



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

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)



**PROCHAIN CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE
LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD
TROIS-RIVIÈRES, Qué.
9-10-11-12 septembre
1940**

SECRETARIAT

326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal

ADMINISTRATION

326 est, boul. Saint-Joseph
Tél.: LAncaster 9888
Montréal

SECRETARIAT

53½, rue Saint-Louis
Québec



SCILLITRINE

**ASSOCIATION
DE
SCILLE - TRINITRINE
PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE**




**HYPERTENSION - ANGOR
AÉROGASTRIE - FAUX CARDIAQUES**

LAB. PERRIER - PARIS, FRANCE

AGENTS GÉNÉRAUX AU CANADA:

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1205, rue Saint-Denis - Montréal



“TUTAMATE”

(TUTAMINA MATRIS: *Défenses de la mère*)

CAPSULE No 653 "Frosst"

un
SUPPLÉMENT
spécifique de la
NUTRITION
durant la
GROSSESSE
et l'
ALLAITEMENT



Chaque dose quotidienne (2 capsules) contient:

Huile de germe de blé (vitamine E) . . . 5 minimes
 (l'équivalent de 5 onces de blé entier)

Fer (sous forme de sel ferreux) . . . 1/2 gr.

Cuivre (sous forme de sel) . . . 1/50 gr.

Vitamine D ("Ostogen") 2,000 unités (internationales)

Phosphore (sous forme de sel) . . . 3/4 gr.

Calcium (sous forme de sel) . . . 1 gr.

Iode (sous forme de sel) . . . 1/192 gr.

Vitamine B₁ . . . 300 unités (internationales)

Vitamine A . . . 4,000 unités (internationales)

ADJUVANT DANS:

—la prévention de la prématurité

—la prévention de l'anémie de nutrition

—la prévention du rachitisme, de la carie dentaire et de la tétanie par carence de la vitamine D.

—la prévention de la carence en iode

—la prévention de la poly-névrite par carence en vitamine B₁

—l'édification de la résistance

Standardisées biologiquement.

Posologie: deux capsules par jour.

Boîtes de 50 capsules.

●

Charles E. Frosst & Co.

Une organisation canadienne de fabricants des meilleurs produits depuis 1899

MONTRÉAL

CANADA

SOMMAIRE



CONGRES

Programme du Congrès	917
--------------------------------	-----

MEMOIRE

Pierre SMITH: Le lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne	921
---	-----

RECUEIL DE FAITS

Roma AMYOT: Gomme cérébrale	943
--	-----

Jean LeSAGE: Maladie d'Addison à début abdominal	950
---	-----

REVUE GENERALE

Yves CHAPUT: Quelques complications de la gastro-entérostomie	954
--	-----

Samuel LETENDRE: Considérations sur le problème de la stérilité	957
--	-----

MOUVEMENT MEDICAL

Honoré NADEAU: Le lait évaporé dans le traitement diététique de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère gastro-duodéal	967
---	-----

Charles TURCOT: Anémie ferriprive	970
--	-----

Jacques GAUTHIER: La biopsie de la muqueuse utérine	973
--	-----

MEDECINE SOCIALE

Adélarde GROULX: L'hygiène publique	976
--	-----

EDITORIAL

Roma AMYOT: Les avitaminoses du complexe de la vitamine B	984
--	-----

CHIRURGIE PRATIQUE

Edouard DESJARDINS: Plaies pénétrantes de l'abdomen	986
--	-----

STANNO-SUFROL

COMPRIMÉS DÉPURATIFS SOUFRÉS ANTISTAPHYLOCOCCIQUES

Pour le Traitement Efficace de la Furonculose
et des Affections à Staphylocoques.

FORMULE

<i>Soufre Electro négatif</i>	1 gr. 10	<i>Ext. de Bardane Stab</i>	15 gr.
<i>Étain et Oxyde d'Étain</i>	0 gr. 50	<i>Ext. Splénique</i>	0 gr. 10
<i>Hyposulfite de Magnésium</i>	0 gr. 50	<i>Excip. Q. S.</i>	pour 100 comp.

INDICATIONS: Anthrax — Phlegmons — Panaris — Abscess tubéreux — Acné Folliculites — Pyodermites — Sycosis — Septicémies à Staphylocoques, etc.

Présentation strictement professionnelle en étuis de 40 comprimés et en flacons de 500.

LABORATOIRES CROSNIER, Montreuil - Paris

Dépositaires pour le Canada: **ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal.**



Opothérapie

Hématique

Totale

SIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, D' en Ph^a, 9, Rue Paul-Baudry Paris (8^e)

Représentant: **ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)**

SOMMAIRE

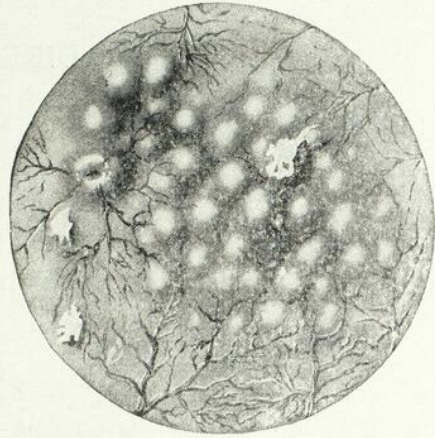
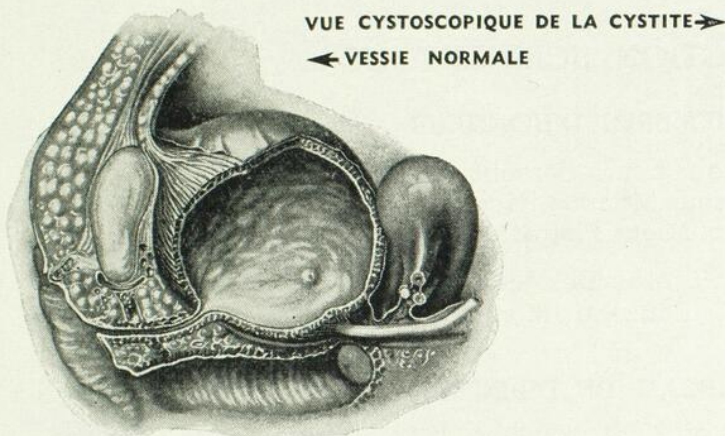
(Suite)

ANALYSES	988
PHTISIOLOGIE	
Epidémie familiale d'érythème noueux (p. 988). Le pneumothorax extrapleurale (p. 988).	
GASTRO-ENTEROLOGIE	
A propos d'une enquête sur les accidents de la gastroscopie (p. 989). La dysenterie bacillaire et les diarrhées intermittentes chroniques (p. 989).	
CHIRURGIE	
Le traitement de la maladie d'Addison par implantation d'hormone synthétique (p. 989). Gastrectomie partielle. Considérations sur certains problèmes de technique (p. 990).	
GYNECOLOGIE	
Du vaginisme dans ses rapports avec la douglassite et la paramérite postérieure (p. 990).	
CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE	
Spondylolisthésis (p. 991).	
NEURO-PSYCHIATRIE	
Un cas de polynévrite arsenicale traité par de la vitamine B ₁ synthétique et de l'alpha-tocophérol (p. 992).	
CONGRES ET SOCIETES	993
La Société Médicale de Montréal: séance du 16 avril 1940 (p. 993). Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 11 avril 1940 (p. 994). Réunions scientifiques du Bureau médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus: séances du 19 avril et du 11 mai 1940 (p. 1008).	
NOUVELLES	1010
Journées médicales à l'occasion du 40e anniversaire de la Société Médicale de Montréal. — Le ministère de la Santé et l'hygiène industrielle. — Nominations au ministère de la Santé. — Bourses d'étude accordées aux étudiants en médecine de l'Université de Montréal.	
REVUE DES LIVRES	1014
NECROLOGIE	1020
BIBLIOGRAPHIE	1022

PYRIDIDIUM

(Nom déposé)

*pour un prompt soulagement symptomatique
dans les affections urinaires ordinaires*



- CYSTITE
- PYÉLITE

- PROSTATITE
- URÉTRITE

La littérature publiée depuis plus d'une décade a démontré les avantages suivants de Pyrididium:

1. Sûreté
2. Stabilité chimique
3. Minimum de toxicité
4. Absorption rapide
5. Élimination par le tractus urinaire
6. Effet analgésique sur la muqueuse génito-urinaire
7. Efficacité en présence d'urine acide ou alcaline
8. Efficacité sans régime spécial
9. Commodité d'administration per os
10. Se vend en solution aqueuse à 1% pour les nourrissons et les enfants.

PYRIDIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

**Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires**

MERCK & CO. Limited

Fabricants Chimistes

MONTRÉAL, P. Q.

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.

Fondée à Québec en 1902

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, A.-H. Desloges, J.-A. Leduc, D. Masson,
T. Parizeau (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, B.-G. Bourgeois, A. Comtois,
Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A.
LeSage, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, J.-A. Mousseau, Achille Paquet,
L.-J. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, E. Saint-Jacques, L.-C. Simard,
Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal

Roma Amyot

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec

C.-A. Gauthier

53½, rue Saint-Louis

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, H. Baril, G. Barry, A. Bellerose, P. Bourgeois, A. Cantero,
E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, J.-C. Favreau, L. Fortier, L.-A. Gagnier,
L.-H. Gariépy, H. Gélinas, A. Gratton, Georges Hébert, A. Jutras, G.
Lafresnière, C. Lefrançois, E. Legrand, J. LeSage, P. Letondal, A. Ma-
gnan, P. Morin, J.-P. Paquette, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L.
Riopelle, J. Saucier, Pierre Smith.

SÉDACRINE

FORMULE

No 28

Phenylethylmalonylurée . . . 0.01
 Substance Cérébrale . . . 0.15

No 29

Phenylethylmalonylurée . . . 0.05
 Substance Cérébrale . . . 0.30

No 30

Phenylethylmalonylurée . . . 0.10
 Substance Cérébrale . . . 0.30

INDICATIONS

INSOMNIES, AGITATIONS NOCTURNES, TICS NERVEUX, ÉCLAMPSIES, ÉPILEPSIES CONVULSIONS.

Conditionnement

Les comprimés SÉDACRINE sont présentés dans les emballages suivants:

No 28	en	bouteilles	de	100	comprimés
No 29	"	"	"	50	"
No 30	"	"	"	30	"

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE
Pharmaciens en gros

30 est, rue Saint-Paul

Montréal

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

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin
1er Vice-président: Albéric Marin
2e Vice-président: L.-J. Petitclerc
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. R.-E. Valin, Albéric Marin, L.-J. Petitclerc, A. LeSage,
J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal.
Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

MM. E. Saint-Jacques, J.-A. Mousseau, L. Gérin-Lajoie.

CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);
L.-E. Phaneuf (Boston);
P.-C. Mathé (San Francisco);
A. Fontaine (Woonsocket);
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);
L.-F. Dubé, M.P.P. (Notre-Dame-du-Lac);
Eug. Tremblay (Chicoutimi);
P. Bertrand, R. Gaudet (Sherbrooke);
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);
D. Collin (Saint-Boniface);
L.-P. Mousseau (Edmonton).

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex officio",
membres de tous les comités.



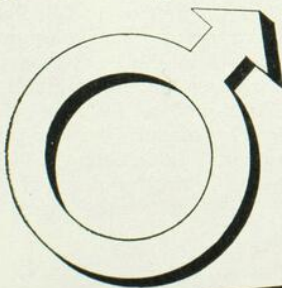
HEMATINIC PLASTULES POUR LES INSUFFISANCES EN FER



DEUX TYPES

Plastules hématiniques avec extrait concentré de foie.
Dose.. 2 plastules trois fois par jour.
Fournies en bouteilles de 50.

Plastules hématiniques simples.
Dose.. 1 plastule trois fois par jour.
Fournies en bouteilles de 75.



FACILE À PRENDRE PARCE QUE

1. Ingurgitation facile. — Les plastules hématiniques sont des petites capsules de gélatine.
2. Augmentation rapide de l'hémoglobine. — Tolérance facile sauf une apparence de dérangement gastrique.
3. Il suffit de prendre une capsule après chaque repas. — La dose à conseiller est de trois plastules hématiniques simples par jour.
4. Sans goût et sans odeur. — Enrobage hermétique du remède. Ce qui assure une action uniforme du sel ferreux et donne toujours de bons résultats.

John Wyeth & Brother (Canada) Limited
WALKERVILLE, ONTARIO

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.

Fondée à Québec en 1902

• **L'Union Médicale** •

(du Canada)

• La plus ancienne revue française de Médecine et de Chirurgie au Canada

Fondée en 1872

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin
1er Vice-président: Albéric Marin
2e Vice-président: L.-J. Petitclerc
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Roma Amyot
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
C.-A. Gauthier
53½, rue Saint-Louis

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 68:

MM. Amyot (Roma), Archambault (Paul-René), Archambault (Jules), Badeaux (François), Barbeau (Antonio), Baril (Georges), Barry (Gaetan), Beaudoin (J.-A.), Bélanger (Léonard-F.), Benoît (E.-P.), Benoît (René), Bernier (Alphonse), Bertrand (Albert), Bertrand (Claude), Blain (Emile), Boileau (W.), Bombardier (J.-P.), Bonin (Wilbrod), Bonnier (Maurice), Brahy (Jules), Brosseau (A.), Boulais (F.-L.), Bourgeois (Paul), Cabana (E.), Cantero (Antonio), Cartier (G.-E.), Champeau (Jean), Chaput (Yves), Charon (Ernest), Chaussé (Dr.), Comby (J.), Cousineau (P.-P.), De Guise (Albert), Deshaies (Georges), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Doucet (J.-C.), **Dubé (J.-E.)**, Dufresne (Roger), Dussault (Roland), Fauteux (Mercier), Favreau (J.-C.), Ferron (Maurice), Forget (Ulysse), Fortier (De la Broquerie), Fortier (L.-E.), Frenette (Ulric), Gagnier (L.-A.), Gant (Julian-C.), Gariépy (L.-Henri), Gariépy (Urgel), Gattien (Romuald), Gaulin (Eugène), Gauthier (C.-A.), Gauthier (Herman), Gauthier (Jacques), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gibault (H.), Gratton (Armand), Grégoire (Georges), Grignon (C.-E.), Groulx (Adélarde), Guilbeault (A.), Hébert (Charles), Hébert (Georges), Hébert (Fernand), Jackson (Chevalier), Jackson (Chevalier-L.), Jarry (Gae-

tan), Jutras (Albert), Laberge (Lasalle), Laberge (Antonio), Ladouceur (Léo), Lafresnière (Gabriel), Lambert (J.-Adrien), Lapiere (A.), Laquerrière (A.), La Rochelle (Paul), Laurendeau (Edmond), Laurier (Yvon), Laurin (P.-E.), Lauzer (Rosaire), Lecavalier (Paul), Leclerc (Georges), Lefrançois (Charles), Léger (A.), Legrand (Emile), Lemieux (Henri), Léonard (D.), LeSage (Albert), LeSage (Jean), Letendre (Samuel), Letondal (Paul), Longpré (Daniel), Magnan (Arthur), Major (Willie), Manseau (Georges), Maranda (Emilien), Marion (Donatien), Marin (Albéric), Mathé (Charles-Pierre), Millet (J.-A.), Morin (Paul), Mousseau (J.-Alfred), Nègre (Léopold), Odinet (Jacques), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Patoine (Lionel), Penfield (Wildor), Perras (J.-E.), Pettigrew (A.), Pilon (Alcide), Pinsonneault (G.), Poliquin (Paul-A.), Prevost (Jules), Provost (Adolphe-J.), Richer (A.), Riopelle (J.-L.), Robillard (Eugène), Rochette (Paul), Rolland (Gérald), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Samson (J.-Edouard), Sanche (Hector), Saucier (Jean), Savignac (Raymond-J.), Simard (Raymond), Sliosberg (A.), Smith (Pierre), Sylvestre (Lucien), Tétrault (Julien), Turpin (R.), Verschelden (Marcel), Viau (Horace), Vidal (J.-A.).

AMIDAL

poudre — cachets — comprimés — dragées

ENTÉRITES AIGÜES
•
FERMENTATIONS
•
AUTO-INTOXICATIONS
•
DIARRHÉES

AMPHOSYNTHYL

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — élixir.

ASSOCIATION GÉNÉSERINE
GÉNATROPINE
•
RÉGULATEUR DU VAGUE ET
DU SYMPATHIQUE
•
SYNDROMES AMPHOTONIQUES

SED'HORMONE

dragées et suppositoires.

Une à six dragées ou
un à trois suppositoires par jour.

HYPEREXCITABILITÉ NERVEUSE
•
INSOMNIE — ANXIÉTÉ
•
Grands Syndromes d'excitation
•
ÉPILEPSIE — ENURÉSIE

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Liée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques
et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — ÉPUISEMENT — NEURASTHÉNIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un merveilleux agent d'équilibration
du système génital Neuro-Endocrinien.

SPLÉNARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique
et d'extrait surrénal.

ANÉMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, PARIS

Agents pour le Canada: VINANT Liée, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,
165 est, ave Laurier, Ottawa.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Donatien MARION,
326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN
D. MARION
J.-H. LAPOINTE
Chs De BLOIS
J.-A. DENONCOURT

COMITÉ DU XVI^e CONGRÈS

Chs De BLOIS, Président

J.-M. TRUDEL, Vice-Président
J.-B. FALCON, Vice-Président
J.-A. TARDIF, Vice-Président

J.-A. DENONCOURT, Secrétaire
A. TÊTREAU, Trésorier

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE

R.-E. VALIN

Albert PAQUET

J.-A. JARRY

J.-H. LAPOINTE

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal (1940)	MARION, D., 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal (1940)
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta (1942)	MATHE, P.-C., 450, Sutter, San Francisco (1942)
BELISLE, J.-R., Hull (1942)	MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N.-H. (1942)
BIBAUD, B., Valleyfield (1940)	MELANCON, W., Drummondville (1942)
BOURBEAU, L.-A., Val d'Or, Abitibi (1942)	MERCIER, O., 943, Cherrier, Montréal (1940)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, Sherbrooke, Montréal (1942)	MILLOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. (1940)
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba (1942)	NORMAND, Hudon, Trois-Rivières (1942)
CREPAULT, A.-Z., 403 est, Sherbrooke, Montréal (1940)	PAQUET, Albert, 71, Sainte-Anne, Québec (1942)
DE BLOIS, Chs, Trois-Rivières (1940)	PERRAS, J.-E., Hull (1940)
DENONCOURT, J.-A., Trois-Rivières (1942)	PHENIX, Georges, Saint-Jean (1940)
DUBÉ, L.-F., Notre-Dame du Lac, Témiscouata (1942)	PIETTE, Ed., Joliette (1942)
DUMONT, C.-E., Campbellton, N.-B. (1940)	PLOUFFE, R., 772, Villieray, Montréal (1942)
FALCON, A.-J.-R., Pawtucket, R.-I. (1940)	PROVENCHER, Gustave, Granby (1942)
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R.-I. (1942)	ROY, G.-E., Nicolet (1940)
GATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal (1942)	RICHARD, A.-L., 168 est, Laurier, Ottawa (1942)
GAUDET, Richard, Sherbrooke (1940)	SAUCIER, Jean, 300 est, Sherbrooke, Montréal (1940)
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal (1942)	SAVOIE, L.-P., Roberval (1942)
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic, Conn. (1942)	SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal (1940)
JARRY, J.-A., 7718, rue Saint-Hubert, Montréal (1942)	SAINT-JACQUES, E., 110 ouest, Pr.-Arthur, Mtl. (1940)
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh, Ont. (1942)	TANGUAY, R., Sudbury, Ont. (1942)
LAFRAMBOISE J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa (1942)	TARDIF, J.-A., Lévis (1940)
LAPOINTE, J.-H., 163, Laurier, Ottawa (1940)	TASSE, C.-E., Worcester, Mass. (1940)
LAROCHELLE, J.-E., Manchester, N.-H. (1940)	TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Manitoba (1942)
LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine (1942)	TRUDEL, J.-M., Shawinigan Falls (1940)
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal (1940)	VALIN, R.-E., 165 est, Laurier, Ottawa (1940)
LeSAGE, Albert, 260, Carré Saint-Louis, Montréal (1940)	VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal (1940)
	VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe (1940)

LA VITAMINE B COMPLEXE TOTALE POUR UNE THÉRAPEUTIQUE EFFICACE

Dans Les États de Carence

Parce que les éléments composants de la vitamine B complexe sont très étroitement associés, il est reconnu que l'administration de la vitamine complexe totale produit de meilleurs résultats que ses composés donnés isolément.

LES COMPRIMÉS CERELEXIN COMPOUND, préparés d'extraits de foie et de levure, riches en vitamine, contiennent tous les facteurs connus de la vitamine B complexe associée au fer rapidement assimilable. Chaque comprimé fournit, en plus des autres composés de la vitamine B complexe, 80 unités internationales de la vitamine B₁; 25 unités internationales de la vitamine G (B₂); et environ 20 mg. de fer. Cerelexin est indiqué dans la carence de la vitamine B complexe, dans le traitement de la névrite périphérique, dans l'anorexie, dans l'hypotonie gastro-intestinale due à une déficience en vitamine B₁.

Le Sirop Cerelexin (exempt de fer), qui contient 300 unités internationales de vitamine B₁ et 80 unités Sherman de

vitamine G (B₂) par cuillerée à thé, convient particulièrement aux enfants et aux adultes qui ne peuvent avaler de comprimés.

Les Comprimés Cerelexin Compound sont en vente dans toutes les pharmacies, en bouteilles de 60, 240 et 1200, de même que le Sirop Cerelexin, en bouteilles de 3 onces et de 8 onces.



THE UPJOHN COMPANY

Fabricants des meilleurs produits pharmaceutiques depuis 1886

TORONTO, CANADA

COMPRIMÉS ET SIROP

CERELEXIN* COMPOUND

*Marque déposée

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord.

Fondée à Québec en 1902

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

•

CONDITIONS DE PUBLICATION: « L'Union Médicale (du Canada) » paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Elle publie les travaux des Congrès et tous les communiqués de l'Association.

Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, un mouvement médical, une revue générale, des notes de pharmacologie et de médecine pratique, des analyses, des revues de livres et des nouvelles médicales.

•

ABONNEMENT: L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers états et provinces.

•

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

•

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne

NEUROCRINE

INDICATIONS:

Neurasthénie, Perte ou sommeil agité, cause nerveuse, Surréalites aiguës ou chroniques, Névroses, Épilepsie, Hystérie, Hyperexcitabilité psychique, Fatigues, Surmenage, Épuisement de l'énergie et tous autres troubles nerveux.



FORMULE :

Surrénale 1/2 grain,
Substance cérébrale
10 grains, *Thymus* 3
grains, *Teinture Valériane* 40 gouttes.

Conditionnement:

Les comprimés NEUROCRINE sont présentés en flacons de 50 et 100 comprimés, enrobés de sucre gris.

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE

Pharmaciens en gros

30 est, rue Saint-Paul

Montréal

ILLUSTRATIONS: « L'Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur.

Nous n'acceptons pas de négatifs de clichés.

Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

•

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

TARIF: Sans page de titre, tel que publié dans la revue:

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.50	\$ 5.50	\$ 8.25	\$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

La page de titre comprenant 4 ou 5 lignes de texte sera fournie au prix de \$1.50 pour les frais de composition, et les corrections d'auteur devront être payées au prix de l'heure.

Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue:

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

Tous ces prix sont susceptibles d'être majorés de la taxe fédérale et de la taxe municipale s'il y a lieu, et de toute autre taxe qui pourrait survenir.

ARSAMINOL

MÉDICATION ARSENICALE ABSOLUMENT INDOLORE
LA PLUS ACTIVE . . . LA PLUS CONCENTRÉE

Solution injectable par voie sous-cutanée et intramusculaire
Sécurité d'emploi aux doses élevées actives.

BOITE 6 amp. 3 c.c. (0gr.15 d'As) 5 c.c. (0gr.25 d'As)

SYPHILIS • HEREDO-SYPHILIS

Laboratoires CLIN, COMAR & CIE, Paris — Agents: VINANT Ltée, Montréal

ARGENT COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE À PETITS GRAINS, STÉRILE ET STABLE

Electrargol

Ampoules de 5 et 10 c.c. • Ampoules compte-gouttes de 25 c.c. pour instillation nasale ou oculaire

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS
Agents: VINANT Ltée, 533 rue Bonsecours MONTRÉAL

BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), année.

•

PUBLICITÉ: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

Tout annonceur qui n'observe pas l'éthique professionnelle est exclu de notre publicité, et nous saurons gré à nos lecteurs d'attirer notre attention sur toute dérogation à cette ligne de conduite.

Tout ce qui concerne la rédaction et l'administration doit être adressé franco aux bureaux de « l'Union Médicale (du Canada) », 326 est, boulevard Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

♦

*Assurez votre patient contre les risques post-opératoires
par la*

PROSTIGMINE 'ROCHE'

ATONIE INTESTINALE

post-opératoire

•

ADHÉRENCES

post-opératoires

•

RÉTENTION URINAIRE

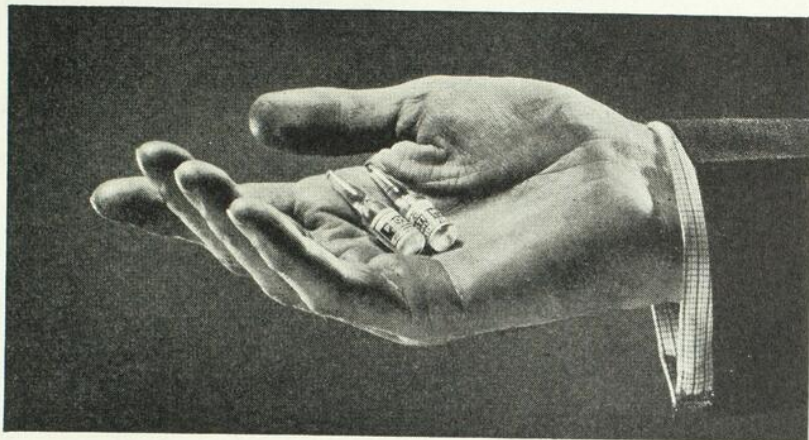
post-opératoire

•

GAZ, MÉTÉORISME

post-opératoire

•



ampoules de 1 cc. 1:2000 (régulières)

ampoules de 1 cc. 1:4000 (prophylactiques)

comprimés à 15 mgm. (dans la myasthénie grave)

Tous renseignements et échantillons au service du Corps Médical

*La maison Hoffmann-La Roche Limitée à Montréal
participera activement au XVI^e Congrès de
l'Association des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord qui aura lieu à
Trois-Rivières les 9, 10, 11 et 12 septembre 1940.*

*Nous invitons chaleureusement tous les médecins à
visiter notre stand à la salle d'exposition. Nos repré-
sentants scientifiques seront heureux de les y recevoir
et de leur fournir des renseignements sur les produits*

« Roche ».

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

NEURO-TRASENTINE

“CIBA”

(Trasentine + acide phényléthylbarbiturique)

Nouveau produit “Ciba” agissant, suivant la dose, soit comme sédatif-antispasmodique d'action centrale et périphérique, soit comme médicament de choix dans le traitement des troubles neuro-végétatifs de l'insomnie.

En associant la Trasentine, antispasmodique de synthèse d'action totale, à l'acide phényléthylbarbiturique on réalisa, sous le nom de **Neuro-Trasentine**, une telle potentialisation des effets sédatifs et antispasmodiques de chacun des deux composants et ceci avec des doses si minimes sans tout danger d'accoutumance, que même l'administration prolongée d'une même dose de Neuro-Trasentine assure un effet constant. La Neuro-Trasentine, renfermant donc ces deux substances en proportion judicieusement établie à la suite d'essais cliniques systématiques, agit, suivant la dose administrée, soit comme sédatif-antispasmodique d'action centrale et périphérique, soit comme médicament de choix dans le traitement des troubles neuro-végétatifs de l'insomnie.

POSOLOGIE

Dose sédatif antispasmodique:

3 à 6 dragées au cours de la journée, en traitement prolongé.

Dose soporatif:

2 à 3 dragées ½ heure avant le coucher.

PRÉSENTATION

En flacons de 30 et de 100 dragées.

Également en emballages de 500 dragées pour hôpitaux.

(Chaque dragée contient 20 mgrms de Trasentine et 20 mgrms d'acide phényléthylbarbiturique.)

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE
MONTREAL



POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX' DE MARRONS
D'INDE PRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

Agents pour le Canada: **VINANT Ltée**, 533, rue Bonsecours, MONTRÉAL.

HÉMODUCTYL



**RÉGULATEUR DE
LA CIRCULATION
DU SANG.**

HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATÆGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO

LABORATOIRES LICARDY, 38. BOUL⁹ BOURDON, NEUILLY (SEINE)

Agents pour le Canada : **VINANT Limitée** - 533, Rue Bonsecours - MONTRÉAL

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Examens 1940

- ① Les examens écrits, sur les sujets primaires et finals, auront lieu les 30 septembre, 1er et 2 octobre — à Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, London, Toronto, Kingston, Montréal, Québec et Halifax.
- ② Les examens oraux sur les sujets primaires auront lieu le 21 octobre à Edmonton et les 24 et 25 octobre à Montréal.
- ③ Les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu le 21 octobre à Edmonton, et les 24 et 25 octobre à Montréal.
- ④ Les examens oraux et cliniques en langue française auront lieu à Montréal ou à Québec, le 21 octobre.

LES COURS DE REVISION

Sur les sujets primaires: —

A Edmonton — Université de l'Alberta. — S'adresser au bureau du Doyen, Faculté de Médecine.

A London — Université de Western Ontario. — S'adresser au bureau du Doyen, Faculté de Médecine.

