

114-3-46

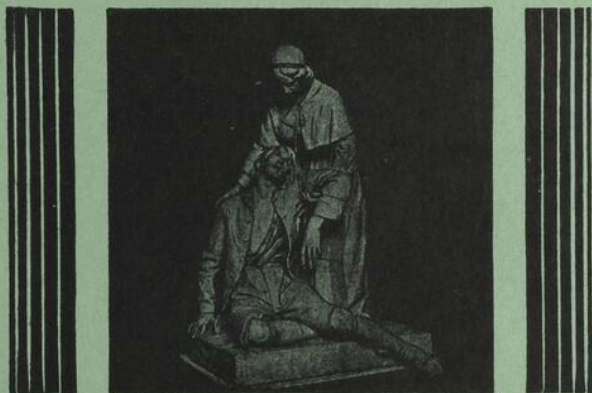
Numéro 6

Quatorzième année

LE JOURNAL

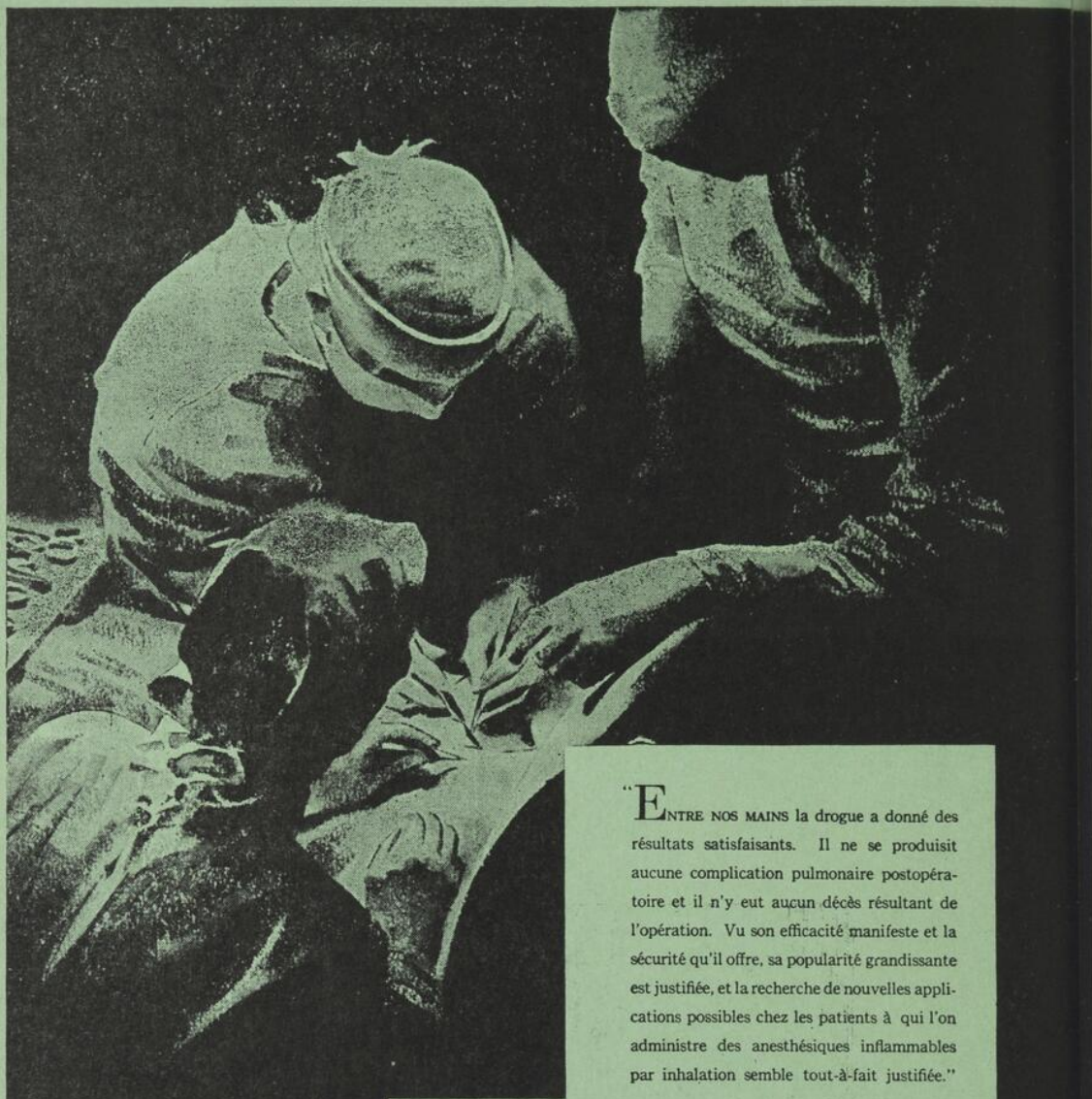
... de ...

L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL




NOVEMBRE-DÉCEMBRE

1945



“**E**NTRE NOS MAINS la drogue a donné des résultats satisfaisants. Il ne se produisit aucune complication pulmonaire postopératoire et il n’y eut aucun décès résultant de l’opération. Vu son efficacité manifeste et la sécurité qu’il offre, sa popularité grandissante est justifiée, et la recherche de nouvelles applications possibles chez les patients à qui l’on administre des anesthésiques inflammables par inhalation semble tout-à-fait justifiée.”



**PENTOTHAL
SODIQUE**

*Ruth, H. S., Tovell, R. M.,
Milligan, A. D., Charletoy, D. K.*
LE PENTOTHAL SODIQUE,
Sa Popularité grandissante est-elle justifiée?
*Jour. Am. Med. Assoc. 113: 1864 (18 nov.
1939).*

Laboratoires ABBOTT, Ltd
20 Chemin Bates, Montréal

SOMMAIRE du No 6

Novembre-Décembre 1945

PAUL LARIVIÈRE (lieut.-col.) : La narco-analyse et les névroses de guerre	367
EDOUARD DESJARDINS : Le drainage abdominal	375
CHARLES LEFRANÇOIS : Le traitement chirurgical de la diverticulite du colon	382
FERNAND CHAREST : La maladie de Marchiafava-Bignami	390
ALBERT COUTU : Les muscles redresseurs (suite et fin)	394
PIERRE MASSON : L'œuvre scientifique de Pio del Rio Hortega	405
ALBERT JUTRAS : Le professeur Damien Masson	417
Table des matières pour l'année 1945	421

NADEAU

ANÉMIES

Capsules

FOVITAL

NADEAU



FOIE DE MORUE • SULFATE FERREUX
CUIVRE COLLOIDAL • VITAMINES

RÉDIGER son TESTAMENT
est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie
Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : PLateau 3821

A G E N C E S :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

FORMULE: Chlorure
d'ammonium 0.25 ;
chlorhydrate d'oxyqui-
noline 0.05; hydrate
de terpine 0.03 gm.
par comprimé.

Littérature et échantillons
sur demande

•
LABORATOIRES R. SAVOIRE
Vendôme, France

•
CANADA :
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée, Montréal

INDICATIONS : Pyélites - Pyélonéphrites - Cystites coli-
bacillaires - Lithiases oxaluriques et phosphaturiques -
Cholécystites - Toxémies colibacillaires - Traitements post-
opératoires - Cystites des prostatiques - Etc.

PYOCOLINE

réalise

**L'ANTISEPSIE INTESTINALE
HÉPATIQUE - URINAIRE
- ASSURE LA DIURÈSE -
ENTRAVE LA PULLULATION DU COLIBACILLE**



L'ANALGÉSIE DANS LE TRAVAIL

SÛR. Quatre ans de recherches cliniques intenses, dont plus de 1,400 cas publiés, ont démontré que l'analgésie au Demerol lors du travail est une méthode sûre. L'analgésie au Demerol ne fait tort ni à la mère, ni à l'enfant. Elle n'affaiblit pas les contractions utérines et n'allonge pas la durée du travail. Ce médicament ne donne aucune complication post-partum.

SIMPLE ET EFFICACE. L'hydrochloride Demerol se donne par la bouche ou en injection intra-musculaire. Dose moyenne: 100 mg., quand les douleurs deviennent régulières, à répéter trois ou quatre fois, après intervalles de 1 à 4 heures. La puissance analgésique de l'hydrochloride Demerol le classe entre la morphine et la codéine; il a aussi une action antispasmodique comparable à celle de l'atropine, en plus de son action sédativ. On peut l'employer aussi pour obtenir l'amnésie en association avec la scopolamine ou les barbituriques.

Sujet aux lois de la Division canadienne des Narcotiques.

DEMEROL

Marque de commerce enregistrée
HYDROCHLORIDE
Brand of Meperidine Hydrochloride
(Isonipecaïne)

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté



Succursale au service de MM. les médecins
du Québec :

Immeuble "Dominion Square"
MONTRÉAL P. Q.

Administration et laboratoires à :

WINDSOR, Ontario
1019 ouest, rue Elliott



DES PARCELLES DE VIE

à des centaines de millions d'êtres humains à travers le monde—le riz! Son enveloppe d'où provient B-PLEX est une des plus riches sources naturelles de la Vitamine B-Complexe totale. B-PLEX fournit tous les facteurs B avec des quantités adéquates de chlorhydrate de thiamine, de riboflavine et d'amidoniacine. Très agréable au goût, B-PLEX est une préparation bien tolérée dans la prophylaxie et le traitement des carences en vitamine B.

Verifiez la Formule!

Deux cuillerées à thé (8 c.c.) fournissent:

✓ Chlorhydrate de thiamine	1	mgm
✓ Riboflavine	2	mgm
✓ Niacine	10	mgm
✓ Chlorhydrate de pyridoxine	1	mgm
✓ Pantothénate de calcium	5	mgm
✓ Choline	24	mgm
✓ Inositol	14.4	mgm
✓ Biotin Vitamers	0.008	mgm

et
 ✓ Des facteurs non identifiés que l'on trouve dans l'extrait de riz non décortiqué.

Dose suggérée:

2 à 4 cuillerées à thé (8 c.c. à 16 c.c.) par jour ou selon l'ordonnance.

B-Plex Wyeth est un extrait aqueux de riz non décortiqué additionné de facteurs B—une des plus riches sources naturelles du B-Complexe.

B-PLEX

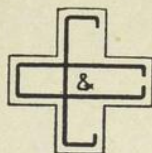


JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
 WALKERVILLE (Nutritional Division) ONTARIO

La plus ancienne maison pharmaceutique • Fondée en 1883

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

PRÉSENTE



COMME SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE COMPLET

TOUS LES ACIDES AMINÉS NATURELS

(ESSENTIELS ET SECONDAIRES)

Produits de l'hydrolyse enzymatique de la Caséine

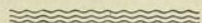
COMBINÉS

AU COMPLEXE B — À LA VITAMINE C

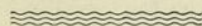
ET AUX GLYCÉROPHOSPHATES

GLYCAMIN

ELIXIR-TONIQUE



D'un arôme et d'un goût agréables, GLYCAMIN contient 3 grammes d'Acides Aminés à l'once.



GLYCAMIN

vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz., 160 oz.

GLYCAMIN est préparé sous la surveillance et le contrôle immédiat de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,

Assistant bactériologiste,

Marcel Daoust, B.A., B.Ph.,

Jean E. Perras, LL.Sc., M.C.I.C.,

Pharmaciens, Chimistes, Analystes
et Biochimistes,

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

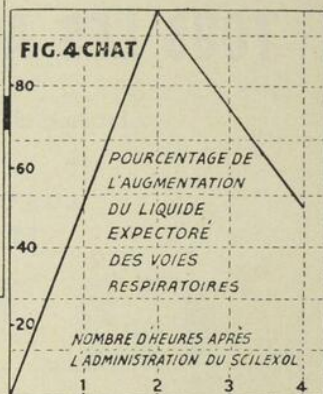
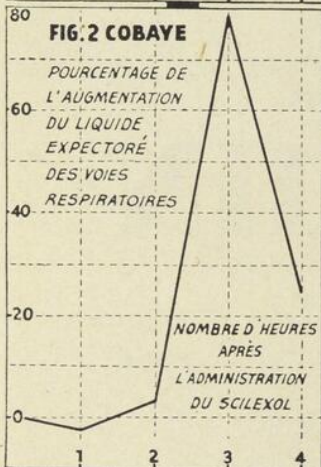
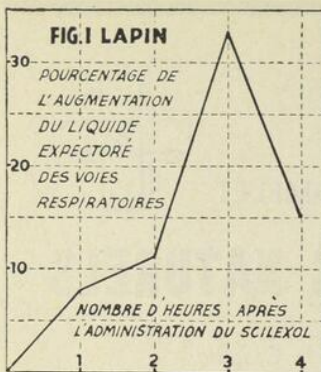
Echantillon sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

“UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL”

Des Epreuves Biologiques Confirment l'Action Expectorante du SCILEXOL E. B. S.



Ces graphiques indiquent l'expectoration accrue du liquide des voies respiratoires chez quatre mammifères d'espèces différentes auxquels on avait administré du Scilexol avec de la Teinture d'Opium Camphrée en doses de 0.1 ml. par kilo du poids de leur corps. Ces résultats, obtenus dans un laboratoire indépendant, confirment notre croyance que le Scilexol est une préparation efficace pour les toux grasses.

Au point de vue clinique, on a trouvé que le Scilexol est surtout efficace lorsqu'il est combiné avec des sédatifs. Le Scilexol augmente rapidement le volume et la fluidité des sécrétions des voies respiratoires de façon à ce que les cils vibratils puissent facilement les faire avancer jusqu'à la gorge d'où elles sont expectorées. Dans le même temps, le sédatif diminue temporairement l'oppression causée par le foyer de la toux, prévenant ainsi les crises épuisantes de toux sèche qui sont occasionnées par une irritation résiduelle dans la gorge plutôt que par la présence de mucosités dont il faut se débarrasser.

CHAQUE ONCE LIQUIDE CONTIENT :

Chlorure d'Ammonium	16 gr.
Chloroforme	2 gouttes
Acide Cyanhydrique Dil.	4 gouttes
Sirop de Scille	90 gouttes
Sirop de Tolu	120 gouttes

Le Scilexol est fourni simple ou avec l'un des sédatifs* suivants, si vous le spécifiez :

1. Teinture d'Opium Camphrée 30 gouttes par once
2. Chlorhydrate de Diéthylmorphine (Dionin) . ½ gr. par once
3. Codéine ½ gr. par once
4. Morphine ⅓ gr. par once

* Ceci nécessite une commande de narcotique.

Nov.-Déc. 1945



525 Logan Ave., Toronto 6

Une Maison entièrement
canadienne, fondée en 1879

Utile dans le



TRAITEMENT de l'ANGINE de POITRINE

● Par la relation de 22 nouveaux cas, Lesser^{1,2} confirme ses premières expériences avec le **PERANDREN*** dans le traitement de l'angine de poitrine. Il constate que les injections de **PERANDREN** réduisent notablement aussi bien la fréquence des accès que l'acuité et la durée de la douleur. La persistance et le degré de l'amélioration varient suivant la susceptibilité individuelle; mais, d'un traitement rationnel (25 mg. à intervalles de 2 à 5 jours, au total 5 à 25 injections), on peut attendre une diminution de la douleur et du sentiment d'angoisse, une augmentation de la tolérance à l'effort et une sensation prononcée de bien-être général. D'autres auteurs rapportent les mêmes observations.^{3,4,5}

¹Lesser: New Eng. J. Med., 228: 185, 1943. ²Lesser: New Eng. J. Med., 226: 51, 1942. ³Hamm: J. Clin. Endo., 2: 325, 1942. ⁴Walker: J. Clin. Endo., 2: 560, 1942. ⁵M. Rec. & Ann., 34: 667, 1940. ⁶McGavack: J. Clin. Endo., 3: 71, 1943.

PERANDREN

*Nom déposé.



OMPAGNIE
I B A L I M I T É E
MONTREAL, CANADA



NOS RECHERCHES D'AUJOURD'HUI: LA MÉDECINE DE DEMAIN

Tenir les médecins et les hôpitaux au courant des tout derniers développements techniques se rapportant aux appareils électro-médicaux et radiologiques, et fournir un service expert d'inspection et de réglage de ces appareils, voilà deux fonctions très importantes de notre maison établie depuis de nombreuses années.


Un ingénieur de service Victor est presque aussi facile à atteindre que votre appareil téléphonique, car ses quartiers généraux sont à une distance commode de chez-vous. Vous trouverez en lui une source sûre de suggestions utiles au sujet de vos besoins et problèmes individuels, et vous verrez qu'il appréciera toute occasion que vous lui fournirez de démontrer la valeur tangible du service individualisé Victor.

Des stocks très complets, entreposés en divers points stratégiques de la Province, nous permettent de vous assurer la prompte livraison de vos besoins journaliers en films et réactifs radiographiques, milieux diagnostiques opacifiants, fournitures de chambre noire, etc.

Nous serons heureux de répondre à toute demande de renseignements.

POUR VOUS SERVIR



VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.
DISTRIBUTORS FOR GENERAL  ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W.
MONTREAL: 600 Medical Arts Bldg.
OTTAWA: 41 Inglewood Place
HALIFAX: 37 Deacon St.

LA NARCO-ANALYSE ET LES NÉVROSES DE GUERRE

Par le Lieut. Col. PAUL LARIVIÈRE, R.C.A.M.C.
Professeur agrégé de psychiatrie à l'Université de Montréal.

La narco-analyse est une méthode psychothérapeutique relativement nouvelle. La technique en est simple : elle consiste à injecter très lentement par voie intraveineuse certains barbituriques. Par cette injection lente on obtient une narcose légère qui produit un relâchement de la tension psychologique. Quand, par cette injection d'un barbiturique, on est arrivé à produire chez le patient un état de demi-somnolence, l'analyse du contenu mental se trouve grandement facilitée. C'est cette analyse par la narcose qui permet d'abord une approche beaucoup plus facile des complexes des névropathes, et qui permet ensuite d'utiliser la psychothérapie pour rétablir leur équilibre psychique et leur stabilité émotionnelle.

Ce procédé de la narco-analyse a été exposé par le Dr Stephen HORSLEY, le promoteur de la technique, dans un petit ouvrage paru en 1943 : « La narco-analyse, un raccourci en psychothérapie. »²

J'ai dit que cette technique est relativement récente ; elle est surtout encore peu répandue même dans les milieux psychiâtriques, quoique les premiers essais du Dr Horsley datent de 1931. C'est à cette époque en effet, que par hasard le Dr Horsley s'aperçut que des patients, sous l'influence du nembutal, devenaient plus coopératifs et conversaient

¹ Cet article était le texte d'une communication pour le Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Section de médecine de guerre) qui devait avoir lieu en septembre dernier à Québec.

² Narco-analysis. A new technique in short-cut psychotherapy by J. Stephen HORSLEY. Oxford University Press. London: Humphrey Milford 1943.

plus librement. Il remarqua également que le jour suivant les patients ne gardaient aucun souvenir de ce qu'ils avaient dit ou fait alors qu'ils étaient sous l'influence du médicament. Des essais faits avec d'autres barbituriques se montrèrent tout aussi efficaces et c'est en 1935 que le Dr Horsley donna à sa méthode le nom de narco-analyse.

