avant cet âge, est l'extrait thyroïdien, à petites doses, lorsque des signes cliniques et l'épreuve du métabolisme basal indiquent un certain degré d'hypothyroïdie, ce qui est encore relativement fréquent.

Lorsque la jeune fille, en dépit des moyens précédemment énumérés, ne commence pas d'être menstruée vers la 16e ou la 17e année, et qu'aucune lésion franchement organique n'apparaît comme cause de l'aménorrhée, il faut mettre en œuvre la thérapeutique glandulaire, à base d'hormones hypophysaires et ovariennes.

Lorsque la chose est possible, on doit essayer de se rendre un compte aussi exact que possible du fonctionnement de l'hypophyse, des ovaires et de l'utérus, par l'examen gynécologique, les épreuves biologiques, le dosage des substances gonadotropiques dans le sang et les urines, le dosage de l'estrin, la biopsie de l'endomètre utérin, avant d'entreprendre le traitement hormonal de l'aménorrhée.

Il est une marche générale de traitement que l'on peut cependant suivre, dans la majorité des cas. Il y a toujours lieu de commencer par l'emploi des substances estrogènes pour favoriser le développement des caractères sexuels secondaires et surtout pour stimuler la croissance de l'utérus et le rendre sensible à la stimulation hormonale. Les substances estrogènes peuvent être administrées à la dose moyenne de 1 mgm. par semaine, pendant plusieurs semaines.

Après ce traitement initial ou en même temps, on administre l'hormone gonadotropique selon un rythme qui rappelle sensiblement le fonctionnement physiologique que l'on tente de réaliser artificiellement. Pendant 15 jours, on injecte 1 c.c. par jour d'hormone gonadotrope extraite de l'hypophyse (principe de maturation folliculaire) et, après un repos de quatre jours, on fait quatre à cinq injections quotidiennes de 500 U.I. d'hormone gonadotrope chorionique extraite de l'urine de femmes enceintes (principe de lutéinisation). La menstruation survient habituellement au bout de quelques jours. Le même traitement devra être habituellement répété durant quelques mois.

Actuellement, on tend à conduire le traitement de façon différente, en employant l'hormone gonadotropique du sérum de jument gravide seul. On administre 100 à 300 U.I. par voie hypodermique, chaque jour, pendant 12 à 14 jours, puis une forte dose intraveineuse de 1000 à 1500 U.I., pour provoquer l'ovulation. On fait, pendant les 4 à 6 jours suivants, une injection quotidienne de 100 à 300 U.I., pour entretenir la fonction du corps jaune.

Le complexe synergitique mis récemment sur le marché et renfermant les principes hypophysaires et chorioniques associés, s'administre de la même manière et avec les mêmes résultats. Au cours de l'administration de ces substances gonadotropes particulièrement actives, il faut se garder de doses trop fortes ou trop prolongées qui peuvent provoquer des formations polykystiques.

L'aménorrhée primitive dépend de facteurs souvent trop complexes pour que l'on doive attendre, dans tous les cas, du traitement hormonal, des réussites infaillibles. Cependant, hormis les cas où l'atrophie des glandes sexuelles ou des lésions incurables des autres glandes endocrines rendent inutile toute thérapeutique, l'opothérapie fait très souvent céder l'aménorrhée en même temps qu'elle fait s'atténuer l'infantilisme intellectuel et moral qui l'accompagne presque toujours.

b) *Chez le garçon.*

Le retard de maturation sexuelle, chez le garçon, s'observe, comme nous l'avons noté précédemment, dans les syndromes de Lévi-Lorrain, de Brissaud, de Hutinel, de Frolich. Il est une forme de « l'immaturation sexuelle » que l'on rencontre assez fréquemment, qu'elle mérite que nous résumions la conception actuelle de son traitement: la *cryptorchidie.*

Il faut dépister et corriger la cryptorchidie chez l'enfant, avant la crise pubertaire. Le testicule ectopié est exposé à des complications infectieuses, mécaniques et dégénératives. Ce testicule présente presque toujours un certain degré d'atrophie et sa valeur fonctionnelle est toujours réduite. Il s'ensuit fréquemment des troubles généraux, somatiques et psychiques, parmi lesquels le syndrome adiposo-génital, l'infantilisme, l'eunuchoïdisme. Chez l'homme, les testicules abdominaux sont habituellement inféconds. Pour avoir sa valeur fonctionnelle, le testicule doit être dans les bourses où il peut atteindre la température relativement basse requise pour la spermatogénèse.

Avant d'envisager l'orchidopexie, on doit toujours tenter le traitement hormonal, dont les résultats seront variables selon la position du testicule ectopié et la cause de l'ectopie.

Le traitement ne doit pas être commencé trop tôt, car bien souvent le testicule ectopié subit une descente spontanée à l'approche de la puberté. L'âge idéal pour commencer le traitement est entre 6 à 10 ans. On ne doit pas attendre la puberté.

Les résultats de l'hormonothérapie sont d'autant meilleurs et plus rapides qu'il y a un certain degré d'infantilisme, d'hypogonadisme, indiquant que le défaut de descente testiculaire était d'ordre fonctionnel, par insuffisance glandulaire.

Il y a des testicules qui ne descendent pas malgré une thérapeutique hormonale active et prolongée. La cryptorchidie, dans ces cas, est due à la présence de bandes fibreuses qui immobilisent le testicule, raccourcissent le cordon, forment des adhérences. Ou bien le testicule a une direction anormale ou, encore, l'anneau inguinal externe est absent. Dans ces cas, le traitement glandulaire, en ne modifiant pas la cryptorchidie, déterminera la nécessité qu'il y a à recourir à des mesures chirurgicales.

Quel est le produit hormonal idéal à employer pour favoriser la descente testiculaire? La faveur va actuellement à l'hormone gonadotropique du chorion extraite des urines de femmes enceintes (la gonadotrophine du chorion). La dose utile et la longueur du traitement varient selon les sujets. La dose initiale doit être d'environ 250 U.I., trois fois par semaine. Si, après un mois de traitement, il n'y a pas d'amélioration manifeste, il y a indication d'augmenter la dose jusqu'à 1,000 ou 1,500 unités par semaine. Si la descente des testicules ne s'est pas effectuée après trois mois de traitement, on doit donner un mois de repos avant de reprendre le traitement pour une autre période de trois mois.

Le traitement par la gonadotrophine du chorion doit habituellement durer au moins six mois. La dose totale varie, en général, entre 2,000 et 10,000 unités internationales. On ne peut considérer un traitement comme inefficace avant d'avoir traité un garçon au moins 3 à 5 mois et d'avoir donné au moins 5,000 à 10,000 unités d'hormone gonadotropique. Il y a parfois même intérêt à pousser la dose jusqu'à ce qu'on ait provoqué une croissance génitale précoce. L'adjonction de petites doses d'extrait thyroïdien (½ à 1 grain par jour) semble influencer favorablement le traitement.

L'utilisation de l'hormone mâle (propionate de testostérone) dans le traitement de la cryptorchidie a ses adeptes. L'administration de testostérone, soit seule, soit combinée à la gonadotrophine du chorion, n'a jamais donné de résultats supérieurs à l'emploi de cette dernière seule. Il semble qu'on doive réserver l'emploi du propionate de testostérone pour les cas où la cryptorchidie s'accompagne de signes évidents d'infantilisme, d'hypogénitalisme. La dose utile d'hormone mâle, dans ces cas, est d'environ 10 mgms, deux fois par semaine, pour un court espace de temps.

Sous l'effet du traitement hormonal et s'il n'y a pas d'obstacles mécaniques, le testicule descend dans les bourses dans une proportion de 33% des cas, chez les enfants de moins de 10 ans, dans une proportion de 17% des cas seulement, chez les garçons de 16 ans et plus. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les formes inguinales de la cryptorchidie ainsi que lorsque l'ectopie était bilatérale.

Si les testicules ne descendent pas ou ne descendent pas suffisamment et qu'il faille intervenir chirurgicalement, la thérapeutique gonadotropique préliminaire facilite l'intervention en allongeant les cordons, en augmentant le volume des testicules, en augmentant les dimensions du scrotum et du canal inguinal et les résultats post-opératoires sont considérablement améliorés par ce traitement endocrinien. A la suite de l'orchidopexie, il y a habituellement intérêt à répéter, pendant un ou deux mois, quelques injections d'hormone gonadotropique. Ce traitement post-opératoire en même temps qu'il favorise le développement aussi complet que possible des caractères sexuels primaires et secondaires, assure un meilleur ajustement psychique.

*
* *

Dans la plupart des syndromes que nous avons décrits, comme anomalies de la puberté, l'intervention de la THYROÏDE était manifeste. Lors de la période pubertaire, on peut observer, en plus, des syndromes thyroïdiens isolés traduisant l'hypo ou l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde.

1° L'HYPERTHYROÏDIE.

L'hyperthyroïdie n'est pas fréquente à la puberté. Environ 3 ou 4% seulement des goitres toxiques surviennent chez des enfants de moins de 18 ans. La symptomatologie diffère peu de celle observée chez l'adulte. Tout au plus, peut-on mentionner comme particularité de l'hyperthyroïdie de l'adolescent l'élévation de la pression artérielle systolique avec abaissement de la pression minima.

Le traitement médical du goitre toxique de la puberté est habituellement inopérant. Il nécessite un temps prolongé d'hospitalisation ou du moins de repos qui nuit sérieusement à la scolarité et favorise l'apparition de troubles du comportement.

La thyroïdectomie seule doit être envisagée dans la majorité des cas. L'évolution de la croissance n'est nullement troublée par l'opération et l'apparition d'un myxœdème post-opératoire demeure assez rare qu'on ne peut en faire un argument contre la thyroïdectomie.

2° L'HYPOTHYROÏDIE.

L'hypothyroïdie est relativement fréquente à l'âge de la puberté. Les manifestations en sont habituellement atténuées. Des signes variés et disparates rendent souvent méconnaissable cette hypothyroïdie fruste de l'adolescent.

Chez certains enfants, l'hypothyroïdie peut ne se manifester que par des troubles du caractère et du comportement, des réactions émotionnelles qu'un éducateur distrait qualifie de défauts et de vices. Ces enfants sont habituellement des fatigués, des distraits, des apathiques que l'on dit paresseux. Ils présentent facilement de la fatigue d'attention. Ils n'ont aucune ardeur au travail ni au jeu. On les juge trop passifs, trop inertes, indifférents. Leur apathie tranquille, leur peu de vivacité d'esprit expliquent leurs insuccès scolaires.

A cette période pubertaire, l'insuffisance thyroïdienne peut prendre un aspect un peu différent où domine l'agitation. On observe, en effet, chez des adolescents, une triade symptomatique assez caractéristique dans ce sens. C'est une turbulence, une instabilité motrice marquée jointes à des troubles de l'élocution et à de l'insouciance. Le trouble de l'élocution peut aller depuis l'incapacité de prononcer certaines lettres, certains sons, jusqu'au bégaiement de bloquage, le tétanos verbal.

Dans la majorité des cas, ces troubles du comportement mental et émotionnel marchent de pair avec un état physique qui signe la nature de l'affection. Ces adolescents, qui ne peuvent soutenir longtemps un effort physique et dont la fatigue a le caractère d'être surtout matutinale, sont fréquemment des sujets infiltrés aux traits empâtés, aux sourcils raréfiés, aux extrémités cyanosées. La constipation, la frilosité, l'acné, les altérations des poils s'ajoutent souvent à la symptomatologie.

Tout cet ensemble symptomatique qui ne semble pas comporter suffisamment d'éléments consistants pour imposer le diagnostic d'hypothyroïdie est cependant suffisant pour créer, chez le clinicien qui sait se faire psychologue, une impression clinique qui trouvera habituellement sa confirmation dans l'épreuve thérapeutique.

Il est une affection, *l'ostéo-chondrite juvénile*, que l'on doit mentionner dans le cadre des manifestations d'insuffisance thyroïdienne et dont on a voulu bien signifier la nature en l'appelant l'hypothyroïdie ostéo-chondrale. Le pronostic de cette affection s'est complètement modifié depuis qu'on lui a appliqué un traitement à base d'extrait thyroïdien.

*
* *

Cette revue sommaire des principaux troubles endocriniens qui viennent troubler l'évolution normale de la puberté suffit à montrer l'importance qu'il y a à surveiller attentivement la croissance somatique prépubertaire comme la croissance sexuelle qui lui fait suite.

Le problème psychologique qui se pose à l'âge de la puberté est déjà essentiellement si compliqué qu'on ne doit rien négliger pour empêcher qu'il se double d'un problème médical. Il sera singulièrement simplifié si l'on sait prévenir et traiter précocement les manifestations pathologiques de cette phase de la vie génitale.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Pierre NOBECOURT: « Obésité et puberté. » *Presse Médicale* No. 24, 19 mars 1938, p. 449.

2. — Georges MOURIQUAND: « Hypophyse et prépuberté. » *Arch. Mal. des Enfants,* juillet 1936, p. 407.

3. — M. DE BIECHLER: « Métabolisme basal et fonction métabolique de la glande thyroïde à l'époque de la puberté chez les filles. » *Arch. Mal. des Enfants,* mai 1937, p. 274.

4. — E. ALLEN: « Gynecologic Problems of the adolescent girl. » *Amer. Jour. of Dis. of Child.*, **54**: 162, 1939.

5. — I. NAKAGARA: « Growth and basal metabolism. » *Amer. Jour. of Dis. of Child.*, **53**: 99, 1937.

6. — W. A. THOMPSON et N. J. HECKEL: « Endocrine treatment of cryptorchidism. » *J. A. M. A.*, **117**: 1953, 1941.

7. — G. B. DORFF: « Intra-abdominal cryptorchidism treated with gonadotropic substance. » *J. A. M. A.*, **110**: 1799, 1938.

8. — C. F. FLUHMANN: « Ovarian disfunctions and their treatment. » *J. A. M. A.*, **116**: 831, 1941.

9. — Emil NOVAK: « Gynecologic problems of adolescence. » *J. A. M. A.*, **117**: 1950, 1941.

10. — Horace GRAY: « Obesity in the adolescent cured without injections. » *J. A. M. A.*, **110**: 1430, 1938.

11. — Pierre NOBECOURT: « Les aménorrhées de la puberté. » *Journal des Praticiens,* 19 et 26 oct. 1935.

12 — L. CARNIL: « La dystrophie adiposo-génitale. » *Le Monde Médical,* No. 922, 1 et 15 sept. 1938.

13. — R. LIEGE: « Les syndromes adiposo-génitaux de l'enfance dans la pratique médicale. » *Clinique et Labo.,* 30 juin 1938.

14. — P. LAGEZE: « Le traitement endocrinien de l'obésité des adolescents. » *Clinique et Labo.,* 30 déc. 1938.

15. — E. APERT: « Le syndrome adiposo-génital des jeunes garçons et des adolescents. » *Le Monde Médical,* 15 août 1936.

16. — E. C. HAMBLEN: « Uses and limitations of estrogens in gynecic practice. » *J. A. M. A.*, **117**: 2205, 1941.

17. — S. H. GEIST et U. J. SALMON: « Androgen therapy in gynecology. » *J. A. M. A.*, **117**: 2207, 1941.

18. — I. JAFFE et G. BROCKWAY: « The use of male sex hormone in endocrine disturbances in children. » *Journ. of Clinic. Endocrin.*, **2**: 189, 1942.

19. — Max GOLDZIEHER et M. S. ADLER: « Estrogen Treatment in a female eunuchoid. » *Journ. of Clin. Endocrin.*, **1**: 349, 1941.

20. — J. B. BLACK et B. WEBSTER: « Hyperthyroidism in the adolescent. » *Jour. of Clin. Endocrin.*, **1**: 859, 1941.

21. — E. A. ORNSTEIN: « The menagement of primary amenorrhea in hypopituitarism. » *Jour. of Clin. Endocrin.*, **1**: 899, 1941.

22. — Max GOLDZIEHER: « Growth and sex hormones. » *Jour. of Clin. Endocrin.*, **1**: 924, 1941.

23. — H. LISSER: « Sexual infantilism of hypothyroid origin. » *Journ. of Clin. Endocrin.*, **2**: 29, 1942.

24. — N. H. EINHORN et L. G. ROWNTREE: « Results of treatment in 40 cases of cryptorchidism. » *Jour. of Clin. Endocrin.*, **1**: 649, 1941.

25. — L. WILKINS et W. FLEISCHESMAN: « Hypothyroidism in childwood. » *Jour. of Clin. Endocrin.*, **1**: 91, 1941.

26. — S. C. WERNER: « A study of untreated « Frolich's Syndrome » without brain tumor. » *Jour. of Clin. Endocrin.*, **1**: 134, 1941.

27. — E. L. SEVRINGHAUS: « Dysfunctions of the anterior lobe of the pituitary and their treatment. » *J. A. M. A.*, **116**: 221, 1941.

28. — P. NOBECOURT: « La puberté chez les filles. » *Journal des Praticiens,* 14 sept. 1935, p. 593.

29. — P. NOBECOURT: « La période pubertaire. » *Journal des Praticiens,* 7 janvier 1928, p. 1.

30. — W. C. THOMPSON et N. J. HECKEL: « Male sex hormone. » *J. A. M. A.*, **116**: 2124, 1939.

31. — P. NOBECOURT et L. BABONNEIX: « Facteurs de la croissance. » *Traité de Médecine des Enfants,* Tome 1.

32. — G. K. WHARTON: « Unrecognized hypothyroidism. » *Can. Med. Journ.*, avril 1939, p. 371.

33. — A. BROWN et autres: « Hypothyroidism and cretinism in childhood. » *Amer. Jour. of Dis. of Child.*, **57**: 517, 1939.

34. — B. BERNARD et P. MILLER: « Hypothyroidism as a cause of disease of the hip. » *Amer. Jour. of Dis. of Child.*, **55**: 1189, 1938.

35. — W. WOLF: « Endocrinology in modern practice. » 1940.

36. — E. C. HAMBLEN: « Endocrine gynecology. » 1939.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR "L'ABDOMEN AIGU"[1]

Par **Georges DUMONT** et **Charles DUMONT** (Campbellton, N. B.).

Le terme « abdomen aigu » s'applique à ce groupe de patients qui présentent une douleur abdominale assez forte pour qu'une intervention chirurgicale soit absolument nécessaire. Une douleur abdominale accompagnée de nausées et vomissements qui dure six heures ou plus doit être considérée comme preuve d'une lésion sérieuse de l'abdomen nécessitant une opération. Dans nombre de cas, la temporisation de la part du médecin peut être la cause de la mort du patient, parce que souvent les lésions des viscères abdominaux évoluent rapidement. La plus grave responsabilité repose donc sur le médecin praticien en fait de diagnostic précoce et en vue du traitement prompt et efficace.

En face d'un malade qui présente apparemment le problème d'un « abdomen aigu », le premier point dont le praticien doit s'assurer, c'est qu'il s'agit bien d'un « abdomen aigu » réel et non pas d'une condition extra-abdominale simulant un « abdomen aigu ». Le point de coté abdominal de la pneumonie chez l'enfant est généralement facile à reconnaître, mais au début, avant l'apparition des signes stéthoscopiques, il faut parfois recourir à la radiographie des poumons pour éclairer un diagnostic douteux. La crise abdominale du tabès peut simuler l'abdomen aigu; la méningite peut causer des symptômes abdominaux; la thrombose coronaire peut produire des symptômes ressemblant fort à ceux d'un ulcère gastrique perforé; la typhoïde au début peut faire soupçonner l'appendicite. Enfin n'est-il pas arrivé qu'un chirurgien ait enlevé l'appendice d'un enfant souffrant de pyélite ou d'un adulte souffrant de colique néphritique?

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

Examen clinique.

A l'examen du malade, on donnera beaucoup d'importance à son état général. La fréquence du pouls est beaucoup plus significative que l'élévation de température. La température ne dépasse pas généralement 99 — 100° excepté dans la cholécystite aiguë; chez l'enfant l'appendicite peut être accompagnée d'une fièvre de 101 - 102°, tandis que dans un cas de perforation la température est souvent sub-normale. L'histoire du malade devra être prise avec soin, non seulement de sa maladie actuelle, mais aussi de ses antécédents, d'attaques semblables ou de même nature, en accordant une attention spéciale à certains symptômes, tels que: douleur après les repas, flatulence, constipation, diarrhée, présence de mucus ou de sang dans les selles, jaunisse, hématurie ou autres troubles de la miction; chez la femme: troubles menstruels ou pertes vaginales et chez les deux sexes: les détails de toute opération antérieure.

Au sujet de la maladie présente, le début, l'apparition et le siège de la douleur sont importants; la douleur est-elle accompagnée ou précédée de vomissement? L'examen de l'abdomen doit être minutieux, d'abord par l'inspection: y a-t-il ballonnement, la paroi est-elle immobilisée pendant la respiration? Puis la palpation se fait doucement, les doigts de la main étendus, pour déterminer la sensibilité, une rigidité de la paroi ou la présence d'une tumeur ou masse anormale. En passant on ne doit pas oublier que la vessie distendue, mate à la percussion, peut se présenter au-dessus du pubis dans un cas d' « abdomen aigu » et qu'il faut toujours la vider, avec un cathéter s'il le faut, avant de continuer l'examen. La percussion du foie, du cœur et de tout l'abdomen est de routine pour découvrir soit l'hypertrophie ou la dilatation d'un organe, soit une note sonore anormale: tympanisme ou ma-

tité dans les flancs. Les examens, rectal et vaginal, sont également importants et il va sans dire que l'examen physique doit être complet, comprenant l'analyse d'urine, l'examen de la poitrine et du système nerveux. Il ne faut pas omettre d'examiner tous les orifices herniaires.

Après avoir localisé définitivement la lésion dans l'abdomen, le second point dont le praticien doit s'enquérir, c'est la question du traumatisme, car il ne faut pas perdre de vue que la rupture dans le péritoine soit d'un viscère solide (foie, rate ou rein) soit de l'intestin, généralement à la partie inférieure de l'iléum, produit des symptômes abdominaux aigus et est une indication de laparatomie exploratrice immédiate. Après avoir écarté la possibilité de lésion traumatique, le praticien se trouve devant un grand nombre d'affections abdominales qui pour faciliter le diagnostic peuvent être groupées sous les 4 principaux chefs suivants:

1. INFLAMMATION.
2. OBSTRUCTION.
3. PERFORATION.
4. HÉMORRAGIE OU TORSION.

Nous passons sous silence les affections rénales aiguës: pyélo-néphrite, colique néphritique, urémie et les coliques intestinales: gastro-entérite aiguë, saturnisme, et la colique hépatique.

Variétés cliniques

Nous considérerons sommairement chacun des 4 principaux types cliniques énumérés plus haut et nous ne ferons qu'indiquer de façon nécessairement très incomplète quelques méthodes de traitement.

1. INFLAMMATION.

a) *L'appendicite aiguë* plus fréquente chez les jeunes personnes commence par une douleur généralisée. Au bout de quelques heures la douleur se fixe à la fosse iliaque droite, qui devient rigide et sensible, les nausées et les vomissements apparaissent fréquemment. Le pouls est rapide, mais la température dépasse rarement 99 — 100° F. Chez les personnes âgées, la douleur n'est souvent que légère, la défense musculaire peu marquée et les vomissements absents, mais le pouls est accéléré de façon anormale. La langue est sèche, saburrale et la constipation, quoique la règle, peut faire défaut et même la diarrhée peut être observée. Durant les premières 36 heures, on ne sent encore aucun empâtement à l'examen abdominal ou rectal. Ensuite un abcès appendiculaire se développe et alors on peut palper une masse fixe dans le bassin et immobile pendant la respiration. La leucocytose est un indice important.

Pendant les premières 48 heures, la conduite à tenir est l'appendicectomie immédiate et un grand nombre de chirurgiens enlèvent l'appendice à n'importe quel stage de la maladie. Cependant il est vrai qu'il y a une autre école, qui, après la formation d'un abcès bien localisé, préfère attendre quelques jours ou quelques semaines avant d'intervenir. Nous partageons l'opinion qu'un cas d'appendicite aiguë doit être opérée immédiatement après son entrée à l'hôpital.

En opérant un cas d'appendicite rupturée avec abcès ou péritonite plus ou moins localisée, il y a une technique que nous pratiquons depuis plusieurs années et qui nous donne de bons résultats: c'est la cæcostomie, qui, comme vous le savez, consiste à drainer le gros intestin en introduisant un petit drain dans la lumière du moignon de l'appendice. Il va sans dire que le drainage de la cavité et du bassin doit être suffisant, mais avec la cæcostomie en plus nous trouvons que les malades se désintoxiquent plus vite, souffrent moins de ballonnement et de vomissement, et sont moins exposés à cette complication grave de l'iléus paralytique. La fistule stercorale après la sortie du drain ne cause aucun inconvénient et se ferme rapidement. L'administration intraveineuse de sérum glucosé est un adjuvant précieux.

b) *La cholécystite aiguë* se présente chez des personnes de 40 ans, surtout la femme plus

ou moins obèse. L'histoire de la malade révèle qu'elle a déjà souffert de dyspepsie, flatulence, constipation, peut-être de colique biliaire occasionnelle, mais rarement de jaunisse. Il y a douleur, sensibilité et défense musculaire à la région vésiculaire; la douleur irradie dans le dos ou à l'épaule droite et la température est élevée: 103-104° F. A la palpation on pourra peut-être sentir une masse arrondie sous le rebord costal, mobile avec la respiration. L'état général indique souvent une intoxication avec prostration marquée. Dans ce cas il ne fait pas de doute qu'une laparatomie s'impose immédiatement. Ici encore il y a une autre école qui préconise la temporisation et la cholécystectomie subséquente après une accalmie des symptômes. Mais cette temporisation peut être dangereuse; elle le serait particulièrement si par malheur il s'agissait d'un ulcère duodénal perforé. Ce cas est plutôt rare chez la femme, mais c'est une possibilité et parfois même une surprise désagréable.

c) *La salpingite aiguë.* Le diagnostic différentiel avec l'appendicite est généralement assez facile. La douleur, la sensibilité et la défense musculaire s'accentuent graduellement, mais on remarque que ces symptômes sont bilatéraux à la région hypogastrique. Les vomissements et la constipation sont généralement moins prononcés; la malade paraît moins intoxiquée que dans l'appendicite. Par contre la fièvre et la leucocytose sont plus élevées. A l'examen vaginal on remarque la leucorrhée et on constate une inflammation de tout le bassin. Ici il est indiqué de temporiser: le traitement médical suffit généralement à moins qu'un pyo-salpinx ne se développe. Les sulfamidés donnent aujourd'hui d'excellents résultats.

d) *La pancréatite aiguë* est beaucoup plus rare: on l'observe chez l'homme d'âge moyen et parfois chez la femme obèse qui a une histoire de dyspepsie biliaire. C'est un diagnostic très difficile à faire, mais le début soudain d'une douleur épigastrique intense avec grande prostration accompagnée parfois d'une légère cyanose laisse soupçonner le drame pancréatique. La glycosurie et l'épreuve de laboratoire à la diastase confirment le diagnostic. L'opération se résume à l'exploration et tout au plus au drainage de la vésicule biliaire. Le pronostic est sombre.

e) *La péritonite tuberculeuse* présente parfois le syndrome d'abdomen aigu. L'état général et les antécédents du patient sont souvent significatifs. On observe un ballonnement plus ou moins marqué, la présence d'ascite avec tympanisme au centre de l'abdomen et matité dans les flancs.

f) *La péritonite généralisée infectieuse* est très grave. Elle peut être secondaire à l'appendicite rupturée, l'ulcère peptique perforé ou une perforation traumatique, etc. Les signes classiques sont: la douleur généralisée, la sensibilité, la défense musculaire, la distension et les vomissements fréquents et fécaloïdes. Le pouls est très rapide et filiforme, la température est souvent subnormale, le patient en état de collapsus, le facies hippocratique. Avant la découverte des sulfamidés le résultat était presque toujours fatal. Aujourd'hui nous pouvons prévenir et combattre plus efficacement la péritonite en injectant une solution de sulfathiazole dans le bassin et la cavité abdominale à la fin de l'opération; on continue le sulfathiazole en injections intramusculaires pendant les suites opératoires. Par ailleurs le traitement est le même que celui de l'iléus paralytique. Ce dernier est une complication assez fréquente d'une infection abdominale plus ou moins localisée ou même d'une intervention abdominale apparemment bénigne. Nous avons tous été témoins de la détresse de ces malades dont l'abdomen est très ballonné et tympanitique et qui vomissent continuellement. C'est l'équivalent de la dilatation aiguë de l'estomac et le traitement est le même. Il est essentiel dans ces cas de lutter contre la déshydratation et l'acidose; c'est pour cette raison que l'on force le sérum glucosé intraveineux, 2 ou 3,000 c.c. par jour ou même continuellement jusqu'à cessation des vomis-

sements. Le lavage de l'estomac avec une solution tiède de bicarbonate de soude répété 2 ou 3 fois par jour est un traitement très efficace. Le tube rectal, les injections rectales de lait et mélasse répétées 3 ou 4 fois par jour, la Pituitrine, la Prostigmine, l'ésérine en injections hypodermiques, sont d'autres traitements très utiles. Les tubes à siphonage gastrique et intestinal, dits de Levine ou de Abbott-Miller, sont d'autres moyens très efficaces d'obtenir la décompression abdominale. Enfin une opération bénigne, qui peut se faire à l'anesthésie locale, appelée la jéjunostomie, est une méthode salvatrice, lorsqu'elle n'est pas pratiquée trop tard. Elle consiste à introduire un petit drain dans la lumière du jéjunum et l'y fixer suivant la méthode de Witzell.

2. OBSTRUCTION.

Début soudain, douleur intense généralisée, accompagnée ou suivie de vomissements projectiles qui deviennent rapidement fécaloïdes. Au début la partie inférieure de l'intestin au-dessous de l'obstacle peut se vider et produire 2 ou 3 selles. A l'examen de l'abdomen on peut fréquemment apercevoir des mouvements péristaltiques visibles, plus fréquents à la fosse iliaque droite. Chez les patients âgés, qui souffrent de cancer du colon, on découvre souvent une longue histoire d'obstruction chronique et de flatulence. La palpation permettra généralement de trouver la tumeur abdominale.

a) *La hernie étranglée extérieure* est la cause la plus fréquente d'obstruction intestinale. Elle est facile à découvrir et se présente comme une tuméfaction arrondie, assez dure et très sensible, si l'on a soin d'examiner attentivement tous les orifices herniaires. La hernie étranglée est irréductible et fixe, immobile pendant la toux. On se gardera bien de confondre la hernie fémorale étranglée avec une adénite inguinale et on ne perdra pas de vue les signes d'obstruction: douleur abdominale, ballonnement et vomissement.

b) *L'étranglement interne* par des adhérences ou des brides affecte le plus souvent l'intestin grêle dans la région de la jonction iléo-cœcale. On obtient fréquemment une histoire d'inflammation ou d'opération antérieure. Le maximum de la douleur et des mouvements péristaltiques se trouve à la région de l'anse intestinale obstruée.

c) *Le volvulus* se rencontre généralement chez des hommes plus âgés souffrant de constipation, souvent après une défécation laborieuse. Il y a une énorme dilatation du gros intestin et le patient est en état de collapsus, bien que les vomissements soient tardifs et le ténesme présent.

d) *L'invagination intestinale* se rencontre presque toujours chez de jeunes enfants bien nourris de 6 à 15 mois. Le bébé présente des attaques intermittentes de pleurs et cris en fléchissant ses petites jambes avec alternatives de relâchement et soulagement. Le praticien doit être averti qu'il ne sentira une masse dans l'abdomen que pendant les contractions péristaltiques de l'intestin. Aussi il devra laisser sa main sur l'abdomen de l'enfant assez longtemps pour sentir une petite masse en forme de saucisse au-dessous du rebord costal droit. Les vomissements apparaissent dès le début et ce n'est qu'après plusieurs heures qu'on observe des selles muco-sanguinolentes.

3. PERFORATION.

La perforation de l'ulcère gastrique ou duodénal se fait spontanément ou après une longue histoire d'indigestion. Il y a collapsus soudain, une douleur atroce, souvent localisée au-dessus du pubis; la température est subnormale, l'abdomen est rétracté et présente une rigidité généralisée d'une dureté ligneuse; ce dernier symptôme est caractéristique. Le patient est pâle et présente des sueurs avec un pouls anormalement lent en regard du degré de collapsus que l'on observe. La laparatomie immédiate est nécessaire pour suturer l'ulcère et drainer la cavité et le bassin. Chaque quart d'heure de temps est très précieux dans un tel cas. La perforation intestinale au cours d'autres affections: cancer, diverticulite,

ulcère typhique ou tuberculeux, produit des symptômes caractéristiques de rigidité localisée avec température sous-normale et pouls rapide, mais ces symptômes ne sont jamais aussi graves que dans la perforation d'ulcère peptique ou la perforation traumatique.

4. HÉMORRAGIE OU TORSION.

L'hémorragie peut être causée par un traumatisme, mais chez la femme cet accident est le plus souvent causé par la rupture d'une grossesse ectopique ou tubaire ou encore par la rupture d'un kyste hémorragique de l'ovaire, qui survient chez la jeune fille vers l'époque de la puberté et qui est souvent confondue avec l'appendicite. Au cours d'une hémorragie considérable, comme il arrive dans la grossesse extra-utérine rupturée, la patiente est très pâle, agitée, couverte de sueurs; le pouls est très rapide et il y a une sensibilité abdominale marquée à la palpation. Parfois on constate la présence de liquide dans le ventre, la sensation de flot et la matité dans les flancs. Le début est soudain, la douleur hypogastrique est violente et la patiente atteinte d'une lipothimie grave. Au début on ne sent rien de particulier à l'examen vaginal si ce n'est un léger empâtement plutôt sensible dans le cul-de-sac de Douglas, mais après quelques jours la collection de sang est circonscrite par les anses intestinales et l'omentum et on sent une masse qui peut remonter jusqu'à l'ombilic. Il y a généralement un retard de règle, laissant soupçonner un début de grossesse, mais parfois il n'y a aucun retard. En général, la femme perd un peu de sang pendant quelques heures ou quelques jours avant les symptômes alarmants de la rupture et de l'hémorragie abdominale. La gravité des symptômes dépend du volume de l'hémorragie. Or celle-ci n'est pas toujours soudaine et abondante. Alors il n'y a pas de douleur subite et violente avec lipothimie. Une douleur sourde commence dans un côté du bas-ventre et augmente graduellement; la femme vient consulter ou demande le médecin et à l'examen vaginal on constate une masse très sensible dans un des culs-de-sac; le col et le corps utérins sont plus sensibles que normalement, la température est peu élevée. Il est alors difficile de distinguer la grossesse tubaire d'une inflammation de l'ovaire ou de la trompe. Le traitement est l'opération dans tous les cas et les symptômes graves d'hémorragie interne sont traités par la transfusion sanguine. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine rupturée est évidemment l'un des plus difficiles pour le praticien.

Le kyste d'ovaire à pédicule tordu s'observe le plus souvent chez la femme de 35 à 45 ans. La patiente accuse une violente douleur qui débute soudainement après un effort ou un exercice, accompagnée de nausées et vomissements, avec une élévation moyenne de température, mais il n'y a pas de signe de shock ou d'hémorragie interne et on constate une tumeur arrondie, rénittente et sensible dans le bas-ventre ou à l'examen pelvien.

Conclusion

Au début de ce Congrès, à l'hôpital Saint-Luc, quelques confrères ont donné des conférences très instructives, formant un symposium sur ce problème de l'« abdomen aigu ».

Pour notre part, nous avons cru faire un travail utile pour le praticien général, toujours si occupé, en préparant ce résumé (sorte de tableau synoptique ou schématique) pour l'aider à distinguer les principales causes de l'« abdomen aigu ». Car c'est d'un diagnostic précoce et exact suivi d'un traitement chirurgical prompt et efficace que dépend souvent la vie du patient.

LE LEVER PRÉCOCE [1]

Par **J.-Emile RIOUX,**
Chef du Service de Chirurgie de l'hôpital Sainte-Anne-des-Monts
(Prov. Québec).

Pour la première fois, je crois, dans un *Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* vous entendez une voix de la Gaspésie. Si j'ai cet honneur de représenter mes cinquante confrères de notre région, je le dois à l'amabilité du dévoué président de ce Congrès et aux directeurs de l'Association. Je suis heureux de leur en exprimer ma profonde gratitude.

Dans ce bref travail, j'ai pensé qu'il serait intéressant pour vous de connaître mon expérience personnelle et celle de mes collaborateurs depuis 10 ans à l'hôpital Sainte-Anne, de Sainte-Anne-des-Monts, sur le lever précoce des opérés, tel que nous le pratiquons.

Qu'est-ce que le lever précoce des opérés? Pour nous, c'est le lever de l'opéré l'après-midi ou le soir même de l'opération ou au plus tard le lendemain c'est-à-dire le lever dans les 24 heures qui suivent l'acte opératoire. Nous croyons que le lever des 2e, 3e et 4e jours n'est plus un lever précoce et n'a pas les mêmes avantages. En effet, que recherchons-nous dans le lever précoce? Remettre l'opéré à son état normal le plus tôt possible et empêcher que des complications ne viennent retarder sa guérison. Tout cela est obtenu par le lever au cours des premières 24 heures. Nous tâcherons d'en expliquer le mécanisme plus loin quand nous parlerons des avantages de ce lever précoce.

Historique

Depuis très longtemps, des chirurgiens ont parlé du lever précoce et l'ont préconisé dans leurs communications aux Sociétés médicales. Je ne ferai pas l'histoire de cette méthode pour tous les pays: ce travail a été publié assez souvent et je suis sûr que vous le connaissez tous. Au Canada, je crois avoir été le premier à employer ce procédé régulièrement et pour tous mes opérés, depuis le 12 février 1932. En effet, depuis cette date, j'ai fait lever le lendemain de l'opération tous mes opérés de l'abdomen. Depuis deux ou trois ans, nous faisons lever certains opérés le jour même, surtout ceux dont l'anesthésie a été courte, et les malades souffrant d'adhérences post-opératoires.

Quels malades faisons-nous lever?

Pour moi, il n'y a pas eu de période de tâtonnement. Après avoir lu plusieurs travaux sur cette méthode, je l'ai adoptée d'emblée et, après le 12 février 1932, je n'ai laissé au lit que les grands infectés ou les opérés porteurs de drains. 95% de nos opérés de l'abdomen bénéficient de cette méthode. Nos cholécystectomies, nos appendicectomies sur-aiguës avec liquide séreux et séro-purulent, nos appendicites aiguës, sub-aiguës ou chroniques se lèvent le jour même ou le lendemain. (Seuls, les opérés pour appendicites franchement purulentes, avec péritonite généralisée et porteurs de 2 ou 3 drains ne se lèvent pas. Dans ces cas, nous n'enlevons pas l'appendice, à moins qu'il ne se présente facilement et soit aisément décollable sans trop de délabrement, mais nous nous contentons de drainer et de faire des lavages bi-quotidiens avec une solution de créoline. Dans les derniers 15 à 20 cas, nous n'avons pas enregistré une seule mortalité.) Nos gastrectomies, nos gastro-entérostomies, nos colostomies, nos résections intestinales, nos cystostomies pour ablation de calculs vésicaux, nos hystérectomies totales ou subtotales, nos ovariectomies, nos suspensions utérines, en un mot, tous nos opérés de l'abdomen se lèvent le soir ou le lendemain de l'opération. Généralement ceux que nous faisons lever l'après-midi ou le soir de l'opération s'assoient avec l'aide des infirmières

1. Communication au XVIIe Congrès de *l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* Montréal, septembre 1942.

sur le bord de leur lit et même dans une chaise à côté du lit. Quelques-uns vont même à la toilette; mais ordinairement le lever a lieu vers 9 heures le matin et se répète 3 ou 4 fois dans la journée. L'opéré va à la toilette d'abord soutenu par deux infirmières et s'asseoit ensuite dans une chaise pendant 10 à 15 minutes. Le trajet pour les plus éloignés représente environ 60 à 100 pieds, et plusieurs font en plus le tour de la salle, ce qui représente 2 à 3 fois cette distance. Son lit est changé et retourné pendant ce temps. Il est recouché, assisté par les infirmières. Le 2e jour, la moitié de nos opérés peuvent se lever sans l'aide des infirmières et marchent seuls. Le 3e jour, tous peuvent se lever seuls et restent debout ou assis 5 à 6 heures pendant la journée. Pendant les 3 premiers jours, nous sommes obligés de les retenir car plusieurs abuseraient. Le 4e jour, les opérés commencent à prendre leurs repas à la table et le lendemain et les jours subséquents, nous les laissons libres d'agir à leur guise et il n'y a plus de restrictions... même en temps de guerre!

Lors d'un voyage d'étude aux Etats-Unis, j'ai assisté le docteur Richard Davison pour des thoracoplasties, des résections d'adhérences pleurales et j'en ai fait plusieurs assisté par lui. Etant très enthousiaste du lever précoce des opérés, je n'ai pu faire autrement que d'essayer de le convaincre d'adopter cette méthode pour ses opérations. Après quelques jours, le docteur Davison consentit à faire lever le lendemain 4 de ses opérés de thoracoplastie: ce fut un succès. Quelques jours plus tard, nous en faisions lever 8 autres. Après 10 jours, nous faisions subir aux 4 premiers « ambulants » leur 2e stage de thoracoplastie qu'ils ont supporté mieux que les autres opérés après 22 jours. C'est dire que cette méthode permet de réduire de plus de la moitié le temps entre les différents stages opératoires et que ces malades supportent beaucoup mieux cette opération choquante que les autres qui ne se lèvent pas.

Après 2 mois et demi passés à la Clinique Mayo, je retournais chez le docteur Davison qui me dit textuellement: « Your coming here was a blessing for me and for our patients: your method is quite miraculous » et il me donna des statistiques sur le séjour moyen de ces opérés pour les 2 ou 3 stages, comparées au séjour des autres avant le lever précoce: 22 à 30 jours contre 48 à 56 jours. Perte de poids après les 2 ou 3 stages: 3 livres contre 26 livres avant. Plus de cas de respiration paradoxale contre 5% avant. Au 1er de l'an 1938, après 7 mois, il m'écrivait: « I am still using the ambulatory post-operative treatment and like it very much. I have had no complications attributable to it and I think the prompt recovery is little short of miraculous ». Le 3 septembre 1942, le docteur Davison m'écrivait: « Since your visit nearly five years ago, I have used ambulatory post-operative care of thoracic cases almost completely. During this time, I have performed approximately 1,100 thoracoplasty operations, 133 extrapleural pneumothorax operations and 185 Jacobeus procedures besides many minor and miscelaneous operations at The M.T.S. and hundreds elsewhere. I feel that ambulatory care has many advantages, especially in resulting in less pain, less loss of strength and weight, better wound healing, less gastro-intestinal disturbances, and fewer complications such as pulmonary embolism to say nothing of savings of nursing hours and hospitals days. I am strongly in favor of ambulatory treatment of chest cases, but, of course, good clinical judment must be excercized and patients in extreme condition should not be mobilized. »

Avantages de cette méthode

1) *Pas de fatigue du lit.*

Nos opérés n'ont pas cette sensation de fatigue du lit le lendemain de leur opération et les jours suivants et n'ont pas cette figure abattue qu'on voit chez les autres. Ils sourient volontiers après leur premier lever et sont contents de nous conter leurs prouesses et de nous annoncer que « ça n'a pas fait mal » et

qu'ils se sentent reposés après leur excursion. La plupart des opérés sont des malades « ambulants » avant leur intervention chirurgicale et supportent très mal le repos prolongé au lit, après quelques heures ou dans les premiers jours, ils se plaignent de douleurs musculaires, de douleurs articulaires ou de fatigue générale. Dès le premier lever, tous ces malaises disparaissent immédiatement pour ne plus reparaître.

2) *Peu de calmant.*

Ces malades ne reçoivent qu'une injection de calmant après l'opération et une autre pour la nuit. Rares sont ceux ou celles qui ont une autre injection pour leur 2e nuit. Ces opérés qui se sont levés 2, 3 ou 4 fois le lendemain de leur intervention chirurgicale ne se plaignent pas de douleurs ni de gaz. Les gaz, la terreur des opérés, sont inconnus chez nous et les compagnies pharmaceutiques ne nous vendent pas souvent de Pitressin ou autres médicaments servant au même usage. Le lever précoce a pour effet de redonner aux intestins qui ont été manipulés, leur place normale, permettant ainsi le transit régulier des gaz. C'est à cause de cela que nous n'avons jamais eu de cas de volvulus, d'invagination, d'occlusion intestinale. Toutes ces causes étant enlevées, c'est autant de malaises éloignés et de douleurs épargnées pour lesquels nous n'avons pas à donner de calmants.

3) *Peu de sérum.*

Dans certains hôpitaux, surtout aux Etats-Unis, j'ai vu littéralement « noyer » les opérés de sérum physiologique, glucosé ou autre. Eh bien! chez nous à peine 2% de nos opérés qui se lèvent précocement reçoivent 500 à 2,000 c.c. de sérum après leur opération. Et ces opérés sont des femmes porteuses de grossesses extra-utérines rupturées depuis plusieurs heures ou des grands infectés. La nécessité de donner du sérum soit physiologique, soit glucosé, soit mixte provient du fait que l'opéré a perdu beaucoup de sang ou qu'il a perdu beaucoup de liquide ou de sel. Pendant l'opération, nous avons bien soin de faire une hémostase parfaite d'où élimination de la première indication. Aux opérés qui ont saigné avant l'opération nous donnons une quantité raisonnable de sérum. Les malades de la deuxième catégorie perdent beaucoup de liquides et de sels par les vomissements du premier jour et des jours suivants. Nos opérés vomissent très peu et les vomissements cessent absolument après le lever précoce: il n'y a donc plus de raison pour les « gaver » de sérum.

4) *Pas de rétention d'urine, pas de constipation opiniâtre.*

Je ne me rappelle pas avoir été obligé de faire de cathétérisme aux opérés qui ont bénéficié du lever précoce. Quand un de ces malades se plaint d'envie d'uriner qu'il ne peut soulager sur la bassine, nous le faisons lever et la fonction normale reprend immédiatement. Il en est de même pour les lavements. Le fonctionnement intestinal normal se rétablit de lui-même par l'exercice et la stase, causée par le séjour au lit, nous est inconnue. Que de cystites nous avons évitées qui proviennent de cathétérismes répétés chez des opérés dont la vessie refuse de fonctionner dans la position couchée! Que d'entérites aussi qui ont leur origine dans les lavements donnés à tort et à travers pour forcer à fonctionner un intestin rebelle! Ce sont des fonctions qu'on est si peu habitué à « exercer » sur le dos!

5) *Pas d'adhérences.*

Il nous est arrivé très souvent d'opérer des patients qui avaient subi des interventions chirurgicales ailleurs et nous avons remarqué que 60% de ces opérés, qui avaient fait un séjour prolongé au lit, étaient porteurs d'adhérences. Par contre, nous avons dû opérer de nouveau certains de nos patients qui avaient bénéficié du lever précoce lors de leur première intervention et nous n'avons trouvé des adhérences, et très lâches, que dans une proportion de 2% de ces cas.

En effet, les adhérences intestinales se produisent dans les premières 24 heures et sont solides après 48 à 72 heures. Comme nous les

faisons lever après 8, 12 ou 24 heures, les adhérences en voie de formation se brisent par le changement de position et c'est une complication désagréable qui disparaît. Si malgré le lever précoce, des adhérences se forment, elles sont très lâches et ne donnent pas ou peu de malaises par la suite.

6) *Pas de hernie post-opératoire.*

Nous n'avons jamais vu un seul cas de hernie post-opératoire chez nos opérés qui se sont levés le lendemain. Nous refaisons notre paroi avec un catgut No 3 sur le péritoine, 2 ou 3 points du même catgut sur le muscle et nous employons sur l'aponévrose de la soie tissée No 6 (braided silk). Nous faisons tantôt un surjet, tantôt des points séparés. La peau est cousue avec la même soie No 4. La soie n'a pas certains inconvénients du crin de Florence que j'ai employé pendant 2 ou 3 ans; elle nous donne une grande solidité de la paroi et le malade ne « sent pas ses points » comme avec le crin de Florence.

7) *Pas de phlébite, ni d'embolie.*

Pendant plusieurs décades, la phlébite et l'embolie ont été la terreur des chirurgiens, surtout des gynécologues. Les fibromes utérins en particulier étaient appelés dans certains milieux « l'opération à phlébite ». Depuis que je pratique le lever précoce, j'ai eu une seule opérée qui a fait une phlébite et dans des circonstances tout à fait particulières.

Cette malade, âgée de 31 ans, a été opérée pour un énorme fibrome utérin. Elle s'est levée le lendemain matin et les jours suivants comme les autres. Le onzième jour, alors qu'elle sortait le lendemain, elle fut prise d'une douleur aiguë dans l'aine et le jour suivant, la phlébite était constituée. Cette malade avait subi ailleurs une amydalectomie deux ans auparavant et avait fait à cette occasion deux phlébites qui l'avaient tenu au lit 68 jours. C'est dire que je craignais la répétition de cet accident qui s'est malheureusement produit. Pour éviter la phlébite et l'embolie, il semble qu'il faille faire le lever précoce du lendemain ou des deux jours suivants. J'ai en mémoire les cas de 5 chirurgiens différents qui ont vu se déclarer des phlébites graves suivies d'embolies et de mort dans 3 cas, après des levers du 7e jour. J'ai eu une expérience qui confirme cela tout dernièrement. J'opérais un accidenté du ventre, porteur d'une rupture intestinale traumatique. Vu la quantité de liquide répandu dans l'abdomen et le temps assez long écoulé entre l'accident et l'opération, je n'ai pu me décider à fermer la paroi sans laisser un petit drain. Le malade allait parfaitement bien, la suppuration était nulle et nous avions décidé de le faire lever le lendemain, quand le soir du 6e jour, il mourrait subitement d'une embolie pulmonaire. J'ai toujours cru que cet opéré serait en vie si je l'avais fait lever comme les autres! Chez nos opérés levés précocement, nous n'en avons jamais eues.

8) *Pas d'accidents pulmonaires.*

Les accidents pulmonaires nous sont complètement inconnus quoique la plupart de nos opérés soient anesthésiés à l'éther. L'opéré qui se lève n'a pas de congestion des poumons et comme « la ventilation pulmonaire » se fait sur un rythme plus rapide l'oxygénation du sang est meilleure et partant l'infection est moins à craindre. J'ai entendu dire souvent par de bons chirurgiens: « cette méthode du lever précoce est certainement très commode chez les vieillards, qui font si facilement des congestions pulmonaires ou des bronchopneumonies...! Ceux-là nous les faisons lever le 3e ou le 4e jour. » Non seulement les vieillards et les obèses mais tous les opérés, qu'ils soient en parfaite condition ou cachectiques ou anémiques évitent ainsi toutes les complications pulmonaires qu'on rencontre si souvent chez les opérés alités.

9) *Pas de perte de forces, ni de perte de poids.*

Les opérés qui se lèvent ne perdent pas de forces et ne ressentent jamais la sensation de fatigue et d'abattement qu'on rencontre chez les autres. Un membre au repos absolu s'atrophie et perd sa puissance. Ce qui est vrai pour

un membre l'est-il moins pour le corps tout entier qu'on met au repos pendant 10, 15 ou 20 jours? Nos opérés se levent seuls le 2e ou le 3e jour; c'est dire que la perte de forces est insignifiante chez eux. Il en est de même pour la perte de poids. Les opérés qui ne peuvent se lever accusent une déperdition de 15 à 20 livres en moyenne tandis que nos opérés ne perdent que 3 livres en moyenne. Vous avouerez que c'est une différence notable en faveur du lever précoce.