A Montréal — Université McGill. — S'adresser au Dr S. Dworkin, Département de Physiologie.

A Montréal — Université McGill. — S'adresser au Dr E. W. Workman, Département d'Anatomie.

A Toronto — Université de Toronto. — S'adresser à Mlle M. Cory, Département de Physiologie.

Sur les sujets finals: —

DIVISION DE MÉDECINE: —

A Montréal. — S'adresser au Dr W. de M. Scriver, 1374 ouest, rue Sherbrooke, Montréal, P. Q.

A Toronto. — S'adresser au Professeur Duncan Graham — Département de médecine, Université de Toronto, 100 rue Collège, Toronto, Ontario.

DIVISION DE CHIRURGIE: —

A Montréal. — S'adresser au Dr R. R. Fitzgerald, 1414 rue Drummond, Montréal, P. Q.

" — S'adresser au Dr Gavin Miller — Hôpital Royal Victoria, Montréal, P. Q.

A Toronto. — S'adresser au Secrétaire — Département de Chirurgie, Institut Banting, Toronto, Ontario.

ASSEMBLÉE ANNUELLE À OTTAWA, SAMEDI LE 26 OCTOBRE

Les candidats gradués de 1930, ou antérieurement, d'une école de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de passer l'examen primaire mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie. Cet examen spécial sera dirigé par des cliniciens.

Toutes les communications devront être adressées à:

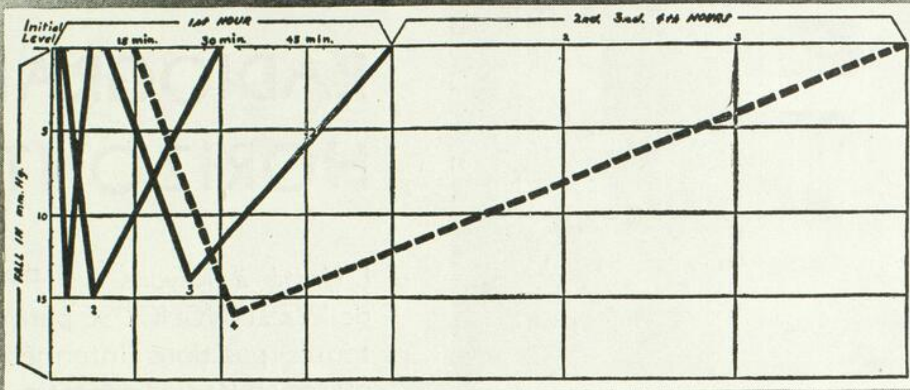
WARREN S. LYMAN, M.D., F.R.C.P. (C.),

Secrétaire-Honoraire

Chambre 3018, National Research Laboratories,
Sussex Street, OTTAWA, Ontario.

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans d'autres numéros de ce Journal.

Pour la vaso-dilatation prolongée



Effets comparatifs sur l'abaissement de la tension artérielle systolique, en deçà des lignes normales, produits par: 1. le nitrite d'amyle; 2. le nitroglycérine; 3. le nitrite de soude; 4. le tétranitrate d'érythrol. La tension diastolique subit un changement analogue dans les mêmes proportions.

L'action vaso-dilatatrice du Tétranitrate d'Erythrol, de Merck, est plus lente et plus durable que celle d'autres nitrites ordinairement employés.

La vaso-dilatation commence habituellement en moins de quinze minutes environ après l'administration et persiste durant 3 ou 4 heures.

On peut obtenir un effet soutenu par un dosage soigneusement calculé pour chaque cas en particulier.

Littérature sur demande.

ERYTHROL TETRANITRATE MERCK

(Erythrityl Tetranitrate)

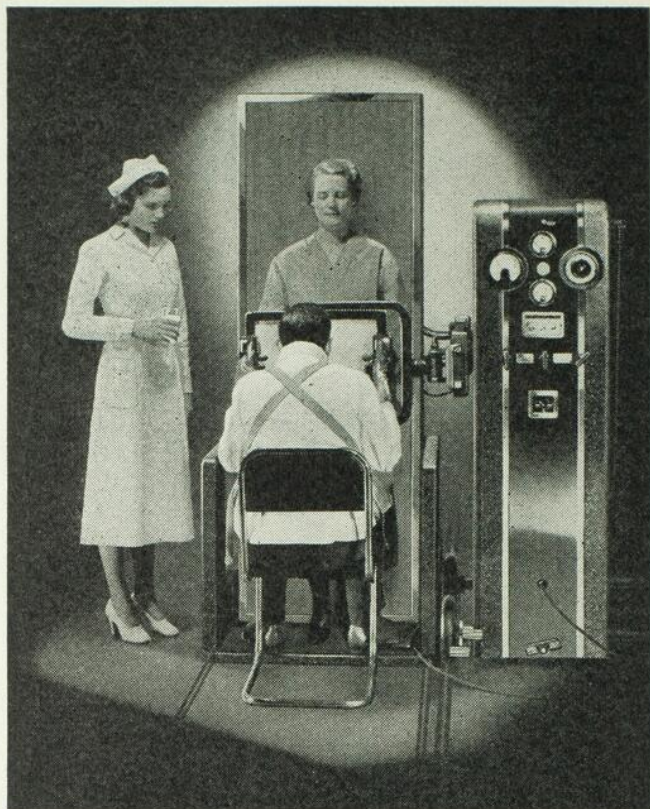
Pour une
vaso-dilatation
prolongée dans
l'hypertension



MERCK & CO. LTD.

Fabricants Chimistes

MONTRÉAL, P.Q.



De la
**RADIOSCOPIE
 VERTICALE**

à la
**RADIOGRAPHIE
 HORIZONTALE**

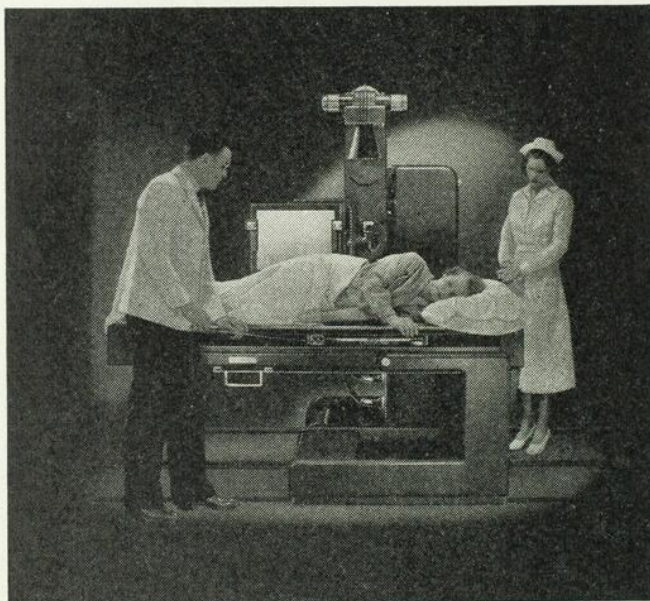
L'Unité à Rayons-X « PANDEX » de WESTINGHOUSE permet ceci et toutes positions intermédiaires requises en Radiodiagnostic.

Malgré son prix moyen, rien n'a été sacrifié en :

- FLEXIBILITÉ MÉCANIQUE
- FLEXIBILITÉ ÉLECTRIQUE
- FACILITÉ D'OPÉRATION
- PROTECTION ÉLECTRIQUE
- AMPLEUR DE RENDEMENT

Demandez-nous d'abord la littérature sur cette Unité. Nous vous invitons ensuite à venir la voir en opération à 36 est, rue Saint-Paul.

C'est avec plaisir que nous vous en ferons une démonstration et sans engagement de votre part.



DISTRIBUTEURS EXCLUSIFS DES APPAREILS À RAYONS-X « WESTINGHOUSE »

—♦♦—
CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

28-36 est, rue Saint-Paul

MONTRÉAL

EN RÉPONSE À DE NOMBREUSES DEMANDES

une préparation de **VITAMINE B₁** -
fluide, non alcoolique, agréable au goût.

Préparé à la demande de plusieurs médecins, notre Sirop de Bêtaxine contient 6 mg. (2000 unités internationales ou U.S.P.) de vitamine B₁ cristallisée (chlorhydrate de thiamine) par once fluide, ou 0.75 mg. (250 unités internationales ou U.S.P.) par cuillerée à thé (4 cc.).

Efficace, stable et de consistance fluide, il est coulant, agréablement citronné, aisément ingéré sans être dilué. On peut cependant le couper d'eau, de jus de fruits, de lait, ou l'incorporer à des entremets, des céréales, etc.

Il plaira particulièrement aux petits et aux grands enfants, ainsi qu'aux adultes qui répugnent aux préparations alcoolisées.

PRÉSENTATION: flacons de 8, 32 et 128 onces fluides.

La bêtaxine est aussi présentée en comprimés (administrés *per os* ou en injections hypodermiques), en ampoules et fioles (injections), et sous forme d'un élixir de goût très agréable.

Sirop de
BÊTAXINE

(Betaxin Syrup)

Marque déposée au Canada et aux E.-U. d'A.

Marque du CHLORHYDRATE DE THIAMINE.

Chlorhydrate de vitamine B₁ synthétique cristallisée

WINTHROP CHEMICAL COMPANY INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration et laboratoires à Windsor, Ontario.

Bureaux à la disposition de MM. les médecins et pharmaciens:

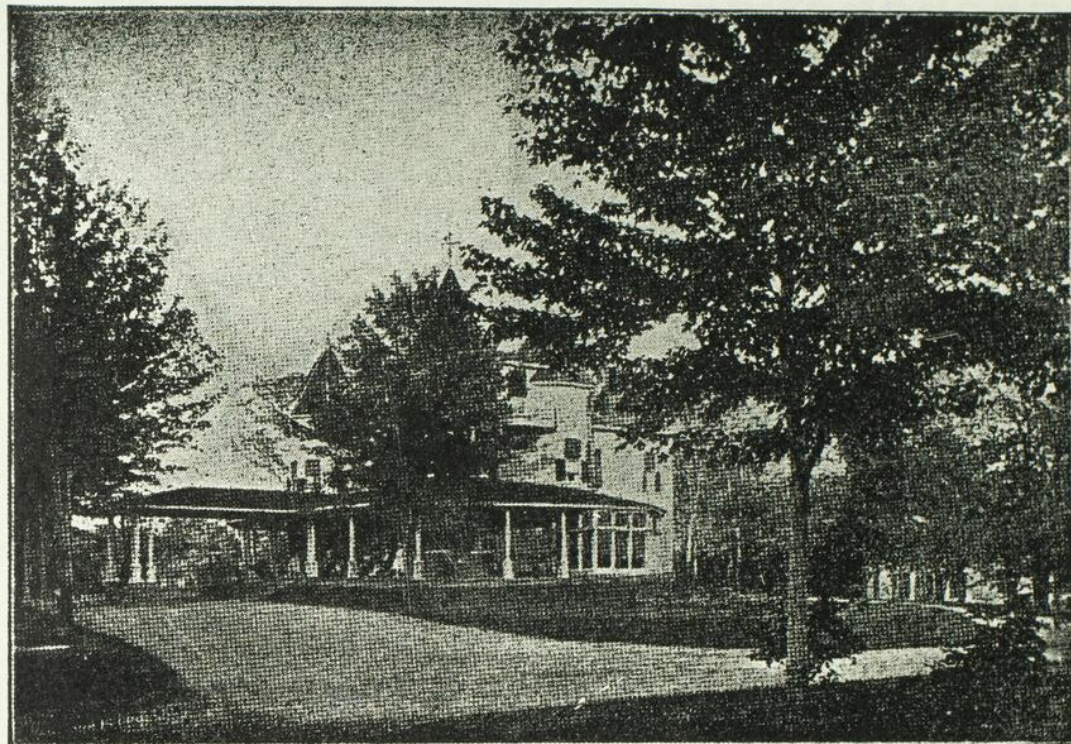
Immeuble Dominion Square, Montréal, P. Q.

Cette réclame paraît dans les principales publications médicales.



SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Edgar Langlois, médecin-directeur; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot; Dr Charles-A. Langlois (électro-radiologie).

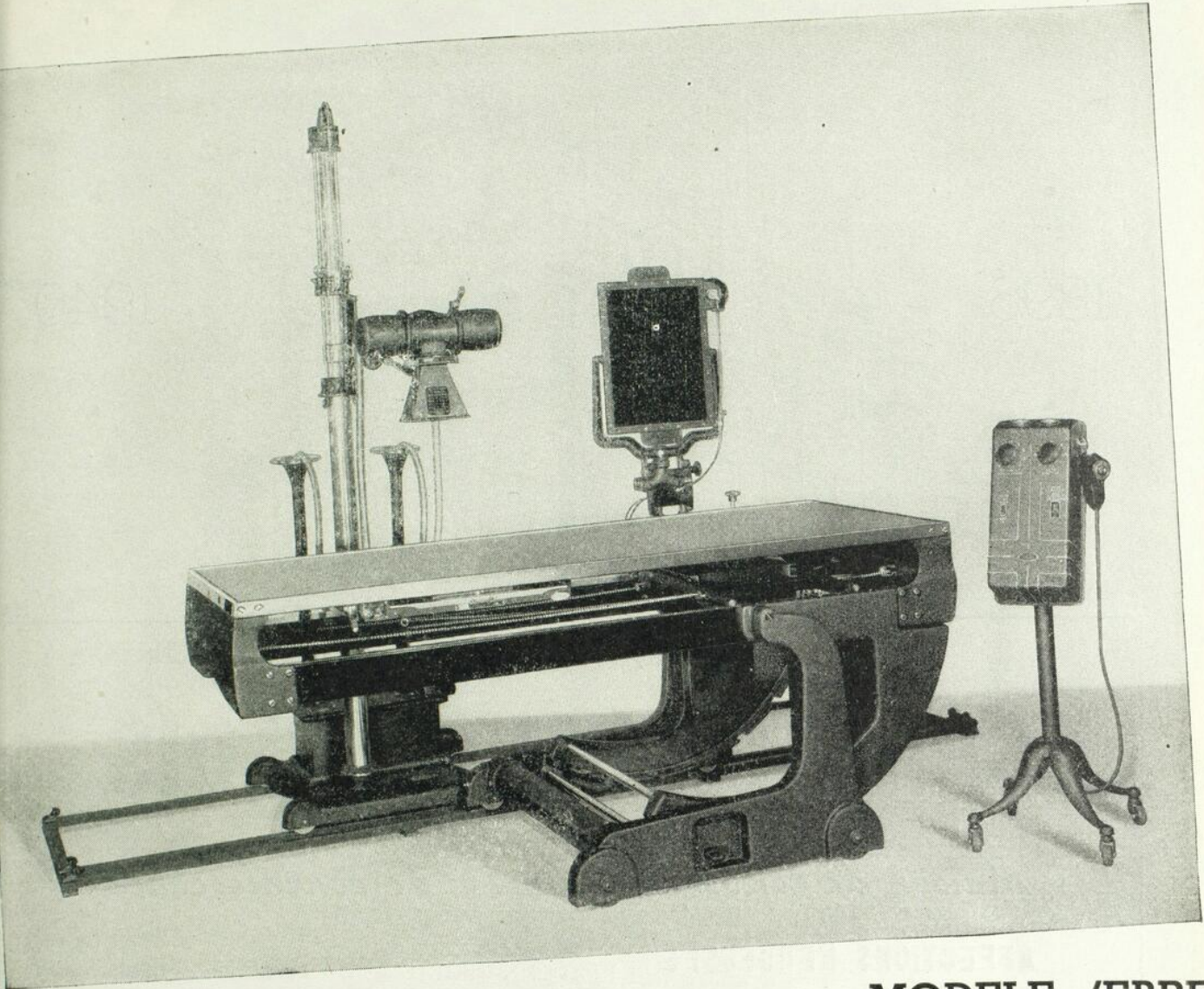
4455 ouest, Boulevard Guoin,

Téléphone: BYwater 1240

COMMENT S'HABILLAIENT LES MARINS VERS 1805



LA BIÈRE QUE VOTRE ARRIÈRE-GRAND-PÈRE BUVAIT



MODELE 'EBRF'

Appareil de radiodiagnostic avec protection électrique absolue

Le modèle 'EBRF' standard de Ferranti est un appareil de radiodiagnostic complet pour la fluoroscopie et la radiographie. Il est fourni avec plusieurs dispositifs de contrôle, et son pouvoir maximum de 200 milliampères permet de couvrir toute la surface à radiographier en utilisant des techniques modernes à grande vitesse. Deux de ses principales caractéristiques sont: la grille diffusante Bucky qui se déplace sur toute la longueur de la table et la fluoroscopie qui se pratique également sur toute la longueur de la table. Inscrivez votre nom sur le coupon ci-joint afin de recevoir des renseignements complets sur cette aide importante de diagnostic.

FERRANTI ELECTRIC LIMITED
TORONTO 9, ONTARIO.
 Veuillez m'envoyer de la littérature concernant l'appareil de radiodiagnostic modèle 'EBRF' avec protection électrique absolue.

NOM

ADRESSE

VILLE

Lmdc 840

HYDRO APPROVED CANADIAN MADE EQUIPMENT

FERRANTI ELECTRIC LTD.

X-RAY-DIVISION

TORONTO 9, ONTARIO

MONTRÉAL

TORONTO

WINNIPEG

EDMONTON

1896



1940

SANATORIUM de BLOIS

Maison de repos, de régime et de convalescence

AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violet, etc., etc.

Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:

•
PROSPECTUS ILLUSTRÉ
SUR DEMANDE

MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS

DIRECTEUR-ADJOINT: . . . Dr Georges de BLOIS

MÉDECINS CONSULTANTS:

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières; Dr Benoît JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEIL-LEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

Dr Charles de Blois

SANATORIUM de BLOIS

Téléphone 3420

225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.

LABORATOIRES JEAN OLIVE

Agents représentants des:

Laboratoires CH. COUTURIEUX

18, avenue Hoche, PARIS

LANTOL, PANGLANDINE, GLÉSION,
ZYMION

Laboratoires MAURICE ROBIN

13, rue de Poissy, PARIS

GLYCÉRO, IODONE, NUCLÉARSITOL,
PEPTONATE DE FER

Laboratoires BAUDE

72, rue Saint-Dominique, PARIS

POMMADE ANESTHÉSIQUE NESTOSYL

Laboratoires UPSA

29, boul. de la République, AGEN

NORMOGASTRYL

Laboratoires PORCHER

35, rue des Blancs-Manteaux, PARIS

ECZÉDA, DERMACIDE, ANGUSTURYL

Laboratoires DÉPRUNEAUX

18, rue de Beaune, PARIS

PHOSPHONEUROL

Laboratoires ROGER SAVOIRE

2-4, place Saint-Martin, VENDÔME

PYOCOLINE

Laboratoires PAUL BRÉANT

11, rue de Clichy, PARIS

NEUROSOLÈNE, OSMO-VACCINS Bréant

Spécialités Pharmaceutiques Françaises

533, Bonsecours - HA. 0277 - **MONTREAL**



*ertaines maisons
françaises n'ont pu cette année exposer au
Congrès.*

*MM. les Médecins en comprendront si
aisément les raisons qu'ils leur pardonneront
certainement en leur gardant toute leur
confiance.*

*La Direction du Congrès a su apprécier
le concours passé qu'elles ont accordé à notre
organisation et ne doute pas de les voir revenir
parmi nous dès notre prochaine réunion. Elle
souhaite vivement que MM. les Médecins con-
tinuent à prescrire, tant pour la qualité irré-
prochable des produits qui leur sont connus,
que l'intérêt et le souvenir qu'ils portent à la
France, dont ils partagent la détresse actuelle.*

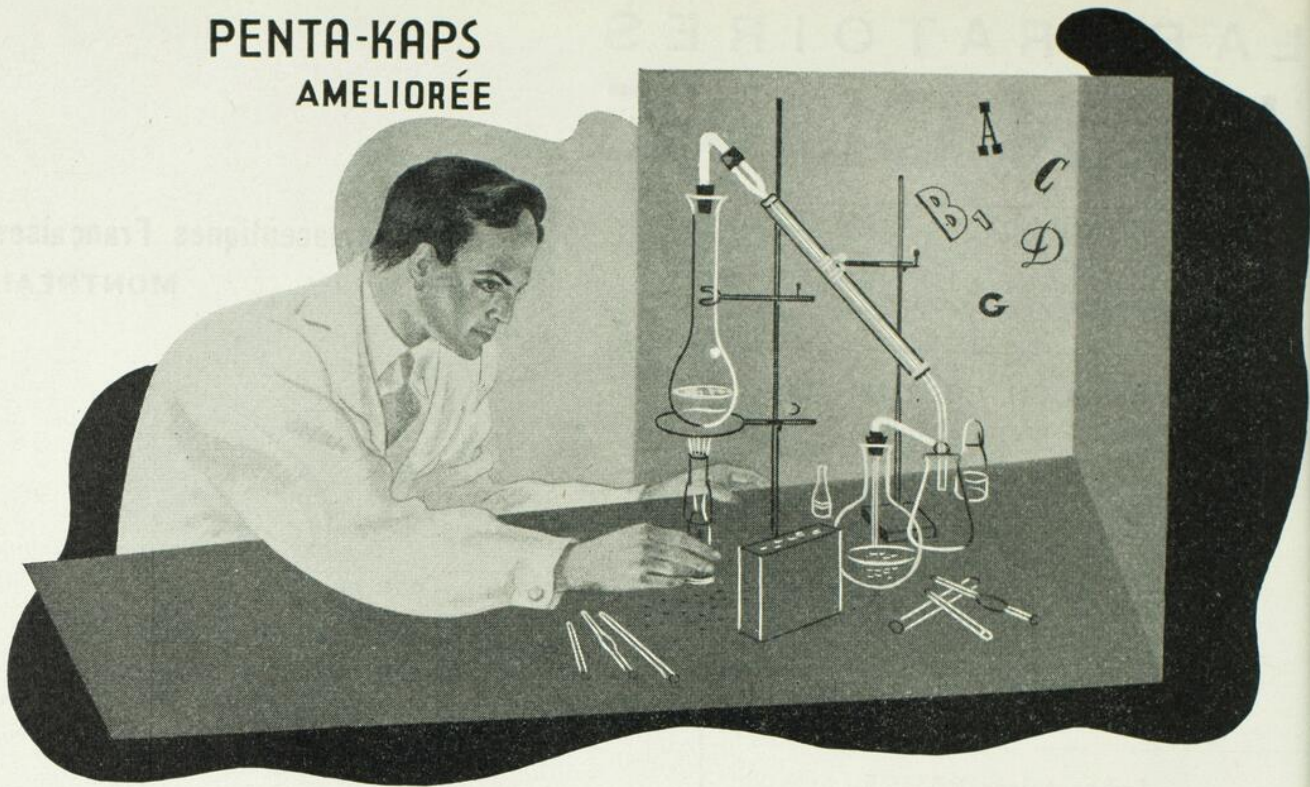
*Que nos Confrères soient indulgents si
l'échantillonnage a dû être réduit et si toutes
les communications scientifiques ne leur par-
viennent qu'irrégulièrement. Les Agents nous
ont affirmé qu'ils ont en mains un stock
important, qu'il ne faut pas craindre de pres-
crire, et s'excusent si le service médical a pu
légèrement diminuer.*

*Nous avons considéré qu'il était de notre
devoir, et c'est aussi notre plaisir, de faire un
accroc à notre politique en vous rappelant ici
les noms et les produits de ces fabricants de
France.*

LA DIRECTION.

vous remercient infiniment de votre patronage

PENTA-KAPS AMÉLIORÉE



FORMAT REDUIT— TENEUR EN VITAMINES PLUS ÉLEVÉE

Produit des Laboratoires de recherches Abbott, les Penta-Kaps Améliorées fournissent cinq vitamines importantes dans des concentrations considérablement augmentées. Chaque capsule contient 10,000 unités internationales de vitamines A, 1,000 unités internationales de vitamines D, 200 unités internationales de vitamines B₁, 40 unités Sherman de vitamines G et 500 unités internationales de vitamines C. Grâce au perfectionnement des méthodes de fabrication, la grosseur des capsules Penta-Kaps a été diminuée de quarante pour cent.

Il faut s'assurer, en prescrivant une préparation vitaminée, que votre patient reçoive un produit dont la teneur en vitamines a été définitivement établie et prouvée. C'est pourquoi sur toutes vos ordonnances de vitamines, vous devez spécifier PENTA-KAPS AMÉLIORÉE ABBOTT.

Comme tous les produits vitaminés Abbott, les Penta-Kaps Améliorées sont standardisées biologiquement, sous des conditions rigidelement contrôlées.

Vous êtes donc assuré qu'elles vont fournir toutes les vitamines et dans les quantités mentionnées sur l'étiquette.

Les Penta-Kaps Améliorées sont présentées en boîtes de 25, 50, 100 et 250 capsules.

LABORATOIRES ABBOTT LTÉE — 20, CHEMIN BATES, OUTREMONT.



PENTA-KAPS ABBOTT

Améliorée

(CONCENTRE DE VITAMINES A.D.B₁ ET C.)

XVI^{ème} CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE
FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

TROIS-RIVIÈRES, les 9-10-11-12 SEPTEMBRE 1940

H A U T P A T R O N A G E

- Son Eminence le cardinal J.-M.-R. VILLENEUVE,
Archevêque de Québec.
- Sir Eugène Fiset,
Lieutenant-Gouverneur de la province de Québec.
- L'Honorable Adélarde GODBOUT,
Premier Ministre de la province de Québec.
- L'Honorable Henri GROULX,
Ministre de la Santé et secrétaire provincial.
- Monseigneur Camille ROY,
Recteur de l'Université Laval.
- Monseigneur Olivier MAURALT,
Recteur de l'Université de Montréal.
- M. le docteur Albert LE SAGE,
Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
- Monsieur le DOYEN de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.
-

LUNDI, 9 SEPTEMBRE

Après-midi

Inscription à la salle des exposants.

9.00 heures du soir.

SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

1. Ouverture de l'assemblée par le Président du XVI^{ème} Congrès,
M. le docteur C.-N. de BLOIS.
2. Allocution du Directeur Général,
M. le docteur R.-E. VALIN.
3. Allocution de l'Honorable Ministre Provincial de la Santé,
Honorable Henri GROULX.
4. Présentation de diplôme d'honneur au Président du XV^{ème} Congrès,
par le Secrétaire-trésorier général,
M. le docteur Donatien MARION.
5. Allocution du Président du XV^{ème} Congrès,
M. le docteur J.-H. LAPOINTE.
6. Conférence et projections lumineuses: « L'histoire de la transfusion
sanguine »,
M. le docteur Léo PARISEAU.
7. Présentation de diplômes du « Collège Royal des médecins et chirurgiens
du Canada »,
M. le Prof. Albert LE SAGE,
Vice-président du collège.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

MARDI, 10 SEPTEMBRE

Avant-midi

- 9.30 h.—M. le docteur Paul-Marc SAINT-PIERRE. *Les hématémèses.*
- 9.50 h.—M. le docteur Amaury MORRISSETTE, *Les hémorragies de la grossesse.*
- 10.10 h.—MM. les docteurs Jean PANET-RAYMOND et Jacques OLIVIER. *Conduite à tenir dans les traumatismes crâniens.*
- 10.30 h.—M. le docteur Albert GUILBEAULT. *La vaccination par le BCG.*
- 10.50 h.—M. le docteur C.-A. GAUTHIER. *Di-phényl Hydantoïate sodique et Epilepsie. Résultats personnels.*
- 11.10 h.—MM. les docteurs Gaston CAISSE et C. BISSON. *Les scolioses.*
- 11.40 h.—M. le docteur Léo PARISEAU. *Ce que mes yeux de radiologiste ont vu durant la guerre de 1914-18.*
- 12.00 h.—Visite de l'exposition.
- 12.30 h.—Déjeuner offert par la cité de Trois-Rivières.

Après-midi

PRÉSIDENTS CONJOINTS:

- M. le docteur J.-D. MILOT, de Fall River, Mass.
- M. le docteur C.-A. GAUTHIER, délégué de la Société Médicale de Québec.
- M. le docteur O.-E. CAZA, délégué de l'Association Médicale de Valleyfield.
- 2.30 h.—M. le docteur Rodrigue DUGRE. *Les lésions du col utérin.*
- 2.50 h.—M. le docteur Donat VOGHEL. *Le drame abdominal et son traitement.*
- 3.10 h.—M. le docteur G. DESHAIES. *Les empyèmes tuberculeux.*
- 3.30 h.—M. le docteur J.-B. JOBIN. *Considérations sur deux cents cas d'ulcère gastro-duodénal traités à l'Hôtel-Dieu de Québec, depuis quatre ans.*
- 3.50 h.—M. le docteur Albert COUTURIER. *Méthode personnelle de suspension utilisée pour la réduction des fractures de la colonne vertébrale. Cinquante-six observations personnelles.*
- 4.10 h.—M. le docteur R. DESMEULES. *Primo-infection tuberculeuse.*

- 4.30 h.—M. le docteur Henri GARIEPY. *Le diabète et la chirurgie.*
- 4.45 h.—M. le docteur J.-A. BAUDOUIN. *La natalité dans la province de Québec.*
- 5.00 h.—Visite de l'exposition.
- 5.30 h.—Excursion à Shawinigan; Réception et Buffet à l'Hôtel Cascade.