Cette méthode est avant tout une méthode thérapeutique employée principalement dans les névroses. Elle a désormais sa place à côté des autres procédés de traitement en psychothérapie. Son but est, au moyen d'une narcose plus ou moins prononcée, d'arriver à une analyse de l'étiologie des névroses et d'y arriver plus rapidement.

Insistons sur ce point que la narco-analyse est un raccourci, un « short cut ». En effet toutes les méthodes de psychothérapie demandent un temps plus ou moins long. Elles nécessitent de nombreuses entrevues entre le médecin et le patient avant que la résistance de celui-ci soit vaincue. La psychanalyse en particulier est une méthode un peu désespérante par la longueur du traitement. On sait qu'un traitement psychanalytique bien conduit avec transférence et sublimation demande des mois, souvent même des années. Même si la psychanalyse était toujours efficace, et elle ne l'est pas toujours de l'aveu même des psychanalystes, la méthode est peu pratique.

L'emploi des barbituriques présente cet avantage d'abaisser d'une façon impressionnante le seuil de la résistance du patient. Que se passe-t-il en effet chez un patient soumis à l'injection lente d'un barbiturique ? Presqu'immédiatement après l'injection d'un demi à un cc. du médicament, celui-ci avoue qu'il se sent bien, qu'il est un peu étourdi mais que c'est très agréable. Sa figure s'éclaire, il sourit et insiste sur son impression de bien-être qu'il compare souvent à un début d'ivresse. Même si le médecin n'intervient pas, le patient devient bavard, familier, commu-

nicatif, ouvert aux confidences. Le rapport entre le médecin et le patient s'établit facilement. Rien que par une simple conversation le médecin parvient à obtenir une foule de confidences qui ne seraient autrement dévoilées qu'avec réticence ou pas du tout, surtout lorsque ces confidences portent sur des questions sexuelles.

Jusqu'à quel point l'inhibition, le blocage, la censure sont-ils levés ? Les patients sont-ils vraiment toujours comme forcés et obligés de dévoiler malgré eux leurs secrets ainsi que le laisse entendre Horsley ? Je ne le crois pas. Souvent en effet nous nous heurtons à un silence, mais ce silence est en lui-même révélateur, car lorsque la conversation porte sur des faits qui ne sont pas en conflit avec ses complexes, le patient parle librement. Touche-t-on au point sensible, c'est le silence et le patient semble dormir. Je dis : semble dormir, car si de nouveau on pose des questions anodines le sommeil disparaît et la conversation reprend. Je me rappelle un cas de névrose d'angoisse chez un soldat qui avait la peur secrète de retourner au front et qui envisageait aussi avec terreur un prochain mariage ; mais en pleine conscience il avait toujours prétendu qu'il désirait retourner combattre et qu'il désirait se marier le plus tôt possible. Au cours de la narco-analyse, chaque fois que la conversation portait sur la possibilité de retourner au combat et sur la perspective de son mariage le malade se taisait et paraissait dormir.

Il est intéressant également de constater une semblable révélation par le silence si, pendant la séance de narco-analyse on se sert du test d'association de Jung. (C'est un test où un mot inducteur est prononcé par l'examineur et auquel le patient doit répondre aussitôt que possible par un autre mot qu'il associe à ce mot inducteur.) Si donc en emploie ce test durant la narco-analyse on est frappé de voir comment le temps de réaction est augmenté avec les mots évocateur de complexes et il arrive souvent même qu'on

rencontre une inhibition totale et qu'on se heurte à un silence complet. On peut vraiment dire que ce sont là des silences éloquents et si pour ma part, je ne crois pas que le patient soit forcé de parler malgré lui, ne peut-on pas penser avec Freud que celui « qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre peut être convaincu qu'aucun mortel ne peut garder un secret ».

Lorsque la narcose est amorcée, Horsley conseille de commencer par les associations libres, puis de produire l'induction hypnotique qui peut être obtenue facilement par une méthode quelconque de suggestion. Dans cet état hypnotique le patient devient communicatif et très suggestionnable. Il se produit des états hypermnésiques curieux où le patient se rappelle des événements oubliés de son enfance et aussi ses traumatismes affectifs lointains qui sont le point de départ des névroses. Après cette période de sommeil hypnotique, obtenue par une dose généralement assez faible de barbiturique, on peut pousser l'injection et produire une narcose profonde de plusieurs heures. Au bout de ce temps le malade se réveille et a oublié complètement ce qu'il a dit durant sa narcose.

Mais, que l'on emploie seulement l'association libre ou l'association suivie du sommeil hypnotique avec ou sans narcose profonde, le premier but de la narco-analyse est le même: effectuer d'abord une analyse des troubles psychiques.

Qu'est-ce qu'analyser en terme psychiatrique ? C'est rechercher la nature des causes responsables de l'état du patient et aussi les rapports que peuvent avoir ces causes entre elles. Mais l'analyse n'est que la première partie du travail que permet la narco-analyse; elle ne sert qu'à fournir les matériaux nécessaires à une synthèse psychique qui est le but ultime du traitement. Cette synthèse consiste à faire rentrer dans la personnalité les éléments qui s'en étaient dissociés et qui sont la cause des névroses. (Tout

se passe en effet dans les névroses comme si des blocs affectifs pénibles se détachaient de la personnalité et vivaient isolés du reste de la vie mentale.) C'est surtout par cette réintégration des blocs affectifs dissociés dans le reste de la personnalité que la méthode est précieuse et devient véritablement une psychothérapie. En effet, en une heure, et souvent en moins de temps, le médecin a obtenu les renseignements nécessaires qui lui permettent de reconnaître quel a été le traumatisme affectif, cause initiale de la névrose. En même temps, connaissant le chemin à suivre pour arriver à la guérison de la névrose qu'il a découverte, il emploiera le genre de suggestion adéquat, car la suggestion bien dirigée reste à la base, ne l'oublions pas, de la thérapeutique des névroses.

Or tous ceux qui ont pratiqué la narco-analyse s'accordent à dire que la suggestibilité des patients est considérablement accrue sous l'influence des barbituriques.

Cette augmentation de la suggestibilité, en même temps que la diminution des inhibitions habituelles aux névroses, pourrait être rendue sensible par l'application du test de Rorschach passé avant et après une séance de narco-analyse. Il y a quelques mois le Major Donald Ross, R.C.A.M.C. eut l'idée de faire passer le test de Rorschach à un névro-pathe anxieux avant une séance de narco-analyse et immédiatement après. Les résultats ont été intéressants. La seconde épreuve du test a montré que la suggestibilité était augmentée chez le patient et que les inhibitions constatées au cours de la première épreuve avaient diminué considérablement sous l'influence du barbiturique. J'ai refait la même expérience plusieurs fois, je n'ai pas encore assez de cas pour tirer des conclusions précises mais tout semble indiquer que généralement le test de Rorschach passé après administration de barbiturique au cours de la narco-analyse montre plus de suggestibilité et moins d'inhibitions chez le patient que lorsque celui-ci passa le test avant l'injection.

C'est cette susceptibilité plus grande à la suggestion qu'il faut utiliser comme moyen de traitement durant la narco-analyse. On obtient presque toujours des succès complets avec des hystériques et souvent aussi avec les anxieux. Je ne veux pas dans cette brève communication rapporter des histoires cliniques. Permettez-moi seulement de citer de mémoire le cas d'une monoplégie hystérique chez un soldat blessé légèrement au genou mais chirurgicalement guéri. Depuis un mois il ne marchait plus que péniblement avec une canne, ne se portant plus sur sa jambe, avec cette démarche particulière aux hystériques; après une seule séance de narco-analyse où il a été soumis à la suggestion qu'il était guéri et qu'au réveil il pourrait se servir de sa jambe comme avant sa blessure, il recommença à marcher normalement. Les cas de bégaiement hystérique, de tremblement hystérique, de tics, de cécité hystérique, de vomissements hystériques sont généralement guéris en une séance. Si les résultats ne sont pas toujours aussi rapides dans les cas de névroses d'angoisse, disons cependant qu'ils sont généralement très améliorés et quelquefois complètement guéris après une ou deux séances de narco-analyse. Beaucoup de névrosés qui traînaient leur névrose depuis plusieurs semaines ont pu retourner au front après une ou deux séances de narco-analyse.

Que se passe-t-il en particulier dans ces cas, quel mécanisme psychologique joue ? C'est là un phénomène assez mystérieux et qui a occupé tous ceux qui se sont intéressés à la psychothérapie. C'est ce qu'on appelé le phénomène de l'« abréaction » ou réviviscence des souvenirs émotionnels dans un but thérapeutique. Ce terme d'« abréaction » a déjà été employé par Breuer, psychiatre viennois, il y a bien longtemps. Il avait observé que plus ses patients parlaient de leurs émotions passées, plus ils s'amélioraient. Pour Breuer et pour Freud qui à cette époque, vers 1893, collaboraient, les névroses étaient causées par un traumatisme

affectif oublié. Ils affirmaient que la réapparition ou la réviviscence de ce traumatisme affectif amenait la guérison de la névrose. On se servait à cette époque de l'hypnotisme pour amener cette réviviscence, puis on oublia l'hypnotisme. Mais le Dr W. Brown, quelques années après la dernière guerre, attira de nouveau l'attention sur ce phénomène de l'abréaction. Il cite un cas de *shell-schock* souffrant de tremblement de la main droite. Sous l'influence du sommeil hypnotique le patient rappela les incidents qui entourèrent son choc. Durant le récit de ces incidents le tremblement de sa main droite d'abord augmenta, devint un tremblement généralisé, puis cessa soudainement et ne réapparut plus. Lorsque le patient s'éveilla de son sommeil hypnotique il ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé et ne présentait plus de tremblement.

Je ne puis ici discuter les objections que l'on a faites à cette méthode de l'abréaction. Si elle n'est pas toujours efficace, il n'en reste pas moins vrai que la plupart du temps elle est précieuse dans les cas de névrose d'angoisse. Sous l'influence de la narcose produite par les barbituriques, il est relativement facile de produire l'abréaction qui, souvent lorsque le traumatisme avait été causé par la terreur panique pendant la bataille, offrait une réviviscence très dramatique des scènes de bataille. Au réveil le patient ne se rappelle plus ce qu'il a dit, mais il se sent soulagé et généralement en peu de temps son anxiété disparaît ou s'atténue considérablement. Cette abréaction par la narco-analyse est maintenant un traitement classique dans les névroses de guerre et tous ceux qui l'ont employée reconnaissent qu'elle est très précieuse.

Faut-il conclure que l'abréaction par la narco-analyse doit remplacer les autres méthodes thérapeutiques ? Évidemment non. Et le Dr Horsley est le premier à déclarer « Je ne veux pas insinuer que la narco-analyse doive remplacer toutes les méthodes de psychothérapie, ni que la technique en soit simple, mais je considère que c'est un

moyen effectif de produire une complète abréaction ». Cette abréaction produira une amélioration des rapports entre le psychothérapeute et le patient et facilitera tous les autres traitements.

Telle est en résumé la narco-analyse, appliquée du moins aux névroses. Des essais intéressants ont été tentés dans le domaine des psychoses. Des psychiatres ont soumis quelques fois leurs patients à des séries de dix à vingt séances de narco-analyse. La méthode en est encore à sa période expérimentale et semble promettre de bons résultats dans certaines psychoses, mais ceci n'appartient pas à mon sujet.

Avant de terminer il me faut ajouter que cette méthode a l'avantage de ne pas présenter de contrindications sérieuses. Les maladies du foie sont la seule contreindication formelle. Bien entendu toutes les précautions doivent être prises pour que l'injection soit rigoureusement intraveineuse. Dans l'armée il faut également obtenir le consentement du patient qui peut refuser ce traitement comme il peut refuser toute intervention chirurgicale; mais il semble que la plupart des soldats se prêtent avec confiance à l'injection du barbiturique qu'ils appellent pompeusement entre eux « truth sérum » (le sérum qui fait dire la vérité). Comme je l'ai dit plus haut je suis loin de croire que cette méthode puisse forcer toutes les volontés et pour ma part au point de vue légal, j'hésiterais à incriminer ou à disculper un accusé en me basant sur les données d'une narco-analyse.

Disons donc en conclusion que la narco-analyse est une méthode psychothérapeutique encore nouvelle et imparfaite mais qui offre déjà des avantages notables. Elle a été employée avec succès dans les névroses de guerre par beaucoup de psychiatres et tous s'accordent à en souligner l'importance thérapeutique. La méthode se perfectionnera sans aucun doute et il semble bien qu'elle soit appelée à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des névroses.

LE DRAINAGE ABDOMINAL ¹

par ÉDOUARD DESJARDINS

La question du drainage abdominal est assez difficile à traiter. Elle est fort controversée et les opinions sont contradictoires sur son efficacité, sur ses indications et sur le mode à employer. Le temps limité qui nous est accordé ne nous permet pas de longs développements; d'ailleurs, cette communication s'adresse à des chirurgiens pour qui la question est déjà familière et qui n'ignorent rien des détails que nous devons forcément omettre. Et puis, il y a bien peu de neuf sur la question; aussi, devra-t-il s'agir ici d'une revue générale, bien plus que d'un travail original.

La méthode du drainage date du milieu du XIXe siècle et elle est due à Chassaignac, qui en préconisa l'emploi dans le traitement des plaies infectées. Cadenat et Patel, qui ont présenté un rapport au Congrès Français de Chirurgie de 1927 sur le drainage en chirurgie abdominale, donnent de cette méthode un excellent rappel historique; l'évolution en est divisée en trois périodes. La première va jusqu'en 1900 et les différents procédés de drainage y sont utilisés à l'excès; la seconde, qui s'étend de 1900 à 1918, est marquée par une tendance à diminuer ou même à supprimer tout drainage; la troisième période est celle des indications raisonnées. Cette division est cependant très arbitraire et souffre beaucoup d'exceptions.

Peasle, en 1855, draine, après ovariectomie, le cul de sac postérieur par une sonde élastique pénétrant dans le vagin; Koeberle, en 1867, draine par la paroi abdominale avec un tube de verre perforé; il est suivi par Nélaton et Péan, en France, Billroth, en Allemagne, et Spencer Wells, en

¹ Version française d'un travail présenté en anglais, le 13 juin 1945, au Congrès de l'Association Médicale Canadienne, tenu à l'hôtel Mont-Royal.

Angleterre. Lawson Tait, en 1886, aspire, au moyen d'une ventouse, les liquides qui stagnent dans le fond du Douglas. Jusqu'alors, on ne connaissait que le drainage tubulaire.

Le drainage capillaire est dû à Hégar (1881) et à Kehrer (1882). Mikulicz, en 1884, introduisit la méthode du tamponnement des plaies par la gaze. Celle-ci a pour but d'exercer une compression sur les surfaces cruentées, de supprimer l'infection dans les régions contaminées, de l'exclure de la grande cavité péritonéale et de drainer par capillarité.

Le drainage connu, vers 1900, un développement exagéré; ses indications paraissaient presque universelles. Il y eut même une époque où l'on installait de multiples drains chez un même opéré, après avoir ouvert largement le ventre, après libération des adhérences et ablation des plaques de fibrine et après inondation de la cavité abdominale au sérum, ou son lavage à l'éther. Les résultats étaient désastreux; aussi, y eut-il une réaction.

Delbet, en France, et Kelley, aux Etats-Unis, contestèrent un bon nombre des indications du drainage et prétendirent qu'il était susceptible d'accroître la mortalité et les complications post-opératoires. Ils préconisèrent des techniques plus simples, telles que la position de Fowler (1900) et la suppression systématique de la lésion causale.

C'est à Hartmann et à Témoin que l'on doit, en 1911, cette notion importante que l'évolution post-opératoire est en raison directe de la précocité de l'opération et de la suppression de la cause par des manœuvres rapides et simples. L'on connaît d'ailleurs la force énorme de résistance à l'infection que possède le péritoine.

Ces principes émis donnèrent lieu à une application exagérée du non-drainage. Il fallut l'expérience de la guerre 1914-18 pour que l'on comprit qu'en chirurgie, il n'y

a rien d'absolu et que le drainage abdominal a certaines indications. Elles sont restreintes, il est vrai, et ceci tient à la précocité des opérations dans les formes aiguës, à l'ablation de la lésion causale et aux perfectionnements constants de la technique chirurgicale. On disait, autrefois : dans le doute, il faut drainer ; la tendance actuelle est contraire : dans le doute, il ne faut pas drainer.

D'abord, pourquoi draine-t-on ? Les buts du drainage abdominal sont multiples. C'est d'abord fournir un moyen d'évacuer les exsudats qui peuvent contenir des toxines dangereuses, des cellules dévitalisées et des microbes vivants, ou, encore, qui peuvent mettre obstacle aux fonctions physiologiques intestinales. C'est ensuite, en favorisant les adhérences, de créer un petit tunnel ou trajet pour la sortie de ces exsudats. Le drainage permet aussi, par compression, d'arrêter le suintement sanguin post-opératoire et il donne une indication de la nature des liquides excrétés (sang, bile, matières fécales, urines, pus).

Quels sont les modes de drainage abdominal et leurs agents ? Ceux-ci sont nombreux. La gaze simple, ou mèche, la cigarette, le tube de caoutchouc, le tube de verre, le sac à la Mikulicz et le tube de succion par aspiration mécanique.

Si la seule voie abdominale est possible chez l'homme, la voie vaginale peut être aussi utilisée chez la femme (ou transcervicale ou par effondrement du cul-de-sac postérieur).

Des agents de drainage, quel est le meilleur ? La gaze ou mèche est excellente au début, car elle favorise l'hémostasie et les adhérences ; elle draine bien par capillarité ; mais, ses mailles sont tôt comblées par la fibrine et elle cesse d'évacuer ; elle est, de plus, difficile à enlever. On l'a modifiée en y ajoutant de la vaseline.

Le tube de caoutchouc draine plus longtemps, mais à condition d'être perforé à plusieurs endroits, d'où danger

d'adhérences de l'intestin à ces ouvertures et sa nécrose possible.

Le tube de verre est fragile et de manipulation très délicate; il expose à la blessure intestinale et, à cause de sa rigidité, ne peut s'employer qu'en de rares occasions.

La lame de caoutchouc n'a qu'un rôle bien limité. La cigarette cumule les avantages de la mèche et du tube de caoutchouc, sans en avoir les inconvénients. La mèche, qui y est contenue, draine bien par capillarité et la lame de caoutchouc qui l'entoure n'étant pas perforée en protège les mailles contre les dépôts de fibrine et contre les effractions intestinales. Pour notre part, c'est à la cigarette que vont nos préférences, depuis plus de dix ans.

Le sac à la Mikulicz a été employé par nous pendant plusieurs années. Vous en connaissez la description de son auteur : « Je prends un morceau simple de gaze iodoformée à 20 p. 100, de la dimension d'un grand mouchoir. Au milieu de celui-ci est solidement cousu un gros fil de soie aseptique; le tout est placé, avant l'opération, dans une solution phéniquée à 5 p. 100. La partie intra-abdominale de l'opération étant terminée, on dispose le morceau de gaze iodoformée en forme de blague à tabac, de façon que le fil soit situé en-dedans et que son extrémité libre sorte par le col de la bourse, son extrémité fixe correspondant au fond. On enfonce cette bourse avec une pince droite, ou mieux courbe, jusqu'au fond du petit bassin. Puis, on remplit la bourse avec de longues bandes (2 à 5) de gaze iodoformée, de façon que ses parois soient partout en contact avec la plaie. Le fil, fixé au fond de la bourse, sert à l'enlever, en la retournant ».