10) *Restauration du psychisme normal.*

Ce qui est encore plus appréciable pour l'opéré lui-même, c'est le maintien de son psychisme normal. Le malade qui ne se lève pas, est porté au découragement et se croit toujours plus gravement atteint qu'il ne l'est en réalité. Nos opérés qui se lèvent le lendemain commencent déjà à entrevoir leur sortie prochaine de l'hôpital. Comme les complications usuelles ou les incidents journaliers pour les opérés alités, ne se produisent pas chez eux, ils se sentent moins malades et aident ainsi à leur guérison. Est-il rien de plus décevant pour le chirurgien que l'opéré « qui se laisse aller », qui ne réagit pas et qui « contemple la mort »? J'ai rencontré quelques-uns de ces désespérés parmi ceux que je ne pouvais pas faire lever pour certaines raisons, mais jamais chez qui se lèvent.

11) *Abaissement de la mortalité.*

En feuilletant les archives de l'hôpital pour la préparation de ce travail, je me suis rendu compte sans équivoque que le lever précoce, pratiqué sur une grande échelle comme nous le faisons, a abaissé la mortalité chez nos opérés de 3.5% et 3% à 0.6%. En effet, sur un total de 768 opérés chez nous en 1941, 616 se sont levés le jour même ou le lendemain de l'opération, sans aucune mortalité. Nous avons enregistré 5 mortalités chez les autres, dont 2 péritonites généralisées, opérées à leur arrivée à l'hôpital « par acquis de conscience » après 11 et 14 jours du début de la maladie. Un autre porteur d'une section presque complète du foie, opéré 10 heures après son accident; une quatrième, chez laquelle une césarienne a été pratiquée « pour baptiser l'enfant », après 3 jours de douleurs et d'examens par des vieilles femmes; et enfin une cinquième, opérée à son entrée à l'hôpital, après 14 jours du début d'une scepticémie puerpérale. Tous ces opérés sont morts moins de 5 heures après leur opération. Nous sommes bien convaincus que le fait d'éliminer toutes les causes de complications post-opératoires par un lever précoce, tel que nous le pratiquons, nous a permis de baisser notre mortalité opératoire à un chiffre aussi bas que 0.6%.

12) *Diminution du nombre de jours d'hospitalisation.*

En effet, avec le lever précoce, nos malades quittent l'hôpital après 7 à 10 jours en moyenne; tandis qu'avec l'alitement prolongé, les opérés restent à l'hôpital de 12 à 20 jours. Ce qui est un avantage appréciable dans le temps de « congestion » dans les salles. C'est aussi pour l'opéré une réduction considérable dans les frais qu'il est appelé à payer.

Accidents

Y a-t-il des accidents imputables au lever précoce? Pour ma part, je n'en ai jamais rencontré et je ne puis en signaler un seul. Les seuls incidents que j'ai vus se produire sont de légers étourdissements qui nous ont forcé à coucher l'opéré immédiatement pour le faire lever de nouveau 2 ou 3 heures après. Je n'ai jamais vu plus grave que cela.

Nombre

Pendant les dix années et quelques mois dont je fais mention, cet exposé de choses vécues chez nous, j'ai, avec l'aide de mes assistants et collaborateurs, fait lever précocement 3,113 opérés de l'abdomen, sans avoir à déplorer une seule mortalité attribuable à cette méthode.

Mes assistants

Le docteur Dominique Gaudry, de Chicoutimi, n'a pas pu me donner de statistique per-

sonnelle mais: « il croit que c'est un excellent procédé que de lever les opérés le plus tôt possible après l'opération. » Le docteur Jean Pigeon de Blind River et le docteur Henri Fauteux de Shawinigan-les-Chutes, ne m'ont pas fourni leurs statistiques pour les opérés qu'ils ont fait lever le lendemain ou les jours suivants, mais je sais par ailleurs qu'ils pratiquent cette méthode qu'ils ont apprise chez nous.

Le docteur Georges-Antoine Rioux, de Rouyn, a opéré à l'hôpital des Sœurs Grises de la Croix, de Noranda, environ 1,380 malades de l'abdomen. De ce nombre environ 300 se sont levés le jour même ou le lendemain, 168 le 2e jour et les autres les jours suivants. C'est un enthousiaste du lever précoce qui lui a permis d'obtenir les beaux succès qu'il a eus.

M. le docteur Edmond Pouliot, de Québec, « qui regrette de ne pouvoir continuer cette méthode, qu'il a suivie chez nous, dans les services publics de l'Hôtel-Dieu où la chose ne se pratique pas, me donne cependant une statistique personnelle de sa clientèle privée de 11 cas qu'il a fait lever le lendemain. Il trouve que cette méthode est la plus rationnelle ».

Le docteur Noël Coutu qui m'assiste depuis 3 ans est un fervent du lever précoce tel que nous le pratiquons chez nous depuis 10 ans.

Pourquoi le lever précoce n'est-il pas plus en faveur?

Après cet exposé, nous sommes portés à nous demander pourquoi tous les chirurgiens ne sont pas des adeptes du lever précoce? Pourquoi leur intérêt bien compris, celui de leur hôpital comme celui de leurs opérés est en jeu. Il suffit de relire les 12 avantages que je cite, à part de bien d'autres, pour se convaincre que c'est dans notre intérêt à tous de suivre cette méthode qui est si rationnelle et qui nous enlève bien des soucis quant aux complications post-opératoires.

LES BLESSURES DE LA FACE ET LEUR RÉPARATION [1]

Par **Philippe PANNETON,**
Chef de service à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Depuis que l'auto est devenu un élément indispensable de notre vie, la fréquence des blessures de la face s'est extraordinairement accrue; et c'est par centaines que se comptent chaque jour, surtout en fin de semaine, le nombre de ceux qui doivent recourir au médecin pour faire réparer des coupures faciales plus ou moins graves. Or, il dépend de la façon dont ces réparations sont faites que la victime reste ou non marquée pour la vie, parfois même défigurée.

La majorité des blessures dues à l'auto siègent à la face. La chose est due à la construction même des voitures; et c'est aussi pour cela qu'elles sont plus fréquentes et plus graves lorsque l'individu est assis sur le siège avant. Beaucoup de ces blessures ne se produisent pas au moment du choc; chose paradoxale elles le précèdent. Au moment où l'accident va se produire, le conducteur freine en général subitement et à fond. A ce moment, les passagers emportés par le mouvement sont violemment projetés en avant; le chauffeur, lui, est arrêté par le volant même; c'est ce qui explique combien de fois les passagers sont lésés tandis que le chauffeur reste indemne.

Les passagers du siège arrière viennent donner du visage sur le rebord du siège avant; ce rebord est heureusement capitonné quoique son arête soit souvent dure. Malheureusement les constructeurs sont accoutumés de mettre à cet endroit un cendrier métallique sur lequel nombre de gens sont venus se fendre qui les lèvres, qui le front, qui le nez.

Pour les passagers de l'avant, cela est bien pis. Ils ont en face d'eux le pare-brise, heureusement inéclatable dans les voitures modernes; s'ils y viennent donner du front, ils s'en tirent en général avec des coupures de peu d'étendue qui contrastent avec les lacérations effroyables que l'on rencontrait autrefois.

Mais au-dessous de ce pare-brise se trouve le tablier. Examinez ce tablier et vous verrez qu'il y a là tout ce qu'un génie malfaisant pouvait imaginer pour démolir la physionomie de ses contemporains. Tout d'abord ce tablier est métallique; et il est juste à la bonne hauteur pour qu'un individu que la secousse fait plier en deux, vienne se frapper la base du nez, s'il se tient droit, l'os malaire, s'il se tient obliquement. En outre, les constructeurs ornementent ce tablier de toutes sortes de boutons, tirettes, cendriers, crêtes, bref de toutes les saillies qui peuvent entraîner des blessures profondes, des fractures ou de larges lacérations.

Claire Straith, de Détroit, médecin spécialisé dans les opérations cosmétiques et qui, dans cette capitale de l'auto, a peut-être plus que qui que ce soit au monde à opérer ces victimes, fait campagne, sans succès hélas! pour qu'on apporte à la construction de l'automobile une modification simple, mais combien raisonnable: il voudrait que l'arête du tablier soit recouverte sur toute sa longueur d'un coussinet caoutchouté. Lui-même en a fait installer un sur sa voiture; et le hasard lui fournit la justification de sa prévoyance, puisque peu de temps après cette installation, son propre enfant, dans un freinage brusque, vint donner du visage sur ce coussinet. Il s'en tira sans dommage alors que dans toute voiture courante, se serait fatalement produit à tout le moins une fracture du nez.

Tant que les constructeurs n'auront pas adopté ce point de vue, les médecins verront arriver chez eux les automobilistes à la face ensanglantée.

Beaucoup de ces accidents se produisent loin des hôpitaux; et c'est le médecin praticien qui dans la plupart des cas est appelé

---

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

à faire la réparation. De cette réparation, suivant qu'elle est bien ou mal faite, dépend l'avenir esthétique du client. Or les principes qui régissent ces réfections sont *simples, extrêmement simples;* mais ils sont aussi *extrêmement rigoureux.*

Et surtout qu'on n'aille pas croire que pour faire d'une plaie hideuse une cicatrice peu voyante il faille être un as. Pas le moins du monde. Il suffit de savoir *quoi ne pas faire.* Malheureusement cela n'est que trop rarement enseigné; et c'est pour répondre à une demande expresse de nos internes que ce travail est aujourd'hui publié.

Nous espérons ainsi voir moins souvent arriver de pauvres gens qui viennent consulter le chirurgien en plastique avec un effroyable bourrelet de la lèvre ou une éclatante encoche de la paupière.

*
* *

Enonçons immédiatement cinq principes majeurs qui nous paraissent les clefs du succès:

1° *Toute incision à la figure doit tenir compte des lignes de traction.*

2° *Dans toute réparation des plaies de la face, le premier point de suture doit être placé sur la ligne esthétiquement la plus importante, celle des grands traits.*

3° *Les points secondaires doivent être faits aux angles des lambeaux.*

4° *Les points tertiaires ne doivent pas être faits les uns à la suite des autres, mais bien* à mi-chemin *les uns des autres.* (Voir plus loin l'explication détaillée.)

5° N'oubliez jamais que, *quels que soient les apparences,* les pertes de substance au niveau du visage, n'existent pour ainsi dire jamais.

Ajoutons à cela quelques notions de chirurgie générale dont l'application dans les cas qui nous occupent est de particulière importance:

a) Une suture immédiate *plane* donnera une cicatrice *plane.* Une suture immédiate en *bourrelet* donnera une cicatrice *plane.*

b) Il faut toujours affronter des surfaces cruentées.

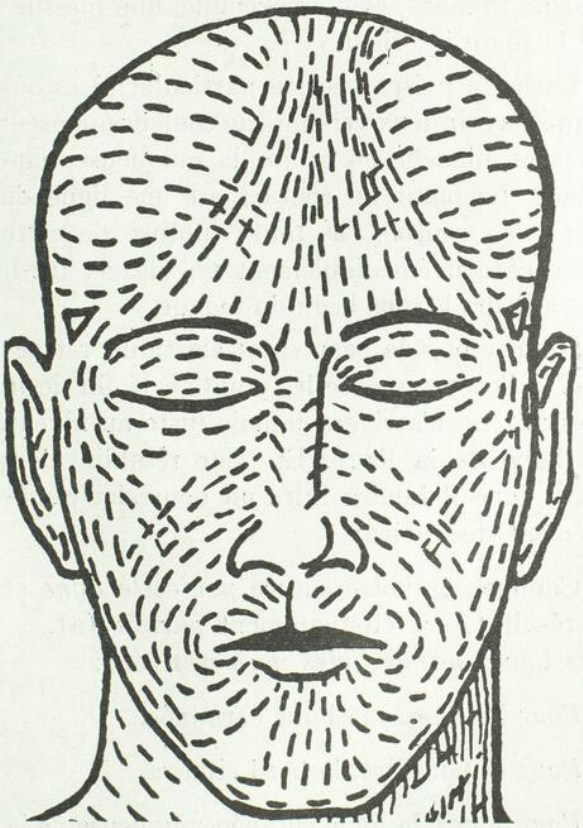
c) Plus tôt on enlève les points, plus de chances on aura qu'ils ne marquent pas.

Voilà les notions et les principes auxquels nous voulons ajouter aujourd'hui quelques mots d'explication.

*
* *

1° *Toute incision à la figure doit tenir compte des lignes de tension.*

Ces lignes de tension ont été fort bien étudiées et exprimées par Langer dans un schéma que nous ne pouvons faire mieux que de le reproduire ici. Elles expriment le tiraillement que font subir les muscles de la face, presque tous des peauciers, à la peau du visage.



On connaît la tendance qu'ont certaines plaies des paupières à bayer. Si l'on regarde le schéma, on constatera que cela est dû aux

tractions. Les fibres du sphincter palpébral *éloignent* les lèvres de la plaie quand celle-ci est verticale; elles les *referment,* quand la plaie est horizontale.

Il résulte de ceci que toute incision faite dans la direction des lignes de Langer laissera une cicatrice linéaire, noyée dans les plis du visage et par conséquent beaucoup moins visible; et aussi, que la suture en aura été facile puisque d'elles-mêmes les lèvres de l'incision, après ablation d'un kyste, par exemple, se remettent en place.

Une exception, mais importante: *ne jamais oublier que le nerf facial couple les lignes de Langer; et qu'il est plus important qu'elles!*

2° *Dans toute réparation des plaies de la face, le premier point de suture doit être placé sur la ligne esthétiquement la plus importante.*

C'est en rétablissant cette ligne que le bon ouvrier du bistouri rétablira l'harmonie du visage. Prenons, comme exemple, une blessure de la lèvre inférieure.

La lèvre présente cette particularité esthétique d'avoir deux versants de couleur opposée; la peau, blanche ou brune, la muqueuse, carminée. Le point de contact est une ligne de fort belle courbe. Or, toute rupture de cette ligne gâte irrémédiablement un visage, fut-il par ailleurs le plus beau du monde.

D'autre part la peau étant élastique, rétractile, si l'on commence les points à la fin de la blessure, on n'arrivera jamais juste au niveau de ligne de la lèvre. Et pour rétablir alors cette ligne il faudra faire un bourrelet extrêmement disgracieux.

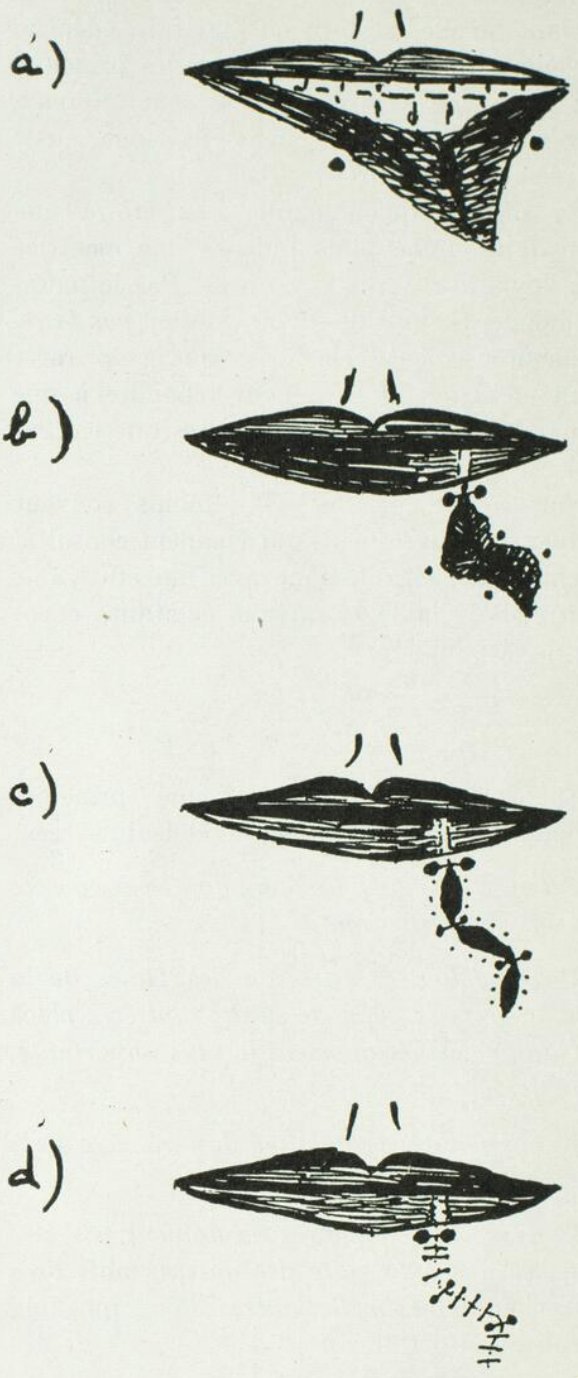
Commencez votre suture *par cette ligne* et le résultat sera étonnamment parfait (a).
Les lignes primordiales majeures sont:

Pour les lèvres, la ligne carminée.

Pour la paupière, le bord ciliaire.

Pour le nez, la ligne cutanéo-muqueuse de la narine, etc.

Cette suture devra évidemment être de soie solide.



3° *Les points secondaires doivent être faits aux angles de la blessure.*

Ces angles étaient invisibles avant la remise en place de la lèvre faite aux temps précédents. Après cette première suture, ils ne sont pas encore aussi évidents qu'on le pourrait croire. Mais en y regardant bien, en examinant la ligne de la plaie, on aperçoit ici une encoche

et *presque* vis-à-vis, une pointe (b). Ne suturez pas immédiatement. Mais vérifiez d'abord en rapprochant les bords, si l'un entre bien dans l'autre; et pour ce faire ne vous servez point de pinces qui écrasent les tissus; prenez plutôt, si possible, un petit crochet, ou la pointe de votre aiguille. Puis faites une suture solide et quand elle est faite, *vérifiez*. Ne craignez pas de reprendre, s'il y a le moindre bourrelet.

Arrivé à ce moment, vous serez souvent stupéfaits de la bonne apparence d'une plaie qui à prime abord était effroyable.

4° *Les points tertiaires ne doivent pas être faits à la suite les uns des autres, mais bien à* mi-chemin *les uns des autres.*

Les points que vous avez placés sont les points de contention, de remise en place. Les autres, ce que j'appelle les points tertiaires, ne sont que des points d'approximation, ceux qui mettront en contact les lèvres de la plaie et rendront facile et rapide la fermeture. Les premiers et les seconds devaient être profonds, solides. Les troisièmes doivent être superficiels; car ce n'est pas sur ces derniers que porte l'effort de traction.

En vertu des principes énoncés plus haut, ne faites pas vos points tertiaires l'un à la suite de l'autre; il pourrait arriver ainsi que de point en point vous fassiez un bourrelet que vous ne constateriez qu'en faisant le dernier.

Mais prenant l'espace situé entre disons A et E, placez *au milieu* en E un point, puis à mi-chemin toujours entre ce point et le point voisin, faites-en un autre en B et ainsi de suite, coupant chaque fois l'espace par moitié. Faites ces points *nombreux et superficiels.*

5° *N'oubliez jamais que, quelles que soient les apparences, les pertes de substance au niveau du visage, n'existent pour ainsi dire jamais.*

C'est là un point très important, mais que malheureusement on ne voit jamais énoncé; c'est pourquoi nous répétons:

Quelles que soient les apparences, jamais les plaies de la face ne s'accompagnent de perte de substance.

Il y a des exceptions mais elles sont tellement rares et tellement extraordinaires qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Laissons de côté les sections du bout du nez ou du pavillon de l'oreille qui ne sont point fréquentes et où d'ailleurs la question ne se pose pas; il y a là, en effet, un squelette fixe qui empêche qu'on puisse s'y tromper.

Au niveau des parties molles je n'ai eu connaissance que d'un cas où il manquait vraiment quelque chose. Un malade du Dr Auguste Panneton des Trois-Rivières s'était fait mordre par un cheval qui d'un coup de dent lui avait... cueilli les deux paupières de l'œil gauche, jusqu'au rebord orbitaire! Mais le fait courant est le suivant: toute coupure des lèvres ou des paupières entraîne une rétraction cicatricielle telle qu'il semble absolument manquer de larges morceaux des tissus. Les bords de la plaie se mettent en V; les bords sectionnés s'écartent l'un de l'autre au maximum; les lignes naturelles, ligne carminée, bord ciliaire, se continuent absolument avec les bords de la plaie.

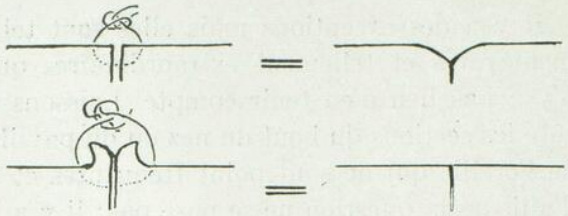
En présence d'une plaie de ces régions, commencez toujours par rechercher ces lignes naturelles. Nettoyez, regardez et vous trouverez l'endroit où la muqueuse labiale ou le sol ciliaire, se continue par la surface cruentée. Prenez alors, plutôt qu'une pince, votre aiguille ou un crochet (par exemple le crochet à chalazion) ; cherchez à rapprocher les bords. Et vous aurez la surprise de voir la paupière ou la lèvre apparemment absente renaître sous vos yeux.

*
* *

A tout ceci, ajoutons un rappel de quelques principes élémentaires de chirurgie, particulièrement importants dans le domaine anatomique en cause:

a) N'oubliez pas qu'une cicatrice se rétracte toujours. De sorte que si vous faites un bourrelet, celui-ci s'aplatira, laissant une cicatrice

plane; tandis que si votre suture est plane, la cicatrice se creusera.



b) Vous rappelant les principes généraux de chirurgie, souvenez-vous d'affronter les surfaces cruentées, et non point les épidermes. Ce faisant vous aurez le bourrelet; c'est ce qu'il faut. Votre plaie suturée doit laisser voir une ligne rouge.

c) Enlevez les points le plus tôt possible.

Si votre suture est bien faite, si vous avez affronté les tissus vifs, si vous n'avez point écrasé les bords par trop de pincement, en vingt-quatre heures déjà il se sera faite une union. La fibrine coagulée entre les lèvres formera une espèce de ciment dont la solidité est étonnante. Enlevez après vingt-quatre heures tous les points tertiaires, chez les individus sains. Vous éviterez ainsi bien des ennuis dont les principaux sont: 1° le danger d'infection au niveau des sutures, car il s'agit de corps étrangers; 2° l'irritation que causent ces corps étrangers; la réaction normale du tissu irrité entraîne la formation de fibroblastes et l'accentuation de la cicatrice. Les sutures enlevées au bout de vingt-quatre heures ne laissent jamais de trace, pas même un point.

Si vous n'êtes pas suffisamment rassuré sur la solidité des adhérences vous pouvez enlever la moitié des points tertiaires en faisant disparaître un point sur deux, par exemple tous les numéros pairs. Les autres seront enlevés le lendemain.

Vous respecterez cependant les points d'angle et les points de ligne. Vous les avez faits plus forts et plus profonds; ils vous garantissent le résultat. Mais il est préférable de les faire disparaître au plus tôt. Après trois jours, sauf exception, vous n'avez rien à gagner à les laisser en place. Au besoin sur la plaie mettez une mince bande de gaze et croisez par-dessus des bandes minces de diachylon qui feront traction; mais il est rare que cela soit nécessaire.

*
* *

D'aucuns voudraient peut-être avoir des précisions sur le matériel chirurgical nécessaire; mais nous ne voulons point entrer dans ces détails que l'on trouvera dans tous les traités de chirurgie et surtout dans ceux de chirurgie plastique dont il existe actuellement des manuels concis et complets à la fois.

Qu'il nous suffise de dire que pour nous:

a) Plus une aiguille est petite, plus petite est la blessure qu'elle fait.

b) Nous préférons personnellement la soie, et assez fine, au catgut et au crin. Nous ne faisons pas de sutures intradermiques qui, sauf cas spéciaux, ne nous paraissent présenter aucun avantage. Ce qui les remplace, ce sont les points majeurs que nous faisons profonds. Enfin nous préférons la soie noire, tout simplement parce qu'elle est plus facile à voir quand il s'agit d'en retrouver les bouts dans la petite croûte qui se forme sur la plaie.

*
* *

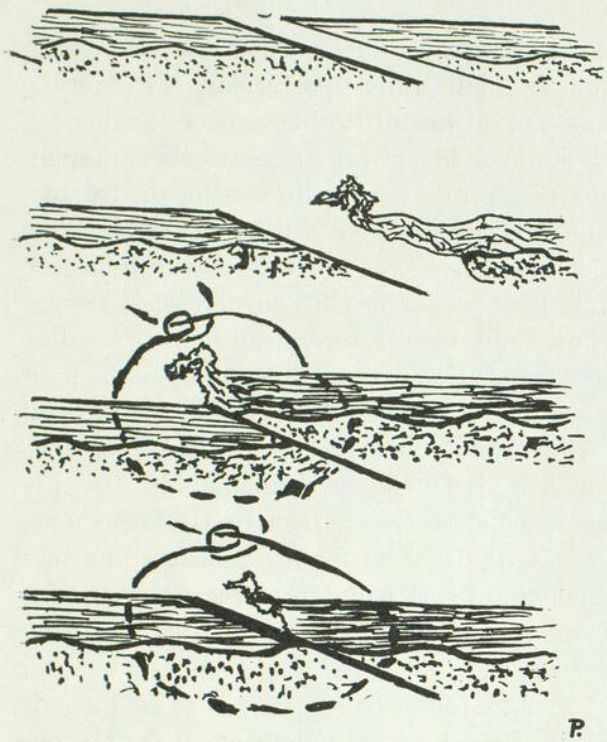
Addenda:

Un problème particulier se pose dans les plaies à section oblique.

Dans ces sections, l'extrémité du biseau cutané est représentée par le seul épiderme. Très élastique, très mince, ce bout du lambeau se recroqueville, s'enroule, bref devient franchement inutilisable. Il se trouve donc à y avoir une espèce de manque.

On serait naturellement porté à rapprocher près l'une de l'autre les deux *marges* épider-

miques *visibles!* Or, ce faisant, on ne remet point les choses en état, au contraire! Puis-



qu'il y a manque, on se trouve à *remonter* le biseau sur le plan incliné. Résultat: il y a dénivellement, d'où cicatrice vicieuse. Il faut donc insérer le biseau *trop bas,* laissant exposée une surface cruentée qui en quelques jours se recouvrira d'épiderme. Un coup d'œil sur les dessins ci-joints aidera mieux qu'un long texte.

*
* *

Nous avons écrit ce travail dans l'espoir d'être utile aux malades d'abord et par cela aux médecins. Il ne faudrait plus que l'on rencontrât de ces jeunes filles dont la bouche, recousue de son mieux par un médecin qui ne voyait pas de différence entre blessure à la lèvre et blessure à la main, a laissé un moignon hideux qui rompt l'harmonie du sourire; et pour éviter de pareilles catastrophes esthétiques, il suffirait, nous a-t-il semblé, de garder à l'esprit les principes très simples que nous venons d'exposer.

MÉTHODE D'OSTÉO-SYNTHÈSE DU COL DU FÉMUR [1]

Par **J.-A. DENONCOURT** (Trois-Rivières).

Parmi les traitements des fractures du col du fémur, l'ostéo-synthèse est sûrement, de nos jours, un traitement de choix. Ses avantages ne sont plus à discuter. Comportant une immobilisation de courte durée, l'ostéo-synthèse est tout indiquée chez les vieillards et les débiles. L'alitement n'étant souvent nécessaire que pour deux ou trois semaines, l'hospitalisation se trouve du fait écourtée considérablement. De plus, les malades, ayant à pratiquer des exercices au tout début de leur convalescence, conservent leur musculature en excellent état.

Un grand nombre de méthodes d'ostéo-synthèse ont été préconisées par différents auteurs. On a utilisé, comme moyen de fixation, les pièces les plus diverses: chevilles, broches, clous, vis, etc. On a imaginé toute une série d'instruments, plus ou moins compliqués, pour la mise en place de ces pièces.

Actuellement, dans notre pays et chez nos voisins, l'enchevillement par le clou de Smith Peterson paraît être la méthode qui réunit le plus d'adeptes.

A côté de l'excellent procédé de Smith-Peterson, il y a le vissage du col du fémur qui, à mon avis, mérite notre considération. Il n'est rien de nouveau, Delbet s'en est servi il y a quarante ans. Il est d'une technique simple, et demande peu d'entraînement. Le vissage des fragments, au moyen de deux vis, donne une fixation tout à fait solide.

Toutefois, avant d'exposer la technique du vissage, considérons un instant les raisons des échecs techniques dans l'ostéo-synthèse du col fémoral. Quel que soit le moyen employé, la grande difficulté réside dans l'introduction de la pièce de fixation dans l'axe du col.

L'insertion d'un clou ou d'une vis dans l'axe du col, selon le plan frontal, est chose facile sous l'écran fluoroscopique. Il en est tout autrement de guider le clou ou la vis dans l'axe, selon le plan antéro-postérieur: la fluoroscopie n'étant pas utilisable sous cet angle.

L'étude de la conformation osseuse du fémur nous révèle que l'angle de torsion du col par rapport à la diaphyse est très variable d'un sujet à l'autre. Mikulicz rapporte que cet angle peut varier de 20° en arrière à 38° en avant. Voilà bien la raison qui nous prive d'utiliser la position externe du membre, ou le plan de la table pour visser dans l'axe du col.

Afin de contourner cette difficulté, le docteur Alfred Tuttle, de Philadelphie, travaillant de concert avec le docteur Geckeler, dans le vissage du col du fémur, a imaginé un instrument qui sert à guider, avec précision, les vis dans l'axe du col, quelle que soit la torsion de celui-ci.

Cet appareil consiste en un petit bloc de métal, percé longitudinalement de deux tubulures parallèles, distantes de trois quarts de pouce. La première, d'un huitième de pouce de diamètre, reçoit une broche rigide qui sert de guide; la seconde, de plus grand calibre, loge une canule, laquelle sert à diriger les vis directement dans le col. A cet instrument s'ajoute une drille pour le forage du col, et un tourne-vis pour l'insertion des vis. Les vis, longues de trois, trois et demi et quatre pouces, sont de préférence de vitallium ou de métal inoxidable. A leur défaut, on peut utiliser les vis de fer ordinaires.

Technique opératoire

Le patient, sous anesthésie générale, est placé dans le cubitus dorsal sur une table de bois ou sur une table orthopédique. La fracture est réduite ordinairement par la manœuvre de Leadbetter, et le membre est maintenu en légère rotation interne, par un aide. Des radiographies antéro-postérieures et latérales contrôlent la réduction.

Le champ opératoire est préparé, laissant à découvert la région sous-trochantérienne.

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

L'appareil à Rayons-X, muni de son fluoroscope, est placé de manière à voir le col fémoral. Une incision longitudinale d'environ trois ou quatre pouces, sur la face externe de la cuisse, découvre la base du grand trochanter et la partie sous-jacente. On fait l'obscurité dans la salle. Sous le contrôle du fluoroscope, la broche-guide est introduite en frôlant les faces antérieures du grand trochanter et du col, et obliquement, de bas en haut, jusqu'à la tête fémorale. La face antérieure du col étant plane, l'introduction de la broche se fait aisément. Du fait que la pointe de la broche ne quitte pas la surface antérieure du col, on ne court aucun risque de blesser les vaisseaux fémoraux qui passent à au moins un pouce en dedans et en avant du col et de la tête du fémur.

Le bloc de Tuttle est ensuite enfilé sur la broche. On adapte la canule dans la deuxième tubulure en l'introduisant jusqu'au fémur. La canule se trouve ainsi en parfait enlignement avec l'axe du col. En prenant soin de ne pas déplacer l'appareil, on prépare le chemin de la vis en forant le col au moyen d'une drille introduite dans la canule. La canule dirige donc la drille exactement dans le col, suivant la direction de la broche-guide. On vérifie au moyen du fluoroscope la position de la drille. Cette dernière, une fois retirée, on insère une vis à l'aide d'un tourne-vis, et l'on surveille sur l'écran le degré de pénétration de la vis. Pour placer la deuxième vis, on répète la même manœuvre sous un angle différent, c'est-à-dire en plaçant la broche-guide de manière à ce que sa direction fasse un angle légèrement fermé avec la première vis. La plaie opératoire est close, comme à l'ordinaire. Des radiographies sont prises dans les deux plans, pour confirmer la position des vis.

Après quelques expériences avec l'appareil du docteur Tuttle, l'idée nous est venue de construire un bloc similaire, perforé de trois séries de deux tubulures; ces perforations sont disposées dans des angles différents selon le plan frontal. L'addition de ces nouvelles tubulures permet l'insertion de la deuxième vis, et même d'une troisième, si cette dernière est jugée nécessaire, et cela, sans avoir à déplacer la broche-guide, mise en position dès le début de l'opération.

L'intervention terminée, le malade est placé dans son lit. Dès le deuxième jour, on pratique des mouvements du membre. Dans les jours suivants, le malade peut s'asseoir. Au cours de la troisième semaine, on le lève debout à côté de son lit, et on lui apprend à s'équilibrer sur ses béquilles. Dans la suite, il fait quelques pas, sans s'appuyer sur son membre. Quand il a gagné assez d'adresse pour marcher avec ses béquilles, on lui permet de s'asseoir sur un fauteuil. Le malade n'est autorisé à s'appuyer sur son membre que lorsque la radiographie montre une consolidation osseuse.

TRAITEMENT DE LA GONOCOCCIE CHEZ LA FEMME [1]

Par **Léonide REID** et **F.-X. DEMERS** (Québec).

Malgré sa fréquence, nos mœurs modernes n'acceptent pas le gonocoque comme un parasite des voies génitales. Sans doute est-ce en raison des nombreuses lésions gynécologiques où on retrouve le microbe en grain de café, confirmé par la culture sur milieux spéciaux ou par les tests biochimiques (sérologie, intradermo-réaction).

Pour le gonocoque, comme pour tous les microbes, il n'y a pas de génération spontanée; et quoiqu'en disent les patients parfois, l'infection est généralement due à une contamination sexuelle par un partenaire infecté, sauf chez la fillette où la transmission par des vêtements souillés est toujours possible.

Des voies génitales externes le microbe de Neisser envahit peu à peu l'arbre génital, même parfois tout l'organisme. Il est donc important de faire un diagnostic précoce et d'instituer aussitôt une thérapeutique adéquate.

Après quelques considérations d'ordre général, nous tenterons au cours de cette étude de donner un aperçu des traitements médicaux et chirurgicaux de cette affection.

Considérations générales

L'infection gonococcique est la cause la plus fréquente de stérilité (40% d'après Pierre Mocquot). Il y a donc un intérêt social tout autant que médical à dépister, comme à bien traiter les jeunes femmes victimes d'une contamination accidentelle ou conjugale.

Malheureusement, si l'on peut s'exprimer ainsi, la gonococcie féminine est souvent chronique d'emblée. Pendant longtemps c'est une infection discrète d'une grande banalité qui n'attire guère l'attention, jusqu'au jour où éclatent les complications qui immobilisent et souvent compromettent définitivement l'intégrité des organes génitaux et leur fonction.

Ce qui complique beaucoup le traitement, c'est la fréquence des réinfections; on ne peut les éviter que par le traitement simultané des deux partenaires.

Chez la femme, en raison des rares symptômes du début, il est impossible d'affirmer sans le laboratoire l'existence d'une gonococcie. Dans le doute il vaut mieux demander de nouveaux examens dans de meilleures conditions. Pour avoir le maximum de chance de trouver le gono à l'examen direct, il faut souvent profiter de la réactivation menstruelle. Il est important de convaincre la femme, même parfois le médecin, que toute leucorrhée non identifiée doit imposer *des examens de laboratoire.*

Trop souvent après un rapport négatif, l'écoulement leucorrhéique est mis sur le compte d'un trouble d'origine fonctionnel; et un traitement est institué sans l'élimination d'un désordre organique infectieux. La recommandation de faire des prélèvements de routine au niveau de l'urètre, du col, est toujours de mode.

Traitements

L'état général, comme dans toutes les infections, ne doit pas être négligé. Il est bon d'exiger de notre patiente une alimentation substantielle, la régularité intestinale, la limitation des exercices physiques et le repos absolu des organes génitaux, sans oublier l'abstinence d'alcool.

Médication.

Toute la thérapeutique s'est attaquée au Neisser: vaccination, chimiothérapie, physiothérapie, endocrinothérapie.

Vaccination.

Jusqu'à l'arrivée d'une médication chimique efficace, on avait beaucoup espéré de la vaccination. C'est sans succès cependant qu'on a cherché à faire naître, dans le sang, l'anticorps qui devait annihiler, lyser le gonocoque.

Vaccins de tous genres furent employés sans grande efficacité. Schultz, en février 1935, va

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

même jusqu'à utiliser des gonocoques vivants en injection dans la cuisse; injection qui semble agir en plus comme un abcès de fixation. La difficulté de cette thérapeutique est de déterminer la virulence des germes, et les résultats obtenus sont discutables.

Un peu plus tard on préconise la vaccination locale. En mars 1936, dans les « Annales Brésiliennes de gynécologie », M. Pardal nous résume son expérience chez vingt-cinq malades suivies par lui Les résultats ne sont pas particulièrement favorables: car s'il y a 6 malades nettement améliorées, 6 sont peu soulagées et 10 n'ont ressenti aucun bienfait de la médication; une a même été aggravée par le traitement. Le grand danger de la méthode d'après l'auteur, est constitué par les fortes réactions pelviennes observées (50%), et c'est là ce que l'on veut prévenir.

Chimiothérapie.

Depuis quelques années, la chimie pharmaceutique nous a fourni une thérapeutique nouvelle, efficace, qui a accru l'intérêt de la lutte et les espoirs de succès.

La médication chimique a, de plus, un grand avantage; la plupart des patients l'absorbent sans ennuis, par la bouche, et on obtient, en saturant l'organisme, l'action désirée: nous voulons parler des sulfamidés.

Nous nous arrêterons surtout aux médicaments de cette famille qui nous semblent les plus actifs contre le genre de microbes qui nous intéresse: le sulfathiazol et la sulfapyridine.

Les dosages les plus recommandés et ceux qui semblent amener les meilleurs résultats pour un comme pour l'autre médicament sont: deux grammes par jour en quatre comprimés pour douze jours. On alternera sulfathiazol et sulfapyridine ou vice versa en cas d'insuccès.

La grossesse n'est pas une contre-indication, mais il est prudent chez la femme enceinte de ne pas prolonger l'emploi d'un sulfamidé, car on le retrouve dans le sang fœtal peu de temps après son administration et il peut toujours exposer le fœtus au hasard de l'effet toxique. Il est d'ailleurs indispensable de surveiller toute patiente pendant son traitement. Les symptômes d'intoxication ne sont pas fréquents, mais on doit cesser si, après l'absorption de la drogue, la malade présente soit des troubles gastro-intestinaux graves, un rash, une anémie hémolytique ou de l'agranulocytose. Une formule sanguine est utile si on veut prolonger le traitement.

Il est inutile, il peut même être dangereux de limiter les liquides pendant la cure. Le volume des urines doit être maintenu à un minimum de 1,000 c.c. par jour, en raison du danger soit de formation de calculs rénaux d'acétyl-sulfathiazol ou pyridine, soit d'irritation toxique de l'épithélium rénal.

Lorsque l'infection se limite au col et au vagin, on se contente de prescrire quelques douches vaginales qui ont simplement l'avantage d'agir mécaniquement en balayant les sécrétions septiques et en atteignant les éléments pathogènes en liberté dans la région vulvo-vaginale. La douche vaginale doit de plus jouer un rôle favorablement biologique en aidant la défense et en ne troublant pas l'équilibre normal. Il est inutile d'utiliser des antiseptiques caustiques qui ne tuent pas le microbe à l'abri dans un cul-de-sac glandulaire alcalin, mais qui peuvent toujours léser les éléments de défense et troubler le pH vaginal.

Quant aux ovules, aux crayons à base de médicaments actifs, il est entendu qu'ils n'ont qu'une action locale adjuvante, mais qu'ils peuvent toujours oublier quelques microbes installés dans un canal excréteur glandulaire.

Physiothérapie.

La fièvre artificielle semblerait être le traitement idéal de la gonococcie, on ne peut le pratiquer que dans de rares institutions où un personnel est entraîné à ce genre de cure.

L'électricité médicale est utilisée soit pour détruire des crêtes de coqs ou pour pratiquer une électrocoagulation de la muqueuse du col. En effet lorsqu'une leucorrhée glaireuse tarde à se tarir, et qu'il n'y a aucune atteinte infectieuse annexielle, il est bon, afin de hâter une guérison clinique, de détruire la muqueuse cer-

vicale infectée. Chez la nulligeste, nous introduisons, la veille, une laminaire, afin d'avoir mieux en vue la région endocervicale et, tout comme chez la multipare (après asséchage à la tige montée), il est facile alors de cauthériser la partie malade.

Il est important cependant de se contenter d'une cauthérisation de la muqueuse, car, en atteignant le muscle, il peut être dangereux de produire une cicatrice rétractile qui pourra être cause de dystocie, plus rarement d'hématométrie. On aide souvent la guérison par quelques points de cauthère au niveau des œufs de Naboth.

Lors d'infection pelvienne refroidie, on a recours à la diathermie associée ou non à la chaleur locale par tampons d'antiphlogistine, par appareil d'Elliot ou encore par des columnisations du vagin à la mèche icthiolée. Ces séances de courant coupé aident à assouplir les empâtements inflammatoires qui s'attardent, hâtent la résorption des masses et surtout calment les douleurs qui les accompagnent.

Endocrinologie.

Nous l'avons déjà dit: chaque menstruation peut être pour le gonocoque l'occasion d'une poussée infectieuse. C'est à ce moment qu'il sort des repaires où il était cantonné, qu'il se multiplie, qu'il continue sa progression ascendante. Pour prévenir ce réveil dangereux, certains auteurs préconisent une aménorrhée artificielle au moyen d'extraits androgéniques. L'injection mensuelle, en plusieurs doses, de 350 à 650 milligrammes de proprionate de testostérone, amènerait l'effet désiré.

Ce mode de traitement, en raison du coût, est prohibitif pour la plupart de nos patientes et de plus il les expose à un déséquilibre qui peut toujours conduire à un virilisme temporaire mais désagréable.

Les extraits glandulaires ont surtout été utilisés dans la vulvo-vaginite infantile. Si la vulvite de l'adulte est pratiquement inexistante en raison des nombreuses couches cellulaires qui rendent la muqueuse très résistante au gonocoque, il n'en est pas de même pour l'enfant à téguments plus minces, moins vasculaires, où l'infection passe rapidement à la chronicité.

L'exsudat purulent subit des variations marquées et l'infection peut persister sans autres symptômes pour guérir spontanément à la puberté.

Dans ce but, on a pensé produire artificiellement, chez la fillette infectée, un épithélium pubère qui annihilerait l'infection. Cette maturation précoce s'obtient par l'application locale de folliculine sous forme de cônes vaginaux ou par injections d'extraits œstrogéniques.

Le traitement endocrinien n'est cependant pas infaillible. Il nous a été donné de voir le 15 décembre 1941 l'enfant B., fille unique, âgée de 6 ans, présentant une leucorrhée tenace depuis 2 ans. Le prélèvement fut positif. Le père et la mère n'ont aucune infection. Les examens de laboratoire sont négatifs chez eux. Nous en concluons à une infection d'origine extrafamiliale. Un traitement par ovules est institué. La malade qui demeure à la campagne est revue et semble guérie; aucune leucorrhée, prélèvement négatif. En mai 1942, les troubles réapparaissent avec prélèvement positif. Une cure au sulfathiazol avec acide nicotinique: 2 comprimés par jour en quatre doses pour 12 jours. Fin de juillet: aucune irritation locale, deux prélèvements sont négatifs, les pertes ont cessé au début de juin et ne sont pas réapparues, nous dit la mère. Nous en avons profité pour pratiquer, à la face externe de la cuisse de l'enfant, l'injection de 1/10 de c.c. de filtrat gonocoque (Corbus Ferri), qui ne provoqua aucune réaction locale dans les 18 heures qui ont suivi.

L'épreuve du temps nous dira si nous avons obtenu une cure bactériologique réelle.

Traitement chirurgical

Nous n'avons pas à discuter de l'opportunité du coup de bistouri qui draine une bartholinite, ni du coup de ciseau qui permet de vider un Douglas plein de pus. Mais avant de pratiquer toute laparatomie mutilatrice, si l'idée généralement admise maintenant est: « garder tout ce que l'on peut » il faut ajouter ce correctif,

comme le dit le docteur Douay: « Traiter et guérir d'abord. »

Madame T. en est une preuve. Depuis 7 ans, nous avons eu l'occasion de la suivre. Mariée il y a 10 ans, en ménage six mois, son mari la quitte oubliant quelques gonocoques.

En octobre 1935, une poussée aiguë de salpingite à droite; repos au lit, glace sur l'abdomen, douches chaudes, petits lavements chauds à garder. La crise calmée, nous nous armons de tampons, de vaccins de toutes sortes, séances d'ondes courtes, columnisation du vagin. Malgré nos efforts Madame T. se paie le luxe de faire une poussée aiguë de temps à autre.

En 1938, ouverture d'une glande de Bartholin. Tous les prélèvements ne sont pas positifs, mais la leucorrhée persiste et l'annexe droite est toujours douloureuse. Souvent au cours du traitement, nous avons proposé à notre malade l'ablation de l'annexe, cause de ses douleurs. Toujours elle refuse.

Fin décembre, au cours d'une poussée annexielle, nous lui prescrivons la dose ordinaire de sulfathiazol, nous répétons en février et mars. Les prélèvements sont négatifs après les menstruations du mois d'avril. Aucune poussée aiguë depuis, son annexe droite est perceptible mais non douloureuse; les menstruations sont régulières; aucune leucorrhée.

Elle avoue une aventure en juin 1942. Nous considérons son partenaire comme le test de guérison idéal; il ne se plaint de rien.

Malheureusement toutes les patientes ne sont pas dans le cas de madame T. Accaparées par les soucis du ménage ou obligées de travailler, elles ne peuvent s'accorder des mois de repos, des traitements longs et coûteux. La guérison clinique tarde à se produire, les poussées aiguës sont fréquentes dans les collections annexielles qui se résorbent trop lentement. Le gynécologue, la main forcée devant l'échec d'une cure médicale, enlève l'organe qui compromet la guérison bactériologique.

GUÉRISON

Fièvre artificielle et sulfamidés semblent être de nos jours les seuls traitements qui débarrassent l'organisme de Neisser.

Chez les patientes non gravides et chimiorésistantes, on associe sans danger au médicament la chaleur locale au moyen d'appareils munis d'un thermostat qui empêchent toute brûlure des tissus, mais détruisent le gono dans une large proportion. En effet, les bactériologistes nous l'ont prouvé, le gonocoque cesse de cultiver à 105.4° Far.

Avant de donner un certificat de guérison, le médecin doit toujours être prudent: si le diagnostic ferme de gonococcie est parfois difficile, le diagnostic de guérison est plus difficile encore et pour l'un comme pour l'autre le laboratoire est également indispensable.

On considère comme guéries, les patientes qui, après leur traitement, ont eu des prélèvements négatifs aux quinze jours pour trois mois. L'on peut toujours vérifier par une intradermo-réaction ou une culture de la flore vaginale post-menstruelle.

Pour conclure, permettez-nous d'insister sur la patience dont on doit s'armer, sur sa force de persuasion pour calmer les appréhensions d'une patiente qui réclame trop souvent une hystérectomie. Que de mutilations auraient pu être évitées! Souvenons-nous que surtout, chez une jeune femme, on ne doit intervenir qu'après échec de tous les autres procédés ou si on a la main forcée par le développement d'accidents mettant la patiente en danger.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre MOCQUOT et Raoul PALMER: « Le dépistage de l'infection gonococcique chronique chez la femme. » *Gynécologie et Obstétrique,* juillet 1939, page 104.
2. Wolfhart SCHULTZ: « Traitement de la blennorragie par gonocoques vivants. » *Gynécologie et Obstétrique,* avril 1938, page 304.
3. M. PARDAL: « Vaccinothérapie locale en gynécologie. » *Annales Brésiliennes de Gynécologie,* mars 1938.
4. NOVAK: *Gynecological and Obstetrical Pathology,* 1941, page 41.

5. Dudley R. SMITH et Rogers DEAKIN: « The treatment of gonorrhea in the female sith sulfathiazole. » *A. J. of O. and G.*, février 1942, page 296.
6. Huges SAYEN et La TOWSKY: « Sulfadiazine calculi in the urinary tract. » *Digest of Treatment*, juillet 1942.
7. Budd CORBUS: « The cutaneous diagnosis of gonococci infection. » *J.A.M.A.*, janvier 1941, page 113.
8. Robert M. LEWIS: « Fondamental principles of treatment of gonococcin infections of women. » *Connecticut State M. J.*, novembre 1940, page 662.
9. E. DOUAY: « La Chirurgie conservatrice en gynécologie. » *Gynécologie et Obstétrique*, mai 1939, page 355.

LA DIATHERMIE DANS LES OTITES CATARRHALES CHRONIQUES[1]

Par **C.-T. MATHIEU** (Montréal).

Dans toutes les affections chroniques, non suppurées de l'oreille moyenne, la symptomatologie est pratiquement la même. Que nous ayons affaire à une otite moyenne chronique exudative, ou à une otite moyenne chronique fibreuse adhésive post-catarrhale, ou à un catarrhe tubaire chronique, les troubles fonctionnels sont ceux de l'appareil de transmission: Rinne négatif, Weber latéralisé du côté malade, paracousie de Willis, bourdonnements et surdité ou surdité seule.

Anatomiquement, ces phénomènes répondent à la formation de tractus fibreux, immobilisateurs de la chaîne des osselets et du tympan, à un épaississement de la muqueuse de l'oreille moyenne, à des raideurs et fibroses musculaires, à de l'arthrite des osselets. Cette infiltration chronique de la caisse et de la trompe produira lentement, mais sûrement la surdité. Les deux oreilles ne sont pas affectées en même temps et au même degré. Une d'abord commence à ennuyer le patient, puis après un temps variable l'autre se prend à son tour.

Lorsque ces troubles apparaissent chez le vieillard, celui-ci se console en disant: c'est la faute des années..., mais à 30 ou 35 ans, l'effet est tout différent. Ces jeunes malades se découragent vite, leur détresse et leur désespérance les conduisent à cet état morose qui les portent à s'isoler et fuir la compagnie, toujours dans la crainte de passer pour sourds. Ce jeune malade, je le répète, doit être normalement, soutenu et encouragé. Nul mieux que le médecin ne peut remplir cette délicate mission.

Notre arsenal thérapeutique se limite à quelques moyens de traitements dont les résultats ont toujours laissé à désirer. Je veux parler de l'insufflation de l'oreille moyenne, par le cathétérisme avec la sonde d'Itard ou ses dérivés et la poire de Politzer. Ou bien encore par le procédé bien connu de Valsalva ou celui de Politzer. Si à ceci on ajoute le bougirage, l'électrolyse tubaire et le massage du tympan, nous avons là les différents traitements, employés depuis des « siècles » sans résultats appréciables ou durables.