MERCREDI, 11 SEPTEMBRE

Avant-midi

PRÉSIDENTS CONJOINTS:

- M. le docteur J.-R. LAROCHELLE, de Biddeford, Maine.
- M. le docteur Pierre ROY, délégué de la Société Médicale de Limoilou.
- M. le docteur Lionel GROLEAU, délégué de l'Association des Médecins de Sherbrooke.
- 9.30 h.—M. le docteur Adélarde TETREAULT. *Maladies mitrales et gestation.*
- 9.50 h.—M. le docteur Albert JOANNETTE. *Les faux tuberculeux.*
- 10.10 h.—M. le docteur R.-E. VALIN. *Les complications post-opératoires dans les interventions abdominales.*
- 10.30 h.—MM. les docteurs Roméo BOUCHER et J.-H. CHARBONNEAU. *Considérations sur le traitement de l'agranulocytose.*
- 10.50 h.—MM. les docteurs M. LANGLOIS et R. THIBAudeau. *Orientation thérapeutique actuelle dans les troubles digestifs graves du nourrisson.*
- 11.10 h.—M. le docteur Donatien MARION. *Conduite à tenir dans les vomissements gravidiques.*
- 11.25 h.—M. le docteur Albéric MARIN. *Le traitement de la syphilis nerveuse.*
- 11.45 h.—M. le docteur L.-P. MARS, Port-au-Prince, Haïti. *Culture et psychiatrie.*
- 12.00 h.—Visite de l'exposition.
- 12.30 h.—Déjeuner champêtre au club de golf Métabéroutin.

Après-midi

PRÉSIDENTS CONJOINTS:

- M. le docteur Albert PAQUET, de Québec.
- M. le docteur P.-P. BEAUDRY, délégué de l'Association des Médecins de Sherbrooke.
- M. le docteur V. BRASSARD, délégué de la Société Médicale de Shawinigan.

- 2.30 h.—M. le docteur C.-A. PAINCHAUD. *Considérations pratiques sur la valeur des examens du sang et du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis.*
- 2.50 h.—M. le docteur Paul DUFAULT, de Rutland. *Les tuberculeux hospitalisables.*
- 3.10 h.—M. le docteur C. VEZINA. *Quelques considérations sur l'appendicite.*
- 3.30 h.—M. le docteur Roma AMYOT. *Le traitement des polynévrites par la Vitamine B¹.*
- 3.50 h.—M. le docteur U. FRENETTE. *Lésions traumatiques récentes du genou.*
- 4.10 h.—M. le docteur J.-E. SAMSON. *Séquelles de traumatisme du genou.*
- 4.30 h.—M. le docteur A. BELLEROSE. *Résumé d'un rapport sur le cancer d'intestin.*
- 4.50 h.—M. le docteur B.-G. BOURGEOIS. *Considérations sur le cancer de l'intestin.*
- 5.00 h.—Visite de l'exposition.
- 6.00 h.—Buffet au club de golf Ki-8-cb.
- 8.00 h.—Baseball.
- 10.00 h.—Danse des jeunes au Château De Blois.

JEUDI, 12 SEPTEMBRE

Avant-midi

PRÉSIDENTS CONJOINTS:

- M. le docteur C.-E. TASSÉ, de Worcester, Mass.
- M. le docteur Roméo GAGNON, délégué de la Société Médicale de Saint-Roch et Jacques-Cartier.
- M. le docteur Geo.-A. JOUBERT, délégué de la Société Médicale du Bas-Saint-Laurent.
- 9.30 h.—M. le docteur Lionel GROLEAU. *Les ulcères de jambe. Projections lumineuses.*
- 9.30 h.—M. le docteur L.-P. ROY. *Les retards de la consolidation osseuse.*
- 10.10 h.—MM. les docteurs Renaud LEMIEUX, Antonio MARTEL et Guy DROUIN. *Contribution à l'étude du traitement des pneumopathies aiguës par les dérivés sulfamidés.*
- 10.30 h.—MM. les docteurs Paul BOURGEOIS et L. SYLVESTRE. *Les sulfamidés en urologie.*
- 10.50 h.—M. le docteur Emile GAUMOND. *Les directives de la syphilis.*
- 11.10 h.—M. le docteur J.-H. LAPOINTE. *Physiopathologie du syndrome diarrhéique. Interprétation clinique et traitement.*

- 11.30 h.—M. le docteur Sylvio LE BLOND. *En marge du tubage duodénal.*
- 11.45 h.—MM. les docteurs Armand FRAPPIER et Gaston LAPIERRE. *Les réactions tuberculiniques chez les nouveau-nés vaccinés par le BCG.*
- 12.00 h.—Visite de l'exposition.
- 12.30 h.—Déjeuner des Dames, gracieusement offert par la Maison Fortin.

Après-midi

PRÉSIDENTS CONJOINTS:

- M. le docteur Eugène BISSONNETTE, délégué de la Société Médicale de Québec.
- M. le docteur L.-G. MORAULT, délégué de l'Association Médicale du Bas-Saint-Laurent.
- M. le docteur J.-E. DORION, délégué de la Société Médicale de Saint-Roch et Jacques-Cartier.
- 9.30 h.—M. le docteur Georges GREGOIRE. *Résumé des activités du Comité Provincial de la Défense contre la Tuberculose.*
- 2.50 h.—M. le docteur Urgel GARIEPY. *Les injections para-vertébrales dans les troubles d'origine sympathique.*
- 3.10 h.—M. le docteur Oscar MERCIER. *Le traitement moderne de l'hypertrophie de la prostate.*
- 3.30 h.—MM. les docteurs A. LEGER, C.-E. GRIGNON et Georges LECLERC. *L'hypothyroïdie fruste.*
- 3.50 h.—MM. les docteurs R. DESMEULES et Philippe RICHARD. *L'interprétation des réactions tuberculiniques.*
- 4.05 h.—M. le docteur Victor POTVIN. *Les ostéosynthèses dans les fractures de membres. Observations personnelles.*
- 4.20 h.—M. le docteur Jean LE SAGE. *Résultats comparés obtenus par les Rayons X et la gastroscopie chez le malade avant et après opération.*
- 4.35 h.—M. le docteur Jean SAUCIER. *Nouvelles observations à propos de l'électro-pyrétothérapie de la chorée.*
- 4.50 h.—M. le docteur Honoré NADEAU. *L'insuline protamine-zinc dans le traitement du diabète.*
- 5.10 h.—Visite de l'exposition.
- 7.30 h.—Banquet et Bal.

SECTION DE L'OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

MERCREDI, 11 SEPTEMBRE

Avant-midi

PRÉSIDENT:

M. le docteur Auguste PANNETON, hôpital Saint-Joseph, Trois-Rivières.

9.30 h.—*Le strabisme concomitant*, par MM. les docteurs Jules BRAULT et Emile BLAIN.

9.55 h.—Discussion.

10.20 h.—*Le strabisme paralytique*, par M. le docteur Norbert BOURGAULT.

10.45 h.—Discussion.

11.10 h.—*Autoplastie avec chirurgie conservatrice d'une tumeur maligne de la paupière supérieure*, par MM. les docteurs François BADEAUX et Lucien PERRON.

11.20 h.—Discussion.

11.30 h.—*Un cas très rare de cholestéatome de l'orbite*, par MM. les docteurs Philippe PANNETON et René ROUX.

11.40 h.—Discussion.

Après-midi

PRÉSIDENT:

M. le docteur Ernest PLANTE, Sherbrooke.

2.30 h.—*Benign and malignant tumors of the larynx*, par M. le professeur G. TUCKER, de Philadelphie.

3.30 h.—Discussion.

3.50 h.—*Les sténoses œsophagiennes*, par le docteur V. LATRAVERSE.

4.05 h.—Discussion.

4.15 h.—*Dacryolacorrhinostomie chez une malade ayant subi l'extirpation du sac lacrymal antérieurement*, par MM. les docteurs François BADEAUX et Rolland PELLERIN.

4.25 h.—Discussion.

4.35 h.—*Extraction électromagnétique des corps étrangers de l'œil*, par M. le docteur Lucien GELINAS.

4.45 h.—Discussion.

JEUDI, 12 SEPTEMBRE

Avant-midi

PRÉSIDENT:

M. le docteur Paul PAINCHAUD, Hôtel-Dieu, Québec.

9.30 h.—*Les sinusites chez l'enfant*, par M. le docteur J. VAILLANCOURT.

9.55 h.—Discussion.

10.20 h.—*Les sinusites chez l'adulte*, par M. le docteur C.-T. MATHIEU.

10.45 h.—Discussion.

11.10 h.—*Le traitement actuel de la tuberculose laryngée*, par M. le docteur Jules BRAHY.

11.20 h.—Discussion.

11.30 h.—*Troubles fonctionnels de l'oreille d'origine tubaire*, par M. le docteur Auguste PANNETON.

11.40 h.—Discussion.

11.50 h.—*Le problème du glaucome sympathique d'origine traumatique*, par M. le docteur Antonio GODIN.

12.00 h.—Discussion.

Après-midi

PRÉSIDENT:

M. le docteur L.-G. JOUBERT, Hôtel-Dieu, Montréal.

2.30 h.—*Opportunité de fonder une société d'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie*.

3.30 h.—Temps libre. Visite de l'exposition.

MÉMOIRE

LE LEVER PRÉCOCE EN CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

(Étude basée sur 900 cas personnels)

Par **Pierre SMITH,**

Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

La méthode du lever précoce des opérés en chirurgie abdominale ou abdomino-pelvienne n'a pas connu jusqu'à présent la même évolution progressive que les méthodes d'anesthésie et d'analgésie, d'aseptie et de technique opératoire, de traitement pré et post-opératoire.

Les suppurations post-opératoires coutumières et les suites opératoires mouvementées de jadis, venaient sans doute justifier pour les laparotomisés d'alors, une immobilisation au lit se prolongeant parfois jusqu'à trois ou quatre semaines et même davantage.

Aujourd'hui, la chirurgie est mieux comprise. Aussi pour différentes catégories d'interventions abdominales, la morbidité et la mortalité post-opératoires sont quasi nulles et les suites opératoires silencieuses; mieux encore, l'évolution post-opératoire serait grandement améliorée, si à l'acte chirurgical lui-même, et aux thérapeutiques médicales post-opératoires, succédait une mobilisation plus hâtive et plus complète des opérés.

Et alors, on s'explique difficilement pourquoi, sans discrimination suffisante, systématiquement et pour le moins inutilement, on laisse encore un nombre incalculable de laparotomisés garder le lit, huit, neuf, dix jours et parfois plus longtemps encore; alitement prolongé, cause de convalescence traînante, de frais matériels inutilement onéreux pour les malades et leur famille, de surcroît de travail pour le personnel hospitalier, d'encombrement constant de « convalescents » dans les hôpitaux, dont le nombre de lits est toujours inférieur aux demandes d'hospitalisation.

Et cependant, nul n'ignore que, de par le monde, un nombre imprécis mais fort élevé sans doute de laparotomisés indisciplinés ou impatients, trompant la vigilance de leurs

surveillants, ou indociles aux ordres de leur chirurgien, se sont levés dans les jours qui suivirent immédiatement l'opération sans avoir pour cela compromis la bonne évolution de leur convalescence ou diminué la qualité de leur guérison.

Nous savons de même que les enfants laparotomisés, ignorant le « réflexe d'immobilité » post-opératoire, conservent leur turbulence instinctive, s'agitent impunément dans leur lit et réalisent ainsi ce que Payr et Henle ont appelé « la promenade au lit ».

Dans un ordre de faits très voisins, nombre d'accouchées civilisées ou incultes se lèvent immédiatement après la délivrance, sans voir survenir de ce fait, plus d'accidents ou d'incidents dans les suites de couches. Si bien que de nombreux accoucheurs n'hésitent plus à faire lever leurs accouchées peu après la délivrance.

Nous connaissons depuis longtemps l'heureuse influence de la marche sur l'état local et général des fracturés de jambe traités par l'appareil de Delbet. Les segments osseux en contact et en friction légère à chaque mouvement de la marche, n'en guérissent pas moins bien, en formant un col osseux de toute sécurité. Plus récemment, certains chirurgiens ont préconisé le lever et la marche immédiats, après la coaptation des fragments de la rotule fracturée.

Dans le domaine expérimental, ne sait-on pas que les animaux et notamment les chiens laparotomisés se mettent à remuer, à marcher ou à courir dès la fin de leur sommeil anesthésique, sans que chez eux non plus surviennent des éviscérations, des éviscérations ou des morts obligatoirement dues à ces exercices immédiats après la laparotomie expérimentale.

Rien n'est moins certain que pour nombre de viscères, l'immobilité soit un facteur obligatoire de guérison; une plaie cardiaque ou vasculaire accidentelle suturée, cicatrisera quand même et cela malgré les battements inéluctables du cœur et des artères; la paroi et les viscères abdominaux sur lesquels nous intervenons sont en activité dynamique perpétuelle après, comme avant et pendant les manœuvres opératoires; le foie, et le lit vésiculaire, la loge splénique grâce au rythme costo-diaphragmatique ne connaissent pas le repos de l'immobilité après les interventions pratiquées à leur endroit; l'estomac, le duodénum, le grêle, les côlons conservent leur mobilité rythmée après les résections, les sections ou les sutures dont ils sont l'objet; tous ces viscères, en état de mobilité persistante guérissent quand même leurs lésions chirurgicales. Entre ces mouvements constants et normaux et ceux provoqués par le lever et la marche post-opératoires, il n'y a qu'une différence d'intensité. Et cette différence au lieu d'être néfaste à l'opéré, bien au contraire, hâte sa guérison comme nous aurons l'occasion de le redire au cours de ce travail.

D'ailleurs toute thérapeutique dirigée contre l'atonie gastro-intestinale post-opératoire n'a pas d'autre but que de ramener ces viscères à leur contractilité normale.

Sans doute, pour les tissus meurtris, infectés, chez les malades « médicaux », « généraux »: cardiaques, néphrétiques, tuberculeux, diabétiques, porteurs de lésions chirurgicales, l'immobilité garde ses droits de haut facteur de guérison; mais là n'est pas le cas dans les indications du lever précoce ou les conditions tissulaires et l'état général des malades doivent être tout autre; la maladie chirurgicale est dans la majorité des cas, une lésion locale, uni-viscérale, exclusive, extirpable ou instrumentalement réparable, n'affectant très souvent en rien l'état général.

Les lésions médicales post-opératoires proprement dites, la « maladie post-opératoire », si toutefois elles se produisent, sont souvent la conséquence de l'anesthésie, ou d'incidents

post-opératoires. Le plus souvent transitoires, elles ne nécessitent nullement une thérapeutique dont l'interminable repos au lit réaliserait l'élément idéal et essentiel.

D'autre part, combien d'opérés, les malades adipeux notamment, souffrent de façon très pénible de ce malaise, qu'eux-mêmes, fort à propos, savent qualifier de « fatigue du lit ».

Pour atténuer ces malaises causés par l'immobilité, on se contente de paroles lénitives illusoire, et de l'injection traditionnelle et souvent néfaste de morphine, quand il suffirait, pour mettre fin à ce pénible état, que de sortir les opérés de leur lit, ne serait-ce que pour quelques minutes tous les jours.

Quelle inquiétude ne ressentons-nous pas, dans l'attente de la congestion pulmonaire hypostatique des vieillards laparotomisés et immobilisés, de la redoutable embolie post-opératoire chez certains opérés confinés au lit, des plaies de lit et des escarres de décubitus si fréquentes chez les malades amaigris, déshydratés, cachectiques.

C'est, nul doute, en considération de ces faits, que depuis longtemps déjà, certains accoucheurs ou chirurgiens eurent l'idée de faire lever et marcher précocement leurs malades, ou du moins de leur imposer la « gymnastique au lit » c'est-à-dire l'exécution de mouvements actifs ou passifs dès les heures qui suivent l'accouchement ou l'opération.

Toutes ces questions d'ailleurs, ont déjà fait l'objet de rapports et de communications dans divers congrès¹, de publications et de travaux dont la liste s'allonge constamment.

1.

- 1908. — Berlin, Congrès des gynécologues.
- 1909. — Budapest, XVIe Congrès international de médecine.
- 1909. — Paris, Congrès français de chirurgie.
- 1913. — Londres, Congrès médical.
- 1919. — Bruxelles, 1er congrès de l'Ass. des gynécologues et obstétriciens de langue française.
- 1930. — Moscou, Congrès de chirurgie.
- 1930. — Varsovie, Congrès international de médecine.
- 1934. — Paris, Congrès français de chirurgie.
- 1934. — Québec, XIIIe Cong. de l'Ass. des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, conjointement avec le XXIIIe Cong. français de médecine.
- 1937. — Berlin, LXIe Congrès de chirurgie.
- 1938. — Ottawa, XVe Cong. de l'Ass. des Méd. de langue française de l'Amérique du Nord.

Si bien que le nombre des cas de levers précoces publiés dans les différents pays jusqu'à ce jour, se chiffrent par milliers².

Notes historiques

Si Charles White en Angleterre, conseillait déjà fortement vers la fin du XVIIIe siècle, le lever précoce des accouchées, ce furent Robert T. Morris et Emile Ries (de Chicago) et Boldt (de New-York) qui dès 1889 à 1895, préconisèrent et réalisèrent les premiers et de façon systématique, le lever précoce de leurs opérés en chirurgie abdomino-pelvienne.

Des Etats-Unis, la méthode se répandit en Allemagne, où défendue par des chirurgiens de renommée, elle connut, en moins d'une décennie, une vogue considérable qui gagna peu à peu maints pays d'Europe.

Il faut bien dire, que malgré la conviction ardente de ses nombreux promoteurs, cette méthode n'a pas connu partout une diffusion progressive et constante ni une approbation universelle ou unanime.

Il y a un quart de siècle et plus, les techniques chirurgicales et les suites opératoires ne donnaient pas le sentiment de sécurité qu'elles procurent aujourd'hui.

Des accidents malheureux ont dû survenir et refréner l'enthousiasme d'opérateurs insuffisamment avertis, qui attendaient de la méthode, dans des cas mal choisis sans doute, plus qu'elle ne pouvait alors leur donner.

En France, J. L. Faure, en 1908 suggéra et instaura comme date du premier lever, au lieu

du 21e jour alors classique, le 10e jour pour les appendicites, et le 12e jour pour les autres laparotomies. C'était un réel progrès déjà, et malgré tout, cette suggestion aujourd'hui acceptée universellement et sans critique fut alors l'objet de violentes contradictions.

Chalier (de Lyon) dès 1917, fait lever un grand nombre de ses laparotomisés dès les premiers jours qui suivent l'opération.

Dans une série de publications récentes, il donne un regain de vitalité à cette question et suscite un grand nombre de nouveaux adeptes.

Actuellement, il semble bien que la méthode soit connue sinon appliquée dans la plupart des pays du monde.

Si un grand nombre de partisans dans différents pays n'ont pas encore approuvé ou adopté la méthode du lever très précoce, c'est-à-dire le lever le jour même de l'opération ou dans les quatre ou cinq jours qui la suivent, du moins ont-ils admis la valeur du principe, ou ont-ils cherché à réaliser, pour certaines catégories d'opérés, une diminution du long séjour traditionnel au lit.

Nous connaissons au Canada ou du moins dans la Province de Québec un certain nombre de chirurgiens, d'ores et déjà convertis à la méthode, qu'ils appliquent souvent à leurs opérés, mais pour les références nous ne devons faire état que des travaux publiés sur la question¹.

1. Soumettons de suite aux lecteurs les noms d'un certain nombre d'adeptes dans différents pays et pour quelques partisans, le nombre de leurs opérés levés précocement.

Etats-Unis: Robert T. Morris (1891); Emil Ries, Chicago (1889 jusqu'en 1909, 500 cas); H. J. Boldt, New-York (jusqu'en 1907, 384 cas); F. C. Schaefer; Manly; Wiggins; Grandin; W. et C. Mayo (jusqu'en 1909, 1,788 cas); Byford; J. Vance (jusqu'en 1907, 50 cas); August Martin; Daniel H. Craig; D. W. Tovey (jusqu'en 1929, 2,375 cas); V. F. Marshall et E. W. Quick; Baldy; Deavy; Chandler (jusqu'en 1909, 96 cas); A. Brothers; Bandler; Brooks H. Wells (jusqu'en 1918, 1,500 cas); Holmes.

Allemagne: C. Hartog (jusqu'en 1909, 350 cas); B. Krönig (jusqu'en 1909, 466 cas); Max Silberberg (jusqu'en 1909, 408 cas); Hermann Kümmell (jusqu'en 1909, 800 cas); Franz Cohn (jusqu'en 1908, 100 cas); Edv. A. Bjorkenheim (jusqu'en 1910, 131 cas); Witzel; Kotzenberg (jusqu'en 1909, 419 cas); Kohschütter; Zillmer (jusqu'en 1930, 564 cas); Basin; Lessing; Von Jaschke; Menge; V. Haberer; Seitz; Stich; Döberlein et Schweningen; V. Harff; Bumm;

2. Pour ne citer que quelques statistiques, mentionnons:

Etats-Unis: Emil Ries (1909) 500 cas; H. J. Boldt (1907) 384 cas; W. et C. Mayo (1909) 1,788 cas; D. W. Tovey (1929) 2,375 cas; Brooks H. Wells (1918) 1,500 cas.

Allemagne: C. Hartog (1909) 350 cas; B. Krönig (1909) 466 cas; Max Silberberg (1909) 408 cas; Hermann Kümmell (1909) 800 cas; Franz Cohn (1909) 100 cas; Edv. A. Bjorkenheim (1910) 131 cas; Kotzenberg (1909) 419 cas; Zillmer (1930) 564 cas; Seldheim (1909) 215 cas.

France: Henry Reynès (1914) 100 cas; Sauvé (1934) 80 cas; A. Chalier (1934) plus de 514 cas; G. Jeannevey (1934) 78 cas.

Roumanie: D. Gerota (1931) 3.000 cas.

Russie: V. Platonoff (1912) 139 cas.

Espagne: Prof. E. Lopez (1934) 2.000 cas.

Canada: Pierre Smith (1940) 900 cas.

Notre expérience personnelle du lever précocite remonte au 12 juillet 1933. Déjà, nous avons publié « in extenso », nos 65 premières observations dans le « Paris Médical », (numéro du 21 juillet 1934, pp. 68-73). Nous comptons aujourd'hui 900 cas de levers précoces après interventions abdomino-pelviennes, ce qui représente environ 85% de nos laparotomisés depuis que nous utilisons cette méthode.

Ces 900 cas concernant:

- 10 laparotomies exploratrices,
- 11 cas de libération d'adhérences abdominales,
- 2 splénectomies pour splénomégalias,
- 32 opérations sur les voies biliaires,
 - dont: 17 cholécystendèses,
 - 3 cholécystectomies,
 - 4 cholécystostomies,
 - 8 libérations d'adhérences sous-hépatiques.

Jung; Tillmans; Fromme; Bier; Franke; Pfannes-tiel; Vagel; Seldheim (jusqu'en 1909, 215 cas); Neumann; Henschen; P. Schumacher; König; Flörcken H.; Wohleben.

France: Walther; Ch. Dujarier; Montprofit; Henri Reynès (jusqu'en 1914, 100 cas); Savariaud; Prof. Forge; R. Grégoire; Sauvè (jusqu'en 1934, 80 cas); A. Chalier (jusqu'en 1934 plus de 514 cas); J. Ducuing et P. Guilheim; L. Brisset, de Saint Lô (jusqu'en 1929, 51 cas); G. Cotte, de Lyon; Delannoy et H. Gaudier, de Lille; G. Jeanneney, de Bordeaux (jusqu'en 1934, 78 cas); A. Foliasson et G. Beaudry, de Grenoble (jusqu'en 1933, 40 cas); Lecerle; Binet, de Nancy; Jonchères, de Saintes; Migimiac, de Toulouse; Champel; Charbonnier; Duchet Suchaud, de Vesoul; Ulrich; Jacques, de Monceau-les-Mines; Ricard; Richer; Rigondet, de Monluçon; Ph. Rochet; Ch. Carry, de Lyon; Vincent Georges.

Belgique: L. Daumerie; Loute; L. Machurot.

Autriche-Hongrie: Biedenger; Finsterer.

Roumanie: Gerota (jusqu'en 1931, plus de 3.000 cas).

Russie: V. Platonoff (jusqu'en 1912, 139 cas).

Suisse: Hanselmann; Bourcart; Henri Paschoud (jusqu'en 1935, levers immédiats, plus de 60 cas); A. Charbonnier.

Italie: E. Pestalozza; G. Bellerini; Andrea Consentino; Ferroni et Bellerini; Cacin et Cacina.

Espagne: Goyanes; Prof. E. Lopez (jusqu'en 1934, 2.000 cas).

Angleterre: Moullin; C. Mansell; Rowlands.

Ecosse: George Robertson.

Danemark: Jacques Borelius (jusqu'en 1908, 85 cas); Paul Kühnel.

Argentine: Calcagno; J. A. Caeiro; Delloro; Carones; A. R. Poletti; Ricci; Zenda.

Brésil: Joao Camargo; Correa Brandino; C. J. Pepe.

Canada: Pierre Smith (jusqu'en 1940, 900 cas).

17 interventions sur l'estomac ou le duodénum,

- dont: 12 gastro-entérostomies postérieures,
- 2 enfouissements d'ulcères perforés,
- 1 gastropexie de Lembret,
- 1 gastrostomie continente,
- 1 duodéno-jéjunostomie.

- 1 anastomose iléo-transversaire,
- 1 cæcopexie pour volvulus de cæcum,
- 2 cæcostomie,
- 3 réfections de valvule de Bauhin.

183 opérations gynécologiques,

- dont: 44 salpingo-ovariectomies unilatérales dont trois pour gros kystes ovariens et quatre pour hématoécèles.

12 salpingo-ovariectomies bilatérales dont cinq pour gros kystes ovariens.

2 myomectomies.

4 hystéropexies.

2 hystérectomies fundiques.

94 hystérectomies subtotaales dont douze pour gros fibromes utérins.

1 hystérectomie totale pour épithélioma du col.

8 cas de libération d'adhérences pelviennes.

9 ovariectomies (résection partielle de l'ovaire).

215 herniotomies,

dont: 180 hernies inguinales dont 9 étranglées,

12 hernies crurales,

10 hernies ombilicales,

1 hernie épigastrique,

12 hernies post-opératoires.

423 appendicectomies,

219 aiguës,

144 subaiguës,

160 chroniques.

Résultats personnels post-opératoires

Tous les cas de cette série ont été opérés, observés et suivis par nous-même.

Sur ces 900 opérés levés précocement nous comptons quatre morts.

La première consécutive à une laparotomie exploratrice pour phénomènes abdominaux post-traumatiques. Les troisième et quatrième jours, des gastrorragies profuses surviennent inopinément à la suite desquelles le malade succombe.

L'autopsie révèle notamment: « à la face interne de la paroi gastrique antérieure et un peu à gauche de la colonne vertébrale, une large ulcération, sans réaction périphérique, mais présentant des vaisseaux artériels béants, cause vraisemblable des hématomés mortelles ».

Le deuxième cas est celui d'une femme assez corpulente, décédée le 5e jour après l'opération, de péritonite survenue insidieusement à la suite d'une cholécystectomie.

L'autopsie a révélé: « Un abcès sous-hépatique sans diffusion apparente ».

Dans le troisième, la mort est survenue huit jours après une salpingo-ovariectomie pour hémato-salpinx droit, chez une femme de 34 ans.

Dans l'après-midi du 7e jour, la malade, à l'insu des infirmières, fait un malencontreux écart de régime, en ingérant des aliments très indigestes. Quelques heures plus tard, faiblesse et malaise subits, avec douleurs épigastriques et vomissements. L'état s'aggrave et la malade algide meurt le lendemain. Pas d'autopsie.

La quatrième éventualité fatale est celle d'une femme de 33 ans, hystérectomisée pour utérus fibromateux.

L'état local et général jugés satisfaisants, la malade est autorisée à s'asseoir dans la chaise le 5e jour.

Le lendemain, légère hyperthermie et un peu de météorisme intestinal.

Dans l'après-midi, sensation de constriction aux bases thoraciques et dyspnée progressive. Vers la fin de la soirée, la malade succombe

après avoir présenté des signes pouvant faire penser à l'embolie post-opératoire. Pas d'autopsie.

A part, ces quatre éventualités malheureuses que nous ne saurions attribuer exclusivement au lever précoce puisqu'elles auraient pu aussi bien survenir au cours d'un alitement prolongé, nous n'avons aucun autre accident grave à déplorer.

Nos malades ont reçu soit l'analgésie locale, soit l'anesthésie rachidienne, soit le pentothal intraveineux, soit pour le plus grand nombre, l'anesthésie générale par inhalation au cyclopropane.

Quelques malades ont présenté des accidents pulmonaires légers après le lever.

Si le lever précoce n'a pu les prévenir, il nous semble difficile par ailleurs de lui en imputer exclusivement les causes, puisque d'autres malades au cours de cette série ont également présenté des pneumopathies post-anesthésiques ou post-opératoires avant le lever. Un grand nombre de malades se sont levés et ont marché avec leur drain (mèche entourée de cellophane) dans la plaie opératoire sans qu'il ne survienne aucun accident.

Nombre d'opérés ont vu la rétention de leurs gaz intestinaux céder immédiatement après le lever, de même que l'émission des urines a été provoquée instantanément maintes fois, surtout chez les opérés de hernies. Nous n'avons eu recours qu'exceptionnellement à la Pituitrine, aux lavements, au tube rectal pour l'évacuation des gaz et des matières intestinales. Les injections post-opératoires de narcotiques ont été diminuées de façon appréciable.

Aucun malade n'a présenté d'éviscération, ni d'éventration post-opératoire. Je ne parle pas des petites déhiscences pariétales tardives survenant au niveau des orifices de drainage et qui se produisent aussi bien chez les opérés longtemps confinés au lit.