C'est un drainage à la Mikulicz modifié que nous avons employé, remplaçant les mèches à l'iodoforme par des mèches simples. Nous l'avons abandonné depuis dix ans et, sauf pour un cas, nous ne l'avons pas regretté.

La méthode de drainage la plus récente est née des désavantages de chacune des méthodes antérieurement décrites; car elles exposent, pour la plupart, à la formation d'adhérences telles que l'iléus post-opératoire est souvent à craindre.

Wayne Babcock a préconisé le drainage par succion mécanique. Le drain est d'acier non oxydable et il n'est pas irritant pour les tissus; il est composé de deux tubes d'acier installés l'un dans l'autre et dont l'interne est raccordé au moyen d'un long tube de caoutchouc à une pompe aspirante mue par un moteur électrique.

Cette méthode fait le drainage par succion; elle évacue le pus de la profondeur et la cavité ne se vide pas ainsi par son trop-plein; elle diminue la fréquence des pansements; elle empêche l'odeur et le pus est recueilli dans une bouteille, les compresses n'étant pas souillées.

Cette méthode est à l'honneur depuis 1936 et elle fait l'objet d'un article par Burnett, Rosemond et Caswell, dans « Surgical Clinics of North America », décembre 1944.

Les résultats de la méthode de drainage par succion sont excellents, tels que publiés; la méthode n'est pas, cependant, d'application facile, étant donné l'appareillage assez compliqué qu'elle demande.

Quelles sont les indications du drainage abdominal? Elles sont bien définies; seules, leurs modalités d'application varient avec les cas et avec les chirurgiens traitants.

On draine les lésions infectieuses aiguës, les lésions traumatiques récentes non encore cliniquement infectées et à la suite d'interventions abdominales sérieuses et longues.

Les lésions infectieuses aiguës sont composées pour une large part des cas d'appendicite aiguë perforée, gangrenée et avec péritonite, — puis viennent les lésions annexielles et la cholécystite aiguë.

Toutes ces lésions bénéficient, à notre sens, du drainage; même si l'aspiration a été pratiquée et si la grande cavité péritonéale a été complètement asséchée; même si l'ablation de l'agent causal a été faite précocement. Nous croyons ici qu'il vaut mieux drainer que de s'abstenir et nous avons, dans ces cas, employé la cigarette parfois unique, souvent multiple, avec drainage complémentaire sus-pubien, dans les cas de péritonite généralisée suppurée.

Dans les lésions traumatiques récentes, non encore infectées, il faut drainer si les dégâts ont été marqués, même si l'abdomen a été évacué du sang ou des liquides y contenus, même si des cristaux de sulfamilamide ont été déposés dans la grande cavité.

A la suite des opérations longues et graves, portant sur l'estomac, la vésicule biliaire, le duodénum ou le pancréas, nous croyons qu'il n'est pas mauvais de laisser un drain-cigarette. Celui-ci paraît s'imposer à la suite des cholécystectomies, car il est reconnu qu'une certaine quantité de bile peut sourdre du nid vésiculaire mis à nu lors de l'intervention. Le drainage peut se faire au niveau d'une incision supplémentaire ou « stab wound ».

En chirurgie gynécologique, le drainage est indiqué également à la suite des hystérectomies totales ou des ablations laborieuses de kystes ovariens ou ligamentaires. Les uns drainent alors par voie abdominale, les autres par voie transcervicale. Nous employons ici le drain-cigarette.

Il ressort, toutefois, de la lecture des travaux publiés dans les revues de chirurgie, que le drainage tend à être éliminé. Pour beaucoup, si le drain est enlevé tôt, 24 ou 48 heures après l'opération, c'est qu'il était inutile. Plus les techniques chirurgicales sont parfaites, moindres sont les complications à craindre, moindres seront les indications du drainage; la chirurgie d'exérèse est plus complète et la péritonisation est plus minutieuse maintenant que

dans le passé. Bien plus, il nous semble que les progrès très grands apportés à la thérapeutique infectieuse par l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline vont également inciter à diminuer encore les indications du drainage.

Il est à prévoir le moment où, après une opération laborieuse, après l'ablation d'un appendice gangrené avec péritonite généralisée, on ne drainera plus; si la vidange par aspiration du pus péritonéal a été complète, si la thérapeutique à la pénicilline ou aux sulfamidés a été commencée dès le début.

CONCLUSIONS

La question du drainage est ancienne et encore controversée.

Les modes de drainage n'ont pas beaucoup varié et il y a peu de procédés nouveaux. Le dernier en date est la méthode par succion mécanique.

Les indications du drainage varient avec les cas et avec les chirurgiens. Il semble, toutefois, qu'il y ait certaines indications impératives dans les infections aiguës abdominales, dans les traumatismes récents non encore infectés et à la suite des interventions chirurgicales longues et graves.

Il nous paraît, toutefois, que la tendance actuelle des chirurgiens est de limiter à un petit nombre les indications dans chacune de ces variétés; le drainage semble perdre toute utilité depuis que la technique chirurgicale trouve constamment à se perfectionner.

L'emploi des sulfamidés et de la pénicilline est appelé à déduire encore plus les indications du drainage abdominal.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA DIVERTICULITE DU COLON ¹

Par CHARLES LEFRANÇOIS, F.A.C.S.

Les diverticules du colon sont très fréquents; ils existent dans une proportion d'environ 5% chez les personnes ayant dépassé la quarantaine. On les rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Ils siègent dans près de 85% des cas sur le colon sigmoïde et le colon descendant. Contrairement au diverticule d'origine congénitale, comme par exemple le diverticule de Maeckel, le diverticule du colon n'est pas constitué par toutes les couches de l'intestin; ici, c'est la muqueuse qui fait hernie à travers la couche musculuse. On a suggéré plusieurs théories pour expliquer l'apparition des diverticules du colon. On a parlé de l'action de la constipation et de l'augmentation de la pression gazeuse à l'intérieur du colon; on a parlé de troubles de l'innervation sympathique et enfin d'infiltration graisseuse et d'atrophie de la couche musculuse du colon. Cette dernière explication nous semble la meilleure. En somme les diverticules du colon apparaissent à un certain âge, un peu comme les hernies de faiblesse. La diverticulose du colon ne requiert jamais de traitement chirurgical.

Dans un certain nombre de cas, environ 10 à 20%, un ou plusieurs diverticules deviennent enflammés et alors apparaît la diverticulite. Dans la diverticulite aiguë, il semble que l'inflammation des diverticules se fasse par suite d'une ulcération de la muqueuse, elle-même causée souvent par la présence de petits fécalithes qui sont emprisonnés à l'intérieur des diverticules et qui empêchent le bon drainage

¹ Travail présenté au Congrès de l'Association médicale Canadienne, en juin 1945.

vers la lumière de l'intestin. L'infection peut siéger seulement au niveau du diverticule, mais le plus souvent elle se propage dans les parois du colon, quelquefois assez loin jusqu'à 20cm. du foyer diverticulaire. Elle détermine alors une sigmodite aiguë ou une périsigmoidite si les mésos eux-mêmes sont touchés par les phénomènes inflammatoires. Dans la sigmodite aiguë d'origine diverticulaire, les parois du colon sont tellement infiltrés et épaissis que la lumière de l'organe est rétrécie, à ce point qu'il peut y avoir de l'obstruction intestinale. Dans la sigmodite, la muqueuse du colon est rarement touchée et tout se passe comme s'il s'agissait d'un phlégmon diffus des parois de l'organe. Si l'infection du diverticule est assez virulente, elle se propage à travers la séreuse du colon et alors il y a perforation des diverticules: perforation aiguë en péritoine libre, plus souvent perforation avec abcès localisés. Ce sont ces abcès qui donnent les différentes fistules d'origine diverticulaire.

Les symptômes de la diverticulite aiguë sont assez faciles à reconnaître: douleur dans la fosse iliaque gauche, fièvre modérée, nausées, vomissements, défense musculaire et leucocytose à 10,000 ou 11,000 gl. blancs. Quelquefois en plus de la défense musculaire, on peut sentir dans la fosse iliaque gauche une masse douloureuse correspondant à la sigmodite. Dans certains cas, l'infiltration des parois du colon sigmoïde est assez marquée pour causer de la subocclusion et même de l'occlusion intestinale et alors, aux symptômes déjà énumérés, s'ajoutent l'arrêt des matières et des gaz et le ballonnement abdominal.

Le plus souvent, le traitement de la diverticulite aigue est médical: repos absolu au lit, chaleur, antispasmodiques, diète sans résidu, peut-être des sulfamidés ou même de la pénicilline. Si la diverticulite aiguë ne se complique pas, elle se guérit en quelques semaines et même parfois en quelques jours comme nous avons eu l'occasion de le cons-

tater dernièrement chez un de nos malades. Il s'agissait d'un patient qui présentait les symptômes classiques de la diverticulite aiguë avec une grosse masse inflammatoire dans la fosse iliaque gauche et de la subocclusion intestinale. Traité par le repos et la pénicilline, le malade au bout de 17 jours n'avait plus aucun symptôme ni masse abdominale.

L'étude radiologique du colon dans la diverticulite aiguë doit être faite systématiquement. En faisant voir les diverticules elle établit le diagnostic d'une manière certaine. Si le diagnostic de diverticulite est cliniquement sûr, nous croyons qu'il y a raison d'attendre que la réaction péricolique soit diminuée avant de faire prendre des radiographies. En effet, à la phase initiale de la péricolite d'origine diverticulaire, l'image radiologique peut se confondre avec celle d'un cancer, car on ne voit pas toujours à cette période les diverticules surtout s'il y a une subocclusion intestinale. Donc, ordinairement, radiographie une dizaine de jours après le début de la crise quand les phénomènes inflammatoires sont diminués si non disparus. Cependant, même au début de la crise, si le diagnostic clinique est douteux, on doit faire radiographier les malades.

La plupart du temps la diverticulite doit donc être traitée médicalement. Cependant il faut admettre que dans certains cas on doit recourir à la chirurgie. D'abord quand le diagnostic de diverticulite n'est pas nettement établi, et quand il y a danger de méconnaître une autre affection qui demande une opération d'urgence. Il arrive quelquefois que la diverticulite aiguë siège sur un colon sigmoïde basculé vers la droite et dans ce cas la douleur et la défense musculaire sont perçues à la région sus-pubienne ou même à droite et non dans la fosse iliaque gauche. La diagnostic est ici difficile à faire entre la sigmoïdite d'origine diverticulaire et l'appendicite aiguë. Le toucher rectal en faisant

percevoir la présence d'une masse, peut donner des renseignements; mais si l'on a le moindre doute, il vaut mieux opérer afin de ne pas laisser évoluer une appendicite aiguë vers la perforation. A l'intervention, quand l'appendice est sain et quand on trouve sur le colon sigmoïde une masse inflammatoire allongée dont l'origine est la diverticulite, on ne doit pas faire de résection. On doit refermer l'abdomen et laisser la diverticulite se guérir d'elle-même, tout en faisant faire plus tard un lavement baryté pour éliminer une sigmoïdite d'origine néoplasique.

Il y a d'autres malades qui doivent être traités chirurgicalement, ces malades qui font des crises de diverticulite aiguë à répétition. Chaque crise comporte un certain danger de perforation aiguë, d'abcès, d'obstruction et de fistule, sans compter les douleurs et l'immobilisation prolongée au lit. Il est logique dans ces cas de débarrasser les malades de leur segment colique contenant les diverticules. Mais, quand l'intervention est décidée, il est préférable, bien entendu, s'il n'y a pas de complications, de la faire à froid, trois ou quatre semaines après la disparition des symptômes cliniques. On a alors la possibilité d'opérer sur un colon relativement souple et peu enflammé, ce qui facilite d'autant la résection intestinale. Tous les auteurs en effet admettent que la colectomie pour la sigmoïdite d'origine diverticulaire est une opération donnant une mortalité assez élevée, comparativement à la colectomie pour lésions cancéreuse. Cela se conçoit quand on sait que dans la diverticulite en évolution le colon est infiltré sur une grande longueur, quelquefois jusqu'à 20 cm. Le chirurgien est en ce cas obligé de faire des résections très étendues afin de pouvoir pratiquer l'anastomose en tissu sain, ce qui complique singulièrement la technique de l'opération et en augmente la gravité. La résection colique dans la diverticulite peut se faire avec une anastomose immédiate, complétée par une colostomie, ou par une méthode

d'extériorisation du type Mikulicz. Nous préférons ici ce dernier mode opératoire.

Dans la diverticulite aiguë il existe une autre indication du traitement chirurgical: c'est quand la diverticulite est accompagnée d'une occlusion intestinale très prononcée qui met la vie des malades en danger. La seule opération à faire est une colostomie de dérivation sur la coecum ou le colon transverse. Chez ces malades qui ont fait une occlusion aiguë nous croyons de plus que l'opération radicale est indiquée au bout de quelques semaines. Heureusement, ces cas d'occlusion aiguë nécessitant l'opération sont extrêmement rares dans la diverticulite et il faut être très prudent et patient avant d'intervenir. La plupart du temps la diverticulite est accompagnée d'un certain état de subocclusion qui disparaît rapidement, mais même si l'occlusion semble aiguë et est accompagnée de ballonnement considérable, il faut savoir attendre. L'occlusion ici, à l'encontre de celle qui existe dans le cancer, n'est causée que par l'œdème de l'infiltration de la paroi colique sans qu'il y ait lésion de la muqueuse, et presque toujours traitée par le tube de Levine ou mieux le tube de Miller-Abbott; elle disparaîtra avec la résolution de la crise diverticulaire.

Enfin il existe une quatrième catégorie de malades dont l'évolution de la diverticulite constitue un problème pour le chirurgien. Ces malades se présentent non pas avec les symptômes de la crise diverticulaire aiguë, qui bien souvent a pu passer inaperçue, mais avec les symptômes de la sigmoïdite chronique, constipation prononcée datant de quelques mois, crises de diarrhées et légères douleurs abdominales; bref, symptômes qu'on peut confondre avec ceux du cancer du colon, même si ces malades passent rarement du sang dans leurs selles. L'étude radiologique du colon ne permet pas toujours dans ces cas de faire un diagnostic différentiel. La présence ou l'absence d'image diverticulaire n'ont pas ici de valeur abso-

lue. Le lavement baryté dans certains cas de sigmoïdite chronique d'origine diverticulaire peut ne montrer aucune image de diverticule, et par contre un cancer, épithéliome ou sarcome du colon, peut co-exister avec une diverticulose facilement décelable sur les radiographies, ce qui n'est pas pour simplifier le diagnostic radiologique. Dans ces cas où l'on a des doutes, où l'on pense à la sigmoïdite d'origine diverticulaire mais aussi au cancer, il ne faut pas hésiter à opérer ou du moins à faire une laparotomie exploratrice. L'aspect du colon n'est pas le même dans les deux affections. Dans le cancer, la tumeur est arrondie, globuleuse, irrégulière, dure. Les mésos, même s'ils contiennent plusieurs ganglions, ne sont pas beaucoup épaissis. Dans la sigmoïdite d'origine diverticulaire, la tumeur est de forme allongée; elle s'étend quelquefois sur une longueur de 15 à 20 cm. Elle est régulière et les mésos sont souvent très épaissis. On a ici un peu l'aspect qu'on rencontre dans l'iléite terminale. Cette distinction morphologique est importante à rappeler car nous sommes persuadés qu'il y eut dans le passé bien des résections inutiles pour de semblables tumeurs d'origine diverticulaire. Il faut savoir toutefois que dans certains cas le diagnostic morphologique différentiel est impossible à faire et alors on devra pratiquer la colectomie. Si on pense à une diverticulite, nous croyons qu'il faut fermer l'abdomen sans pratiquer de résection; la tumeur inflammatoire finira par disparaître au bout de quelques mois et le patient sera guéri, bien entendu s'il ne fait pas d'autres crises de diverticulite. En présence d'une diverticulite avec sigmoïdite chronique, si on décide de ne pas opérer ou si après avoir fait la laparotomie on décide de ne pas réséquer, il est prudent de suivre les malades pendant 2 ou 3 ans et de les faire radiographier à différentes périodes pour être bien sûr qu'ils n'ont pas de lésions cancéreuses.

COMPLICATIONS DE LA DIVERTICULITE

La complication la plus grave de la diverticulite est la perforation aiguë en péritoine libre avec comme conséquence la péritonite généralisée. Elle commande toujours l'opération d'urgence. Heureusement, cette complication est rare comme on le sait à cause des réactions inflammatoires précoces péricoliques et à cause des adhérences avec les organes voisins. Le diagnostic de la perforation aiguë dans la diverticulite n'est pas facile. — La plupart du temps, on la confond avec la perforation d'origine appendiculaire, et l'incision opératoire est faite du côté droit. Dans ces cas où l'appendice est sain, il ne faut pas faire d'exploration intempestive qui risquerait de propager l'infection, mais il faut refermer immédiatement l'incision et réouvrir sur la ligne médiane. L'opération dans la diverticulite perforée doit être aussi simple et rapide que possible car on a affaire à des malades dont l'état général est très mauvais. Il semble bien que la laparotomie et le simple drainage de la péritonite avec des mèches ou des tubes au voisinage de la perforation soit la meilleure tactique opératoire. On pourra de plus, si le colon est mobile, essayer d'ancrer la perforation au péritoine pariétal. Certains auteurs vont même ici jusqu'à conseiller l'extériorisation complète du segment colique perforé. Les tentatives de sutures de la perforation nous semblent ici bien illusoire car la plupart du temps les points de suture ne peuvent tenir sur un organe très oedémateux et enflammé.

La complication la plus fréquente de la diverticulite aiguë est la perforation couverte avec péritonite localisée et formation d'abcès dans la fosse iliaque gauche. Il ne faut pas confondre ces abcès avec les abcès péricoliques d'origine néoplasique, et ici encore la radiographie est d'une grande utilité pour faire le diagnostic différentiel. Les abcès d'origine diverticulaire doivent être drainés;

toujours certains chirurgiens disent. Tel n'est pas notre avis. Quelquefois le simple traitement médical permet à l'abcès, s'il n'est pas trop important, de disparaître de lui-même au bout de quelques semaines. Cependant si l'abcès est considérable, si les phénomènes douloureux ne s'amendent pas rapidement ou si la fièvre ne baisse pas au bout d'une dizaine de jours il faut opérer et ne pas attendre que l'abcès se fistulise dans les organes voisins.

Les principales fistules stercorales d'origine diverticulaire se rencontrent à la surface cutanée de la fosse iliaque gauche, à la vessie et au rectum. Les fistules cutanées apparaissent à la suite de l'ouverture spontanée d'un abcès d'origine diverticulaire ou à la suite du drainage chirurgical. Ces fistules habituellement se ferment d'elles-mêmes si on a la patience d'attendre assez longtemps. Au bout de cinq ou six mois, si les fistules ne sont pas guéries, on devra faire une colostomie temporaire de dérivation. Si cette manœuvre échoue, le chirurgien peut tenter d'opérer la fistule elle-même et suturer la perforation. Quelquefois il sera même obligé de faire la résection colique, bien entendu si la fistule est vraiment stercorale et pas seulement légèrement purulente comme il arrive souvent.