Depuis 10 ans, j'ai traité une centaine de malades souffrant de surdité plus ou moins avancée par la diathermie avec amélioration de 50 à 70 pour cent. S'il existe une cause d'obstruction nasale, comme queue de cornet, éperon de la cloison, déviation du septum, polypes, etc., il faut avant tout supprimer la cause. Plus souvent, le patient a déjà été débarrassé de la supposée cause, et vient nous consulter pour sa surdité.

Notre procédé est celui-ci: nous nous assurons par l'examen que nous avons bien devant nous un trouble de transmission. Après quoi nous mesurons l'audition de chaque oreille. Le patient est assis dans notre bureau porte fermée. Nous obstruons une oreille avec du coton sec et plaçons une montre à 4 pieds du côté de l'oreille libre et demandons au patient de nous dire quand il entendra le tic-tac de la montre. Une oreille normale entend cette montre à 48 pouces. Si le patient n'entend pas, nous approchons et notons la distance ainsi: 30/48 20/48 10/48 ou au contact. Après quelques minutes nous contrôlons.

L'examen terminé, nous commençons le trai-

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

tement. Nous plaçons dans chaque oreille un coton mouillé qui doit tout remplir le conduit et venir en contact du tympan. Au moyen d'une électrode spéciale nous donnons au patient une première séance de 3 minutes du courant de Tesla ou de Darsonval de 1 milliampère. Aussitôt après nous faisons le cathétérisme des trompes et le massage de l'oreille. Nous donnons une série de 8 traitements à deux par semaine et après nous prenons de nouveaux l'audition. Si, à ce moment, il n'y a pas d'amélioration, nous ne continuons pas plus loin nos traitements. Il va sans dire, que des trois minutes du début, nous augmentons graduellement jusqu'à 6 ou 8 minutes par séance. Quant tout va bien nous distançons les traitements de un par semaine puis un par deux semaines, par quatre semaines et finalement trois ou quatre traitements par année. Chose curieuse, le patient demande lui-même à revenir afin de conserver son amélioration auditive.

Pour savoir si oui ou non il y a amélioration, le malade est le seul juge, il entend ou non la montre plus près, et c'est d'après sa réponse que nous concluons. Il serait trop long, dans ce court résumé, d'énumérer ici les dossiers de chacun de ces malades, il nous suffira d'en mentionner quelque-uns.

Observations.

Mme X., 40 ans, vient nous voir pour sa surdité, le 6 mai 1935. Depuis deux ans, elle a du trouble avec ses oreilles et son grand regret c'est d'avoir été forcée d'abandonner son club de bridge, car quand plusieurs personnes parlent ensemble... comme cela arrive quelque fois dans un club de bridge... elle ne comprend pas.

Examen.

Audition: O.D. 15/48; O.G. 10/48.

Après 8 traitements: O.D. 20/48; O.G. 15/48.

Après huit mois de traitements: O.D. 30/48; O.G. 30/48. La patiente passe par notre bureau 2 fois par année et l'audition se maintient au même degré.

* * *

M. J. B., 34 ans, employé de banque. Son audition diminue tellement depuis six mois surtout, que si cela continue, il lui faudra quitter son emploi.

Examen: O.D. 10/48; O.G. 5/48. Après 8 traitements: O.D. 20/48; O.G. 10/48. Après 12 mois de traitements: O.D. 35/48; O.G. 30/48 et cette amélioration reste la même depuis 2 ans.

* * *

Mlle B. L., 30 ans, employée de bureau, vient nous consulter pour ses oreilles, car elle entend dure depuis un an surtout et cela l'ennuie beaucoup. Elle est prête à se soumettre à n'importe quel traitement, sauf les traitements électriques, car on lui a dit: « que cela était dangereux pour le cœur ».

Examen. L'audition est la même dans les deux oreilles 10/48. Nous lui donnons 8 traitements sans diathermie: cathétérisme des trompes, massage du tympan et ajoutons inhalations, pulvérisations, etc. Après 8 traitements, aucun changement. Nous lui donnons une autre série de 8 traitements sans aucune amélioration. C'est alors que nous lui expliquons que nous croyons inutile de continuer ces traitements. Sachant le sort qui l'attend, elle décide de prendre un traitement électrique, mais bien lentement, pour voir ce que cela fera à son cœur. Comme tout se passe bien, elle décide de continuer les traitements. Bref, après 16 traitements l'audition remonte à 20/48 pour O.D. et 20/48 O.G. Après 12 mois de traitements: O.D. 30/48; O.G. 35/48. Même état après deux ans. Voilà un cas typique qui nous prouve la valeur de la diathermie dans ces troubles de l'oreille.

*

* *

Il est admis depuis longtemps que la chaleur, électrique ou autre, soulage l'arthrite, réduit les ankyloses des membres. Nous basant sur le même principe, nous avons voulu l'appliquer aux ankyloses des osselets de l'oreille et sans prétendre faire des miracles, nous croyons que ce traitement a sa raison d'être. Ces années d'expérience nous prouvent que nous pouvons, sinon guérir, du moins améliorer beaucoup ces patients.

RECUEIL DE FAITS

ÉPITHÉLIOMA SPINO-CELLULAIRE ACTINOMYCOSIFORME DE LA LÈVRE INFÉRIEURE ET DU MENTON

Par **Albéric MARIN, F.R.C.P. (C.)** (Montréal).

L'intérêt de cette observation réside dans l'aspect inusité de ce néoplasme de la face.

D'ordinaire l'épithélioma spino-cellulaire du revêtement cutanéo-muqueux, un coup constitué, après avoir franchi la phase transitionnelle du début, possède des caractères assez nets qui permettent de l'individualiser facilement. Laissé à lui-même, l'envahissement tumoral et ulcéreux progresse, acquiert des proportions parfois vastes, mutilantes, mais conserve encore ses caractères essentiels.

Plus rarement, il est d'une variété objective qui s'éloigne du type classique.

Nicolas, de Lyon, il y a plus d'une vingtaine d'années, attira l'attention sur une allure clinique plutôt rare que prend ce cancer, rappelant étrangement les signes d'une actinomycose.

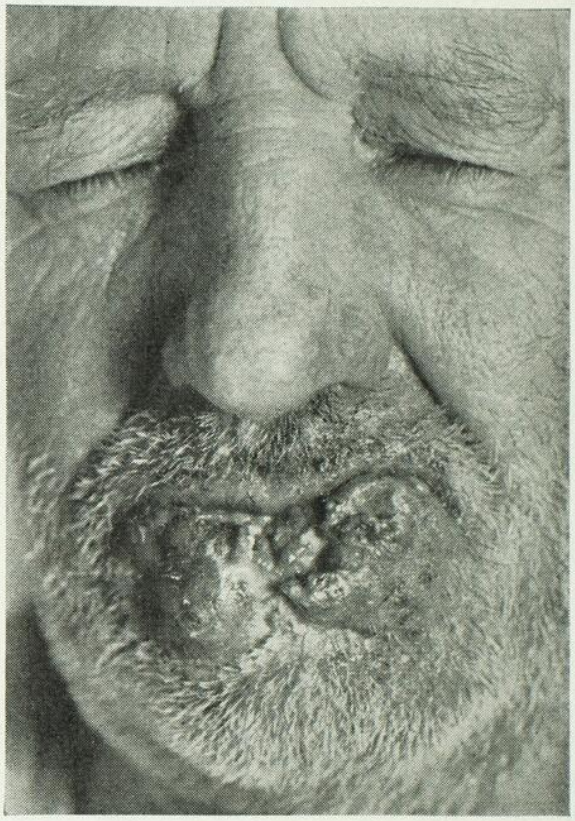
Nous-même, nous avons eu l'occasion de publier ici (*Union Médicale,* août 1935) et à la Société de Dermatologie de Lyon une observation d'épithélioma spino-cellulaire de la face pseudo-actinomycosique.

Le cas que nous présentons aujourd'hui est le deuxième que nous avons eu l'occasion de rencontrer chez plus d'un millier de cancers de la face, traités par nous au cours de ces vingt dernières années. C'est dire que, si cette forme est assez bien connue, elle ne se rencontre pas fréquemment et suscite certaines difficultés de diagnostic.

*
* *

Observation.

Thomas D..., âgé de 71 ans, se présente à notre Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame le 8 septembre 1942, avec une vaste lésion de la lèvre inférieure et du menton dont le début remonte à plus de deux ans.



Le mal a commencé par une érosion persistante, située sur le rebord muqueux du tiers moyen de la lèvre inférieure. De multiples topiques, caustiques et autres, ont été appliqués et qui n'ont pas empêché l'extension lente mais constante de l'ulcération.

On constate que la totalité de la lèvre inférieure et une grande partie du menton sont envahis par une tuméfaction de coloration rouge sombre et d'une induration prononcée.

L'étendue de la lésion qui va d'une commissure à l'autre est de 6 centimètres de largeur par 4 centimètres de hauteur. Par endroits, elle offre plus de 2 centimètres d'épaisseur.

La palpation révèle que l'envahissement est profond, qu'il a réalisé un véritable blindage de toute la région.

Cette masse tumorale, dont les contours sont irréguliers et les limites inférieures imprécises, montre des bosselures et de petites nodosités qui par endroits se conglomèrent. Le centre de quelques-unes se ramollit, laisse parfois écouler une sanie sanguinolente.

A la partie médiane de la lèvre, le processus ulcéreux initial a provoqué par nécrose une perte de substance. (Voir photo I.)

La palpation ne montre pas de ganglions sous-mentonniers, ni sous-maxillaires.

Une biopsie, faite à la lèvre, indique la présence d'un épithélioma spino-cellulaire.

Nous pratiquons une radiumpuncture le 10 septembre 1942. Une dose de 15 millicuries-détruits est donnée.

Sous l'influence de la radiumthérapie, la lésion régresse peu à peu. Lèvre et menton ont retrouvé une consistance à peu près normale. A la partie médiane se voit une cicatrice déprimée, consécutive à la perte des tissus, qui existait déjà avant notre intervention.

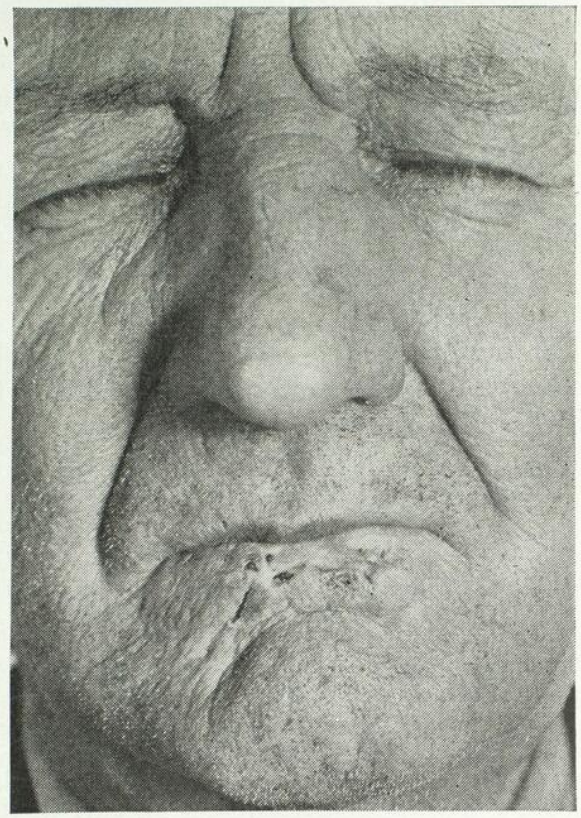
A l'heure actuelle, plus de six mois après la radiumpuncture, lèvre et menton sont apparemment guéris. (Voir photo II.)

Le malade est à surveiller durant encore quelques années.

Il est possible, mais peu probable, de voir survenir une récidive *in situ*. Il est plus à redouter de voir apparaître un envahissement tardif des régions ganglionnaires avoisinantes, ce qui obscurcirait singulièrement le pronostic.

*
* *

Nous pouvons souligner particulièrement trois points dans cette observation:



a) Type clinique de cancer de la face qui peut conduire à des erreurs de diagnostic si celui-ci n'est pas éclairé par des procédés de laboratoires (biopsie, recherche par l'examen direct et la culture des actinomyces) ;

b) Evolution plutôt bénigne de cet épithélioma spino-cellulaire qui en deux ans n'a pas encore cliniquement envahi les ganglions;

c) Disparition rapide des manifestations cancéreuses à la suite de la radiumpuncture que nous croyons être ici la médication de choix.

ANESTHÉSIE PAR RÉFRIGÉRATION LOCALE [1]

Par **Antoine POULIOT,**
Chef du Service d'Orthopédie, hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Permettez-moi de vous rapporter aujourd'hui le cas d'un malade que nous avons opéré tout récemment dans notre service par un nouveau procédé d'anesthésie. Pour être unique jusqu'à présent, ce premier essai a été des plus encourageants, comme vous pourrez le constater par la suite.

Observation.

Il s'agissait dans le cas qui nous intéresse d'un malade qui avait été hospitalisé dans le service de médecine le 22 septembre 1942. Patient âgé de 64 ans, admis par l'interne pour « amorce de gangrène et engourdissement au pied droit ».

L'examen des urines ne révéla rien de particulier, sa glycémie était alors de 0.65/1000 et son B.W. négatif. A l'examen clinique, on constata la présence d'une myocardite et au membre inférieur droit une gangrène débutante au niveau du gros orteil; les oscillations à cette jambe étaient alors nulles. On lui donna comme médication de l'acétyl-choline et plus tard des injections I.V. de thiosulfate de soude. Cette médication ne parut pas arrêter l'évolution de l'affection.

Le 22 octobre 1942, une consultation nous est demandée: le diagnostic est confirmé et nous suggérons une radiographie de la jambe. Cette radiographie révéla une visualisation irrégulière des artères avec calcifications.

A ce moment, le patient était très souffrant et on devait lui donner des narcotiques pour le soulager. Comme la lésion était bien localisée au bout de l'orteil et non infectée, nous lui faisons quelques infiltrations lombaires à la scurocaïne à 1% (7 environ). Dès les premières injections, on constata une sédation des phénomènes douloureux, le membre se réchauffa quelque peu et les oscillations qui étaient nulles au début se chiffrèrent à 2 divisions.

Cette amélioration cependant ne fut que temporaire. Le processus gangréneux subit alors une nouvelle poussée et une sub-infection apparut.

Le 11 novembre 1942, on lui fit une désarticulation du gros orteil par anesthésie au Pentothal. Aucun incident opératoire digne de mention et l'anesthésie est assez bien supportée. A ce moment, l'état général était encore assez bien conservé.

Le patient continue cependant de souffrir. Il se produit une gangrène du moignon d'amputation quelques jours plus tard compliquée d'infection secondaire. L'état général décline rapidement et il nous faut alors envisager la nécessité d'une opération plus radicale. Les oscillations étaient à ce moment à ½ division.

Le 23 novembre 1942, nous décidons de faire l'amputation du membre à la cuisse. Mais comme la condition du malade était alors précaire, il nous fallait trouver un mode d'anesthésie qui pourrait être supporté par le patient et qui offrirait le moins de shock possible.

Le docteur Allard, notre anesthésiste en chef, m'avait déjà parlé, d'une communication qu'il avait entendue au Congrès des anesthésistes, tenu à Boston en septembre dernier. Cette communication portait sur l'anesthésie par réfrigération dans les cas de gangrène, soit gangrène diabétique soit gangrène par artériosclérose, et les résultats obtenus à date semblaient nettement concluants.

Je pensai alors que ce mode d'anesthésie pourrait convenir à notre malade et je demandai au docteur Allard de le préparer en conséquence s'il n'y avait pas de contre-indication.

---

1. Communication présentée au Bureau Médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, le 18 décembre 1942.

De fait, il n'en fut pas trouvée et le lendemain matin le 24 novembre, le docteur Allard procéda à l'anesthésie par refrigération. La description de la technique qu'il a employée lui appartient sans doute et je ne voudrais pas le fruster d'un mérite qui lui revient à juste titre. Mais je ne puis tout de même résister à l'envie que j'ai de vous en donner les grandes lignes, et ceci pour 2 raisons: la première, parce que le patient est encore hospitalisé et que vous pourrez constater l'état de son moignon d'amputation ainsi que sa condition générale; la deuxième raison, parce que, comme opérateur, j'ai été à même de constater la valeur de ce procédé.

Pour éviter l'agitation qui aurait pu en résulter, notre patient ne fut pas mis au courant qu'il serait anesthésié par ce procédé. On lui représenta la chose comme une préparation à l'anesthésie et il l'accepta de bonne grâce. A 5 heures a.m. on donna au patient une injection de morphine de ⅛ gr.

Vers 5 heures 15 a.m. sous la direction de l'anesthésiste, on commença par placer des sacs de glace à la racine de la cuisse, à l'endroit d'application du garrot: 3 sacs placés circulairement autour du membre.

Une demi-heure plus tard, à 5 heures 45, le garrot est appliqué. Une toile caoutchoutée est placée sous le membre et l'on dispose tout autour des cubes de glace sur une épaisseur de 2 pouces environ. Cette couche glacée s'étend de la racine de la cuisse, au-dessus du garrot, jusqu'aux orteils. La tête du lit est alors élevée et un récipient placé au pied reçoit l'eau qui s'écoule de la toile disposée en gouttière.

Le patient éprouva une sensation désagréable dans les quelques minutes qui suivirent l'application, mais cette sensation ne fut que de courte durée et une demi-heure plus tard il sommeillait par intervalles.

Le membre ne fut pas élevé comme on conseille de le faire et ceci en raison de la présence d'une infection secondaire que nous ne voulions pas diffuser vers la racine du membre.

A 9 heures 30, le patient est amené à la salle d'opération. Il semble confortable et n'accuse aucune douleur.

Les cubes de glace sont enlevés. On place le malade sur la table, le membre est asséché et l'opération débute à 9 hrs 40. Le garrot est toujours en place.

La section de la peau, des muscles et de l'os se fait sans la moindre douleur, le pouls reste régulier et la tension artérielle ne subit aucune modification.

Après suture des gros vaisseaux, le garrot est enlevé et les ligatures achevées. Le suintement nous parut plus considérable qu'avec les autres procédés, mais facilement contrôlé cependant.

La fermeture de la peau se fit sans que le patient ne manifestât la moindre sensation désagréable et l'on appliqua ensuite en pansement légèrement compressif. L'opération se termina à 10 hrs et 2 minutes.

Le malade fut alors ramené à son lit, placé en position demi-assise et des sacs de glace furent placés sur le moignon pendant 48 heures.

Quelques minutes plus tard, on lui servait à dîner et quand nous le revîmes au début de l'après-midi, il n'accusait aucune douleur et se disait bien.

Aucun narcotique ne lui fut donné au cours des suites opératoires. On lui donna cependant de la strychnine à raison de 1/60 gr. 2 fois par jour.

Vers le 3e ou 4e jour, il présenta un peu de cyanose des extrémités, avec angoisse précordiale. On demanda alors l'aide au service de médecine et quelques jours plus tard ces troubles disparaissaient en partie.

La cicatrisation du moignon se fit presque par 1ère intention, il n'y eut qu'un léger écoulement séreux qui persiste encore mais moins abondant.

Depuis une semaine, notre malade se lève et marche en s'aidant de béquilles. Ses forces reviennent et il pourra quitter l'hôpital bientôt.

COMMENTAIRES.

Comme vous pouvez le constatez, le résultat obtenu chez ce patient est certes encourageant et nous engage à recourir à ce procédé d'anesthésie chez ces malades qui jusqu'à maintenant étaient considérés comme de mauvais risques opératoires et chez qui très souvent l'effet désastreux des anesthésiques venait se surajouter au choc opératoire.

Cette méthode a été particulièrement employée à l'Hôpital Civique de New-York où sur une statistique de 58 cas non choisis, l'on a baissé le taux de la mortalité à 13%.

Notre statistique n'est pas aussi impressionnante sans doute, mais elle marque peut-être chez nous, le début d'une orientation nouvelle dans le traitement de ces affections qui contribuaient sans doute à augmenter notre taux de mortalité.

AU SUJET D'UN CAS DE FRACTURES DES APOPHYSES TRANSVERSES LOMBAIRES AVEC CONTRACTURES SPASMODIQUES DES MEMBRES INFÉRIEURS TRAITÉ PAR LES INFILTRATIONS LOMBAIRES [1]

Par **A. HOUOT**,
Ex-chirurgien du Sandjack d'Alexandrette.
Ex-interne des hôpitaux de Strasbourg.

Au cours de notre internat à la clinique chirurgicale de Strasbourg, nous avions, sous la direction de nos maîtres, infiltré deux femmes atteintes de troubles paralytiques des membres inférieurs. L'une d'elles était atteinte d'une paraplégie éthylique avec contracture des jumeaux, contracture qui empêchait l'extension de la jambe sur la cuisse, l'autre présentait un syndrome de sciatique bilatérale. Chez ces deux malades, toutes les thérapeutiques employées n'avaient donné aucune amélioration et par les infiltrations lombaires, la première fut grandement améliorée et la seconde guérie. En outre, lors du Xe Congrès de la *Société Internationale de Chirurgie* en 1935, nos maîtres, MM. R. Leriche et R. Fontaine ont rapporté alors trois cas de paraplégie spasmodique post-traumatique secondaire à des fractures de la colonne vertébrale: deux malades ont tiré un grand bénéfice d'une sympathectomie lombaire bilatérale et le troisième après deux ans, ne présentait plus qu'un léger déficit dans le domaine du sciatique droit. C'est à la suite de ses divers cas que nous avons eu l'idée de traiter dès son accident le patient dont nous rapportons ici l'observation.

Observation.

Le 17 août 1937, un soldat Syrien a tombé du parapet du bordj d'Idlib d'une hauteur de 7 mètres et la chute se fit sur les talons. D'après les dires de l'officier témoin de l'accident, le soldat était en état de syncope lorsqu'on est venu le relever et ce n'est qu'au bout de 20 minutes qu'il reprit complètement l'usage de ses sens. Evacué sur l'Hôpital Militaire d'Alep en voiture sanitaire, sur des routes mauvaises, il présentait à son entrée tout son intellect, mais il geignait et se plaignait comme savent le faire les Levantins, c'est-à-dire qu'on ne pouvait rien en tirer. Un examen méticuleux du patient permet d'éliminer toute lésion viscérale, on relève uniquement une contracture très marquée des masses lombaires avec une colonne très douloureuse à ses niveaux. La position assise est impossible et, bien que couché sur un brancard, ce malade ne peut s'y retourner

1. L'auteur avait joint à son manuscrit un cliché radiographique du rachis de son malade. Malheureusement, après les avatars du long trajet parcouru pour parvenir jusqu'à nous, l'état de détérioration prononcée qu'il présentait nous a empêchés de le reproduire. Nous le regrettons.

de lui-même. Le bassin paraît intact, il n'y a pas de fracture des membres inférieurs; les deux talons sont tuméfiés et la radiographie montre l'intégrité des deux tarses. Les deux membres inférieurs sont en chien de fusil, et le malade ne peut les mobiliser. Il n'y a pas de trouble vaso-moteur ou très peu, peut-être une légère diminution de la température. L'oscillométrie pratiquée au niveau des creux poplités donne des courbes analogues pour les deux membres, ces courbes sont semblables à celles données par l'artère humérale. Un examen neurologique montre l'intégrité de tout le système nerveux jusqu'à la ceinture pelvienne. Au niveau des membres inférieurs, il y a une légère exagération de la sensibilité thermo-algésique. Les réflexes tendineux sont exagérés. Les rotuliens sont polycynétriques. Il y a clonus des pieds et des rotules; pas de signe de Babinski, ni d'appenheim. Il y a rétention d'urine et, du côté du rectum, une sensation de plénitude. La radiographie de la colonne vertébrale montre uniquement trois fractures d'apophyses transversales lombaires à droite. L'apophyse transverse de L^2 est fracturée au niveau de son tiers interne, le fragment est légèrement basculé vers le haut; au niveau de L^3, la fracture est identique sans aucun déplacement du fragment; quant à L^4, il y a une fracture parcellaire de la pointe. Ces lésions paraissent hors de rapport avec les troubles importants que présente le patient. Une ponction lombaire est pratiquée, le l.c.r. est clair; sa pression est normale; la compression des jugulaires augmente sa tension, une compression médullaire est donc éliminée. On infiltre alors toute la région fracturée au moyen d'une solution de scurocaïne. Le patient est soulagé, il peut mobiliser sa colonne lombaire sans grande douleur, cependant il n'y a aucune amélioration au niveau des membres inférieurs et des sphincters. Devant cet état stationnaire, à l'aide de la même solution, une infiltration bilatérale des ganglions L^2 et L^3 est pratiquée à raison de 10 c.c. par ganglion. Les réactions vasomotrices sont immédiates et la sensation subjective d'un flux de chaleur descendant de la racine des membres aux orteils suit de peu. Au bout de trois à quatre minutes, le patient a la possibilité d'étendre ses jambes avec une certaine facilité et dans l'heure qui suit, il évacue spontanément sa vessie. Il est regrettable qu'alors nous n'ayons pas songé à faire un nouvel examen des réflexes. Le 18 dans la soirée, on infiltre de nouveau les masses lombaires ainsi que les ganglions sympathiques entre L^2 et L^3, bien que le blessé n'ait plus aucun trouble urinaire ni contracture: même réaction vasomotrice, même sensation subjective et l'oscillométrie des poplités donne alors une courbe plus allongée et avec un index oscillométrique plus élevé que la courbe humérale. Les réflexes des membres inférieurs sont toujours un peu vifs, il n'y a plus de policynétisme, le clonus a disparu. L'hyperréflexie a mis un mois pour disparaître. Dès le quatrième jour, ce malade a quitté lui-même son lit malgré le défense formelle qui lui en était faite. Sa colonne ne le fait plus souffrir et il est sorti de l'hôpital le 45e jour sans présenter la moindre impotence.

*
* *

Cette observation nous a paru intéressante, car comment expliquer cette spasmodicité associée à cette parésie des sphinters, la bilatéralité des troubles alors que la lésion est unilatérale. L'atteinte du rachi par ailleurs est à un niveau inférieur à la terminaison du névraxe. Enfin les infiltrations lombaires ont amené la disparition rapide de tous ses troubles. Il faudrait donc admettre que ceux-ci étaient conditionnés par une irritation du sympathique lombaire, irritation que la novocaïnisation des ganglions a inhibée.

Enfin, le traitement de ces fractures isolées des apophyses transverses s'est limité à des infiltrations novocaïniques conformément aux idées de notre maître. La contracture musculaire a disparu, il n'y a pas eu de déplacement et ce malade revu en janvier 1940 ne présentait alors ni douleur ni aucun autre

trouble. Le résultat obtenu est donc parfait, car si on croit Toschi, il persiste en général un taux d'invalidité partiel de travail de 8 à 12%.

Remarquons enfin que les lésions présentées par ce soldat sont pluôt rares. En tant que fractures isolées des apophyses transverses si l'on croit l'Ecole italienne qui les a étudiées en 1930, ce sujet a présenté toutes les caractéristiques décrites par cette Ecole. C'est une lésion rare: 9% des fractures de la colonne vertébrale. Elles sont unilatérales, la bilatéralité de fractures apophyses transverses était exceptionnelle quand il n'y a pas atteinte concomitante des corps vertébraux; c'est d'ailleurs pourquoi Annovazi signale l'atteinte des apophyses de L^1, L^2 à droite associées à la fracture des apophyses transverses de L^2, L^3 et L^4 à gauche. La cause est indirecte; c'est ce qui est le cas en général et, toujours d'après Toschi, le choc direct n'entrerait en ligne de compte qu'une fois sur 18. La localisation des traits de fracture aux apophyses transverses de L^2, L^3 et L^4 est en contradiction partielle avec les constatations de ce même auteur pour qui l'ordre de fréquence va en décroissant de la première à la cinquième lombaire; au contraire, à en croire P. Quaintance, la localisation présentée par notre accidenté serait la plus fréquente.

Quoique il en soit, il semble bien que le traitement mis en œuvre a rempli parfaitement son rôle: dès les premières infiltrations lombaires, les troubles sphinctériens ont cessé, les troubles spasmodiques se sont rapidement atténués, et la novocaïnisation du foyer fracturaire a amené la sédation de la douleur, a supprimé la contracture musculaire réflexe et ainsi a permis une récupération fonctionnelle rapide et une guérison définitive sans séquelle.

REVUE GÉNÉRALE

TORSION DU TESTICULE

Observation d'un cas d'infarctus hémorragique avec nécrobiose du testicule

Par **J.-Ernest CABANA** et **G.-Etienne TETREAULT**,
Médecins à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

HISTORIQUE.

Depuis que Delasaiauve en 1840 a déclaré l'entité pathologique de la torsion du testicule, cette affection a été diagnostiquée de plus en plus fréquemment. En 1939, Kreutzman et Strauss, compilant les cas rapportés dans la littérature médicale, en ont comptés 450. De ce nombre, 75% étaient en bas de 27 ans, surtout entre 15 et 25 ans. Trillat rapporte un cas à trois jours, Taylor quatre heures après la naissance. L'opération faite 48 heures après montre un testicule nécrotique.

De l'opinion de plusieurs auteurs, surtout Ombredanne, cette torsion serait fréquente chez les enfants, mais comme elle n'engendre pas d'accidents graves immédiatement, cette affection n'est pas diagnostiquée et elle est soignée comme une simple orchite. Il en résulte une atrophie testiculaire secondaire qu'on attribue à la fatalité, mais dont les principales causes sont: les oreillons (le testicule est mou et très sensible), un traumatisme ou une torsion, (en ce cas, le testicule est ferme et insensible). Il ne faut pas cependant confondre l'atrophie secondaire avec un testicule non développé, petit, mou et peu sensible.

FORMES.

On reconnaît deux formes principales:

1. Torsion intravaginale, basse ou volvulus du testicule.

2. Torsion supra-vaginale, extravaginale ou haute, plus communément appelée le bistournage accidentel du testicule.

ETIOLOGIE.

La première de ces formes est la plus fréquente. C'est la torsion du testicule et de l'épididyme dans la vaginale, dans le sens direct ou inverse des aiguilles d'une montre. L'étiologie reconnaît soit une vaginale trop grande ou une vaginale ouverte, l'absence du ligament scrotal, l'attachement anormal du mésotestis ou mesorchium. Le testicule est suspendu par un ligament étroit au lieu d'un ligament large ce qui favorise la rotation, surtout si le testicule est discoïde ou encore s'il y a absence de guternaculum testis ou s'il y a allongement excessif.

La seconde est une torsion dans l'espace scrotale en dehors du sac fibro-séreux où tout l'appareil testiculaire: épididyme, vaginale, sac fibreux, crémastère, participe à la rotation et où l'enroulement se fait sur le cordon au-dessus de la réflexion de la séreuse. La cause principale de ce bistournage est l'ectopie testiculaire. Thorck attribue la torsion testiculaire à l'ectopie dans 47% des cas. Uffreduzi rapporte 60 cas sur 80 causés par la cryptorchidie. Quoique cette opinion soit généralement admise et défendue par de grandes autorités, Fievez, Livathinopoulo et autres, il est intéressant de noter la controverse de Allen et Andrews. D'après ces derniers, l'ectopie est secondaire à la torsion. L'irritation et la torsion sont suffisantes pour faire regresser le testicule dans le canal inguinal. De cette façon il est impossible d'affirmer qu'un testicule tordu trouvé dans le canal inguinal soit ectopique à moins d'histoire antérieure.

Leurs avancées sont justifiées par l'observation de Rigly et de Howard. Ceux-ci rapportent le cas d'un garçon de 10 ans qui apparemment avait deux testicules normaux et normalement placés dans les bourses. Un certain jour, cet enfant accuse une violente douleur à la région inguinale gauche. A l'examen, on trouve une masse à cet endroit et pas de testicule gauche dans le scrotum. On le considéra ectopique et il était impossible de le descendre. Vingt-quatre heures après, la descente avait été spontanée et la douleur avait cessé. Trois jours plus tard, le testicule remonta dans le canal inguinal avec torsion et causant toute la symptomatologie ordinaire. L'orchidectomie devint nécessaire et confirma l'opinion des observateurs.

A part ces causes prédisposantes qui sont nécessaires (car Owen démontra l'impossibilité pour un testicule normal et normalement situé de se tordre), il faut mentionner les causes occasionnelles.

Voici les principales: un traumatisme, un mouvement brusque de la cuisse, la marche, le fait de soulever un lourd fardeau, tout effort en général. Ombredanne appuie sur le rôle de la masturbation: d'abord parce qu'il y a des crises aiguës au cours d'une masturbation, ensuite parce que le plus grand nombre de ces cas surviennent entre 15 et 25 ans, soit l'âge de la masturbation, rapporte-t-il. De plus, cela expliquerait les douleurs réveillant le malade durant le sommeil: torsion due à un spasme du crémastère.

PATHOGÉNIE.

La pathogénie nous montre que la torsion varie entre 180° et 360° dans un sens ou l'autre. Suivant la forme, il y a torsion du pédicule au dehors ou au dedans de la vaginale. Comme la paroi des veines est moins résistante que celle des artères, il y a oblitération veineuse et non artérielle et par conséquent infarcissement hémorragique du contenu scrotal. Cette collection sanguine est aseptique et le testicule s'atrophie ou se nécrose. Il peut s'infecter secondairement par voie sanguine, devenir un « focal infection », se gangrener, s'éliminer et concourir au fungus du testicule selon Lapointe.

L'évolution peut aussi se terminer en une détorsion spontanée mais les récidives sont fréquentes.

SYMPTOMATOLOGIE.

Signes subjectifs: la symptomatologie offre le tableau d'un syndrome abdominal. Le début est brusque, soit durant le sommeil ou au moment d'un effort musculaire, le malade accuse une douleur exquise du côté affecté, ce qui peut même le mettre en état de shock. Il y a habituellement des nausées ou des vomissements, une légère hyperthermie ou même une simple fébricule. La toux n'augmente pas la douleur, il y a absence d'histoire vénérienne antérieure. On peut trouver une légère hyperleucocytose.

Signes objectifs: à l'examen physique, on sent que la masse testiculaire est tirée en haut vers le canal inguinal et irréductible. La douleur est tellement grande que l'examinateur peut à peine y toucher sans que le patient l'arrête. Le patient fléchit la cuisse sur le bassin pour diminuer la douleur. Si l'œdème et la sensibilité n'arrêtaient pas l'examinateur, il pourrait faire son diagnostic par le changement de position de l'épididyme qui normalement est postéromédiane, à moins que la torsion soit de 360° ou des multiples de ce nombre. Dans les récidives, l'épididyme est seul œdématié et permet le diagnostic plus facilement. Le signe de Prehn est de grande importance: l'élévation du scrotum accentue la douleur plutôt que de la diminuer contrairement à ce qui arrive dans l'épididymite. Si le testicule est placé haut dans le canal inguinal, il peut donner lieu à une péritonite localisée. Lauder parle même de la possibilité de palper le spasme du crémastère.

Si le début est plus insidieux et les symptômes moins accusés, il faut penser à la torsion des annexes, de l'hydatide pédiculée de Morgani ou de l'organe de Giraldès.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Le diagnostic différentiel est à faire entre, 1° l'orchite aiguë primitive, 2° l'épididymite aiguë, 3° la hernie étranglée, 4° l'adénite inguinale suppurative, 5° l'hématocèle aiguë, 6° le calcul urétral.

1° *L'orchite* est la principale complication des oreillons, elle ne présente pas de douleurs aussi sévères. Le testicule, quoique augmenté de volume, se différencie de cordon spermatique.

2° *L'épididymite* n'emmène pas une douleur si brusque et si sévère. Il y a œdème, pyurie, infection de la prostate et des vésicules séminales secondaires à une uréthrite récente. La température est plus élevée; l'épididyme est plus ferme, plus gros que dans la torsion, la sensibilité est localisée. Dans la torsion, la masse est entière. De plus l'âge des épididymites n'est pas celle des torsions.

3° Dans *la hernie,* la masse est ordinairement réductible, les symptômes généraux sont plus sévères et s'aggravent continuellement tandis que dans la torsion, un testicule gangrené ne donne presque plus de douleur. De plus, il y a dans la hernie arrêt des gaz et des matières fécales.

4° *L'adénite inguinale suppurée* suppose toujours une blessure ou une plaie dans la région avoisinante, tandis que la torsion n'exige pas ces conditions.

5° *Dans l'hématocèle aiguë,* l'inspection du facies, l'immobilité abdominale, le pouls, la percussion de l'abdomen, le toucher rectal fortement positif, nous aideront à reconnaître cette affection.

6° *Dans le canal urétral,* la douleur au palper est locale, c'est-à-dire au rein ou à l'uretère. Il y a ordinairement des troubles urinaires. Le toucher rectal est négatif.

TRAITEMENT.

A part de rares exceptions comme celui rapporté par Van de Poel où le malade apprend à détourner son propre testicule au besoin, la détorsion manuelle est à rejeter car elle expose le patient aux récidives et aux complications graves alors que l'intervention chirurgicale faite dès le début peut conserver le testicule en tout ou en partie. Dans les torsions extravaginales, l'intervention consiste à fixer la vaginale au scrotum; il faut fixer le testicule à la vaginale et celle-ci au scrotum. L'Ecole américaine préconise l'incision de la vaginale et l'attachement direct du testicule au scrotum. Si la nécrose du testicule est faite, il faut la castration.

Le docteur E. Sorrel conseille l'extériorisation du testicule quand il y a simple congestion. L'élimination est partielle et une partie de l'organe est utile. Cet auteur rapporte vingt-deux cas avec contrôle post-opératoire fait de 6 mois à 4 ans, dont six torsions des annexes et six torsions du testicule sur onze avec résultats parfaits; quatre atrophies plus ou moins prononcées et une ablation.

PRONOSTIC.

Selon les expériences faites sur des chiens par Keys-Collings-Campbell, il y aurait atrophie de tout testicule détordé. Sur cinq chiens, ils ont fait une rotation de 360° — 540° avec le résultat suivant: gangrène 48 heures après et trois semaines plus tard, atrophie.

La grande importance du diagnostic est que l'affection peut être bilatérale comme les 24 cas sur 350 rapportés par Aberhouse. De plus, il faut avoir présent à l'esprit, lors de l'intervention, qu'il peut s'agir d'une torsion de l'hydatide pédiculée de Morgani ou de l'organe de Giraldès et que l'excision de ce diverticule apporte la guérison tout en conservant le testicule.

*
* *

Observation.

Le 30 septembre 1942, J. C..., garçon de 6 ans, nous est dirigé à l'hôpital Sainte-Justine pour hernie étranglée.

L'interrogatoire nous apprend que l'affection a débuté la veille par une douleur aiguë et subite dans le bas ventre. Quelques heures plus tard, les parents constatèrent une tuméfaction très douloureuse dans la région inguinale gauche.

Il n'y eut ni nausées, ni vomissements.

Le lendemain, la mère décide d'appeler le médecin qui dirigea aussitôt ce petit malade vers l'hôpital.

L'examen nous révèle un garçonnet de six ans, d'apparence normale. Le facies est plutôt rouge, la cuisse gauche est fléchie sur le bassin; la température est de 100° et le pouls de 114. La tête, le thorax ne présentent rien de particulier. Sur les membres, nous ne relevons aucune plaie ou érosion.

L'abdomen est tendu et douloureux surtout dans le bas. L'extension de la cuisse gauche déclenche une violente douleur.

Dans l'aine gauche, on voit une tuméfaction de la grosseur d'un jaune d'œuf, rouge, violacée, dure et excessivement douloureuse. La mobilisation de cette tumeur est impossible. Le patient a passé des gaz et a une selle au cours de la journée.

On applique une vessie de glace, un calmant est prescrit et l'opération est décidée pour le lendemain matin en vue d'une intervention explorative.

Opération.

Incision inguinale gauche; les tissus de la paroi sont œdématiés et lardacés. Dans le canal inguinal, on trouve un testicule noirâtre, gonflé et nécrotique, c'est une torsion extra-vaginale, le cordon est tordu une fois et demie sur lui-même juste au-dessus de la vaginale.

En présence de ce testicule noirâtre, infiltré de sang, voué à la nécrose ou à l'atrophie, nous pratiquons la castration. Nous fermons la plaie opératoire en trois plans et nous plaçons une mèche cigarette comme drainage. Seize jours plus tard, l'enfant quitte l'hôpital complètement guéri.

Examen anatomo-pathologique (docteur Paul Martin).

Description macroscopique.

1° Petite masse arrondie légèrement ovalaire de la grosseur d'un œuf de pigeon à surface lisse et constitué d'un tissu rouge sombre hémorragique.

2° Fragment de tissu ovalaire, ayant la dimension et la forme d'un noyau de prune, de constitution ferme, de coloration blanchâtre et centré par un foyer d'aspect hémorragique ou nécrotique.

Examen histologique.

1° Testicule: masse d'infiltration hémorragique au sein de laquelle on retrouve des formations glanduliformes, allongées, à disposition radiaire rappelant celle des tubes séminifères et dont les éléments épithéliaux sont picnotiques et méconnaissables. On rencontre ici et là des petits foyers leucocytaires picnotiques mais la coloration bactériologique sur coupe (Gram) est demeurée négative.

2° Pédicule: les vaisseaux de pédicule, artères et veines, sont télangiectasiés et regorgent d'hématies, mais aucun d'eux n'est thrombosé.

En somme il s'agit d'un processus infarctoïde du testicule par obstacle circulaire de nature vraisemblablement compressive (torsion?). Diagnostic: nécrobiose infarctoïde du testicule.

CONCLUSION

L'intérêt de ce cas est de savoir si l'autre testicule ne sera pas atteint par la même affection. Comme il est ectopique et près de l'anneau inguinal externe, nous avons prescrit à cet enfant de l'extrait hypophysaire pour aider la descente. Si, d'ici quelques mois, les résultats ne sont pas satisfaisants, il sera peut-être bon d'intervenir chirurgicalement pour prévenir une torsion possible et le risque d'une castration complète.

BIBLIOGRAPHIE

P. D. ALLEN et T. H. ANDREWS: « Torsion of the spermatic cord in infancy. » *Am. J. Dis. Ch.*, **59**: 136-142, 1940.

J. B. BEARE: «Torsion of the spermatic cord: report of case.» *Proc. of Mayo Clinic,* **16**: 430-432, 1941.

P. BEGOUIN: *Pathologie chirurgicale,* To. V, p. 63, 1937. (Masson & Cie, Paris.)

J. BRENNEMANN: *Practice of Pediatrics,* III, 30, 51. (W. F. Prior & Co.)

E. C. BRENNER: *Pediatric Surgery,* p. 732, 1938. (Lea & Febiger Co.)

M. F. CAMPBELL: «Torsion of the spermatic cord.» *Surg. Gyn. and Obst.,* **44**: 311-316, 1927.

M. F. CAMPBELL: *Pediatric Urology,* Vol. II, 115, 1937. (The Macmillan Co.)

F. CHRISTOPHER: *A Textbook of Surgery,* p 1494, 1942. (W. B. Saunders Co.)

X. J. CONTIADES et Léo MERIGOT: «A propos de deux cas d'hydrocèle secondaire à la torsion de l'hydrate de Morgagni.» *Ann. Anat. Path.* **9**: 795-801, 1932.

H. C. EDWARDS: *Surgical emergencies in children,* p. 219, 1936. (Baillière, Tindall and Cox, London.)

FIEVEZ: «Torsion supravaginale du cordon spermatique sans inversion testiculaire.» *Bull. et Mém. Soc. Chir.,* **60**: 507-510, 1934.

John FRASER: *Surgery of Childhood,* p. 944, 1926. (W. Wood & Co., N. Y.)

Charles HAINES: «Torsion of spermatic cord.» *Am. J. Surg.* **43**: 799, 1939.

G. F. HEGNER et G. S. POSTMA: «Torsion of the permatic cord.» *Am. J. Surg.,* **47**: 121-123, 1939.

M. S. LAUDER: «Torsion of the testicle.» *Can. M. A. J.,* **41**: 140-142, 1939.

G. LIVATHINOPOULO: «Le syndrome de l'orchite aiguë primitive dans l'enfance.» *Arch. de Méd. des Enf.,* **43**: 142-152, 1940.

L. OMBREDANNE: *Précis de chirurgie infantile,* p. 912, 1932. (Masson & Cie, Paris.)

John K. ORMOND: «Torsion of the testicle.» *J. A. M. A.,* **111**: 1910-1914, 1938.

A. PETTIGREW: «Torsion du testicule.» *L'Un. Méd. du Can.,* **71**: 933-937, 1942.

Michel SALMON: «A propos des orchites subaiguës de l'enfance. Torsion d'un sac de hernie enkystée de la vaginale.» *Bull. et Mém. Soc. Chir.,* **61**: 1199-1202, 1935.

E. SORREL: «A propos des torsions du testicule et de ses annexes.» *Bull. et Mém. Soc. Chir.,* **61**: 1270-1271, 1935.

Albert TRILLAT: «Un cas de torsion du testicule en position normale, chez un nouveau-né de 3 jours. Castration, guérison.» *Le Nourrisson,* **28**: 32-33, 1940.

H. H. VARNER et J. J. GREEN: «Torsion of the cord in undescended testes.» *Am. J. Surg.,* **41**: 307-309, 1938.

Monroe WOLF: «Torsion of testicle.» *Am. J. Surg.,* **57**: 483-492, 1942.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES DÉVIATIONS UTÉRINES

Par **Paul ROCHETTE,**
Chargé du Service d'Obstétrique à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Dans son édition de novembre 1863, il y a donc exactement soixante-dix-neuf ans, le *London Lancet* donne le compte-rendu d'une séance de la «Société d'Obstétrique de Londres» où il est question d'un sujet qui m'a intéressé vivement. On y rapporte les discussions amorcées par un travail du docteur C. Clay, de Manchester, travail où celui-ci propose l'emploie de supports métalliques en fil de cuivre étamé pour corriger les malpositions utérines et soulager les complications qui les accompagnent.

Après l'étude des différents procédés employés par ses confrères, notamment les tiges rigides intra-utérines, en ivoire ou caoutchouc durci, les pessaires de différentes formes et de consistance diverse, le président de la Société, le docteur Olaham, recommande, lui, comme procédé très utile, les exercices d'équitation.

Cela se passait en 1863; déjà on s'intéressait en haut lieu aux corrections possibles des troubles réels causés par les positions vicieuses des organes génitaux chez la femme.

Vous me permettrez de vous communiquer une statistique personnelle en rapport avec cette question, et un bref exposé des notions d'anatomie et de physiologie génitale connexes à ce problème.

Depuis 1935 j'ai eu l'occasion de traiter chirurgicalement trente-cinq (35) patientes qui manifestaient des troubles sérieux dus à la rétroversion utérine, seule ou associée

à d'autres facteurs morbides affectant les organes génitaux.

Cette statistique, par elle-même, n'est pas très importante, mais elle comporte d'abord un élément de sécurité, en ce sens que l'intervention pratiquée, c'est-à-dire la suspension utérine par ligamentopexie trans-musculaire, a été réservée aux cas où on était justifiable d'en attendre des résultats satisfaisants pour les patientes; il y a aussi l'importance des suites opératoires à distance et les résultats dépassant la région strictement utérine de la malade traitée par ce procédé; nos résultats sont contrôlés sur une période variant de deux mois à six ans après l'opération.

Sans entrer dans les détails de chaque cas en particulier, il m'a paru utile de grouper un peu le nombre de cas traités pour tels ou tels symptômes ou syndromes avec les résultats obtenus, avant de passer au court exposé anatomo-physiologique qui me paraît compléter la présentation de ce travail.

Disons tout de suite que la technique opératoire suivie dans tous ces cas est la suspension du fond utérin au moyen des ligaments ronds que l'on saisit à environ 1½ pouce de leur insertion à la corne utérine; le ligament est alors passé à travers le péritoine, le muscle grand droit, et son aponévrose superficielle; il s'agit ensuite de fixer ces deux bouts de ligaments à l'aponévrose à leur point de sortie, et s'il y a assez long de ligament, de venir les joindre et même les croiser à la ligne médiane de façon à ce que la cicatrice soit solide et partant non douloureuse.

Trois points sont à surveiller au cours de ces manœuvres: 1) le point optimum où saisir le ligament, i. e. à environ 1½ pouce de son insertion; 2) la distance qui doit séparer latéralement les points d'entrée des ligaments dans la paroi abdominale, i. e. 1½ pouce de chaque côté de la ligne d'incision; 3) la distance au-dessus du pubis, qui varie de trois à quatre travers de doigt, suivant le volume du corps utérin.

Doléris a donné son nom à cette technique, et nous avons dans tous les cas obtenu parfaite satisfaction à la suivre sans modification qui vaille d'être mentionnée.

Quelques mots, maintenant, des symptômes qui ont motivé notre intervention. Les douleurs lombaires, la leucorrhée et la dysménorrhée avec abondance d'écoulement menstruel sont les causes les plus fréquentes qui amèneront les patientes à la consultation. Moins souvent elles se plaindront de stérilité, absolue ou relative, de troubles de la miction, de la défécation et de rapports sexuels douloureux.

La stérilité relative mentionnée ici est le fait de patientes qui avaient pu devenir enceintes, mais terminaient entre six à dix semaines les grossesses qu'elles avaient effectivement commencées. Six cas sur trente-cinq entrent dans cette catégorie, et nous en reparlerons un peu plus loin.

Deux cas ont été traités pour rétroversion adhérente au cours de la grossesse, l'une à six semaines, l'autre à 3 mois et demi, présentant les symptômes d'enclavement utérin et étant en imminence d'avortement. (Intervention antérieure.)

Ajoutons sept cas de rétroversion associée à un cystocèle de degré variable et à un prolapsus utérin du premier degré, et treize cas de lombalgie avec leucorrhée et dysménorrhée, dont trois cas chez des jeunes filles. Dans deux de ces cas, il s'agissait de rétroflexion congénitale, tandis que l'autre malade avait dû, quelques années avant son opération, suivre une cure de dix-huit mois de repos complet au lit, c'est-à-dire presque continuellement couchée sur le dos.

Enfin dans six cas, la ligamentopexie a été pratiquée pour compléter la réparation de cystocèles graves, associée à des prolapsus complets. Au cours de la colporraphie antérieure, il me paraît incomplet de refaire la paroi vaginale et même les ligaments vésico-utérins si l'utérus, prolabé ou du moins trop facilement mobile dans le canal pelvien, n'est pas retenu haut et ferme par une bonne suspension. Dans ce groupe, l'âge des malades a varié de trente à soixante-douze ans.

Comme résultats, il y a à considérer les suites opératoires immédiates et les suites à distance. Dans plusieurs milieux, on semble redouter la menace d'étranglement intestinal à travers les fossettes ou logettes formées, à l'étage inférieur de la paroi abdominale, par la pénétration des ligaments. Nous n'avons jamais eu aucun accident de ce genre, et comme nous avons appliqué à ces malades la pratique du lever de plus en plus précoce (actuellement ces opérées se lèvent un peu, en dedans de soixante heures), conjointement avec l'emploi de stimulants du péristaltisme intestinal, nous nous sentons encore plus à l'abri de cette complication.

Il n'a été question dans aucun cas de cicatrice réellement douloureuse même à l'occasion des premiers levers; par contre, six de ces patientes ont rapporté un soulagement radical et permanent des douleurs lombaires, et cela dans les 24 premières heures post-opératoires.

Deux malades ont été opérées en cours de grossesse, l'une à six semaines l'autre à 3 mois et demi; toutes deux se sont très bien comportées et à l'opération et à l'accouchement; une d'elles est actuellement enceinte de quatre mois et bien disposée à compléter hureusement son terme.