A notre connaissance, nous avons eu 3 récurrences de hernies survenues dans les circonstances suivantes: une hernie inguinale opérée par le procédé classique de Bassini et

levée précocement a récidivé au bout de quelques semaines. Réopérée (le 29 juillet 1935) en utilisant le procédé de la suture du tendon conjoint au ligament de Cooper aux crins perdus, elle n'a pas présenté de récurrence malgré un nouveau lever précoce.

Le deuxième cas est celui d'une petite hernie sus-pubienne, opérée antérieurement à l'occasion d'un étranglement du grêle. La cure opératoire pratiquée hâtivement et peut-être sans une dissection suffisante des plans musculo-aponévrotiques, il y eût récurrence après plusieurs mois. Refaite plus minutieusement aux crins perdus, elle n'a pas récidivé depuis.

Le troisième malade présentait une déficience tissulaire marquée et la récurrence serait sans aucun doute survenue malgré l'alitement prolongé.

Ces cas assez spéciaux, sur un total de 215 hernies représentent une bien faible proportion de récurrences, en regard des hernies diverses opérées et levées tardivement et dont les récurrences avec les procédés courants se chiffrent généralement de 3 à 10%, si l'on en croit certaines publications récentes.

Nous ajouterons dès à présent que depuis quelques années, nous n'utilisons plus, pour la cure radicale des hernies inguinales et crurales que le procédé qui consiste à suturer le tendon conjoint au ligament de Cooper, à l'aide de crins iodés perdus. Ce procédé, croyons-nous, fournit le maximum de solidité et semble effectivement mériter le nom de cure radicale.

Quelques parois qui ont légèrement suppuré n'ont pas de ce fait entraîné d'éventration ou hernie post-opératoire. Les crins perdus sur le plan aponévrotique ou musculo-aponévrotique ont sans doute été dans ces cas, un grand facteur de solidité.

Nous avons employé pour le plan aponévrotique ou musculo-aponévrotique, le catgut chromé fort, points séparés, pour un certain nombre d'opérés.

Bien qu'avec ce matériel de suture, nous n'ayons constaté aucun accident, nous avons, pour la plupart des opérés, utilisé pour le plan aponévrotique ou musculo-aponévrotique

le crin perdu simple ou couplé, nœuds profonds, alternés avec le catgut chromé fort, points séparés.

Sur les centaines de crins ainsi abandonnés dans les parois abdominales, nous avons dû cependant réintervenir chez une quinzaine de malades, pour leur enlever soit un, ou soit deux crins qui entretenaient quelques mois après l'opération une suppuration légère extérieurement fistulisée.

A l'exception du cas présumé d'embolie rapporté plus haut, nous n'avons eu aucun autre incident analogue chez nos autres malades levés précocement.

Les cas de fibromes utérins ont présenté des suites opératoires immédiates et secondaires absolument rassurantes.

Plusieurs malades ont pu abrégé de moitié, voire même davantage, la durée post-opératoire traditionnelle du séjour à l'hôpital. La convalescence se continuait à domicile, peut-être plus heureuse, en tous cas, sans plus d'incident qu'à l'hôpital.

Nous avons pu revoir un très grand nombre de nos opérés levés précocement soit un mois, soit 6 mois, soit un an et plus, après leur départ de l'hôpital. Chez aucun, nous n'avons constaté d'accident sérieux ultérieur, imputable au lever précoce. Les cicatrices opératoires de ces malades étaient en tout point comparables, sinon d'apparence meilleure et tout aussi solide que celles de nos malades levés tardivement à l'époque où nous n'avions pas encore adopté la méthode.

La surprise et l'appréhension du premier lever, constatées chez quelques opérés, faisaient place immédiatement après, et presque chez tous, à un état de bien-être et de confiance euphorique inusités chez les malades levés tardivement; si bien que la plupart insistaient d'eux-mêmes pour se relever chaque jour dans la suite.

La surprise éventuelle des parents ou de l'opéré levé tôt, faisait vite place à un sentiment de confiance et de contentement, dû sans doute au fait que l'idée du lever est inti-

mement associée à celle d'une guérison quasi assurée et d'une convalescence abrégée.

Dans un seul cas, nous avons encouru les reproches de la famille. Disons de suite que ces reproches éventuels ne doivent pas plus influencer notre conduite post-opératoire que les conseils de même origine ne doivent guider nos directives opératoires ou pré-opératoires.

Technique du lever précoce

En quoi réside précisément cette méthode du lever précoce? Telle que nous la pratiquons, elle consiste à faire lever et marcher les malades, le plus tôt possible, le jour même ou dans les cinq jours qui suivent l'opération, en comptant comme premier jour le lendemain de l'opération. Les levers précoces des 6, 7, 8 quoique déjà méritoires pour les tâtonnements du début, ne méritent que médiocrement cette appellation.

Plusieurs auteurs et notamment Max Silberberg, ne considèrent plus le lever au quatrième jour comme lever précoce, cette date étant déjà, à leur avis, un lever tardif. D'autres chirurgiens en sont rendus au lever immédiat de leurs opérés. C'est ainsi que Henri Paschoud (de Lausanne), dans une communication récente, publiait plus d'une cinquantaine de cas de levers immédiats, en chirurgie abdomino-pelvienne: c'est-à-dire, lever de la table d'opération, marche à l'ascenseur puis au lit; résultats magnifiques obtenus avec l'aide de la thérapeutique adjuvante des irradiations opératoires.

Pour le choix de l'heure et du jour du premier lever, il faut, cela va sans dire, prendre en considération la nature de l'opération, la résistance du malade qu'il faudra stimuler s'il y a lieu par des thérapeutiques appropriées: toni-cardiaques, sérums, augmentation alimentaire quantitative ou qualitative; considérer l'état local et général dans les suites opératoires immédiates, la présence ou la possibilité prochaine de complications post-opératoires sérieuses. Tout ceci reste bien entendu, affaire d'analyse, appliquée à chaque cas particulier, par un clinicien suffisamment averti.

Avant de faire lever le malade, il faut vérifier l'état de la plaie opératoire, renforcer, s'il y a lieu, le pansement abdominal chez les personnes obèses notamment, par de solides bandelettes de diachylon ou de sparadrap dont les extrémités doivent être bien collées de chaque côté, dans les flancs, en arrière du prolongement de la ligne axillaire.

Chez ces personnes grasses ou à pannicule adipeux très développé, il convient d'appliquer solidement une bande abdominale en tissu ferme et souple bien maintenue par des sous-cuisses. Ces dernières précautions ne sont nullement nécessaires chez les opérés d'appendicites ou de hernies par exemple, qui n'ont eu que de petites incisions et dont la paroi abdominale présente par ailleurs une conformation normale.

En général, sitôt la secousse anesthésique ou opératoire terminée, et si les suites opératoires immédiates s'annoncent favorables ce qui, le plus souvent, peut se vérifier dans les vingt-quatre ou trente premières heures post-opératoires, le malade préalablement et charitablement éduqué, est invité à s'asseoir lentement sur le bord du lit, les jambes pendantes, après avoir réalisé, le ou les jours qui précèdent le lever, quelques mouvements de gymnastique au lit.

Une fois l'équilibre circulatoire rétabli, si le malade ne présente aucun vertige ou aucune tendance lypothymique, dus très souvent au seul fait d'avoir été anesthésié, ou d'avoir déjà été trop longtemps alité, on l'aide en le soutenant, à glisser hors du lit, et pour le premier lever à le faire asseoir simplement dans sa chaise à côté du lit, ou même à faire quelques pas, si sa résistance physique l'autorise. Si ces premiers efforts semblent mal supportés, rien n'est plus aisé que de suspendre la séance ou de recoucher le malade et de remettre le lever à une heure plus tardive ou à une date ultérieure.

Ces séances du lever et de la marche, chaque jour plus prolongées, sont aussi de mieux en mieux accueillies et tolérées. Si le malade, au premier lever a ressenti quelques douleurs ou

quelques tiraillements au niveau de la cicatrice opératoire, ils ne sont en général que bénins, transitoires, sans lendemain et vite oubliés.

Chez nombre de malades résistants, notamment chez ceux opérés pour hernies et appendicites banales, le premier lever s'effectue sans aucun effort dès que l'effet de l'anesthésique est disparu; et spontanément, ils peuvent souvent marcher seuls et se relever plusieurs fois dans la journée du premier lever.

D'autres malades, au contraire, nécessitent un choix judicieux du jour du lever, et une attention particulière de la part des aides. Si chez certains malades le lever est de réalisation plus difficile, il est aussi pour nombre d'entre eux d'une indication plus formelle.

Ainsi chez les fortement adipeux, chez les vieillards, chez les malades qui ont subi des grandes laparotomies pour interventions viscérales, ou gynécologiques pour fibromes par exemple. Chez tous ceux-là, s'impose avant le lever, une étude plus attentive de l'évolution immédiatement post-opératoire, l'appréciation de la résistance cardiaque à la fatigue post-opératoire. Chez ceux-là aussi, les exercices au lit avant le lever doivent être progressivement instaurés et gradués. Mouvements et flexions des bras et des jambes, déplacements modérés du tronc, position de Fowler accentuée, position assise au bord du lit, les jambes pendantes, doivent précéder le lever dans la chaise et la marche autour du lit.

Ainsi compris, le lever chez cette catégorie d'opérés, est pour ainsi dire graduellement dosé, et le malade s'il n'a pu effectuer le lever et la marche le premier jour, arrive ainsi à se lever le quatrième ou le cinquième jour, puis plus facilement les jours suivants.

Avant le lever, le malade est chaudement vêtu ou soigneusement recouvert afin d'éviter tout risque de refroidissement à l'occasion de la sieste dans la chaise ou le fauteuil. Il est recouché, dès qu'il manifeste des signes de lassitude; le mieux-être général qu'il accuse après cette excursion hors du lit, le récompense amplement de l'effort qu'il aurait pu fournir.

Indications du lever précoce

La réalisation du lever précoce est d'autant plus facile que l'état local et l'état général du malade sont rassurants, que l'intervention abdominale est bénigne et que sont religieusement observés les desiderata de la chirurgie moderne: anesthésie sans intoxication et sans choc, aseptie rigoureuse, technique éprouvée, hémostase parfaite avec ligatures vasculaires fermement fixées, sutures viscérales nettement réalisées, péritonisation soignée, réfection pariétale patiente, minutieuse, solidement éprouvée.

Le bilan physique et psychique pré et post-opératoire nous renseignera sur le degré de résistance de l'opéré. L'exécution de l'opération nous en aura montré sa gravité ou sa bénignité et partant son évolution post-opératoire probable.

Les exigences de la technique proprement dite, observées, il nous faut considérer le mode de réfection pariétale. Dans le but d'assurer à la paroi une solidité de tout repos, nous avons adopté pour les laparotomies médianes sus ou sous-ombilicales le mode de réfection pariétale suivant, applicable d'ailleurs aux incisions para-médianes: péritoine, surjet au catgut simple; plan musculo-aponévrotique, catgut chromé fort, points séparés alternés à chaque centimètre ou centimètre et demi, par des crins simples ou couplés, nœuds profonds, dans les parois d'épaisseur normale ou plus simplement nœuds superficiels chez les adipeux; peau et tissu cellulaire sous-cutané, crins simples ou couplés, agrafes, bourdonnets chez les adipeux. Chaque point est arrêté par trois nœuds droits, bien serrés et les fils coupés courts. L'hémostase pariétale doit être au cours de cette fermeture soigneusement vérifiée, et pour prévenir encore tout hématome intra-pariétal susceptible d'infection ultérieure, les plans sont solidarités entre eux, le plan profond avec le susjacent, ainsi de suite jusqu'au plan superficiel. Aussi le « temps pariétal » ainsi compris est très souvent tout aussi long que le temps viscéral ».

Toutefois, une réfection pariétale ainsi éla-

borée nécessite de la part du chirurgien et de ses aides un dernier et parfois réel effort de patience et d'endurance, et un certain degré d'abnégation; mais cette paroi ainsi refaite est d'une solidité à toute épreuve et absolument inébranlable. Rien ne peut la faire céder si ce n'est une nécrose massive des bords de la plaie, ce qui est rarissime et d'ailleurs prévisible, ou des efforts de toux ou de vomissements d'une intensité inusitée; même s'il survient une suppuration pariétale, localisée, les crins perdus sont bien tolérés et assurent une solidité de toute quiétude comme nous avons pu le vérifier maintes fois. Effectivement, depuis que nous refermons ainsi les parois abdominales, nous ne voyons plus survenir chez nos malades l'éviscération ou l'éventration post-opératoire, et nous espérons ne jamais plus connaître une éventualité d'autant plus déplorable qu'elle est évitable.

La réalisation du nœud profond ou « point inversé » avec les crins de Florence perdus, a déjà été fortement recommandée par Chalié¹.

On l'exécute en faisant parcourir à l'aiguille, sur les bords du plan à suturer, un trajet inverse à celui parcouru habituellement, pour les points non inversés, c'est-à-dire qu'on fait passer les chefs du fil de dehors en dedans, au lieu de dedans en dehors. En serrant les chefs, le nœud glisse sous le plan qui vient ainsi le recouvrir. Certains malades, chez lesquels le crin perdu a été utilisé, reviennent parfois se plaindre d'un certain picotement ou malaise de la cicatrice dû aux nodosités formées par les nœuds et perceptibles sous la peau. Au bout de quelques mois, ces nodules et les malaises légers qu'ils provoquent finissent par disparaître entièrement; le nœud profond utilisé pour les crins de Florence perdus vient remédier partiellement à cet inconvénient des premiers mois post-opératoires.

Très exceptionnellement, il arrive que, comme pour le dermol, le fil de soie ou de lin, le crin perdu entretient une petite suppuration

persistante. Depuis quelque temps, pour obtenir une plus grande aseptie des crins, nous les laissons tremper dans la teinture d'iode pendant quelques minutes avant leur emploi.

Cependant, il faut bien encore convenir que tant que nous n'aurons pas « l'aseptie absolue ou totale » des blocs opératoires et de tout le matériel chirurgical, préconisée par Gudin et après lui, par d'autres chirurgiens, il faudra se résigner à voir survenir éventuellement un certain nombre de suppurations post-opératoires les unes bénignes, les autres parfois néfastes.

L'enlèvement de ces crins, ne présente aucune gravité mais revêt plutôt le caractère d'une petite intervention extrêmement simple, pouvant très bien être réalisée dans la plupart des cas à l'anesthésie locale. Dans deux cas cependant nous avons dû ré-hospitaliser et endormir les malades pour leur enlever plusieurs crins perdus.

En tout cas, cette rare éventualité est préférable à la perspective d'une éventration post-opératoire, toujours possible, lorsque le catgut seul est employé pour la réfection pariétale. Mais le crin perdu simple ou couplé bien stérilisé est en général très bien toléré par les tissus. Il donne la certitude de réaliser, même si une suppuration pariétale survient, une cicatrice absolument inébranlable en provoquant la formation d'un tissu fibreux très dense et très solide.

Ainsi, pour citer un cas particulier, une hernie post-opératoire médiane et sous-ombilicale récidivée deux fois, après interventions et levers tardifs dans d'autres hôpitaux, a été refaite par nous aux crins perdus. Et quoique levée précocement, elle ne présenta pas de récurrence ultérieure. Pour les hernies inguinales et crurales, nous ajouterons ici, qu'avec le procédé de la suture aux crins perdus du tendon conjoint au ligament de Cooper, les récurrences même à la suite du lever précoce sont rarissimes.

Nous répétons que ce procédé que nous employons systématiquement depuis quelques années procure le maximum de solidité et

1. Chalié, A.: « Nouveau procédé de suture. » *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, séance du 23 oct. 1929. T. LV, n° 27.

semble effectivement, mériter le nom de cure radicale.

LE LEVER PRÉCOCE ET LES IRRADIATIONS POST-OPÉRATOIRES

Plus les suites opératoires seront heureuses plus le lever précoce des malades sera facilité. Les irradiations infra-rouges et ultra-violettes au cours des opérations, et notamment au cours des opérations abdominales sont un adjuvant des plus précieux à cet égard. Elles contribuent grandement à diminuer, voire à réduire au minimum la maladie post-opératoire. Depuis le 11 mars 1939, nous avons pratiqué plus d'une centaine d'opérations abdominales sous les rayons infra-rouges et ultra-violettes. Nous avons pu noter, chaque fois que la dose a été donnée assez forte et assez prolongée, les heureux effets que d'autres auteurs ont fait remarquer avant nous: une sensation de bien-être plus marqué chez les opérés; une diminution notable des douleurs et dans plusieurs cas leur disparition quasi totale, la diminution ou l'absence de météorisme intestinal, et une plus facile émission des urines, des gaz et des matières alvines, les malades ne se sentent que peu déprimés ou peu fatigués; ils éprouvent souvent une sensation de bien-être qui est sous la dépendance des infra-rouges qui sont sédatifs. Les ultra-violettes qui sont antiseptiques, complètent et prolongent l'action des infra-rouges. Ainsi, en présence des heureux résultats obtenus, nous continuons à opérer sous les irradiations, convaincu, qu'il y a là, comme l'ont fait remarquer Paschoud, Leriche et d'autres chirurgiens, un réel progrès.

Contre-indications du lever précoce

Ainsi la plupart des interventions abdominales aseptiques non choquantes, non anémiantes peuvent idéalement bénéficier du lever précoce.

Nous avons pu réaliser le lever précoce chez environ 85% de nos laparotomisés, avon-nous dit, mais nous sommes bien convaincus que nombre d'opérés qui ont gardé le lit,

auraient pu à leur avantage se lever précocement. Certes ici, comme dans bien d'autres domaines chirurgicaux, la systématisation absolue est franchement indésirable. Le lever serait donc, au contraire, contre-indiqué chez les opérés affectés de lésions médicales sérieuses: cardiaques, néphrétiques, hépatiques, œdémateux, diabétiques, anémiques, cancéreux avérés, grands déprimés, malades souffrant de pneumopathies graves, et dont le lever nécessiterait un effort physique trop onéreux; de même chez les malades dont la résistance tissulaire amoindrie est un facteur de cicatrisation lente ou précaire; chez les opérés ayant dû subir de grandes résections viscérales, si ces opérations ont laissé le malade dans un état d'anémie, ou de fragilité post-opératoire marquée.

C'est ainsi que nous n'avons pas encore jugé bon, de faire lever tôt, les malades ayant subi des résections gastriques ou intestinales étendues.

Chez les malades opérés d'urgence, dont le bilan physique et mental n'a pu être entièrement établi; chez les malades qui, plusieurs jours avant l'opération, ont dû observer le repos au lit; chez ceux dont l'état psychique est déficient; chez ceux dont la température est élevée ou qui sont en menace de complications post-opératoires graves.

A l'instar de Chalier, redisons que tout ceci est affaire de « claire vision clinique ».

Les malades fortement adipeux malgré la difficulté parfois réelle des premiers levers, bénéficient grandement de la méthode. Elle leur est applicable, si leur état général le permet, si la paroi est reconstituée de la façon que nous avons mentionnée et si le pansement abdominal est solidement appliqué et si on ne redoute rien du côté du cœur.

Le petit drain souple n'est pas une contre-indication au lever, si par ailleurs la plaie est solide. Un très grand nombre de nos opérés se sont levés avant que le drain ne fut enlevé et jamais il n'est survenu d'incident local.

Il arrive cependant qu'au voisinage immédiat d'un drain les fils de suture entretiennent

une légère suppuration, éventuel facteur d'une petite déhiscence pariétale tardive. Mais ce fait se produira tout aussi bien chez un malade longtemps alité.

Incidents ou accidents possibles du lever précoce

C'est toujours une surprise nouvelle et heureuse de constater, après avoir pratiqué tant de fois le lever, que rien d'alarmant ne survient lorsqu'on a pu craindre pendant si longtemps que tout pouvait arriver. Tout peut arriver en effet, mais rien n'arrive de plus, que si les malades étaient levés tardivement.

Les hémorragies post-opératoires surviennent généralement dans les douze ou vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Les hémorragies tardives par nécrose des parois vasculaires sont d'un autre ordre de faits et si elles sont parfois imprévisibles, leur rareté ne doit pas contre-indiquer le lever. La crainte d'une hémorragie possible à la suite du lever précoce, ne doit donc pas nous arrêter dans notre décision, si les ligatures ont été effectuées par l'opérateur lui-même et sous le contrôle de la vue; si elles ont été solidement nouées et bien fixées, de préférence avec du matériel de résorption lente pour les vaisseaux de quelque importance. Jamais nous n'avons eu d'inquiétude sur ce point ni noté d'hémorragie même légère due au lever précoce.

D'ailleurs le transport et les manipulations souvent brusques subies par le malade au cours du transfert de la table d'opération à son lit, les violents accès de toux, les efforts de vomissements post-opératoires, sont des épreuves autrement plus inquiétantes sur les ligatures vasculaires, les sutures viscérales et pariétales que les exercices réfléchis, réglés et progressifs, du lever et de la marche; et si la région opérée a pu triompher sans encombre des premiers efforts inconscients et involontaires, il surmontera certainement les seconds.

Faut-il encore craindre pour la paroi abdominale fraîchement suturée, l'effort que lui impose le lever.

D'après Jeanneney « dans la station debout,

les muscles droits tendent à se rapprocher de la ligne médiane; c'est le contraire dans le décubitus dorsal. Théoriquement donc, une paroi doit présenter plus d'éventration sur un opéré maintenu au lit, que sur un opéré levé ». Voilà pour les incisions médianes; nous avons indifféremment fait lever les malades porteurs d'incisions sus-ombilicales de même que ceux porteurs d'incisions para-médianes et obliques sans plus d'ennui pour les uns que pour les autres.

La fièvre de résorption tissulaire post-opératoire légère et transitoire n'est pas une contre-indication au lever précoce. Très souvent cette légère température tombe définitivement à la normale et cette chute vers la norme semble même être favorisée par les premiers levers.

Pour les menaces de péritonite, dans les cas septiques on est généralement fixé après quarante-huit ou soixante-douze heures; il est cependant préférable d'attendre quelques jours soit environ trois ou quatre jours après les opérations septiques pour éviter la diffusion d'un foyer menaçant. Si, les premiers jours écoulés, le péritoine demeure silencieux, il le demeurera de même dans la suite et malgré le lever. Il y a lieu cependant, dans les cas d'appendicite aiguë ou subaiguë chez la femme, de s'assurer de la coexistence possible de lésions annexielles inflammatoires. Le lever précoce dans ces cas, risque fort, sinon de réchauffer ces lésions, du moins d'en retarder la guérison.

Nous avons cependant, en maintes circonstances, fait lever des malades dont le pus s'écoulait encore par la plaie opératoire par ailleurs solide: ainsi, pour des cas d'appendicite suppurée, lorsque l'infection s'est refroidie et nettement localisée, que l'état général est rassurant, que le péritoine est devenu silencieux et que la température descend graduellement vers la normale.

Il arrive parfois qu'au premier lever, le malade, présente quelques vertiges accompagnés d'un état lipothymique léger; quelques frictions de la figure ou de la nuque, à l'eau

froide suffisent généralement à remédier à cet incident passager. Si cependant l'état de faiblesse était trop intense, rien n'est plus facile que de recoucher le malade pour le faire relever ultérieurement.

Il arrive aussi quelquefois que les premiers mouvements ou les premiers pas, provoquent une certaine douleur au niveau de la cicatrice. Cette douleur est généralement unique, courte et sans lendemain. Bien rares sont les malades qui après le premier lever aient hésité à se relever les jours suivants. Très souvent, au contraire, ils sollicitent d'eux-mêmes l'excursion hors du lit.

Certes des accidents graves et exceptionnels ont pu survenir à la suite du lever. Certains auteurs qui ont une grande expérience de la méthode en ont notés dans leurs statistiques. Mais faut-il de là attribuer exclusivement ces accidents au lever? Ceci demanderait de bien longs et multiples commentaires. Aussi ne faut-il pas oublier que si des ennuis ou des accidents exceptionnels sont survenus à la suite du lever, d'autres aussi nombreux peut-être se sont produits et se produiront sans doute au cours et à la suite du repos prolongé au lit.

Et ces accidents exceptionnels relatés ici et là, ne pèseront guère, en regard des avantages nombreux et réels que présentent le lever précoce.

Avantages du lever précoce

Les avantages du lever précoce sont multiples et divers. Si quelques-uns sont nettement saisissants, d'autres pour être plus discrets n'en sont pas d'importance moindre. Nous avons fait remarqué dès le début que le lever précoce prévenait ou supprimait d'emblée la « fatigue du lit », c'est-à-dire cet ensemble de malaises dont se plaignent avec tant d'insistance, un grand nombre de malades immobilisés au lit.

En évitant ces malaises, le lever supprime aussi nombre d'injections de narcotiques et assure un repos nocturne plus physiologique et plus prolongé. Les plaies de lit, les escarres

de décubitus peuvent éventuellement être évitées par le lever précoce et la marche des malades.

Par le lever et la marche précoces et quotidiens, suprême expression du mouvement actif complet, toute manifestation de raideur ou d'atrophie musculaire, de perte transitoire du sens de l'équilibre sont, de ce fait abolies. Effectivement les chirurgiens qui ont l'expérience successive des méthodes du lever tardif et du lever précoce, remarquent aisément que les malades levés précocement demandent une surveillance beaucoup moins longue et attentive aux premiers levers que les malades levés tardivement, et que ces derniers sont beaucoup plus sujets aux étourdissements, aux vertiges et aux lipothymies; que la stabilité de la marche et la récupération des forces est aussi plus lente que chez les malades levés précocement.

Le lever, et les mouvements divers qu'il exige, en facilitant les fonctions de la vie organique, circulation, respiration, digestion, provoquent aussi une assimilation et une désassimilation plus facile et améliorent le métabolisme en général.

Nul doute que le lever précoce active la circulation sanguine et lymphatique. Pour ce qui est de la lymphe notamment « un facteur essentiel du cheminement de la lymphe dans le système des voies lymphatiques réside dans la contraction des groupes musculaires voisins des vaisseaux et troncs. A chaque contraction des muscles, les troncs lymphatiques sont comprimés et la lymphe est poussée en avant; la contraction cessant, les valvules empêchent la lymphe de refluer. Ce mécanisme a une grande importance pratique: il est à la base même des effets bienfaisants de l'exercice physique et du massage musculaire sur l'organisme entier ». (Policard).

En activant la digestion, il augmente l'appétit et par une plus grande absorption d'aliments et leur assimilation plus facile, il exerce une heureuse influence sur la tension artérielle et sur la rapidité de la circulation sanguine.

En luttant contre l'atonie vésicale et intestinale, en facilitant les mictions, les évacuations gazeuses et alvines, il évite un grand nombre de cathétérismes vésicaux et rectaux, de lavages intestinaux, de laxatifs ou de purgatifs.

En activant le libre jeu des viscères abdominaux, il prévient dans une certaine mesure, les parésies, les obstructions ou occlusions intestinales, et les adhérences post-opératoires.

En stimulant le rythme respiratoire et circulatoire il augmente encore la tension artérielle, diminue le nombre de pneumopathies passives post-opératoires, si fréquentes après les opérations sur les segments élevés du tractus digestif, et redoutables surtout chez les vieillards.

Chez les malades levés précocement, on remarque souvent une solidité pariétale plus rapide et plus marquée que chez ceux levés tardivement.

Ce fait en apparence paradoxal a été noté maintes fois par différents auteurs.

Lorsque le crin est employé pour la réfection du plan aponévrotique, il semble que ce corps étranger définitivement inclus dans les tissus et bien toléré dans la majorité des cas, active par sa seule présence, la formation conjonctive cicatricielle, mais il semble aussi non moins probant que les mouvements des muscles pariétaux occasionnés par les efforts ordonnés de la marche jouent un rôle d'activation dans la formation d'une cicatrice rapidement très dense et très solide.

Nous avons remarqué chez plusieurs de nos opérés qu'il se formait une espèce de traînée fibreuse cicatricielle épaisse et solide qui s'assouplissait avec le temps.

Nous savons d'ailleurs par les données histologiques, « que la substance collagène du tissu fibreux en voie de formation, sans l'influence de divers facteurs, notamment des actions mécaniques, telles que le mouvement, la marche commande l'orientation de la fibre conjonctive et partant la résistance de l'ensemble de la trame conjonctive » (Policard).

Si ces actions mécaniques, mouvement et

contraction musculaire concourent au développement du tissu fibreux en voie de formation, il est logique de penser que ces mêmes facteurs doivent également favoriser le développement du tissu fibreux en voie de régénération, tel qu'il se produit dans les cicatrices opératoires.

Le lever précoce en procurant un mieux-être immédiat change entièrement l'état d'esprit des opérés, des convalescents et de leur entourage.

Il est d'un intérêt extrême de citer, à cet égard, l'impression de médecins opérés, et qui ont expérimenté sur leur propre personne, l'effet du lever précoce. Voici deux observations, concernant des médecins opérés, et levés précocement:

« Kohlschutter, chirurgien allemand et promoteur de la méthode, dut être opéré en 1913, d'une hernie inguino-scrotale droite. L'intervention est pratiquée à l'anesthésie locale. Le jour de l'opération et le lendemain, repos au lit avec légère température. Le deuxième jour, fatigué du lit, il s'habille, quitte le lit pour la journée entière et marche, un peu courbé et d'une allure hésitante il est vrai, jusqu'à son fauteuil. A partir du moment où il quitta le lit, il éprouva un mieux-être notable. Il marcha dans sa chambre à maintes reprises dans la journée. L'appétit, quasi inexistant les deux jours précédents, s'aiguisa le jour du lever. Selle abondante le soir, après lavement. Le matin de ce jour, fièvre à 36⁷, le soir à 37⁷. L'insomnie de la veille fait place le soir à un sommeil paisible. Nouveau lever et marche plus facile le jour suivant. Le quatrième jour, dîner à la salle à manger et courte promenade dans les jardins. Température définitivement normale à partir du quatrième jour. Dès le sixième jour, il reprend, dans les services hospitaliers une partie de son travail. Le septième jour, guérison locale « per primam » et cicatrice solide; et aucun malaise général, et longues marches sans fatigue. »

Zillmer, chirurgien allemand, et ardent protagoniste du lever précoce (depuis 1922, en-

viron 564 opérés d'appendicites, levés précocement).