La fistule colo-rectale ne comporte aucun traitement. Elle constitue le mode de guérison spontanée le plus heureux de certains abcès d'origine diverticulaire. On ne peut en dire autant des fistules colo-vésicales qui sont graves et qui guérissent rarement d'elles-mêmes. Le traitement de ces fistules est délicat mais il sera plus facile si on a soin au préalable de bien drainer les abcès qui peuvent exister en profondeur et si on dérive le cours des matières intestinales.

LA MALADIE DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI

Par FERNAND CHAREST

L'observation d'un cas avec lésions dégénératives au niveau du corps calleux, dont nous avons été forcé d'abandonner l'étude pathologique complète, par suite de circonstances incontrôlables, nous avait incité à faire plus ample connaissance avec la maladie de Marchiafava-Bignami. Elle est peut-être une entité rare. Les volumes de neurologie en font peu mention.

La maladie de Marchiafava-Bignami consiste essentiellement en une dégénérescence primitive du corps calleux.

En 1897, un pathologiste italien, Marchiafava, travaillant à l'Institut de pathologie de l'Université de Rome, fut frappé par des lésions du corps calleux qu'il n'avait jamais auparavant observées. En 1903, il publiait, en collaboration avec Bignami (1, 6, 7,), le fruit de ses recherches. A la suite de ce rapport, Bignami et Nazari rapportaient une vingtaine de cas semblables observés à l'Hôpital Santo Spirito de Rome. D'autres pathologistes italiens, Mingazzini (8) et ses assistants à l'asile d'aliénés de Rome, Rossi (10) à l'Institut de psychiatrie de Florence, Demel à l'Institut pathologique de Pise, Guizzetti à l'Institut pathologique de Parme, Guiccione à l'Institut pathologique de Rome, confirmèrent les observations de Marchiafava et Bignami.

Il n'avait jamais été fait mention de semblable entité pathologique en dehors d'Italie avant 1936 alors que King et Meehan (4) publiaient un premier cas aux Etats-Unis. Le second fut celui de Bohrod (2) publié en mars 1942. Il s'agissait d'un suisse né aux Etats-Unis. Le troisième, un autre cas de non-italien, fut celui de Courville et Nielsen (9) publié en septembre 1943. Il faut aussi mentionner

l'intéressant article de Giorgi Lolli (5), instructeur en physiologie appliquée à l'Université Yale.

A l'examen macroscopique, le corps calleux présente un aspect particulier. Il y a, au niveau du genou et plus rarement au niveau du splenium, une dégénérescence centrale et symétrique qui donne l'impression de trois lames superposées: la lame supérieure de couleur blanchâtre contenant les fibres normales commissurales; la partie moyenne de couleur grise due à la disparition de la myéline et la lame inférieure de même couleur que la lame supérieure. Il s'agit d'une démyélinisation de la partie moyenne du corps calleux facilement mise en évidence par une coloration au Weigert-Pal. Les cylindraxes demeurent apparemment intacts bien qu'ils soient, en de nombreux endroits, fractionnés. Toute inflammation est absente. Une augmentation du nombre des vaisseaux aurait été observée dans certains cas. Semblables lésions symétriques ont été décrites dans d'autres régions symétriques du cerveau: chiasma, pédoncules cérébelleux inférieurs, et spécialement au niveau et le long des différentes commissures telles que la commissure antérieure, les commissures fronto-pariéto-occipitales médianes et latérales et les commissures temporo-occipitales.

La dégénérescence du corps calleux se rencontre chez les individus mâles entre 35 et 80 ans. La durée de l'affection varie de 3 à 6 ans. Tous les cas, sauf deux, ont été décrits chez des italiens de classe pauvre et sacrifiant trop souvent au dieu Bacchus. S'agit-il là d'une maladie exclusive à cette race? Voici l'opinion de Bohrod: «Such a question is not always easy to answer. Custom, geographic influences and other factors may lead to racial distribution. If by a racial disease one means merely that it is more common or is almost exclusively found in a single race regardless of the season, the significance of the racial factor may not be the same as if one means that genetic

differences in the race are a factor. So small a number of cases as that of the disease now under discussion cannot, of course, lead to a decisive answer concerning the importance of race for Marchiafava's disease. There is, however, a strong probability that a constitutional factor is of considerable significance.» Il se peut fort bien que la race italienne soit plus susceptible que d'autres à l'ingurgitation chronique du « dago » rouge. Semblable phénomène s'observe en physiologie ou en pharmacologie expérimentale. Une dégénérescence du corps calleux s'observe chez les chiens soumis à une intoxication alcoolique de longue durée, alors qu'il est impossible de la reproduire chez les autres espèces animales. L'administration à des chats de doses toxiques de cyanure de potassium (3) produit une dégénérescence élective du corps calleux alors que les lésions obtenues chez les autres espèces se trouvent en des endroits différents. A date, le nombre des observations est si petit qu'il est difficile de conclure à l'exclusivité de cette affection.

Beaucoup insistent sur le rôle prépondérant que jouerait la vitamine B₁. La déficience de cette vitamine, on le sait, est cause de nombreuses dégénérescences observées au niveau du système nerveux central. L'exemple le plus frappant se trouve chez les alcooliques. La malnutrition aurait aussi un rôle à jouer car elle se rencontre infailliblement chez tous ces malades quelque temps avant la mort.

Les symptômes varient d'un cas à l'autre. Les plus constants sont les troubles psychiques qui amènent l'interneement de tous ces malades à plus ou moins brève échéance. Excitabilité, irascibilité, apathie, perversion morale, attentat aux mœurs, anxiétés, hallucinations, illusions en sont les principales manifestations. L'affaiblissement intellectuel est progressif. Les crises convulsives se rencontrent très souvent. Comme autres signes physiques, il y a le tremble-

ment, la perte de connaissance, les faiblesses soudaines sans perte de connaissance, la dysarthrie. Il peut y avoir aussi de l'impotence et de l'incontinence.

BIBLIOGRAPHIE

1. BIGNAMI : Sulle alterazioni del corpo calloso e della commissura anteriore ritrovate in un alcolista. Policlinico (sez. prat). 14:460, 1907.
2. BOHRD : Primary degeneration of the corpus callosum (Marchiafava's Disease) Archives of Neurology and Psychiatry. 47: 465 (March) 1942.
3. JERVIS : Sulle alterazioni mieliniche da cinauro. Riv. di pat. nerv. 50:410, 1937.
4. KING and MEEHAN : Primary degeneration of the corpus callosum. (Marchiafava's Disease) Archives of Neurology and Psychiatry. 36:547, 1936.
5. LOLLI : Marchiafava's disease. Quart. J. Studies on alcohol. 2:486, 1941-1942.
6. MARCHIAFAVA : The degeneration of the brain in chronic alcoholism. Proc. Roy. Soc. Med. 26:1151, 1933.
7. MARCHIAFAVA et BIGNAMI : Sopra un'alterazione del corpo calloso osservata in soggetti alcolisti. Riv. di path, nerv. 8:544, 1903.
8. MINGAZZINI : Der Balken. Eine anatomische, physiopathologische und klinische Studie. 1922. pp. 139-164.
9. NIELSEN and COURVILLE. Central necrosis of the corpus callosum. (Marchiafava-Bignami's disease). Report of case in an American Man with comments on the pathogenesis of the disease. Bulletin of the Los Angeles Neurological Society Vol. 8. No. 3. September 1943. Page 81-88.
10. ROSSI : Sull' istologia patologica di una speciale alterazione descritta da Marchiafava nel corpo calloso degli alcolisti. Riv. di pat. nerv. 15:346, 1910.

LES MUSCLES REDRESSEURS ¹

Par ALBERT COUTU, M.D.

Assistant-professeur, Anatomie Normale, Université de Montréal

(suite et fin)

7 — *La courte portion du biceps.*

La courte portion du biceps s'étend de l'apophyse coracoïde au tendon terminal de la longue portion. (Schéma 7.) Sur l'apophyse coracoïde, elle s'insère, par un tendon commun, avec le muscle coraco-brachial; au bras, elle passe en avant de ce muscle, du chef d'insertion du faisceau huméral du biceps et du muscle brachial antérieur; elle longe le bord interne du long biceps; plus bas, elle se place entre ce dernier muscle, qui est en dehors et le faisceau huméral du biceps, qui est en dedans; elle est recouverte par l'aponévrose brachiale antérieure. La courte portion du biceps, l'aponévrose brachiale antérieure, la cloison intermusculaire interne, les muscles coraco-brachial et brachial antérieur forment le canal brachial; les éléments vasculo-nerveux du canal sont l'artère humérale et ses branches collatérales (rameaux musculaires pour le deltoïde, le coraco-brachial, le brachial antérieur et le biceps, l'artère nourricière de l'humérus, la collatérale externe ou humérale profonde, la collatérale interne supérieure et la collatérale interne inférieure), la veine humérale, les veines satellites des collatérales artérielles, les nerfs musculo-cutané, median, cubital et brachial cutané interne. Le court biceps se termine sur le bord interne du tendon du long biceps, à une distance plus ou moins éloignée de la tubérosité bicipitale. Prenant son point fixe sur l'apophyse coracoïde, la courte portion du biceps attire le long biceps en haut et en dehors.

¹ Laboratoire du docteur Jean Delâge.

**Des expériences cliniques ont prouvé
que l'administration des xanthines
peut doubler la circulation coronaire
et augmenter le rendement à l'effort.**



Chaque comprimé contient:

Théophylline	(1-1/2 grs.)	0 gr. 10
Théobromine	(1-1/2 grs.)	0 gr. 10
Iodure de Potassium	(2 grs.)	0 gr. 12
Phénobarbital	(1/4 gr.)	0 gr. 01
Bicarbonate de Soude	(2 grs.)	0 gr. 12

Flacons de 100

XANTOPHEN

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL (1)

SCILLITRINE

*Médication d'Urgence
des crises*

LABORATOIRE PERRIER FRANCE

Agents généraux pour le Canada

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEEN

PAR LE

TOTAL MAGNÉSIEEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

Manifestations arthritiques, Affections de la prostate, Asthénies,
Tremblements séniles, Tumeurs bénignes, Verrues, Herpès,
Acné, Eczéma, Troubles hépatiques, Constipation et Prophylaxie
des Néoplasmes.

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

PARIS, FRANCE

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, RUE ST-DENIS

MONTREAL

★

★

"THIRONEX"



dans le traitement des ANÉMIES SECONDAIRES

★ Le "Thironex", préparation pratique et efficace dans le traitement des anémies secondaires, renferme les meilleures doses de fer, d'extrait de foie et de complexe vitaminique B. Il est présenté sous forme de comprimés et de sirop, pour en faciliter l'administration à tous les patients: enfants ou adultes.



Brochures concernant les Comprimés et le
Sirop "Thironex" envoyées sur demande.

MUCARA

dans

la Stase Intestinale

MUCARA

Augmente le volume du contenu intestinal sans troubles digestifs.

Augmente la quantité du liquide dans les selles qui demeurent bien moulées — d'élimination facile.

Stimule le péristaltisme intestinal, sans irritation.

Tend à faire disparaître "l'habitude des laxatifs" sans en provoquer une autre.

Mucara agit d'une façon purement naturelle. Il n'est ni digéré ni absorbé durant son transit intestinal.

Mucara ne cause pas de fonctionnement anormal de l'intestin, et les malades devraient en être avisés.

Deux variétés

MUCARA SIMPLE

et

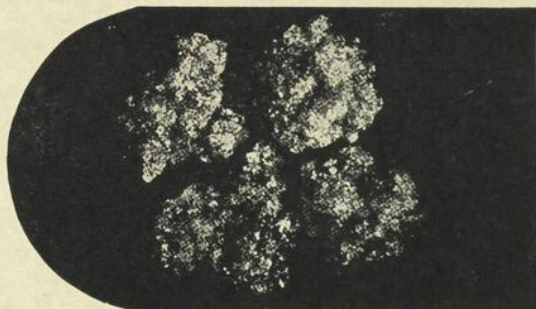
**MUCARA AVEC
CASCARA**

Préparé en deux formats:
6½ onces et 32 onces.



GOMME KARAYA—FORME GRANULÉE SOLIDE
(agrandissement)

Remarquez la surface dure, rugueuse et aussi la dimension limitée de surface exposée aux liquides intestinaux.



GRANULES MUCARA D'APRÈS UN PROCÉDÉ SPÉCIAL
(agrandissement)

Remarquez la surface poreuse, spongieuse présentant des centaines de granules presque microscopiques, légèrement adhérents l'un à l'autre; chaque granule est exposé à l'action des liquides intestinaux, ce qui assure une action plus efficace et une masse plus uniformément plastique et non irritante par le truchement de la musculature intestinale.

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED

WALKERVILLE—ONTARIO

*Au service du
Corps Médical*



**6 FORMES
DIFFÉRENTES!**

CIBAZOL

- COMPRIMÉS
- AMPOULES
- POUDRE ANTISEPTIQUE
- ONGUENT
- ÉMULSION
- SUPPOSITOIRES

Depuis nombre d'années le Cibazol* (sulfathiazole) est reconnu en chimiothérapie comme agent spécifique contre les infections dues aux pneumocoques, staphylocoques, gonocoques, méningocoques, et celles des voies urinaires; l'on a surtout mis en relief son efficacité dans le traitement intensif des brûlures et des infections localisées accessibles. Les affections de la peau, telles que: infections pyogéniques, infections secondaires de dermatoses pré-existantes, affections mycosiques et parasitaires, cèdent rapidement à l'application locale de Cibazol. Le Cibazol se présente sous six formes différentes, pour administration orale, parentérale, rectale ou locale: la nature de l'affection ou de la plaie aussi bien que le jugement du médecin déterminent la forme à employer.

Littérature et échantillons sur demande

*Nom déposé.



Compagnie **CIBA** Limitée

NOS RECHERCHES D'AUJOURD'HUI: LA MÉDECINE DE DEMAIN

MONTRÉAL, CANADA

HEMOSTYL

du Dr Roussel

A base de sérum hémopoïétique frais de cheval

Anémies - Hémorragies

Ampoules buvables. Sirop.

INOTYOL

du Dr Debat

Pommade. Poudre. Savons

Toutes lésions et irritations de la peau

Agents : J. EDDÉ Ltée • MONTRÉAL

ÉTHIER PUR

pour Anesthésie

De la plus haute qualité
possible, telle qu'employée
par les principaux hôpitaux
à travers l'Amérique.

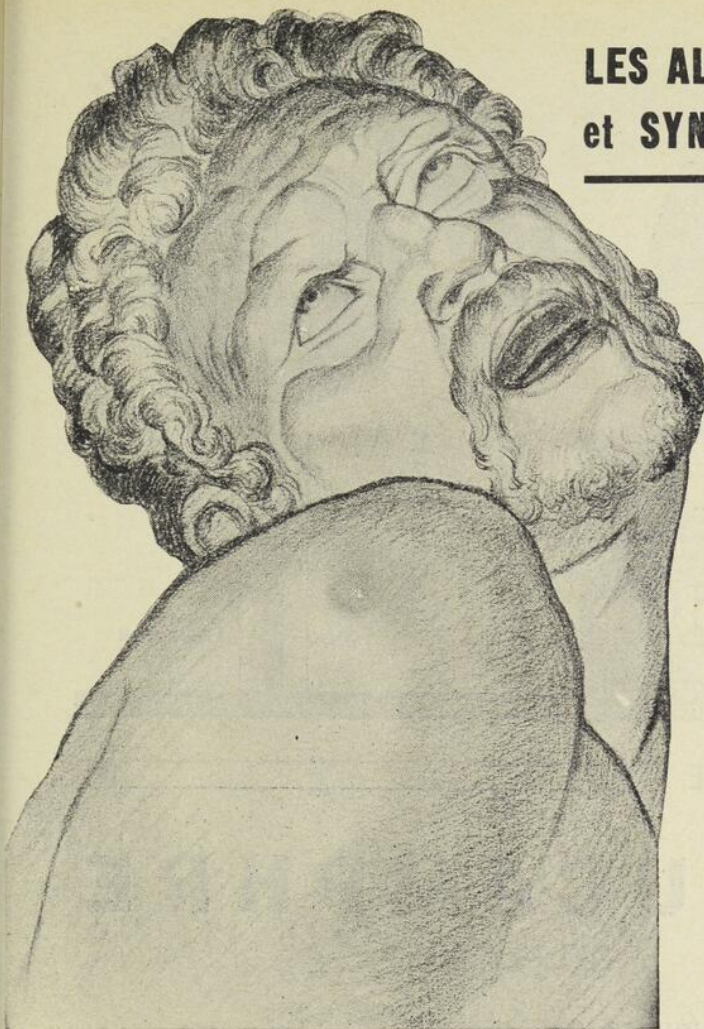
MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST
MONTRÉAL

LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX

Complexe médicamenteux
de Polysalicylates, Soufres,
Calcium, Thyroïde et Pa-
rathyroïde, en capsules
glutinisées, ne se dissol-
vant que dans l'intestin.

**PUISSANT MODIFICATEUR DU
TERRAIN RHUMATISMAL**



POSOLOGIE. — Pour obtenir les meilleurs résultats, prescrire : **12 Capsules par jour** pendant 4 jours, afin d'obtenir l'effet de saturation et la cessation des douleurs. Continuer ensuite à raison de 6 ou 8 capsules par jour **aussi longtemps que nécessaire.** Ne jamais dépasser 2 capsules toutes les heures ou toutes les 2 heures.

PRÉSENTATION : En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Echantillon sur demande

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

209 Est, rue Sainte-Catherine,

Montréal

iodaseptine cortial

TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE
 ADENOPATHIES DE L'ENFANCE
 RHUMATISMES CHRONIQUES
 SUPPRESSION DE LA GOUTTE EN IODASME EN INTOLÉRANCE

LABORATOIRES CORTIAL 15 B^o PASTEUR PARIS (XV^e)

iodaseptine salicylée UNIT

RHUMATISMES AIGUS
 L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLE

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC

40
 39
 38
 NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^e PASTEUR . PARIS

SOLUCAMPBRE

O
L
U
C
A
M
P
H
R
E

SOLUCAMPBRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que
 l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

2 Formes : SOLUCAMPBRE SIMPLE
 SOLUCAMPBRE SPARTEINÉ

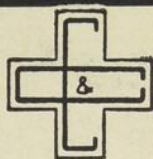
MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU LTÉE

présente



SUPPOSITOIRES RECTOCRINE

UNE NOUVELLE THÉRAPEUTIQUE, DANS LE
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA TOUX

INDICATIONS :

Sédatif - Expectorant - Antiseptique.

Fébrifuge - Antispasmodique et Vaso-
dilatateur.

Fluidifiant de l'expectoration.

FORMULE :

Carbonate de Caïacol

Sulfogaïacolate de Potassium

Succinate de Benzyl & Sodium

Aminophylline

Camphosulfonate de Sodium

Vitamine B₁

PRÉSENTATION :

Rectocrine vous parvient
sous deux formules :

Adultes et Enfants.

En boîtes de 12 supposi-
toires.