Les suites opératoires à distance constituent, il me semble, la partie intéressante de cet exposé, une sorte de contrôle des services rendus ailleurs que dans la bonne intention du chirurgien; permettez-moi de vous les soumettre très brièvement.

D'abord établissons que sur 35 opérées, 32 ont été revues à des intervalles qui varient de 2 mois à 7 ans après l'intervention; chez toutes ces patientes la suspension de l'utérus s'est maintenue comme dans les suites immédiates, c'est-à-dire en place.

Une malade a conduit 4 grossesses à terme, sans aucun signe de relâchement de ses ligaments: accouchements normaux.

Six cas de stérilité: cinq malades ont été revues; quatre ont cessé d'avorter, sont devenues enceintes et ont pu conduire leur grossesse à terme avec accouchement normal; le cinquième cas est celui d'une femme encore jeune, mariée depuis 13 ans, qui a subi à deux reprises un curettage utérin pour métrite et n'a jamais, d'après son témoignage, manifesté aucun signe de grossesse; elle aussi a pu devenir enceinte, accoucher normalement à terme, et garder ses organes en ordre pour les possibilités d'avenir. Si l'on tient compte du fait que ces cinq patientes sont devenues enceintes dans les trois mois qui ont suivi l'intervention, il y a, semble-t-il, une forte présomption en faveur de l'utilité du traitement appliqué.

Sur neuf opérées qui sont devenues enceintes une ou plusieurs fois après l'intervention, toutes ont conservé, après l'accouchement, leur statique génitale en parfaite condition.

Dans tous les cas où la suspension a complété la réparation vaginale pour cystocèle, la guérison est restée à la satisfaction des opérées tant au point de vue prolapsus que pour les troubles vésicaux, et cela pour une période de six mois à quatre ans.

Chez une patiente non mariée de 35 ans, il a fallu, pour soulager la dysménorrhée, associer pendant plusieurs mois les traitements d'extraits glandulaires avant d'obtenir une amélioration plutôt relative; et trois malades n'ont pas été revues. La proportion des résultats heureux est suffisante, on en conviendra, pour nous forcer à envisager le traitement proposé comme au moins, susceptible d'indication et d'application.

*
* *

Voyons un peu quelles sont les considérations anatomiques qui justifient une intervention essentiellement conservatrice, destinée à garder à sa place, i. e. dans le ventre de la femme, un organe qui, même immergé dans le Bouin, ne saurait remplir son rôle dans les bocaux de l'anatomo-pathologiste.

On doit se représenter l'utérus comme un organe musculaire, à centre virtuellement creux, susceptible de légère mobilité d'avant

en arrière, et aussi de changement de volumes dans des proportions variables, suivant les états physiologiques de repos, de menstruation ou de gravidité.

Comme tout organe qui se respecte et qui mérite d'être respecté, l'utérus est nourri et desservi par un important réseau d'artères, de veines et de vaisseaux et ganglions lymphatiques; les branches nerveuses du réseau génital ne doivent pas non plus être négligées.

Cet organe est normalement situé au bas et au centre de l'abdomen, un peu penché en avant sur la face postérieure de la vessie, lorsqu'elle n'est pas trop distendue. En arrière, passe le sigmoïde, et au-dessous se trouve l'ampoule rectale. De chaque côté sont les annexes, i. e. les ovaires surplombées par les pavillons tubaires.

Comme moyen de soutien on trouve les ligaments ronds, insérés sur la face antérieure et supérieure du corps utérin, et se rendant à l'anneau inguinal interne; leur fonction est d'empêcher la trop grande mobilité de l'utérus d'avant en arrière aussi bien que d'un côté à l'autre. Ils sont doués d'une certaine élasticité, de par leurs fines fibres musculaires, et normalement ils doivent suivre un peu l'évolution et l'involution de l'utérus lui-même. Cet organe est, par ailleurs, soutenu à sa base par le tissu cellulaire conjonctif du bassin dont les épaississements prennent suivant leurs points d'insertion les noms bien descriptifs de ligaments vésico-vaginaux, ligaments recto-vaginaux, et enfin les ligaments utéro-sacrés.

Les rapports anatomiques normaux seront donc: paroi postérieure de la vessie avec la face antérieure du corps utérin; fond utérin dirigé en haut, libre, en contact avec les anses mobiles du grêle; et paroi utérine postérieure avec la paroi antérieure du sigmoïde. Le col dirigé en bas, occupe une partie généralement postérieure de la cavité vaginale.

Dans les cas de rétroversion, par le jeu de bascule qui s'est opéré, le col, maintenant dirigé en haut ou presque, vient sous la symphyse en contact avec la base de la vessie, et comprime parfois l'urèthre postérieure; la paroi antérieure du corps utérin est en contact avec la paroi antérieure du sigmoïde, le fond utérin est dirigé en bas dans le cul-de-sac postérieur, et la paroi utérine postérieure repose, en le distendant, sur le tissu conjonctif des ligaments utéro-sacrés. Il est maintenant facile de réaliser jusqu'à quel point la statique génitale a été chambardée.

N'oublions pas les coudures importantes des vaisseaux utérins, surtout la stase veineuse provoquées par ces malpositions, aussi bien que les tractions et les torsions des fibres nerveuses à ce niveau. L'élongation des ligaments utéro-sacrés, cause fréquente de lombalgies tenaces, est remarquable dans la quasi totalité des cas, et on rencontrera souvent des élongations et des déformations d'importance variable au niveau des uretères qui, on le sait, viennent s'insérer à la partie postérieure de la vessie dans le voisinage et en dessous des vaisseaux utérins.

Dans les malpositions congénitales (le plus souvent la rétroflexion), le col gardera sa direction vaginale, et l'excès de développement en longueur de la lèvre antérieure nous révèle la congénitalité de l'affection.

La physiologie de l'utérus doit être envisagée à un triple point de vue. Nous nous trouverons en présence d'un organe sujet aux modifications de la menstruation et de la grossesse, en même temps qu'il constitue un des centres d'équilibre nerveux les plus importants chez la femme. Toute discussion la dessus serait vide de sens pratique et par conséquent hors d'ordre.

La phase congestive cyclique de l'utérus se trouve grandement facilitée, on l'admettra facilement, par la position normale du fond utérin libre dans la cavité abdominale, et le flux menstruel se fera plus régulier et plus complet lorsque l'unique ouverture qui permet son écoulement se trouve sans coudure et dirigée en bas comme le veut la loi de gravité. Quelques cas se rencontrent, assurément, où la rétroversion ou flexion passera inaperçue, mais les poussées congestives répétées et entretenues

par la gêne inévitable des échanges vasculaires sur place, développeront vite une inflammation chronique manifestée par les symptômes de leucorrhée, lombalgie, dysménorrhée et règles à jets multiples.

Des troubles congestifs de même ordre pourront apparaître du côté des annexes, alors que le débit nutritif des vaisseaux sera irrégulier ou insuffisant; et cela nous donne les douleurs dans les côtés, irradiées dans les racines des cuisses, qui annoncent une semaine à l'avance l'arrivée des menstruations.

L'évolution de l'utérus au cours de la grossesse est assez universellement acceptée. Trois alternatives se présentent à l'utérus gravide s'il est en rétro-déviation:

1) Lorsqu'il n'y a pas d'adhérence, que l'intestin se vide bien tous les jours, et que l'utérus est facilement mobilisable, vers le 3e mois terminé, le volume seul suffira pour empêcher la masse utérine de retomber, et assurera, de ce côté, l'évolution de la grossesse.

2) Lorsque l'utérus, sans être absolument fixé par des adhérences, est rétroversé ou fléchi depuis longtemps, et que la malade est un peu nerveuse ou la partenaire d'un fort jouteur en amour, l'avortement se produira très fréquemment entre six à dix semaines. L'irritation locale causée par les rapports sexuels ou par le développement du corps utérin qui vient s'appuyer ou se buter sur la saillie vertébrale du promontoire, se chargera de provoquer les contractions utérines qui décollent partiellement l'œuf et amènent la terminaison de la grossesse.

3) Par suite d'adhérences solides du corps utérin dans le cul-de-sac postérieur, l'utérus rétroversé gravide va s'enclaver dans le petit bassin, et dans ces cas l'avortement se produira nécessairement entre 3 et 4 mois.

Comme centre d'équilibre nerveux, l'utérus a des fonctions physiologiques généralement reconnues, trop souvent prouvées, en tout cas, par les graves problèmes thérapeutiques qui résultent des interventions où le chirurgien s'est trouvé, dans son ultime conscience, obligé de *faire sauter le morceau.*

La crise d'hystérie, les vomissements de la grossesse, les troubles de l'état général associés au développement de certaines tumeurs utérines sont un témoignage assez précis de ces fonctions; et on aurait tort de passer sous silence les cas, plus fréquents qu'on ne l'imagine, où les douleurs abdominales provoquées par les rapports sexuels trouvent une explication dans ces malpositions, explication confirmée par plusieurs des malades chez qui l'intervention a été pratiquée avec disparition de ce symptôme ennuyeux pour les deux partenaires de la vie conjuguale.

*
* *

Nous avons jeté ensemble un coup d'œil très bref, très rapide sur deux aspects importants des organes génitaux de la femme: quelques points d'anatomie, quelques notions de physiologie bien connues, ébauchés à grands traits. J'ai pris la liberté de vous soumettre quelques résultats obtenus dans l'application d'une méthode de traitement par laquelle je suis convaincu d'avoir rendu quelque service; et cette conviction est basée moins sur l'importance en nombre de cette statisque, que sur l'ensemble des cas traités et la constance des résultats favorables obtenus. Et, je le répète, pratiquement tous ont en fait été soumis au contrôle post-opératoire à distance, pendant que 25 pour cent de ces malades, soit 9 sur 35, subissaient heureusement l'épreuve de la grossesse et de l'accouchement normal.

S'il m'est permis de conclure, je vous proposerai les quelques points que voici:

1° Il existe une statique génitale normale chez la femme.

2° Il existe aussi des malpositions des organes génitaux, soit acquises, soit d'ordre congénital.

3° La suspension utérine par ligamentopexie transmusculaire est un moyen à la disposition du chirurgien pour corriger ces malpositions de façon définitive, et diminuer dans une très forte proportion les troubles dont elles sont la cause.

4° Cette intervention en est une de conservation et, à ce titre, a droit au respect et à l'attention de quiconque veut accorder aux problèmes génitaux de la femme toutes les ressources de l'art qu'il a choisi de pratiquer.

CANCER DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES ORIFICIELLES

Diagnostic précoce et traitement

Par **Henri SMITH,**
Chef du Service de Dermato-syphiligraphie à l'hôpital Général de Verdun (Montréal).

Les cancers de la peau et des muqueuses orificielles ne présentent pas la même gravité que les cancers des organes internes. On peut les apercevoir dès le début, c'est-à-dire à un moment où ils sont facilement curables, et leur biopsie, toujours facile à faire, conduit à un diagnostic histologique généralement concluant.

Cependant, soit que le malade ait trop tardé pour consulter son médecin, soit que ce dernier n'ait pas su reconnaître un cancer des téguments externes à ses débuts, nous voyons trop souvent un malade mourir par cachexie d'un cancer de la lèvre ou de la langue par exemple, ou encore d'un nævo-carcinome qui a déjà donné des métastases incurables. A ce propos, le docteur Traub écrivait récemment: « En dépit de tous les efforts pour éduquer le public et la profession médicale sur l'importance d'un diagnostic précoce et d'un traitement adéquat, les dernières statistiques révèlent que de 3,000 à 4,000 malades meurent chaque année aux Etats-Unis du cancer de la peau. » Le diagnostic des cancers de la peau et des orifices muqueux est donc d'une très grande importance. Si l'on connaît bien les modes de début de ces cancers, on pourra tout au moins soupçonner leur existence et faire une biopsie qui confirmera ou infirmera le diagnostic.

Mais avant de parler des modes de début des cancers et de l'examen histologique qui est souvent indispensable, voyons rapidement quels sont les cancers que l'on peut rencontrer sur la peau et les muqueuses orificielles.

Epithéliomas

L'usage veut que nous réservions le nom de cancer cutané ou muqueux aux seuls épithéliomas.

Ces épithéliomas, dus à la prolifération métatypique des cellules épidermiques, glandulaires ou næviques, se ramènent, au point de vue histologique, à quatre types distincts:

Epithélioma baso-cellulaire.

Cet épithélioma, développé aux dépens des cellules basales de l'épiderme, est le plus fréquent des épithéliomas de la peau. C'est aussi le moins grave puisqu'il évolue très lentement et ne donne pas de métastase. Sa malignité est purement locale.

Epithélioma spino-cellulaire.

Développé aux dépens des cellules épineuses du corps muqueux de Malpighi, l'épithélioma spino-cellulaire, s'il est rare à la peau, est le plus fréquent des épithéliomas des muqueuses orificielles. Il ne donne presque jamais de métastases viscérales, mais il essaime assez rapidement dans les ganglions du voisinage. S'il n'est pas traité convenablement et assez tôt, il entraîne la mort par hémorragie ou cachexie en deux ou trois ans.

Epithélioma mixte.

A la fois baso et spino-cellulaire, l'épithélioma mixte a, en pratique, la gravité de l'épithélioma spino-cellulaire.

Nævo-carcinome.

Le nævo-carcinome, qui se développe aux dépens des nævi cellulaires, est le plus grave des épithéliomas de la peau. Il donne rapidement des métastases ganglionnaires et viscérales qui entraînent la mort.

Modes de début des épithéliomas

Les épithéliomas peuvent apparaître sur une peau ou une muqueuse saine ou bien prendre naissance sur une dermatose dite précancéreuse.

Le diagnostic précoce des épithéliomas qui naissent en peau saine ou sur une muqueuse saine est le plus souvent assez difficile. Le malade vient consulter pour un « bouton de fièvre » qui ne veut pas guérir, par exemple, ou bien encore parce qu'il a quelque part sur la figure une petite croûte qu'il arrache, mais qui se reforme constamment, etc. En somme, si le malade consulte au début, c'est pour des lésions d'apparence banale. C'est dans ces cas surtout que la connaissance des modes de début des différents épithéliomas est importante.

Epithélioma baso-cellulaire.

Voici d'après Darier quels sont les quatre modes de début de l'épithélioma baso-cellulaire: *a*) par une tache de kératose; *b*) par une ou plusieurs perles épithéliomateuses, petites élevures planes, sèches, fermes, grisâtres, isolées ou groupées; *c*) par une élevure rosée hémisphérique, demi-molle, plus ou moins translucide; *d*) par une érosion arrondie, plane, à peine déprimée, rouge et lisse, en « coup d'ongle », indéfiniment persistante.

Epithélioma spino-cellulaire.

Le stade initial de cet épithélioma est le plus souvent une verrucosité, c'est-à-dire une élevure mamelonnée ou hérissée d'aspérités cornées, souvent entourée d'une aréole rouge. Quelquefois, l'épithélioma spino-cellulaire débutera par une corne cutanée. Sur les muqueuses, il se développe le plus souvent sur une tache de leucoplasie.

L'épithélioma mixte débute généralement comme un baso-cellulaire.

Dermatoses précancéreuses

Le diagnostic précoce des épithéliomas de la peau ou des muqueuses orificielles est souvent facilité par la connaissance de certaines dermatoses sur lesquelles peuvent se développer des cancers. Disons tout de suite que le nævo-carcinome naît toujours d'un nævus, que le plus grand nombre des épithéliomas de la peau prennent naissance sur une tache de kératose et que la plupart des épithéliomas des muqueuses se développent sur leucoplasie.

Nævus.

Un nævus cellulaire pigmenté ou non qui s'accroît brusquement, se fissure, s'indure, s'entoure d'un halo rouge ou pigmenté, est en voie de transformation cancéreuse. Ce cancer, né d'un nævus, sera toujours un nævo-carcinome.

Kératose.

La kératose est une tache jaune, rouge ou brunâtre recouverte d'un enduit kératosique friable, sec et rugueux.

La kératose se voit surtout sur les vieux visages, mais elle peut se rencontrer aussi chez des personnes moins âgées, celles par exemple qui, à cause de leur profession (cultivateurs, marins, etc.), sont exposées aux intempéries.

La kératose fait également partie du tableau symptomatique du xeroderma pigmentosum et de certaines dermatoses dues à des agents chimiques comme l'arsenic et le goudron.

Une tache de kératose qui présente un enduit croûteux, qui saigne facilement, qui présente une induration de base, qui s'entoure d'un halo rouge persistant, qui se couvre en bordure de perles épithéliomateuses et qui donne lieu à une sensation de rongement, est en voie de se transformer en cancer. Ce cancer est le plus souvent un épithélioma baso-cellulaire, mais il peut également être un épithélioma spino-cellulaire.

Leucoplasie.

La leucoplasie, qui se voit généralement sur les lèvres, la face interne des joues ou la langue, est une tache, un placard blanc, grisâtre ou bleuté plus ou moins épais et légèrement induré.

On doit soupçonner la transformation cancéreuse d'une tache de leucoplasie quand celle-ci se couvre de verrucosités, quand elle devient le siège d'une érosion, d'une fissure ou d'un nodule. Cet épithélioma sur leucoplasie sera du type spino-cellulaire ou mixte.

Le cancer de la peau peut encore prendre naissance sur *une cicatrice ancienne, sur un*

vieil ulcère, sur un placard de lupus érythémateux ou tuberculeux, sur une radiodermite.

L'érythroplasie, la maladie de Bowen et la maladie de Paget sont considérées par certains auteurs, Sutton en particulier, comme étant des affections cancéreuses d'emblée. Dès que l'on soupçonne l'une de ces trois maladies, il faut donc faire une biopsie.

Biopsie

Soupçonner l'existence d'un cancer de la peau ou des muqueuses orificielles à son début est chose facile si, en plus de l'âge et de la profession du malade, l'on connaît bien les différents modes de début d'un tel cancer. Affirmer son existence est autre chose, et c'est pourquoi, dans la plupart des cas, il faut faire une biopsie et un examen histologique.

Dans l'épithélioma spino-cellulaire cependant, la biopsie, qui risque de favoriser l'essaimage aux ganglions de cellules néoplasiques, devra être suivie immédiatement de la destruction de la tumeur, si le diagnostic est probable. Dans le cas contraire, le laboratoire devra se hâter de faire l'examen histologique pour que l'on puisse intervenir le plus tôt possible, si nécessaire. Il serait souhaitable que tous les laboratoires puissent faire un examen histologique dans les vingt-quatre heures qui suivent la biopsie. De plus, dans tous les grands centres devraient exister des laboratoires où les médecins pourraient faire faire ces examens gratuitement.

Il est toujours dangereux de faire une biopsie d'un nævo-carcinome. Mais comme ces cancers prennent toujours naissance sur des nævi, le diagnostic peut se faire très souvent *sans examen histologique*. Si cependant nous désirons un tel examen, la biopsie devra être faite au bistouri électrique et être suivie immédiatement de la destruction de la tumeur.

Traitement

Toutes les méthodes proposées dans le traitement des cancers de la peau visent à la destruction des cellules cancéreuses; les meilleures sont celles qui réduisent au minimum les risques de récidive et d'essaimage.

Les moyens que nous avons à notre disposition pour détruire les tumeurs épithéliales malignes de la peau et des muqueuses orificielles sont les suivantes: *a*) les caustiques chimiques; *b*) la chirurgie sanglante; *c*) la neige carbonique; *d*) l'électrocautère; *e*) l'électrolyse; *f*) la radiothérapie; *g*) la radiumthérapie; *h*) l'électrocoagulation.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de discuter les avantages et les inconvénients de ces diverses méthodes les unes par rapport aux autres.

Convaincus que nous sommes de l'excellence de l'électrocoagulation comme moyen de destruction des épithéliomas cutanés et muqueux, surtout à leur début, nous en décrirons sommairement le technique et en énumérerons les multiples avantages.

Technique.

La technique que nous employons, aussi bien dans notre service hospitalier que dans notre clientèle de ville, est celle que nous a enseignée le docteur Marcel Ducourtioux à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, en 1937 et 1938.

Nous nous servons d'un appareil à éclateurs (ondes amorties) et d'une électrode active en forme de pointe (aiguille).

Après anesthésie à la novocaïne, nous coagulons la tumeur en dépassant les bords plus ou moins largement suivant que nous voulons détruire un nævo-carcinome, un épithélioma spino-cellulaire ou un baso-cellulaire.

Nous enlevons immédiatement à la curette tout le tissu coagulé. Nous répétons les coagulations et les curettages jusqu'à ce que nous arrivions sur le tissu sain que nous coagulons légèrement. Le tissu malade est facile à reconnaître et à enlever à la curette, parce qu'il est friable et saigne facilement. Le tissu sain, par contre, est beaucoup plus ferme et ne saigne pas. D'ailleurs, avec un bon réglage de l'appa-

reil, les tissus cancéreux coagulés se détachent facilement.

Avantages.

L'électrocoagulation faite d'après cette technique et que l'on pourrait appeler électrocoagulation-curettage, a de nombreux avantages:

1° Elle est simple, facile à appliquer, ne nécessite pas un appareil compliqué et coûteux.

2° En bloquant les vaisseaux sanguins et lymphatiques, elle réduit au minimum les risques d'essaimage.

3° L'électrocoagulation-curettage n'est pas un procédé aveugle, puisqu'il permet de détruire plan par plan tout le tissu cancéreux.

4° En dépassant les limites de l'électrode active, l'électrocoagulation détruit les cellules cancéreuses qui peuvent se trouver dans le tissu qui nous paraît sain.

5° Les récidives sont rares avec l'électrocoagulation, et il est toujours possible d'intervenir de nouveau si la chose est nécessaire.

6° L'absence habituelle de choc opératoire rend l'électrocoagulation une intervention bénigne, même chez les malades très âgés.

7° Un des avantages de l'électrocoagulation, et non des moindres, c'est l'absence presque complète de douleur après l'intervention.

8° Avec l'électrocoagulation-curettage, la cicatrisation des plaies opératoires se fait en dix à quinze jours pour les petites tumeurs, en trois semaines pour les tumeurs de moyenne dimension et en quatre à six semaines pour les tumeurs volumineuses.

Les cicatrices sont toujours d'une souplesse remarquable et très peu rétractiles.

Pour les tumeurs de petite et de moyenne dimension, nous obtiendrons, après quelques mois, une cicatrice linéaire et à peine visible si nous avons pris soin d'orienter le grand axe de la plaie opératoire dans le sens des lignes de traction de la peau.

9° Enfin, l'électrocoagulation-curettage donne une guérison définitive dans la très grande majorité des cas d'épithéliomas de la peau ou des muqueuses orificielles à leur début.

La destruction des taches de kératose et de leucoplasie par électrocoagulation superficielle ou encore par électrodessication constitue, en quelque sorte, le traitement prophylactique des épithéliomas de la peau et des muqueuses.

Dans un article ultérieur que nous soumettrons pour publication, nous nous proposons de rapporter quelques observations de malades que nous avons traités par électrocoagulation-curettage.

Résumé

Les épithéliomas de la peau et des muqueuses orificielles sont facilement curables s'ils sont diagnostiqués assez tôt.

La majorité des épithéliomas cutanés débutent sur une tache de kératose qui présente un enduit croûteux, s'entoure d'un halo rouge et donne une sensation de rongement.

La plupart des épithéliomas des muqueuses prennent naissance sur une tache de leucoplasie qui s'érode, se fissure, se couvre de végétations ou présente, en un point quelconque de sa surface, un nodule.

Le nævo-carcinome débute toujours par un nævus qui grossit, s'entoure d'une aréole rouge ou pigmentée et devient prurigineux.

L'électrocoagulation-curettage, comme traitement de ces épithéliomas, est une méthode simple, non sanglante et qui assure le blocage des voies de propagation des cellules cancéreuses.

Elle élimine presque complètement les récidives, donne des cicatrices toujours souples et assure la guérison définitive dans presque tous les cas traités assez tôt.

CHIRURGIE ENDO-URÉTRALE

Par **Roland CAUCHON**,
Chargé d'Urologie à l'hôpital Saint-François d'Assise,
Assistant en Urologie à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

On a déjà connu depuis longtemps, de nombreuses méthodes d'opérer par l'urètre, et depuis quelques années surtout, depuis la popularité de la résection prostatique, si bien définie et démontrée, personne n'ignore que des opérations d'une certaine envergure peuvent être faites par cette voie.

Cependant, je désire mettre en évidence au cours de ce petit travail, les possibilités chirurgicales moins connues que le forage de la prostate. Je laisserai volontairement de côté les traitements comme les lavages de l'urètre au cours de la blennorragie, les lavages vésicaux au cours de la cystite, etc., pour commencer à des affections qui relèvent de la spécialité.

Nous trouvons déjà au niveau de l'urètre, un certain nombre de maladies qui nécessitent des soins chirurgicaux. Prenez par exemple les folliculites, infection des petites glandes de l'urètre qui en certains cas, demandent l'ouverture sous le contrôle de l'urétroscope. A quelques centimètres plus loin, il existe un monticule développé dans l'urètre postérieur, où viennent aboutir les canaux éjaculateurs reliant aux vésicules séminales. Il est des cas de vésiculite chronique où il faut faire au moyen de sondes spéciales, le cathétérisme de ces petits canaux pour obtenir une sédation des symptômes.

Déjà nous entrons dans un domaine que le chirurgien général ne peut explorer par les moyens mis à sa disposition. Nous verrons par ordre anatomique, en partant de l'urètre et en remontant jusqu'au rein, une série d'états pathologiques qu'un urologue peut guérir ou améliorer par des moyens et instruments plus ou moins ingénieux et le plus souvent faciles.

Nous rencontrons dans l'urètre, le plus souvent à la suite de maladies infectieuses, des rétrécissements qui pourront se guérir si le médecin et aussi le malade ont suffisamment de patience, par des dilatations progressives. Il se peut qu'on soit obligé de commencer par des bougies filiformes et en laissant celles-ci en place pendant plusieurs heures, on constatera qu'il est ensuite facile d'augmenter le calibre de l'urètre graduellement jusqu'à ce qu'il atteigne une grosseur normale. Il y a des cas où la bande cicatricielle est tellement dure et dépourvue d'élasticité qu'on se heurte dès le début à une impossibilité complète de dilatation. Il faut alors recourir à l'urétrotomie interne, moyen encore facile, quoique douloureux, d'obtenir un résultat satisfaisant. Chez les malades porteurs de rétrécissements, il arrive que l'on trouve en arrière de la bride, un calcul enclavé dans l'urètre. Un problème nouveau se pose alors. Il faut nécessairement enlever ce corps étranger. S'il est situé dans l'urètre pénien, on peut essayer de la propulsion en avant par des massages de l'urètre et si une tentative sérieuse a échoué, il reste l'extraction instrumentale par le moyen de pinces spéciales ou de l'urétroscope. Si le calcul est situé dans la partie postérieure de l'urètre, on doit chercher en le repoussant avec une sonde, à l'évacuer vers la vessie où là, on le traitera comme un calcul vésical. En cas d'impossibilité à exécuter cette manœuvre, il faudrait recourir à la chirurgie par voie externe.

On peut appliquer les mêmes principes aux corps étrangers de l'urètre, donc passons.

Plus intéressantes sont les tumeurs de l'urètre, mais la chirurgie endo-urétrale doit se limiter aux tumeurs bénignes, les tumeurs malignes relevant d'un traitement chirurgical par voie externe. Quant aux tumeurs bénignes, elles se limiteront dans 95% des cas à des polypes de l'urètre qui peuvent se détruire par l'électrocoagulation et peut-être mieux encore, comme nous l'avons expérimenté der-

nièrement, par la résection suivie de la coagulation de la base de la tumeur.

Et ceci nous amène à l'exploration de l'urètre prostatique et du col vésical où, sans conteste, la chirurgie endo-urétrale semble offrir les résultats les plus frappants. Je me contenterai de souligner en passant puisque j'ai déjà présenté un travail plus élaboré sur ce sujet, que les hypertrophies du col vésical et de la prostate proprement dite peuvent être guéries définitivement par le forage, comme l'attestent les nombreuses publications d'auteurs américains et canadiens qui se servent de ce procédé depuis huit à dix ans. Nous avons eu beaucoup de satisfaction à introduire cette méthode ici et nous espérons que les quelques insuccès inévitables du début dans une intervention aussi spécialisée et, comme l'a dit Thompson, si particulière à chaque chirurgien, nous serviront à établir plus solidement une technique qui, tout en n'étant pas parfaite, sera espérons-le, de plus en plus sûre.

Un point sur lequel je tiens à insister, ce sont les calculs de la prostate, affection peu fréquente. Il est cependant arrivé à plusieurs chirurgiens de trouver inopinément au cours de la prostatectomie, des calculs enclavés dans les lobes prostatiques, et même si le diagnostic était fait avant l'intervention, la seule ressource demeurerait encore la prostatectomie par voie suspubienne. Nous pouvons actuellement traiter ces malades avec un risque opératoire que je considère beaucoup moindre, en disséquant par voie endo-urétrale les loges où se sont développés les calculs. Il suffit simplement de faire l'ablation au résectoscope de la couche superficielle qui les recouvre; un doigt introduit dans le rectum et faisant pression les chasse sans difficulté dans la vessie, d'où ils sont aspirés au moyen de l'évacuateur de McCarthy. Nous avons deux cas où cette méthode nous a donné d'excellents résultats.

Si nous avançons notre cystoscope à quelques centimètres plus avant, nous sommes rendus dans la vessie. La pathologie nous enseigne que là encore nous pouvons faire du travail intéressant toujours en nous servant de la même voie. Il y aura d'abord les corps étrangers, je parle de ceux qui ont été introduits au cours d'un accès de folie érotique et qui sont souvent des objets de petites dimensions, ou encore de ceux qui sont restés en place au cours de manœuvres thérapeutiques, tels des morceaux de cathéter en verre qu'un faux mouvement aura brisé, ou des bouts de sondes déjà avariés et qui se cassent au cours d'un lavage vésical ou autrement. Ces divers objets pourront, dans la majeure partie des cas, être enlevés par le moyen d'objets de préhension, instruments délicats et que l'on peut introduire par le cystoscope. On peut extraire à peu près de la même façon des calculs qui, pour être tout petits, n'en causent pas moins de grands troubles. Mais si le volume dépasse celui d'une fève ou d'un gland, il faut recourir à une méthode qui si elle n'est pas récente, n'en rend pas moins d'énormes services; je veux parler de la lithotritie. On peut écraser et fragmenter des calculs gros comme une noix et les aspirer par petits morceaux sans risque pour le malade et, toujours sous le contrôle du cystoscope, de façon à ne rien léser au point de vue anatomique et aussi à ne laisser aucun fragment intravésical, autrement l'intervention serait incomplète. L'avantage à procéder ainsi, c'est que les malades peuvent se lever le lendemain de l'intervention et quitter l'hôpital trois ou quatre jours après avec l'impression d'une guérison sans douleur.

La fréquence des calculs n'est contrebalancée que par celle des papillomes dans la vessie. On les trouve nombreux; le plus souvent et assez curieusement, ils sont presque toujours situés loin les uns des autres, de sorte que chaque petite tumeur demande une intervention individuelle. Si l'on considère la fréquence de la dégénérescence cancéreuse, il faut agir quand un diagnostic de papillome est posé. A moins qu'il s'agisse d'une maladie villeuse où toutes les parois sont recouvertes de tumeurs papillomateuses, ou encore à moins que ces tumeurs elles-mêmes soient très grosses, on peut, au moyen du résectoscope, guérir radicalement ces malades. Il s'agit, comme pour

les papillomes de l'urètre, de réséquer d'abord la tumeur, empiétant si elle est sessile, sur la muqueuse vésicale, et ensuite de coaguler la plaie opératoire. On peut obtenir de magnifiques résultats. Quant aux tumeurs malignes, on peut procéder de la même façon si elles sont petites, toujours en s'efforçant naturellement de ne laisser aucun fragment tumoral et en enlevant complètement la base de la tumeur. Si elles sont trop grosses, il est fort probable que même la chirurgie par voie ouverte ne réussira qu'à prolonger un malade dont l'état général a déjà été touché.

Et nous voici rendus à l'uretère. Au niveau du méat, l'urologue sera parfois arrêté par un rétrécissement qu'il sera facile de faire céder avec quelques séances de dilatations avec de petites sondes ou bougies à bout conique. S'il siège plus haut, le rétrécissement offrira moins de difficulté à la dilatation qu'au méat. Au cas d'impossibilité absolue à l'introduction d'une sonde, on peut se servir de ciseaux spéciaux à la méatotomie urétérale.

Si on pénètre dans l'uretère, l'obstruction la plus fréquente que nous y rencontrons, est créée par la lithiase urétérale. Evidemment, si le calcul est au bassinet ou au tiers supérieur de l'uretère, on doit recourir à une intervention par voie lombaire. Mais si, comme c'est fréquemment le cas, le ou les calculs siègent dans la portion iliaque ou intramurale, et sont d'un volume ne dépassant pas celui d'une fève, il y a de grandes chances que l'extraction se fasse par le méat. L'opération n'est pas toujours facile, est fatiguante à exécuter, mais si l'on réussit on est sûr d'un guérison immédiate. Je dirai plus si l'on ne peut réussir à saisir le calcul, le seul fait d'avoir fait une dilatation de l'orifice est parfois suffisant pour que, les contractions des fibres lisses urétérales aidant, le malade passe sa pierre dans les heures qui suivent les manœuvres. Nous avons eu quelques-uns de ces cas très intéressants et dont la guérison est aussi subite qu'imprévue.

Enfin, je ne pourrais logiquement terminer sans dire un mot des lésions rénales que la voie endoscopique peut améliorer sinon guérir.

Il y a d'abord la pyélonéphrite aiguë dont le traitement reconnu est le drainage par une sonde urétérale qu'on laisse en place pendant 24 ou 48 heures, se basant sur le fait que l'on doit considérer cette infection au même titre qu'un abcès et que le traitement rationnel de l'abcès est le drainage. Et ensuite, les nombreux cas d'infection chronique du bassinet et des calices qui bénéficient de lavages répétés de la cavité rénale.

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° 4 Montréal, avril 1943

LA PROPHYLAXIE CHIMIQUE DE LA GONORRHÉE ET DE LA CHANCRELLE

C'est maintenant une notion acceptée, vérifiée par l'expérience et éprouvée par le temps, que les sulfamidés constituent le traitement de prédilection contre la blennorragie. Ils amènent la guérison en peu de temps, sans obliger à des frais élevés et surtout avec une simplicité d'application étonnante. Ce traitement chimio-thérapique donne un pourcentage élevé de guérisons et quoiqu'il rencontre des insuccès dans un certain nombre de cas, on peut affirmer qu'il marque, en vénéréologie, si on le compare aux méthodes anciennes qui n'étaient que palliatives, un progrès thérapeutique formidable.

Les temps actuels font apprécier davantage une telle efficience. La guerre et l'enrégimentement de la jeunesse masculine et féminine, la promiscuité des sexes dans les usines et la désorganisation des foyers qu'apporte la coordination civile en vue de la guerre, font que l'activité sexuelle est débordante. Il s'ensuit que les maladies vénériennes, gonorrhée, syphilis et chancrelle, accusent une courbe de fréquence vertigineusement ascendante. Il paraît que le même phénomène s'opère à toutes les guerres ou à toutes les périodes troublées. Il se trouve, cependant, que le mal vénérien s'accuse en proportion de l'étendue et de l'intensité du conflit armé. Comme les présentes hostilités sont mondiales et exigent un bouleversement social d'une sévérité inusitée, il en découle que les effets pathologiques du domaine génital sont d'une gravité troublante. Heureusement qu'on a pour combattre la gonorrhée les sulfamidés. Contre la syphilis on demeure avec l'arme principale de traitement que, dès la première grande guerre, on avait à sa disposition: les arsénicaux. Depuis, le bismuth s'est joint à eux après avoir à peu près complètement remplacé le mercure.

Le traitement des soldats hospitalisés, traitement mieux contrôlé parce que mieux appliqué à des malades disciplinés par les règlements de l'armée, a permis de mieux apprécier la valeur des sulfamidés, d'en mieux connaître l'efficience réelle. Les mêmes conditions matérielles d'organisation ont fait aussi, ce qui est moins connu et pourrait avoir une portée pratique inappréciable, de tenter la prévention de la gonorrhée et de la chancrelle par l'emploi prophylactique des sulfamidés.

Des travaux récents publiés par des médecins militaires américains comportent des résultats d'une valeur impressionnante.

Ainsi, Joses, Kline et Ryan ont publié tout récemment des statistiques portant sur la prophylaxie de la gonorrhée par l'administration de sulfathiazol en plusieurs doses après le contact vénérien. Joses [1] rapporte qu'aucun cas blennorragique n'a été observé chez 350 sujets. Kline et Ryan [2], sur 1,000 sujets, n'ont rencontré que 3 cas de gonorrhée. Ces résultats sont vraiment impressionnants.

J. J. A. Loveless et W. Denton [3], dans un rapport préliminaire et encore plus récent, fournissent leurs résultats d'une application plus complète de la prophylaxie sulfamidée, et tentée sur un nombre plus considérable de sujets. L'expérience fut effectuée dans une compagnie d'environ 1,400 hommes; un groupe de 4,000 sujets servant d'élément de contrôle. L'épreuve appliquée au groupe des 1,400 hommes exigeait de chaque individu qu'il se rapportât

1. *U.S. Nav. M. Bull.* **40**: 113 (jan.) 1942.
2. *U.S. Nav. M. Bull.* **40**: 360 (avril) 1942.
3. *J.A.M.A.* **121**: (13 mars) 1943.

à un officier à chaque sortie et à chaque retour au poste. A la sortie, chaque soldat devait ingérer 2 grammes de sulfathiazol en présence de l'officier. Durant les premières semaines de l'expérience, tous les sujets qui n'avaient pas été soumis aux mesures prophylactiques de la compagnie, reçurent deux autres grammes au retour et 2 grammes additionnels le lendemain, toujours sous le contrôle immédiat de l'officier présent. Plus tard, tous les sujets subirent une méthode uniforme. Le coût de cette prophylaxie fut de 10 cents par soldat et par mois. Aucune réaction allergique ou toxique ne fut observée. De légères nausées furent ressenties. On ne constata pas de sensibilisation à la répétition des doses.

La méthode fut appliquée de mai à septembre. Les résultats obtenus furent véritablement étonnants, pour la gonorrhée et la chancrelle. Voyons plutôt les statistiques des auteurs.

Ainsi, le groupe de contrôle de 4,000 hommes présenta, durant cette période de mai à septembre, un taux de gonorrhéiques variant de 102 à 218 cas pour mille et par année, et pour la chancrelle, de 24 à 60. Tandis que pour le groupe de l'épreuve, si on exclut les cas où le contrôle d'administration du sulfathiazol n'a pas été parfait, a fourni la courbe suivante de fréquence des deux maladies: en mars le taux de la gonorrhée fut de 180, du chancre de 60; avril, 216-215, respectivement pour chaque infection; en mai, 8-8; en juin, 8-0; en août, 10-10; en septembre, 0-0. Ou encore en mars, sur 1,200 sujets, 18 gonorrhées, 7 chancres; en avril, sur 1,560, 28 gonorrhées, 15 chancres; en mai, sur 1,565, 1 gonorrhée, 1 chancre; en juin, sur 1,555, 1 gonorrhée, pas de chancre; en juillet sur 1,440, 1 gonorrhée, 1 chancre; en août sur 1,200, 1 gonorrhée, 1 chancre; en septembre sur 1,223, pas de gonorrhée, pas de chancre.

L'énumération de ces chiffres est fastidieuse; elle fait voir cependant l'énorme décalage dans la fréquence de contagion et la fixité de ce décalage en regard des mêmes circonstances de vie des sujets et de contagiosité. La diminution est, pour employer l'épithète des auteurs, « phénoménale », elle peut être figurée par les chiffres globaux suivants: pour la gonorrhée de 171 cas 0/00 et par année à 8, pour la chancrelle de 52 à 6.

La sulfamido-prophylaxie de la gonorrhée et du chancre mou paraît donc possible et même très efficace. Elle mérite d'être connue et d'être appliquée dans les circonstances où le contrôle et la discipline peuvent la rendre efficiente. D'autres méthodes de prophylaxie vénérienne existent et donnent une sécurité plus complète. Mais encore faut-il qu'elles soient mises en œuvre. Pour cela, on ne peut compter que sur l'initiative individuelle qui, par nature et en général, manque trop souvent au conseil et qui, au surplus, dans les circonstances où le sujet contracte sa goutte militaire ou son chancre, est réduite au presque néant. Une force instinctive quasi irrésistible, suivie d'un état d'abandon et de « je m'en fichisme » aussi invincible, annihile la mise en œuvre d'une prophylaxie immédiate qui nécessite une activité intéressée du sujet. Seul un contrôle dirigé, une initiative prise par autrui peut suppléer à l'indifférence ou à l'oubli du sujet seul, aussi, semble-t-il, un moyen qui prolonge ses effets jusqu'au moment du contact, ou qui peut agir encore quelques heures après ce dernier, pourrait être appliqué avec profit.

Les sulfamidés peut-être atteindront-ils cette fin, si on juge par certains travaux récents. Systématiquement et rigoureusement appliqués dans les différentes armées, ils seraient en mesure de conjurer, par leur prophylaxie, la danger extensif. de la gonorrhée et de la chancrelle. A tout événement, au point de vue purement doctrinal, il est intéressant d'apprendre sur ce sujet; au point de vue pratique, ce savoir peut comporter des applications importantes dans la vie militaire et civile.

R. A.

MÉDECINE SOCIALE

PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION [1]

Par **J.-A. LANDREVILLE,**
Chef du District Sanitaire Maisonneuve,
Service de Santé de la Cité de Montréal.

La science de la nutrition est la plus jeune des activités dans le champ de la médecine préventive. Il y a à peine trente ans, manger des protéines, de la graisse et du sucre était considéré par la médecine le principal moyen de se garder le plus longtemps contre la mauvaise santé. Aujourd'hui, les nécessités d'une nutrition rationnelle sont de l'ordre des calories, des protéines, des sels minéraux et des vitamines, avec mode spécial d'assimilation: ce qui signifie que l'absence d'un ou plusieurs facteurs ou substances nutritives essentielles peut causer la rupture de l'équilibre d'une bonne nutrition. Et c'est la prévention de cette rupture qu'il faut obtenir, pour prévenir la dénutrition.

La dénutrition est un état maladif se rencontrant surtout chez l'enfant d'âge scolaire. L'enfant en dénutrition a l'aspect d'un sujet fatigué à la peau flasque et sèche. Ses muscles faibles soutiennent mal le squelette, alors sa tenue est relâchée, son attitude est courbée à cause de la colonne vertébrale; son poids est au-dessous de la moyenne exigée pour son âge et sa taille. Son esprit est lent; il est nerveux, irritable, craintif, inattentif, instable, il ne peut suivre ses camarades souvent plus jeunes que lui; il manque souvent la classe et n'a pas de résistance à la maladie. Enfin, fréquemment, il manque son année.

On peut trouver des cas de dénutrition ailleurs que dans l'enfance, quoique plus rares. Notamment, le docteur Groulx nous relatait ces jours derniers, durant une conférence, le fait d'un adulte montrant des signes de rachitisme, après avoir séjourné en France ces dernières années.

1. Travail présenté à la *Société Médicale de Montréal*, le 19 janvier 1943.

Causes de la dénutrition

Il faut connaître les causes de la dénutrition afin de les corriger et ainsi en prévenir les suites.

J'énumère d'abord le facteur héréditaire:

1° La tuberculose, la syphilis ou l'alcoolisme des parents.

La lutte est entreprise de ce côté et elle est active.

2° Habitudes familiales invétérées pour certain régime défectueux, qu'il faut vaincre patiemment.

3° Certaines prédispositions de race, influence de certains climats, etc., mais ce sont généralement des cas spéciaux.

Viennent ensuite des causes prédisposantes, circonstancielles, telle que la pauvreté. Un plus juste équilibre de l'économie serait très profitable. Espérons que les idées émises pour l'après-guerre pourront être appliquées. Une autre cause circonstancielle est l'ignorance. L'éducation, par tous les moyens, et cette campagne est un merveilleux moyen, devrait diminuer cette ignorance. Reste enfin la négligence sur toute question d'hygiène et surtout l'hygiène alimentaire, mais je crois que la négligence est plutôt une conséquence de la pauvreté et de l'ignorance.

Voici maintenant les causes directes de la dénutrition telles qu'énoncées à peu près par Emerson et Roberts:

1° *Défauts physiques*:

Amygdales malades ou hypertrophiées;
Présence d'adénoïdes;
Dents malades, cariées ou mal obturées.

2° *Certaines maladies*:

a) Tuberculose;
b) Syphilis;
c) Les maladies infectieuses. Série de ma-

ladies contagieuses mal traitées ou pas traitées du tout;

d) Affections parasitaires intestinales.

3° *Régime alimentaire défectueux*:

Mauvais régime alimentaire. Repas insuffisant, mal apprêté ou ne stimulant pas l'appétit. Mets non appropriés aux besoins de l'enfant: thé, café, trop de pain, etc. Insuffisance d'aliments de croissance: (protéines, sels minéraux, vitamines, etc.).

Ecart de régime: mange entre les repas (bonbons, liqueurs, etc.).

Manque de surveillance: ignorance, négligence ou pauvreté, souvent les trois.

4° *Mauvaise hygiène; mauvaises habitudes de santé*:

L'enfant dort peu: il se couche tard, se lève tôt ou ne peut dormir à cause du bruit; la maison est trop petite, la radio joue trop fort ou trop près de l'enfant.

Excès de fatigue: l'enfant a trop joué, etc. Il manque d'air et de soleil; il n'a pas de place pour jouer, ou c'est une maison insalubre, etc.

Moyens de prévention

Les moyens de prévention découlent de la cause. Or, la cause est parfois profonde, éloignée, préparée de longue main. De plus la dénutrition considérée un problème individuel, est parfois un problème de groupe, car souvent plusieurs sujets d'une même famille en sont atteints. D'où la nécessité d'un programme d'éducation et de prévention antérieur à la naissance, car l'état de la mère enceinte, influence le terrain du futur candidat à la dénutrition.

Le « Children Bureau » de Washington a déjà déclaré que les neuf mois de la grossesse sont ceux où le bébé subit la période la plus négligée de son existence. Le sort du nouveau-né dépend donc de l'état de la mère avant et pendant la grossesse. De plus si l'on considère que durant la grossesse la mère doit préparer la lactation, voir à sa propre subsistance et à celle du fœtus, qui est essentiellement un parasite, et, sachant que c'est durant les trois derniers mois de la grossesse que la croissance du bébé est la plus rapide, on comprendra facilement la grande influence d'une alimentation inadéquate et d'une hygiène défectueuse de la mère enceinte sur la vie future de son rejeton.

Voici donc les moyens de prévention établis selon un programme s'étendant d'avant la naissance de l'enfant, puis de la naissance jusqu'à l'âge scolaire, enfin durant l'âge scolaire.

A — *Avant la naissance*:

1° Préparation de la *jeunesse et de l'adolescence* surtout féminine:

Campagne d'alimentation rationnelle à continuer;

Campagne d'hygiène infantile à intensifier;

Modification du programme scolaire, pour donner une plus large part aux problèmes d'alimentation;

Formation de cercles d'études sur ces sujets, formation de clubs; concours, revues, littératures, radio, etc., etc.;

2° Examen médical périodique, ou,

3° Examen médical obligatoire des futurs conjoints;

4° Stimuler l'importance de la surveillance médicale de la mère enceinte;

5° Hygiène maternelle:

a) Ambiance saine du milieu familial: maison aérée, ensoleillée, confortable; gaieté autour d'elle; éviter surmenage et maison insalubre;

b) Alimentation adéquate: aliments protecteurs, préventifs, reconstituants;

c) Soins pré-nataux:

Visites à son médecin, au début de la grossesse, puis à intervalles réguliers, selon l'avis de celui-ci;

Visites aux cliniques maternelles plus fréquentes pour analyse de sang au point de vue syphilis; examen d'urine; pression artérielle; conseils d'alimentation et d'hygiène, conseils de voir son médecin privé au besoin, etc.;

d) Education de la mère à son futur rôle;

6° Education paternelle: préparer le père à comprendre et à s'adapter à l'état psychique de la parturiente.

J'insiste sur la préparation de la future mère, car c'est à mon avis la meilleure forme d'un programme de prévention de la dénutrition. Si la mère est en bonne santé, renseignée, bien préparée moralement, elle sera le meilleur outil pour le travail de la nutrition chez son enfant qu'elle voudra le plus beau du monde, lequel si c'est une fille remplira mieux son rôle à son tour, quand elle deviendra mère.

B — *De la naissance à l'âge scolaire*:

1° Alimentation maternelle du nourrisson, ou,

2° Alimentation artificielle sous surveillance médicale;

3° Pesée régulière, plus fréquente la première année;

4° Examen médical périodique: recherches des maladies et de leurs traitements, des défauts physiques et de leurs corrections;

5° Programme d'éducation alimentaire rationnelle pour satisfaire aux besoins nouveaux dans l'évolution de la croissance;

6° Vaccination et immunisation en temps opportun.

C — *A l'âge scolaire*:

1° Examen médical périodique devant les parents:

a) Recherches des maladies et des défauts physiques et de leurs corrections;

b) Antécédents personnels et habitudes de l'enfant à connaître et à corriger si nécessaire;

c) Pesée et mensuration trois fois par année; tous les mois pour les cas de dénutrition;

d) Conseils sur l'alimentation et pour l'amélioration des conditions et des habitudes mauvaises de l'enfant, si besoin il y a.

2° Réajustement des cas spéciaux:

a) Régime scolaire mitigé; une demi-journée de classe, ou repos plus fréquent durant la journée, tout dépend des cas;

b) Cantines scolaires ou collation si nécessaire;

c) Classes spéciales pour les handicapés:
Classe de nutrition spéciale;
Classes en plein air;
Colonies de vacances.

3° Travail de coopération sociale:

a) *Avec les parents.* L'infirmière-visiteuse du Service de Santé joue un rôle très important dans ce domaine. Elle renouvelle l'avis aux parents de faire traiter l'enfant quand l'examen médical a trouvé un défaut ou une maladie. Elle réussit généralement à vaincre l'apathie et la négligence des parents.

b) *Avec les professeurs.* Favoriser les associations, *parents, professeurs, hygiénistes,* pour l'étude en commun d'un problème particulier pour un enfant.

c) *Avec les institutions publiques ou privées.* Coordination avec leurs activités; étude des facilités d'accès dans les services hospitaliers, pour classes indigentes, etc., etc.

* * *

Une très grande partie de ces moyens de prévention est déjà en activité à Montréal et dirigée par le Service de Santé, soit par les cliniques publiques et privées, certaines institutions volontaires ou autres, soit par le médecin praticien, etc. Mais ce qui importe c'est de les développer davantage, les généraliser, de centraliser tous les efforts particuliers, d'unifier toutes les activités vers un même but. Pour celà, il nous faut l'appui entier des classes professionnelles, des classes dirigeantes, la coopération de toutes les sociétés, commissions, institutions philanthropiques, financières ou autres. Il faut encourager tout mouvement qui tend à améliorer le sort de la population, la disparition du logement insalubre par exemple, la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, l'alcoolisme, etc., et ainsi l'enjeu de la lutte contre la dénutrition vaudra bien la peine et les troubles qui s'y rattachent.