Lui-même crut nécessaire de se faire enlever l'appendice. A cette occasion, il eut l'avantage d'étudier sur lui-même les effets du lever précoce. Il en vint à la conclusion, que le fait de se lever est entièrement une question de bon vouloir. Mise à part une sensation de tension au niveau de l'incision opératoire qui disparaît d'ailleurs lorsque la paroi abdominale a atteint son extension normale, il n'existe que bien peu de malaises subjectifs. Le plus longtemps le malade reste en dehors du lit et provoque par la marche les mouvements de sa musculature, le plus tôt les sensations de malaises disparaissent. Le troisième jour après son opération, nous dit encore Zillmer, il pouvait descendre l'escalier jusqu'à l'étage inférieur et retourner à sa chambre sans éprouver de malaise notable, et ainsi le quatrième jour, réaliser la promenade au jardin.

Au nombre de nos opérés levés précocement, nous comptons trois médecins, un étudiant en médecine, deux gardes-malades et deux infirmiers.

Tous ont semblé heureux de sortir du lit dans les jours qui suivirent immédiatement l'opération et aucun d'eux à notre connaissance n'a eu lieu, tôt ou tard de s'en repentir ou de nous le reprocher.

Le lever précoce et les phlébites

Le lever précoce, d'après maints auteurs, exerce une influence prophylactique considérable sur l'apparition des phlébites et des embolies, surtout fréquentes à la suite des opérations pelviennes notamment les hystérectomies pour fibromes. La gymnastique au lit, le lever et la marche assurent un débit sanguin plus rapide, active et intensifie la circulation des extrémités et des organes abdomino-pelviens. Sans doute, dans les opérations gynécologiques mutilantes, surtout chez les malades âgées opérées pour fibrome, il existe une fatigue post-opératoire parfois notable, mais dans le fibrome surtout, le danger des phlébites est menaçant et le lever et la marche

précoces plus difficiles ici à réaliser, n'en sont que plus indiqués.

Si pour la production des phlébites, à côté de maints autres facteurs le « terrain prédisposant », l'infection et la stase jouent un rôle primordial, le lever et la marche, en supprimant la stase, suppriment au moins un facteur essentiel. Le débit sanguin accéléré, intensifié, empêchera de même la formation du thrombus et s'il n'y a pas de thrombus, il n'y aura pas d'embolie.

C'est bien encore sur la question des phlébites et des embolies, que viennent discuter avec le plus de violence et d'ardeur, les adeptes et les adversaires du lever précoce.

Certes le lever précoce associé ou non aux thérapeutiques usuelles et connues, n'a pas fait disparaître entièrement le danger des phlébites et des embolies et quelques-unes surviendront encore malgré le lever précoce et les thérapeutiques associées.

La phlébite pelvienne ou des extrémités, souvent fruste dans ses manifestations initiales, peut demeurer absolument insoupçonnée cliniquement; de même l'embolie, dont la période de formation est souvent fort courte, survenant chez les malades alités comme chez ceux mobilisés précocement, cette embolie, disons-nous, peut se manifester sans signes prémonitoires décelables cliniquement, à n'importe quel instant de la période opératoire ou post-opératoire, et tuer soudainement la malade *avant, pendant* comme *après* l'opération.

Et sans doute, nombre de morts subites et mystérieuses, demeurées inexplicables, survenues au cours de l'acte opératoire même, peuvent-elles être attribuées à un thrombus massif pré-existant et brusquement mobilisé par les manipulations viscérales et tissulaires obligatoires, chez une phlébitique méconnue.

De même, une embolie mortelle peut exceptionnellement survenir chez une malade au moment même de son premier lever, pratiqué précocement; et certes cette fatale coïncidence serait bien suffisante pour déconcerter et décourager à tout jamais un chirurgien par ailleurs convaincu de l'utilité de la méthode.

Ici, ce n'est pas un fait ou quelques rares faits isolés et malheureux qui doivent nous inciter à rejeter une méthode qui n'a pas su les éviter entièrement. Mais il faut plutôt considérer le résultat que donne la méthode sur un ensemble considérable de cas.

Il est certes bien déplorable qu'un accident malheureux ou qu'une mort subite inattendue survienne chez tel malade dans les mains de tel chirurgien.

Mais il faut en outre considérer si avec une méthode bien appliquée et chez un très grand nombre des malades levés précocement, il existe universellement une diminution globale des phlébites et des embolies mortelles. En thèse générale, s'il est reconnu qu'avec une bonne et même avec une mauvaise méthode on peut obtenir, à l'occasion, de bons résultats, il est non moins certain qu'avec une meilleure méthode les résultats d'ensemble seront sûrement plus favorables.

En faveur de la méthode prophylactique du lever précoce, certaines statistiques semblent bien probantes; les frères Mayo auraient constaté une diminution de un tiers dans les risques d'embolie et de thrombose. Gerota, sur 3,000 cas de lever précoce (lever dans les trois jours post-opératoires), n'a pas constaté un seul cas de thrombo-phlébite ou d'embolie.

Chalier, sur 514 cas levés précocement, ne relève aucun accident de phlébite ou d'embolie grave.

Nous savons le terrible drame de l'embolie mortelle post-opératoire. C'est souvent le 12^e ou le 13^e jour à l'occasion du premier lever ou du départ de l'hôpital, que la malade alors heureuse et confiante, s'affaisse subitement et sans recours. Le jour classique et traditionnel du premier lever ou le jour du départ, ce 13^e jour, jour fatidique et tristement symbolique est celui aux environs duquel se détache le thrombus meurtrier.

Les adversaires du lever précoce en choisissant ce jour, ont réalisé un choix bien malheureux, mieux vaudrait peut-être comme jadis, attendre systématiquement le 20^e ou le 21^e jour.

Mais aucun chirurgien ne voudrait aujourd'hui, en prévision d'une embolie éventuelle, soumettre la plupart de ces opérés à ce lever retardé.

Si nombre d'auteurs reconnaissent sans contester l'utilité du lever précoce dans la prophylaxie et la diminution des phlébites et embolies post-opératoires, si d'autres au contraire refusent à la méthode cette propriété salutaire et conservent l'opinion que le procédé n'en a en rien diminué la quantité, personne cependant n'est encore venu affirmer qu'avec le procédé la quantité des phlébites et des embolies post-opératoires augmentait.

Et s'il ne restait que les autres avantages physiques, moraux, et sociaux au profit de la méthode, elle serait déjà hautement justifiée.

Le lever précoce et la convalescence

Le lever précoce des opérés est un facteur primordial de convalescence facile, heureuse, abrégée.

Un opéré levé, et qui marche, peut déjà avoir soin de lui-même: toilette personnelle, exigences corporelles intimes et quotidiennes, se font très tôt sans le secours de l'infirmier ou de la garde-malade.

Et ce personnel hospitalier ainsi libéré de ces multiples corvées journalières devenues dès lors inutiles, peut répartir ses soins attentifs de façon infiniment plus judicieuse et efficace, pour les grands opérés dont l'alitement reste obligatoire. Et ce facteur est de haute importance dans la plupart des grands hôpitaux où le personnel ne saurait être multiplié à l'infini.

Un opéré qui se lève et marche est déjà convaincu de l'inutilité d'une longue convalescence à l'hôpital et il ne désire rien moins que réintégrer son foyer à bref délai, pour la reprise du devoir familial ou social.

Et effectivement, les opérés levés tôt, parlent sans tarder de leur sortie qu'ils entrevoient très prochaine; exception faite toutefois pour les indigents qui préfèrent le séjour à l'hôpital à leur logis miséreux.

C'est dire l'avantage qu'il y aurait à créer

ou à multiplier les salles de convalescents en marge des services chirurgicaux pour dégager ces services, des opérés en imminence de guérison.

Nous avons noté sur nos dossiers, à côté du jour du lever, et du jour du départ des opérés, le jour de leur lever possible et le jour de leur départ possible.

Cette constatation rétrospective, qui n'est pas sans valeur, puisqu'elle repose sur une observation « intra muros » pour chaque cas, nous a affermi dans notre conviction, que 50 pour cent au moins des opérés levés précocement aurait pu diminuer de moitié le nombre de jours de leur convalescence à l'hôpital.

Un service hospitalier pourrait donc ainsi hospitaliser, dans un temps donné, environ deux fois plus de malades chirurgicaux qu'il ne le fait présentement. Ou encore peut-on considérer que pour un montant donné, l'Etat pourrait subvenir à deux fois plus d'indigents.

D'où, meilleure répartition possible des dépenses hospitalières. Et cette économie de fonds pourrait plus avantageusement servir à l'amélioration qu'exige les progrès constants de l'outillage et les modifications hospitalières matérielles.

Et nous en arrivons à deux facteurs matériels d'amélioration dans les suites opératoires, qui ne sont pas ici hors cadre, puisque chacun d'eux contribue à augmenter la sécurité opératoire et post-opératoire, et partant le lever des opérés et le raccourcissement de leur convalescence.

Conclusions

Le lever précoce, en chirurgie abdominale et abdomino-pelvienne découle de l'évolution progressive des méthodes d'anesthésie et d'analgésie, d'aseptie et de technique opératoire; de la meilleure compréhension de l'état physique pré et post-opératoire des malades, de la nécessité et de la possibilité d'éviter maints ennuis divers et maintes complications post-opératoires.

Réalisée scientifiquement depuis près d'un demi-siècle, la méthode est aujourd'hui connue,

sinon adoptée par un très grand nombre de chirurgiens dans plusieurs pays du monde.

Le lever précoce, appliqué à bon escient, ne présente maintenant pas plus de risques que le lever tardif, et offre par contre de réels avantages.

Le mieux-être physique et psychique des opérés est notable; la convalescence est abrégée, circonstance particulièrement heureuse pour le malade, son entourage, sa famille. L'indisponibilité post-opératoire est, dans la plupart des cas réduite de moitié, de même que le séjour habituel à l'hôpital, d'où avantage social immense.

De réalisation parfois difficile, le lever n'en est pas moins indiqué chez certaines catégories d'opérés, chez ceux exposés aux plaies de lit et aux escarres de décubitus; chez les vieillards exposés aux pneumopathies post-opératoires passives; chez les opérés du tube digestif chez qui les congestions pulmonaires post-opératoires sont particulièrement fréquentes; à la suite des interventions gynécologiques surtout chez les malades en menace de phlébites ou d'embolies post-opératoires, notamment chez les opérés pour fibromes utérins.

Facilement applicable après un très grand nombre d'interventions abdominales, on ne devra quand même recourir à la méthode, qu'après une étude minutieuse des conditions cliniques pré et post-opératoires dans chaque cas particulier, et lorsque toutes les rigoureuses exigences de la chirurgie moderne auront pu être observées pendant tout le cours de l'opération et que les moyens adjuvants pré et post-opératoires du lever auront été mis en œuvre.

Bien comprise, cette méthode réalise un incontestable progrès chirurgical, pour l'opéré lui-même et sa famille, pour l'hôpital et son personnel hospitalier, pour la société.

Parfaitement réalisable avec nos procédés

actuels d'aseptie relative et incomplète, les possibilités seront certes plus nombreuses et plus faciles, et les résultats encore plus enviables, lorsque nous pourrons pratiquer toutes nos interventions surtout les opérations abdomino-pelviennes, sous les irradiations infra-rouges et ultra-violettes, émanées d'excellents appareils, et dans des milieux chirurgicaux devenus aujourd'hui absolument nécessaires et parfaitement réalisables, c'est-à-dire, dans des blocs opératoires à air climatisé et conditionné, munis de systèmes efficaces pour la réalisation de la stérilisation absolue et totale de ces mêmes blocs opératoires.

BIBLIOGRAPHIE ¹

- AIEVOLI: «Sulla precoce lavata del laparotomizzati.» *Morgagni* 76: 968-971, 12 Aug. 1934.
- BALLERINI (G.): «La mobilitazione precoce nelle donne operate di laparatomia» (Le lever précoce des laparotomisées). *Boll. d. Soc. Med. di Parma*, 1908, 2S 1, 2-4.
- BASTIEN (Jacques): «Les irradiations infra-rouges et ultra-violettes en chirurgie opératoire.» Thèse, Paris 197.
- BJORKEMHEIM (Edv. A.): «Uber frühes aufstehen nach Laparotomien.» (Le lever précoce après la laparotomie.) *Gynaek. Rundsch. H.* 13, p. 509; *Bundschau, Berl. and Vienna*, 1910, IV, 509-515.
- BOLDT (H. J.): Discussion sur la communication de Forestier «De la durée du repos au lit après les laparotomies.» Comptes rendus de la New York Obstetrical Society, 9 mai, 1905. *Amer. Journ. of Obstetrics*, oct. 1905, p. 570.
- «The management of laparotomy patients and their modified after treatment.» *New York Med. J.*, LXXXV, no 4, jan., 26, 1907, pp. 145-153.
- «How long must patients observe absolute rest in bed after abdominal operations.» *Surg. Gynec. and Obst.*, 1907, V, 5, pp. 182-184.
- BORELIUS (Jacques): «Huru Länge bör den opererade ligga till sängs efter en primärt suturerad, aseptiskt läkande laparotomi?» Combien de temps les malades doivent-ils garder le lit à la suite d'une laparotomie qui guérit aseptiquement et par première intention? *Nordisk Tidsskr. f. Terapi* Copenhagen, 1907-08, VI, 257-263.
- BOUCHACOURT (L.): «Est-on autorisé à penser que la pratique du lever précoce des accouchées retarde l'involution utérine et favorise la production des thromboses et des embolies? *Rev. mensuelle de Gynec. d'Obst. et de Ped.*, no 1, janv. 1913, pp. 5-19.
- BOURCART (de Genève): «Du lever précoce des accouchées et des opérées. *Rapp. du 1er Congr. de l'Ass. Gyn. et Obst. de L. fr. à Bruxelles*, 25, 26, 27 sept. 1919, pp. 77-98. Résumé du *Rapp. Presse Méd.*, no 57, 8 oct. 1919, p. 578.
- BOVIS: «Le traitement ambulatoire des opérés de laparotomie.» *Sem. Méd.*, Paris, 1908, XXVIII, pp. 73-75.
- BRISSET (L.): Statistique de cinquante et une observations gastriques avec lever précoce du deuxième au quatrième jour. Avantages du lever précoce. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, no 32, 4 déc. 1923, pp. 1376-1380.
- CADENAT (F.-M.), DUFOUR (A.): «Lever précoce en Chirurgie. *In l'Année Méd. pratique*. René Lépine, Edit., Paris, 1934, pp. 237-240.
- CAEIRO (J.-A.): «Le lever immédiat des opérés.» *Bol. y Trabajos de la soc. de cir. de Buenos-Aires*, T. 20, no 11, 17 juin 1936.
- CALCAGNO: «Le lever immédiat des opérés.» *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, T. 20, no 13, 1er juillet 1936.
- CAMARGO (Joao): «Levantamiento precoce das laparotomizadas» (Combien de temps les laparotomisées doivent-elles garder le lit.) *Brazil-Méd.*, Rio de Janeiro, 1926, II, pp. 31-40.
- CAMPEANU (Papp): «L'importance du lever précoce des opérés de l'abdomen.» *Zentr. für Chirurgie, Leipzig*, no 27, 3 juillet 1937, 64, pp. 1573-1579.
- CECCHINI (N.): «Alzaté precoce degli operati.» *Bollettino* II, 49-61, 1937.
- CHALIER (A.): «La question du drainage dans l'opération de l'appendicite aiguë à ses différentes périodes.» *Cong. Fr. de Chir.*, Paris, 5 oct., 1926, p. 235.

1. N.-B. Pour la plupart des références antérieures à 1929 et à 1933, au sujet des phlébites et embolies post-opératoires et post-obstétricales, se rapporter à la bibliographie complète annexée à l'ouvrage de J. Ducuing: *Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires*. Masson, édit., Paris, 1929, et aussi à celle annexée à la thèse de Paul Guilhem: *Le dépistage précoce de la phlébite puerpérale*, Toulouse, 1933. De même pour la plupart des références antérieures à 1919, au sujet du *Lever précoce des accouchées*, se rapporter à la bibliographie complète annexée au rapport de Bourcart (de Genève); *Du lever précoce des accouchées et des opérées*. (Rapports du 1er Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, Bruxelles), 25-26-27 septembre 1919, pp. 77-98.

- « Le drainage en chirurgie abdominale. » Congr. Fr. de Chir., oct., 1927.
- « Le lever précoce après les interventions abdominales. » *Le Prog. Méd.*, no 48, 23 nov. 1929.
- « Le lever précoce après les opérations abdominales. » *Soc. de Chir. de Lyon*, 31 oct. 1929, in *Lyon Chir.*, no 6, nov.-déc., 1929. Résumé in *Pr. Méd.*, no 93, 30 nov. 1929, p. 1518.
- « Nouveau procédé de suture. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, T. LV, séance du 23 oct. 1929, no 27, 2 nov. 1929, pp. 1137-1140.
- « Au sujet du lever précoce après les laparotomies. » *Soc. de Chir. de Lyon*, 20 mars 1930, in *Lyon Chir.* no 3, mai-juin 1930, pp. 387-389.
- « Le lever précoce chez les opérés de l'abdomen. » *Acad. de Méd.*, 25 mars 1930, T. CIII, no 12, pp. 302-304.
- « Au sujet du lever précoce des opérés. » *Lyon Chir.*, no 3, mai-juin 1930.
- « La préparation des malades à l'opération. » *Congr. Fr. de Chir.*, 394 Session Paris, 1930.
- « Sur la prophylaxie des phlébites et embolies post-opératoires en gynécologie. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, séance du 11 fév. 1931, T. LVII, no 6, p. 216.
- « Soc. de Méd. et des Sciences Méd. de Lyon, » séance du 13 mai 1931. *Lyon Chirurgical*, 1931, T. XXVII, p. 387.
- « Le lever précoce des opérés de l'abdomen. » *Avenir médical*, no 8, septembre-octobre 1932.
- « Le bilan de la méthode du lever précoce en chirurgie abdominale après 4 ans. » *Lyon Chir.*, no 1, XXX, janv.-fév., 1933, pp. 122-127.
- « Le lever précoce en chirurgie abdominale. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, séance du 18 oct. 1933, T. LIX, no 27, pp. 1211-1214.
- « Le lever précoce après les interventions gynécologiques. » 1er congr. Fr. de Gynéc., 3-5 oct. 1932. In *Rev. Fr. de Gyn. et d'Obs.* Résumé dans *la Presse Méd.*, no 91, 12 nov. 1932, p. 1700. No 1, janv. 1933, pp. 579-584. *Le Monde Méd.*, no 822, 15 janv. 1933, pp. 36-39.
- « Le dépistage précoce et le traitement abortif des phlébites et embolies post-opératoires débutantes en chirurgie abdominale. » Congr. Fr. de Chir., 42ième Session, Paris, octobre 1933. *Siècle Méd.*, 15 nov. 1933.
- « Le lever précoce dans la chirurgie gynécologique. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*. Séance du 14 mars 1934, T. LX, no 10, pp. 486-488.
- « La méthode du lever précoce en chirurgie abdominale. » *Lyon Chir.*, T. XXXI, no 3, mai-juin 1934, pp. 261-289.
- « La prévention et le traitement abortif des phlébites post-opératoires. » *Presse Médicale*, no 73, 10 septembre 1938.
- CHARBONNIER (A.): « Le lever précoce en chirurgie abdominale. » *Helvet. Med. Acta.*, 2, 182-184, June 1935.
- « La méthode du lever précoce en chirurgie abdominale. » *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 66, 402-466, 25 juin 1935.
- CHASE (W. B.): « The mobility of the patient after laparotomy. » *Am. J. Obst.*, N. Y., 1908, LVIII, pp. 790-796.
- CHATON (Marcel): « Eléments du diagnostic précoce d'une thrombose veineuse. Le signe de l'hypertension localisée au membre thrombosé. » *La Clinique*, avril 1934 (A), pp. 115-117.
- COHN (Franz): « Das frühauftreten der Laparotomierten. » (Le lever précoce après la laparotomie). *Zentralbl. f. Gynäk.*, Leibz., 1908, XXXII, 1233-1237.
- COMIGLIO (G.): « Sopra l'alzata precoce degli operati. » *Riv. San. Siciliana* 23, 120-122, 15 janvier 1935.
- CORREA BRANDINO: « Lever précoce et lever immédiat de nos opérés. » *Rev. Brasil de Méd. e farm.* 12: 3-11, 1936. Also *Lyon Chir.* 34: 37-48, janv.-fév. 1937.
- CONSENTINO (Andrea): « Sul soggiorno a letto degli operati all' adome » (le repos au lit après les opérations abdominales). *Gazz. de Osp.*, Milano, 1911, XXXII, pp. 930-32.
- COTTE (G.): « Le lever précoce dans la chirurgie gynécologique. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris* (séance du 21 fév. 1934), T. LX, no 7, 3 mars 1934, pp. 358-365.
- DAUMERIE (L.): « A propos du lever précoce. » *Bruxelles Médical*, no 16, 20 février 1938, pp. 535-547.
- DELAGENIERE (Yves): « Note sur la vieille méthode du lever précoce des opérés et sur son complément la gymnastique au lit » (XLIIIe Congr. Franc. de Chir., Paris, 8-13/10/1934). *Presse Médicale* no 85, 24/10/34.
- DELL'ORO (Carones): « Notre expérience du lever précoce des opérés. » *Bol. Soc. Cirurg. de Rosario*, sept. 1934.
- DEVRAIGNE (L.): « Le lever précoce des accouchées et des opérées. » *Médecine*, Paris, 1919-1920, I, 434-437.

- DUCUING (J.): «Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires.» 456 pages, avec fig. et diagrammes. Masson & Cie, édit., Paris, 1929.
- DUCUING (J.), GUILHEM (P.): «Lever précoce et «promenade au lit» dans le traitement des phlébites chirurgicales et obstétricales.» *J. Méd. Français*, no 2, fév. 1934, pp. 74-76.
«Phlébites, thromboses et embolies des suites opératoires et des suites de couches.» 156 p. avec fig. A. Poinat, édit., Paris, 1934.
- DUCUING (J.): «Présentation d'un film cinématographique de Janker de Bonn.» *Bull. et Mém. de la Soc. d'Elect. Rad. du S.-O.*, 1933, no 200, p. 488.
- DUCUING (J.) et GUILHEM (P.): «Le lever précoce dans le traitement des phlébites chirurgicales et obstétricales.» *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Toulouse*, 24 nov. 1933.
- DUCUING (J.): «Le rôle de la phlébite dans l'éviscération post-opératoire spontanée précoce.» *La Presse Méd.*, no 15, 20 janv. 1935.
- DUFOUR (André): «Diagnostic et traitement des thrombo-phlébites post-opératoires.» *L'Hôpital*, avr. 1934, pp. 231-234.
- FAURE (J. L.): «Sur la durée de séjour au lit après les laparotomies.» *La Gynécologie*, no 4, juillet 1908, pp. 331-335.
— «Sur la durée de séjour au lit après les opérations abdominales.» *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris* (séance du 6 mai 1908), T. XXXIV, no 16, 12 mai 1908, pp. 598-605.
- FLORCKEN (H.): «Sur le lever après intervention chirurgicale.» *Munchener Medizinische Wochenschrift*, no 23, 5 juin 1936.
- FOLIASSON (A.) et BEAUDRY (G.): «Le lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne.» *Gaz. Méd. de France*, no 17, 1er oct. 1933, pp. 679-684.
- FOLIASSON (A.): «Le lever précoce en chirurgie abdominale.» Rapp. de Sauvé. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, T. LIX, no 25 (séance du 5 juillet 1933), pp. 1121-1127.
- FORGUE: *Journ. Médical Français*, nov. 1925.
— «Après la laparotomie.» *Extr. des Ann. de Gynec. et d'Obst.*, janv. fév., mars, avril 1916.
— «Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire.» Rapp. présenté au 8e Congr. de la Soc. Internat. de Chir., Varsovie, juillet 1929.
- FOUCAULT: «A propos de phlébites post-opératoires.» *L'Actualité Médico-chirurgicale*, mai 1933.
- FOURMESTRAUX (J. de): «Sur la durée du séjour au lit des opérés de laparotomie.» *Ass. Fr. de Chir.*, Proc. verb., Paris, 1909, XXII, p. 805.
- FREDERICK (C. C.): «The care of patients after abdominal section; with especial reference to the period of time they should be kept recumbent.» *J. Am. Med. Ass.*, Chicago, 1908, I, pp. 824-835.
- GAUTIER (Jean): «La chirurgie sous les Rayons infra-rouges et ultra-violets.» *Gaz. Méd. de France*, 1er oct. 1937, pp. 791-794.
- GEROTA (D.): «Coborâre precoce diu pat. după operatiunile facute asupra cavității abdominale.» (Le lever précoce après les interventions abdominales.) *Romania Med. Bucuresti*, 1911, IX, pp. 93-96.
Livre Jubilaire du Prof. Hartmann, 1932.
- GREGOIRE (R.): «Statistique de cinquante et une interventions gastriques avec lever précoce du deuxième au quatrième jour. Avantages du lever précoce», par Y. Brisset. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, no 32, 4 déc. 1923, pp. 1376-1380.
- GUDIN: «Infection opératoire et stérilisation totale.» *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 20 juillet 1935, pp. 994-1022.
- GULOTTA (G.): «Il «levar precoce» degli operati.» *Minerva Med.* I: 322-325, 10 mars 1935.
- HANSELMANN (M.): «Postop. thrombose und embolie und ihre Prophylaxe durch einen Präventiveingriff am Venensystem.» *Diss. Zurich*, 1926.
- HARTOG (C.): «Das Frühe Aufstehen nach Laparotomien.» (Le lever précoce après les laparotomies.) *Berl. Klin. Wschr.*, 1909, XLVI, 492-493.
- HUARD (P.) et MONTAGNE (M.): «Recherches sur la technique de la splénectomie pour splénomégalie.» *Journ. de Chirurgie*, Tome XLI, no 5, mai 1933.
- JASCHKE (R.): «Réflexions théoriques et pratiques sur la question de la thrombose et de l'embolie post-opératoire et puerpérale.» *Arch. f. Gynäke*, t. 129.
- JEANNENEY (G.): «A propos de l'embolie post-opératoire.» *Congr. de Chir. de Varsovie*, 1929.
- JEANNENEY (G.): «Le lever précoce des opérés.» *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, no 27, 28 octobre 1933, pp. 1214-1216.
— «Mon expérience personnelle du lever précoce après les interventions abdominales.» *Bull. Méd. de Bordeaux*, nov.-déc. 1933.
- KIMBAROVSKIG (M. A.): «Early rising after operation.» *Novy Khir Arkhiv*. 35: 57-74, 1935.