Echantillons sur demande à MM. les Médecins seulement
RECTOCRINE est préparé sous la surveillance et le contrôle immé-
diat de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph.,

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph.,

Assistant bactériologiste,

Marcel Daoast, B.A., B.Ph.,

Jean E. Perras, L.Sc., M.C.I.C.,

Pharmaciens, Chimistes, Analystes

et Biochimistes,

Tous diplômés de l'Université de Montréal.

Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE ET MÉDICAL

TRAITEMENT DES
VARICES PAR VOIE
INTRAVEINEUSE

SCLÉRAMINE

NADEAU

*Envoi du prospectus
sur demande*

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE

100, rue St-Paul ouest, Montréal



"noctinal"⁰⁰

(Barbiturate dibutylique d'éthyle sodique "Frosst")

**Sédatif rapide et sans risque, que
ne suit aucune réaction fâcheuse.**

Sédation — hypnose — accentuation de l'effet des antalgiques.

Le Noctinal est à mi-côte, pour ainsi dire, entre les barbiturates à effet très bref, comme le pentobarbital, et ceux dont l'action est persistante (le phénobarbital, par exemple). Il agit en une demi-heure, et durant 4 à 6 heures. Après un sommeil réparateur, le sujet s'éveille sans nausée ni dépression.

On peut recourir au Noctinal en toute confiance. Même si le malade excède la dose thérapeutique indiquée, il n'exerce pour ainsi dire aucun effet toxique sur le coeur, la pression sanguine, la respiration ou le rein. Facilement soluble dans l'eau, son élimination est rapide.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

POSOLOGIE

COMPRIMÉS DE "NOCTINAL"

Sédation légère, mais continue : de $\frac{1}{4}$ à 1 grain 2 ou 3 fois par jour. Insomnie: $1\frac{1}{2}$ grain une demi-heure environ avant le coucher. Surexcitation: de $1\frac{1}{2}$ à 3 grains 2 ou 3 fois par jour. Le Noctinal agit plus activement si son ingestion est suivie d'un breuvage chaud.

ELIXIR DE "NOCTINAL"

Dose moyenne — adultes: de 2 à 3 cuillerées à thé (de 8 à 12 cc.) dans un verre d'eau (se servir d'un verre à porto). Dose quotidienne maximum, pour un adulte: 2 onces liq. (57 cc.)

PRÉSENTATION

C.T. no 352 "Frosst" Noctinal, $\frac{1}{2}$ grain
C.T. no 353 "Frosst" Noctinal, $1\frac{1}{2}$ grain
Elixir no 601 "Frosst"
Chaque once liq. contient 4 grains de Noctinal.



Depuis 1899, le symbole de progression dans la pharmaceutique.

VOTRE ALLIÉE

La Banque Canadienne Nationale apporte à ses opérations de placement la même attention et la même loyauté qu'à ses autres opérations. Elle n'a aucun avantage à vous recommander l'achat d'une valeur plutôt que d'une autre.

Elle est votre alliée. Il existe une étroite solidarité d'intérêts entre vous et la Banque, puisque ses progrès dépendent de la prospérité de ses clients.

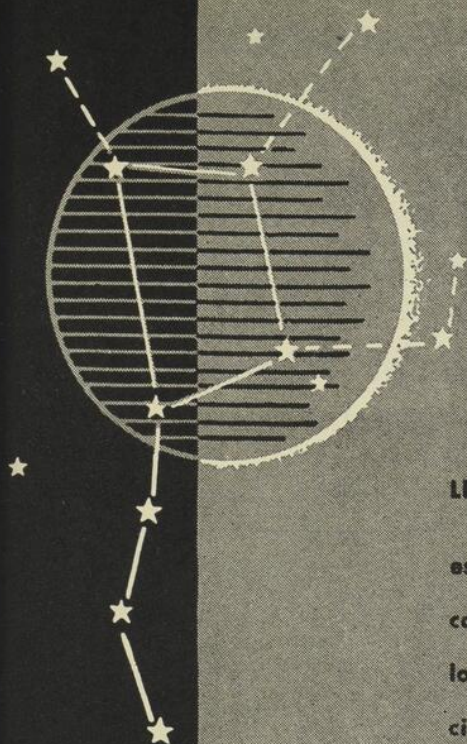
Déposez vos épargnes à la Banque Canadienne Nationale et faites vos placements par son entremise.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

ACTIF TOTAL, PLUS DE \$300,000,000

515 bureaux au Canada

60 succursales à Montréal



nettement caractérisé

LE SYNDROME DE LA MÉNOPAUSE MASCULINE

est maintenant reconnu comme une entité nettement caractérisée. On peut en soupçonner l'existence lorsque des hommes dans la quarantaine ou la cinquantaine et encore dans la force de l'âge se plaignent d'être fatigués et nerveux, de souffrir d'insomnie, de vagues douleurs et d'impuissance.

ORETON

La thérapeutique par l'ORETON, propionate de testostérone, fait souvent rétrocéder ces manifestations lorsqu'elles proviennent d'une insuffisance hormonale, et redonne aux malades leur ancienne vigueur physique et mentale.

LE NOM "ORETON" EST DÉPOSÉ AU CANADA



Schering CORPORATION LIMITED .
137, rue St-Pierre MONTREAL 1

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

BETAGEN

contient la Vitamine B, associée aux glycérophosphates alcalins, à la lécithine et l'avénine, et est une combinaison heureuse qui par l'action synergique de ses éléments constituants en fait un médicament précieux comme...

COMPOSITION

Chaque once contient:
500 U. I. de Vitamine B₁
Chlorure de Thiamine
1 mgm. de Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B Complexe,
B₂, B₄, B₅ et B₆
Lécithine d'oeufs 1/16 gr.
Avenine 1/30
Glycerophosphates
de Sodium 8 grs.
de Calcium 4 grs.
de Potassium 4 grs.
de Strychnine 1/60 gr.

Tonique et Aliment Nervin

RECOMMANDÉ

Pertes d'Energie et d'appétit - Anémie
Neurasthénie - Troubles Gastro-intestinaux
et dans les cas où le système nerveux
est affaibli.

MODE D'EMPLOI

Adultes : Une cuillerée à dessert quatre fois par jour, de préférence avant les repas et le coucher. Enfants: Selon l'âge, de 1/2 cuillerée à thé à une cuillerée à dessert.

PAVERAL

*reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique
de la*

COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complications.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

Nombreuses cliniques antituberculeuses dans les Unités sanitaires de la province



Au cours des 191 cliniques antituberculeuses tenues dans les diverses Unités sanitaires de la province durant le mois d'octobre, plus de six mille personnes ont subi l'examen radiologique. C'est dire que les cliniciens en tuberculose poursuivent leur travail de dépistage avec soin et enseignent la prophylaxie à domicile.

Par exemple, pendant le mois d'octobre, les cliniciens ont visité 1586 familles. Une personne avertie en vaut deux. Que le tuberculeux soit mis au courant de sa maladie et du danger d'infection auquel est exposé son entourage; qu'on lui enseigne à faire sa cure de repos à domicile, à prendre toutes les précautions voulues, alors on pourra enrayer dans une certaine mesure l'éclosion des cas d'infection.

Au cours d'octobre, les cliniciens du ministère ont également accompli un excellent travail chez les écoliers: 4,348 ont, en effet, subi l'épreuve à la tuberculine.

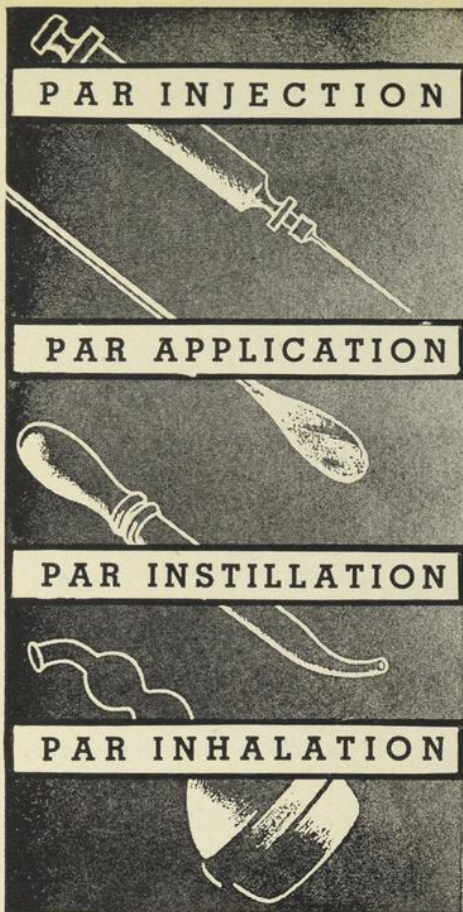
On sait que, dans cette province, les taux de mortalité par tuberculose ont baissé. Une comparaison entre les périodes quinquennales 1922-26, 1927-31, 1932-36 et 1937-41 indique une certaine régression. De 125.2 par cent mille, les taux sont graduellement tombés à 110.5, à 92.2 puis à 80.6. On l'a déjà fait observer, cette chute rapide, régulière, révèle une lutte particulièrement active et efficace. La science et le dévouement qui contribuent à la diminution de la mortalité par tuberculose dans notre province nous permettront de vaincre le terrible fléau. Que le public et la profession médicale, toujours si dévouée, collaborent donc avec le ministère de la Santé et du Bien-Être social en vue de la victoire définitive.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

Hon. Docteur J.-H.-A. PAQUETTE
Ministre

Docteur JEAN GRÉGOIRE
Sous-ministre



Sa facilité remarquable à stimuler le cœur et à augmenter le rendement cardiaque, à élever la pression sanguine, à contracter les artères périphériques, à dilater les vaisseaux sanguins et à relâcher les muscles bronchiaux . . . fait de l'ADRENALINE un des plus utiles agents thérapeutiques approuvés par le médecin. Ce qui est encore merveilleux, ensuite, c'est qu'elle est toujours gardée sous la main dans les

. . . sous-cutanée ou intramusculaire, l'ADRENALINE procure un soulagement symptomatique rapide dans les paroxysmes asthmatiques; est utile pour la prévention et le traitement des autres réactions allergiques; localise et prolonge l'action des anesthésiques locaux. En injection intraveineuse, elle est employée dans les chocs et les accidents dus à l'anesthésie.

. . . à cause de son action vaso-constrictive dans les hémorragies, l'ADRENALINE facilite une meilleure vision du champ et aide à diagnostiquer et à traiter certaines conditions se rencontrant dans la pratique, pour les oreilles, le nez et la gorge.

. . . dans le passage nasal, l'ADRENALINE produit une prompte décongestion; dans l'œil, l'ADRENALINE diminue la congestion vasculaire, et aide à localiser les corps étrangers.

. . . orale, l'ADRENALINE empêche les attaques sévères de l'asthme bronchitique en faisant relâcher les muscles bronchiaux.

salles d'opération, les bureaux et la trousse du médecin.

Pour permettre l'usage complet de ses nombreuses applications, il y a une forme d'ADRENALINE (Épinéphrine) pour faire face à tous les besoins médicaux. Solutions 1:100, 1:1000, 1:10,000; Suspensions huileuses 1:500, et les suppositoires et l'onguent.

ADRENALIN
ORIGINAL

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD.

WALKERVILLE, ONTARIO

MENOPAUSE



OESTRILIN en COMPRIMÉS

(ESTROGÈNES DESBERGERS)

Hormones Oestrogéniques NATURELLES
PAR VOIE BUCCALE

Simple ou avec phénobarbital $\frac{1}{2}$ grain

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

388 ouest, rue St-Paul

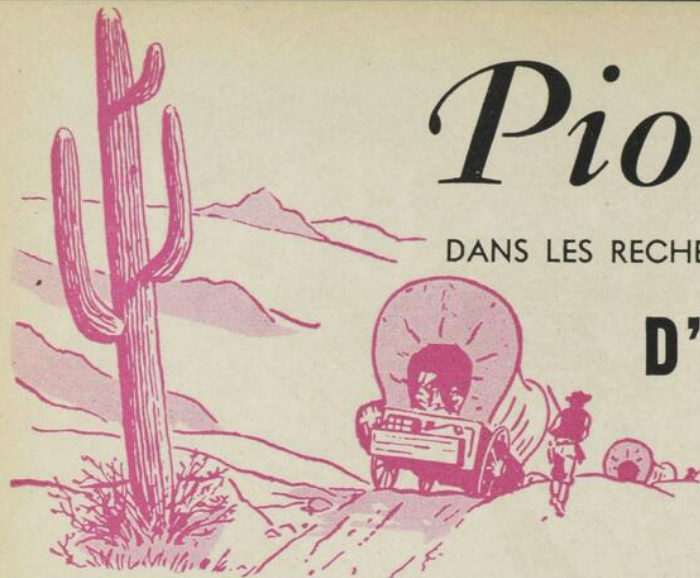
Montréal, Canada

Pionniers

DANS LES RECHERCHES ET LA PRÉPARATION

D'ACIDES AMINES

AU CANADA



No. 155

12 ONCES



AMINOTONE

TONIQUE NUTRITIF

Formule par 100 c.c.:

ACIDES AMINÉS (avec Tryptophane).....	5 grms.
Chlorure de Thiamine (Vit. B ₁).....	18 mgms.
Riboflavine (Vit. B ₂).....	7 mgms.
Glycérophosphate de Sodium.....	4 grms.
Maltose, Dextrine et Dextrose. Alcool 19% (volume).	

Indications: Epuisement nerveux,
Convalescence, Perte d'appétit et
de poids.

Posologie: 1 cuillerée à dessert 3 ou 4
fois par jour, avec ou sans eau.

BIEN AGITER LA BOUTEILLE

Pour usage thérapeutique seulement

DESBERGERS

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL
Montréal Canada

Fabriqué au Canada—3/45

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL
MONTRÉAL

CANADA

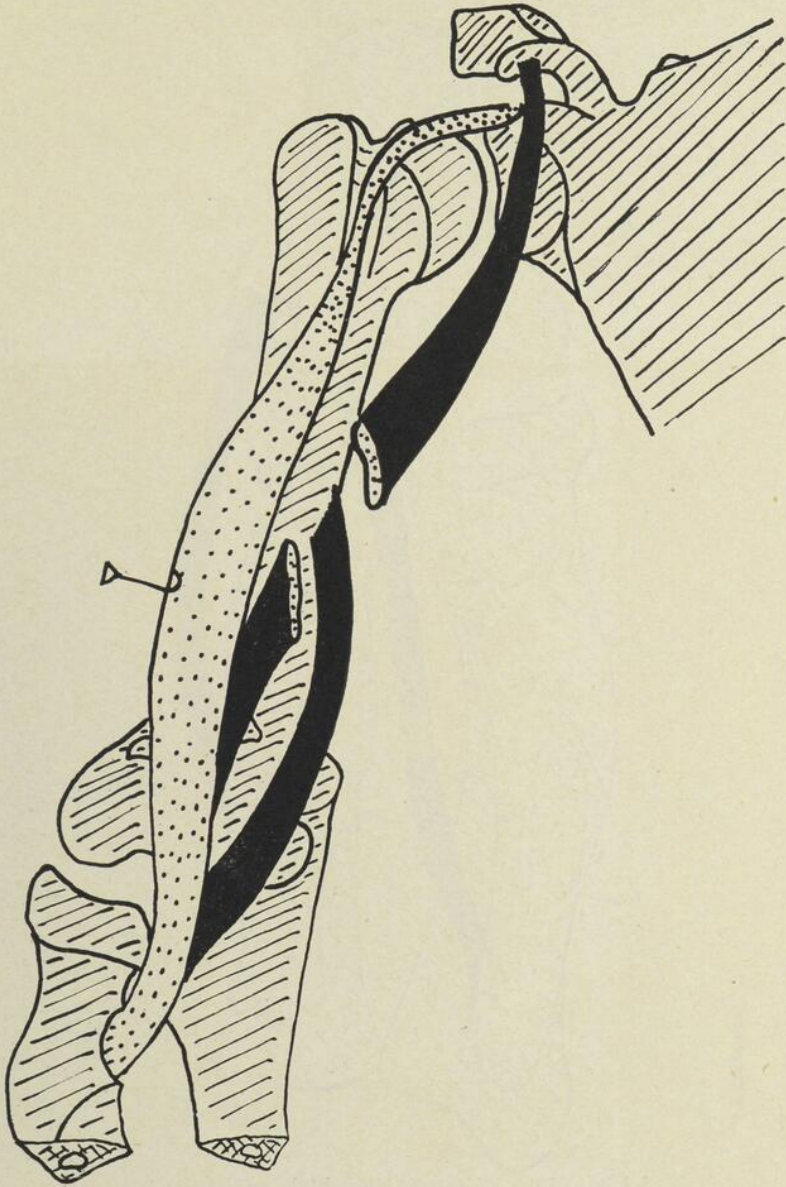


Schéma 7 — Région brachiale antérieure.

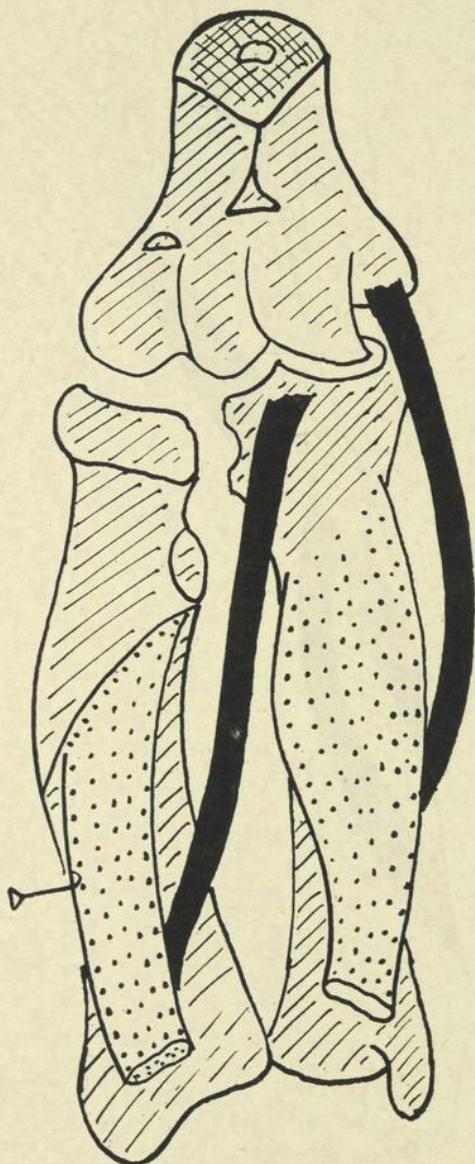


Schéma 8 — Région antébrachiale antérieure.