LA NUTRITION CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET SES CONSÉQUENCES[1]

Par **Jean LEBEL**,
(Montréal).

D'après un travail du docteur Tompkins, médecin à la Maternité de Philadelphie, il découle que la cause de plusieurs complications chez la femme enceinte provient d'une déficience nutritive, et de plus que la débilité congénitale du bébé, surtout lors des six premiers mois, aurait comme cause première cette déficience de la nutrition maternelle. Il ressort même de ce travail que la patiente qui ferait de la suralimentation, mais dont le choix des aliments serait mal fait, présenterait fréquemment les mêmes conséquences pour elle et pour le bébé.

Dans tout volume complet d'obstétrique, vous trouverez les données d'un régime spécial pour patientes souffrant de toxémie, d'anémie, des lésions cardiaques, de diabète ou tout autre complication mais jamais un régime spécifique et bien balancé au cours d'une grossesse normale.

Permettez-moi ici de rappeler dans les grandes lignes les données d'un régime pour toute personne normale. Il se résume en aliments de qualité et de quantité suffisantes qui lui donneront la somme d'énergie nécessaire à sa survie, et il comprendra, se basant sur l'état de vie et de santé de chacun, une quantité X de glucides, de matières protéiques, de calcium, de matières minérales, d'acides gras et enfin de vitamines. De cette base on construira un régime pour la femme enceinte normale, mais en tenant compte de son état et du fœtus qu'il lui faut en même temps nourrir.

Vous remarquerez facilement, que souvent à votre bureau, une patiente dira qu'elle est enceinte, non seulement du fait de l'arrêt de ses menstruations, mais aussi de ce qu'elle a remarqué que depuis un certain temps son appétit a augmenté tandis que sa digestion lui semble plus lente. Comment expliquer cela? Dès le début de la grossesse, il se fait un changement rationnel de tout l'organisme de la femme, et ses fonctions devant s'appliquer en partie à son nouvel état, l'assimilation et la digestion se trouveront par le fait même amoindries. La faim que la femme ressent s'explique par le fait que, l'assimilation étant moindre et que de plus le fœtus prenant pour lui une grande partie de cette assimilation, la mère n'aura plus pour elle-même la quantité nécessaire requise, de même que souvent le fœtus.

Il faudra donc pour obvenir à cela qu'au lieu de donner deux ou trois gros repas par jour, nous donnions des repas moindres mais en plus grand nombre car alors l'assimilation sera plus complète et plus profitable.

Il s'agit de plus de construire pour votre patiente un régime de quantité suffisante et de qualité qui se conformera avec son état de vie et son état social, tenant compte cependant que deux êtres qui ne demandent pas complètement les mêmes données alimentaires. Donc faire de deux, un tout.

La mère, personne adulte, aura besoin pour elle-même d'un certain nombre de calories[2]:

1° la moitié sera fournie par les glucides comprenant le pain, les pommes de terre, les pâtes alimentaires, les fruits et les végétaux verts;

2° l'usure de ses tissus demandera une certaine quantité de matières protéiques de bonne provenance, surtout viande, lait, fromage, œufs; celles de provenances végétales étant moins bien assimilées;

3° les matières grasses mais en moins grandes quantités fourniront la quantité d'acide gras dont l'organisme a besoin; leur provenance sera surtout le beurre et la crème;

4° le lait et les produits laitiers sont nécessaires, vu leur apport de calcium indispensable à l'adulte;

5° enfin une quantité, dépassant quelque peu le minimun, de vitamines et de matières minérales, lesquelles seront fournies surtout par le lait, les œufs, les fruits, les végétaux verts, surtout végétaux à feuilles vertes.

---

1. Communication à *la Société Médicale de Montréal*, novembre 1942.

2. Résumé tiré du travail du docteur Gaston Gosselin, paru dans *l'Union Médicale*, **71**: 1034 (octobre) 1942.

Le fœtus lui, dépensant peu d'énergie aura besoin d'une quantité moindre de glucides, mais par contre demandera surtout les éléments constructeurs qui sont les matières protéiques, quelque peu les acides gras, le calcium et les matières minérales qu'il empruntera à la mère si l'apport n'est pas suffisant; et enfin, pour bien assimiler toutes choses et donner non seulement une construction mais une bonne base, une quantité plus que suffisante de vitamines sera nécessaire.

Souvent à la naissance nous avons devant nous un bébé d'apparence et de conformation normale, mais après quelques semaines, et avec un régime approprié et bien balancé, nous devons faire face à un état de dénutrition et d'hypovitaminose. Pourquoi? parce que l'enfant n'ayant pas eu au sein de la mère quantité et qualité complètes requises, et que ce petit manquant, dès la naissance de matière de base, ne pourra de lui-même assimiler ce dont il a besoin.

Permettez-moi à présent d'apporter ici les résultats des recherches du docteur Tompkins. Il établit un régime minimum-optimum pour la femme enceinte. Ce régime contiendra une valeur calorique suffisante basée sur le poids de la patiente, sur ses besoins et l'énergie qu'elle doit dépenser. Il tiendra donc compte des besoins particuliers et de la mère et du fœtus et en fera un tout.

L'étude du docteur Tompkins porte sur 1,500 cas ainsi qu'un nombre égal de cas de contrôle, à régime alimentaire non amélioré.

Les résultats rapportent une diminution très importante des complications: naissances prématurées, mortalités avant terme ou mortalités des nouveau-nés.

	G. de contrôle	*G. à l'étude*
Toxémie	16.0 %	4.0 %
Hypertension	14.0 %	4.0 %
Œdème	58.93%	12.93%
Pré-éclampsie	7.86%	0 %
Eclampsie	0.66%	0 %
Mortalité maternelle	0 %	0 %
Mortalité infantile	5.46%	0.4 %
Mort-nés	2.66%	0 %
Morts après naissance	2.66%	0 %
Prématuration	4.93%	0 %

Et voici un autre tableau résumant les études des docteurs J. H. Ebbs, F. F. Tisdall et W. A. Scott.

COMPLICATIONS DURANT LA GROSSESSE

Complication	*Régime courant sans contrôle*	*Régime spécial contrôlé*
Anémie	28.6%	16.1%
Toxémie	7.6%	3.4%
Menace d'avortement	8.4%	1.1%
Avortement	6.0%	0%
Mort-nés	3.4%	0%
Endométrites	9.0%	3.4%
Mastites	4.5%	2.5%
Abcès du sein	3.0%	1.1%
Accouchem. prématuré	8.0%	2.2%

Il est donc à remarquer ici que le nombre de complications est toujours au moins le double avec une diète courante sans contrôle qu'avec une diète spéciale contrôlée.

Il en sera de même chez le bébé.

PRINCIPALES MALADIES DES BÉBÉS DURANT LES SIX PREMIERS MOIS EN RAPPORT AVEC LE RÉGIME DE LA MÈRE DURANT SA GROSSESSE

	Régime courant non contrôlé	*Régime spécial contrôlé*
Rhumes	21.0%	4.7%
Bronchites	4.2%	1.5%
Pneumonie	5.5%	1.5%
Rachitisme	5.5%	0%
Tétanie	4.2%	0%
Dystrophies	7.0%	1.5%
Anémies	25.0%	9.4%
Mortalités	3%	0%

La condition générale des bébés dans le groupe de ce régime spécial contrôlé est de beaucoup meilleure. Dans une large proportion nous pouvons dire que le régime de la mère influe d'une manière très importante sur la vie future du bébé.

De tout cela, il reste donc une conclusion, c'est que de ce côté le champ de travail est immense et que le résultat sera certainement à la faveur des parturientes.

MÉDECINE PRATIQUE

ÉRYTHÈMES NOUEUX [1]
(Discussions étiologiques)

L'érythème noueux a suscité une discussion fort intéressante à la Réunion Dermatologique de Strasbourg (en 1938) entre les pédiatres d'une part, les dermatologistes d'autre part.

I. Histopathologie.

Du point de vue histopathologique, la structure de l'érythème noueux est univoque. Elle a une constance remarquable quelles que soient les conditions étiologiques que l'on invoque à l'origine de l'affection. Il y a une lésion unique inflammatoire, œdémateuse, parfois hémorragique, toujours identique à elle-même, qui se présente comme le prototype d'une réaction de sensibilisation et qui s'apparente nettement aux lésions de l'intradermoréaction.

II. Origine tuberculeuse.

Du point de vue étiologique la conception des pédiatres diffère sensiblement de celle des dermatologistes.

A l'appui d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques, anatomiques et bactériologiques, les pédiatres ont montré que l'érythème noueux de l'enfant et de l'adolescent était une manifestation tuberculeuse et que, comme la kérato-conjonctive phlycténulaire, il faisait partie des signes de primo-infection. Est-ce un témoin de l'éveil de l'allergie tuberculinique ou est-ce une lésion due au bacille de Koch? C'est une question encore discutée et envisagée différemment suivant les auteurs.

Les dermatologistes observant l'affection chez l'adulte ont constaté que bien souvent l'érythème noueux survenait au cours de diverses infections.

L'érythème noueux a été constaté dans la syphilis, la maladie de Nicolas Favre, la lèpre, les trichophyties allergisantes, le chancre mou, l'ulcère aigu de la vulve, pour ne retenir que les affections dermato-vénéréologiques.

III. Facteurs étiologiques divers.

1° *Au cours de la syphilis,* l'érythème noueux apparaît dans la règle à la période secondaire. En général, l'éruption spécifique débute et se complique bientôt des nouures de l'érythème, ou celui-ci apparaît au déclin des manifestations secondaires. Presque toujours il s'agit d'une syphilis floride, capable par conséquent de déclencher un état allergique franc. Histologiquement, les lésions ne sont ni syphiloïdes ni tuberculoïdes, et ne traduisent qu'une inflammation aiguë avec polynucléaires abondants. La présence du tréponème n'a été constatée qu'une seule fois et l'on peut penser que cette constatation accidentelle n'a aucune valeur décisive, la période secondaire représentant une véritable septicémie et le tréponème se trouvant à cette période dans la circulation générale. Au total, la preuve de la nature syphilitique de l'érythème noueux ne peut être retenue étant donné l'absence d'arguments histologiques et bactériologiques. L'érythème noueux garde son allure de lésion allergique dans un organisme qui vient d'être sensibilisé.

Au cours de la maladie de Nicolas-Favre, l'érythème noueux est assez fréquent. Il apparaît en pleine phase aiguë de la maladie, 2 à 8 semaines après l'apparition des premiers symptômes. Il survient à une phase d'allergie cutanée très marquée dont le témoin est donné par l'intensité de la réaction de Frei. L'intradermo-réaction pratiquée au voisinage de l'éruption reproduit la morphologie de l'érup-

1. *L'Année Médicale Pratique,* 1939.

tion noueuse spontanée, alors que pratiquée à distance elle se traduit par une réaction positive un peu forte. L'érythème noueux n'apparaît donc au cours de la maladie de Nicolas-Favre que chez des malades fortement allergiques.

2° *Au cours de la lèpre,* l'érythème noueux est loin d'avoir fait ses preuves et la question doit rester à l'étude.

3° *Au cours des trichophyties allergisantes.* On sait que Jadassohn et Bruno Bloch ont mis en évidence un état allergique au cours de certaines trichophyties profondes, suppurées. Cet état apparaît vers la deuxième ou troisième semaine chez les sujets atteints de kérion de Celse ou de gros nodules trichophytiques suppurés, et se manifeste par des intradermo-réactions positives à la trichophytine. Cette hypersensibilisation se traduit, d'autre part, cliniquement, par l'apparition d'éruptions secondes se produisant à distance du foyer initial qui sont les trichophytides. Elles sont le plus souvent péripilaires. Parfois aussi elles affectent l'allure d'un érythème scarlatiniforme, d'un érythème polymorphe, d'un érythème noueux. Ces différents types peuvent se combiner entre eux ou exister isolément chez un même sujet.

Dans les formes noueuses, histologiquement, on retrouve toujours les mêmes lésions de type inflammatoire avec nombreux polynucléaires.

Il est démontré, d'autre part, que les trichophytides sont toujours stériles.

L'érythème noueux trichophytique se présente donc avec tous les caractères d'une réaction allergique chez un organisme hypersensibilisé, et déclenché par une sensibilisation spécifique à la trichophytine.

4° *Au cours du chancre mou,* M. Boidin a rapporté l'observation de 5 cas d'érythème noueux chez 15 malades entrés dans son service pour chancre mou.

5° *Au cours de l'ulcère aigu de la vulve,* plusieurs observations d'érythème noueux ont été rapportées et on a pu, dans un cas, mettre en évidence le bacillus crassus dans une nodosité excisée.

IV. Discussion étiologique et pathogénique.

On connaît, par ailleurs, l'existence d'érythème noueux au cours *d'infections streptococciques,* du *rhumatisme articulaire aigu,* après *injections d'antigènes ou de vaccins* (Dmelcos, anatoxine, vaccin T.A.B., vaccin antidiphtérique).

Faut-il admettre que chacune de ces infections n'a agi qu'en réveillant une tuberculose antérieure, en faisant varier l'allergie tuberculeuse pré-existante et qu'il ne s'agisse en somme que d'érythème noueux tuberculeux?

Faut-il considérer ces cas comme des manifestations autonomes de chacune des infections au cours desquelles elles se sont produites.

L'histologie uniforme de la lésion de l'érythème noueux permet de rejeter l'une ou l'autre de ces hypothèses, car, pour se conformer au schéma anatomo-pathologique de l'infection intercurrente, elle cesserait d'être celle de l'érythème noueux: elle deviendrait celle de la tuberculose, de la syphilis, de la maladie de Nicholas-Favre; elle se stabiliserait et cesserait d'être cette réaction purement inflammatoire spontanément résolutive en quelques jours.

L'image histologique de l'érythème noueux est celle d'une réaction allergique qui trouve un terme de comparaison dans l'image histologique des intradermo-réactions à certains antigènes.

Devant la carence clinique et histologique, la bactériologie peut-elle décider? Elle représente un facteur des plus importants et ce sont les hémocultures, l'inoculation de sang au cobaye, les intradermo-réactions qui paraissent appelées à jouer le rôle principal. L'ensemble des preuves apportées par les pédiatres est convaincant. Il ne fait plus de doute que l'érythème noueux de l'enfant ne soit de nature tuberculeuse. Chez l'adulte, un certain nombre de cas reconnaissent également une origine tuberculeuse, qu'il s'agisse de primo-infection tardive ou de réinfection. Mais il est difficile d'expliquer tous les cas par l'allergie tuberculeuse et il paraît certain que d'autres étiologies, liées aux principales infections passées en revue, soient en cause.

P. FERNET et J. PELLERAT.

"L'Union Médicale du Canada" en 1874

Note sur un cas de présentation du tronc avec contractions spasmodiques rendant la version impossible. Embryotomie

Par le Dr J. Lippé, St-Ambroise de Kildare.

Avril 1874.

Le 15 janvier 1868, je fus appelé vers 11 heures du soir pour accoucher la dame de M. R. Bordeleau, de St-Ambroise de Kildare. Cette femme souffrait depuis environ deux mois de douleurs presque continuelles, qui l'avaient empêchée de dormir pendant tout ce temps; son appétit s'était d'ailleurs assez bien conservé. Elle était à son second accouchement; le premier s'était effectué assez heureusement. A l'examen, je trouvai le col à moitié entr'ouvert, mou et dilatable; les eaux faisaient saillie; en même temps, je constatai une présentation de l'épaule droite antérieure. Les dimensions du bassin étaient de bonne proportion; les douleurs étaient régulières, mais faibles. J'attendis deux heures; après quoi le col étant dilaté suffisamment, je rompis la poche des eaux, tout en introduisant la main droite afin d'opérer la version. J'appuyai la main sur la tête, pour voir s'il n'y aurait pas moyen de l'amener au détroit supérieur; m'apercevant qu'elle présentait de la résistance, j'allai sans retard à la recherche des pieds. Alors je rencontrai un obstacle d'une autre nature: la matrice fortement contractée ne me permettait pas les mouvements de la main. Croyant avoir affaire à une tranchée, je restai dans la même position et j'attendis quelques minutes. Comme la contraction continuait et que les souffrances de la femme étaient presque nulles, je résolus d'essayer l'introduction forcée de la main; mais il me fut impossible d'aller plus loin. J'administrai une bonne dose d'opium et laissai la femme se reposer à peu près une heure. Un nouvel effort fut suivi d'un nouvel insuccès et, en me retirant, je descendis un bras. Alors je demandai l'assistance d'un confrère.

On alla chercher le docteur Desmarais, de Ste-Mélanie. Pendant ce temps-là je baptisai l'enfant, mais je ne voulus faire aucune nouvelle tentative.

Le docteur Desmarais arriva vers trois heures du matin. Je lui exposai la présentation de l'enfant et l'impossibilité où je m'étais trouvé de faire la version. Il rassura la femme, pensant sans doute que comme j'étais jeune en pratique, je m'étais découragé trop vite; mais ses idées changèrent bientôt. Il trouva l'enfant dans la même position que je lui avais dit, c'était bien l'épaule droite qui se présentait: poussant plus loin ses investigations, il ne put s'empêcher de dire, que c'était un cas extraordinaire, que l'enfant n'avait pas de... tête.

Jugez de mon étonnement. Quoi, pensais-je, serait-il possible que je me sois trompé si grossièrement, qu'est-ce donc ce sur quoi j'ai appuyé la main? Je ne dis rien, mais j'attendis que mon tour vînt, persuadé qu'il ne terminerait pas l'accouchement du premier coup. Malgré la malformation du fœtus, le docteur Desmarais n'essaya pas moins, lui aussi, d'aller à la recherche des pieds. Il rencontra le même obstacle que moi et, après une demi-heure à peu près d'efforts infructueux, il laissa reposer la femme. C'était mon tour; je me promettais bien de trouver la tête; mais, de même que mon confrère, lorsque j'arrivai à l'insertion du cou, je le trouvai comme collé ou plutôt implanté sur la matrice. J'eus beau contourner ce pédicule, je ne trouvai aucune ouverture, aucun bourrelet même. A cet endroit les mouvements de la main étaient assez libres. Pendant ce temps, ma main gauche, appuyée sur l'abdomen, cherchait en vain cette tête que je me croyais si sûr d'avoir touchée. Je ne savais que penser! c'était pourtant bien la tête que j'avais sentie, et non une bosselure de l'utérus. J'essayai encore inutilement à faire la version. Les contractions étaient si fortes que, du moment qu'on touchait au corps du fœtus, en moins d'une minute, les doigts étaient pris de crampes. Nous administrâmes les opiacés, et nous fîmes tenir la femme sur un vase d'eau chaude, et lui fîmes prendre des bains de siège. N'obtenant rien, et quoique la femme ne fût pas très forte, nous employâmes la saignée, sans cependant pouvoir obtenir la syncope.

La saignée parut relâcher un peu ce spasme de l'utérus et je pus faire parvenir ma main jusqu'à la hauteur des genoux, où je sentis la masse placentaire, et me convainquis que l'enfant était droit, les pieds à l'ombilic.

Il était près de midi; l'enfant était mort depuis plusieurs heures: voyant l'inutilité de nos efforts, nous résolûmes d'opérer la section de ce prétendu pédicule. Ce n'était pas une petite affaire: la hauteur où se trouvait l'implantation, environ au tiers inférieur de l'utérus; le peu d'instruments à notre disposition et, dans tous les cas, la presque impossibilité de s'en servir; le danger de déchirer l'utérus, c'était tout autant de difficultés, sans compter que nous commencions à être épuisés tous deux par nos tentatives antérieures. Cependant nous nous mîmes résolument à l'œuvre. Le bras descendu, gênant nos manœuvres, et ne pouvant le faire remonter, on en fit la section et, après une heure de peines et de fatigues incroyables (nous ne pouvions employer, pour ainsi dire, que les doigts) nous avions enfin le bonheur de voir le pédicule complètement détaché. Des tractions furent faites sur le corps; mais la résistance se faisait encore sentir: alors nous enlevâmes les viscères thoraciques, et après cela le reste du corps fut retiré sans trop de difficulté.

Je dis à mon confrère d'aller chercher le placenta tout de suite, de crainte d'une nouvelle ré-

traction de l'utérus. Au lieu du placenta, il sortit une tête monstrueuse, de la grosseur de celle d'un enfant d'un an. Ayant de nouveau porté la main dans la matrice, il en retira facilement le placenta.

La tête se trouvait renfermée dans un espèce de sac, dont les bords étaient resserrés de telle sorte sur le cou que celui-ci paraissait collé sur la muqueuse; la sortie du corps ayant fait cesser la contraction, la tête était tombée dans la cavité de l'utérus. Pendant tout ce temps la femme n'avait éprouvé de fortes douleurs que lorsqu'on essayait à faire la version. Nous la mîmes dans son lit pas aussi faible qu'on aurait pu se l'imaginer, et lui prescrivîmes une diète rigoureuse. Elle releva assez promptement, n'ayant eu pour toute incommodité qu'une incontinence d'urine qui dura quelques jours. L'inflammation des parties externes se dissipa bientôt et, au bout de deux ou trois semaines, elle put commencer à vaquer à son ménage. Elle n'a pas eu d'enfant depuis.

Le docteur Desmarais a déclaré que depuis vingt et un ans qu'il pratiquait, il n'avait pas encore rencontré un cas semblable; et je désire pour ma part de n'en plus jamais rencontrer. Je m'étais déjà trouvé dans des cas de contractions spasmodiques de l'utérus sur le placenta; je me rappelle d'un, surtout, dans lequel l'utérus, après avoir expulsé l'enfant vers sept heures du matin, se referma fortement sur le placenta. Je donnai l'opium et attendis quelques heures; mais le spasme continuant toujours et l'hémorragie paraissant mettre les jours de la femme en danger, je résolus de forcer l'obstacle; je n'y parvins qu'après trois quarts d'heure d'efforts continuels. Ma main étant enfin pénétrée dans l'utérus, j'allai à la recherche du placenta, mais une seconde barrière, formée par la contraction du corps de l'utérus, m'arrêta encore une demi-heure; une petite portion du délivre pendant dans l'ouverture. Enfin je pus retirer le placenta qui n'adhérait plus à la muqueuse et la femme releva bien. Mais, je puis assurer que ce n'était rien auprès du cas que je viens de rapporter.

Note sur un cas d'ileus

Par le Dr J.-G. Lussier, de Montréal.

François-Xavier Bouteiller, âgé d'environ trente ans, d'une forte constitution, employé dans la Police, est sujet depuis deux ans à des dérangements d'intestins qui se manifestent par la diarrhée pendant un ou deux jours et qui reviennent assez souvent. Le dix-sept janvier dernier, il eut une de ces attaques qui dura deux jours.

Le 18, il se sentit mal à l'aise, un embarras dans l'estomac avec envie de vomir et d'aller à la selle sans résultat. Je vis le malade le soir du même jour; je constatai ces symptômes, beaucoup de lenteur dans le pouls et une douleur fixe à la région de l'ombilic. J'ordonnai ipec. gr. xxx dans un verre d'eau, à prendre une cuillerée toutes les dix minutes. Les vomissements commencèrent vers la sixième dose.

19. Les vomissements continuèrent encore à des intervalles assez rapprochés; des matières bilieuses furent vomies en abondance. J'ordonnai des sinapismes sur l'estomac, les vomissements cessèrent, mais les intestins, contre mon attente, ne passèrent rien ce jour-là.

20. Le patient a vomi deux fois; les autres symptômes sont les mêmes, j'ordonnai une dose d'huile de ricin.

21. De bonne heure le matin, on vient me chercher pour mon malade, qui n'avait pas encore été à la selle et qui souffrait encore de ses douleurs à l'ombilic; j'amenai avec moi le docteur Meunier en lui disant que je croyais avoir affaire à un cas d'obstruction intestinale ou Ileus; mon confrère examina le malade et fut d'accord avec moi sur le diagnostic; outre les symptômes plus haut cités, la contenance du malade était inquiète. J'ordonnai de suite des injections de savonnage avec de l'huile de ricin, et cataplasmes chauds sur l'abdomen. Les injections furent administrées sans résultat. Vers midi, j'eus une consultation avec le docteur Rottot, qui me conseilla des moyens plus énergiques. J'appliquai sur l'abdomen des compresses de chloroforme avec inhalation de cette substance pour amener le relâchement des intestins, en même temps, j'injectai un fort savonnage contenant ½ oz de térébenthine, le tout sans résultat. J'ordonnai alors huile de ricin ½ oz, huile de croton 3 gouttes, à prendre deux fois par jour, en même temps bains chauds.

22. Le malade est dans le même état, n'a rien passé, a vomi une fois. Pouls lent, un peu de céphalagie, même douleur fixe à l'ombilic. Les injections sont continuées ainsi que l'huile de croton.

23. Aucun changement dans les symptômes.

24. Le malade a vomi; il se sent faible et présente les mêmes symptômes que la veille.

25. Même état, le malade est plus faible et demande à manger; je lui permets de manger de la soupe à la place du bouillon, seul permis depuis le commencement de la maladie.

26. Le malade présente à peu près le même état avec douleur plus grande à la région de l'ombilic. Je permets encore ce jour-là de manger de la soupe en lui conseillant de se mettre dans les bains dans le cas où les douleurs de l'ombilic augmenteraient avec sentiment de pression.

27. Je trouvai le malade tellement joyeux que je le crus dans le délire, mais la soupe avait forcé le passage et le malade se savait sauvé et guéri. C'était le secret de sa gaieté.

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.

MEDECINE

F. J. HOGG. — **Rapport de la dégénérescence de la thyroïde avec le vieillissement prématuré.** "The Can. Med. Ass. Journal", **47**: 56 (juillet) 1942.

Il n'est pas nouveau de constater que la vieillesse prématurée est souvent associée à une dégénérescence de la glande thyroïde. D'autre part, les lésions pathologiques sont des kystes plutôt que des adénomes et Hertzler a démontré, par ses explications histo-pathologiques, que les relations entre la vieillesse prématurée et la dégénérescence de la glande thyroïde sont tellement vraies qu'il a pu établir cet aphorisme « l'homme a l'âge de sa thyroïde ».

L'auteur a pratiqué une série d'expériences pour prouver cette assertion. Il recueille, pendant l'opération, du liquide des kystes thyroïdiens (l'on sait que les kystes sont toujours de nature dégénérative), qu'il injecte dans le péritoine de souris. Il abat les souris 6 semaines après l'injection.

Première expérience.

1. — Trois souris reçurent 0.6 c.c. de liquide cystique pur. Les 3 sont mortes dans les 6 heures de toxémie et de péritonite généralisée.

2. — Une souris reçut des injections progressivement croissantes de 0.1 c.c. à 1.0 c.c. sur une période de 40 jours. La grossesse, qui existait au début des injections, s'est continuée normalement. La souris est morte au 40e jour d'un épuisement progressif; on remarque des signes évidents de toxémie généralisée et de vieillissement (perte des cheveux et fonte du thymus).

3. — On a injecté du liquide cystique dilué dans du sérum physiologique et les 2 souris sont mortes au bout de 22 et 15 jours de toxémie générale avec fonte du thymus.

4. — Quatre animaux témoins se sont bien portés.

5. — On a injecté à 3 souris des extraits totaux de glande thyroïde normale et les sujets se sont très bien portés; l'autopsie n'a révélé aucun trouble glandulaire.

Deuxième expérience.

Cette expérience recherche les modifications apportées par les régimes.

1. — Deux souris témoins, après avoir maigri sous l'influence d'une hypoalimentation, ont vite repris leur poids initial avec un régime complet. L'autopsie n'a révélé aucune modification histologique de la thyroïde ni du thymus.

2. — Quatre souris reçurent pendant 56 jours des injections de 0.5 c.c. d'une solution de 0.3% d'hormone thyroïdienne normale. Leur comportement fut normal. Sous l'influence d'une hypoalimentation, elles ont maigri, mais elles ont vite repris leur poids quand on les a mises au régime normal. L'autopsie n'a montré aucune modification organique.

3. — Trois souris reçurent des injections intrapéritonéales de liquide cystique (0.5 c.c.) pendant 41 jours, on suspend temporairement les injections, et, 5 jours plus tard, lorsque l'on veut les reprendre, une seule dose suffit à tuer en 4 heures les 3 souris d'une crise anaphylactique qui en impose pour une « tempête thyroïdienne ». L'autopsie a montré: *a*) une forte distention abdominale, *b*) de l'œdème du foie, du cœur et du rein, *c*) une glande thyroïde normale et *d*) l'involution du thymus.

Troisième expérience.

Ici, on a essayé des injections de liquide de kyste de l'ovaire. Il n'y eut aucune lésion organique apparente à l'autopsie. Il en fut ainsi pour le liquide de goitre toxique non kystique avec dégénérescence du thymus.

Résumé.

1. — Les liquides extraits des kystes d'une glande thyroïde dégénérée sont extrêmement toxiques à doses massives. A petites doses répétées les souris s'y habituent et peuvent facilement les supporter. Mais l'animal devient sensibilisé et, après une période de repos, la moindre dose devient rapidement mortelle. (Réaction anaphylactique).

2. — Toutes les injections de liquide de kyste de thyroïde dégénérée ont produit une atrophie du thymus, ce qui, chez la souris, est un signe de vieillesse.

3. — Le même produit a causé une chute des poils et un vieillissement de la fourrure.

4. — Les souris ainsi traitées ont toutes perdu leur activité sexuelle.

Pierre JOBIN.

Leslie COPE. — **Les effets de l'inspiration de pétrole.** "Lancet", **1**: 469 (18 avril) 1942.

L'inspiration de pétrole dans les bronches est une éventualité habituellement rare, mais les restrictions de l'essence qui ont multiplié les siphonnages d'un contenant dans un autre, nous exposent à en rencontrer des cas beaucoup plus fréquemment. Un accident semblable est survenu à Winchester dernièrement. Le malade guérit.

Histoire du cas.

Un jeune de 28 ans, chauffeur de camion, voulut établir un siphonnage pour enlever l'essence du réservoir d'un tracteur. Il utilisait un tube de 1¼ de diamètre. Un moment donné il eut le goût de pétrole dans la bouche et eut l'impression qu'il en était passé dans la trachée. Il se mit à tousser. Il devint rapidement dyspnéique et se rappelle avoir demandé à un de ses compagnons de lui taper dans le dos. Il perdit connaissance avec l'impression qu'il étouffait et devint rapidement cyanosé. Quelques minutes plus tard il revint à lui. Il avait la tête vide, il ressentait une grande faiblesse, mais il pouvait respirer; à l'inspiration profonde il ressentait une douleur dans le côté droit du thorax. Un émétique le fit vomir. Un peu plus tard il put se lever et marcher 50 pieds. Les émétiques furent répétés. Les gaz stomacaux et les vomissements avaient goût de pétrole. La douleur thoracique augmentait exagérée par une toux rebelle. Les expectorations goûtaient le pétrole et prirent une couleur brun foncé.

Au 3e jour il fut envoyé à l'hôpital de Radcliffe. Il faisait 100°8 de température. Il développa tous les signes d'un épanchement pleural droit, confirmé par la radiographie et la ponction exploratrice.

Le liquide pleural ne présentait aucune particularité; pas d'odeur de pétrole, quelque cellules blanches, cultures négatives.

Une radiographie faite après évacuation montrait quelques images de condensation des parenchymes pulmonaires localisés à la base droite.

Au 10e jour la température était normale; une semaine plus tard, le liquide était résorbé, les signes de condensation presque disparus. Et à la 3e semaine il reprenait son travail sans autre malaise qu'une expansion thoracique encore réduite.

Discussion.

L'ingestion de pétrole ou de «kerosene» peut occasionnellement donner des signes pulmonaires. Quelques gouttes peuvent pénétrer accidentellement dans les voies respiratoires. Les signes habituels de l'ingestion de pétrole sont: collapsus, perte de connaissance, et phénomènes digestifs.

Les effets de l'aspiration du pétrole se groupent sous 3 chefs.

Effets immédiats.

Si la quantité est assez abondante le malade s'asphyxie et meurt. Si la quantité avalée est assez importante, le malade ressent une brûlure tout le long de l'œsophage et à l'estomac. Il a mal au cœur, vomit, et peut avoir de la diarrhée. Il tombe dans un collapsus, avec cyanose qui peut être fatal. Il n'y a pas proportion directe entre la quantité avalée et l'intensité des symptômes, cependant.

Effets généraux.

Ils sont dus au passage du pétrole dans le courant sanguin. Ce sont les mêmes effets constatés chez les intoxiqués par les vapeurs de pétrole des garages. Ils deviennent d'abord surexcités, puis étourdis, ont des bourdonnements d'oreilles. Ils deviennent cyanosés et perdent connaissance. 20 à 40 grammes de pétrole sous forme de vapeur sont suffisants pour produire en 10 minutes une perte de connaissance de 2 à 8 minutes.

Quand il revient à lui, le malade est encore étourdi, a mal au cœur et à la tête pour quelque temps.

Le pétrole du sang est éliminé par les voies respiratoires et crée en passant un syndrome de bronchite et des râles crépitants ici et là.

Effets tardifs.

Ce sont des signes respiratoires. Nunn et Martin qui ont vu plusieurs cas d'intoxication par le pétrole chez des enfants ont trouvé des signes d'inflammation aiguë, dans les poumons (pneumonitis) des enfants morts. Ceux qui ont guéri ont vu leurs signes pulmonaires disparaître entre 48 et 72 heures. L'injection de «kerosene» dans la trachée d'un chien a provoqué la mort de l'animal en quelques heures avec œdème des poumons et pneumonie hémorragique.

Nous avons trouvé dans la littérature trois cas d'épanchements pleuraux survenus à la suite d'inspiration de pétrole.

En 1922, St-Leger en rapporte un cas. L'épanchement pleural s'est résorbé en 14 jours.

Schneider en 1933, cite le cas d'un jeune homme de 17 ans, qui aspire du pétrole et développe un épanchement pleural qui se résorbe en un mois.

Johnstone en 1938 en rapporte un autre cas. L'épanchement pleural s'est résorbé en 8 jours. L'aspiration de pétrole ne provoque pas toujours cependant un épanchement pleural.

Bettley rapporte le cas d'un enfant de 8 ans qui a présenté des signes pulmonaires pendant 2 mois, et qui a gardé un goût de pétrole dans la bouche pendant 4 semaines.

Il y a bien peu de cas rapportés; un grand nombre ne le sont sûrement pas. Il résulte de tout ceci que l'aspiration de pétrole quand elle n'est pas fatale, provoque le développement d'une pneumonie ou d'un épanchement pleural. Comme dans tous les autres cas de corps étranger des bronches le côté droit est le plus souvent intéressé. La pneumonie se résorbe en quelques semaines, l'épanchement en moins de 4 semaines.

Il ne semble pas qu'il ait jamais été rapporté d'invalidité permanente à la suite de ces accidents mais il est possible que des phénomènes de fibrose pulmonaires ou de bronchiectasies puissent se produire, bien qu'il n'en est pas eu de rapportés.

Traitement.

Lavages d'estomac plutôt que vomitifs. Les vomissements peuvent favoriser une nouvelle aspiration de liquides toxiques. Oxygène dans les cas de cyanose grave. La sulphapyridine s'est révélée sans effet sur les lésions pulmonaires, mais elle peut prévenir des infections secondaires. Des exercices respiratoires doivent être pratiquées le plus tôt possible pour favoriser l'expansion thoracique.

La ponction pleurale évacuatrice n'est pas nécessaire mais la ponction exploratrice est indiquée.

Sylvio LeBLOND.

PHTISIOLOGIE

W. D. TESOKSBURRY et E. R. FENTON. — **Le traitement de l'abcès pulmonaire aigu.** "Diseases of the Chest", **8**: 327 (novembre) 1942.

Quand en 1917 on commença l'emploi du pneumothorax artificiel, ce fut de l'enthousiasme. Mais, par la suite, lorsque tout le monde se mit à l'employer, très souvent inconsidérément, ce fut le désenchantement, à tel point qu'aujourd'hui on rencontre très peu d'adeptes de cette méthode. Il est sans doute intéressant de savoir que nos auteurs ont traité 45 cas d'abcès pulmonaires aigus depuis 1916. Trente-cinq, soit 75 pour cent ont guéri, tandis que quatre sont morts, soit 9 pour cent. Le manque de succès chez d'autres opérateurs, et ils sont très nombreux, s'explique surtout par le fait qu'ils ont injecté trop d'air et trop fréquemment. Aussi on a employé le pneumothorax à toutes les sauces, par exemple pour des cas d'abcès pulmonaire clinique ayant dépassé deux mois. Dans ces circonstances les insuccès ne devraient surprendre personne. Donc un collapsus trop fort est nuisible au drainage, parce que les bronches ainsi comprimées peuvent, par obstruction, produire une atélectasie; alors on peut voir s'ouvrir dans la plèvre l'abcès: c'est alors un pyopneumothorax. Les doses d'air à injecter doivent varier entre soixante-quinze et trois cents c.c. Il n'y a pas de doute, d'après les auteurs, que c'est à cause de ces erreurs que la méthode souffre de discrédit dans bien des milieux et, il leur paraît certain, que le PNO a une place bien définie dans le traitement des abcès pulmonaires aigus.

Paul-René ARCHAMBAULT.

M. WASSERFALLEN. — **Remarque sur le traitement des fistules tuberculeuses surinfectées.** "Journal Suisse de Médecine", **71**: 159 (7 février) 1941.

On sait toute les difficultés auxquelles se heurte le traitement des fistules tuberculeuses surinfectées: soins particuliers et prolongés qu'exigent le pansement des plaies, le drainage des trajets, souvent pendant des semaines et même des mois. Les moyens qu'offre la thérapeutique classique pour combattre cette affection sont souvent décevants. L'auteur a employé toutes les préparations sulfamidées mises à la disposition du praticien ces dernières années. Mais les résultats ont été inconstants et les inconvénients accessoires fréquents. Actuellement le docteur Wasserfallen utilise régulièrement et uniquement le sulfanilamidothiazole. Sa tolérance gastrique est remarquable; parmi les nombreux cas traités un seul a montré de l'intolérance. Même dans les cures prolongées et abondantes, des troubles sanguins ou d'albuminerie n'ont pas été observés. La posologie comporte 6 comprimés par jour (3 x 2) pendant 4 jours, puis arrêt de 10 jours et reprise de la cure s'il y a lieu. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici de cas essentiellement chroniques et qu'il ne peut être question de traitements rapides. Même dans les cas de tuberculose rénale associée ou d'amyloïdose légère, le médicament n'a provoqué aucune augmentation de l'albuminerie. L'auteur a traité plus de 30 cas. Il s'exprime comme suit: « Si le produit n'a pas amené très souvent une cicatrisation complète des fistules, à cause de la variété de la flore d'infection, il a provoqué une amélioration sensible: baisse de la température, reprise de l'état général, diminution de la sécrétion et modification de ses caractères. Nous sommes bien persuadés, et nous l'avons expérimenté, qu'un traitement local attentif associé à la chimiothérapie générale amène presque toujours l'assèchement de ces suppurations interminables, et nous sommes maintenant armés pour soulager ces malades d'une

façon durable.» L'auteur rapporte un cas de guérison des plus démonstratifs. Il s'agit d'une malade de 27 ans, atteinte depuis 15 ans de spondylite dorso-lombaire D. 9 à L. 3. Etat général misérable. 15 fistules du dos, des fesses, des plis de l'aine et des cuisses coulent abondamment. Signes d'amyloïdose certains. La thérapeutique habituelle n'amène qu'une amélioration minime de l'état général et la fermeture de deux fistules. Le traitement d'essai par le sulfanilamidothiazole est institué à la fin juin 1940, soit un comprimé par jour à cause de l'intoxication générale: la température tombe au-dessous de 37 au 2e jour. Au 3e jour, la sécrétion devient blanchâtre, visqueuse, très peu abondante. Au 10e jour elle est nulle. La malade qui n'a été en aucune façon incommodée, cesse le traitement. Depuis la fin de juillet toutes les fistules sont fermées et le sont restées. Les cicatrices sont actuellement souples et indolores. Le poids augmente régulièrement de 1 à 2 kgs. par mois. La malade se lève, marche, se promène, se sent bien, guérie. Tous les cas traités par l'auteur ne sont évidemment pas aussi étonnants. Il est souvent indispensable d'associer les deux médications, locale et générale. Il conclut que le sulfanilamidothiazole lui a paru être le plus actif et le mieux toléré des produits sulfamidés.

Roma AMYOT.

GYNECOLOGIE

Frederick H. FALLS, Edward C. BERNELL et Disraeli KOBACK. — **Traitement conservateur de l'inflammation pelvienne par le "Newman Thermo-Flo".** "Am. J. Obst. & Gynec.", **44**: 240 (février) 1942.

Dans un service de gynécologie, le nombre des infections pelviennes est toujours grand. Ces infections sont souvent l'épine qui entretient des douleurs dorsales, des menstrues douloureuses, irrégulières des leucorrhées abondantes et tenaces quand ce n'est pas un syndrome neurasthénique.

Quelque soit le traitement employé, c'est toujours le traitement conservateur qui mérite le plus d'attention, en raison de ses heureux résultats et des dangers d'insuccès que comporte l'ablation chirurgicale.

Depuis Hippocrate qui propose des douches vaginales chaudes, la chaleur a toujours été un des moyens de traitement de ces sortes d'infection.

En 1939, Newman présente son « Thermo-Flo ». Depuis, Falls, Newman, Koback et Green Hill ont publié des travaux sur ces heureux résultats dans le traitement des infections génitales.

Description de l'appareil.

L'appareil est constitué par une boîte fermée qui peut facilement être transportée au lit de la malade, où les traitements sont donnés. Des filaments et un thermostat servent à maintenir l'air chaud parfois jusqu'à 132° F., pendant qu'un éventail active la circulation dans les tubes qui vont et viennent d'un sac bicorné qu'on introduit dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Le sac est maintenu sous tension au moyen d'une poire qui communique avec le circuit d'air chaud et avec une aiguille indicatrice de la pression.

Effet physiologique de la chaleur locale.

Appliquée à un endroit de l'organisme, la chaleur augmente localement la circulation du sang et de la lymphe, en dilatant artères, artéroles et capillaires. Maintenue dans les limites physiologiques, il n'y a aucun risque d'altération des tissus. Au contraire, les cellules sont mieux oxygénées, les échanges sont accélérés.

Bier prétend que la chaleur détruit les microbes, pendant que Michel et Taube pensent que leur résistance est simplement atténuée et qu'ainsi ils sont plus facilement détruits, résorbés par les moyens de défenses ordinaires.

Résultats cliniques.

Les auteurs présentent deux cents cas d'infections pelviennes, la plupart sont d'origine gonococcique aiguë et chronique, sauf quelques cas (22) de paramétrite du post partum ou post abortum, et trente-trois cas d'infection résiduelle post-opératoire.

70.5% sont complètement guéries.
22. % améliorées.
7.5% non améliorées,

après une moyenne de seize traitements au thermoflo.

Sept patientes infectées et involontairement stériles purent même concevoir après traitement. Les lésions du col, les cystites et les rectites de voisinage sont heureusement influencées.

Il est entendu que les traitements au « Thermo-Flo » ne font pas disparaître toutes les interventions sur les organes génitaux infectés, mais s'ils ne guérissent pas toujours, toujours ils permettent de réduire au minimum l'intervention facilitant et diminuant les risques-opératoires.

F.-X. DEMERS.

PEDIATRIE

William F. SCHOFFMAN. — **La banane dans le traitement de la typhoïde chez l'enfant.** "The Journal of Pediatrics", **18**: 399 (mars) 1941.

Il y a eu, en ces dernières années, un grand changement dans la façon de traiter les infections intestinales aiguës ou chroniques. La diète fruitarienne et lacto-fruitarienne ont acquis une popularité bien méritée en raison de leurs merveilleux résultats thérapeutiques. D'ailleurs, il faut avouer que la thérapeutique par les fruits remonte assez loin dans l'histoire de la médecine.

Ce n'est pas sans raison que la banane donne de bons résultats dans le traitement de la typhoïde chez l'enfant. Sansum recommande la banane pour deux raisons: d'abord, parce qu'elle combat l'acidose, et en second lieu, parce qu'elle joue le rôle de substance-tampon.

Une banane verte contient approximativement 20 à 25% de sucre; une banane mûre contient de 16 à 19%. Elle est pourvue des vitamines A. B^1, B^2, C et E, D seul faisant défaut. La poudre de bananes contient peu ou pas de vitamine C. Une livre de bananes fournit 400 calories d'après Atwater et Bryant. Aucun fruit n'a une aussi haute valeur calorique. Combinée au lait, la banane forme un régime quasi complet.

Dans l'intestin, la banane semble avoir la propriété de favoriser la croissance du bacille gram positif et de détruire le bacille du colon. Sa réputation de régulatrice de la fonction gastro-intestinale dépendrait en grande partie de cette propriété. Son effet laxatif serait en rapport avec la formation d'un chyle intestinal plus considérable. De plus, la banane apporte à l'organisme des sels minéraux indispensables: calcium, magnésium, phosphore, soufre, fer, etc. Ceci est très important pour le médecin qui a affaire à un typhique dont l'organisme est appauvri en sels minéraux.

La littérature médicale fait mention de la banane dans le traitement de la maladie cœliaque, diabète, colite aiguë ou chronique, ulcère gastrique, scorbut, diarrhée infectieuse, néphrite. Pour quelles raisons la banane est-elle le traitement de choix dans les infections intestinales? Pour plusieurs raisons. Mentionnons-en quelques-unes: l'augmentation du contenu intestinal et des corps tampons, l'absorption plus considérable du sucre, l'action anti-acidosique marquée, la haute valeur calorique, l'amélioration du pH stomacal et intestinal, la lenteur de l'évacuation gastrique.

L'auteur cite à l'appui de ses dires trois observations de jeunes enfants, souffrant de typhoïde, traités de la façon suivante: une banane mûre toutes les deux heures, avec autant de lait de beurre que l'enfant peut en prendre. Beaucoup d'eau entre les boires. Quelques jours plus tard, lorsque la température a baissé, il ajoute du lait de vache écrémé, bouilli et du casec aux bananes. Il revient ensuite à l'alimentation normale en passant graduellement par les céréales, les aliments protéinés, les légumes et les fruits.

Conclusion: la banane associée au lait de beurre ou au lait écrémé est un aliment de choix dans le traitement du typhique. Elle fournit les calories et tous les minéraux nécessaires à l'équilibre normal de la nutrition. La courbe de température descend rapidement, bien que l'amélioration dans la consistance et la qualité des selles ne soit aussi frappante. L'état général s'améliore plus rapidement. La maladie est de beaucoup raccourcie dans sa durée. Le petit nombre de cas traités ne nous permet pas trop d'audace dans les conclusions.

Euclide DECHENE.

Jerome L. KOHN, Irvin F. KLEIN et Herman SCHWARZ. — **Traitement de la rougeole par le sérum de convalescent ou par le sérum concentré d'adulte.** "The Journal of Poediatrics", **18**: 476 (avril) 1941.

Lewinson et Connor ont démontré qu'une quantité suffisante (40 à 50 c.c.) de sérum de rougeoleux convalescent donné par voie intraveineuse dans la période « pré-éruptive » modifiait de façon favorable l'évolution de la rougeole. Les auteurs de cet article ont obtenu à peu près les mêmes résultats. De plus, Guibert, Lapeyre et Armstrong ont rapporté que le sérum de convalescent, donné dans la période « éruptive » cette fois atténuait beaucoup la symptomatologie clinique. Les mêmes auteurs déjà cités ne sont pas tout-à-fait du même avis sur ce point. Un essai fut tenté chez huit malades. Deux seulement présentèrent une forme légère de rougeole — les autres développèrent une rougeole à forme plutôt maligne.

Que penser du sérum d'adulte atteint antérieurement de rougeole dans le traitement actif de celle-ci? On espérait cliniquement que le sérum d'adulte pourrait être efficace à condition d'en donner trois à quatre fois la quantité de sérum de convalescent c'est-à-dire 150 à 200 c.c.: ce qui est une dose énorme. La difficulté fut contournée en concentrant le sérum d'adulte par un procédé spécial. L'expérience fut tentée par les auteurs. Douze enfants en période « pré-éruptive » de rougeole reçurent la quantité nécessaire de sérum d'adulte. Il n'en résulta aucune modification dans l'évolution de la rougeole.

Un seul fit exception. Il est à noter que la voie veineuse fut employée dans cette expérimentation.

En résumé: on peut dire que le sérum de convalescent donné à la dose de 40 à 50 c.c. — dans la période pré-éruptive ou au tout début de l'éruption rougeolique — est efficace. Il n'a aucun effet si l'éruption est apparue. L'injection intraveineuse de sérum concentré d'adulte n'aurait pas l'effet avantageux qu'on lui accorde généralement — peut-être est-ce dû au fait que les anticorps sont détruits lors de la manipulation par la chaleur?

Euclide DECHENE.

D. M. PARRA. — **Etude du poumon dans la coqueluche.** "Medicina, Madrid", **10**: 223 (septembre) 1942.

Au sujet de l'auscultation, l'auteur nous parle d'abord de l'opinion de Pospischill. Ce dernier considère comme signes pathognomoniques les râles fins entendus aux deux bases, au début de la maladie, et les râles plus rudes qui peuvent être entendus un peu partout au niveau des plages pulmonaires, à mesure que les lésions deviennent plus diffuses. Dans les cas avancés on n'entend que des gros râles. Parra rapporte ses observations au sujet de 240 cas de coqueluche qu'il divise en deux groupes. Le premier groupe comprend 103 cas. Parra met ces 103 cas dans un groupe à part parce que leur évolution s'éloignait de l'évolution habituelle de la coqueluche, soit à cause d'une température élevée, ou une formule sanguine atypique, ou une modification du rythme respiratoire, ou la présence de matité. Il inclut aussi dans ce groupe les enfants qui présentaient une réaction positive à la tuberculine sans qu'on pût démontrer chez eux une tuberculose active cependant. Il y avait de même dans ce groupe des patients qui présentèrent de la bronchopneumonie ou de la pneumonie. Le second groupe comprenait 137 cas chez qui l'évolution de la coqueluche fut caractéristique. Chez ces derniers la réaction à la tuberculine était négative. Ce second groupe fut l'objet d'une étude très soignée. Chaque patient eut une radiographie pulmonaire à tous les huit jours. Göttche, à l'autopsie d'enfants morts de coqueluche, avait noté de l'infiltration péribronchique, interstitielle et périvasculaire. Göttche avait alors conclu que la coqueluche ne devait pas être considérée comme un catarrhe des voies respiratoires supérieures mais plutôt comme une inflammation chronique, interstitielle du parenchyme pulmonaire. Parra s'efforce de vérifier les observations de Göttche. En se basant sur ses propres observations l'auteur en vient aux conclusions suivantes:

1. Les signes décrits par Pospischill comme caractéristiques de la coqueluche furent observés par Parra dans 50% des cas, surtout dans les coqueluches bénignes.

2. Le tableau tel que décrit par Göttche ne fut rencontré que chez 3 enfants.

3. L'auteur put observer une réaction hilaire dans 30% des cas.

4. Chez 67% la radiographie ne montra rien de bien caractéristique.

5. L'image radiographique ne rend nullement compte de la sévérité de la coqueluche.

6. Chez beaucoup de cas les rayons X continuent à montrer une image anormale longtemps après la disparition des signes cliniques.

Norbert VEZINA.

NEURO-PSYCHIATRIE

F. S. EBAUGH, C. H. BARNACLE et K. T. NEUBUERGER. — **Fatalités à la suite de la thérapeutique convulsive électrique.** "Archives of Neurology and Psychiatry", **49**: 107 (janvier) 1943.