- KHROMOV (B. M.): « Value of rising after operation in prevention of post-operative pulmonary complication. » *Sovet Khir*, no 9, pp. 1389-1397, 1936.
- KOHKSCHUTTER: « Ein Wort zur Frage des frühen Aufstehens nach Bauchoperationen. » (Un mot à propos du lever précoce après les interventions abdominales.) *Münch. med. Wschr.* 1913, IX, 1378-79.
- KUHNEL (Poul): « On tilig Opstanen » af Laparotomerede (A propos du lever précoce après la laparotomie.) *Hospitalstid Copenhagen*, 1931, LXXIV, 1035-1038.
- KUMMELL (H.): « Abkürzung des Heilungsnerlaufs Laparotomierter durch frühzeitiges aufstehen. » (Abrégement du traitement post-opératoire des laparotomisés par le lever précoce.) *Arch. J. Klin. Chir., Berl.*, 1908, LXXXVI, 494-508.
- « Verhandl. d. deutsch. Tesellsch. » *J. Chir., Berl.*, 1908, XXXVII, p. 2, 1-15. *Transl. Ann. Surg.*, 1908, pp. 774-775.
- « Le lever précoce des opérés (laparotomie). » Seizième Congr. Internat. de Méd., Budapest, 1909. Rés. dans *Presse Méd.*, no 79, 2 octobre 1909, pp. 693-94.
- « Weitere Erfahrungen über frühzeitiges Aufstehen Laparotomierter zur Sicherung und Abkürzung des Heilverfahrens. » *Allg. Wien. ed. Ztg.*, 1910, lv. 339; 351, 361. Aussi: *Deutsche med. Wchnschr.*, Leipz, u. Berl., 1909, XXXV, 1865-1869.
- KUNZ (A. M.): « Thromboses post-opératoires et embolies pulmonaires à l'hôpital Sainte-Marie de 1921 à 1929. » *Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, T. CLV, no 3, mai 1932.
- LADURON: « Les irradiations infra-rouges et ultraviolettes dans les interventions chirurgicales. » *Journ. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, no 6, juin 1937, pp. 546-549.
- LALANDE (René): « Le lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne. » *Thèse*, Bordeaux 1934.
- LAPOINTE (A.): « Le lever précoce des opérés. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, T. XLIX, no 3, 11 déc. 1923. (Séance du 5 déc. 1923), pp. 1400-1404.
- « Le lever précoce après les laparotomies. » *Clin. Paris*, 1909, IV, pp. 410-413.
- « Lever précoce des opérés. » *Société de Chirurgie*, 1921, p. 400. Discussion Savariaud.
- LECENE (P.) et LERICHE (R.): « Thérapeutique Chirurgicale. » Tome III, pp. 161-162.
- LECERCLE: « Eléments de chirurgie. » Masson & Cie, édit., Paris, 1932.
- LEFORT (R.): « La durée du séjour au lit chez les laparotomisés. » *Echo Méd. du Nord*, Lille, XII, pp. 493-499.
- LERICHE (René): « Des moyens de réduire au minimum la maladie post-opératoire. De l'opération sous rayons infra-rouges. » *Rev. de Chir.*, no 2, février 1939, pp. 99-108.
- LINO: « Le lever précoce. » *Annali ital. di Chir.*, 31 octobre 1934.
- LOMER: « Le lever précoce en chirurgie. » *Réunion obstétricale de Hambourg*, 11 juin 1912.
- LOPEZ (E.): *Policlina*, 1914.
- LOUTE (L.) et MACHUROT (M.): « Le lever précoce (L. P.) en chirurgie gynécologique abdominale. » *Journal de Médecine de Paris*, no 39, 30 septembre 1937, p. 705.
- « Le lever précoce en chirurgie gynécologique abdominale. » *Le Scalpel*, no 37, II, septembre 1937.
- « Le lever précoce (L. P.) en chirurgie gynécologique. » (Séance du 29 mai 1937 de la Société Belge de Chirurgie.) *Journal de Chirurgie et Annales de la Société Belge de Chirurgie*, no 5 mai 1937, pp. 228-234.
- MARSHALL (V. F.) et QUICK (E. W.): « Report of one hundred consecutive laparotomies; with some general observations, and a special reference to appendicitis. » *Med. Record*, N. Y., vol 70, no 21, nov. 24, 1906, pp. 809-812.
- MARTY: « Lever précoce en chirurgie abdominale chez les noirs. » Soc. de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest. Séance du 26 avril 1934, in *Gaz. Hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, no 25, 24 juin 1934, p. 390.
- « Sur le lever précoce en chirurgie abdominale chez les noirs. » Soc. de Chirurgie de Bordeaux, séance du 26 avril 1934. Résumé in *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 oct. 1934, no 28.
- McCOOEY (Daniel F.): « Early rising up of patients following abdominal operations. » *McGill Med. Undergraduate J.*, Dec. 1934, pp. 78-83.
- MERMINGAS (K.): « Das aufstehen nach der operation. » *Zentrabl. f. chir.*, 57: 2424-2425, 27 septembre 1930.
- MIRALLIE (Charles): « Du lever très précoce en chirurgie abdominale. » *Sté Médico-chirurgicale, Gazette Médicale de Nantes*, 15 avril 1934.
- MORELLIN (C. Mausell): « The question of position and early movement after abdominal

- operations.» *Clin. J. Lond.*, 1909-10, XXXI, pp. 353-356.
- PASCHOUD (Henri): «Un an entre l'infra-rouge et l'ultra-violet en chirurgie abdominale.» *Allie Mem. della Soc. Lombarda di Chir.*, vol. II, no 18 Seda del 25 nov. 1934, XIII.
- PASCHOUD (Henri): «Le lever immédiat en chirurgie abdominale et les irradiations abdominales.» *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, séance du 3 avr. 1935, t. LXI, no 13, pp. 520-521.
- «Un an entre l'infra-rouge et l'ultra-violet.» *Sonderabdruck aus der Schweizerischen, Medizinischen Wochenschrift*, 65 Jahrgang 1935, Nr 4, Seite 106.
- PAYR (Leipzig): «Réflexions et observations sur la question des thromboses et des embolies.» *Zentralblatt für Chir.*, tome LVII, no 16, 19 avr. 1930, pp. 961-979.
- PEPE (C. J.): «Advantages of early rising after laparotomy.» *Rev. Ass. Med. Argentina*, 1933, XLVII, pp. 2846-2852.
- PESTALOZZA (E.): «La mobilitazione proce delle operate di laparatomie; le trombosi post-operatorie.» (La mobilisation précoce des laparotomisés. Thromboses post-opératoires.) *Gin., Firenze*, 1907, IV, pp. 321-326.
- PETTINARI: «Le lever précoce en chirurgie.» *La clinica chirurgia* (Milan) an 13, fasc. 7, juillet 1937.
- PICHEVIN (R.): «Le lever précoce post-laparotomique.» *Sem. Gyn.*, Paris, 1909 XIV, p. 49.
- PLATON: «Le lever précoce des opérés.» *Rév. de vulgaris, des Sciences Méd.*, mai 1930.
- PLATONOFF (V.): «Early rising from bed after laparotomy.» *J. Akush. i. Zhensk. Boliez.*, St-Petersbourg 1912, XXVII, pp. 1508-1510.
- *Journ. of Gynec. and Women's Diseases*. Re P. of 34 cases, 1911.
- POLETTI (A. R.): «Le lever précoce après les opérations pour appendicite.» *Bull. de la Soc. de Chirurgia de Rosario* 1934-37.
- POLICARD (A.): «Précis d'histologie physiologique.» Gaston Doin, édit., Paris, 1934.
- POLICHETTI (E.): «L'alzata tempestiva del laparatomizzati e negli interventi chirurgici en genere.» *Gazz. d. osp.*, 54: 1337-1340, 22 oct. 1933.
- REYNES (Henri): «Bons effets du lever précoce des laparotomisés.» *Trans. of the Int. Congr. Med.*, 1913, London. 1914, Sect. VIII, *Obst. and Gynec.*, pt. 2, 249-251.
- «Le lever précoce des laparotomisés.» *Marseille Méd.*, 1912, XLIX, 13, 291; *La Presse Méd.*, 1910, no 40, p. 375. *La Presse Méd.*, 1912, p. 1270. *La gynécologie*, Paris, 1913, XVI, pp. 449-467.
- RICCI (G.): «El levantamiento inmediato de los operados.» *An. de cir.* 2: 175-207. Aug. 1936. *Obstr. Bol. y trab. de la soc. de cir. de Buenos-Aires*. Tome 20, no 81, 268-279, 27 May 1936.
- RICCI: «Le lever immédiat des opérés.» *Annales de cirugia* (Rosario), vol. 2, no 3, août 1936.
- RIES (Emil.): «Some radical changes in the after-treatment of celiotomy cases.» *J. of the Am. Ass.*, Aug. 1899, pp. 454-456.
- ROBERTSON (G.): «Short hospital convalescence following common abdominal operations.» *Practitioner*, 1927, CXIX, pp. 162-164.
- SALISHEHEV (V. E.) et AYZIKS (I. G.): «Active post-operative regime (early rising).» *Novy Khir. Arkhiv.* 36: 260-277, 1936.
- SHUMACHER (P.): «Des causes de l'embolie et de la thrombose post-opératoire et puerpérale; étude basée sur l'observation clinique.» *Arch. f. Gynakof.*, t. 129, fasc. 3, 31 janv. 1927, pp. 929-950.
- SCHENINGER (Franz): «Lever précoce des opérés et thrombo-phlébites.» *Thèse*, Munich, 1910.
- SCHWARTZ (Anselme): «Les phlébites post-opératoires.» *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 27 janv. 1934, t. LX, no 2, 27 janv. 1934, pp. 113-124. Séance du 17 janvier 1934.
- SILBERBERG (Max): «Ueber das Frühaufstehen nach laparotomien.» *Diss. Freiburg, I.B.*, 8°, Berlin, 1909.
- SMITH (Pierre): «Le lever précoce en chirurgie abdominale. Etude de 40 cas.» *Un. Méd. du Can.*, t. LXIII, mars 1934, p. 299.
- «Le lever précoce en chirurgie abdominale. Etude de 65 observations.» *Paris Méd.* no 29, 21 juillet 1934, pp. 68-73.
- «Le lever précoce en chirurgie abdominale. Etude de 131 cas.» *XXIIIe Congrès Fr. de Méd. et XIIIe Congrès de l'Ass. de Méd. de L. Fr. de l'A. du N.* (Section de Chir.), Québec, 27-30 août 1934. Résumé dans *la Presse Méd.*, no 82, 13 oct. 1934, p. 1605, et dans *Bull. de l'Ass. des Méd. de L. Fr. de l'Am. du N.*, vol. 1, no 1, janv. 1935, p. 138.
- «Le lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne. Etude de 700 cas.» *XVe Congrès de l'Ass. des Méd. de L. Fr. de l'Am. du N.*, Ottawa-Hull, 5-8 septembre 1938.

- TOVEY: «Early mobilization after abdominal operations. Ten year's experience.» *Am J. Obst.*, 1918, LXXVII, pp. 237-246.
- VAISSE (Marcel): «Le lever précoce des opérés.» *Thèse*, Lyon 1919.
- VILLARD (E.): «Discussion sur le lever précoce à la Société de Chirurgie de Lyon, 31 octobre 1919.» *Lyon Chir.*, 1929, no 6, p. 840.
- VANCE (J.): «How long shall the patient stay in bed after abdominal section?» *N. Y. Med.*, 1907, LXXXV, pp. 302-308.
- VINCENT (Georges): «Le lever précoce en chirurgie abdominale.» *J. des Sciences Médicales de Lille*, 23 août 1936.
- «Le lever précoce en chirurgie abdominale» *Journ. de Méd. de Paris*, no 38, 24 sept. 1936, 56: 252-253.
- «Le lever précoce en chirurgie abdominale.» Soc. Méd. et anatomo-clinique de Lille. Séance du 23 juin 1936. In: *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, no 39, septembre 1936.
- VINCENT (Georges): «Le lever précoce des opérés.» *Progrès médical*, no 14, 3 avril 1937.
- VIOLET (H.): «Au sujet du lever précoce des opérés.» *Avenir Méd.*, sept.-oct. 1932, pp. 247-250.
- WHITE (Charles): «A treatise on the management of pregnant and lying in women.» *London*, 1773, p. 115 and p. 131.
- WOHLBEN: «Le lever précoce après les opérations.» *Archiv für Klinische Chirurgie*, Berlin, vol. 189, pp. 382-385; *LXIe Congrès de Chirurgie*, 31 mars, 3 avril 1937.
- ZENO (A.): «Resena de 50 casos de cirugia del estomago y duodeno.» *Revista Medica de Rosario*, 1915, p. 173.
- «Le traitement ambulatoire immédiat ou précoce des opérés.» *Bol. y trab. de la Soc. de chirug. de Bs. As.*, 1934, XVIII, 236.
- ZILLMER: «Über das frühzeitige Aufstehen Laparotomierter. Persönliche Erfahrungen bei 564 Appendektomien.» (Le lever précoce des laparotomisés). *Veröffentl. a.d. Geb. d. Heeres-San. Wes.*, Berl., 1930, Sec. 84, 127-138.
-

RECUEIL DE FAITS

GOMME CÉRÉBRALE

Observation clinique — Exérèse chirurgicale

Par Roma AMYOT.

La lésion tumorale de nature syphilitique n'est pas fréquente. La gomme cérébrale, ayant les caractères volumétriques d'une tumeur, est une lésion rare. Gross, au cours d'une étude portant sur 3,471 cas de syphilis, a trouvé une lésion gommeuse viscérale dans 11.1 pour cent, et dans un travail ultérieur se rapportant à 36,757 cas d'infection luétique, s'est rendu compte que le processus gommeux s'y trouvait dans 11.8 pour cent de ces cas. Le cerveau occupait la troisième place dans l'ordre de fréquence des organes où siégeait cette lésion, après les reins et le foie.

Cushing, sur 2,000 tumeurs endocraniennes vérifiées histologiquement, n'a eu l'occasion d'observer que 12 gommages syphilitiques, à caractères physiques franchement tumoraux. Ce qui donne une proportion de 0.6 pour cent. Dix de ces malades furent opérés 14 fois sans aucune mortalité opératoire.

Starr a pu colliger un total de 600 cas de tumeurs endocraniennes étudiées par différents auteurs et 22 gommages cérébrales auraient été comprises dans ce groupe, constituant ainsi une proportion de 3.6 pour cent.

Clark, sur 99 tumeurs endocraniennes a trouvé une fréquence de 6 pour cent; Purves-Stewart, sur 117 tumeurs, 1.7 pour cent; Sacks, sur 800 tumeurs, 0.5 pour cent; Globus et Elsberg, sur 37 tumeurs, 2.7 pour cent; Clovis Vincent, sur 1,500 tumeurs, 0.2 pour cent; de Martel, sur un nombre de tumeurs endocraniennes à peu près équivalent à celui de Vincent, n'aurait observé la présence d'une gomme cérébrale qu'en une circonstance. F. C. Grant, sur 517 tumeurs cérébrales n'a constaté une gomme cérébrale que dans 0.5 pour cent des

cas; Tooth, enfin, sur 258 tumeurs endocraniennes n'a rencontré aucune lésion tumorale de nature syphilitique. D'après ces statistiques, on peut se faire une opinion assez juste sur la fréquence relative de la gomme cérébrale. Si on faisait une moyenne des diverses proportions fournies par les auteurs cités, et basées sur un nombre de sept mille et quelques cents tumeurs endocraniennes, on devrait conclure que la gomme cérébrale a une fréquence d'environ 1.5 pour cent par rapport aux autres tumeurs endocraniennes de toutes catégories histo-pathologiques. On peut donc affirmer que la gomme cérébrale, tumeur inflammatoire, est une lésion rare, beaucoup plus rare qu'on ne le pensait autrefois et « qu'on est porté, chez les profanes, à le croire ». (Sézary et Auzépy).

La gomme cérébrale est habituellement solitaire, se développe surtout à la convexité du cerveau, bien qu'elle puisse apparaître à la base et dans la profondeur du parenchyme. Elle se présente sous la forme d'une masse nodulaire, à surface irrégulière, de consistance variable d'une unité à l'autre et d'une zone à l'autre de la même masse. Cette masse a une coloration grise. Son centre est habituellement ramolli, nécrosé, à couleur jaunâtre. Dans un cas rapporté par Paterson, elle était transformée en un amas purulent entouré d'une coque fibreuse. Sézary affirme même que la présence de ce tissu nécrosé et caséifié est essentielle au diagnostic anatomo-pathologique de la gomme syphilitique.

Microscopiquement, elle est constituée par du tissu nécrotique au sein d'un infiltrat dense de cellules rondes qui sont, en majorité, des

plasmocytes. La tumeur gommeuse est parcourue d'artères aux parois altérées par le processus assez typique de la pan-artérite syphilitique. Ces lésions vasculaires sont la cause de la nécrose centrale et un frein à la croissance illimitée de la tumeur. Cette dernière peut atteindre la dimension d'un oeuf de poule. La gomme naît du tissu conjonctif, soit des vaisseaux, soit des méninges et, selon Cushing (Bagdasar), de la dure-mère. Cette origine dure-mérienne expliquerait la situation habituelle de la gomme à la convexité du cerveau et son adhérence à ce feuillet méningé, au point qu'il fait réellement corps avec la masse sous-jacente et que, dans le plus grand nombre de cas, l'os sus-jacent réagit par hyperplasie et même parfois en se ramollissant. Dans la plupart des cas, la gomme est cérébrale par son expansion, mais dure-mérienne par son origine.

*
* *

La symptomatologie de la gomme cérébrale est celle des tumeurs endocraniennes avec le contingent des signes généraux secondaires à l'hypertension intracrânienne, associé à celui des symptômes de localisation.

Les quelques observations que nous avons parcourues dans la littérature médicale, nous ont démontré que fréquemment l'affection débute, ou est marquée durant son évolution par des convulsions du type épileptique. Gowers avait trouvé la raison de ce fait dans la localisation habituellement superficielle de la gomme qui peut ainsi irriter la couche corticale du cerveau avant d'en inhiber les fonctions, ou en déterminant concomitamment des signes déficitaires, comme toute autre tumeur.

Les résultats des examens biologiques sont d'une extrême variété. Ainsi, la réaction de Wasserman peut être positive ou négative dans le sang et le liquide, soit simultanément dans un sens ou dans l'autre, soit isolément dans l'un ou l'autre milieu. D'après Hazem, le Pandy (réaction à la globuline) serait positive dans 80 pour cent des cas. Il y aurait habituellement hypercytose de 10 à 200 éléments et hy-

peralbuminose. La réaction colloïdale à l'or (Lange) serait plus variable.

Ces assertions n'ont rien d'absolu; elles répondent aux faits généraux et ne doivent pas être reconnues comme des indices péremptoirs. Cette grande diversité de réactions biologiques observées au cours du développement de la gomme cérébrale jointe à la symptomatologie de tumeur endocrânienne que cette lésion produit, fait que, le plus souvent, le diagnostic causal est fait durant l'intervention chirurgicale ou, en dernier ressort, par le truchement de l'investigation histologique.

On comprend que le diagnostic étiologique soit d'une grande difficulté, si on se rappelle que 1° la réaction de Wasserman peut être rendue positive par une tumeur endocrânienne qui n'a rien de la gomme; 2° qu'une telle lésion peut apparaître, par coïncidence, chez un syphilitique aux réactions sanguines et liquidiennes positives; 3° que la gomme est une lésion rare, pouvant, en plus, évoluer sans les critères biologiques habituels de la syphilis.

Il va sans dire, cependant, qu'un syndrome de tumeur cérébrale accompagnée des réactions biologiques de la syphilis dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, doivent au moins faire suspecter fortement la présence d'une gomme cérébrale.

A tout événement, qu'on ait ou non la bonne fortune de porter un diagnostic causal précis, le traitement ne sera pas modifié et le malade n'en souffrira pas. Gowers et Horsley reconnurent que le traitement médical n'avait habituellement pas d'action sur la gomme cérébrale. Il est vrai que la thérapeutique antiluétique se résumait alors à l'emploi du mercure. Les éclatantes découvertes ultérieures du 606, du 914 et du bismuth n'ont pas modifié la portée de l'enseignement de ces deux auteurs anglais. Horsley conseillait l'ablation chirurgicale de la lésion syphilitique tumorale, après six semaines d'un traitement médical inefficace. On doit encore prescrire le traitement chirurgical et, ce qui est plus, y recourir d'emblée sans la mise en œuvre du traitement médical d'é-

preuve. Agir autrement ou s'attarder selon le mode classique recommandé par Horsley, de traiter les tumeurs endocraniennes par la médication syphilitique puis, en cas d'échec, après 6 semaines de traitement, d'opérer, est perdre un temps précieux, user de moyens inefficaces et causer un certain préjudice au malade. Ce traitement médical, qu'il s'agisse de gomme ou « a fortiori » de toute autre tumeur, est inopérant. Il faut immédiatement requérir l'aide de la chirurgie, quand la présence d'une tumeur endocranienne est reconnue avec certitude et qu'on envisage l'indication de son ablation, en prenant en considération sa nature histologique, son volume, sa situation et la résistance du malade. Bref, on doit accepter cette notion, maintenant agréée unanimement, que le traitement de la gomme cérébrale aux caractères volumétriques de tumeur endocranienne et à la symptomatologie d'une telle entité est exclusivement chirurgicale. Ce premier assaut doit être suivi du traitement médicamenteux de la syphilis, bien plus pour combattre l'infection du malade que pour atteindre et faire disparaître les derniers vestiges de la lésion tumorale endocranienne, au sein de laquelle d'ailleurs, on ne trouve pas de spirochètes.

Pour illustrer les quelques idées générales que nous venons d'exposer, nous présentons l'observation suivante qui est, à leur égard, démonstrative.

Observation. Mme. Alfred L., 42 ans, nous fut adressée le 11 décembre 1938, à l'hôpital Notre-Dame, par son médecin. Nous l'avons examinée le même jour et voici l'histoire de sa maladie telle qu'elle nous la raconta. Depuis le mois d'octobre 1938, elle était incommodée par une céphalée occipito-nuquale gauche irradiant vers le bord supérieur du trapèze; la douleur était plus violente durant la nuit. Subitement, durant la journée du 30 novembre, elle eut 3 crises convulsives généralisées. Une crise semblable se produisit quelques jours plus tard, avec perte de conscience comme à l'occasion

des 3 premières. Le 10 décembre, pendant quelques minutes les muscles de l'hémi-face droite furent parcourus par une vague de contractions irrésistibles. Au cours de cette crise motrice localisée, la parole devint impossible et la malade demeura parfaitement consciente assistant totalement impuissante aux différentes phases de l'incident. Depuis, elle a la sensation que sa tête est grosse; elle éprouve une certaine difficulté à trouver ses mots.

Ses antécédents familiaux sont sans intérêt. Ses antécédents personnels n'offrent pareillement aucune particularité; elle n'a jamais eu de maladie grave, elle a 5 enfants qui sont en bonne santé, qui se sont développés normalement et sans convulsions. Elle n'a pas perdu d'enfant, n'a pas eu de fausse couche.

L'examen neurologique a montré ce qui suit:

La langue est saburrable et déviée vers la droite; la pupille droite est plus grande que la gauche. Le réflexe photo-moteur est conservé. On remarque la présence de petites secousses nystagmiques dans les regards à droite et à gauche.

Il existe une hémianopsie droite.

Les membres supérieurs, dans la position du serment permettent de constater une flexion progressive des doigts de la main droite. Les réflexes osso-tendineux du membre supérieur droit sont plus forts qu'à gauche.

Les réflexes abdominaux droits sont affaiblis. Les réflexes tendineux du membre inférieur droit sont exagérés, sans signe de Babinski, ni clonus de la rotule ou du pied. L'épreuve de Barré est négative, mais celle de Mangazzini est positive à droite. Il existe une flexion combinée du tronc et de la cuisse droite.

Les sensibilités sont normales et les épreuves cérébelleuses négatives.

Légère obnubilation mentale avec évocation des mots, lente et laborieuse.

Nous ne pouvons pas l'affirmer catégoriquement, mais nous croyons qu'il n'y avait pas de stase papillaire.

Une ponction lombaire montra une pression

de 140 mms du liquide, la malade en position couchée.

Le liquide céphalo-rachidien présenta les particularités biologiques suivantes:

B. W. (extrait alc. 0.8) + + + +

(extrait cho. 0.4) + + + +

Pandy +

Lange et benzoin colloïdal, réaction subpositive.

Albuminose 0.15 centg. 0/00

Lymphocytose 1.5

B. W. du sang + + + + Kahn + + + +

Urines normales.

Trente centimètres cubes d'oxygène furent injectés par voie lombaire en vue d'une encéphalographie. Cette dernière montra un déplacement en masse des cavités ventriculaires vers la droite; le troisième est franchement à droite, la troisième portion du ventricule latéral gauche, en plus d'être diminuée en capacité, est basculée en dehors et en bas. (Fig. 1)

EN RÉSUMÉ, malade de 42 ans ayant une céphalée occipito-nuquale à prédominance gauche depuis 2 mois, ayant eu des crises épileptiques généralisées et une crise localisée à l'hémiface droite avec aphasie; dont l'examen neurologique révéla une hémiplegie droite fruste avec hémianopsie droite et aphasie motrice fruste; chez laquelle une encéphalographie fit voir une déviation ventriculaire vers la droite et chez laquelle les réactions de Wasserman du sang et du liquide céphalo-rachidien furent positives.

Nous confiâmes cette malade au docteur Hoen (1) de l'hôpital Saint-Luc qui l'opéra le 23 décembre 1938.

OPÉRATION.

Craniotomie fronto-temporale gauche. Périoste épaissi, soit enflammé, soit envahi par la tumeur. Le crâne avait une épaisseur de

1. Nous devons publier ce travail en collaboration avec le docteur Hoen, mais le récent départ de ce dernier nous en a empêché. Nous regrettons ce contretemps. Nous le remercions cependant de son aimable et bienveillante coopération à poursuivre l'investigation clinique de cette malade et de nous avoir communiqué les observations recueillies au cours de l'opération.

2 cms, éburné dans la région susjacent à la tumeur. La dure-mère y présentait une surface irrégulière et épaissie de 3 fois sa dimension normale. Elle adhérait au cerveau susjacent. Il existait dans le cortex un nodule circonscrit plus ou moins bien délimité, assez ferme de consistance et qui pénétrait dans le cerveau à une profondeur de 5 cms environ. Ce nodule se trouvait dans une région du cortex correspondant au tiers inférieur de la scissure de Rolando. On enleva en très grande partie la masse nodulaire qui avait une coloration grisâtre.

Les suites opératoires furent heureuses, l'opération laissa une paralysie frontale droite et une aphasie motrice incomplète.

On traita la syphilis de cette malade.

Le 14 août 1939, le docteur Panet-Raymond eut l'occasion d'examiner la malade. Elle n'avait plus de céphalée, sa mémoire était bonne, la paralysie faciale droite était disparue, l'aphasie motrice était améliorée. Elle pouvait être considérée comme guérie de son affection nerveuse.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Le docteur Farmer procéda à l'examen histologique des fragments de la masse nodulaire, enlevés au cours de l'intervention. Nous remercions le docteur Farmer d'avoir eu la gentillesse de nous faire connaître le résultat de son examen. Je transcris le rapport du docteur Farmer.

« On a reçu trois petites pièces de tissu de couleur grisâtre, de consistance assez ferme.

« Examen histologique. Dans ces coupes, on voit des foyers de nécrose caséuse dans laquelle se trouvent des débris cellulaires en forme d'ombres de cellules et de noyaux pyknotiques. Autour de ces régions nécrotiques, se trouve du tissu de granulation caractérisé par une infiltration lympho-plasmocytaire bien marquée et par la présence de nombreux vaisseaux capillaires. Ceux-ci montrent souvent un gonflement et même une prolifération du revêtement endothélial.

« A quelques endroits, on voit que la lumière

des petits vaisseaux sanguins est oblitérée par une prolifération fibroblastique où se trouve aussi un dépôt de collagène. Presque partout, on voit çà et là des foyers d'infiltration péri-vasculaire. Il y a aussi une prolifération fibroblastique tantôt en forme d'une architecture

nécrose caséuse, la vascularisation bien marquée, l'infiltration péri-vasculaire, l'infiltration plasmocytaire abondante, et les lésions vasculaires sont, croyons-nous, en faveur du diagnostic de gomme syphilitique.

« (Périoste et dure-mère) Dans ces coupes,

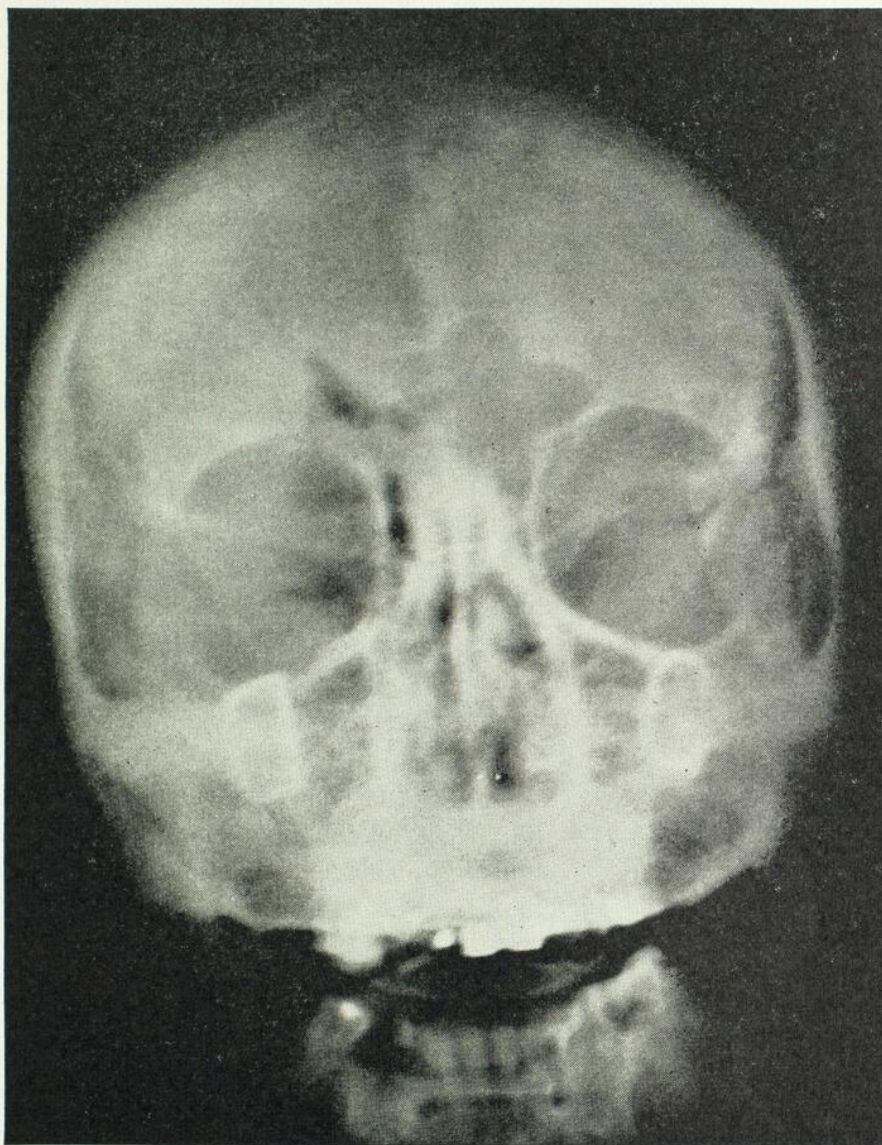


FIG. I.

lâche, tantôt en forme de masses serrées de fibroblastes avec beaucoup de collagène qui est bien démontrée par des colorations au safran.

« Cette lésion montrant de la nécrose caséuse et une infiltration des cellules rondes, fait penser à la possibilité de tuberculose ou de syphilis comme agent étiologique. Le genre de

on voit aussi une lésion inflammatoire riche en fibroblastes et en collagène ».