8 — *Le chef huméral du biceps.*

Le chef huméral du biceps est un muscle inconstant, qui va de la face interne de l'humérus au tendon terminal du long biceps (Schéma 7). Il naît de la partie moyenne de la face interne de l'humérus, au-dessus des fibres d'origine du muscle brachial antérieur. Testut, dans son traité sur les anomalies musculaires, signale l'origine du chef huméral du biceps, également, sur les fibres mêmes du brachial antérieur. De son insertion, le chef huméral du biceps se porte, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, vers la portion terminale du long biceps. Il est d'abord caché sous la courte portion du biceps, mais il s'en dégage bientôt et se place en dedans d'elle. On trouve ainsi, au-devant du brachial antérieur, trois faisceaux musculaires qui sont, de dehors en dedans, la longue portion du biceps, la courte portion et le faisceau huméral du biceps; celui-ci se termine sur le bord interne du tendon inférieur du long biceps, au-dessous du tendon terminal du court biceps. Testut note la possibilité d'isoler, dans un certain nombre de cas, le tendon terminal du chef huméral du biceps jusque sur la tubérosité bicipitale; si celui-ci origine du brachial antérieur et se termine sur la tubérosité bicipitale, Testut le nomme, alors, le muscle brachio-radial. Le chef huméral du biceps, ayant son point fixe sur l'humérus, redresse le tendon terminal du long biceps, qui a une direction oblique en bas et en dehors.

9 — *Le muscle redresseur du fléchisseur propre du pouce.*

Le muscle redresseur du fléchisseur propre du pouce est un muscle inconstant, qui origine de l'apophyse coronoïde et se termine sur le fléchisseur propre du pouce (Schéma 8). C'est un faisceau musculaire fusiforme, situé sous le fléchisseur commun superficiel des doigts, entre

le fléchisseur propre du pouce et le fléchisseur commun profond des doigts. Sa direction est oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Sur l'apophyse coronoïde, il s'insère sur la face inférieure de cette apophyse, soit en dehors du tendon terminal du brachial antérieur, soit entre celui-ci et le faisceau coronoïdien du fléchisseur commun superficiel des doigts. Le muscle redresseur du fléchisseur propre du pouce se termine sur le bord interne du tendon inférieur de ce dernier. Prenant son point fixe sur l'apophyse coronoïde, il porte le tendon du fléchisseur propre du pouce en haut et en dedans.

10 — *Le muscle redresseur du fléchisseur commun profond des doigts.*

Le muscle redresseur du fléchisseur commun profond des doigts est encore connu sous le nom de « *accessorius ad flexorem profundum de Gantzer* ». Il s'étend de l'épitrôchlée en tendon terminal du fléchisseur commun profond des doigts (Schéma 8). Il a, comme le faisceau coronoïdien du fléchisseur propre du pouce, une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors; il longe le bord interne du fléchisseur commun profond des doigts. Sur l'épitrôchlée, il s'insère par l'intermédiaire du tendon commun aux muscles épitrôchléens (rond pronateur, grand palmaire, petit palmaire, cubital antérieur, fléchisseur commun superficiel des doigts); quelques fois, comme le fait remarquer Testut, le faisceau redresseur peut se détacher de l'apophyse coronoïde. Le fléchisseur commun profond des doigts, destiné à l'index, au médus, à l'annulaire et à l'auriculaire, se divise, à la partie inférieure de l'avant-bras, en quatre tendons perforants; les tendons perforés appartiennent au fléchisseur commun superficiel des doigts. Le redresseur du fléchisseur commun profond des doigts

se termine, à l'ordinaire, sur le perforant du cinquième doigt, mais, il peut, également, se fixer sur chacun des perforants; dans un certain nombre de cas, le tendon terminal du redresseur se trifurque en trois languettes tendineuses destinées soit aux perforants de l'index, du médius et de l'annulaire, soit aux perforants de l'annulaire, de l'auriculaire et du médius. Comme le redresseur du fléchisseur propre du pouce et le chef huméral du biceps, le redresseur du fléchisseur commun profond des doigts est un muscle inconstant qui existe, selon Testut, dans dix pour cent des cas.

11 — *Les muscles pyramidaux de l'abdomen.*

Les pyramidaux sont des petits muscles, de forme triangulaire, appliqués au-devant de la partie inférieure des grands droits de l'abdomen. Ils sont situés de chaque côté de la ligne médiane: l'un, à droite et l'autre, à gauche (Schéma 9). La gaine antérieure des grands droits les recouvre; cette gaine fibreuse est constituée, de la profondeur à la superficie, par le tendon antérieur du transverse de l'abdomen, les deux feuilletts fusionnés du petit oblique et l'aponévrose du grand oblique. Les pyramidaux originent, par de courts tendons, de l'épine du pubis, entre le ligament de Henlé ou expansion fibreuse du faisceau externe du grand droit, qui occupe le plan profond et le tendon conjoint, qui, avec le pilier postérieur du grand oblique ou ligament de Colles, occupe le plan superficiel. De l'épine du pubis, où se trouve la base du muscle, les fibres musculaires des pyramidaux se dirigent obliquement de bas en haut et de dehors en dedans vers la ligne blanche, où elle se terminent à quelques centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphise pubienne. Les muscles pyramidaux forment les bords latéraux d'un triangle isocèle, dont la base inférieure est constituée par les branches horizontales du pubis et le bord supérieur de la symphise

pubienne. L'aire de ce triangle est comblée par les faisceaux internes des muscles grands droits. Les pyramidaux sont des muscles redresseurs de la ligne blanche et des faisceaux externes des tendons d'origine des muscles grands droits.

12 — *Le petit psoas.*

Le petit psoas est un muscle inconstant qui accompagne le psoas-iliaque (Schéma 10). Il origine de la douzième vertèbre dorsale, par des fibres tendineuses courtes, auxquelles succèdent des fibres charnues qui constituent le corps du muscle. Le petit psoas est fusiforme; comme le psoas lui-même, le petit psoas est recouvert par le fascia iliaca; les vaisseaux spermatiques ou avariens le croisent, iliaca; les vaisseaux spermatiques ou ovariens le croisent, et moyen; les organes postérieurs au petit psoas sont, outre le psoas, les apophyses transverses des vertèbres lombaires, l'apophyse transverse de la douzième vertèbre dorsale et les parties molles correspondantes de la paroi postérieure du tronc. Le petit psoas sort du bassin par l'anneau musculaire, c'est-à-dire par un anneau situé en dehors de l'anneau crural; l'anneau musculaire est limité, en arrière, par le bord antérieur de l'os coxal, en avant, par l'arcade crural ou fémoral, en dehors, par l'épine iliaque et supérieure ou s'insèrent les muscles couturier et tenseur du fascia lata, en dedans, par la bandelette iliopectinée; par le même anneau passent pareillement le psoas-iliaque, le nerf crural et le nerf musculo-cutané. Le petit psoas se termine sur le bord interne du tendon du psoas-iliaque, légèrement au-dessus du petit trochanter.

13 — *Le faisceau redresseur du muscle grand dorsal.*

Le faisceau redresseur du grand dorsal est un faisceau musculaire, de forme quadrilatère, qui va de l'angle inférieur de l'omoplate au bord supérieur du tendon huméral

du grand dorsal (Schéma 11). C'est un faisceau très court qui, bien que caché par le grand dorsal, peut parfaitement, dans le plus grand nombre de cas, être isolé du grand dorsal. Ainsi, pour trouver le faisceau redresseur du grand dorsal, il faut penser, en somme, au dédoublement apparent du bord supérieur du tendon terminal du grand dorsal à son passage en arrière de l'angle inférieur de l'omoplate; au moyen d'une pince à dissection, on mord doucement le muscle grand dorsal vis-à-vis l'angle inférieur de l'omoplate; en tirant vers soi le grand dorsal, on voit le dédoublement du tendon; en fait, ce que l'on aperçoit est un second tendon ou si l'on veut, un tendon de renforcement, le faisceau redresseur du grand dorsal; ce faisceau redresseur se termine sur le bord supérieur du tendon, avant que celui-ci ne gagne la face antérieure de grand rond.

14 — *Le faisceau redresseur du muscle petit dentelé postérieur et supérieur.*

Ce faisceau s'étend de l'apophyse transverse de l'atlas au bord supérieur du petit dentelé postérieur et supérieur (Schéma 11). C'est à la dissection des muscles du dos et de la nuque que l'on peut découvrir, parfois, parce qu'inconstant, ce muscle redresseur; on sait que le petit dentelé postérieur et supérieur appartient aux muscles du dos; il est placé sous les muscles rhomboïdes; une fois le grand et le petit rhomboïdes sectionnés à égales distances de leurs insertions vertébrales et scapulaires, on tombe immédiatement sur le muscle qui nous intéresse à l'heure actuelle; à quelque distance de la ligne des apophyses épineuses, sur le bord supérieur du petit dentelé, on remarque une étroite bande musculaire qui monte, appliquée sur la face superficielle du splénius, vers l'apophyse transverse de l'atlas, où elle s'insère. La bande musculaire qui représente le muscle redresseur du petit dentelé, en s'immobilisant sur l'atlas, agit sur le muscle pour le redresser.

En résumé, les principaux muscles redresseurs sont les lombricaux, le faisceau accessoire du long fléchisseur commun des orteils ou faisceau calcanéen ou chair carrée de Sylvius, le faisceau transverse ou glénoïdien de l'abducteur du gros orteil, le plantaire grêle, la courte portion du biceps fémoral, les jumeaux supérieur et inférieur, pour le membre inférieur; les lombricaux également, le faisceau épitrochléen du fléchisseur commun profond des doigts ou « *accessorius ad flexorem de Gantzer* », le faisceau coronoïdien du fléchisseur propre du pouce, la courte portion et le chef huméral du biceps, pour le membre supérieur; les pyramidaux de l'abdomen, le petit psoas, le faisceau scapulaire du grand dorsal et le faisceau alloïdien du petit dentelé postérieur et supérieur pour le tronc.

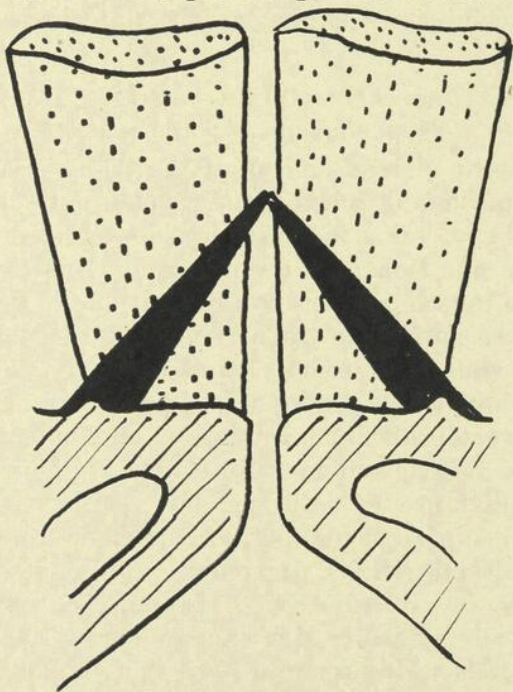


Schéma 9 — Paroi antérieure de l'abdomen.

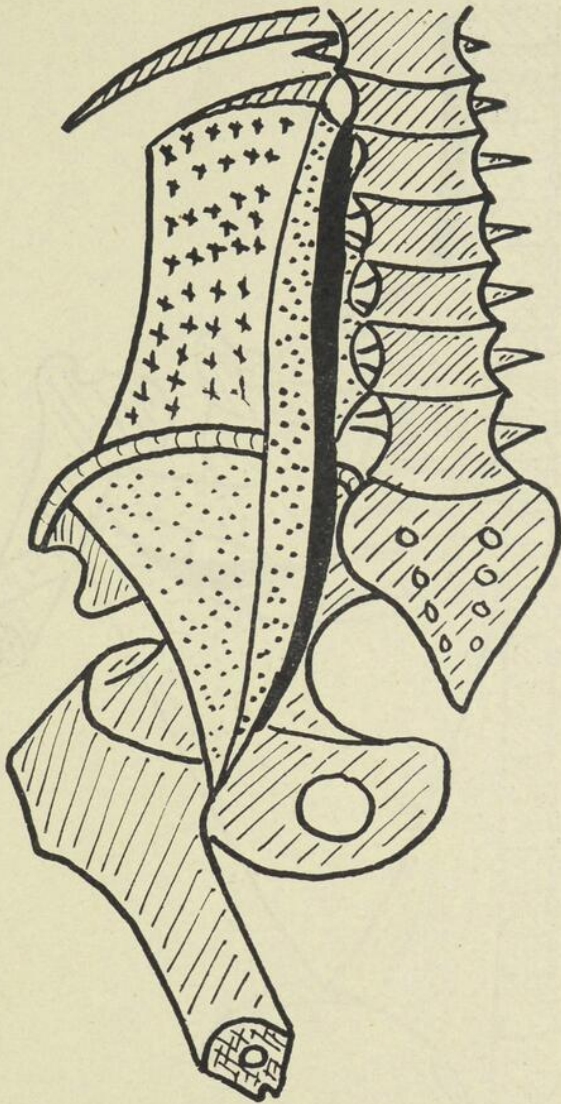


Schéma 10 — Face antérieure de la paroi postérieure du tronc.

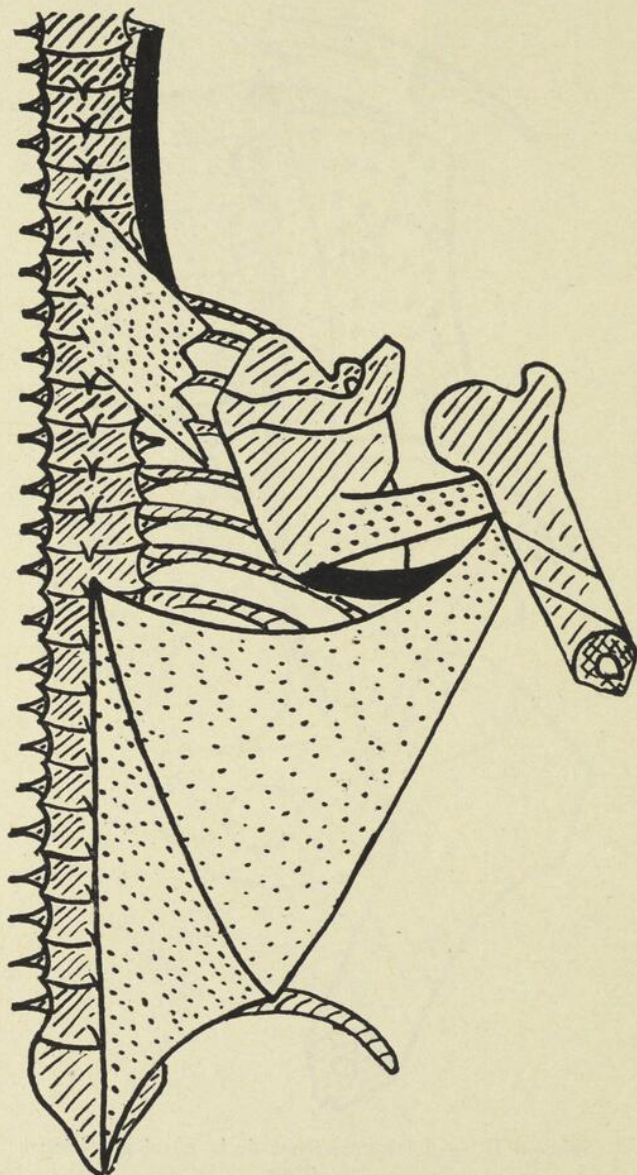


Schéma 11 — Région du dos et de la nuque.

L'OEUVRE SCIENTIFIQUE DE PIO del RIO HORTEGA

par PIERRE MASSON

Je n'ai vu Pio del Rio Hortega qu'une seule fois. En 1923, l'Association des Anatomistes s'était réunie à Lyon. Un après-midi, pénétrant dans la salle où étaient exposés les spécimens qui faisaient l'objet des communications, je fus surpris de constater que toutes les tables avaient été désertées par les congressistes. Ceux-ci s'étaient groupés dans un coin, autour d'un élégant jeune homme, à la fine moustache noire, et qui montrait des préparations microscopiques. Je m'approchai à mon tour et l'on nous présenta l'un à l'autre. C'était del Rio Hortega. Je fus d'emblée conquis par l'homme et pas ses splendeurs histologiques. Nos relations en sont restées là.

J'ai suivi, comme tant d'autres, l'ascension au zénith de cette étoile de première grandeur, mais je l'ai suivie de loin, de trop loin, trop souvent par procuration, comme diraient les légistes, par la citation de ses découvertes, devenues classiques, plutôt que par la lecture de ses articles originaux.

Aussi mon embarras fut grand lorsque mon ami Penfield me confia, à moi, pauvre anatomo-pathologiste, la mission, qu'il eût bien mieux remplie que moi, d'exposer l'ensemble de son œuvre scientifique devant un auditoire de neurologue, rassemblé pour célébrer sa mémoire. Ce n'est pas avec la maigre bibliothèque dont je dispose que je pouvais lui rendre justice. Par bonheur le Professeur Penfield mit à ma disposition ses trésors personnels.

Je dois donc un double remerciement au docteur Penfield. Je le remercie du très grand honneur qu'il m'a fait. Je le remercie surtout de m'avoir donné une excellente

occasion de m'instruire, de faire plus ample connaissance avec del Rio Hortega et de l'admirer davantage. Et c'est cette admiration, Messieurs, cette admiration plus grande que je voudrais vous inspirer ce soir.

Del Rio Hortega fut un grand histologiste. Si, rapidement, il s'est consacré plus spécialement au système nerveux, il ne faudrait pas oublier qu'il s'intéressa à d'autres problèmes: dans la liste de ses 85 travaux, on trouve des articles sur la structure de l'ovaire, du tissu musculaire lisse, des cellules cancéreuses, du rein, des cellules déci-duales, sur les épithéliofibrilles, sur le système réticulo-endothélial, sur l'ostéodystrophie fibreuse de Recklinghausen, etc. Oeuvres mineures, à la vérité, si on les compare à son œuvre neurologique, mais nullement négligeables, et qui montrent l'étendue de sa curiosité scientifique. Faute de temps, je me borne à les signaler.

C'est donc à son œuvre neurologique surtout que Rio Hortega doit sa célébrité. Elle est trop vaste et trop variée pour qu'il me soit loisible de l'étudier tout entière. Je me bornerai à ce qui me semble le plus important.

Rio Hortega c'est le technicien prestigieux, c'est le découvreur de la microglie et de l'oligodendrogliose, c'est l'homme qui a le mieux décrit les cellules pinéales: cela, tous ici le savent. Mais les index bibliographiques ignorent maints travaux estimables, ceux qui ont pour objet les tumeurs nerveuses. J'essaierai de réparer cet injuste oubli.

On ne saurait exposer les travaux de del Rio Hortega dans l'ordre chronologique de leur publication. Trop de problèmes différents sollicitaient son attention. Il faisait part des résultats de ses recherches à mesure qu'il les obtenait, si bien que les articles se succédaient sans logique apparente. D'un autre côté, observateur rigoureux et pourvu d'un sens critique aiguisé, il n'était jamais pleinement

satisfait de lui-même, revenait à plusieurs reprises sur la même question, modifiant, retouchant ses interprétations passées. De là une diversité qui dérouta au premier abord.

Mais si l'on examine dans son ensemble l'œuvre de del Rio Hortega, on y découvre une suite réelle, et une méthode qui imposent l'admiration.

On peut diviser sa production neurologique en deux périodes bien tranchées.

Avant 1930, il s'attaque aux éléments nerveux normaux, surtout à ceux dont la nature et la signification sont les moins connues. Et comme les techniques en usage n'ont pas encore permis de les bien connaître, il en crée de nouvelles.