Depuis octobre 1941 à juin 1942, il y a eu dix morts à la suite de l'électrochoc; pour leur part les auteurs nous rapportent deux morts avec autopsie à l'appui.

1e cas. Il s'agit d'un mélancolique de 57 ans qui a subi l'électrochoc deux fois par semaine; après le dernier traitement, il se plaignit d'une douleur ressemblant à de l'angine de poitrine et mourut.

A l'autopsie:

Cœur: Thrombose.

Cerveau: Les sections du cerveau montrèrent seulement une pétéchie isolée dans la substance blanche sub-corticale du lobe occipital gauche.

Au microscope: On trouva des modifications aux lobes frontal et temporal. On nota des petits foyers de dévastation des cellules nerveuses, une dégénérescence diffuse des cellules nerveuses du cortex surtout élaborée aux sommets des circonvolutions et consistant dans la sclérose des cellules. Ailleurs, on vit une dégénérescence ischémique des cellules nerveuses.

2e cas. C'est un maniaque de 57 ans qui mourut après le troisième traitement.

A l'autopsie: Rien de spécial.

Au microscope: Modification à travers le cortex. Foyers de cellules nerveuses pâles. Modifications ischémiques franches.

Conclusion.

Le premier cas meurt d'occlusion coronaire avec infarctus du myocarde.

Le deuxième cas meurt par arrêt respiratoire à la suite de ses convulsions.

Les deux examens microscopiques ont démontré des changements histologiques éparpillés dans le cerveau, mais non sérieux, d'après les auteurs.

Sans rejeter pour cela les méthodes de choc, nous devons, à mon sens, bien y penser avant d'employer des traitements qui amènent tout de même des lésions du cerveau. Ces mortalités nous le prouvent; reste à savoir ce qui se passe chez ceux qui sont encore de ce monde et qui ont subi les mêmes épreuves.

Alcide PILON.

Fausto MARELLI. — **Syndrome de Lichteim (A propos de huit observations).** "Rev. Argentina de Neurologia y Psiquiatria", **7**: 117 (septembre) 1942.

Après la description détaillée de chacun de ses malades, l'auteur procède à l'analyse des signes cliniques neurologiques.

Un état toxi-infectieux gastro-intestinal est noté chez certains de ses malades coïncidant avec le début de manifestations neurologiques, lesquelles furent de type psychique (delire hallucinatoire) dans les formes à debut brusque, et de type neurologique dans les formes à debut insidieux.

A la période d'état on remarque dans tous les cas, la paresie et même paralysie des quatre membres. La paraplégie dans un cas, fut en flexion. Un autre malade présenta une paralysie limitée au groupe antéro-externe d'une jambe avec des troubles sensitifs simulant une polynévrite. Le tonus musculaire se trouve le plus souvent diminué aux membres supérieurs, contrastant avec le pyramidalisme des membres inférieurs.

Deux malades présentèrent des amyotrphies; un autre des fibrillations. Les manifestations ataxiques furent de type tabétique, de type cerébello--ataxique, et même franchement polynévritique avec cependant une certaine spasticité.

Des manifestations sensitives subjectives sont accusées quasi constamment par tous les malades: fourmillement, engourdissement, impression de compression abdominale en ceinture, algies radiculaires rappellant celle du tabès; un des malades éprouvait des décharges électriques le long du rachis et des membres à chaque mouvement d'inclinaison de la tête en avant. Les sensations de chaud et froid sont également fréquentes et peut être les plus désagréables de toutes.

Les troubles sensitifs objectifs étaient plus marqués pour les sensibilités profondes, mais chez un des patients on décela une zone de dissociation syringomyélique.

Le signe d'Argyll ne fut pas observé. Une fois seulement l'atteinte du voile du palais. Deux malades avaient des troubles dysuriques, et l'auteur de penser que peut être les troubles sphincteriens sont plus fréquents à une période avancée de la maladie, surtout quand celle-ci n'a pas été traité convenablement.

Les réflexes cutanés-abdominaux et crémasteriens étaient absents ou très faibles dans tous les cas. Dans un cas, malgré l'existence d'une paraplegie avec signes pyramidaux nets, les réflexes tendineux des membres supérieurs étaient absents d'un côté, et de l'autre très faibles. Aux membres supérieurs, tantôt normaux, tantôt vifs.

Les troubles psychiques peuvent apparaître aussi bien à la période prodromique qu'à la période d'état et ne sont pas d'un pronostic grave. Les deux cas (hallucinations et démence paralytique) eurent une régression totale.

Les anémies de moins de deux millions de globules rouges n'ont pas été observées. L'évolution neurologique fut meilleure dans les anémies de type hypocrome que dans les anémies de type hypercrome.

Dans le liquide c.r. la réaction à l'or colloïdal est sub-positive dans tous les cas.

Julio VASQUEZ.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

F. CLAUDE. — **Danger des pulvérisations d'adrénaline chez certains asthmatiques.** "La Presse Médicale", **49**: 284 (12-15 mars) 1941.

Actuellement, l'adrénaline est, sans conteste, le médicament le plus employé dans la crise d'asthme.

Mais si l'injection sous-cutanée d'adrénaline demeure le traitement héroïque de la forte crise, les pulvérisations buccales de solutions d'adrénaline de taux variables sont utilisées de plus en plus fréquemment par les accès de moyenne ou de faible intensité.

Certains auteurs ont montré les inconvénients résultant de l'abus des injections d'adrénaline. Parmi les accidents signalés, notons des accidents vasculaires et cardiaques allant parfois jusqu'à la mort subite; ces accidents restent heureusement rares.

Il semblerait, a priori, que les pulvérisations d'adrénaline qui remplacent les injections dans un grand nombre de cas, ne devraient pas avoir les mêmes inconvénients que celles-ci, étant donné que l'effet calmant est obtenu avec des doses beaucoup plus faibles.

Pour être moins connus, les inconvénients des pulvérisations d'adrénaline n'en sont pas moins réels. Ils s'expliquent non seulement par la fréquence des pulvérisations, certains malades se servant couramment de leur pulvérisateur 30 à 40 fois par jour, mais encore parce que la solution d'adrénaline est mise au contact direct de la muqueuse bronchique.

L'observation rapportée donne la preuve de l'effet nocif des pulvérisations adrénalinées chez certains malades, en particulier chez un malade atteint d'un asthme du premier âge qui, jusqu'à 46 ans, avait conservé son caractère d'asthme sec et était soulagé facilement par des pulvérisations d'une préparation belladonée (pulvérisateur Lancelot). A 46 ans, il y a un an, des crises de plus en plus fréquentes qui, à quatre reprises différentes, dégénèrent en un véritable état de mal asthmatique, avec paroxysmes extrêmement violents comme il n'en avait jamais éprouvé auparavant. De plus, cet asthme perd son caractère sec pour prendre, surtout au moment des états de mal, celui de l'asthme humide.

On peut se demander si cette aggravation et cette transformation n'ont pas été causées par l'emploi de l'adrénaline en pulvérisation buccale. En effet, elles ont coïncidé avec l'emploi d'un pulvérisateur d'adrénaline; enfin, le malade a nettement remarqué, qu'après un soulagement initial provoqué par la pulvérisation d'adrénaline, il entrait dans une période de toux et d'expectoration, tandis qu'après une pulvérisation de préparation belladonée, il ne notait pas ces symptômes.

Il paraît donc évident que, chez ce malade, les pulvérisations buccales d'adrénaline ont eu un effet défavorable.

Il y a tout lieu de penser que chez certains malades, surtout lorsque ceux-ci abusent des pulvérisations d'adrénaline, la vaso-dilatation est de plus en plus intense après chaque pulvérisation et même qu'un état de congestion chronique de la muqueuse bronchique s'installe peu à peu. Cette congestion aurait pour conséquence une hypersécrétion de la muqueuse bronchique en même temps qu'elle serait très probablement une cause de dyspnée, soit parce qu'il en résulterait une gêne au passage de l'air, soit parce qu'elle faciliterait l'action des agents asthmogènes externes en rendant la muqueuse bronchique particulièrement sensible à leur action.

L'action nocive de l'adrénaline serait vraisemblablement plus marquée chez les sujets sympathicotoniques ou amphotoniques.

Ces réflexions mènent à cette conclusion qu'il faut penser aux dangers que peut avoir, pour certains malades, l'apport répété de doses parfois considérables d'adrénaline sur la muqueuse bronchique. Ces dangers seraient la conséquence de la vaso-dilatation produite par l'adrénaline après la vaso-constriction initiale.

V. LATRAVERSE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

M. OPPENHEIM et D. COHEN. — **L'acétarsone dans le traitement du pemphigus.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **47**: 40 (janvier) 1943.

Préconisé en 1924 par Oppenheim lui-même, l'acétarsone (Stovarsol) a été employé depuis par plusieurs auteurs dans le traitement du pemphigus.

Les auteurs rapportent 3 cas de pemphigus qu'ils ont traités par l'acétarsone. Deux de ces malades présentant un pemphigus particulièrement grave reçurent, en plus, plusieurs transfusions. Après plus d'un an ces 3 malades ne présentent aucun symptôme de pemphigus.

L'acétarsone doit être administré à dose convenable et pendant un temps très long. Or, le médicament est assez toxique. C'est pourquoi il importe de bien connaître son mode d'administration. Voici de quelle façon les auteurs l'emploient:

Le premier jour le malade prend 2 comprimés à 0 gm. 25 d'acétarsone le matin, une demi-heure avant le déjeuner. Le deuxième et le troisième jour 3 comprimés également une demi-heure avant le déjeuner. Puis repos de 3 jours et reprise du médicament comme précédemment. Ce dosage est continué jusqu'à ce que le nombre de comprimés ingérés égale le nombre de kilos de poids corporel du malade. A ce moment l'acétarsone est continué, mais avec des intervalles de repos plus longs et en diminuant graduellement les doses suivant l'amélioration obtenue. L'acétarsone est discontinué dès que le patient se sent malade ou s'il présente du prurit. Cependant, dès que ces symptômes sont disparus, le médicament est administré de nouveau à raison de 1 comprimé par jour pendant 3 jours. Après un repos de 3 jours la dose est portée à 8 comprimés en 3 jours comme au début du traitement.

Les auteurs concluent que l'acétarsone devrait être essayé dans tous les cas de pemphigus et aussi précocément que possible.

Henri SMITH.

David BLOOM et E. William ABRAMOWITZ. — **Porokératose de Mibelli.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **47**: 1 (janvier) 1943.

Mibelli décrivit le premier cas de porokératose en 1893. Depuis cette date jusqu'à 1941 plusieurs auteurs en ont rapporté 132 cas.

La variété clinique la plus souvent rencontrée est celle en plaques rondes, ovales ou circinées. Une telle plaque de porokératose a un centre déprimé et est entourée d'un bourrelet kératosique qui est lui-même

surmonté d'une rainure dans laquelle plonge une lamelle cornée. Le type annulaire, également entouré d'un bourrelet kératosique, présente une dépression ou une éminence cornée centrale. Certaines lésions de porokératose ressemblent à une verrue, d'autres ont une disposition linéaire.

Bien que la porokératose de Mibelli soit considérée comme une dermatose héréditaire, il existe de nombreux cas isolés. Cependant si la prédisposition à la porokératose est héréditaire le type des lésions n'est pas héréditaire.

Les auteurs apportent les observations de 3 cas de porokératose de Mibelli chez des membres d'une même famille.

Le premier cas se rapporte à un garçon de 16 ans qui présente depuis sa naissance des lésions annulaires caractéristiques ainsi que des lésions linéaires. A l'examen histologique l'on trouve dans les 2 variétés de lésions une couche cornée dense contenant des noyaux ronds et s'étendant par en bas aussi bien dans les follicules que dans les régions qui ne contiennent ni follicules ni canaux sudoripares.

Dans le deuxième cas rapporté il s'agit d'un homme de 48 ans, père du garçon qui fait l'objet de la première observation. A l'examen dermatologique on trouve des lésions de porokératose en plaques ovalaires et circinées sur les doigts. On note à la face quelques lésions du type annulaire. A l'examen histologique d'une plaque de la main on trouve une acanthose et une hyperkératose considérable, une lamelle cornée caractéristique, un pore sudoripare dilaté et de la sclérose cutanée.

Le troisième cas, un garçon de 10 ans, frère du garçon de 16 ans qui fait l'objet de la première observation, présente depuis sa naissance une seule lésion de porokératose, variété annulaire.

Ces trois cas démontrent bien que différents types de lésions de porokératose peuvent se rencontrer chez les différents membres d'une même famille prédisposée à la maladie.

Au point de vue histologique les lésions les plus caractéristiques sont la lamelle cornée et les prolongements cornés parakératosiques que les auteurs ont trouvés chez leurs 3 malades. Contrairement à l'opinion de Mibelli les pores sudoripares ne joueraient pas un rôle important dans la pathogénèse de la porokératose. Ceci est d'ailleurs admis par un grand nombre d'auteurs aujourd'hui.

Les auteurs concluent que la porokératose de Mibelli est une kératodyskératose héréditaire à pathogénie obscure.

Henri SMITH.

L.-A. LONGIN. — **Quelques éruptions botaniques.** "Annales de dermatologie et syphiligraphie", **9**: (septembre) 1940.

L'auteur donne ce terme d'éruption botanique pour désigner les dermatoses provoquées par le contact des plantes; il a moins d'extension que celui d'éruption d'origine végétale et plus que celui d'éruption florale. Il laisse donc en dehors les manifestations cutanées provoquées par le bois, lesquelles peuvent se produire en dehors de tout contact, comme sous l'action d'un principe volatil.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour incriminer le rôle des plantes en présence d'une éruption donnée. Il faut d'abord qu'elles portent sur des parties qui ont pu être touchées, c'est-à-dire les régions habituellement découvertes, telles que le visage, les mains, les avant-bras. La localisation au visage est primitive par contact direct ou secondaire au contact des mains. L'éruption doit se produire dans les quelques heures qui suivent, le soir ou le lendemain matin le plus tard. La suppression de la cause est nécessaire pour la guérison. Il faut s'assurer qu'il n'y a pas un autre agent qui peut intervenir en même temps ou donner aux plantes une nocivité d'emprunt: par exemple, un moustique qui a déposé sa larve sur la fleur ou encore les poussières provenant de la terre contenant des produits chimiques.

Ces éruptions botaniques se partagent en deux catégories: 1° éruptions érythémato-vésiculeuses provoquées, soit par les chrysanthèmes, soit par les achillés mille-feuilles ou autres; 2° les éruptions bulleuses provoquées par le « rhus toxicodendron » les oignons, les grandes marguerites des champs ou autres. Elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, mais passent souvent inaperçues. Elles ressemblent à un eczéma banal d'origine externe et on les traite comme tel: pommades et désensibilisation quelconque. On se met à l'abri de toute erreur en posant en principe que toute lésion siégeant uniquement aux parties découvertes doit éveiller l'idée d'une éruption de cause externe; de plus l'interrogatoire du malade doit être précis, afin d'obtenir le plus de renseignements possibles, tout en n'oubliant pas que les plantes tiennent un rôle de premier plan parmi les causes extérieures capables de léser les téguments. Cependant, il faut convenir que le dépistage de ces éruptions est malaisé. Le malade renseigne mal, il se prête sans bonne volonté à un interrogatoire qui va à l'encontre de ses idées médicales, il invoque une insuffisance hépatique et les questions sur les végétaux lui paraissent odieuses. D'ailleurs souvent, de très bonne foi, il en a gardé aucun souvenir, le médecin doit donc être tenace et bien renseigné.

L'auteur conçoit que, comme les agents chimiques, plusieurs plantes contiennent un principe irritant qui n'est ni assez abondant, ni assez irritant, ni assez concentré pour n'être pas toléré par la presque universalité des humains, et auquel une infime minorité offre seule une moindre résistance.

Pour expliquer les faits d'idiosyncrasie qui se produisent au premier contact, il semble que le défaut de résistance de la peau soit bien suffisant, et pour les phénomènes de sensibilisation qui se produisent à la longue, le fait que la résistance a baissé nous en rend facilement compte. Ainsi par exemple, sous l'influence de l'eau de javelle, d'abord peu de chose, puis la peau devient prurigineuse, elle réagit dans le sens de la résistance, elle s'adapte en s'épaississant, perd de sa souplesse et devient dure. Maintenant, la peau résiste bien et elle va ainsi pendant des années. Mais avec l'âge, l'alcool, le café et les causes adjuvantes d'irritation, il se produit des traumatismes par grattage et l'eczéma est installé. Désormais, il sera difficile d'obtenir une guérison complète et de remettre la peau dans sa valeur première.

L'auteur ne croit pas à la désensibilition dans le traitement de ces éruptions botaniques. Sans doute, les conditions de la résistance de la peau sont mal connues; c'est tout au plus si nous pouvons en concevoir quelques-unes, telles que le maintien de l'acidité normale, l'intégrité du revêtement épidermique, le bon fonctionnement de la sécrétion sébacée. Nous avons des connaissances bien imparfaites sur les substances qui proviennent des plantes; peut-être connaissant mieux les unes et les autres, verrions-nous plus facilement comment telle déficience cutanée permet l'action de tel ou tel principe végétal.

Maurice BEAUDRY.

LABORATOIRE

P. VOGEL, N. ROSENTHAL et P. LEVINE. — **Réactions hémolytiques résultant d'isoimmunisation consécutive à des transfusions répétées de sang homologue.** "Am. Jour. of Clin. Path. 1 (janvier) 1943.

Bien que le nombre des transfusions ait augmenté considérablement en ces dix dernières années, on a rapporté que peu d'accidents mettent la vie du patient en danger. Toutefois on a observé quelques réactions d'intragroupe au cours de la grossesse ou après la délivrance. Zacho, le premier, a attribué ces réactions particulières à une agglutinine atypique qu'il a trouvée chez une patiente.

En 1939, Levine et Stetson émirent l'hypothèse que les produits fœteux agissant comme antigène provoquaient le développement d'agglutinines anormales chez la mère. Le fœtus hériterait de son père d'un agglutinogène dominant, lequel serait absent des tissus de la mère et qui immuniserait cette dernière.

Wiener et Peters de leur coté rapportèrent quatre cas chez lesquels des iso-anticorps se développèrent après des transfusions répétées et montrèrent que dans trois cas les réactions étaient dues au facteur Rh décrit antérieurement par Landsteiner et Wiener. Dans deux de ces cas cependant il n'est pas fait mention de grossesse antérieure, ce qui élimine la possibilité de réactions dues uniquement à la transfusion.

La même remarque s'applique au cas rapporté par Scott et Conant.

Comme des agglutinines anormales peuvent se retrouver dans la circulation plusieurs années après la grossesse il devient difficile d'apprécier le rôle que de telles grossesses ont pu jouer dans ces cas d'isoimmunisation.

Pour jeter un peu de lumière sur les cas qu'ils rapportent les auteurs résument ainsi les acquisitions récentes en ce qui concerne le rôle du facteur Rh dans l'isoimmunisation. On admet que 85% des individus possèdent le facteur Rh ou agglutinogène dans leurs globules rouges; ce sont des individus Rh positif. Chez les 15% qui restent le facteur Rh fait défaut; ces individus sont Rh négatif. L'agglutinogène Rh est indépendant des quatre principaux groupes sanguins et des facteurs « M », « N » et « P ». Le facteur Rh peut se mettre en évidence avec un sérum anti-Rh provenant de préférence d'une personne qui a développé l'agglutinine anti-Rh à la suite d'isoimmunisation, ou encore avec un sérum de lapin ou de cobaye immunisé avec les globules rouges de singe « Rhesus macacus ». Chez les individus Rh positif l'agglutinine anti-Rh ne peut se développer; chez les sujets Rh négatif au contraire qui reçoivent des transfusions répétées avec un sang contenant l'agglutinogène Rh, l'agglutinine anti-Rh peut faire son apparition et causer l'agglutination puis l'hémolyse des globules rouges transfusés. On admet également que, dans presque tous les cas, les anticorps qui se développent chez les femmes Rh négatif en réponse à une stimulation antigénique par un fœtus Rh positif, sont les mêmes que les anticorps qui apparaissent à la suite d'injections de sang Rh positif à des patients Rh négatif.

Les auteurs rapportent ensuite 7 histoires de cas dans lesquelles il est clairement démontré qu'après des transfusions répétées il peut se développer chez le receveur des anticorps contre les globules rouges injectés. Dans certains cas il faut de multiples transfusions pour permettre le développement de ces anticorps. Dans d'autres cas cependant il suffit d'une ou de deux transfusions pour déclancher la production de ces mêmes anticorps.

Albert 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.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUEBEC

Séance à l'hôpital du Saint-Sacrement

Vendredi, le 6 novembre 1942

Côlite grave à Schigella Alkalescens (Andrews)

MM. J.-Edouard MORIN et Antonio MARTEL

Les auteurs rapportent l'observation d'une fille de 19 ans qui, du mois de mai 1940 au mois de février 1942, a présenté un syndrome dysentérique dont la gravité devint si inquiétante, en novembre, que ses parents, cultivateurs, jugèrent nécessaire l'hospitalisation (25 novembre 1941).

A ce moment, la malade évacue 5 à 6 selles abondantes, liquides, sanguinolentes et purulentes. Les urines sont rares, avec albumine, pus et globules rouges. La malade est très pâle, intoxiquée bien que la formule sanguine n'a rien d'alarmant. La rectoscopie indique une muqueuse rouge tuméfiée, avec muco-pus et sang en abondance. L'examen bactériologique des selles a donné un bacille gram négatif identifié comme étant un « Schigella Alkalescens » (Andrews).

Avant l'identification de ce bacille dysentérique, la malade a reçu sans succès, les médications les plus variées, sulfaguanidine, les opiacés, le bismuth, des vitamines A, etc., divers sérums anti-dysentériques. Le Rouge Congo (Hémorragyl Nadeau) amena la cessation des hémorragies. Entretemps survint une phlébite, on pratiqua un auto-vaccin qui fut administré simultanément en ingestion et en injection sous-cutanées. Après deux semaines de vaccinothérapie, la température redevient normale et les troubles intestinaux s'amendent de jours en jours; en effet, la malade n'a plus qu'une ou deux évacuations alvines par jour, le pus et le sang disparaissent.

A ce moment, l'anémie était assez intense: globules rouges 1,760,000; globules blancs 7,000; hémoglobine 30%. Après trois semaines d'amélioration, le 3 février, la formule sanguine est la suivante: globules rouges, 3,280,000; globules blancs, 6,250; hémoglobine 64%. Un lavement baryté montre un aspect tacheté, tigré de la muqueuse intestinale qui rappelle la polypose gastrique.

Les examens batériologiques ont été le sujet de longues recherches. La souche Schigella Alkalescens (Souche Grispo) a été agglutinée à un très haut degré par un sérum expérimental (Professeur Murray, McGill).

Cette observation est intéressante du fait des symptômes graves et prolongés de l'affection. De la pathogénéité de cette souche Schigella Alkalescens. De l'origine hydrique de l'infection, car on a réussi à isoler le même microbe de la source où s'abreuve la famille pendant qu'elle travaille sur la terre.

L'auto-vaccino-thérapie a-t-elle été réellement l'élément thérapeutique qui a guéri la malade?

La petite malade a été revue en octobre, et sa santé est excellente. Elle a engraissé de 28 livres et sa formule sanguine est redevenue normale.

La lymphogranulomatose maligne chez l'enfant

M. Marcel LANGLOIS

Une observation de lymphogranulomatose maligne chez un enfant de 6 ans est rapportée, et est comparée aux descriptions cliniques de la maladie à cet âge. Les conclusions inscrites ici sont celles de l'auteur.

La rareté relative de la lymphogranulomatose maligne chez l'enfant nous a incité à signaler cette observation. Les caractères particuliers de l'adénopathie associée à une splénomégalie précoce permettent de soupçonner le diagnostic. Et il faut retenir cette succession de poussées évolutives nettement appréciables suivies de rémissions non moins nettes, comme étant quasi pathognomonique.

La formule sanguine est très variable, non seulement d'un malade à un autre, mais même en cours d'évolution chez un même sujet. La leucopénie progressive du début chez notre malade contribua à nous faire hésiter, vu l'absence d'augmentation de la polynucléose neutrophile considérée par bien des auteurs comme constante. Cette dernière ne s'est révélée qu'au cinquième examen de sang le 6 septembre 1942.

Le diagnostic qui ne s'affirme que sur la biopsie d'un ganglion est plus difficile au début dans les formes mésentériques.

L'association fréquente, à cet âge, de la tuberculose à la lymphogranulomatose maligne est considérée par la plupart des auteurs comme une coïncidence. L'anergie qu'entraine celle-ci peut permettre une localisation terminale de celle-là. Cette association a été mise en évidence chez notre malade.

Abcès du larynx

MM. Olivier FRENETTE et Jules HALLE

L'action des sulfamidés peut s'avérer particulièrement énergique dans le traitement de l'abcès laryngé. Grâce à cette médication, il est possible d'éviter une trachéotomie, en suspendant l'évolution du processus envahissant qui menace généralement de déclencher de l'asphyxie à brève échéance. L'intervention chirurgicale pourrait être pratiquée sans laryngoscope dans des conditions faciles, alors que l'abcès aura eu le temps de se bien limiter chez un malade en état de défense optima et dont la guérison surviendra dans un laps de temps plutôt court.

Les auteurs citent ensuite le cas d'un malade hospitalisé récemment à l'hôpital du Saint-Sacrement, à Québec, pour une phlegmasie diffuse endolaryngée, qui fut placé pendant deux jours dans une chambre bien ventillée et saturée d'humidité et qui reçut, goutte-à-goutte, et par voie intraveineuse, chaque jour, 1,000 centimètres cubes de sérum physiologique additionné de deux ampoules de 1 gm. 20 de Soluseptazine. Trente-six heures après son entrée à l'hôpital, l'examen endoscopique permettait de constater qu'une collection purulente, du volume d'un jaune d'œuf, s'était constituée à la base de l'épiglotte. L'infiltration avait disparu et le malade se sentait beaucoup mieux. L'ouverture de l'abcès fut alors pratiquée avec l'aide du miroir laryngé seulement et au moyen du bistouri courbe à forme de lance de Hering. Après expectoration de quelques centimètres cubes de pus sanguinolent, le malade se trouve immédiatement soulagé et il put quitter l'hôpital guéri, moins de cinq jours après son admission.

Hystéro-traumatisme

MM. Renaud LEMIEUX et Honoré NADEAU

Les auteurs rapportent l'observation d'un cas type, d'hystéro-traumatisme. Il s'agit d'un sujet âgé de 36 ans, cuisinier de son métier, qui, après avoir été exposé, sans aucune blessure, aux dangers d'un bombardement aérien, a développé un syndrome neuro-musculaire caractérisé par un tremblement continu des membres supérieurs et inférieurs gauches, de l'hémi-face gauche et de la langue. Ce tremblement s'accompagne d'une parésie et d'une hypo-esthésie gauches, respectant la totalité de la paroi abdominale. Les troubles nerveux sont apparus trois jours après qu'il eut été exposé aux dangers du bombardement. Ils se sont accentués progressivement.

L'examen neurologique ne permet de mettre en évidence aucun signe qui puisse être la traduction de lésions organiques du système nerveux. L'épreuve du traitement purement psychothérapique amène une amélioration notable de tous les symptômes.

Cette observation paraît intéressante du fait que de tels cas sont susceptibles de devenir plus nombreux à l'avenir par suite des multiples traumatismes dont est fertile l'époque troublée que nous traversons présentement. Il sera donc indispensable au clinicien d'être en mesure de faire le départage entre les syndromes nerveux organiques et les accidents qui relèvent purement de la psychose.

Séance à l'hôpital Laval
Vendredi, le 20 novembre 1942

Cardiospasme

MM. Louis ROUSSEAU, Florian TREMPE et Jean-M. LEMIEUX

On rapporte le cas d'une jeune fille de 26 ans, qui, à la suite d'une thyréoidectomie développa un cardiospasme. Ce cardiospasme fut traité par une œsophagotomie extra-muqueuse.

Une analyse assez détaillée de la question est ensuite faite: anatomo-pathologie, étiologie, revue des traitements médicaux et chirurgicaux.

Bronchoscopie et syndrome d'atélectasie d'origine néoplasique

M. G.-Léo COTE

Le cancer primitif du poumon semble plus fréquent qu'autrefois. Cette augmentation dans la fréquence de ce cancer est-elle réelle ou simplement relative et due à l'amélioration de nos moyens d'investigations et de diagnostic?

Le cancer primitif du poumon est, à son origine tout au moins, une tumeur de la bronche. Il se manifestera donc par une obstruction de la lumière bronchique, et objectivement et radiologiquement par un emphysème et surtout une atélectasie pulmonaire.

Le diagnostic précoce est d'une importance capitale: sur lui repose la survie ou la mort du malade. Ce diagnostic est basé surtout sur deux procédés d'examen: la radiologie et l'exploration bronchoscopique.

Suivent deux observations de cancer primitif du poumon, dont le diagnostic probable a été fait par la constatation radiologique d'une atélectasie pulmonaire, et confirmé par l'exploration bronchoscopique et l'examen anatomo-pathologique d'un fragment prélevé par biopsie.

Amiantose pulmonaire

M. Louis ROUSSEAU

L'amiantose pulmonaire se différencie de la silicose en donnant des images radiologiques moins caractéristiques. Son association à la tuberculose est fréquente ce qui explique que ces malades sont souvent hospitalisés dans des sanatoria.

La recherche des corps d'amiante permet de faire le diagnostic d'amiantose alors que la clinique et la radiologie n'en fournissent aucun signe.

L'amiantose pure n'est pas observée fréquemment.

Observation d'un malade ayant travaillé 18 ans dans l'amiante chez qui on ne trouve aucun signe de tuberculose; la radiographie montre un aspect marbré des deux poumons.

Les cas d'amiantose doivent être plus nombreux qu'on ne le croit et la possibilité d'une enquête chez les ouvriers travaillant dans cette industrie permettrait de se faire une opinion plus juste sur l'amiantose.

Amiantose et tuberculose pulmonaire

MM. Roland DESMEULES et Maurice GIROUX

Les auteurs font part de l'observation d'un homme de 44 ans qui a travaillé pendant vingt ans dans l'industrie de l'amiante. Après environ dix années, il présente les premiers signes cliniques d'amiantose. Dix ans plus tard, il y a début apparent de la tuberculose pulmonaire. Le diagnostic de tuberculose est porté après examens cliniques, radiographiques et bactériologiques. L'amiantose est prouvée par l'histoire de l'occupation et la constatation de corps d'amiante dans les expectorations.

L'anatomo-pathologie permet d'établir le diagnostic certain d'amianto-tuberculose.

Les auteurs croient que l'amiantose a précédé la première poussée de tuberculose de surinfection et pensent que la pneumoconiose a pu diminuer la résistance générale et pulmonaire du malade et faciliter ainsi le réveil et l'envahissement du processus tuberculeux.

Amiantose expérimentale: valeur pathognomonique du corps d'amiante

M. Maurice GIROUX

Le travail présenté donne tout d'abord l'historique du corps d'amiante (curious bodies), puis sa constitution physicochimique, et enfin son développement expérimental, tant «in vitro», qu'après inhalation et et inoculations à l'animal (cobayes, lapins, chien) de poussières d'amiante.

Le mécanisme de la formation du corps amiantique chez l'animal est étudié au point de vue histochimique, surtout au niveau du poumon.

Conclusions.

1° Les expériences chez l'animal indiquent que le corps d'amiante ne se forme qu'après une réaction tissulaire assez intense, et un apport substantiel de fer, fourni par l'hémoglobine.

2° De plus, cette réaction tissulaire ne peut se faire sans un certain degré de fibrose, si minime soit-elle.

3° Par conséquent, la présence de corps d'amiante dans les expectorations, ou encore dans un liquide obtenu par ponction du poumon, signifie amiantose pulmonaire au sens large du mot, mais sans nécessairement indiquer le degré de sclérose pulmonaire, dont le diagnostic sera élucidé par la clinique et la radiologie.

Amiantose incipiente chez des tuberculeux pulmonaires

MM. R. DESMEULES, L. ROUSSEAU, Maurice GIROUX et Philippe RICHARD

Les auteurs donnent un aperçu histologique de l'amiantose pulmonaire et discutent la valeur des signes cliniques et radiologiques, à la phase incipiente. Ils concluent à la nécessité de faire reposer la preuve de l'amiantose sur le corps d'amiante expectoré. Ils le considèrent comme la signature d'une réaction histo-pathologique pulmonaire secondaire à l'inhalation de poussières d'amiante.

Ils appuient ces considérations par trois observations d'amianto-tuberculose où l'amiantose incipiente masquée par le tableau de la tuberculose trouve ses critères cliniques et bio-chimiques dans les commémoratifs d'une exposition aux poussières amiantiques coïncidant avec la présence de corps d'amiante dans les expectorations.

Séance du 4 décembre 1942

A la Faculté de Médecine

Considération d'une étude statistique portant sur 443 cas d'ulcère gastro-duodénal et 228 cas de cancer

MM. J.-B. JOBIN, J.-P. DUGAL et M. GUAY

On insiste sur certains points du traitement médical en particulier l'usage de la Larostidine qui paraît être un adjuvant précieux, surtout pour les résultats éloignés.

Les indications chirurgicales dans les ulcères du duodénum s'adressent à peine à 20% de ces malades et relèvent surtout de la perforation, de la sténose, et rarement de l'échec du traitement médical.

Pendant une hémorragie massive, il faut sans aucun doute éviter tout traitement chirurgical qui ne peut être appliqué que quand l'anémie aiguë, conséquence de l'hémorragie, aura été réparée.

Le diagnostic différentiel entre un ulcère et un cancer de l'estomac est très difficile car tous les signes sont trompeurs: clinique, laboratoire, radiologie et endoscopie ne peuvent fournir aucun signe pathognomonique.

S'il persiste le moindre doute sur la nature de la lésion, conseiller une gastrectomie.

Radio-diagnostic de l'ulcère gastro-pyloro-duodénal

M. J.-Edmour PERRON

En 1906, Hemmeter, un médecin allemand, faisait des expériences destinées à faire voir des ulcères artificiels produits chez le chien et le lapin par les

rayons X, puis réussissait à faire la même démonstration chez trois sujets porteurs d'ulcères vérifiés opératoirement.

En 1910, Haudek, un médecin de Vienne, décrivait les caractères radiologiques qui signalent la présence d'un ulcère dans l'estomac, et nous avons conservé depuis le signe radiologique le plus évident qu'il avait décrit sous le nom de « Niche de Haudek ». Depuis, beaucoup d'autres signes sont venus s'ajouter telles que l'incisure de caractère spasmodique, la grande motilité gastrique, la rétention post-prandiale, la douleur localisée, la déviation des plis de la muqueuse, etc.

La valeur de cette recherche s'est montrée d'une telle efficacité, surtout depuis les perfectionnements apportés par la sérialographie en ce qui concerne les ulcères du duodénum, que nous ne saurions considérer les affections du tube digestif sans l'utilisation du procédé radio-diagnostic. C'était l'opinion du professeur de clinique chirurgicale: Lord Moynihan, de Leeds, en 1925, et les deux dernières décades n'ont fait qu'ajouter à cette avancée.

Considérations sur le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux

M. François ROY

On a étudié les dossiers de 188 malades qui furent opérés à l'Hôtel-Dieu de Québec, depuis dix ans, pour ulcère gastrique ou duodénal.

De ce nombre 57 ont été opérés pour ulcère gastrique ou duodénal perforé. Neuf sont morts. Des malades qui ont survécu à leur perforation, 70% ont continué à présenter des signes d'ulcère. Soixante-neuf ont subi une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal. Quatre sont morts à la suite du mauvais fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie.

Les résultats éloignés sont les suivants:

53.2% en excellente santé;
15 % améliorés;
32 % dans le même état, c'est-à-dire présentant encore des signes d'ulcère.

Cinquante-trois malades ont subi une gastrectomie partielle.

5 sont morts.
85% peuvent être considérés comme guéris;
13% améliorés et
2% ayant fait un ulcère jéjunal.

Considérations anatomo-pathologiques sur les ulcères gastro-duodénaux

M. Louis BERGER

Le conférencier rappelle les caractéristiques anatomo-pathologiques de l'ulcère aigu ou récent et de l'ulcère chronique ou ancien dont le fond est fréquemment constitué par les organes de voisinage. même le tissu splénique dans un cas.

A l'aide d'une planche murale, il rappelle les distinctions à faire entre le cancer ulcéré, l'ulcéro-cancer et l'ulcère cancérisé. Ce dernier qui indique la transformation néoplasique d'un ulcère chronique ne paraît pas particulièrement fréquent d'après l'expérience du docteur Berger.

Séance tenue l'Hôtel-Dieu de Québec
Vendredi, le 15 janvier 1943
Présidence de Roland Desmeules

Péritonite à pneumocoques

M. Eucharist SAMSON

Les symptômes principaux que présente la malade observée, sont des symptômes de péritonite avec diarrhée et état général grave. Doit être notée comme fait intéressant la leucocytose peu élevée: 8,214.

Le diagnostic positif est obtenu par l'examen direct et la culture du pus retiré à la ponction de l'abdomen.

Les principaux symptômes de la péritonite à pneumocoques sont brièvement rappelés et il est démontré qu'il est impossible d'établir un diagnostic positif par la clinique seule. La collaboration entre la clinique et le laboratoire est nécessaire, et la ponction abdominale serait l'examen le plus sûr pour faire le diagnostic.

Il est ensuite traité de l'importance d'établir un diagnostic positif car le traitement de la péritonite à pneumocoques diffère de celui de la péritonite appendiculaire.

Plusieurs statistiques sont citées où il est démontré que le traitement chirurgical précoce entraîne une mortalité plus élevée que le traitement chirurgical tardif.

Quelques considérations suivent ensuite sur le traitement lui-même, qui, dans le cas présenté, a donné de bons résultats.

Le fond d'œil et certaines maladies du système cardio-vasculaire

MM. Jean LACERTE et Emile PELLETIER

Au point de vue observation clinique, le globe oculaire est dans une situation unique et si l'on considère que nombreuses sont les affections générales ayant une répercussion au fond de l'œil, il découle logiquement que l'examen de ce dernier peut rendre de réels services. Un grand nombre de maladies du système cardio-vasculaire ne sont pas sans donner de multiples altérations au niveau de la rétine et de son système de vascularisation.

Pour bien interpréter les diverses manifestations pathologiques, il importe de bien connaître le fond d'œil normal.

L'artério-sclérose donne de multiples altérations au niveau des vaisseaux rétiniens et dans les cas plus

avancés, il y aura atteinte prononcée au niveau de la rétine. S'il y a hypertension sans sclérose, le spasme de l'artère centrale de la rétine ou de l'une de ses branches sera l'une des principales manifestations. Lorsqu'il y a sclérose avec hypertension, les signes sont encore plus prononcés. L'hypertension maligne donne des signes évidents d'une atteinte prononcée du fond de l'œil.

En ce qui concerne les rétinites albuminurique, diabétique et leucémique, l'on pourra constater des signes particuliers à chacune de ces maladies.

A la suite d'une endartérite proliférante, l'on peut être en présence d'une oblitération de l'artère centrale de la rétine ou de l'une de ses branches. En d'autres circonstances, l'on peut rencontrer une thrombose de la veine centrale de la rétine.

Les parasitoses intestinales

M. Henri MARCOUX

Un relevé des parasites intestinaux trouvés au cours des quatre dernières années, chez 459 malades hospitalisés à l'Hôtel-Dieu de Québec, permet d'établir la statistique *locale* suivante qui ne prétend aucunement fournir une vue *générale* de la dissémination des parasites dans la province de Québec.

459 malades; 119 parasités, soit 25.9% d'infestation.

Nom du parasite	*N. de malad. infectés*	*Pour cent.*
Blastocystie hominis	35	7.6
Entamoeba coli	45	9.8
Entamoeba dysenteriae	1	0.2
Endolimax nana	2	0.4
Enteromonas hominis	1	0.2
Trichomonas intestinalis	1	0.2
Chilomastix mesnili	2	0.4
Amibes dont le nom n'a pas été déterminé	2	0.4
Giardia intestinalis	24	5.2
Diphyllobothrium latum	1	0.2
Ascaris lumbricoïdes	1	0.2
Enterobius vermicularis	2	0.4
Spirilles	34	7.4

Il faut insister sur la dispersion, relativement étendue, du Giardia intestinalis dans un grand nombre de comtés de notre province et en faire le dépistage, parce que sa présence un peu partout crée de nombreux foyers de contamination.

Cancer sur tatouage et cancer sur cicatrice de vaccination anti-variolique

M. Carlton AUGER

Deux observations de cancer cutané, qui ont pris naissance au niveau de foyers d'irritation chronique, sont rapportées: un réticulo-histio-sarcome développé sur un tatouage et un épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire développé sur une cicatrice de vaccination antivariolique. La nature un peu particulière des agents irritatifs en cause a semblé justifier cette présentation.

Quelques considérations sur la sérothérapie du tétanos

M. de la BRUYERE FORTIER

Le tétanos clairement défini aujourd'hui comme une maladie du système nerveux, souffre encore la controverse de son traitement.

L'emploi de la sérothérapie est diversement apprécié. Son effet curatif est mis en doute; son mode d'administration est discuté et sa posologie est très variable.

Deux observations cliniques du service de Pédiatrie de l'Hôtel-Dieu permettront d'envisager ces principaux points.

Nié par un certain nombre d'auteurs, l'effet curatif du sérum est admis sans restriction par un très grand nombre. Les statistiques semblent prouver que la mortalité par tétanos est diminuée de 25% si la sérothérapie est utilisée. Son échec thérapeutique tiendrait plus à son emploi tardif qu'à son inefficacité curative.

Les voies d'introduction du sérum sont variées. La voie sous-cutanée est surtout utilisée comme voie secondaire pour neutraliser la toxine secrétée au point d'entrée ou avant tout acte chirurgical pour circonscrire la plaie infectante.

La voie intrarachidienne est assez largement préconisée mais on lui reconnaît des dangers.

La voie intramusculaire et la voie intraveineuse semblent rencontrer l'assentiment du plus grand nombre. L'école américaine l'utilise de préférence à tout autre.

L'emploi de l'une ou l'autre de ces voies d'introduction du sérum est basé sur le mécanisme de l'envahissement de l'organisme par la toxine tétanique. La théorie veineuse conduit à l'emploi de la sérothérapie par voie intrarachidienne ou sous-cutanée. La théorie sanguine conditionne l'emploi de la voie intramusculaire et surtout intraveineuse.

La posologie est loin d'être clairement définie. Rien de plus variable et de plus contradictoire. Mais par le dosage de l'unité antitoxique sanguine certains auteurs sont arrivés à préconiser une dose thérapeutique efficace dans un grand nombre de cas. Cette dose moyenne serait de l'ordre de 60,000 unités, donnée par voie intraveineuse.

Ce n'est pas la dose totale de sérum comme la rapidité avec laquelle il sera administré après le début de la maladie, qui permettra de diminuer le taux de mortalité par tétanos.

BES-MIN

COMPLEXE VITAMINIQUE B NATUREL,
renforci et combiné aux minéraux essentiels

Formule détaillée par cuillerée à soupe

VITAMINES

B_1 (Chlre 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.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 27 janvier 1943

Présidence de M. J.-U. Gariépy

ELOGE DU DR ERNEST PRUD'HOMME [1]

Monsieur le Président,
Messieurs,

L'été 1942 ne devait pas s'achever sans nous frapper encore. Après le docteur Alphonse Ferron, notre confrère, le docteur Ernest Prud'homme nous était ravi subitement, le 2 septembre dernier, à l'âge de 49 ans.

Tous ceux qui le connaissaient ne se méprenaient pas sur ses dehors brusques et savaient quels trésors de dévouement et de bonté cachait cette rude écorce. Ses amis et ses clients se le rappelleront enthousiaste et prudent, bon vivant et généreux, audacieux, bienveillant, simple et franc, allant toujours droit au but avec vigueur. Chirurgien habile, il savait inspirer confiance, et c'était un bonheur pour un interne de faire ses premières armes à ses côtés.

Né le 18 mai 1893, à Lavaltrie, il perdit très jeune ses parents et acquit ainsi très tôt le sens de ses responsabilités et la compréhension de la valeur de la vie. Il fit ses études classiques au Collège de l'Assomption et ses études médicales à l'Université Laval de Montréal. Grâce à un labeur acharné, n'hésitant pas à travailler la nuit pour gagner ses cours, il obtint son doctorat en médecine en 1919.

Il commença d'abord par pratiquer la médecine générale. Puis nous trouvons ensuite dans sa carrière, comme dans celle de plusieurs d'entre nous, l'influence déterminante de P.-Z. Rhéaume. Sur ses instances, il consentit à s'orienter vers la chirurgie et entreprit en 1925, avec sa famille, un voyage en Europe dans le but de se perfectionner à Paris dans l'art nouveau qu'il avait embrassé.

Il revint à Montréal l'année suivante et fut nommé chirurgien à l'Hôtel-Dieu. En mars dernier, il était devenu président du Bureau médical de cet hôpital, poste qu'il occupait à sa mort. Il fut aussi professeur agrégé de l'Université de Montréal, depuis 1931, membre de la Société Médicale *et de la* Société de Chirurgie de Montréal, *ainsi que* « Fellow » du « Royal College of Surgeon » (Canada).

Sa contribution à notre Société fut particulièrement active. Elu membre fondateur à la première réunion générale du 7 janvier 1929, il est peu de membres qui puissent se vanter d'une pareille assiduité aux réunions. Il participa 38 fois à nos assemblées et maintes fois à nos discussions. Ce n'est que depuis novembre 1940 qu'on put noter un certain fléchissement dans cette belle ponctualité.

Les communications qu'il nous fit révèlent une grande variété:

Le 3 février 1932: « *Considérations sur un cas d'appareillage de fracture de jambe avec l'appareil Mercier* »;

Le 1er février 1933: « *Résultats éloignés des cholécystectomies. Travail portant sur 117 cas personnels* »;

Le 4 avril 1934: « *Tumeur maligne rétro-péritonéale. A propos d'un cas personnel* »;

Le 3 octobre 1934: « *Noevo-carcinome de la jambe. Opération. Métastases généralisées. A propos d'un cas personnel* »;

Le 3 avril 1935: « *Observations d'injections massives de sérum hypertonique à 10% au cours des opérations* »;

Le 3 mars 1937: « *Deux cas de cancer de l'ampoule de Vater: observations cliniques* ».

Sa contribution scientifique ne se bornait pas là. Il publiait dans l'Union Médicale du Canada *des études intéressantes dont il n'est pas inutile de rappeler le souvenir:*

« *Quelques aspects cliniques des abcès urineux.* » *En collaboration avec le docteur Eugène Saint-Jacques (février 1925).*

« *Les calculs de l'uretère et leur traitement* » *(février 1926).*

« *La cystite tuberculeuse après la néphrectomie* » *(avril 1926).*

« *Opérations multiples chez un patient souffrant d'un ulcère de l'estomac* » *(mai 1942).*

Ce furent là les dernières pages qu'il écrivit dans l'Union Médicale du Canada, *menant jusqu'au bout le bon combat de la plume, comme il menait celui du bistouri.*

Les témoignages de son esprit curieux, observateur et averti, nous les retrouvons encore dans le Journal de l'Hôtel-Dieu *dont il fut l'un des quatre fondateurs et qui doit à sa collaboration fidèle comme à ses soins attentifs beaucoup de sa continuité. Notons parmi ses articles:*

« *La gastrostomie continente* » *(janv.-fév. 1932).*

« *Après la cholécystectomie* » *(mars-avril 1933).*

« *Un cas d'amputation du rectum sans colostomie* » *(novembre-décembre 1933).*

« *Un cas de tétanos post-opératoire* » *(mai-juin 1934).*

« *Nævo-carcinomatose généralisée et venin de Cobra* » *(décembre 1935).*

« *Deux cas de cancer de l'ampoule de Vater* » *(mars-avril 1937).*

« *Un cas de gastrostomie continente vieux de dix ans* » *(mars-avril 1939).*

Nous avons essayé de mettre en lumière la personnalité du docteur Ernest Prud'homme. Mais il n'est pas de ceux voués à l'indifférence ou l'oubli. Sa pen-

1. Présenté à la réunion générale de la *Société de Chirurgie,* le 27 janvier 1943.

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

sée, largement exprimée et diffusée, garde une présence, une activité même qui n'est pas près de s'éteindre au milieu de nous. Car ceux qui relèvent le flambeau demeurent étroitement solidaires des hommes vaillants qui les ont précédés. C'est pourquoi notre reconnaissance demeure acquise au docteur Ernest Prud'homme tout comme notre souvenir confraternel.

Pierre SMITH.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 10 décembre 1942

Présidence de M. C.-E. Hébert

Procédé de Delmas

M. Hervé GIBEAULT

1) Madame P.-E. P. entre à l'hôpital Notre-Dame le 1er mars 1942 pour hémorragies. Après l'avoir mise au repos et lui avoir donné tous les médicaments possibles, ne pouvant arrêter les hémorragies, nous décidons de faire l'évacuation extemporanée de l'utérus.

Nous sommes en présence d'une multipare âgée de 31 ans, à terme, col épais avec une dilatation de 25 sous, les membranes intactes; nous touchons un placenta prævia. L'anesthésie étant terminée, nous faisons la dilatation du col; au bout de 15 minutes, la dilatation étant complète, nous faisons une version par manœuvre interne, et extrayons par le siège un enfant vivant de 7 livres. Nous faisons une délivrance artificielle.

Suites de couches apyrétiques; la patiente retourne chez elle la 11e journée après l'accouchement.

La pression artérielle avant l'accouchement, 120/80; immédiatement après, 100/80.

L'examen gynécologique avant son départ; col cicatriciel sans aucun délabrement.

2) Madame M. R..., secondipare, âgée de 25 ans, enceinte de huit mois; nous provoquons le travail à cause d'hémorragies persistantes. Son col est long et fermé avec des membranes intactes.

Nous avons affaire à un placenta central, le cœur fœtal avant l'intervention est positif. De nouveau, nous nous servons du Delmas; il nous suffit de 15 minutes pour faire la dilatation manuelle du col et sortir un enfant vivant de 6½ livres après avoir fait la version et l'extraction par le siège. Ici encore, nous avons fait la délivrance artificielle.

La pression artérielle avant, 140/80; immédiatement après, 110/80. Suites de couches sans complication. La patiente retourne chez elle la 12e journée.

Examen gynécologique deux mois après l'accouchement; délabrements nuls.

Le procédé de Paul Delmas consiste à faire appel à la rachi-anesthésie en vue d'obtenir du col et du segment inférieur une souplesse telle qu'il soit possible d'en obtenir la dilatation par simple écartement du trajet.

L'essence même de ce procédé, c'est la suppression de l'innervation médullaire de l'utérus et, par suite, la disparition de la contracture quand elle existe, ou, d'une façon plus générale, l'incroyable assouplissement de l'organe par section du segment postérieur de l'axe réflexe utéro-médullaire.

Après avoir réalisé la rachi, on procède à la dilatation du canal cervico-segmentaire en deux étapes: l'une digitale, l'autre manuelle, selon un procédé renouvelé de Celse. Cette dilatation est, dans la majorité des cas, remarquablement facile, extrêmement rapide et peu traumatisante pour le tissu utérin.