Commentaires

1° Disons dès maintenant que la perplexité du docteur Farmer en face de ses coupes histologiques qui lui suggèrent deux diagnostics

vraisemblables: le tubercule ou la gomme, devrait cesser dès qu'on lui ferait connaître les faits cliniques pré et post-opératoires et surtout l'apport fourni par les réactions du Wasserman sanguin et liquidien. D'ailleurs, le rapport histologique donne des arguments, qui, par eux seuls, devraient incliner à accepter l'hypothèse de gomme syphilitique.

Parmi les faits cliniques qu'on pourrait faire valoir en faveur de la gomme, s'il était vraiment nécessaire, on ne devrait pas manquer de souligner les notions suivantes: le tubercule se développe habituellement sur des jeunes sujets, alors que la gomme apparaît chez des adultes comme notre malade; la gomme siège au cerveau, le tubercule, le plus souvent, au cervelet; la gomme, le plus souvent, altère le cerveau, les méninges et même l'os sus-jacent, ainsi qu'il fut constaté dans le cas que nous présentons, le tubercule ne propage pas ainsi sa lésion; enfin l'ablation du tubercule, à moins qu'elle ne soit complète et n'englobe la zone péri-tumorale, ce qui n'empêche pas absolument des conséquences déplorables, est suivie le plus souvent de méningite tuberculeuse mortelle alors que l'exérèse de la gomme, avec guérison au moins immédiate, n'encourt pas de mortalité opératoire. (Cushing).

Mais, nous n'avons ajouté ces remarques que pour fins didactiques, puisque le diagnostic étiologique n'offre, dans notre cas, aucune obscurité.

2° Chez certains malades porteurs de gomme syphilitique cérébrale, les réactions biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien ne sont pas celles d'une infection syphilitique à évolution. Nous l'avons dit plus haut, ces réactions sont capricieuses, variables d'un sujet à l'autre. Dans notre cas, la réaction de Wasserman était franchement positive dans le sang et le liquide, les réactions colloïdales et de la globuline étaient également anormales. D'autre part, contrairement à ce que les auteurs affirment pour la majorité des cas où il fut fait une ponction lombaire, l'albuminose et la cytologie liquidienne étaient tout à fait

normales. Autre fait démontrant la diversité des réactions biologiques dans la gomme cérébrale et surtout l'absence de corrélation des unes par rapport aux autres. Cette hétérogénéité biologique est évidente chez notre malade: alors que le B.-W. était fortement positif aux deux antigènes dans le liquide, que les réactions de Pandy et de Lange étaient sub-positives, la normalité de l'albumine et de la cytologie liquidienne démontre clairement cette assertion.

A ce sujet, la gomme cérébrale se comporte comme toute syphilis vasculaire des centres nerveux, qui produit des réactions très variables du liquide céphalo-rachidien et provoque encore moins fréquemment de l'hypercytose et de l'hyper-albuminose du liquide que la lésion gommeuse.

3° La gomme de notre malade était superficielle, modifiant l'anatomie de la dure-mère et même la texture de l'os sus-jacent. La dure-mère était épaissie et adhérente au cerveau. Cependant, alors qu'ordinairement les altérations osseuses produisent le ramollissement de l'os contigu à la tumeur superficielle, on trouva plutôt au cours de l'intervention chirurgicale, un excès de condensation calcaire associée à un épaississement de cette partie de la voûte crânienne. L'aponévrose épicroténienne était elle-même épaissie et congestionnée.

Notre malade eut des crises d'épilepsie d'abord généralisée, puis une crise localisée à l'hémi-face droite, accompagnée d'aphasie. Ces phénomènes, nous le notons au début de cet article, ouvrent très souvent le cortège des symptômes de la gomme cérébrale; Gowers l'avait signalé, il les attribuait à la situation superficielle de la lésion dans la majorité des cas.

4° La céphalée particulière de notre malade doit nous attarder. Elle était sévère et surtout presque exclusivement localisée au côté gauche et à la nuque. D'autre part, la pression du liquide céphalo-rachidien n'était que de 140 millimètres, c'est-à-dire bien loin d'être exagérée. Il ne s'agissait donc pas d'une céphalée

par hypertension intracranienne généralisée, qui est le complément habituel, sinon la cause, de la céphalée par tumeur endocranienne. Et c'est ainsi que des exceptions à cette habitude des faits, rendent plus difficiles l'interprétation du mécanisme de ces céphalées et de la céphalée en général. Des hypertensions intracranienes formidables sans céphalée, des céphalées sans hypertension se rencontrent, malgré tout, assez fréquemment. Ces faits bizarres, si on s'en tient à la présentation ordinaire des phénomènes, portent à réfléchir. Ils nous inclinent à croire que l'augmentation de pression n'est pas tout dans la genèse de la céphalée des tumeurs cérébrales, surtout des céphalées bien localisées, situées, à l'occasion, du côté de la tumeur, comme chez notre malade. Ils sont aussi de nature à suggérer que la pression directe sur la dure-mère par la tumeur, ou encore son envahissement par cette dernière ou son irritation par un processus inflammatoire de voisinage, peuvent déclencher la céphalée. Et, dans ce cas, la douleur est ressentie dans une région du crâne qui coïncide avec le côté où se trouve la tumeur ou la lésion irritative et, parfois mieux, avec la zone où le processus siège assez exactement.

Nous croyons que les choses se passèrent ainsi chez notre malade qui, sans hypertension crânienne, avait une forte céphalée gauche, du côté de sa gomme; cette dernière n'avait pas envahi la dure-mère, mais elle y avait toutefois provoqué un épaissement considérable par le processus de l'inflammation chronique. Pourquoi cette douleur de tête était-elle reportée vers l'occiput et même vers la nuque? Nous n'en offrons aucune explication irréfutable et surtout objectivement démontrée.

5° Cette malade fut soumise au seul traite-

ment efficace de la gomme du cerveau: celui de la tumeur. Nous l'avons confiée au neuro-chirurgien sans faire le diagnostic étiologique de la lésion expansive. Nous savions que notre malade était une syphilitique et même que cette infection avait envahi le centre nerveux ou au moins ses dépendances immédiates. Nous crûmes à une coïncidence de lésions: syphilis et tumeur.

Le diagnostic clinique fut bon; les conclusions de l'investigation furent incomplètes n'impliquant pas la nature exacte de cette tumeur, ne mentionnant pas qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire; d'origine syphilitique, lésion très rare, dont la notion n'habite presque exceptionnellement l'esprit des neurologistes, contrairement à ce qui se passe d'une façon un peu trop facile, dans la pensée d'un grand nombre de médecins non spécialement férus de connaissances neurologiques ou syphilitiques.

BIBLIOGRAPHIE

- B. J. ALPERS: «Gumma of the brain.» *Am. J. of Syphilis*, **23**: 233 (mars) 1939. (Bibliographie).
 D. BAGDASAR: «Le traitement chirurgical des gommages cérébrales.» *Rev. Neurol.*, **2**: 1 (juillet) 1929. (Bibliographie).
 H. CUSHING: «Intracranial tumours.» Charles C. Thomas, éditeur, 1932.
 R. D'ANNOY, A. FRIEDRICHS et A. ZOELLER: «Gumma of the brain with report of a case.» *Amer. J. of Syphilis*, **14**: 175 (avril) 1930. (Bibliographie).
 J. E. PATERSON: «Gumma of the brain.» *The British Med. Journal*, **21** (juillet) 1934. p. 109. (Bibliographie).
 A. SEZARY et P. AUZEPY: «Les gommages syphilitiques du cerveau et la pathogénie de la neurosyphilis.» *Paris Médical*, **99**: 209 (7 mars) 1936.
 B. SHARP et P. O. ELLISON: «A case of intracranial tumour.» *The Lancet*, **1**: 524 (7 mars) 1939.

MALADIE D'ADDISON À DÉBUT ABDOMINAL

Poïkilodermie réticulo pigmentaire associée.

Guérison par des extraits surrenaliens¹

Par Jean LeSAGE. 2

Observation.

Le 15 août 1939, on me demande auprès d'un albanais, Ebrahim T., âgé de 39 ans, cuisinier, qui souffre d'une asthénie complète depuis près de deux semaines, asthénie l'empêchant presque de se mouvoir dans son lit. Il vomit continuellement environ une demi-heure après les repas. Ses vomissements sont alimentaires mélangés de bile, le goût en est aigrelet, mais il souffre peu de l'abdomen; il ne prend plus que de l'eau et du jus d'orange dont il garde une certaine partie; il a maigri de 17 lbs dans ces deux semaines. Il n'a fait aucun abus alimentaire et son entourage m'affirme qu'il ne prend pas d'alcool.

Dans ses antécédents personnels on relève une fièvre typhoïde à l'âge de 25 ans.

Un mois auparavant, il a été traité à l'hôpital Général pour une otite simple, vite guérie et pour une maladie de peau dont nous apercevons encore les stigmates. En effet, à l'examen, outre une pâleur généralisée, quelques bridges dentaires en or, en voie de détérioration, les autres dents et les gencives se montrant normales, ce malade laisse apercevoir, disséminée sur tout le corps, « une pigmentation réticulaire brun foncé et une atrophie de la peau avec desquamation poudreuse », tableau très suggestif d'une « poïkilodermie réticulo-pigmentaire », dira en consultation le docteur A. Desforges.

A l'examen les systèmes respiratoires et génitaux urinaires ne donnent rien à noter. Les réflexes pupillaires, les réflexes ostéotendineux et cutanés se montrent normaux. On note une raie blanche abdominale de Sergent. La pression artérielle est de 95/65.

1. Travail présenté à la « Société Médicale de Montréal ». Séance de l'hôpital St-Luc, le 20 novembre 1939.

2. Collaboration dermatologique du docteur Aimé Desforges.

EXAMENS DE LABORATOIRE

25 août — Tubage duodénal.

	Bile A	Bile B	Bile C
Pigments bil. (Unités v.d. Berg.)	R. Ind. Pos. Im. traces	Pos. Im. 2.6 unités	Pos. Im. traces

Culture.

Bile A	Bacilles typhiques.
Bile B	“ “
Bile C	“ “

26 août Urée: pas assez de sang. Glycémie: 1.20.

2 sept. Urée: 1.750. B. W. Négatif.

9 sept. Urée: 3.750 (avec 1 c.c.).

Urine: absence d'acétone, d'acide diacétique et de corps bi-réfringents.

11 sept. Consultation avec Dr A. Desforges: poïkilodermie reticulée pigmentaire probable.

14 sept. Urée: 3,350.

15 sept. Urines: alcalines; fortes traces d'albumine; présence de phosphates bicalciques.

19 sept. Absence de bacilles typhiques dans les selles.

Hémogramme.

Hémoglobine	50
Globules rouges	4,000.000
“ blancs	7,900
Valeur globulaire:	67
Polynucléaires:	63
(neutrophiles et basophiles)	
Lymphocytes:	
(petits et moyens)	36
Grands mononucléaires	1
Polynucléaires éosinophiles:	0

21 sept. Urée: 1.750

7 oct. Urée: 0.750

- 11 oct. Volume des urines 1800 c.c.
Urée: 5.125 gms au litre (urines).
Quantité réelle: 9.12 gms.
- 10 nov. Dr Denis, dentiste, confirme l'absence de foyers infectieux dentaires, mais trouve les bridges défectueux.
- 13 nov. Urée: 0.50
- 14 nov. Tubage gastrique normal dans les cinq prélèvements; à jeun après injection d'alcool et après histamine.

Cependant, un nouveau tubage duodéal pratiqué le 21 novembre ramène du bacille typhique à l'état pur, après ensemencement. Notre malade reste donc porteur de germes.

Le voici:

BILES (Epreuve de Meltzer-Lyon)

Chimie

	Bile A	Bile B	Bile C
Couleur	verdâtre teintée de jaune	jaunâtre clair	blanchâtre trouble
Consistance	visqueuse	plutôt fluide	trouble
Réaction:			
alcaline	acide	acide	acide
Cholestérine (Grigaut)	leg. traces	leg. traces	leg. traces
Pigments bil. (Unités v.d. Berg.)	pas assez de bile		

Culture

Bile A	Bacilles typhiques
Bile B	" "
Bile C	" "

EVOLUTION CLINIQUE ET TRAITEMENT

8 septembre. — Extrait thyroïdien: 0.05, 3 fois par jour; peu d'amélioration; vomissements et asthénie.

11 septembre. — Teinture de belladone et valériane: 20 gouttes, quatre fois par jour; cessées vingt-quatre heures plus tard par suite d'intolérance. Nous décidons alors, étant données l'asthénie et l'hypotension, de faire administrer un extrait de surrénale total en solution huileuse à la dose d'une ampoule par jour.

19 septembre. — Depuis deux jours, amélioration marquée de l'état général. Le malade peut remuer ses membres, s'asseoir dans son

lit, converser. Or, depuis deux jours, ce malade n'a reçu que de l'extrait de surrénale total. Les vomissements ont cessé. La *pression artérielle est de 115/85*.

Depuis le 17 septembre, l'amélioration va grandissant et vers le 24 septembre notre malade prend et digère normalement le régime alimentaire généreux des hôpitaux. Il se lève et marche depuis le 25 septembre.

L'extrait surrénal est continué jusqu'au 16 octobre. Notre malade ayant perdu toute sémiologie pathologique, circule et lit à son gré dans le Service. Nous cessons l'extrait surrénalien le 16 octobre. La courbe du poids est passée de 100 le 1er octobre, de 95 qu'elle était, à 125 le 5 novembre. Depuis la cessation du traitement institué, comme à la suite de ce traitement, le malade est redevenu normal.

Congé à la fin janvier 1940, avec un excellent état général. Revu tous les 15 jours depuis. Il se porte bien sans prendre aucun extrait de surrénale.

En mai 1940 ce malade a repris un travail manuel régulier et se porte bien.

Commentaires

(Dr A. Desforges) —

« A la fin d'août, il m'était donné d'examiner ce malade qui présentait alors une éruption recouvrant le tronc, l'abdomen, la face antérieure des bras, des cuisses et des jambes. Cette dermite était disposée en réseau bien marqué, réseau dont les mailles d'environ un pouce de diamètre étaient formées de taches brunes très pâles par endroit et roses par ailleurs. Le centre des mailles semblait plus pâle que la peau normale et son épiderme mince et brillant était recouvert d'une desquamation poudreuse. Le malade, extrêmement pâle et émacié, se plaignait de grandes faiblesses et avait peine à se bouger dans son lit. La vue d'un tel tableau était très suggestif de poikilodermie que nous posions comme diagnostic. L'anamnèse, en effet, nous apprenait qu'en juillet, le malade fut hospitalisé à l'hôpital Général, présentant des rougeurs

dans le cou, sur le tronc et sur les membres, accompagné d'un prurit plus ou moins marqué. Un mois plus tard, le malade était admis à l'hôpital Saint-Luc dans le service de médecine, avec le diagnostic clinique de cancer de l'estomac (?). Il est évident qu'à ce moment le syndrome gastrique s'imposait au point de faire croire à un néoplasme.

La poïkilodermie fut individualisée par le prof. Petges, de Bordeaux. Son étude fut reprise par plusieurs auteurs qui la subdivisèrent en plusieurs modalités cliniques. Petges la résume ainsi: syndrome cutané pur ou cutané-musculaire survenant en général à l'âge adulte, vraisemblablement d'origine endocrinienne dont la symptomatologie à la période d'état se traduit par de l'atrophie réticulée, de la pigmentation, des télangiectasies donnant à la peau l'aspect bigarré des radio-dermites. A ces manifestations cutanées peuvent s'ajouter un certain degré d'atrophie et de sclérose musculaire se traduisant parfois par une impotence fonctionnelle indépendante de toute atteinte du système nerveux périphérique et des infiltrations calcaires.

Un auteur allemand, Gottron, qui s'attarda à l'étude de cette maladie écrit relativement à sa forme cutané musculaire: [Il faut élargir le cadre des P. dans le sens étymologique le plus étendu du terme et lui annexer temporairement toutes les variétés cliniques dermatologiques où l'on voit survenir cet état bigarré de la peau atrophie, réticulée avec pigmentations et télangiectasie disposées en réseau, associées ou non aux myosites, à la calcinose, etc.]

Au début de septembre lors d'un premier examen, toute la région ventrale était littéralement recouverte par l'éruption. C'est alors que fut institué le traitement tout indiqué dans cette maladie, c'est-à-dire l'administration d'extrait surrénale totale. L'amélioration fut telle qu'en deux semaines le malade prit 25 livres, vit ses forces revenir rapidement et aussi son éruption s'estomper. Il s'agit aujourd'hui d'un malade transformé qui cependant donne un tableau assez juste de l'aspect

qu'il présentait lors du premier examen. Voilà pourquoi nous nous sommes cru en droit d'étiqueter cette éruption: Poïkilodermie que nous avons saisie au tout début de son développement.»

A ces remarques du docteur Desforges, nous tenons à ajouter les commentaires suivants:

1° Notre malade s'est présenté au début, avec tous les signes d'une perturbation profonde de l'appareil digestif: nausées et vomissements, d'abord alimentaires et bilieux, inégaux d'intervalle, et d'intensité variable, puis constants; à la fin, vomissements de type acidotique avec douleurs épigastriques de gravité croissante. L'asthénie progressive depuis quelques semaines, les troubles digestifs antérieurs, la pâleur, la fonte tissulaire généralisée pouvaient aisément nous porter à incriminer un cancer digestif, gastrique de probabilité. Il est à noter que les sédatifs neuro-végétatifs, les antispasmodiques aussi bien que les injections intraveineuses de sérum glucosé ou salé restent à peu près inopérantes.

L'extrait thyroïdien n'a pas d'efficacité.

2° La recherche systématique chez tous les anciens typhiques avérés de germes typhiques, par tubage duodénal, nous a montré, une fois de plus, que ce malade était bel et bien un porteur de germes — (nous en connaissons 6 bien vérifiés en 1 an) —; c'est en outre — quel danger! — un cuisinier. Mais cette découverte et l'administration de substances antiseptiques biliaires, elles sont rares, l'ingestion, dans la suite, forcée de breuvages alcalins, ne semblent pas amener une tournure nouvelle à l'évolution de ce syndrome qui, invoqué à son tour, eût pu nous en imposer pour une cholécystite chronique infectieuse latente et soudain réveillée.

3° Ce n'est, somme toute, qu'après l'administration d'une injection intramusculaire quotidienne d'un extrait surrénal total, quoique sans adrénaline, que ce malade graduellement se délivre de sa torpeur et reprend peu à peu, à un rythme qui va s'accéléralant, un jour les mouvements des bras, puis celui des jambes, un autre la vivacité de son expression

et de son langage et au bout de 12 à 25 jours, le besoin de marcher, de lire, de s'intéresser à la vie.

Il est vrai que c'était un hypotendu, un asthénique en baisse depuis des mois. On a trouvé à l'examen une raie blanche de Sergent, puis des taches réticulée-pigmentaires.

Et ici se pose la question: s'agit-il là uniquement d'une poïkilodermie réticulée pigmentaire, maladie de Petges-Jacob, ou d'une maladie d'Addison? Cette première maladie, à plusieurs points de vue, ne serait-elle pas, dans une multitude de cas, une des formes de l'addisonisme?

Dans les deux cas, l'opothérapie surrénalienne obtient, nous le savons, des succès inespérés. On ne peut donc baser sur la seule opothérapie un diagnostic différentiel.

La clinique nous incline à croire qu'il est possible d'invoquer ces deux maladies, et, dans le cas qui nous occupe, à étiqueter de chacune de ces deux maladies le malade en question.

A la maladie d'Addison, appartiennent les troubles digestifs, troubles réflexes d'origine endocrinienne, l'asthénie, la pâleur, la raie blanche. A la maladie de Petges et Jacob, les lésions cutanées. Il semble, en effet, que la pigmentation cutanée de la maladie d'Addison soit beaucoup plus bronzée et confluyente et même davantage généralisée, sans ces espaces à l'infinie de zones tégumentaires blanches, telles qu'en présentait notre malade. Il existe, d'ailleurs, à ces deux maladies un tel polymorphisme, une telle variété de formes inter-

médiaires ou de passage que nous n'osons pas vouloir faire ici le procès de cette question.

4° Il s'agit bien d'une poussée aiguë de maladie d'Addison, comme dans l'observation si intéressante de Jean Paraf, Abaza, Andrée Dauphin et L. Boutbien¹. Dans ce cas, asthénie profonde, vomissements, température à 90°, pigmentation brun noir, de coloration très foncée et localisée, de douleurs violentes à l'épigastre et les hypochondres.

Et s'il s'agit aussi d'une guérison au moins clinique chez notre malade, puisqu'il se porte admirablement bien 7 mois après son départ de l'hôpital, sans avoir repris d'extraits glandulaires, on ne peut, par ailleurs, le rapporter dans notre cas à une désoxycorticostérone.

Nous nous sommes servi d'un extrait de lipoïdes surrénaliens à 2 pour 100 en solution huileuse, sans adjonction d'adrénaline. Le mérite en revient aux travaux d'Iaconesco, en 1913, de même qu'à ceux de Swingle et Piffner, de Houssay et Marenzi, enfin à ceux de Rogoff et Stewart, présentés à Boston en 1929, au Congrès International de Physiologie. Vraiment nous nous en sommes trouvé très bien. Il a suffi de deux séries de 30 injections pour rétablir notre malade et s'il reste porteur de germes typhiques, malgré nos efforts, ces germes évoluant et peut-être agissant pour leur propre compte, on ne peut qu'être émerveillé de l'effet à distance dans le temps de cette opothérapie — sept mois après en être servi, notre addisonien demeure guéri.

1. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 3 jan. 1940. « Nouveau cas de guérison de poussée aiguë de maladie d'Addison par le désoxycorticostérone. »

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES COMPLICATIONS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE.¹

Par Yves CHAPUT,

Assisstant bénévole au Service de médecine de l'hôpital Notre-Dame.

Le sujet de cette courte communication peut peut-être paraître plus chirurgical que médical et si j'ai choisi cette question, c'est intentionnellement pour les deux raisons suivantes.

D'abord, pour bien insister sur la nécessité d'une étroite collaboration médico-chirurgicale et radiologique dans l'étude de ces syndromes, et spécialement, parce que les gastro-entérostomisés qui souffrent sont habituellement revus par leur médecin, étant donné l'intervalle de temps plus ou moins long qui s'est écoulé depuis l'opération et l'apparition de ces troubles.

Chez tout gastro-entérostomisé qui souffre, la première chose à faire est une enquête sur les troubles de la période pré-opératoire: un hépatique, un vésiculaire nanti d'une bouche supplémentaire à son estomac continuera évidemment à souffrir de son foie ou de sa vésicule.

Le diagnostic rétrospectif d'ulcère étant vérifié, ne pas oublier la co-existence possible d'une autre infection colite ou cholécystite; guéri de son ulcère, le malade continue à souffrir de son côlon ou de sa vésicule.

C'est dire que tout ce qui se passe chez un gastro-entérostomisé n'est pas nécessairement consécutif à l'opération. Le plus souvent cependant, c'est bien un trouble post-opératoire en rapport avec son ulcère qui amène le malade à consulter.

Quelles sont donc les éventualités les plus fréquentes? Elles sont au nombre de quatre:

1. Le syndrome ulcéreux post-opératoire.
2. Les adhérences.
3. Les sténoses.
4. Les gastro-jéjunites.

1. Travail présenté à la « Société Médicale de Montréal », mardi, le 7 mai 1940.

I. LE SYNDROME ULCÉREUX POST-OPÉRAIRE.

Ici trois possibilités: 1) la reviviscence de l'ancien ulcère; 2) l'apparition d'un ulcère peptique; 3) la fistule jéjuno-colique.

La reviviscence de l'ancien ulcère est en rapport intime avec le fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie: si la bouche fonctionne bien, l'ulcère reste guéri — s'il se produit un processus d'obstruction de la bouche et de ses anses, l'ancien ulcère récidive.

Le malade recommence à souffrir de douleurs tardives, souvent par périodes; ces douleurs sont vives, épigastriques ou droites, calmées par les aliments ou les alcalins, beaucoup plus facilement que celles de l'ulcus peptique. Souvent le syndrome n'est pas aussi pur et est composé de signes plus variables: gêne d'évacuation par la nouvelle bouche, lourdeur, distension tardive, quelques vomissements, brûlures de gastrite, ensemble sur lequel tranchent les douleurs de l'ulcère avec leur caractère typique. Une hémorragie peut survenir dont la cause peut être soit l'ulcère en reviviscence ou les processus qui gênent le fonctionnement de la bouche.

La radiologie montre une niche gastrique ou des signes d'activité d'ulcère du bulbe; à noter que si la lésion bulbaire primitive était ancienne, il peut être très difficile de distinguer une déformation cicatricielle d'une modification lésionnelle en activité.

L'ulcère peptique, ou mieux l'ulcère gastro-jéjunal selon la nomenclature des Anglo-Saxons, a une symptomatologie très nette. Il peut survenir un temps variable après l'opération: souvent après la première année, mais jusqu'à 10, 20 et 25 ans après la gastro-entérostomie. Son début est variable: tantôt il

succède à des troubles divers du côté de la bouche, sténose incomplète, gastrite, qui augmentent progressivement jusqu'aux douleurs typiques de l'ulcus peptique; d'autres fois son début est aigu. Une fois constitué, il évolue par période comme ulcère ordinaire, ou de façon subcontinue. Son signe majeur est constitué par des douleurs dont le caractère est d'être effroyable: le malade se plie en deux, se roule par terre — ses douleurs sont plus vives que celles de l'ancien ulcère — siégeant ou ayant leur maximum dans la région para-ombilicale gauche — la pression de cette région est excessivement douloureuse. Ces douleurs sont souvent, mais non toujours, calmées par des alcalins mais reviennent rapidement.

Si la lésion est sténosante, il y aura des vomissements — les hémorragies fréquentes sont rarement menaçantes, étant dues plutôt aux phénomènes congestifs muqueux qu'à l'ulcus lui-même.

A côté de cette forme typique, il faut signaler des formes hémorragiques sans douleur et quelquefois des formes latentes se traduisant subitement par une perforation ou une fistule jéjuno-colique.

Aiguillé par la clinique, le diagnostic sera posé par la radiologie: clichés en série faits en décubitus ventral et quelquefois compression dosée, montreront la niche ulcéreuse soit près de la bouche, soit sur l'anse efférente. Exceptionnellement, les poussées récidivantes de gastro-jéjunite pourront simuler l'histoire clinique de l'ulcère.

La fistule jéjuno-colique est d'un diagnostic facile: au syndrome ulcéreux succède une sorte d'accalmie avec aggravation des signes généraux et apparition de deux symptômes importants:

1. La diarrhée post-prandiale, lientérique fétide, parfois à type de sprue;
2. Les vomissements et les renvois d'odeur fécaloïde.

Radiologiquement, deux possibilités: la baryte ingérée passe directement dans le côlon et le lavement baryté vient opacifier l'estomac.

II. LES ADHÉRENCES.

Se souvenir ici que tout sujet opéré présente quelques adhérences qui peuvent ne jouer aucun rôle dans les troubles présentés par le malade. Cependant, elles peuvent être responsables d'un certain nombre de troubles.

Les péri-gastrites légères par leur irritation sur l'estomac peuvent être à la base d'une dyspepsie hyper ou hyposthénique banale; elles peuvent donner des nausées, elles peuvent aussi comprimer les organes de la région et donner ces gênes d'évacuation des anses dont nous parlerons plus loin.

Chez les prédisposés, les « ventres à adhérences » elles peuvent provoquer des désordres biliaires, des désordres coliques: stase colique droite avec ses conséquences. Par irritation, par simple congestion, elles servent de lit à la gastrite et à la duodéno-jéjunite dont nous étudierons les poussées. Elles peuvent indirectement être responsables d'hématémèses ou de mélæna, tels qu'on les rencontre dans les péri-viscérités.

Enfin, l'atteinte de l'état général, les dystonies neuro-végétatives, les carences vitaminées par insuffisance alimentaire et les troubles glandulaires peuvent faire de ces malades des sujet aigris, souffrants, souvent plus qu'avant l'intervention première.

III. LES STÉNOSES.

Ici deux possibilités: sténose des anses ou sténose de la bouche de gastro-entérostomie.

1. *La sténose des anses* due à des causes infectieuses (inflammations aiguës ou chroniques) ou mécaniques (adhérences résiduelles, brides, plicatures, invaginations) peut porter sur l'anse afférente ou sur l'anse efférente.

Portant sur l'anse afférente, empêchant l'écoulement des sucs duodénaux vers la bouche de gastro-entérostomie, elle se traduit cliniquement par des vomissements électifs de bile accompagnées de céphalée et douleurs. Radiologiquement, l'estomac n'est pas dilaté, son contenu s'évacue normalement, mais la bouillie barytée dessine une anse afférente dilatée et à l'écran on note des moments anti-péristaltiques.

Portant sur l'anse efférente, la sténose se

traduit par des vomissements bilieux et alimentaires et radiologiquement par un arrêt plus ou moins complet de la bouillie barytée dans un segment de cette anse, avec dilatation rétrograde de l'anse et parfois de l'estomac.

2. La sténose de la bouche de gastro-entérostomie peut s'accompagner d'un rétrécissement des anses anastomosées juxta-gastriques, réalisant un syndrome analogue à celui de la sténose pylorique.

Si la bouche est rétrécie, la communication entre les deux anses reste perméable, tout passe par le pylore et l'estomac se trouve placé dans les mêmes conditions qu'avant l'opération.

Toutes ces conditions sont favorables à la reviviscence de l'ancien ulcère.

Radiologiquement, deux aspects importants à connaître:

1. Les aspects déformés de la zone opérée décrite par Gutmann sous le nom de « *périgastrite lacunaire des gastro-entérostomisés.* » Cette image est très importante à connaître, car elle simule de très près le néoplasme par son aspect radiologique. Elle est très fréquente et il importe d'en être averti.
2. Les images d'invagination des anses à travers la bouche de gastro-entérostomie caractérisées par une lacune bombant dans l'estomac et dont la surface, divisée en deux par un axe central, présente de fines stries horizontales, comparables aux nervures d'une feuille.