Après 1930, utilisant les notions acquises et ses techniques personnelles, il aborde la question, beaucoup plus délicate, des tumeurs nerveuses. A vrai dire plusieurs de ses recherches en cette matière, poursuivies au temps de ses pérégrinations et interrompues par la mort sont malheureusement inachevées : elles forment toutefois la base solidement construite d'un édifice qui promettait de devenir imposant.

AVANT 1930

Depuis longtemps on connaissait l'existence, dans le névraxe, de cellules particulières qui n'étaient pas des neurones et que les techniques névrologiques en usage laissaient incolores. Elles apparaissaient comme des noyaux ronds ou allongés en bâtonnets et dont le cytoplasme, à peine visible paraissait dépourvu de prolongements, *apolaire*.

Robertson qui avait admis leur origine mésodermique et leurs propriétés phagocytaires leur avait donné le nom *mésoglie*. Cajal les avait réunis sous un nom d'attente, celui de *troisième élément du système nerveux central*.

Grâce à des techniques qu'il invente pour elles Rio Hortega constate d'abord que toutes ces cellules, prétendues apolaires, sont, en réalité, pourvues de prolongements, mais que leurs formes permettent d'en distinguer deux espèces irréductibles l'une à l'autre.

L'une comporte des éléments à noyau petit, condensé, arrondi ou en bâtonnet, et un cytoplasme pourvu d'un petit nombre de prolongements grêles et longs, ramifiés et hérissés de saillies plumeuses. Ces cellules constituent la *micrologie*.

L'autre comporte des éléments à noyaux, petits encore, mais plus volumineux que les précédents, toujours sphériques. De leur cytoplasme émanent des prolongements *peu nombreux*, peu ramifiés, lisses, jamais fibrillaires et sans attaches vasculaires. Et comme il les observe d'abord dans les interstices des faisceaux nerveux de la substance blanche, il les ressemble sous le nom de *glie interfasciculaire*.

La microglie

La question de la *microglie* est liquidée de 1919 à 1921. Dans une série de mémorables articles, Rio Hortega décrit, les formes et la répartition des *microgliocytes* dans l'ensemble du névraxe. Il montre leur indépendance réciproque et leurs propriétés phagocytaires. Il étudie enfin leur cytogénèse. Ils apparaissent peu avant la naissance, dans les méninges où ils se présentent sous l'aspect de cellules sphériques. Ils émigrent dans les centres, — à ce moment ils ont des contours irréguliers, amiboïdes, caractéristiques de leur motilité propre, — puis ils se fixent et acquièrent leur forme définitive de repos. Dans certaines conditions pathologiques, ces cellules redeviennent mobiles, amiboïdes, phagocytent, se chargent de lipides et deviennent cellules de Gluge.

Bref, par leur origine mésodermique et leurs propriétés, les cellules microgliales se rattachent au système réticulo-endothélial.

L'oligodendrogliose

Les faits les plus importants qui concernent le 2^e des éléments confondus jusque là sous le nom unique de 3^e élément de Cajal, la *glie interfasciculaire*, la *glie de peu de radiations*, qu'il nomme maintenant *oligodendrogliose*, sont contenus dans une série d'articles publiés de 1921 à 1928.

Comme les microgliocytes, les oligodendrocytes apparaissent aux approches de la naissance. Mais, de même origine que la *glie astrocytaire*, ils proviennent du neuroépithélium. Ils ne possèdent pas de pieds vasculaires et sont dépourvus de propriétés phagocytaires. Leurs formes varient selon leur situation et leurs relations avec les structures de leur voisinage. Rio Hortega en distingue 4 types dont un, le type 4, se rencontre dans les faisceaux myélinisés du névraxe: dans cette région les oligodendrocytes entourent de leurs expansions les fibres et ressemblent aux cellules de Schwann des nerfs périphériques.

Ainsi, contrairement aux microgliocytes, les oligodendrocytes sont apparentés aux astrocytes dont ils partagent l'origine et analogues aux cellules de Schwann dont certaines ont les propriétés engainantes. Deux notions que del Rio Hortega utilisera plus tard dans l'étude des tumeurs des centres et des nerfs.

La glande pinéale.

De 1916 à 1930 del Rio Hortega s'est attaqué à un autre problème non moins difficile que les précédents, celui de la *glande pinéale*. Ses travaux sur ce point sont réunis dans un magistral chapitre du traité «Cytology and Cellular

Pathology » de W. Penfield. Tous ici le connaissent trop pour qu'il soit utile d'en donner les détails.

La description définitive du pinéalo-cyte humain, avec ses prolongements multiples terminés en massue, ses rapports avec la trame astrocytaire et avec le tissu conjonctivo-vasculaire sont classiques.

APRÈS 1930

Les méningoexothéliomes.

A deux reprises, del Rio Hortega est intervenu dans la question des tumeurs méningées ou méningiomes, qu'il appelle *Méningoexothéliomes*, la première fois, seul, en 1930, la seconde fois en 1943, avec la collaboration de J. M. Prado et de Moises Polak. Ce second travail, basé sur l'étude de nombreux spécimens recueillis à Paris, à Oxford et à Buenos Ayres confirme ses premières conclusions et ne leur apporte que peu de notions nouvelles.

Voici l'essentiel du point de vue de Rio Hortega.

Le nom d'endothéliome ne doit pas être conservé aux tumeurs des méninges. Le mot endothélium doit être réservé aux revêtements cellulaires internes des vaisseaux et des séreuses. L'enveloppe « laminaire » des centres et des nerfs est un *exothélium*. Celles des centres est un *méningoexothélium*.

Les blastomes nés des endothéliums et des exothéliums ont des caractères distincts, spécifiques et impossibles à confondre.

L'endothélium arachnoïdien est d'origine mésodermique et non névroglie ou neuroectodermique.

Il a des caractères spécifiques. Sa constitution n'est pas cellulaire, mais syncytiale, avec ébauche de différenciation fibrillaire protoplasmique (inoblastique). Lui sont associés des éléments vasculo-conjonctifs.

Les méningeoxothéliomes proviennent du syncytium spécifique. Selon les cas, celui-ci affecte la forme d'une trame à trois dimensions ou celle d'une trame à deux dimensions. Dans le premier, et selon le mode de groupement de ses éléments, on peut distinguer des types diffus, nodulaires et lobulés, dans le second, une structure lamelleuse. L'importance de la différenciation fibrillaire, « inoblastique », varie d'une tumeur à l'autre. Toutes ces formes structurales peuvent s'associer en proportions variables. Le développement, variable aussi, des vaisseaux et du tissu conjonctif, contribue au polymorphisme extraordinaire de ces tumeurs. Les éléments propres des méningeoxothéliomes sont incapables de se comporter comme fibroblastes ni comme histiocytes et ils n'engendrent ni fibrogliose, ni réticuline, ni collagène.

De toutes ces notions, les plus importantes sont celles de la structure syncytiale de l'exothélium méningé, de sa spécificité histologique et de son incapacité à former fibrogliose et collagène. Elles m'ont d'autant plus intéressé que sans connaître le travail de Rio Hortega, j'étais arrivé à des conceptions à peu près identiques en employant des techniques toutes différentes.

Structures et systématisation des gliomes et paragliomes.

Dans ce travail, paru en 1932, Rio Hortega reprend l'étude des tumeurs du névraxe à l'aide de ses techniques et de celles de Cajal. Il se rallie en général à la classification de P. Bailey et Cushing, mais la modifie quelque peu et la simplifie. Comme celle des auteurs américains, sa classification est basée sur l'embryologie. De l'épithélium médullaire dérivent tous les éléments du névraxe: glioblastes, neuroblastes, pinéoblastes et choroïdoblastes. Les glioblastes sont tripotentiels: ils peuvent fournir astrocytes, obliгодendrocytes et glio-épithélium épendymaire. Les tumeurs qui en proviennent, *les gliomes*, peuvent évo-

luer sous une forme embryonnaire, de transition ou adulte et peuvent être réduites à 5 catégories : *glioblastome*, *astroblastome*, *astrocytome*, *oligodendrocytome* et *glioépithéliome*.

Neuroblastes, pinéoblastes et choroïdoblastes sont des éléments paragliaux et donnent naissance aux *Paragliomes* : *neuroblastomes*, *pinéoblastomes* et *choroïdoblastomes*.

Ainsi, les 14 catégories de Bailey et Cushing se trouvent réduites à 8, ce qui est une simplification évidente, mais on peut se demander si la négation pure et simple des médulloblastomes et des médulloépithéliomes est bien justifiée.

Plus tard (1943,) Rio Hortega reviendra sur la question des oligodendrogliomes et insistera sur la transformation astrocytaire des oligodendrocytes néoplasiques.

Les tumeurs des nerfs périphériques.

C'est tardivement que del Rio Hortega s'attaque à cette difficile question. Jusqu'ici l'histologie normale des nerfs l'a peu attiré. Ses recherches sur l'oligodendroglie lui ont toutefois montré l'analogie structurale des cellules de type 4 et des cellules de Schwann et celle des autres formes obligodendrogliques avec les cellules satellites des ganglions rachidiens.

Chargé de rédiger pour le *Congrès international de la lutte scientifique et sociale contre le cancer* de 1933, un rapport sur toutes les tumeurs du système nerveux il ne peut négliger les tumeurs des nerfs. Il produit un chapitre, encombré de bibliographie hâtivement consultée, qu'il qualifie lui-même d'informe, mais où il introduit une note bien personnelle, celle qui résulte de ses propres constatations sur les tumeurs du nerf optique, sur les neurinomes, les neurofibromes, les Rankenneuromes et les névromes fasciculés (qui ne sont autre chose que les névromes d'amputation).

Ce chapitre est touffu, difficile à lire, mais d'importantes conclusions s'en dégagent, qui seront clarifiées plus tard, en 1942, dans un article intitulé: *Caractères et interprétation des cellules spécifiques des neurinomes*. Voici, très brièvement résumées, ces conclusions.

Les tumeurs du nerf optique forment un groupe à part: elles sont constituées habituellement par des oligodendrocytes très allongés, Schwannoïdes, analogues à ceux du type 4 et dont certains ont tendance à adopter une forme astrocytaire.

Neurinomes, neurofibromes et Rankenneuromes sont constitués par des cellules spécifiques, associées à une proportion variable, — très faible dans les neurinomes, plus grande, dans les neurofibromes et Rankenneuromes, — d'éléments connectifs et vasculaires.

Ces cellules spécifiques ont tantôt des caractères schwanniens, tantôt des caractères oligodendrocytaires ou astrocytaires.

Il est probable que les cellules originelles de ces tumeurs sont des éléments embryonnaires neuroectodermiques, cellules de Schwann ou Schwannoblastes, inemployés et persistants dans les interstices des fibres nerveuses différenciées.

Ces germes de blastomes, développés hors du plan anatomique habituel, sont susceptibles d'adopter des formes et des structures qui ne correspondent strictement à aucune des formes normales: celles-ci en effet sont influencées par le destin fonctionnel des cellules. La forme des cellules de Schwann normales est déterminée par l'action des fibres nerveuses. Celles-ci manquant dans les neurinomes (et les neurofibromes), c'est par atavisme que les cellules spécifiques adoptent une forme allongée, Schwannoïde, et se groupent en faisceaux. Si la structure fasci-

culée disparaît en un milieu favorable à la production d'expansion cytoplasmique, ces cellules évoluent dans le sens oligo- ou astrocytaire.

LE TECHNICIEN.

L'école histologique espagnole a fondé une sorte de religion de l'Argent. Son chef, Ramon y Cajal, sacrifiait bien, épisodiquement, à d'autres divinités, l'or et les matières colorantes. Mais les succès que lui a valus le précieux métal blanc ont si bien influencé ses élèves que ceux-ci lui ont réservé un culte de plus en plus exclusif.

Cajal avait tiré du chromate d'argent et du nitrate d'argent tout ce qu'on peut en tirer. Mais, malgré toutes ses tentatives il avait laissé inconnues quelques terres du monde neurologique.

Del Rio Hortega utilisa, non le nitrate d'argent, mais une combinaison argentique plus réductible, le carbonate d'argent ammoniacal. La dissociation du troisième élément de Cajal en microglie et oligodendroglie fut la récompense de ses efforts.

Un tel succès mit Rio Hortega en confiance et c'est à ce dieu nouveau qu'il a demandé la solution de tous ses problèmes. Et l'on ne peut se défendre de noter le singulier caprice de la destinée qui a terminé la carrière de ce grand argentier aux bords du Rio de la Plata...

Comme le nitrate d'argent, le carbonate imbibe tous les éléments tissulaires. Réduit sans autre artifice, il les noircit tous. Il faut l'asservir, le diriger à tel point qu'il ne se fixe que sur la structure à l'étude. Pour cela, Hortega fait appel à un petit nombre de moyens simples qu'il associe de diverses façons : fixation au formol pur ou au formol bromuré, d'une durée qui varie avec l'objet à mettre en évidence ; — coupes par congélation ; — parfois mor-

dançage par l'alun de fer ou le nitrate d'argent; — emploi de la pyridine avant ou avec le carbonate d'argent; — immersion dans le carbonate à chaud ou à froid, pendant un temps déterminé; — lavage à l'eau ou à l'acool; — réduction par le formol, puis montage après ou sans virage. En somme le carbonate d'argent est le réactif basal de la technique et, selon les rites qui précèdent et suivent son emploi, il colore telle ou telle cellule, telle ou telle structure intracellulaire, telle ou telle structure extracellulaire.

Par le carbonate d'argent, Rio Hortega a mis *électivement* en évidence, non seulement la microglie et l'oligodendrogliose, mais la névroglie astrocytaire, les gliofibrilles, les noyaux cellulaires, les mitochondries, les centrosomes, les cellules reticulo-endothéliales, les appareils fibrillaires des cellules épithéliales, les fibrilles de réticuline et de collagène, bref, toutes, ou à peu près, les structures sur quoi reposent la cytologie et l'histologie. Il a élevé le carbonate d'argent au rang de réactif universel.

Del Rio Hortega a publié plusieurs dizaines de méthodes *spécifiques*. A les lire, à considérer les résultats qu'elles ont donnés entre les mains de leur auteur on ne peut qu'admirer. Rio Hortega apparaît comme un sorcier qui, armé d'une seule baguette, peut, selon la formule magique dont il use, réaliser à volonté les miracles les plus divers.

Mais si l'on considère combien de ces techniques exigent de gestes précis et chronométrés, on perçoit immédiatement la quantité incroyable de tâtonnements, d'essais infructueux, approchant, puis décisifs dont chacune est l'aboutissant. Et l'on se demande comment celui qui a mis au point tant de méthodes a pu trouver le temps d'en décrire et d'en interpréter les résultats.

Le fait est là pourtant. C'est justement parce qu'il inventa des techniques qu'il a vu ce que nul n'avait vu avant

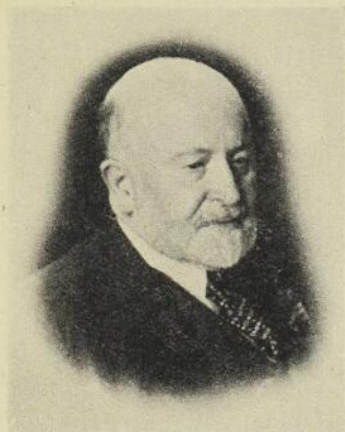
lui. Et l'on ne peut que révéler l'ingéniosité, l'habileté, la tenacité et la continuité dans le travail, l'érudition, la sagacité, le sens critique, l'audace dans ses conceptions et la prudence dans ses conclusions, du grand histologiste dont nous déplorons aujourd'hui la perte.

A-t-il eu raison de se confiner aux méthodes argentiques ? Celles qu'il a créées méritent-elles entièrement leur réputation de spécificité ? Rio Hortega n'a-t-il pas eu tort de ne pas confronter plus souvent leurs résultats avec ceux que donnent d'autres procédés ? N'aurait-il pas alors élucidé, précisé certains détails utiles et évité quelques erreurs ? Ce n'est ni le lieu, ni le temps d'en discuter.

La vie laborieuse de del Rio Hortega est un modèle que l'on peut offrir en exemple à tous les chercheurs. Son œuvre est l'une de celles qui font le plus d'honneur à la brillante école espagnole, une de celles qui font le plus d'honneur à l'Histologie universelle. Son nom est pour toujours inscrit au Panthéon des grands dévôts de la Science pure.



LE PROFESSEUR DAMIEN MASSON



Après un demi-siècle de pratique médicale et plusieurs mois d'invalidité, le Docteur Damien Masson repose dans la sérénité du tombeau qui supprime enfin fatigues et douleurs.

Le Journal de l'Hôtel-Dieu apporte avec émotion un dernier hommage à l'un des plus réputés parmi les médecins canadiens-français.

A l'âge de 75 ans, le Docteur Damien Masson expirait à l'Hôtel-Dieu de Montréal le 30 décembre 1945. Né à Saint-Anicet, il fit ses études secondaires successivement à l'Université d'Ottawa et chez les Sulpiciens, au Petit Séminaire de Montréal. Il étudia la médecine à l'Université Catholique de Lille et à la Faculté de Paris. Après l'obtention de son diplôme en 1898, il revint à Montréal où il acquit rapidement une notoriété éclatante parmi le haut clergé et la bourgeoisie cossue. Attaché à l'Université de Montréal comme professeur de thérapeutique, il se plaisait à la recherche et à l'expérimentation des médicaments nouveaux et de tous les procédés modernes de guérir. Les malades bénéficiaient de sa foi dans les remèdes ainsi que de sa dextérité de magicien à les ordonner. Excellent clinicien et fin psychologue, Damien Masson écoutait beaucoup et parlait peu. Qu'il fut en possession d'un diagnostic ferme ou réduit à des présomptions, il ne livrait à ses patients que des parcelles de sa pensée et surtout, il ne laissait jamais paraître une indécision. Tour à tour son regard scrutait l'interlocuteur et se recueillait sous des paupières baissées dans une attitude de réflexion intense. Il créait l'impression de considérer le problème qu'on lui soumettait avec le maximum d'attention. Ses clients s'accrochaient à lui comme à la dernière planche de salut.

Durant toute sa carrière, Damien Masson a été très en demande pour les grandes consultations d'apparat. En ces circonstances, il abandonnait les formules voilées et discutait sans ménagement les difficultés du cas. Il connaissait cérémonial et subtilités de ces scènes où la renommée des médecins est en jeu; il y perdait parfois l'amitié de ses confrères, mais la famille du patient lui décernait lauriers et substantielles récompenses.

Le Professeur Masson laisse peu d'œuvres écrites; il a peu participé aux assemblées et congrès médicaux et il n'a jamais été chargé d'enseignement clinique. Néanmoins son influence s'est fait sentir sur tous les organismes importants de la profession parce qu'elle s'exerçait directement sur les individus aux postes de commande, le plus souvent à la faveur d'un somptueux dîner où l'euphorie s'accordait à la gamme des vins.