Dans un laps de temps qui varie, suivant les cas, de 20 secondes à quelques minutes, l'ouverture complète du col utérin est obtenue.

Reste ensuite l'extraction. Presque toujours celle-ci est réalisée par le moyen d'une version par manœuvre interne.

Le procédé de Delmas trouver ses indications:

a) *Pendant la grossesse*: comme *traitement préventif* d'états pathologiques venant la compliquer: disproportion de la filière osseuse et du projectile fœtal, éclampsisme, rupture prématurée des membranes; comme *traitement curatif* du placenta prævia;

b) *Pendant le travail*: dans la nécessité de terminer sans délai dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, ou des deux:

1° *Pour la mère*: c'est le cas lorsque:

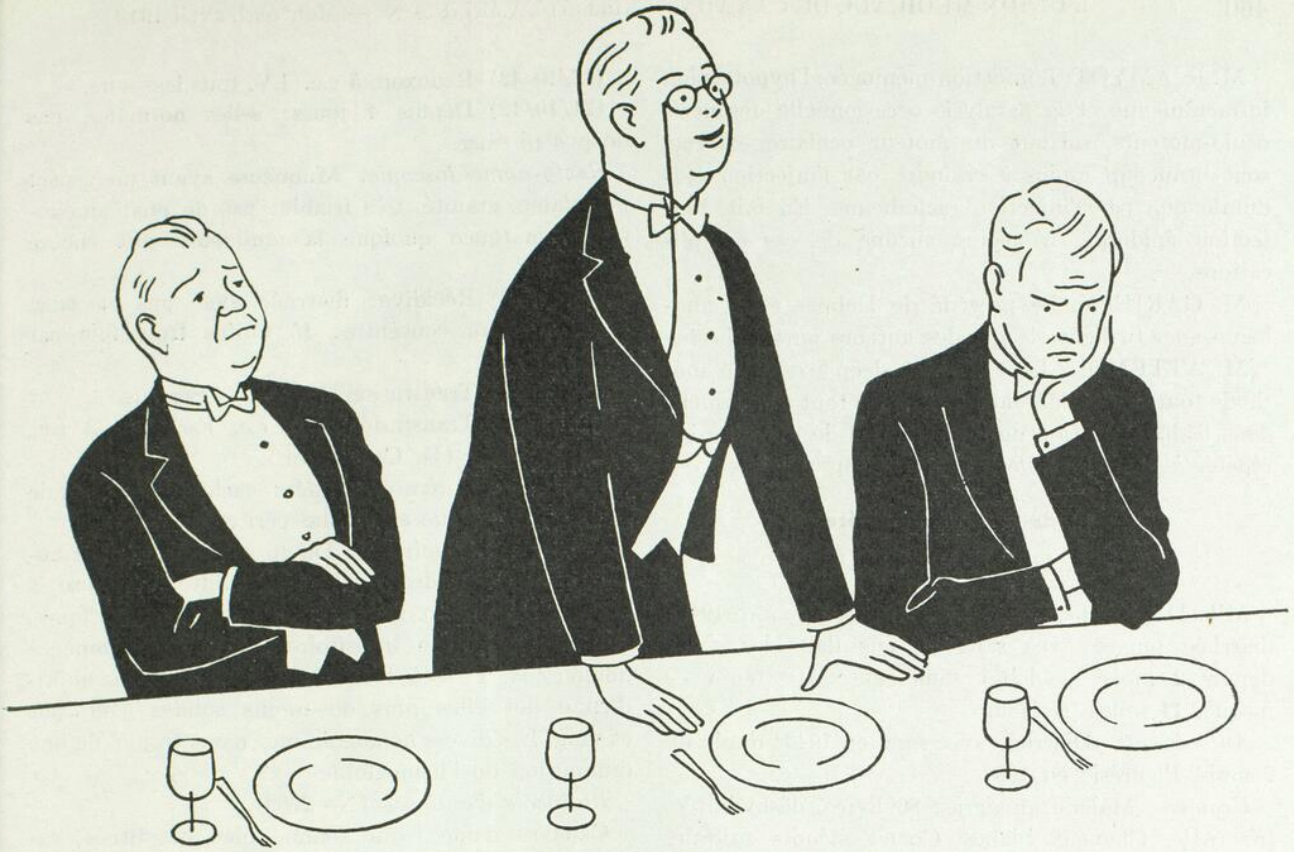
a) les accès convulsifs de l'éclampsie se succèdent, entraînant un état inquiétant qui commande d'en finir;

b) les états pathologiques du cœur et du poumon ne permettent pas de laisser se prolonger la marche habituelle du travail.

2° *Pour le fœtus*: tous les états de souffrance, au premier rang desquels la procidence du cordon.

Discussion

M. ATTENDU. Le procédé de Delmas a pour but de rendre l'accouchement indolore et est réservé aux cas où l'on veut avoir un accouchement rapide. Il faut distinguer cette technique d'une autre assez récente préconisée par les auteurs américains qui consiste en une injection épidurale; le Delmas consiste en une injection rachidienne, et, comme tel, ce procédé soulève la question de toutes les complications des injections rachidiennes.



Gêne d'après-diner

Etre obligé d'écouter un discours prosaïque après le dîner est peut-être une expérience pénible, mais ce n'est rien à côté de la douleur physique qui attend celui qui a bien dîné... mais pas trop sagement.

La gourmandise est difficile à guérir, de même que l'habitude de manger vite, et il faut donc alléger l'embarras gastrique causé par l'hyperacidité.

Depuis nombre d'années, les médecins ont trouvé, dans le Cal-Bis-Ma, le genre de préparation qui aide à procurer ce soulagement. Une poudre au goût agréable, composée de substance dont l'efficacité est reconnue en ce qui concerne la neutralisation de l'acidité gastrique. Cal-Bis-Ma peut être ordonné avec assurance qu'il agira promptement et en toute sécurité. Un échantillon d'essai sera volontiers envoyé aux médecins. Veuillez vous adresser au Service Professionnel.

CAL-BIS-MA

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King St. West, Toronto, Ontario

M. R. AMYOT. L'infection méningée, l'hypotension intracrânienne et la paralysie occasionnelle des nerfs oculo-moteurs, surtout du moteur oculaire externe, sont beaucoup moins à craindre par l'injection épidurale que par l'injection rachidienne. En fait, l'injection épidurale n'encourt aucune de ces complications.

M. GARIEPY. Le procédé de Delmas est-il analogue au « twilight sleep » des auteurs américains?

M. ATTENDU. Le « twilight sleep » est une méthode tout à fait différente et consiste tout simplement dans l'administration de morphine et de scopolamine répétée à des intervalles plus ou moins variables.

Un cas de recto-côlite ulcéreuse

MM. A. BERNIER et Y. CHAPUT

Mlle D..., 37 ans, hospitalisée le 15 septembre 1942: diarrhée tenace avec sang et pus dans les selles depuis 2 mois — début sans cause apparente — jusqu'à 14 selles par jour.

Antécédents. Diarrhée avec sang en 1940: durée de 2 mois. Pleurésie en 1938.

Examen. Malade amaigrie: 86 livres, déshydratée, très pâle. Cheveux blancs. Cœur: sténose mitrale. Abdomen: souple. douloureux à la palpation dans la fosse iliaque gauche.

Examens complémentaires. B.W. négatif. Azotémie: 0.29 gr. Glycémie: 1.20 gr. Séro-diagnostic: négatif. Prothrombine: 100%. Temps de saignement, de coagulation: normal.

Formule sanguine: 58% d'hémoglobine.

Analyse des selles: présence de pus et de sang. Amibes. B.K. = négatifs. Parasites. Rares fibres musculaires.

Lavement baryté. (Dr Bélisle.) « Le remplissage s'effectue avec quelque difficulté et quelques douleurs. Il n'existe aucun obstacle vrai ni aucune déformation de la lumière colique; on ne retrouve plus cependant les incisures normales, mais de nombreux éperons greffés de façon irrégulière sur la lumière de tous les côlons et particulièrement le descendant. Cette image nous semble bien caractéristique d'une forme étendue et grave de côlite ulcéreuse. »

Recto-sigmoïdoscopie, le 20/9/42. L'ampoule rectale présente de multiples érosions hémorragiques avec muqueuse friable, saignant au moindre contact; sécrétions muco-purulentes nauséabondes. Les segments, sur certains points de l'intestin jusqu'à 18 cm., présentent le même aspect: image typique de recto-côlite hémorragico-purulent et ulcéreuse.

Traitements. Commencés le 21/9/42. Diète riche en protéines — jus de fruits salés — légumes verts, etc. Extraits polyvitaminiques per os. Sulfathiazole: 15 grammes (intolérance).

(7/10/42) Redoxon, 5 c.c. I.V. tous les jours.

(21/10/42) Depuis 4 jours: selles normales, pas de pus ni sang.

Recto-sigmoïdoscopie. Muqueuse ayant un aspect porcelaine, granité, très friable: pas de pus; amélioration marquée quoique la muqueuse soit encore anormale.

(27/10/42) Récidive: diarrhée avec pus et sang. Foie de veau concentré: 15 unités trois fois par semaine.

(30/10/42) Transfusion, 500 c.c. — Sérums.

(6/11/42) Transfusion, 250 c.c. Eschatin, 3 c.c., 2 fois par jour (Dr C. Grignon).

(7/11/42) *Patiente décédée*: cachexie et toxémie secondaire. Pas de syndrome péritonéal clinique.

Résumé de l'évolution. Du 15 septembre au 15 novembre. Le syndrome de recto-côlite ulcéreuse a évolué rapidement malgré toutes les thérapeutiques, sauf une accalmie transitoire. Peu de phénomènes douloureux. T° 98 à 100°. Présence à peu près quotidienne de selles plus ou moins solides avec pus et sang. Les divers hémogrammes n'ont trouvé qu'une diminution de l'hémoglobine.

Protocole d'autopsie (No 2969).

Cadavre d'une jeune femme bien constituée, cachectique, au teint basané, la peau est parcheminée. On note des ecchymoses sur les deux genoux, les cuisses et les avant-bras.

A l'ouverture de l'abdomen, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, et un liquide verdâtre purulent contenant des fausses membranes s'écoule de l'abdomen.

Cœur. Ne présente rien de bien particulier; il est en atrophie brune.

Œsophage. En-dessous du niveau de la bifurcation de la trachée, on note dans l'œsophage des ulcérations multiples superficielles, souples, n'ayant déterminé aucune sclérose; elles sont vraisemblablement récentes; leur dimension va de 1 mm. à 2½ cm. de diamètre. Le fond de ces ulcérations est noirâtre.

Poumons. Léger infarcissement à la base pulmonaire gauche.

Foie. Aspect rappelant celui du foie cardiaque.

Rate. Laisse échapper une boue abondante — rate de type infectieux.

Reins. Les reins sont œdémateux et offrent un médullaire foncé.

L'épiploon est adhérent au petit bassin. L'intestin grêle est légèrement descendu aux abords du duodénum. Les fausses membranes purulentes verdâtres se rencontrent tout le long du gros intestin.

L'estomac est légèrement distendu, mais ne présente aucune ulcération. Les ulcérations œsophagiennes cessent au cardia. Tout le petit intestin n'offre rien de bien particulier. Mais le gros intestin,

LUCONATE E CALCIUM



avec

VITAMINE D

Chaque comprimé contient:

10 grains de Gluconate de Calcium

et

500 Unités Int. de Vitamine D.

dis que beaucoup éments minéraux que l'iode et le fer une simple fonction siologique, le cal- t est requis pour lieurs processus non rrentés, c'est-à-dire agulation du sang, ivité de la trypsine, ouragement de la ractilité des mus- la prévention de tanie, le développe- t squelettique et son tien, ainsi que pen- : la grossesse et la ode de lactation.

s la plupart de nos ents ordinaires, le enu en calcium est me en rapport aux ins du corps, ce qui i nécessaire un lément de calcium s les cas de mala- Le métabolisme du ium est plus actif en ence de quantités santes de Vitamine elle que fournie par Calglucol "D", E.B.S.

Calglucol "D", E.B.S. nit du calcium mé- gé avec de la vita- e D pour adminis- on *per os* sous une ne qui est bien ab- ée, et est employé s les cas suivants r suppléer au cal- n fourni par le ré- e alimentaire.

1 Pour les femmes enceintes et celles qui allaitent, et pour les enfants qui grandissent rapidement.

2 Pour élever le niveau du calcium dans le sang dans les cas de tétanie.

3 Pour la surexcitation nerveuse qui résulte de la carence de calcium, et pour le spasme nerveux du système gastro-intestinal et les contractions nerveuses des muscles squelettiques qui peuvent aussi résulter d'une carence de calcium.

4 Pour élever temporairement le niveau du calcium dans le sang afin que celui-ci se coagule plus rapidement avant et après les opérations chirurgicales et dentaires.

5 Pour l'asthme et la fièvre des foins, états dans lesquels il a été reconnu qu'une carence de calcium existe dans un grand pourcentage des cas.

6 Pour diminuer l'inflammation et surtout réduire l'effusion pleurale et l'œdème pulmonaire, en réduisant la perméabilité des capillaires.

7 Dans le traitement des maladies respiratoires sur lesquelles il influe en relâchant le spasme bronchial et en diminuant la sécrétion des mucosités des voies respiratoires.

8 Pour soulager les démangeaisons cutanées, l'urticaire, les éruptions qui se produisent par suite de l'allergie ou des drogues, et l'eczéma.

9 Pour diminuer la douleur de la dysménorrhée et dans les cas de douleur intraitable, comme dans le cancer.

10 Dans le traitement de cas d'empoisonnement qui occasionnent un dérangement du métabolisme du calcium — comme dans l'empoisonnement par le plomb, par le tétrachlorure de carbone, le chloroforme et autres hydrocarbures chlorurés du même genre, l'empoisonnement à l'acide oxalique et aussi pour neutraliser l'effet général du magnésium.

E B S

CALGLUCOL « D » E.B.S.

pour administration *per os* se vend en flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés No 149A.

Pour injections intramusculaires, le Calglucol, en solution à 10%, est fourni en boîtes de six ampoules de 10 c.c. chacune, No A-31. Sous cette forme, il est très utile dans les maladies causées par le sérum, l'urticaire, le croup spasmodique et les convulsions infantiles, et l'éclampsie.

C'est aussi un prophylactique contre la fièvre du lait.

L'œdème des enfants qui souffrent de néphrose a été traité avec succès avec des ampoules de Calglucol.

L'injection de Calglucol E.B.S. n'est pas recommandée pendant un traitement à la digitale.

CALGLUCOL «D» E.B.S.

C. T. No 149 A

HE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED

RONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

Identifiez ces produits sur vos ordonnances, en inscrivant les lettres E.B.S. après le produit spécifié.

par contre, est intéressé dans presque toute sa longueur. La partie rectale sur une hauteur de 6 cm. est congestionnée et offre une légère dépression de la muqueuse bordée par un bourrelet rouge taillé à pic. Au-dessus de cette plage probablement une grande ulcération; on en note une autre de 75 mm. de diamètre. Maintenant l'intestin semble indemne macroscopiquement sur une hauteur de 15 cm. Soudainement commencent des élevures ressemblant à des polypes en nappes; ces formations sont parallèles à l'axe de l'intestin. La partie déprimée entre ces formations offre à peu près les mêmes dimensions, le fond est blanc nacré. Cette alternance d'élévations et de dépressions assez régulière, donnant à l'intestin un aspect en domino, se continue jusqu'à la valvule iléo-cæcale où elles cessent brusquement.

De prime abord, ces formations furent prises pour de la polypose intestinale. Mais l'examen histologique est venu en fixer la vraie nature.

Les formations élevées sont tout ce qui reste de la muqueuse colique; les espaces entre elles sont de considérables ulcérations qui attaquent parfois jusqu'aux musculeuses. Le bord des élévations des restes de muqueuse est souvent sous-miné et recouvert d'un enduit fibrino-purulent.

Aspect classique de la recto-côlite ulcéreuse grave telle que décrite par Bensaude.

Conclusions (Bensaude). « La recto-côlite ulcéreuse est une maladie grave atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à la 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. »

A cette définition, donnée en 1935, il n'y a malheureusement rien à ajouter en 1942.

Discussion

M. U. GARIEPY rapporte un malade identique suivi conjointement avec le docteur Chaput et décédé d'anémie sur-aiguë. Il demande ensuite si les lavages au nitrate d'argent peuvent aider ces malades et, finalement, il soulève la question des blocages du sympathique lombaire comme thérapeutique adjuvante, en pensant toujours à la possibilité de réactions vasculo-nerveuses dans le mécanisme de ces ulcérations.

M. R. AMYOT. La recto-côlite ulcéreuse est-elle une entité bien définie et quels en sont les éléments du diagnostic?

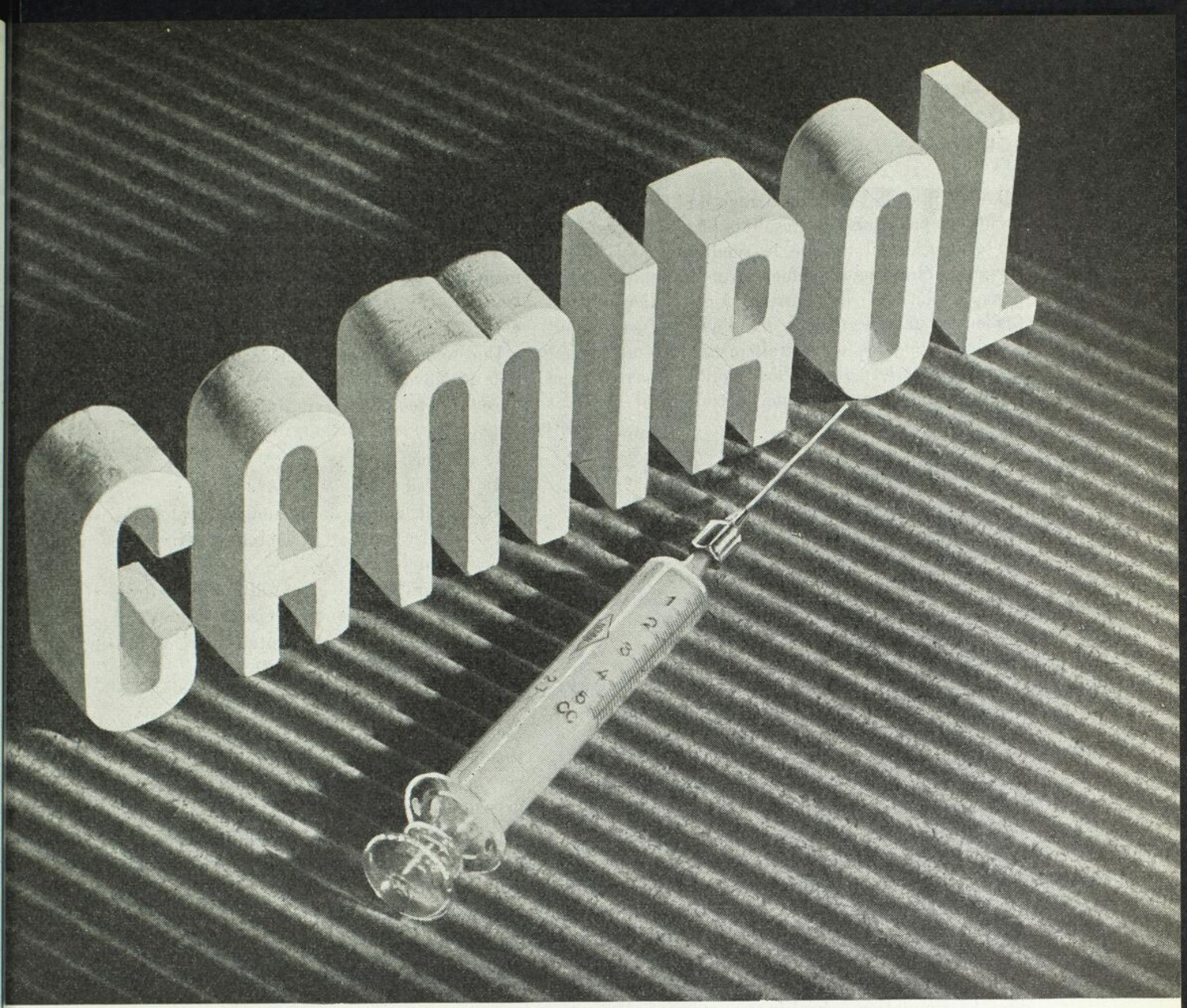
M. René GRIGNON demande s'il n'y aurait pas intérêt à traiter précocement ces malades par une iléostomie. Il cite des statistiques américaines rapportant 5 cas de guérison authentiques.

M. ATTENDU, tenant compte de l'analogie des poussées de la recto-côlite ulcéreuse et de l'ulcère gastrique ou duodénal, demande si l'hydroxide d'alumine pourrait aider ces malades.

M. R. DUFRESNE. Le traitement local par les divers antiseptiques en lavements n'ayant pas donné de grands résultats, il semble bien qu'on doive aujourd'hui abandonner cette méthode de traitement médical. Dans les formes graves étant malheureusement aussi peu efficace, n'y aurait-il pas lieu d'envisager un traitement chirurgical précoce par dérivation? Il mentionne l'action très efficace des petites transfusions répétées, et termine en rapportant un cas de rectite hémorragique sans lésion du sigmoïde. Il se demande si cette forme n'est pas une variante de recto-côlite ulcéreuse et si sa malade n'évoluera pas elle aussi vers les mêmes syndromes.

M. C. HEBERT rapporte un cas de recto-côlite ulcéreuse chez qui il a pratiqué assez précocement une cæcostomie avec une amélioration importante de l'état général et local. Plusieurs mois après, par une nouvelle intervention, il ferma la bouche de dérivation. Depuis ce temps, la malade présente un syndrome de constipation tenace, et il se demande quel a été réellement le résultat de cette intervention. Il rappelle, de plus, une notion très importante, à savoir: qu'il y a des formes de recto-côlite ulcéreuse plus virulentes et d'autres beaucoup moins: ce sont vraisemblablement ces dernières qui guérissent le plus facilement.

M. Y. CHAPUT. La recto-côlite ulcéreuse *idiopathique* est une entité bien définie. Il ne faut pas la confondre avec la recto-côlite ulcéreuse parasitaire, amibienne, tuberculeuse, lympho-granulomateuse. Ce qui en fait la particularité, c'est que son étiologie n'entre pas dans le cadre des affections précitées. Ses éléments de diagnostic sont le syndrome clinique, ses aspects endoscopiques complétés par l'examen coprologique, la radiologie passant ici au second plan par rapport à la recto-sigmoïdoscopie. Parmi les notions étiologiques, une à retenir: la possibilité d'une allergie alimentaire surtout en ce qui regarde le lait. Il a l'intention de soumettre le prochain cas à des blocages du sympathique lombaire tels que préconisés par Leriche, notamment dans les côlites spasmodiques tenaces. Il n'accorde aucune valeur spécifique à l'hydroxyde d'alumine comme traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal. Le traitement local par les antiseptiques est probablement une cause d'irritation de la muqueuse qui est déjà excessivement friable; il n'accorde pas beaucoup de valeur à cette méthode. Le traitement médical par les sulfamidés, notamment la sulfaguanidine, ne confirme pas les enthousiasmes de la publicité. Il est cependant préférable d'en faire l'essai, surtout pour combattre l'infection secondaire.



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

Le sérum et le vaccin de Bargen de l'Institut Mayo ne lui ont pas donné des résultats bien encourageants. En conclusion, il résume le syndrome de la façon suivante: étiologie inconnue, aucun traitement spécifique, évolution par poussées, formes aiguës habituellement fatales, formes chroniques, heureusement les plus fréquentes, où le traitement de l'état général du malade et le maintien de l'équilibre physilogique comptent beaucoup plus que le traitement de l'état local.

Un cas d'ostéo-arthropathie tabétique de la colonne vertébrale

MM. Roma AMYOT, Julio VASQUEZ et Armand GENEST

Cette communication a paru comme article original dans *l'Union Médicale* de mars, p. 305.

Discussion

M. L.-C. SIMARD fait remarquer que l'observation rapportée par le docteur Amyot est très rare et, par le fait même, très intéressante.

M. R. AMYOT. Les ostéo-arthropathies tabétiques les plus fréquentes sont, par ordre de localisation: les genoux, les pieds, les hanches. Aux membres supérieurs, elle est beaucoup moins fréquente; à la colonne vertébrale, cette localisation serait beaucoup plus rare. La lésion est indolore au début, mais, progressivement, elle engendre des phénomènes douloureux par compression. Il s'agit d'une lésion trophique par atteinte des fibres sympathiques passant par la corne antérieure amenant un trouble vaso-moteur qui modifie la circulation périphérique et engendre cette otéo-arthropathie.

A propos d'un cas d'hémiplégie syphilitique

MM. A. MARIN et A. LAMBERT

Maurice J..., âgé de 38 ans (dossier 10867), contracte un chancre syphilitique en 1927, qui est traité, pendant 8 mois, d'une façon intensive et régulière. Son B.W., positif pendant les 3 premiers mois de la maladie, s'est négativé au 4e mois, et est demeuré tel jusqu'à la fin du traitement.

En 1929, se croyant guéri, le malade disparaît sans accepter la ponction lombaire de fin de traitement, ni se soumettre à la surveillance médicale d'au moins 5 ans, qu'on a l'habitude d'exiger de tout syphilitique apparemment guéri.

En septembre 1942, après 13 ans d'abstention thérapeutique, période durant laquelle sa santé fut excellente, le malade se plaint subitement d'engourdissements, de fourmillements, d'un peu d'impotence du bras et de la jambe, d'une légère difficulté de langage, de défaillance de la mémoire, enfin d'asthénie. Son médecin, lui ayant trouvé un B.W. (++++) (++++), le soumet immédiatement à un traitement arsenical intensif. Le malade reçoit 0.30 de Novar. Le lendemain, ses troubles légers, plus haut mentionnés, se transforment en syndrome d'hémiparésie droite évidente.

Une semaine après, le médecin renchérit et injecte 0.60 de Novar. Presque aussitôt après, le malade fait un ictus, avec hémiplégie droite présentant les symptômes classiques suivants:

1) Aphasie motrice;
2) Amnésie partielle;
3) Déficit global de la motilité volontaire droite (œil, bouche, membres supérieurs et inférieurs);
4) Exagération de la motilité réflexe droite (tous les réflexes tendineux sont très vifs);
5) Abolition des réflexes cutanés (crémastérien droit aboli, Babinski positif).

Commentaires.

Cette observation rappelle, une fois de plus, à l'attention les préceptes de prudence que tout médecin, appelé à traiter la syphilis, doit avoir toujours présents à l'esprit, *à savoir*:

1° Qu'il ne faut pas se fier uniquement à un B.W. négatif depuis plusieurs mois pour parler de guérison définitive de la Lues.

2° Qu'un examen du liquide C.R. s'impose à la fin du traitement: dans le cas actuel, il aurait tout probablement indiqué la prolongation de la cure par le 914.

3° Que l'on ne doit jamais oublier la loi du « Paradoxe thérapeutique », d'après laquelle le Novar, dans la Lues ancienne, non traitée, nerveuse ou cardio-vasculaire, peut avoir un résultat désastreux, à cause de ses effets congestionnants, vaso-dilatateurs ou, encore, trop rapidement cicatrisants. Au lieu de voir les symptômes s'améliorer comme dans la syphilis secondaire, nous voyons les signes s'aggraver subitement: ainsi notre malade, qui ne présentait que des troubles légers d'artérite cérébrale spécifique, a vu son syndrome se transformer en hémiparésie, puis hémiplégie franche, sous la stimulation intempestive du Novar.

4° Qu'il est impérieux, dans les Lues anciennes non traitées, de recourir d'abord aux métaux lourds, bismuth et mercure, pendant 4 à 6 semaines, puis ensuite en venir aux arsénobenzènes, à doses petites et croissantes.

Discussion

M. R. AMYOT fait remarquer qu'il s'agit vraisemblablement d'un ramollissement cérébral par réaction

Choisissez le Sel Ferreux, régénérateur sanguin, qui convient le mieux à vos patients



Fe++



Fe++ + B1



Fe++ + B1 + FOIE

D'après de nombreux rapports de cliniques, le fer à l'état ferreux s'avère plus efficace à petites doses que sous n'importe quelle autre forme et offre moins d'inconvénients. Parmi les nombreux régénérateurs sanguins qui portent l'étiquette Squibb, trois contiennent du fer à l'état ferreux. Afin de répondre aux besoins particuliers de chaque patient et de satisfaire aux préférences des médecins, l'un de ces produits contient du fer seul, un autre du fer et de la B_1 et un troisième du fer, de la B_1 et du foie.

COMPRIMÉS DE SULFATE FERREUX DÉSHYDRATÉ SQUIBB

Pour emploi lorsque le fer seul est indiqué. S'obtiennent en bouteilles de 100 et de 1,000 comprimés recouverts d'une substance qui ne se dissout que dans l'intestin. Trois grains de sulfate ferreux déshydraté fournissent autant de fer (environ 60 mg.) que 5 grains de sulfate ferreux U.S.P. ordinaire.

CAPSULES DE SULFATE FERREUX SQUIBB AVEC B_1

Pour prévenir ou traiter l'anémie secondaire, particulièrement chez les patients souffrant d'anorexie par suite de déficience en vitamine B_1. Chaque capsule contient 3 grains de sulfate ferreux déshydraté et 1 mg. (333 unités U.S.P. XI de vitamine B_1) de chlorhydrate de thiamine. S'obtiennent en bouteilles de 100 et de 1,000 capsules.

CAPSULES HEBULON*

Pour la prophylaxie et le traitement de l'anémie secondaire. Complément nutritif durant la grossesse, la convalescence et la sous-alimentation générale. Chaque petite capsule de gélatine, facile à avaler, contient 2 grains de sulfate ferreux déshydraté (environ 40 mg. de fer), 50 unités U.S.P. XI de vitamine B_1 et de l'extrait de foie (obtenu de 16 gr. de foie frais) dans lequel se trouvent des quantités appréciables de certains facteurs du complexe B_1, y compris la riboflavine et les facteurs du filtrat. S'obtiennent en bouteilles de 100, 500 et 1,000 capsules.

* "Hebulon" est une marque déposée de E. R. Squibb & Sons.

Pour obtenir des notices descriptives, écrire à 36 Caledonia Road, Toronto, Canada.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

d'Herxeimer locale. Il demande, de plus, si le traitement bimuthique de 4 à 6 semaines n'est pas un peu long comme préliminaire à l'arsénothérapie.

M. A. LAMBERT. Le traitement donné de 4 à 6 semaines est un traitement minimum puisque, en effet, il comporte deux injections de bismuth par semaine.

Prématuration

M. A. GUILBEAULT

Survie d'un prématuré né au cours du 7e mois de la grossesse. Poids de naissance, 1 lb. 10 oz.

Le 12e jour, le poids était 1 lb. et 7 oz. A son admission, la température de l'enfant était descendue à 92° F.

L'enfant fut traité sans le secours de l'incubateur et alimenté artificiellement.

Après un séjour de 242 jours dans le service de pédiatrie, l'enfant quitte l'hôpital le 17 juillet 1942, âgé de huit mois, pesant 9 lbs 9 oz.

Antécédents. Père: B. S. Mère: B. S. 3e grossesse.
Technique.

L'enfant enveloppé d'ouate (les membres enveloppés isolément) est déposé dans un berceau et entouré de sacs d'eau chaude. Ces sacs sont changés à toutes les heures, un à la fois, selon le degré de température de l'enfant: la température de la chambre est maintenue à 80° F.

Bain à l'huile stérilisée.

Alimentation: 12 heures après sa naissance, l'enfant fut alimenté au Frailac — à la dose d'une cuillerée à thé par once d'eau. Au début, 5 c.c. de la préparation à toutes les deux heures.

Contre l'anémie au 7e mois: transfusion dans le sinus.

Discussion

M. A. GUILBEAULT. Au lieu de mettre l'enfant dans un incubateur, il a préféré transformer toute la chambre en un incubateur. Importance du rôle du personnel. Traitement applicable à domicile. Le Frailac est un aliment spécial pour les prématurés et les débiles. Il a une teneur élevée en hydrate de carbone, mais ne contient pas de vitamines, d'où la nécessité d'en rajouter à la diète.

Secrétaire adjoint,

Y. CHAPUT.

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

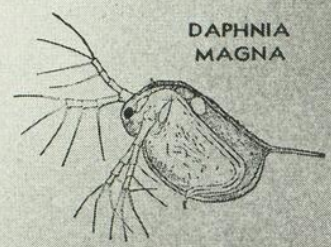


SOULAGEMENT SYMPTOMATIQUE

DANS L'HYPERTENSION

VÉRATRITE

CONTRÔLÉ ET TITRÉ PAR LA DAPHNIA



DAPHNIA MAGNA

La "Daphnia Magna" est un réactif vivant qui permet de déterminer sûrement la toxicité relative des préparations de Veratrum (ellébore). Le complexe du Veratrum a une action si marquée sur la locomotion de la "Daphnia" qu'on peut exprimer quantitativement le degré d'altération de cette fonction.

Vératrite apporte un soulagement durable aux hypertendus qui présentent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il aide à prévenir les bouffées et les accès explosifs de l'hypertension et évite ainsi au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité. Vératrite contient du Veratrum Viride, du nitrite de soude et du phénobarbital, principes dont l'efficacité thérapeutique est reconnue.

Le Veratrum Viride (ellébore vert) employé dans la fabrication du VÉRATRITE est titré biologiquement par la méthode de la Daphnia Magna.

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. Il s'administre par la bouche.

Nous vous fournirons sur demande une plus ample documentation touchant ce produit.

Présentation en flacons de 50, 100 et 500 comprimés

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS AU CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-EDMOND D'AMOURS

Le docteur J.-E. d'Amours est décédé tout récemment à l'âge de 71 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat de l'Université Laval de Montréal en 1896. Il exerçait à Papineauville et avait été gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province. Nos condoléances à son fils, le capitaine Olier d'Amours, commandant de l'hôpital Militaire de Chicoutimi.

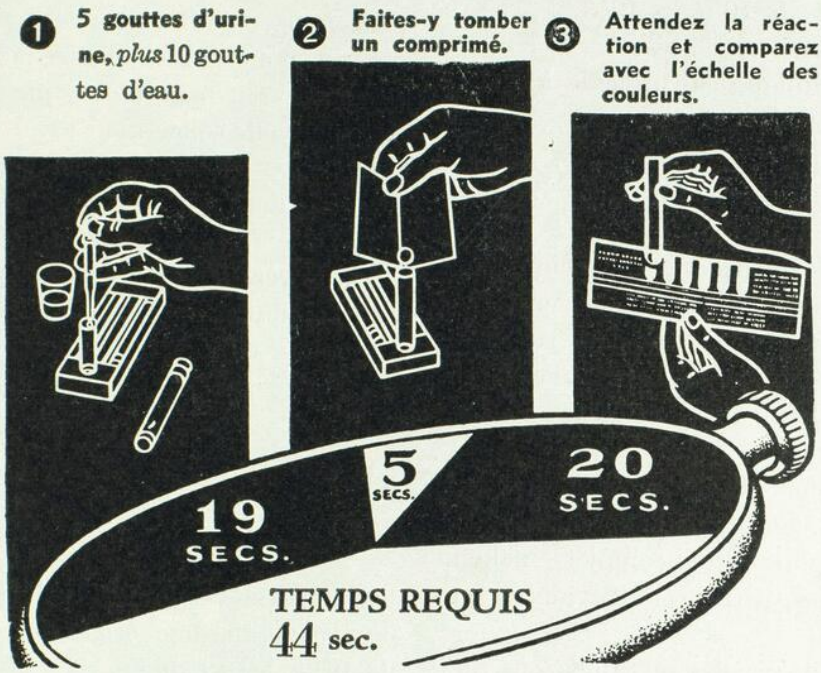
LE DOCTEUR RENE BRASSARD

Le docteur René Brassard est décédé le 12 mars à l'âge de 31 ans. Le défunt était diplômé de l'Université Laval où il termina ses études en 1938. Le docteur Brassard exerçait à Robertsonville. Nos condoléances à son frère, le docteur Paul Gaston Brassard.

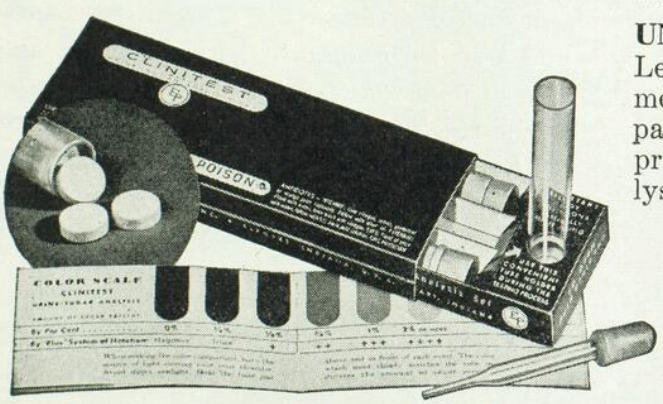
L'ANALYSE QUALITATIVE DU SUCRE DANS L'URINE EST UNE AFFAIRE DE QUELQUES SECONDES AVEC...

CLINITEST

La Nouvelle Méthode employant des Comprimés.



RÉSULTATS SÛRS — La Méthode Clinitest avec Comprimés est basée sur les mêmes principes chimiques que comporte l'analyse de Benedict — sauf qu'il n'est besoin d'aucune chaleur externe, et que les ingrédients actifs pour l'analyse sont contenus dans un simple comprimé.



UNE ÉCONOMIE PRATIQUE — Le nécessaire complet (avec comprimés pour 50 analyses) se vend au patient pour la somme de $2.00. Comprimés de rechange (pour 75 analyses) — $2.00.

Écrivez pour recevoir de la documentation descriptive.

Le Nécessaire Clinitest pour l'Analyse Qualitative du Sucre dans l'Urine et les Comprimés de rechange Clinitest sont vendus par la maison qui vous fournit des accessoires chirurgicaux ou par votre pharmacie d'ordonnances.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada

FRED. J. WHITLOW & CO., LTD., 187 DUFFERIN STREET, TORONTO.

NOUVELLES

UNIVERSITE DE MONTREAL

Faculté de Médecine

Le Conseil de la Faculté de médecine, à sa séance régulière du 10 mars 1943, a déclaré vacante les chaires suivantes:

1° Chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital Notre-Dame.

2° Chaire d'obstétrique.

3° Chaire de médecine légale et de toxicologie.

Les professeurs ou agrégés qui remplissent les conditions des règlements universitaires devront poser leur candidature dans un délai de 30 jours, à compter de l'affichage. Passé ce délai, aucune lettre de candidature ne sera prise en considération.

Le candidat doit présenter une demande écrite au Conseil. Cette demande comprend:

1° Son *curriculum vitæ* complet, incluant fonctions remplies, titres et travaux scientifiques.

2° Un exposé précis des qualifications qu'il possède pour professer, avec honneur pour la Faculté et à l'avantage des élèves, l'enseignement qu'il postule. Cet exposé devra mentionner tout particulièrement en quoi les études spéciales faites et la carrière professionnelle et professorale antérieure du candidat l'ont préparé, ou le désignent à remplir ses nouvelles fonctions.

Le doyen et directeur des études de la Faculté de médecine,
Albert LeSage.

NOTES SUR L'INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIENE DE MONTREAL

Après huit ans d'efforts

Je suis heureux de publier, aujourd'hui, ces notes de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène, où sont consignés les débuts, l'évolution et les résultats obtenus. Ceux qui voudront bien les lire apprendront que, derrière l'épais rideau de l'anonymat, se poursuivent des travaux de recherches de haut intérêt, qui reçoivent l'appui de peu de gens et se développent malgré tout et souvent malgré tous.

C'est pour rendre justice aux pionniers de cette œuvre magnifique que nous publions cette nouvelle concernant l'Université de Montréal, extraite du volumineux rapport du directeur, M. Frappier, soumis à la *Société d'administration de l'Université de Montréal.*

On se rendra compte de son grand mérite et de la reconnaissance que nous devrons à ceux qui en ont eu l'idée et qui ont pu la réaliser.

Le doyen de la Faculté de médecine,
Albert LeSAGE.

*
* *

L'idée est venue de l'Université de Toronto où l'on avait déjà érigé, dès avant la guerre de 1914, les « *Connaught Laboratories* ». C'était une idée intéressante: garder, pour les besoins des laboratoires de recherche, les profits dérivant de la préparation et de la vente des produits biologiques, notamment des vaccins et des sérums. A Toronto, le succès a dépassé les espérances. En quelques années, les « *Connaught Laboratories* » ont amassé une belle réserve.

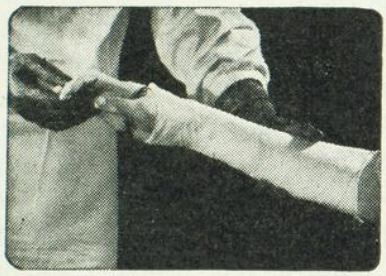
L'expérience nous a appris que, du projet à la réalisation d'une entreprise semblable dans la province de Québec, il y avait, si l'on peut dire, beaucoup plus loin que de la coupe aux lèvres.

Après huit ans de travail, nous avons la satisfaction de toucher de bien près au succès. Huit ans de projets, d'enquêtes, de séjours dans les antichambres ministérielles, de rédaction d'innombrables lettres et rapports de consultations avec des soldats, des architectes, des ingénieurs, des entrepreneurs, des banquiers

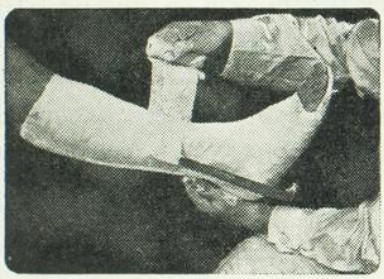
'Cellona' *Le nouveau*

BANDAGE DE PLÂTRE DE PARIS
perfectionné

Les bandages de plâtre de Paris 'Cellona' sont entièrement et uniformément imprégnés de plâtre de Paris au moyen d'un procédé nouveau qui assure la perfection de chaque bandage. Le 'Cellona' contient 90% de plâtre et est exempt de poudre libre. Il suffit de 5/10 de seconde pour l'humecter et le moulage durcit en moins de 5/10 de minute.



Les bandages de plâtre de Paris **'CELLONA'** sont employés pour les emplâtres réguliers dans les fractures du carpe (Colles). Ils sont forts tout en étant légers; non volumineux et assurent un moulage parfait.



Les bandages de plâtre de Paris **'CELLONA'** avec étrier de marche Böhler sont employés dans la fabrication d'un emplâtre au-dessous du genou. Leur grande résistance permet de supporter immédiatement un certain poids.

Cellona

Nom déposé

En dépit des exigences de la guerre, nous espérons qu'une provision raisonnable sera maintenue.

SMITH & NEPHEW LTD.

378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Fabriqué en Angleterre par T. J. SMITH & NEPHEW, LTD., HULL.

et des hommes d'affaires; huit ans de pourparlers avec les autorités universitaires, avec la première et la deuxième *Société d'Administration de l'Université de Montréal,* avec les doyens de facultés indirectement intéressés; huit ans, au cours desquels la bonne fortune nous prodigue les conseils et l'aide de l'Institut Pasteur de Paris, et plus particulièrement de l'un de ses chefs de service les plus connus, le docteur L. Nègre, notre conseiller scientifique, l'aide également de plusieurs institutions américaines, notamment des *New York State Laboratories of Hygiene*; huit ans, pendant lesquels nous avons formé de toutes pièces un personnel scientifique bien discipliné et dont nous exigeons encore le maximum de sacrifices, pendant lesquels nous nous sommes acharnés à découvrir les tours de mains techniques et à mettre au point les formules pratiques de préparation de vaccins et de sérums, ce qui nécessite de nombreux voyages d'études à l'étranger, (l'un de nous a même accompli à ses frais deux voyages spéciaux en Europe) ; huit ans, enfin, au cours desquels nous avons réussi quand même à faire de nombreuses recherches, particulièrement sur la vaccination anti-tuberculeuse, et à publier nos résultats, contribuent de la sorte à éveiller l'attention sur le sérieux de nos efforts.

Nous pouvons dire que l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de Montréal a été créé de rien et que, seule, une ténacité de « Boa constrictor » en a rendu possible le fonctionnement. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le plus gros du problème n'était pas que d'ordre financier, mais surtout d'ordre technique et scientifique. A ce compte, l'actif de l'Institut devrait se composer aujourd'hui de 75% de travail désintéressé et accumulé et de 25% seulement de capital argent.

Débuts — Incorporation

C'est le laboratoire du BCG qui a constitué le noyau de l'Institut. La faculté de Médecine ayant fait subsister ce laboratoire pendant plusieurs années dans les débuts, le Conseil National des Recherches du Canada le soutint d'un octroi jusqu'à ce que le gouvernement provincial avançât les fonds suffisants pour le mettre sur pied solide.

Vers 1937, nous tenions un projet bien défini et nous cherchions des hommes d'affaires qui auraient consenti à se dévouer à notre entreprise. Grâce au docteur Georges Préfontaine, nous fûmes mis en relation avec monsieur Armand Dupuis qui, après étude complète du projet, conseilla l'incorporation de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de Montréal. Les premiers membres de cette corporation étaient:

M. Armand Dupuis; Dr Télesphore Parizeau; Dr Edmond Dubé; Dr Georges Préfontaine; Dr Armand Frappier.

Buts de l'Institut — Chartes 1938-1942

L'Université était alors incapable de faire quoi que ce soit pour nous, sinon de nous encourager par la parole. Un syndicat très honorable offrit $50,000.00 à l'un de nous pour développer privément cette industrie: nous avons fait sourde oreille à cette offre, car notre but était de garder cette institution dans le domaine universitaire. Le principe même de notre institution, la raison, le résumé de sa charte, l'arme qui nous a permis de passer à travers toutes les difficultés, c'est que, l'objet de l'Institut était la recherche scientifique, l'Institut doit faire servir *exclusivement,* aux fins de cette recherche, tout profit dérivant de la production et de la vente des produits biologiques faits dans ses laboratoires. L'Institut désire aussi et de cette façon contribuer à l'indépendance économique du Québec, à l'ouverture de carrières scientifiques pour les nôtres, à la formation d'experts, de chercheurs et de techniciens, à l'éducation et à la propagande scientifique et hygiénique.

Les sommes envoyées en dehors de la province et du pays pour l'achat de produits biologiques (entre $250,000.00 et $300,000.00 chaque année par la province de Québec seule) servent non seulement à payer le coût de revient de ces produits et, pour les industries privées, des dividendes substantiels aux action-

DANS LE TRAITEMENT MODERNE DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE



SOLGANAL-B OLEOSUM

Le SOLGANAL-B OLEOSUM (aurothioglucose), composé d'or possédant une efficacité thérapeutique élevée et une faible toxicité, pour le traitement du rhumatisme articulaire chronique. On rapporte en avoir obtenu une amélioration dans soixante-cinq à soixante-quinze pour cent des cas. Le SOLGANAL-B OLEOSUM s'administre en injections intramusculaires, en séries régulières alternant avec des périodes de repos. Des informations détaillées sur l'action et l'emploi du SOLGANAL-B OLEOSUM* peuvent être obtenues du Service de Recherche Médicale.

*Nom déposé au Canada.

SCHERING CORPORATION LIMITED

137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

naires, mais en plus et par le fait même ces sommes contribuent à ravitailler les recherches de l'Etranger et à faire vivre ses savants. En effet, la fabrication des produits biologiques (vaccins, sérums, hormones) requiert des travailleurs de haute science et suppose des recherches constantes.

L'Institut doit aussi collaborer avec les services de santé, avec l'Université de Montréal et les autres universités et avec les industries biologiques ou pharmaceutiques.

Toutes ces idées ressortent nettement dans la charte originale de l'Institut (1938) et elles sont répétées textuellement dans la nouvelle charte octroyée en 1942.

Premier octroi

Pour commencer, il fallait des fonds et nous avons frappé à la porte du Ministère provincial de la Santé. Le gouvernement provincial a étayé financièrement la fondation de notre entreprise. D'ailleurs le gouvernement de Québec nous avait pressés de créer cet Institut et, comme il s'agissait d'une corporation sans but lucratif, le capital nécessaire à une telle fondation et à son développement ne pouvait venir d'ailleurs que du gouvernement provincial.

Nous avions demandé un octroi annuel de $15,000.00 pendant 20 ans, nous permettant de financer une dépense immédiate de $80,000.00, de voir aux développements futurs et de payer les déficits éventuels. L'expérience a révélé que nos prévisions étaient justes. Le Ministère paya $75,000.00 comptant, avec l'assurance que l'Institut aurait toujours la sympathie des Ministères et pourrait revenir en temps et lieu. Nous faisons remarquer que la plus grande partie fut dépensée sous forme d'immobilisations, car, une toute petite partie de l'argent servit au recrutement et à la formation de notre personnel technique et à l'expérimentation des formules de production; la majeure partie fut immobilisée par l'achat de matériel et d'une ferme à Laval des Rapides, le long de la Rivière des Prairies. Sur cette ferme nous avons construit une écurie d'immunisation pour 20 chevaux, faisant partie de notre service de Sérothérapie.

Premières opérations 1941

Si nous avions eu des laboratoires adéquats, nous aurions été prêts, dès 1939, à produire sur une échelle convenable. Il avait été entendu que nous logerions dans les édifices de l'Université de Montréal à la montagne, dont le parachèvement devait se faire incessamment. Mais il survint deux années de retard dans ce parachèvement et, malgré que nous eussions les fonds pour équiper nos laboratoires, nous n'avons pu entreprendre la production industrielle avant septembre 1941 ni la vente avant avril 1942. Ce retard de deux ans dans notre installation nous a fait perdre le plus gros des occasions provoquées par la guerre. Pendant ce temps, nous travaillions quand même à diverses recherches, sur la mise au point des techniques de production, et à la formation du personnel, que nous voulions plus nombreux pour l'établissement rapide de tous les principaux services, une fois les laboratoires construits.

Essor

La nouvelle *Société d'Administration de l'Université de Montréal,* avec l'aide précieuse du Ministère Provincial, a finalement résolu le problème de nos laboratoires.

Efforts multipliés de la part des membres de cette Société, patience et bonne volonté de la part de nos membres aboutirent en 1940 à l'établissement de « CONVENTIONS » préliminaires à une loi (laquelle fut sanctionnée en 1942) nous unissant étroitement à l'Université. Alors nous avons construit les laboratoires de l'Institut dans les immeubles de l'Université. Les plans ont été approuvés par les autorités de l'Institut Pasteur de Paris et par les autorités fédérales du Canada. Tenant compte de notre climat et de nos besoins, évitant systématiquement le luxe auquel nous sommes fortement opposés, nous avons appliqué, dans nos divers services, des idées pra-

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 ¼ 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**

tiques que nous avions recueillies dans les laboratoires les plus réputés du monde. Nos laboratoires font l'envie d'autres institutions du même genre que la nôtre. Depuis le début, l'Institut a pris un essor proportionnel à l'envergure qu'on a exigée de lui. Il est évident que la somme de $75,000.00 n'a pu suffire à un tel développement. D'autant plus que, dû aux circonstances de la guerre, l'Institut est requis de rendre beaucoup de services au pays et doit profiter de l'occasion unique qui se présente de se développer rapidement. L'Institut a été sollicité de la part de presque tous les gouvernements alliés. Malheureusement, il n'a pu répondre à toutes ces sollicitations parce qu'il lui manque le capital voulu pour s'adapter à une rapide évolution et aussi parce qu'il n'est pas possible qu'après à peine un an de véritables opérations sur une base industrielle, il soit en mesure de répondre à toutes les demandes, comme le serait une plus vieille institution.