Le portrait du Docteur Masson ne peut s'effacer de la mémoire de ceux qui l'ont fréquenté. Trapu, barbu, le crâne ivoirin et calotté d'un fez noir, impeccable dans sa tenue, suivi et servi avec sollicitude par de fidèles laquais, familier du luxe, il en imposait par la gravité de son maintien, la pondération de son discours et ses manières onctueuses. Parfois, il cédait à la gaieté. Ces jours là, il portait une fleur à la boutonnière et disait des choses charmantes aux dames. Issu d'une famille aisée, il connaissait les bonnes choses et le rite selon lequel on en doit user, c'est-à-dire l'étiquette.

La profession médicale voit disparaître avec le Professeur Masson un des représentants de cette génération de médecins pour laquelle le savoir-faire ne comptait pas moins que le savoir. Jusqu'à ses derniers jours, il accomplit, sans défaillance et selon les principes qu'il avait choisis, la tâche méritoire de soigner et de consoler ses semblables dans la souffrance.

Les médecins de l'Hôtel-Dieu offrent à la famille l'expression de leur sympathie attristée.

Numéros 1-2-3-4-5-6

Quatorzième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL



NOVEMBRE-DÉCEMBRE

1945

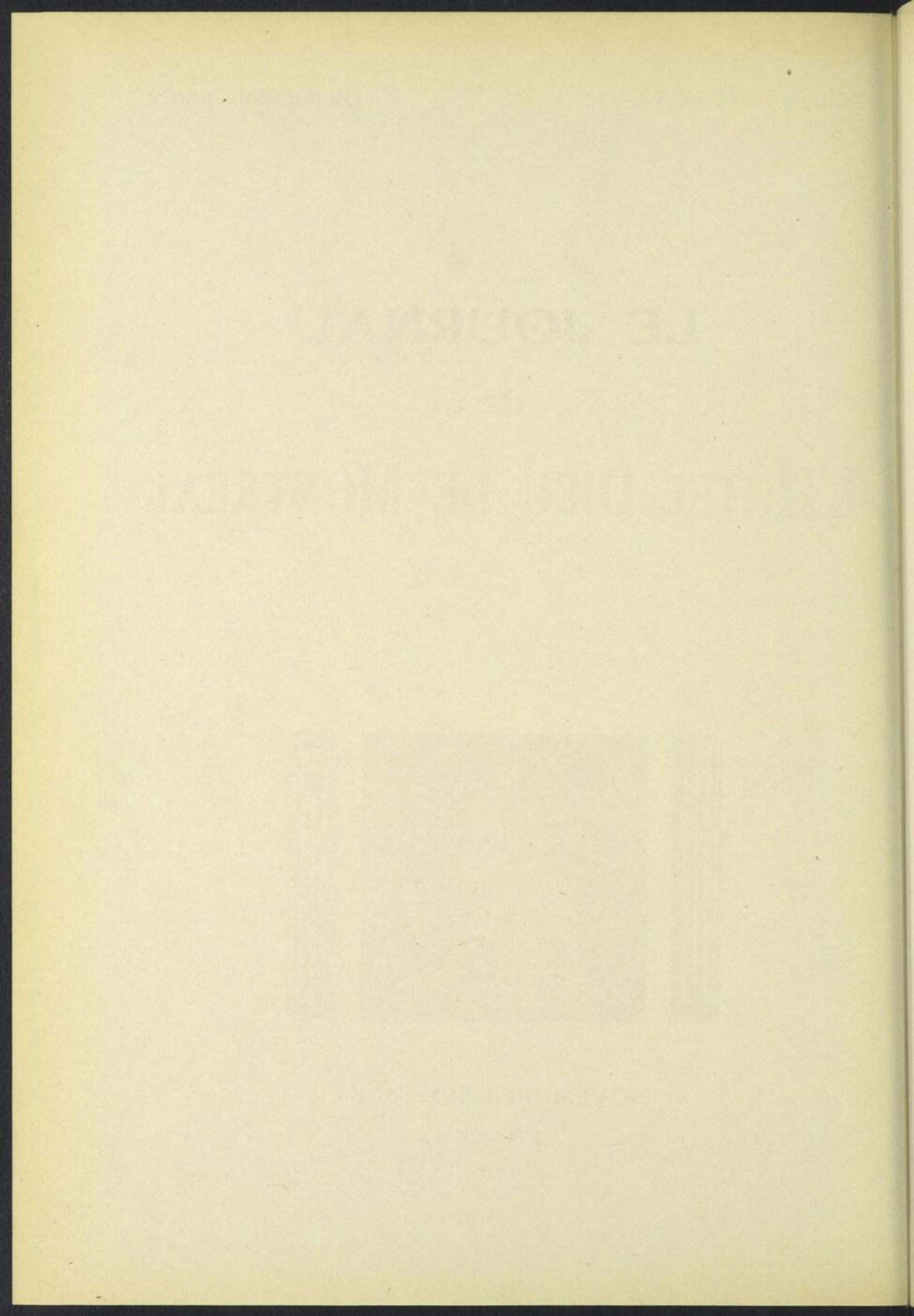


TABLE DES MATIÈRES POUR L'ANNÉE 1945

SOMMAIRE du No 1

Janvier-Février 1945

RENÉ CRUCHET — Névroses et psychonévroses	2
JEAN-LÉON DESROCHERS et ANDRÉ PARENTEAU — Un cas de lombo-sciatalgie	70

SOMMAIRE du No 2

Mars-Avril 1945

PAUL MARCHILDON — La gastrectomie dans les cas de perforation d'ulcères gastriques ou duodénaux	71
L.-J. TESSIER — Le nez	78
FERNAND CHAREST — A propos de chirurgie nerveuse	84
PAUL POIRIER — Dermatoses artificielles	99
ALBERT JUTRAS — Partir	103
Chronique de France — Trois lettres, deux de Laval, une de Beaufort	114
Nécrologie — Le docteur J.-Alexandre Saint-Pierre	139

SOMMAIRE du No 3

Mai-Juin 1945

SYMPOSIUM SUR LA HERNIE DU DISQUE
INTERVERTÉBRAL

JEAN-LÉON DESROCHERS — La hernie du disque intervertébrale	
I — Étude anatomo-physiologique	143

MARCEL LONGTIN — II — La myélographie et le diagnostic de la hernie du disque intervertébral	169
ANDRÉ PARENTEAU — III — Étude clinique	185
RENÉ DANDURAND — Ulcère d'estomac et lombosacralgie	223

SOMMAIRE du No 4

Juillet-Août 1945

ALBERT JUTRAS — La Cholécystographie sélective technique — Résultats — Étude spéciale des calculs flottants	227
FERNAND CHAREST — Agénésie du corps calleux	300

SOMMAIRE du No 5

Septembre-Octobre 1945

LE SOUVENIR D'OSCAR MERCIER

ALBERT JUTRAS — Hommage à Oscar Mercier	303
EDMOND DUBÉ — OSCAR MERCIER, universitaire	305
JEAN-PAUL LEGAULT — Le Docteur Mercier, chef d'école	307
JEAN-PAUL BOURQUE — Docteur Oscar Mercier, urologue ..	313
JEAN CHARBONNEAU — Le Docteur Mercier et ses internes	318
ANTONIO BARBEAU — Oscar Mercier	320
ÉDOUARD DESJARDINS — In memoriam : Oscar Mercier	322
OSCAR MERCIER — A propos de 900 cas de résection trans- urétrale de la prostate	341
J.-RENÉ ROUX — Adéno-cancers de la thyroïde	349
JEAN CHARBONNEAU — Du diagnostic des tumeurs de la vessie par la cystographie	357
ANTONIO BARBEAU — Chronique des livres	362

SOMMAIRE du No 6
Novembre-Décembre 1945

PAUL LARIVIÈRE (lieut.-col.) — La narco-analyse et les névroses de guerre	367
ÉDOUARD DESJARDINS — Le drainage abdominal	375
CHARLES LEFRANÇOIS — Le traitement chirurgical de la diverticulite du colon	382
FERNAND CHAREST — La maladie de Marchiafavi-Bignami	390
ALBERT COUTU — Les muscles redresseurs	394
PIERRE MASSON — L'œuvre scientifique de Pio del Rio Hortega	405
ALBERT JUTRAS — Le professeur Damien Masson	417
Table des matières pour l'année 1945	419



HERDT & CHARTON, INC.



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

NADEAU

DEBILINE

NADEAU

Cholagogue
Cholérétique

La DEBILINE n'est pas un "C'est comme..." puisque c'est un produit nouveau par l'ac. déoxycholique qu'il contient.

Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES

Environ 40% plus léger, ces nouveaux cylindres réduiront considérablement les frais de transport. Ils sont expédiés dans de légères boîtes contenant un, deux ou quatre cylindres chacun.

Quand les cylindres seront vides, ils pourront être retournés dans ces mêmes boîtes, suffisamment cachetées.

Ecrivez-nous pour nos prix et pour de plus amples renseignements.

COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA LTÉE
Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Co."

2535 ouest, rue Saint-Jacques. - Montréal, Qué.

Téléphone: Willbank 1728



CARRIÈRE
& SENÉCAL

EMILE CARRIERE,
O. O. D.
ADRIEN SENEAL,
O. O. D.

OPTOMÉTRISTES

à l'Hôtel-Dieu

277 est, rue Ste-Catherine — LA. 2211*

MERCI . . .

Merci de votre patronage grandissant. Le surcroît de travail est énorme; mais n'interprétez pas ceci comme une plainte, car nous sommes heureux et remercions vivement la Profession Médicale.

Notre seul regret, c'est que nos orthopédistes techniciens additionnels ne sont pas encore suffisamment formés, *faute de temps*. Mais, même s'il nous faut un peu plus de temps pour remplir nos commandes, nous les exécutons sans en sacrifier la qualité.

Veillez continuer à nous faire confiance, mais soyez patients.

Jamais dans l'expérience de la maison Duckett, il n'y a eu autant de demandes pour nos services et nos appareils de prothèse. Nous vous sommes reconnaissants de votre confiance dans notre travail.

ORTHOPÉDISTE TECHNICIEN

aux institutions suivantes :

Children's Memorial Hospital
Montreal General Hospital
Montreal Children's Hospital
Shriners' Hospital
Royal Victoria Hospital
Western Hospital

Chemins de Fer Canadien
National et Pacifique
Canadien

Commission des Accidents
du Travail de la
Province de Québec

The School for Crippled Children
Ecole Victor-Doré

40 ANS de collaboration
avec la Profession Médicale.

Heures de Bureau
Sur rendez-vous seulement
9 à 12 a.m. — 1 à 5 p.m.
Fermé le samedi.

*Les appareils de prothèse de Duckett sont faits
scientifiquement et ajustés pour chaque cas indi-
viduel. Nous ne conseillons pas les commandes
par la poste.*

J. A. DUCKETT

2014, RUE BLEURY, près rue Ontario,

MONTREAL

Tél. HARbour 0630

DERNIERS DEVOIRS . . .

— Laissez-nous vous assister dans vos derniers devoirs envers ceux qui partent. Nos conseils sont basés sur l'expérience.

▲
—
SALONS MORTUAIRES
SERVICE D'AMBULANCE
—

▼
GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

G. Vandelac, - Alex. Gour

●
120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

PROTÉGEZ VOTRE FAMILLE par L'ASSURANCE-VIE



GASTON RIVET

266 ST-JACQUES OUEST

MARquette 2587

Assurance de tous genres

Spécialités :

VIE - AUTO - RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

15 années d'expérience au service de la profession médicale.

LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

Toutes Grosseurs D'ANTHRACITES "WELSH" et "AMERICAIN" "SCRANTON" 'bleu'	"Le Marchand Indépendant" F. H. Phelan "A la Tonne ou au Char" ● <u>MARquette 1279</u> 315, RUE COLBORNE	Charbons BITUMINEUX — HUILE A CHAUFFAGE — COKE
---	--	--

TABLE DES ANNONCEURS

Page	Page
Abbott Laboratories Couvert. 2	Merck & Co. Couvert. 4
Anglo-French Drug XV	Millet, Roux et Cie X-XVI
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée .. XI	Ministère de la santé XXIII
Banque Canadienne Nationale XX	Oxygène du Canada (Compagnie) XXVIII
Canada Drug XXII	Parke Davis & Co. XXIV
Carrière et Sénécal XXIX	Phelan, F. H. XXXII
Casgrain & Charbonneau V-XVII	Rivet, Gaston XXXII
Ciba (Compagnie) VII-XIII	Rougier Frères IX
Duckett, J.-A. XXX	Schering Corporation Limited XXI
Dupuis Frères XXXIII	Shuttleworth Chemical Co. Limited (The E. B.) VI
Eddé, J. Ltée XIV	Soc. d'Administration et de Fiducie II
Frosst, Charles E. & Co. XIX	Vandelac, Georges XXXI
Herdt & Charton, Inc. XXVII	Victor X Ray Corporation VIII
Laboratoire du Bismol XXV-XXVI	Winthrop Chemical Company, Inc. III
Laboratoires Jean Olive II	Wyeth, John & Brother (Canada) Ltd. IV-XII
Laboratoire Nadeau Ltée I-XVIII-XXVIII	
Laboratoires Poulenc Couvert. 3	
Mallinckrodt Chem. XIV	

Savez-vous que chez

Dupuis Frères

LIMITÉE

il y a un

Technicien Orthopédiste

qui s'occupe tout particulièrement de l'ajustement des chaussures pour les pieds faibles, malades ou difformes ? Vous pouvez lui envoyer vos clients en toute confiance; car chez DUPUIS on obtient toujours satisfaction.

865 STE-CATHERINE EST

PLateau 5151

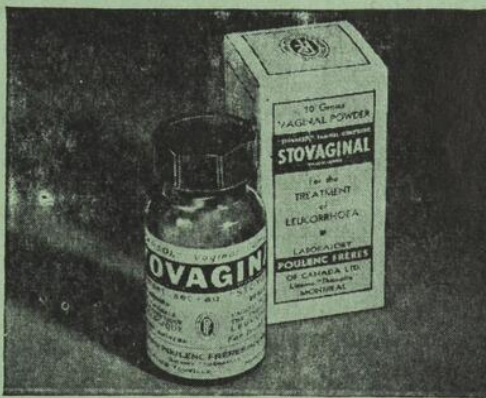
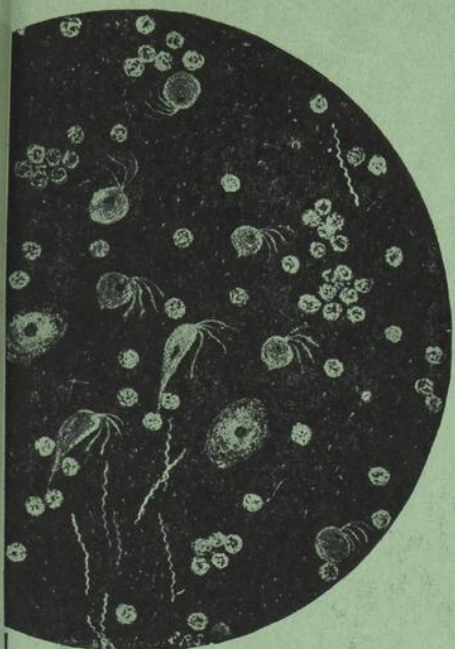
STOVAGINAL

Dans le traitement des

VAGINITES À TRICHOMONAS

Le Stovaginal est tout particulièrement indiqué dans les vaginites se traduisant par de la leucorrhée et dont l'agent pathogène est le *Trichomonas vaginalis*.

Son emploi est également très efficace dans les cas de leucorrhée à facteur étiologique mixte ou non-spécifique.



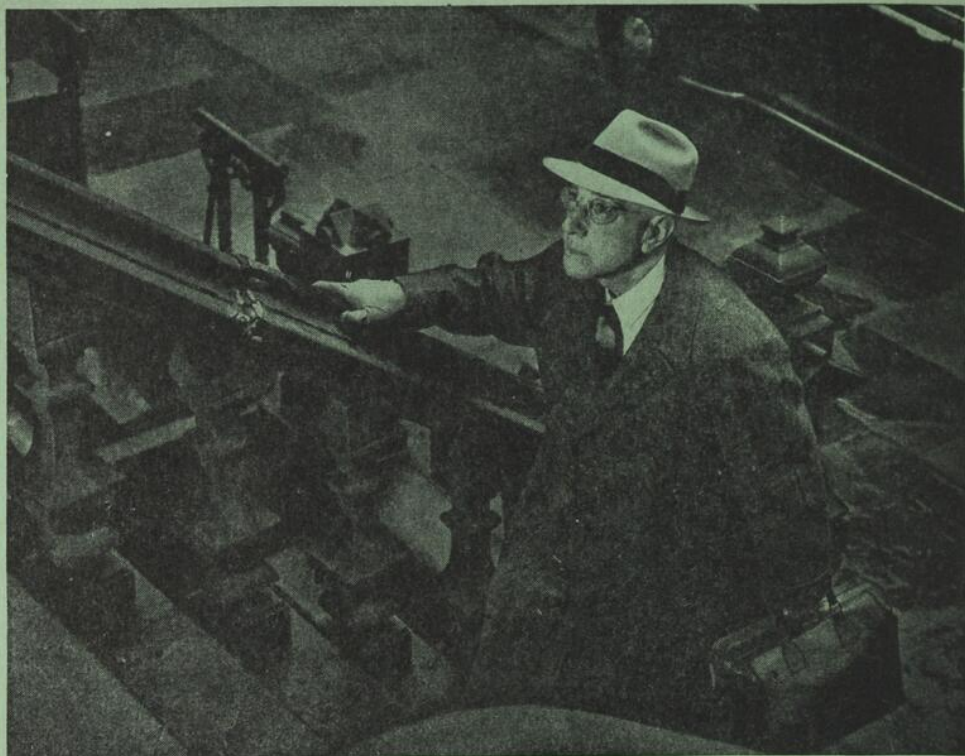
La poudre Stovaginal constitue un traitement pratique à appliquer par le médecin, dans son bureau ou à l'hôpital.

Les comprimés Stovaginal fournissent à la patiente une méthode facile et efficace d'assurer à la maison un traitement continu.

Le Stovaginal est présenté en flacons de 20, 100, 500 et 1000 comprimés vaginaux, et en flacons de 30 et 200 grammes de poudre vaginale.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

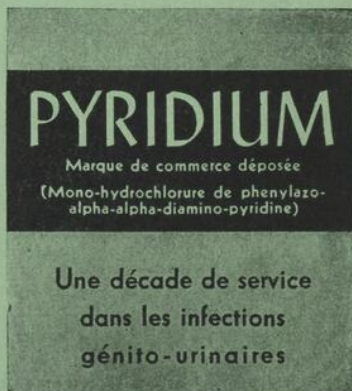


Le médecin très pris appréciera ces avantages importants du
PYRIDIUM

- Soulagement prompt et satisfaisant des signes urinaires pénibles.
- Facilité et avantages d'administration.
- Sûreté — absence de toxicité.

Un nombre croissant de médecins très pris par la clientèle découvrent que le Pyridium est un agent thérapeutique chimique absolument fiable, qui peut procurer un soulagement rapide et satisfaisant des symptômes pénibles de la cystite, de la prostatite, de la pyélonéphrite et de l'urétrite.

Une expérience clinique de plus de dix ans, comme en fait foi la littérature parue sur le Pyridium, justifie son action prompt et effective et son absence d'effets narcotiques ou irritants.



MERCK & CO. Limited

Fabricants-Chimistes

Montréal - Toronto