Récemment on a procédé à une réorganisation du bureau. Voici les noms des membres qui le constituent:

Messieurs Casaubon, Louis; Dubé, Dr Edmond; Dupuis, Armand; Frappier, Dr Armand; Gagnon, Wilfrid; Grégoire, Dr Jean; Groulx, Dr Adélard; Huot, Paul; Janin, Alban; Lawrence, A.-J.; LeSage, Dr Albert; Morin, René; Parizeau, Dr Télesphore; Préfontaine, Dr Georges; Prévost, Hervé.

SEMAINE DE PEDIATRIE A L'HOPITAL SAINTE-JUSTINE

Sous la direction du docteur Gaston Lapierre, professeur titulaire de pédiatrie à l'Université de Montréal et du docteur René Benoit, chef de la Crèche à l'hôpital de la Miséricorde, avec le concours du docteur Edmond Dubé, professeur titulaire, du docteur Henri Baril et du docteur Jean Saucier, professeurs agrégés à l'Université de Montréal, ainsi que des docteurs Jean Lapointe, Lucien Coutu, Willie Major, Antonio Léveillé, L.-A. Gagnier, Alcide Martel, assistants à l'enseignement clinique infantile.

Une série de leçons sur la puériculture et la médecine infantile seront données encore cette année à l'hôpital Sainte-Justine. Ces leçons sont destinées aux médecins et seront données du 24 au 29 mai 1943.

Une partie importante du programme sera consacrée à l'hygiène de l'âge pré-scolaire ainsi qu'à l'hygiène de l'âge scolaire.

Le programme détaillé de ces « leçons » paraîtra dans le prochain numéro.

NOMINATION

Le docteur Urgel Gariépy vient d'être nommé chef du service de chirurgie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal). Le nouveau titulaire remplace le docteur B.-G. Bourgeois récemment décédé. Nos meilleurs vœux et nos félicitations.

PROMOTION AU MAJOR E. MORIN EN ANGLETERRE

Le major Eustache Morin, du corps médical de l'armée canadienne, a été promu lieutenant-colonel, nous apprend une dépêche reçue d'outre-mer.

Le docteur Morin pratiquait la médecine à Québec jusqu'au début de la guerre. Agé de 37 ans, il est diplômé des collèges Ste-Marie et Loyola, de Montréal, et a fait ses études médicales en France, trois ans à l'Université de Toulouse, trois ans à l'Université de Paris.

Docteur en médecine de l'Université de Paris, il est revenu dans sa ville natale, il y a quelques années. Assistant en médecine à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, il était médecin au dispensaire de la brasserie Boswell lorsque la guerre a éclaté.

Le lieutenant-colonel Eustache Morin est maintenant chef de la section de médecine à l'hôpital Général n° 17, le premier et le seul hôpital canadien-français de l'armée canadienne d'outre-mer.

Maintenant, des Bébés de six semaines peuvent bénéficier des éléments nutritifs que contiennent les fruits, les légumes et les céréales grâce aux

Libby's
HOMOGENIZED
(EXTRACELLULAR)
ALIMENTS
POUR BÉBÉS

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 celluleuses grossières et indigestes pour l'appareil digestif des bébés.

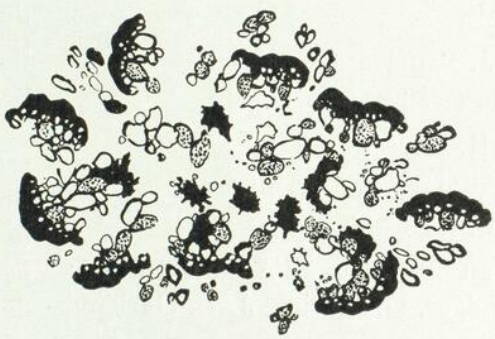
Des épreuves, faites dans des éprouvettes, ont démontré que les Légumes Homogénéisés Libby's se digèrent beaucoup plus complètement en 30 minutes que ne le font les légumes en purée en deux heures. Toutes les fibres grossières et les parois indigestes des cellules nutritives étant transformées en une 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 celluleuses 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.
2. Citrouille, tomates, haricots verts.
3. Pois, carottes, épinards.
4. Lait complet, blé complet, farine de soya.
5. Pruneaux, jus d'ananas, jus de citron.
6. Soupe—carottes, céleri, tomates, foie de poulet, orge, oignons.
7. Soupe maigre—consistant de céleri, pommes de terre, pois, carottes, tomates, farine de soya et orge. Peut être donnée aux très jeunes bébés.
8. Combinaison de fruits améliorée — Mélange nourrissant de bananes, pommes et abricots, dont le goût est très agréable.
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.
10. Tomates, carottes et pois—Une nouvelle combinaison de légumes, savoureuse et exceptionnellement bonne au point de vue diététique.

Et, de plus, Trois Légumes Seuls Spécialement Homogénéisés

CAROTTES — POIS — ÉPINARDS et
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGÉNÉISÉ LIBBY'S

Faits au Canada par

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA LIMITED, Chatham, Ont.

Il s'enrôla dès septembre 1939, dans la 18e ambulance de campagne à Québec. Il a été tour à tour médecin des Fusiliers Mont-Royal, du régiment de Maisonneuve, du 1er régiment anti-chars, puis de la 4e ambulance et de l'hôpital Général n° 1.

ELECTIONS A L'HOPITAL NOTRE-DAME

Le Conseil Médical et le Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame se sont choisi pour le prochain exercice les officiers suivants:

Conseil.

Président: L. Gérin-Lajoie.

Vice-président: A. de Guise.

Secrétaire: G. Hébert.

Membres de l'Exécutif: MM. A. Léger, U. Gariépy, A. Bertrand, P. Panneton, D. Marion; le Président et le Vice-président « ex officio ».

Bureau.

Président: J. Saucier.

Vice-président: Ch. Hébert.

Secrétaire: R. Simard.

Secrétaire-adjoint: Y. Chaput.

Bibliothécaire: E. Ménard.

Délégués au Bureau d'Administration: MM. A. Léger, D. Marion, J.-U. Gariépy.

ELECTIONS A L'HOPITAL SAINT-LUC

A la réunion plénière du personnel médical de l'hôpital St-Luc, tenue ces jours derniers, on a procédé à la réélection pour un troisième mandat des officiers du bureau médical de l'hôpital.

Président, le le Dr Aimé Desforges; vice-président, le Dr Rosaire Lauzer; secrétaire, le Dr Paul-René Archambault. Délégués au Conseil médical, les Drs Arcade Labelle et Jean LeSage; secrétaire du comité scientifique, le Dr Auguste Hébert.

28,962 MARIAGES ET 76,881 NAISSANCES EN DIX MOIS

Augmentation de natalité de 2.2 pour cent

Selon un rapport démographique préliminaire, émanant du département de la Santé et du Bien-Etre social, il y a eu durant les dix premiers mois de 1942, dans la province, 76,881 naissances vivantes, soit un taux de 27.4, 28,962 mariages, soit un taux de 10.3, 27,585 décès, soit un taux de 9.8, et 5,473 décès infantiles soit un taux de 71.2. Il est probable que les statistiques de novembre et de décembre ne modifieront pas ces proportions. On peut donc dès à présent établir une comparaison avec l'année 1941 qui a obtenu les taux suivants: natalité: 26.8; nuptialité: 9.8; mortalité générale: 10.3; mortalité infantile: 75.9. 1942 accuse donc une augmentation du taux de natalité de 2.2% et de nuptialité de 5.1%, tandis que le taux de mortalité générale diminue de 4.9% et celui de la mortalité infantile de 6.2%. A moins de variations inattendues au cours des deux derniers mois, ce sont là les proportions d'amélioration que 1942 enregistrera.

En conséquence il appert que l'amélioration est générale: il y a accroissement de la natalité et de la nuptialité et une diminution de la mortalité, tant générale qu'infantile. Il se peut, d'un autre côté, qu'il y ait augmentation de certaine mortalité spécifiée, telle la tuberculose qui, à date, marque le taux de 81.9 contre celui de 80.6 de 1941, ou encore les maladies infectieuses dont le taux actuel est de 18.7 contre 18.0 en 1941. Dans l'ensemble, ces légères variations sont compensées par d'autres, notamment la mortalité par les cardiopathies qui seront probablement moindres cette année.

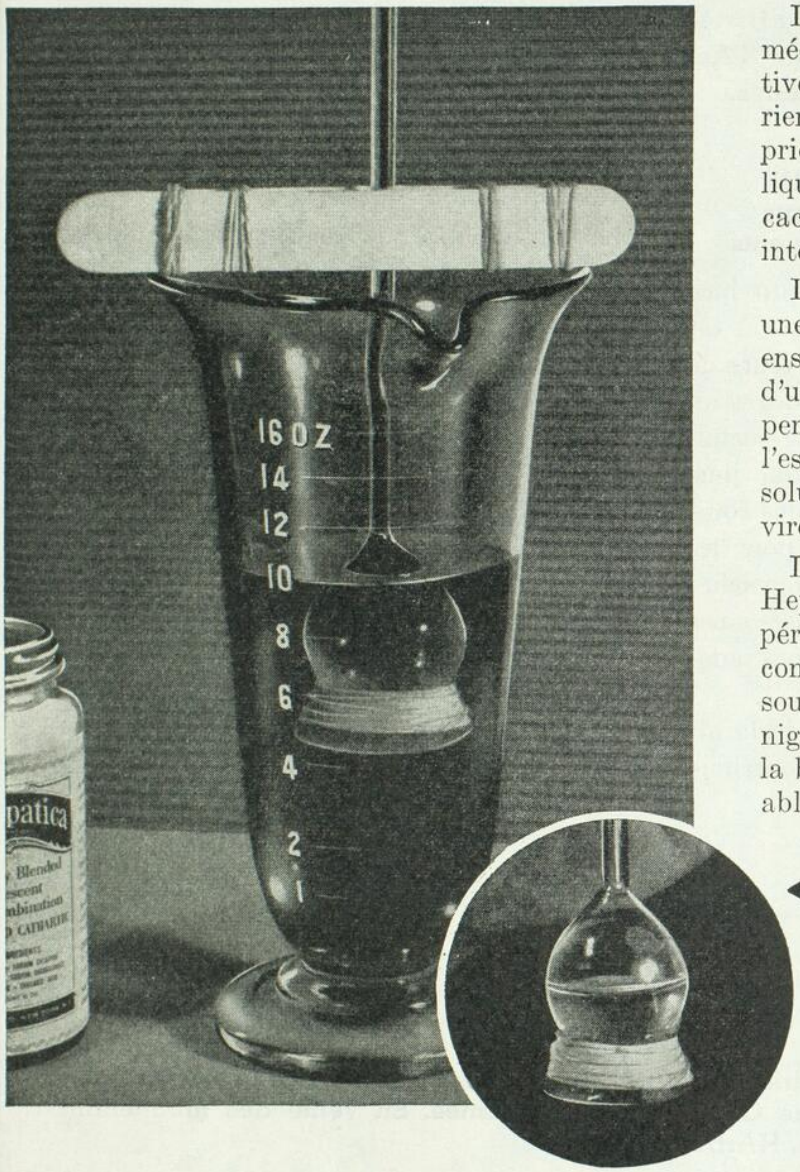
SOCIETE DE BIOLOGIE DE MONTREAL

Séance du 4 mars 1943

Conférence publique de biologie générale

La troisième conférence de biologie générale organisée par la Société de Biologie de

L'APPAREIL PHOTOGRAPHIQUE INDIQUE LE VOLUME LIQUIDE PRODUIT PAR LE SAL HEPATICA



Depuis nombre d'années la profession médicale reconnaît la haute valeur laxative du Sal Hepatica. Une nouvelle expérience de laboratoire confirme la propriété du Sal Hepatica de créer le volume liquide qui débarrasse rapidement, efficacement et complètement le tractus intestinal de ses déchets.

Dans un tube de sûreté on introduit une solution de Sal Hepatica. Le tube est ensuite hermétiquement fermé au moyen d'une membrane semi-perméable et suspendu dans la solution de Ringer. Dans l'espace de deux heures le volume de la solution de Sal Hepatica augmente d'environ 34%, et en 6-12 heures de 100%.

Le volume liquide formé par le Sal Hepatica nettoie l'intestin et stimule le péristaltisme. Les substances salines qu'il contient sont des plus salutaires dans le soulagement des douleurs gastriques bénignes: il stimule aussi l'écoulement de la bile. Demandez nos notices sur l'agréable effervescent Sal Hepatica.

Dissolution typique effectuée par la solution de Sal Hepatica. Au bout de 4 à 6 heures le ménisque s'élève du bas jusqu'au sommet du tube de sûreté. (Voir la vignette.)

SAL HEPATICA



SUPPLIES LIQUID BULK TO FLUSH THE INTESTINAL TRACT

Bristol-Myers Company, 3035-F, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.

Montréal sous les auspices de *l'Acfas* et de la *Revue Canadienne de Biologie* a eu lieu le jeudi 4 mars, à l'Université de Montréal.

Le conférencier fut monsieur le professeur Henri Laugier qui parla de **la Biologie au service du Combat.**

Séance du jeudi 25 mars 1943

La conférence de cette semaine fut donnée par le docteur Hans Selye, professeur d'Histologie à l'Université McGill, qui parla de **"l'Action anesthésique de certaines hormones.**

CONSOMMONS DU LAIT SAIN

Le lait est essentiel à votre santé
On confisque 10,182 livres d'aliments

« Fournir à la population de la province l'avantage de consommer du lait sain, tel est l'un des principaux devoirs des inspecteurs de la division des unités et districts sanitaires au ministère de la Santé et du Bien-être social. Tous connaissent le rôle bienfaisant que joue le lait, qui, pour être la nourriture la plus complète et la mieux appropriée surtout pour les enfants en bas âge, doit provenir de vaches saines, avoir été manipulé par des personnes en bonne santé, et dans des conditions adéquates de propreté. »

Il ne faut jamais oublier ce que déclarait récemment un hygiéniste: « Si le lait contribue pour une large part à entretenir la vie chez la presque totalité des êtres humains, il est malheureusement la cause indirecte de la mort de plusieurs. »

Dans le but d'assurer à la population, une protection de plus en plus complète contre les épidémies qui ont leur source dans les produits laitiers, les inspecteurs de la province surveillent très étroitement les établissements où se fait la manutention du lait. Au cours de décembre, pour cette raison, ils ont visité 15 beurreries et fromageries, 151 laiteries publiques, 121 usines de pasteurisation et 486 vacheries et laiteries du producteur.

La surveillance de la salubrité publique s'étend dans notre province à toutes les denrées alimentaires. En décembre, 10,182 livres d'aliments impropres à la consommation furent confisquées à la suite de la visite de 196 boulangeries, 912 épiceries, 354 restaurants, 1,193 boucheries et 145 marchés publics.

ASSOCIATION CATHOLIQUE DES HOPITAUX CANADIENS ET AMERICAINS

L'Association tiendra une conférence à Pittsburg du 11 au 14 juin 1943, à l'invitation et sous le patronage de Son Excellence Monseigneur Hugh C. Boyle, Evêque de Pittsburg.

Wilson & Lafleur, Librairie Générale, ont le plaisir d'annoncer la réimpression de Savy "Thérapeutique Clinique" en 3 volumes. En vente dès maintenant. 10 ouest, rue St-Jacques. HArbour 1960.

BUREAUX À LOUER

Bureaux de médecin à louer. Meublés ou non meublés. S'adresser à: 286 Carré Saint-Louis, Montréal. Tél.: LAncaster 3742.

IODAMINOL



L'IODAMINOL est un composé d'iode métalloide et d'acides aminés. Synthèse partielle des principes iodo-thyroidiens, dont l'iode est entièrement utilisable par l'organisme.

Chaque comprimé renferme 0 gm 01 d'iode et représente 4 gouttes de solution Lugol.

DOSE: 6 à 12 comprimés par jour entre les repas.

LABORATOIRES DESBERGERS - BISMOL
MONTRÉAL



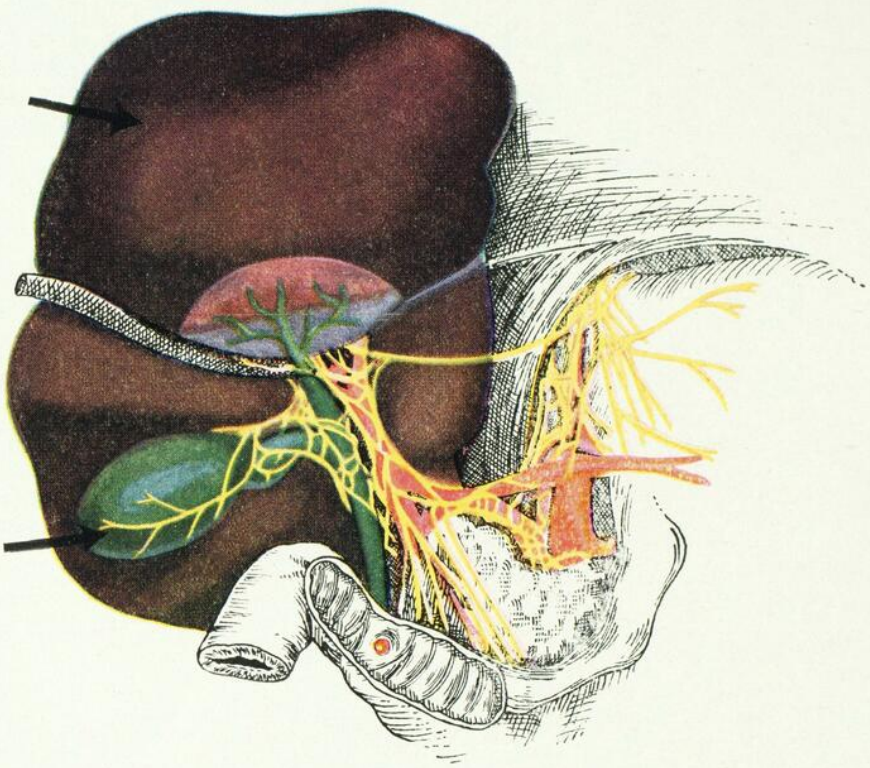
Flacon de 100 comprimés

=



AGOBYL
agent de drainage

Les cholériticques stimulent le foie mais n'ont aucune action sur la vésicule.



Agobyl contracte et vide la vésicule.

Agobyl, cholagogue authentique, est un agent médical de drainage des voies biliaires et doit être préféré aux traitements à base de sels aux acides biliaires.

Tous les troubles hépatiques excepté ceux de nature chirurgicale sont justiciables de l'AGOBYL-thérapie.

AGOBYL est présenté en boîtes de 125 grammes.
(Granulé soluble)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURES SUR DEMANDE.

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

PHARMACIENS-BIOLOGISTES

388 RUE ST-PAUL OUEST • MONTRÉAL

Premièrement... **Perspective**

Ensuite . . . . . **Réalisation**

et Maintenant... ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Council on Pharmacy and Chemistry

CHLORURE DE ZEPHIRAN

Marque de commerce enregistrée au Canada.
Marque du chlorure de benzyle-trialkonium.
Germicide non mercuriel.

Dès son introduction en thérapeutique, le Chlorure de Zephiran laissa entrevoir certaines propriétés avantageuses qui, jusqu'ici, manquaient aux plus puissants germicides bactériologiques.

Cependant, entre la promesse et la réalisation la route est ardue et longue: les recherches et les travaux cliniques ont démontré que le Chlorure de Zephiran a donné des preuves évidentes que certaines autres propriétés, essentielles aussi dans la désinfection préopératoire de la peau, peuvent exister dans l'efficacité d'un germicide.

En reconnaissance de l'efficacité reconnue du Chlorure de Zephiran à répondre plus avantageusement aux besoins pressants de nos jours, le Conseil de Pharmacie et de Chimie lui a accordé le sceau d'approbation.

Le Chlorure de Zephiran est un composé de chlorure d'alkyle-diméthyle-benzyle-ammonium de poids moléculaire élevé. Il ne contient ni phénol, ni iode, ni mercure ou autres métalloïdes.

En outre de son efficacité comme désinfectant, le Chlorure de Zephiran offre d'autres avantages multiples:

- **Action rapide**
- **Propriétés détersives**
- **Pouvoir de pénétration**
- **Dilué selon les indications, il est inoffensif pour les tissus**
- **Vaste champ d'utilisation**
- **Economique**

CHLORURE DE ZEPHIRAN

Marque de commerce enregistrée au Canada

GERMICIDE DANS **les cas de chirurgie et d'obstétrique . . . dans la désinfection de la peau et des membranes muqueuses . . . dans les plaies infectées. EN UROLOGIE . . . lavage de la vessie et irrigation. YEUX, OREILLES, NEZ ET GORGE. STÉRILISATION DES INSTRUMENTS.**

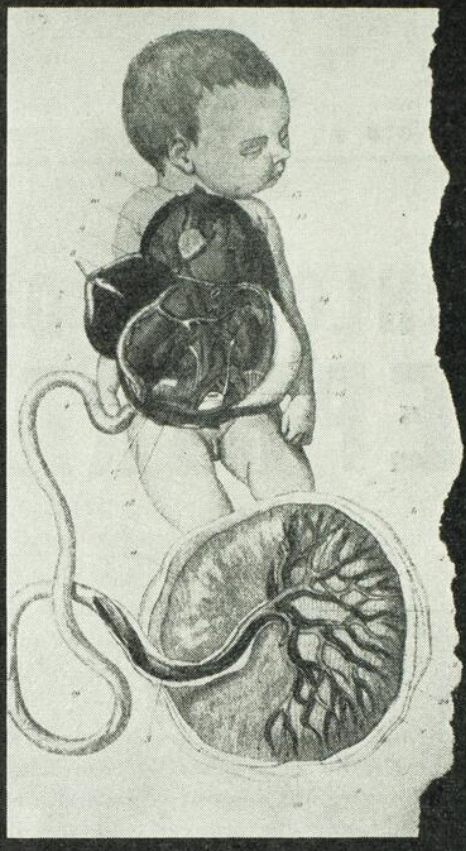
ALBA PHARMACEUTICAL DIVISION

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Succursale au service de MM. les Médecins:
Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL, P. Q.

SUCCESSEUR

Administration et Laboratoires à:
1019 ouest, rue Elliott,
WINDSOR, Ontario.



This interesting study of fetal circulation is taken from Antonin Bossu's Anthropologie Etude des Organes, Fonctions, Maladies de l'Homme et de la Dame published in Brussels in 1847.

CES COMPLICATIONS SONT VIEILLES COMME LE TEMPS

Lorsque le travail doit être stimulé, l'obstétricien se fie au Pitocin, l'hormone ocytocique avantageuse et certaine.

Le Pitocin renferme le principe ocytocique du lobe postérieur de l'hypophyse pratiquement sans activité hypertensive.

Pitocin est presque totalement déprotéinisé, c'est pourquoi un grand nombre de médecins préconisent l'usage routinier du Pitocin en obstétrique.

Le Pitocin agit directement sur le muscle utérin. Lorsqu'il n'y a pas de complications, Pitocin est indiqué dans l'inertie, et aussi pour enrayer l'hémorragie utérine.

Pitocin

Produit de recherches modernes offert à la profession médicale par:

PARKE, DAVIS & COMPAGNIE
WALKERVILLE, ONTARIO



Vebex est le genre de produit que vous attendiez de la maison Mowatt et Moore. Sa formule est le fruit d'études prolongées sur les déficiences en vitamine B au cours de la vie quotidienne. A chaque temps de sa fabrication cette formule a été soumise aux contrôles les plus rigoureux et elle vous offre un complexe vitaminique B que vous pouvez prescrire avec confiance.

➡ Lorsqu'ils prescrivent un produit qui représente le complexe Vitaminique B les médecins savent que celui-ci doit contenir une dose considérable de chlorure de thiamine alors qu'ils n'est pas nécessaire que la riboflavine, l'acide nitotinique et les autres facteurs B soient représentés en quantités excessives; le dosage de ces derniers doit simplement viser à la prophylaxie de leur carence.

Vebex est offert sous la forme de comprimés et d'élixir.

haque comprimé contient:

- ...e B_1 - - 1333 Unités Internationales
- ...e B_2 - 0.50 mg. (200 unités Sherman)
- ...e B_6 - - - - - - - 100 gammas
- ...icotinique - - - - - - - 4 mg.
- ...ténate de calcium - - 200 gammas

haque once liquide contient:

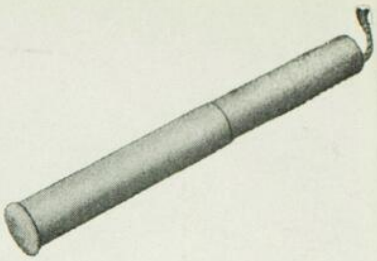
- ...e B_1 (*Chlorure de thiamine*) 1500 Unités Internationales
- ...e B_2 (*Riboflavine*) 0.50 mg. (200 unités Sherman Bourquin)
- (*...idoxine*) - - - - - - 250 gammas
- ...icotinique - - - - - - - 6.25 mg.
- ...ténate de calcium - - 500 gammas

...ne base aromatique de bon vin.

Mowatt & Moore Ltd
PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

Les tampons menstruels

sont-ils d'une grande importance pour le médecin?



Evidemment non! Cependant — sont-ils assez importants pour justifier l'énumération de certains points convaincants? Certainement oui! Car, demain, la patiente dont l'estime lui est très précieuse pourra particulièrement désirer apprendre comment éviter une irritation vulvaire périodique très douloureuse . . . comment bénéficier des avantages de l'absorption interne sans difficulté d'introduction du tampon . . . comment obtenir une protection adéquate durant les jours d'écoulement abondant . . . ou plusieurs questions de réelle importance pour elle.

Pour son bénéfice, le médecin rappellera:

. . . que Tampax est comprimé à un sixième de son format normal, dans un applicateur individuel qui permet l'insertion haute et facile;

. . . que seul Tampax (de tous les tampons similaires) s'aplatit compètement et s'adapte bien à la voûte vaginale, donnant une assurance et un confort absolus;

. . . que le fin coton hydrophile reste en contact avec l'épithélium vaginal sans provoquer d'irritation interne ou externe;

. . . que sa grande capacité d'absorption donne à ses longues fibres de coton une action capillaire qui imbibe librement l'écoulement et en empêche l'arrêt;

. . . que seul Tampax (de tous les tampons similaires) est piqué avec des coutures entre-croisées qui empêchent sa désagrégation in situ*; la ficelle à l'épreuve de l'humidité, extension inséparable de ces piqûres, permet son retrait facile; que Tampax se présente en trois formats (super, régulier, junior) pour répondre à tout besoin particulier;*

. . . que des centaines et des milliers de patientes ont trouvé un confort nouveau — une commodité nouvelle — et une tranquillité d'esprit parfaite.

Le médecin qui explique toutes ces choses à ses patientes constate sans doute que (si elles sont comme la plupart des patientes qui ont été aidées de cette façon) leur hygiène menstruelle en est grandement améliorée et qu'elles lui en sont très reconnaissantes.

Sur réception de ce coupon nous vous adresserons des échantillons.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION — 533 COLLEGE STREET — TORONTO, ONT.

TAMPAX

CRÉÉ D'UNE FAÇON FONCTIONNELLE PAR UN MÉDECIN POUR UNE VÉRITABLE PROTECTION HYGIÉNIQUE.

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION".

CANADIAN TAMPAX CORPORATION
533 College Street, Toronto, Ont.

Il me ferait plaisir de recevoir des échantillons des 3 formats de Tampax.

Nom .....

Adresse .....

Ville ..... P 3-6

Le COLLÈGE ROYAL des MÉDECINS et CHIRURGIENS du CANADA

Examens 1943

L'examen pour l'admission comme membre "Fellow" comporte deux parties: l'examen primaire et l'examen final.

L'examen primaire comprend les sujets suivants: L'anatomie, comprenant l'histologie et l'embryologie.

La physiologie, comprenant la biochimie.

L'examen primaire comprend les sujets suivants: l'anatomie, comprenant entier.

L'examen primaire peut se passer en aucun temps après que le candidat aura complété un cours d'études et subi les examens en anatomie, histologie, embryologie, physiologie et biochimie, dans une Ecole de Médecine ou une Université approuvées par le Conseil. Le candidat est tenu de présenter un certificat accompagnant son application.

LANGUES EN USAGE POUR LES EXAMENS

Au moment de leur application, pour l'examen primaire ou final, les candidats devront mentionner s'ils désirent passer leur examen en français ou en anglais. Des formules d'application sont à leur disposition dans les deux langues.

STANDARD DE QUALIFICATION

Aucun livre de texte ou abrégé n'est recommandé concernant les différents sujets. Tous les candidats doivent faire preuve d'une connaissance parfaite des sujets sur lesquels ils seront examinés et devront bien connaître la littérature courante concernant ces sujets.

Les réponses, écrites ou orales, des candidats à l'examen final doivent témoigner d'un bon jugement critique.

ENDROITS ET DATES DES EXAMENS — 1943

Les endroits choisis pour les examens par écrit sont les suivants: Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax.

Examens annuels, 4, 5 et 6 octobre.

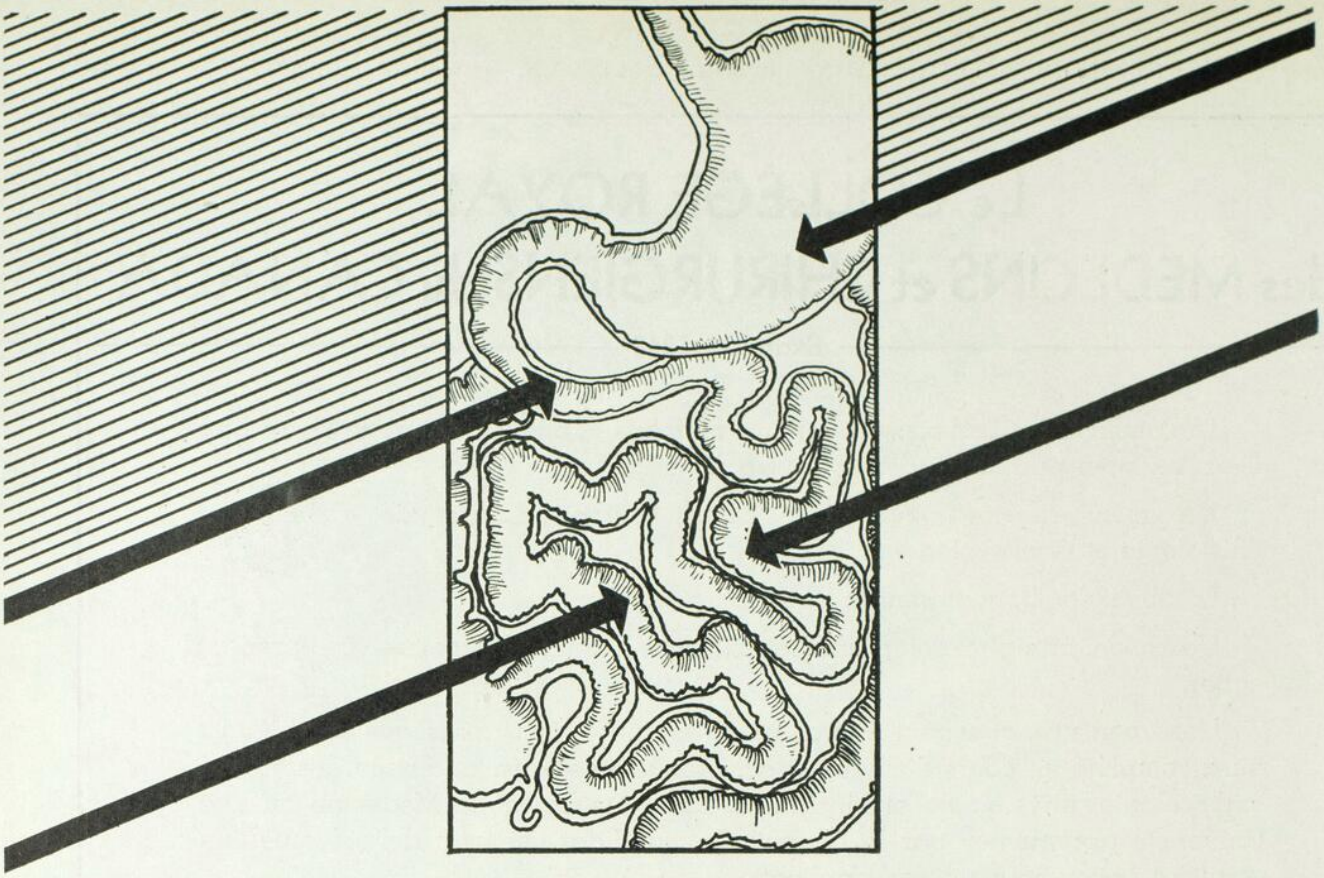
Les examens oraux sur les sujets primaires, et les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu comme suit:

Examens annuels pour les candidats de langue française — à Québec ou à Montréal — les 25 et 26 octobre.

Les candidats gradués de 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de subir l'examen primaire, mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de de l'application clinique de la physiologie.

Cet examen spécial se fera sous la direction de cliniciens.

Toutes les communications doivent être adressées à **Warren S. Lyman, M.D., F.R.C.P. (C.)**
Honorary Secretary,
Chambre 3018,
National Research Laboratories,
Rue Sussex, Ottawa, Ontario.



EFFET ANTIACIDE PROLONGÉ

La faible solubilité de l'hydrate de magnésie prolonge son action antiacide. Le lait de Magnésie Phillips exerce un contrôle efficace sur l'acidité tout en empêchant l'effet hypersécréteur nuisible que provoque ordinairement l'administration d'agents alcalisants.

- L'action laxative légère, mais efficace, s'opère par la transformation dans l'intestin de l'hydrate de magnésie en bicarbonate de magnésie.

- Dans le traitement de l'ulcère peptique: "Parmi les sels de magnésium, l'oxyde de magnésium est sûrement celui de choix. Il est insoluble et possède presque quatre fois la valeur neutralisante du bicarbonate de soude. En outre, sa neutralisation est plus persistante si on le compare au bicarbonate de soude..."

Wharton, Jr., J. B.: Tri-Sta. Med. Jl., p. 2252, avril 1939.

POSOLOGIE: Comme antiacide — 2 à 4 cuillerées à thé (2 à 4 comprimés).
Comme laxatif léger — 2 à 8 cuillerées à thé.

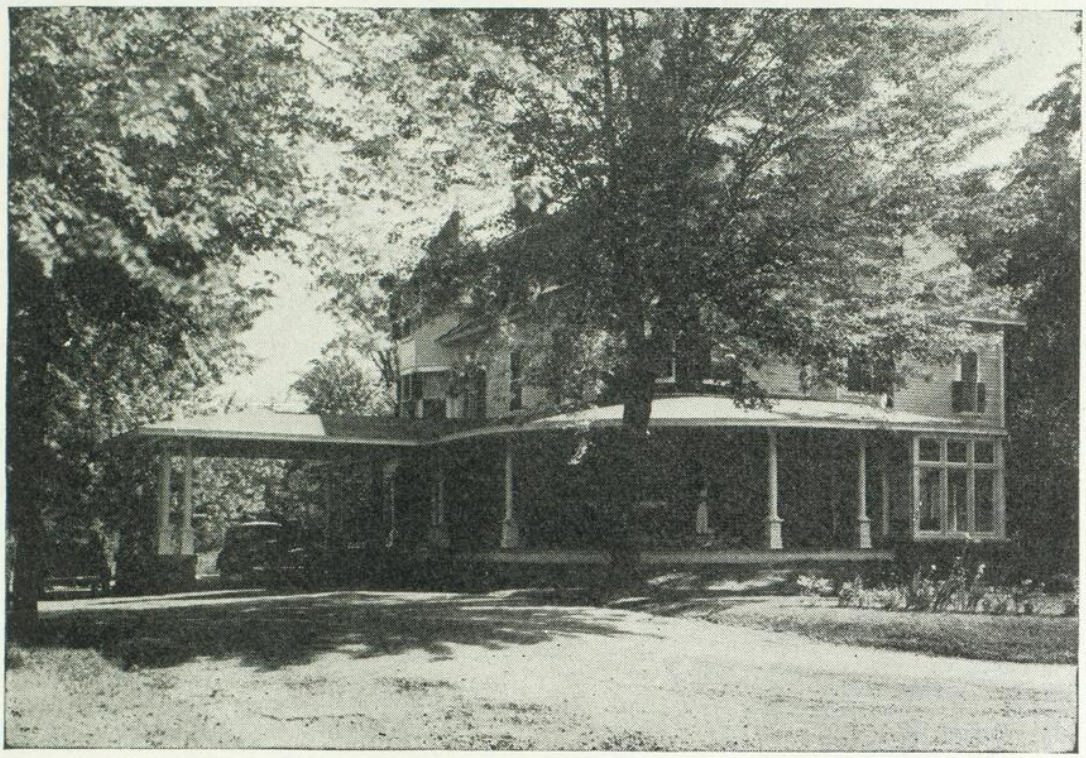


Le Lait de Magnésie
PHILLIPS

Préparé seulement par

THE CHAS. H. PHILLIPS CHEMICAL CO. Windsor, Ontario

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

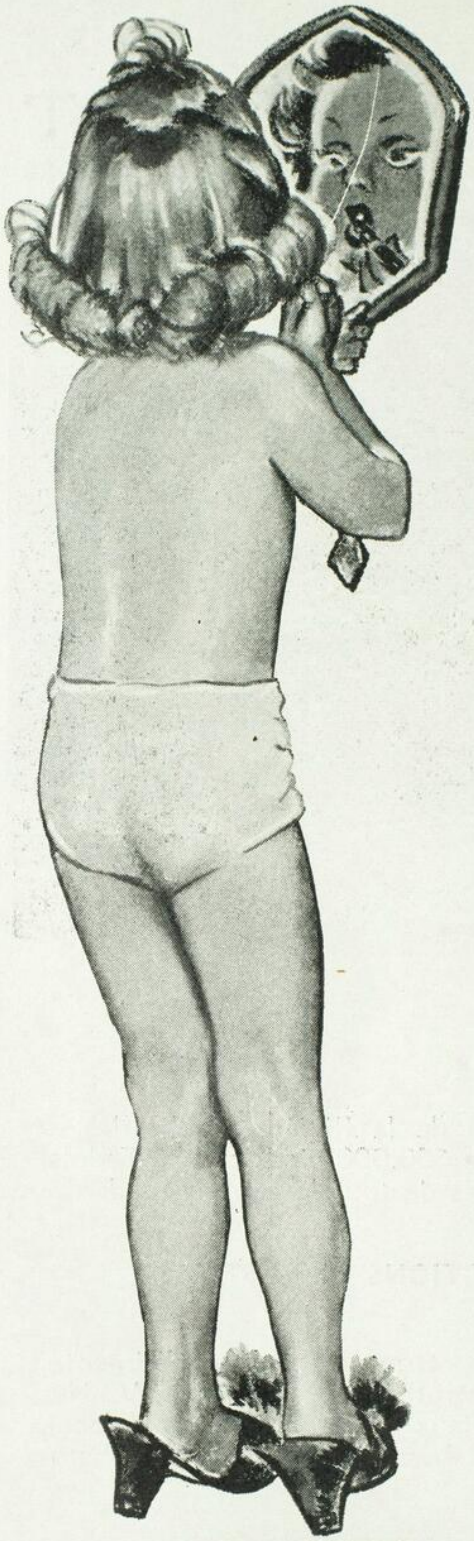
TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

4455 ouest, Boulevard Gouin, **Téléphone: BYwater 1240**

La fillette acquiert du charme



...quand le lait fait aussi partie de son alimentation solide

Si le charme se révèle déjà avec la formule alimentaire bien élaborée que prescrit le médecin dès les premiers mois de l'existence, il se continue avec une alimentation bien équilibrée contenant une quantité suffisante de matières solides nutritives de lait. Ces matières solides — comme semblent l'ignorer plusieurs parents — se trouvent dans toutes les formes de laitages et non pas seulement dans le lait absorbé comme breuvage.

En ces jours de vie chère, le médecin aura souvent raison d'attirer l'attention sur la valeur nutritive et économique du Lait Irradié Carnation, et les avantages de ce lait évaporé de haute qualité dans la préparation de mets appétissants, riches en matières solides de lait, si goûtés des enfants. On peut souvent l'employer non dilué pour doubler les matières solides dans chaque portion. Dilué dans la proportion de 1:1 (lait entier), il sera très utile pour les besoins culinaires ordinaires. Comme breuvage, il est sain et savoureux... *Carnation Co. Limited, Toronto.*



Lait Carnation

IRRADIÉ

Produit dans le Québec

"provenant de vaches bien nourries"

C'EST UNE ÉDITION BEAUCHEMIN



SOURCIERS! . **PENDULISANTS!**

Lisez

A travers le temps et l'espace

par **C.-V. JOHNSON**

PRIX : franco $1.35

Que vous y croyiez, ou non, la radiesthésie est aujourd'hui une science reconnue. L'auteur en établit la genèse avec tout le soin qu'il a apporté à étudier le sujet. Puis il nous ramène, dans une partie expérimentale, à toutes les recherches et constatations, soigneusement contrôlées, qui lui permettent de prouver la théorie psychique de la radiesthésie.

A travers le temps et l'espace

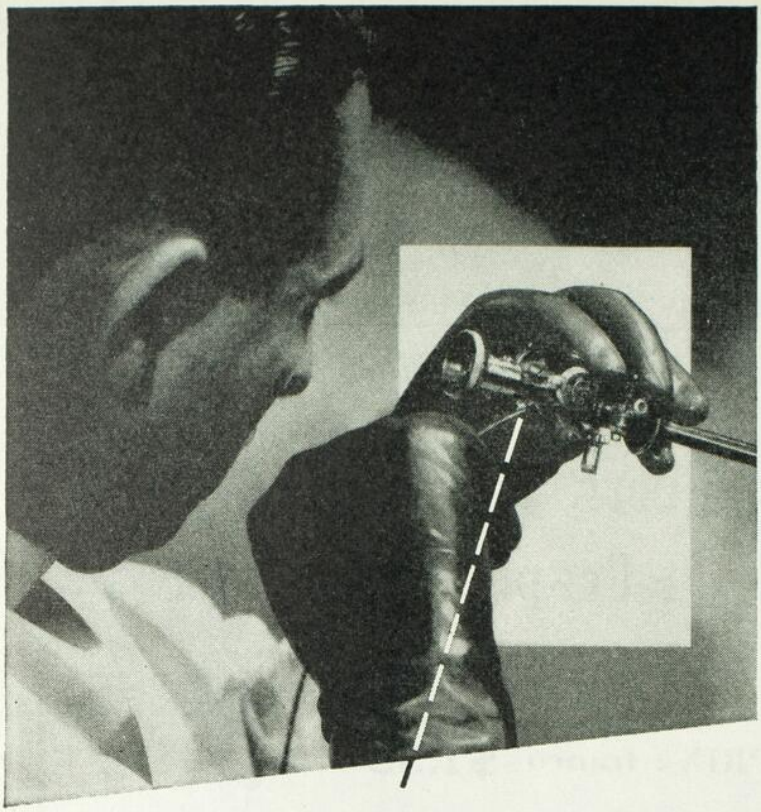
est le premier ouvrage écrit au Canada sur le pendule et ses découvertes. Il vous intéressera au plus haut point.

CROYEZ-Y — N'Y CROYEZ PAS

mais lisez: **A travers le temps et l'espace.**

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

Librairie BEAUCHEMIN Limitée 430, rue St-Gabriel, Montréal



Prenez-en soin- ils sont précieux!

Aujourd'hui, plus que jamais, il faut prendre grand soin des gants et des instruments. Raison de plus pour employer la Gelée Lubrifiante K-Y. Non graisseuse, facile à enlever par le lavage, elle est parfaitement inoffensive pour le métal et le cautchouc si précieux. Aseptique, douce et non irritante, la K.Y. est le lubrifiant idéal pour les cathéters, sondes rectales, cystoscopes, spéculums, et autres instruments identiques.

Composition: chrondrus (mousse d'Irlande), tragacanthe, glycérine, eau, acide borique.

ACHETER-LA DE VOTRE FOURNISSEUR

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Les plus grands fabricants au monde de pansements chirurgicaux



GELÉE LUBRIFIANTE

1896



1943

SANATORIUM de BLOIS

47e année d'existence

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . **Dr Charles de BLOIS**

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . **Dr Georges de BLOIS**

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE

Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420 **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

LA GUERRE OCCASIONNE UN SURCROÎT DE FATIGUE AUX MAÎTRESSES DE MAISON

Pourquoi ne pas leur prescrire un support Spencer?





Nombreuses sont les femmes dont le mari et les fils travaillent dans les usines de guerre et font partie d'équipes différentes. Vu le problème des domestiques, les femmes sont forcées à un surcroît de travail qui donne beau jeu à la fatigue!

N'est-il pas vrai que le travail domestique — ménage, cuisine, soin des enfants — met à moins forte contribution les forces d'une femme quand son corps est maintenu dans une bonne attitude, quand les muscles de l'abdomen et du dos sont soulagés de toute tension?

Plusieurs médecins ont commenté le fait qu'il y a réaction favorable quand le maintien d'une femme est meilleur, que son abdomen et son dos sont soutenus. Puis, ils ajoutent que la malade en ressentant un bien-être général, l'amélioration du maintien a un bon effet sur l'attitude mentale.

Tout support Spencer est individuellement dessiné et fait pour la seule personne qui doit le porter, dans le but d'améliorer son attitude et servir de support abdominal, sans nuire à la restauration de l'élasticité musculaire. Cette méthode assure que le support est correct de principe, ajuste parfaitement, est confortable et qu'il met le poids du support sur la ceinture pelvienne, non pas sur l'épine dorsale, dans la région lombaire ou au-dessus.

Comment la corsetière Spencer seconde le médecin

La corsetière Spencer livre personnellement le support que vous prescrivez, elle l'ajuste et continue à suivre la cliente afin de s'assurer que sa satisfaction est permanente. Cela vous évite les plaintes des patientes relativement à l'ajustement et au confort de leur corset.

Si vous voulez faire servir votre patiente chez elle, à votre bureau ou à l'hôpital, consultez le bottin du téléphone, sous la rubrique "Corsetière Spencer", ou écrivez-nous directement.

NOUS PERMETTREZ-VOUS DE VOUS ADRESSER UNE BROCHURE?

Supports pour l'abdomen, le dos et les seins

***DESSINÉS INDIVIDUELLEMENT* par**

SPENCER

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: 137, avenue Derby,
New Haven, Connecticut.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited,
Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

..... M.D.

Adresse 151-4-43

ÊTES-VOUS NÉ ENTRE
le 22 mars et le 20 avril?



Votre vie sera probablement très active, mais couronnée de succès. Vous demandez le mieux pour votre argent et

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.

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 .....

.....

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

LE BRANDY SUD-AFRICAIN

est reconnu pour sa haute teneur en esters

L'efficacité des esters du brandy sud-africain est reconnue par la profession médicale britannique qui utilise grandement ce brandy dans les hôpitaux. Le soleil et le sol sud-africain et les soins apportés à sa production, assurent l'invariable qualité de cet excellent brandy. Il est garanti par le gouvernement sud-africain quant à son âge et à sa pureté.

Gagnant de la médaille d'or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au "Royal Agricultural Hall", Londres, Angleterre, en 1937.

D'autres excellents 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.

A VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, environ $180,000,000
529 bureaux au Canada

J.-O. GIROUX

OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.
A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. LAURIER

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE
MONTRÉAL

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

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE

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**

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratoires Ltée (Nembutal) 36
Alba Pharmaceutical Company, Inc. (Chlorure de Zephiran) 481
American Can Co. (Les produits en boîtes) . . . 33
Anglo-French Drug Cie (Cortunon) 457
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Le choix de six préparations) 1
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Extrait de foie) . 2
Banque Canadienne Nationale (A votre disposition) 494
Bard-Parker Company, Inc. (Formaldehyde Germicide) 30
Brandy Sud-Africain 494
Bristol-Myers Company (Sal Hepatica) 479
Canada Drug Co., Ltd. (Paveral) 495
Canada Starch Co. Ltd. (Sirops de maïs "Crown Brand") 493
Canadian Tampax Corporation (Les tampons menstruels) 484
Carnation Co. Limited (La fillette acquiert du charme) 488
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Thiozol) 23
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Appareil à Rayons-X Westinghouse portatif modèle "C") 25
Ciba Compagnie Limitée (Cibazol) 24
Cow & Gate (Canada) Ltd. (Peptalac) 32
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada 485
Denver Chemical Manufacturing Company. The (Antiphlogistine) 7
Dohow Chemical Company, Ltd. (Auralgan) . . . 495
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Trephonyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) 475
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. lère page de la couverture
Frosst, Charles E., & Co. 17
Frosst, Charles E., & Co. 18
Frosst, Charles E., & Co. 19
Frosst, Charles E., & Co. 20
Giroux, J.-O. (Opticien) 494
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) 463
Herdt & Charton, Inc. (Vératrite) 467
Imperial Tobacco Ltd. (Sweet Caporal) 493
Johnson & Johnson Ltd. (Gelée lubrifiante K-Y) . . 490
Laboratoires DesBergers-Bismol (Fertinic) . 4e p. de la couv.
Laboratoires Jean Olive (Panglandine) — (Ergépatine) 28
Laboratoires Poulenc Frères (Dycholium) 2e p. de la couv.
Lederle Laboratories, Inc. (Microbes de haute lignée) . 9
Libby, McNeill & Libby of Canada Limited (Aliments pour bébés) 477
Librairie Beauchemin Ltée (A travers le temps et l'espace) 489
Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Une nécessité imposee par la guerre) 21
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) 5
Merck & Co., Ltd. (Tryparsamide) 31
Millet, Roux & Cie, Ltée (Endo-Plex-D) 10
Monty, Gagnon & Monty 466
Mowatt & Moore Ltd. (Vebex) 483
Parke, Davis & Compagnie (Pitocin) 482
Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La . . 4

Pages

Phillips Chemical Co. (Le lait de magnésie Phillips) . 486
Rougier Frères (Neuréol) — (Loravine) 3
Rougier Frères (Bes-Min) 455
Sanatorium de Blois (47e année d'existence) . . . 491
Sanatorium Prévost Inc. 487
Schering Corporation Limited (Solganal-B Oleosum) . 473
Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (Calglucol "D" E.B.S.) 461
Smith & Nephew Ltd. ("Cellona") 471
Spencer Corsets (Canada) Ltd. (La guerre occasionne un surcroît de fatigue) 492
Squibb, E. B. & Sons of Canada, Ltd. (Les sels ferreux) 465
Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Ferrous Gluconate) 27
Usines Chimiques du Canada Inc. (Trois Points) . . . . . 3e page de la couverture
Upjohn (Au bas de l'échelle) 26
Vinant Limitée (Pommade Midy) — (Valérianate Pierlot) 13
Vinant Limitée (La solution de Salicylate de soude du Docteur Clin) — (Lipiodol Lafay) 15
William R. Warner & Company, Ltd. (Cal-Bis-Ma) . . 459
Whitlow, Fred. J. & Co. Ltd. (Clinitest) 469
Winthrop Chemical Company, Inc. (Drisdol) . . . 29
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Dapta) . . . 34-35
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagma pour la diarrhée) 495-496

KAOMAGMA

POUR LA

DIARRHÉE