Toutes ces complications sont d'ordre chirurgical.

Pour terminer cette question des sténoses, une forme bénigne, médicale celle-là, décrite par Gutmann et Jahiel: il s'agit d'une poussée de gastrite qui gonfle et obstrue à la fois le pylore et la bouche — début brusque chez un opéré dont l'estomac fonctionnait antérieurement bien — cette forme relativement fréquente guérit médicalement, notamment par les antispasmodiques et le collargol.

IV. LES GASTRO-JÉJUNITES.

Peuvent être aiguës ou chroniques.

Aiguës. Leur aspect est polymorphe: comme toutes les manifestations de muqueuses, elles

sont manifestées essentiellement par des brûlures parfois violentes en général post-prandiales précoces — quelquefois accompagnées de crampes à type tardif — un peu de température et de polynucléose souligne la note inflammatoire du processus.

L'évolution de cette poussée est en général limitée, et le traitement que nous verrons plus loin en vient facilement à bout; cependant l'estomac reste sensibilisé et le moindre écart ou une infection banale peuvent déclencher de nouveau une nouvelle poussée.

Ces poussées aiguës peuvent se manifester par une forme hémorragique: accompagnées ou non de brûlures — quelquefois l'hémorragie en est le seul symptôme.

Ces poussées aiguës jéjunétiques peuvent précéder l'apparition de l'ulcère peptique en en faisant en quelque sorte le lit.

Le diagnostic de ces poussées est assez facile: les clichés montrent d'énormes boursofflements de la muqueuse soit de l'estomac, soit du jéjunum, soit des deux. Sous l'influence du traitement ces images disparaissent et font place à des aspects de muqueuse normale ou sub-normale, les gênes d'évacuation disparaissent et les dilatations lésionnelles diminuent.

Les gastro-jéjunites peuvent aussi être *chroniques*: ces malades souffrent d'une façon sub-continue de brûlures, lourdeur et présentent quelquefois du mélæna. — La gastroscopie et la réintervention nous montrent des estomacs congestifs surtout près de la bouche, porteurs de petites ulcérations superficielles ou fissuraires et des anses anastomosées à muqueuse gonflée et tomenteuse. Ces inflammations chroniques servent souvent de point de départ aux poussées plus aiguës et par leur cicatrisation causent les sténoses organiques.

TRAITEMENT

Du point de vue thérapeutique, la plupart de ces complications sont plutôt d'ordre chirurgical: notamment pour la fistule jéjunocolique et la majorité des ulcères peptiques.

Mais comme il est difficile de savoir à l'avance si la cause qui provoque les sténoses, les gastro-jéjunites, est fibreuse ou inflamma-

toire, c'est-à-dire définitive ou réductible, il importe de toujours essayer un traitement médical avant une réintervention chirurgicale.

Voici rapidement esquissé les grandes lignes de ce traitement médical:

1. Il faut remettre le malade temporairement à un régime plus sévère et, dans les poussées nettement aiguës, imposer une diète lactée de quelques jours et même une diète hydrique.
2. S'il existe des éléments de sténose, les petits lavages d'estomac seront utiles.
3. Contre l'élément spasmodique surajouté au processus inflammatoire la médication anti-spasmodique habituelle agit bien.
4. Contre l'élément inflammatoire la meilleure médication est le Collargol: soit une solution à 3% dont on donne une cuillerée à thé dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau.

Soit une potion composée comme suit:

Collargol	6 grammes
Sirop d'écorces d'oranges	50 grammes
Eau ad	240 grammes

A donner une cuillerée à soupe d'eau chaude avant les repas.

On peut aussi employer une médication de choc sous forme de protéino-thérapie.

5. Comme adjuvant, les agents physiques, diathermie ou ondes courtes peuvent aider. Sous l'influence de cette thérapeutique, on aura souvent disparition des symptômes cliniques et aussi des signes radiologiques.

Si, malgré tout cela, les troubles persistent, il faut opérer.

Ici les diverses opérations d'anastomoses, de jéjunostomie, de destruction d'adhérences, donnent rarement de bons résultats et quand cela est possible, il faut recourir à la gastrectomie.

En cas d'ulcère peptique, on peut tenter de nouveau un traitement médical d'ulcère, mais avec peu de chance de succès.

La dégastro-entérostomie chez ces malades remet l'estomac dans les mêmes conditions qu'avant la première opération et facilite la reviviscence de l'ulcère original.

On doit cependant la faire si l'état du malade ne permet pas la résection ou comme premier temps à une résection ultérieure.

Dans certains cas malheureux, on a tenté de nourrir le malade à la sonde par une jéjunostomie espérant obtenir la cicatrisation de l'ulcère.

CONSIDÉRATIONS SUR LE PROBLÈME DE LA STÉRILITÉ

Ne parlons plus de stérilité féminine mais toujours de stérilité conjugale

Par **Samuel LETENDRE.**

Depuis un certain nombre d'années, les sociologues étaient inquiétés, à juste titre, en France, à la vue des statistiques montrant que la mortalité annuelle devenait en excès par rapport à la natalité; mais ce n'est guère qu'au cours des premiers mois de 1939 que le législateur s'est décidé à lutter, par tous les moyens, contre l'abaissement progressif de la population française, même en pleine paix.

Au Canada français, nous n'en sommes pas encore rendus là, Dieu merci! et le problème

de la dénatalité ne constitue pas, croyons-nous, à l'heure actuelle une menace aussi imminente pour notre vie économique et nationale. Cependant, donnons-nous la peine de parcourir rapidement les statistiques des dernières années et nous y découvrirons des faits vraiment intéressants. Posant d'abord des points de repère, il appert que notre taux de dénatalité était de 31.4 en 1926 pour tomber à 24.6 en 1938. C'est donc une dégression de 6.8, soit 21.7% au cours de cette période de 13 années.

Toutefois, il est intéressant de noter que cette diminution a réellement pris une allure appréciable seulement en 1933. De 1926 à 1932, nos taux de natalité variaient seulement de quelques dixièmes par année vers la dégression évidemment marquante au cours de 1933 alors qu'on a enregistré une diminution de 2.2 ou 7.8% en une seule année. Depuis, le taux se maintient aux environs de 24, alternativement vers la hausse ou la baisse. Il existe manifestement une restriction des naissances dans notre province, comme dans tous les autres pays, même ceux que dirigent avec brio les dictateurs! Faut-il s'étonner en face de cette constatation? Nous ne le croyons pas, vu les idées nouvelles qui nous envahissent et le genre de vie actuel que nous adoptons.

Dans cette étude de notre dénatalité il est, certes, intéressant d'en rechercher les causes; les sociologues et les moralistes peuvent trouver là un champ fertile d'investigations. Mais non moins intéressant est le travail qui a pour but d'en localiser l'existence. Nous disions plus haut que notre natalité a décliné considérablement depuis 1926. Ici deux questions se posent tout de suite à notre esprit: cette natalité a-t-elle décliné ainsi uniformément dans toute la province? Décroît-elle aussi uniformément dans tous les ménages et à tous les âges de la femme susceptible de devenir mère?

Ces deux questions, nous semble-t-il, ne manquent pas de susciter un vif intérêt. Pour y répondre, voici ce que nous fournit la statistique. Tout d'abord, la décroissance de notre taux de natalité est deux fois plus considérable dans les grands centres urbains, comme Montréal, Québec et quelques autres, que dans les parties régionales de la province. Et le Dr Paul Parrot, démographe de la province de Québec, est enclin à croire que cette diminution totale de 21.7% est enregistrée dans une proportion des trois-quarts dans les centres urbains contre seulement un quart dans les campagnes. Quant à la seconde question, il semble que c'est après le quatrième enfant seulement que la femme commence à restreindre la natalité. Bien que cet énoncé puisse

paraître étrange, les chiffres sont là à l'appui pour prouver que le nombre de nos premiers-nés, deuxièmes-nés, jusqu'aux quatrièmes-nés demeure sensiblement le même d'une année à l'autre. Même au cours des deux dernières années les premiers et deuxièmes-nés augmentent.

De ceci nous pouvons conclure que les théories de restriction de la natalité ne seraient mises en pratique qu'après un certain nombre d'années de mariage, et que l'augmentation des premiers et deuxièmes-nés ne peut être que corollaire à cette augmentation assez considérable dans le nombre des mariages depuis trois ans¹.

*

* *

Rajeuni, remanié par la découverte d'ingénieux procédés d'exploration et de traitement, le problème thérapeutique de la stérilité féminine a acquis, dans ces dernières années, une importance de premier plan et suscité un très grand nombre de travaux. En France, il est d'une acuité plus vive que dans aucun autre pays, en raison du taux décevant de la dénatalité. En effet, la stérilité involontaire est chose relativement fréquente, puisqu'elle frappe environ de 15 à 20% des ménages. Si l'on compte de 15 à 20% de ménages stériles d'emblée, il existe, certes, un pourcentage plus grand encore de ménages secondairement inféconds, après une fausse-couche ou un premier enfant.

Est-il donc excessif de considérer la stérilité comme un « fléau social » nuisible à l'individu, à la famille, à la nation? C'est à cette tâche que doivent se vouer les chirurgiens avertis, en réalisant dans les opérations pelviennes de la femme le maximum de conservation. Par d'ingénieux et de multiples procédés, par une observation minutieuse et en série de nombreux cas, les gynécologues se

1. Nous tenons à remercier chaleureusement le docteur Paul Parrot, démographe de la province de Québec, qui a bien voulu nous fournir ces données statistiques et nous communiquer son opinion personnelle touchant ces questions de natalité et de dénatalité en notre province.

sont efforcés de situer et de traiter les multiples causes de la stérilité et ont ainsi apporté une précieuse contribution à l'étude de la question.

Le question médico-sociale de la stérilité ne date pas d'aujourd'hui puisqu'on la voit déjà étudiée dans les écrits d'Hippocrate. Dans l'antiquité la stérilité était regardée comme un grand fléau. Un peuple qui voulait jeter l'anathème à une nation ennemie et l'accabler d'une malédiction redoutable priait le ciel de rendre ses femmes stériles. Ainsi la terrible imprécation d'Œdipe menaçant les Thébains de voir leurs femmes sans enfants. La loi romaine couvrait de honte la femme stérile en permettant de répudier la femme inféconde et, si nous ne nous abusons, cette loi existe encore de nos jours chez certaines peuplades de l'Afrique-Nord et chez les Arabes. A Sparte, tout citoyen restait soldat tant qu'il n'avait pas donné trois fils à la patrie. Hippocrate écrivait déjà: « Les femmes qui ont eu des enfants sont moins sujettes aux dérangements que celles qui n'en ont pas eu. » Cela confirme ce que Pinard aimait à répéter: « Femmes, vous ne voulez pas d'enfants, vous aurez un fibrome. »

Vous connaissez tous le travail immense entrepris par certains peuples voisins de la France qui, comprenant le danger d'une dénatalité croissante, ont réagi par une action vigoureuse en punissant très sévèrement l'avortement; en infligeant de féroces punitions aux « faiseurs » et aux « faiseuses d'anges », en instituant le prêt au mariage et en glorifiant la maternité.

Lorsqu'on envisage la question de la dénatalité ou qu'on aborde le problème de la stérilité, il semble que, parmi les mesures prises, on ait attaché une importance « un peu trop exclusive » au traitement de la stérilité féminine. Si celle-ci joue, en effet, un rôle notable dans l'étiologie de la diminution de la natalité ou de la stérilité, il faut bien dire que ce n'est là qu'une partie du problème, et que les causes du mal sont plus profondes.

Nous passerons vite sur la catégorie des « stérilités volontaires ». C'est, à coup sûr, la variété la plus fréquente; mais elle n'a rien à voir avec la gynécologie, si ce n'est par les accidents infectieux liés à l'avortement provoqué et par les troubles généraux et névropathiques de ce que l'on pourrait appeler la « dérobade » malthusienne. Les malades de cette catégorie consultent non pour leur stérilité, mais pour les troubles consécutifs aux avortements: poussées congestives, lésions de l'appareil utéro-annexiel, désordres variés, dus à la plexalgie hypogastrique; troubles nerveux généraux, consécutifs à une longue pratique de fraudes conjugales. Malgré les soins les plus attentifs, on n'est pas certain de voir se réaliser le désir de maternité, en admettant que toujours il arrive à se manifester. Et pourtant, tôt ou tard, il renaît ce désir, car il nous fut donné plus d'une fois de voir arriver à la consultation de l'hôpital Broca, à Paris, de jeunes femmes qui, après un ou deux avortements provoqués, il va sans dire, prises soudainement du désir d'avoir un gosse, venaient, les larmes aux yeux, solliciter notre aide dans le but de leur favoriser une grossesse. Dieu sait la peine et les embêtements que nous donnaient ces malades, dont le tractus génital infecté par des manœuvres abortives antérieures était devenu bien peu propre à une nouvelle fécondation.

La stérilité volontaire est un fruit de la civilisation. Elle naît du développement de l'évolution sociale dans un pays. Quand grandit l'aisance et que progressent vers le bien-être toutes les classes d'une société, la natalité décroît. Les grandes cités antiques, Sparte, Rome, n'ont pas échappé à ce mal.

Dans nos sociétés modernes, si préoccupées d'assurer le mieux-être, non par une utilisation meilleure de l'effort humain et une compréhension plus belle de la vie, mais par l'affaiblissement de cet effort et une conception rétrécie qui fait de l'existence un repliement perpétuel vers soi, il était naturel que l'enfant fût écarté comme une gêne. C'est ainsi

qu'a grandi le nombre des stérilités volontaires qui menacent la vie de certains pays. Et nous pourrions ajouter avec le professeur Cotte; « Mais en escomptant par avance les succès les plus grands, on peut dire que ceux-ci n'auront jamais qu'un succès plus individuel que social et que ce n'est pas en s'occupant seulement des femmes stériles qu'on résoudra le problème de la dénatalité. Celui-ci reconnaît à son origine des causes profondes, *morales, économiques et sociales*, dont les *pouvoirs publics* comme les médecins doivent s'occuper sans plus tarder. »

A côté d'une stérilité volontaire, qui n'est pas niable et qui n'est malheureusement que trop fréquente, existe une « stérilité involontaire », grave par les conséquences psychiques qu'elle peut avoir. Il suffit d'avoir vu les répercussions fâcheuses dans tous les domaines que le désir inassouvi de maternité a sur un grand nombre de femmes et d'avoir constaté les désordres qu'il provoque dans un grand nombre de ménages pour comprendre son importance. Ce sont là des troubles dont le gynécologue averti ne peut se désintéresser et c'est faire œuvre profondément humaine que de mettre en œuvre, pour essayer d'y remédier, toutes les méthodes d'examen et tous les moyens thérapeutiques que les progrès de la science contemporaine vous permettent d'utiliser aujourd'hui. Aussi, le médecin a-t-il le devoir de venir au secours de ces femmes malheureuses, assoiffées de maternité — car il en existe encore, Dieu merci! — et il ne doit, en aucun cas, les décourager s'il ne veut pas s'exposer de temps à autre à un démenti cinglant et à des rancunes tenaces.

De tous les temps et en tous les lieux la femme a été tenue uniquement responsable de la stérilité pathologique. En cela, comme en bien d'autres choses, l'homme est toujours absous, la femme toujours coupable.

On trouve décrites dans Hippocrate de nombreuses causes de stérilité et de nombreux traitements; mais, il n'est toujours question que de la femme; seule elle est examinée, rendue responsable et traitée.

Actuellement encore il est très difficile de faire entendre aux maris que leur femme inféconde est saine et apte à concevoir, tandis qu'eux seuls sont incapables de procréer. Il leur suffit pour se croire à l'abri de tout soupçon de montrer

« *duo testes et bene pendentes.* »

Si les lois des peuples occidentaux ont supprimé la répudiation pour stérilité, il n'en reste pas moins que dans nos sociétés encore soumises au patriarcat ancestral la femme est considérée en général comme responsable de la stérilité du couple.

Que de femmes soignées pendant plusieurs années pour une stérilité qu'un examen du mari aurait permis d'imputer à celui-ci! La première règle de conduite que devrait s'imposer un gynécologue consulté pour stérilité serait d'exiger un examen clinique et soigneux du conjoint. Avant d'affirmer une stérilité féminine, il faut s'assurer des possibilités fécondantes du mari.

En présence d'une stérilité conjugale confirmée, le premier devoir du spécialiste est de s'efforcer aussi rapidement que possible de savoir si cette stérilité est curable ou non. Pour cela une série d'examen nous paraît absolument indispensable. Mais il faut, dans l'étude de ce problème complexe de la stérilité conjugale, beaucoup de patience et de ténacité, car il comporte encore beaucoup d'inconnus. Nous pouvons avouer sans crainte que nous devons aux progrès récents de la chimie biologique, de la physiologie, de la découverte des hormones et des vitamines, des agents physiques, d'avoir un peu progressé et de commencer à voir clair; mais il nous faut encore demeurer modestes dans nos prétentions et nous devons être surtout indulgents pour nos prédécesseurs, moins bien armés que nous au point de vue scientifique.

Prenons, par exemple, la question des hormones. Ils ne sont pas très loin les jours où à peu près tous les troubles de la femme, mal connus et rangés sous l'étiquette vague d'« insuffisance ovarienne » ou autre non moins va-

gue, étaient traités par la folliculine et un peu par la progesterone ou par des extraits pluri-glandulaires, sorte de lac bienfaisant où, pensait-on, les divers organes allaient pêcher à la ligne ce dont ils avaient besoin. Opinion qui, aujourd'hui, a perdu de sa vogue. A-t-on assez abusé de la folliculine? Depuis surtout une dizaine d'années, cette question des hormones a fait de très appréciables progrès; mais malgré les nombreux travaux qu'elle a suscités, elle n'est encore qu'à ses débuts et peut nous causer encore bien des déceptions comme elle nous apporte aussi d'agréables satisfactions. Là, comme en obstétrique, il faut savoir attendre.

Tout d'abord, qu'on ne parle plus de « stérilité féminine » mais toujours de « stérilité conjugale ». Ceci est d'autant plus important que si les femmes, déçues dans leurs espoirs de maternité, se prêtent presque toujours volontiers à tous les examens qu'on leur propose, il n'en est pas toujours ainsi des hommes qui, par orgueil intempestif ou pour dissimuler une tare congénitale ou acquise, un péché de jeunesse, se refusent parfois à tout examen. Entreprendre de soigner la femme seule « sans avoir vu le mari », c'est risquer de « courir à un échec », c'est une faute lourde. Combien de fois n'arrive-t-il pas, en effet, de constater chez un mari bien portant en apparence, donnant « a priori » toute confiance parce qu'il remplit bien ses devoirs d'époux, à plus forte raison chez un homme surmené par sa vie sociale, par la pratique des affaires, une « déficience spermatique » très nette, tant au point de vue de la quantité des spermatozoïdes qu'au point de vue de la mobilité, de la forme, de la vitalité, c'est-à-dire de la qualité des spermatozoïdes? Avec de nombreux auteurs, nous croyons que le mari est en cause dans environ un tiers des cas de stérilité conjugale.

Jusqu'à date, on n'a pas fait à l'homme la part qu'il mérite dans l'infection génitale et dans la stérilité par infection de la femme. « L'infécondité propre du mâle entre souvent en jeu dans le problème de la stérilité conjugale ». Il est donc plus rationnel de ne pas dis-

socier les deux éléments du couple dans l'étude de la stérilité des ménages.

En abordant « le cas du mari », une question capitale vient de suite à l'esprit, et que nous ne pouvons laisser sans réponse: « Quelle conduite faut-il tenir vis-à-vis du mari? »

En effet, ne serait-il pas parfaitement inutile — et ridicule — de soigner l'infertilité d'une femme dont le conjoint serait stérile?

On conçoit donc la « tendance actuelle de maints gynécologues à ne rien entreprendre pour guérir la stérilité féminine avant d'avoir acquis la certitude de la fécondité du mari ». Cette attitude est des plus logiques, surtout du point de vue des consultations hospitalières de stérilité où l'afflux des clientes peut exiger une sélection en vue du but social à atteindre, qui est l'augmentation des naissances.

Mais cette « règle doit-elle être de mise partout et toujours »?

Devraigne et Ségué, Dalsace et nombre d'autres auteurs, tant européens qu'américains, insistent sur la « nécessité absolue d'examiner avant tout le mari » et de s'assurer de ses possibilités fécondantes. Cependant Chalier, de Lyon, n'entend pas procéder d'une façon aussi systématique, et dans le cas d'une stérilité secondaire, il ne voit pas la nécessité de soumettre le mari à un contrôle génital et spermatique, à moins que l'interrogatoire de la femme mette sur la voie d'un fait nouveau, survenu dans le mariage depuis la dernière grossesse.

« Par ailleurs, continue ce dernier auteur, nous savons que la stérilité masculine — souvent relative et transitoire — est plus facile à soupçonner qu'à prouver ». Le fait de ne pas avoir constaté de spermatozoïdes à l'examen du liquide spermatique, même fait à différentes reprises, ne permet pas d'affirmer qu'il n'en existe plus » (Le Chevalier). Il est donc difficile, même après de nombreux examens du sperme, pratiqués en série et à intervalles assez éloignés, de tirer une conclusion définitive, à supposer que l'on ne se heurte pas à une résistance ou à une apathie bien décevante. Voilà pourquoi, sans doute, nous constatons avec stupeur une « grande divergence

dans les pourcentages de la stérilité masculine » établis pourtant par des spécialistes de la question: ils vont de 8 à 40%.

« Comme on le voit, ajoute Chalier, de telles variations ne sont pas faites pour asseoir notre confiance dans le diagnostic de la stérilité masculine basé sur l'examen du sperme. » Cependant qu'il nous soit permis d'ajouter que de tels résultats ne doivent pas nous arrêter dans ces recherches qui ne sont encore qu'à leur début, et que le laboratoire, aidé des cliniciens, doit continuer à poursuivre ses travaux, en s'efforçant chaque jour d'améliorer ses techniques.

Après tout cela, que devons-nous conclure? Selon l'avis de Chalier, « l'examen préalable du mari ne doit pas être systématique ». « En donnant ce conseil — que d'aucuns trouveront peut-être entaché d'androphilie — ce n'est pas, écrit cet auteur, que cet examen n'apparaisse comme une manœuvre comminatoire, susceptible de blesser l'amour-propre masculin, mais plutôt comme mesure capable de détourner de nos soins beaucoup de femmes stériles, impuissantes à nous amener leur époux, et que nous pouvons souvent guérir sans lui. Et puis, quel intérêt y a-t-il dans nombre de cas à dévoiler à l'homme — et « a fortiori » à sa femme — la tare masculine? Qu'advierait-il, en cas de grossesse, si nous avons déclaré le mari « incompetent », et comment innocenter alors le laboratoire, chargé de l'examen spermatique, ou la femme inconstante? Enfin, n'oublions pas que beaucoup de femmes stériles nous consultent à l'insu de leur mari, ce qui ne nous donne pas le droit de leur refuser nos soins pour cela. »

Voilà bien des raisons qui, pour cet auteur, ne paraissent pas militer en faveur de l'examen préalable du mari, du moins dans la clientèle privée.

Il est pourtant une éventualité où, pour Chalier, cet examen semble s'imposer « d'une façon formelle »: c'est le cas d'un ménage parfaitement uni, désireux, par-dessus tout, d'avoir des enfants, et alors que, du côté fé-

minin, l'observation soigneuse et complète a démontré soit l'absence de toute cause décelable de stérilité, soit la nécessité d'une laparotomie, c'est-à-dire d'une opération importante, se présentant comme l'ultime ratio susceptible d'amener le succès, mais qui, n'ayant d'autre indication que le désir de maternité, ne saurait être tentée au cas d'une déficience maritale.

Nous avons tenu à donner ici, d'une façon assez détaillée, l'opinion de Chalier sur l'examen du mari dans les cas de stérilité conjugale, parce que d'abord c'est une opinion qui a sa valeur et se discute, et, qu'ensuite, cette opinion est émise par un homme qui est un chirurgien compétent, ayant étudié la question et possédant l'autorité voulue pour discourir sur un sujet aussi complexe.

Ces prémices posées, attardons-nous pendant quelques instants à l'examen du mari. L'examen clinique comportera d'abord un « interrogatoire » serré et méthodique, portant sur les antécédents familiaux et pathologiques. Puis on s'assurera qu'il n'existe pas d'anomalies testiculo-épididymaires, qu'il n'y a pas d'hypospadias. Un toucher rectal permettra de se rendre compte de l'état de la prostate et des vésicules séminales. Y a-t-il eu blennorrhagie? Dans ce cas on devra s'assurer qu'il n'existe pas de rétrécissement serré, une lésion du *veru montanum*.

Ensuite — détail très important — on se renseignera sur le comportement sexuel du mari. N'existe-t-il pas une impuissance larvée qui se traduit si souvent par des érections incomplètes ou par des éjaculations précoces ou *ante portas*?

Une fois en possession de ces détails indispensables, on examinera le sperme. Il va sans dire que le sperme doit être examiné extemporanément. Il faut recueillir le sperme frais, sur une boîte de Petri bien sèche et il est à recommander de récolter ce sperme après un repos sexuel d'au moins quarante-huit heures. De ce sperme on fera un examen direct et une spermoculture. Ne pas se contenter d'un coup d'œil rapide au microscope. Trop souvent la

réponse du laboratoire pêche par concision et conclut seulement à la présence ou à l'absence de spermatozoïdes; c'est vraiment insuffisant. Il faut savoir reconnaître le nombre de spermatozoïdes par champ de microscope, en apprécier la qualité et s'assurer de leur mobilité. Un sperme frais normal doit contenir un haut pourcentage de spermatozoïdes vivants, très mobiles, animés d'un mouvement rapide et restant vivants plusieurs heures.

Des spermatozoïdes animés de « mouvements de boussole », s'agitant sur place, sont des spermatozoïdes malades.

On ne se bornera pas à l'examen des seuls spermatozoïdes. Une étude cytologique pratiquée sur le sperme vivant et sur étalements colorés, devra le compléter, car des surprises peuvent nous y attendre. Un nombre élevé de leucocytes, la présence de polynucléaires, d'hématies, de microbes devra entraîner un examen uro-génital très complet avant de poursuivre tout traitement de la stérilité chez la femme.

On voit l'importance de ces investigations qui permettront de reconnaître la part qui revient à l'homme dans la stérilité conjugale. Si le nombre des azoospermies varie, selon les auteurs, de 5 à 15% dans l'étude des couples stériles, on peut déduire aisément que le nombre des oligospermies, des nécospermies, des pyospermies et du comportement sexuel augmente la responsabilité de l'homme.

Cette étude, d'ordre général, laisse évidemment beaucoup de points dans l'ombre. Il faut bien avouer que les recherches physiologiques sur le sperme humain sont encore difficiles et souvent décevantes. Une idée vient à l'esprit, ou plutôt, bien des hypothèses se font jour dans l'esprit de ceux qui s'intéressent à cette question: « N'existe-t-il pas, malgré les apparences, un cycle sexuel chez l'homme? Que savons-nous de l'influence du régime, de la fatigue, des toxiques? Quel est le rôle du liquide prostatique, des glandes annexes? Quel est le pH optimum? Pourquoi les cryptorchides sont-ils azoospermiques? Pourquoi est-il si difficile et presque toujours impossible de modifier une azoospermie ou une oligospermie au moyen des

diverses hormones? N'existe-t-il pas des incompatibilités spermato-ovulaires ainsi qu'en témoignent certains couples stériles dont chaque élément se montre fertile avec un autre partenaire? » (Dalsace).

« Il y a des incompatibilités humorales qui rendent la fécondation impossible », écrivait Champy. Il est, en effet, des cas trop nombreux où, après un examen complet de l'un et de l'autre, ni l'homme ni la femme ne peuvent être déclarés coupables de la stérilité. N'est-il pas permis alors de songer à une stérilité biologique par incompatibilité d'humeur? C'est ainsi que l'étude chimique et hormonale plus poussée du sperme nous révélera peut-être des surprises. Comment expliquer, en effet, ces cas qu'on connaît de conjoints stériles qui divorcent après plusieurs années et qui ont des enfants de part et d'autre dans un second lit: n'y a-t-il pas là incompatibilité d'humeurs à laquelle l'homme de loi ne pense pas quand il prononce le divorce?

Si les divers examens cliniques et biologiques paraissent mettre l'homme hors de cause, nous avons le droit non d'affirmer mais de supposer une stérilité féminine.

Nous n'avons nullement l'intention, dans les cadres restreints de ce présent article, de faire une revue générale de toutes les causes de stérilité chez la femme. Nous ne parlerons pas non plus de toutes celles, évidentes, qu'un bon interrogatoire et qu'un examen clinique soigneux permettront d'indiquer. Qu'il nous soit permis d'insister sur quelques points de la physiologie utérine et tubaire et sur les grandes lignes des données modernes de l'endocrinologie en matière de stérilité.

Point n'est besoin d'insister sur l'importance d'un examen clinique bien dirigé après un interrogatoire minutieux portant sur les antécédents familiaux, physiologiques et pathologiques de celle qui vient consulter pour stérilité.

Le premier point est de nous assurer de la possibilité « mécanique »:

- 1) De la pénétration du spermatozoïde dans les voies génitales de la femme;

- 2) de sa rencontre avec l'ovule;
- 3) de la migration de l'ovule jusqu'à l'utérus.

La pénétration du spermatozoïde dans les voies génitales de la femme peut être entravée par des lésions pouvant siéger au niveau de la vulve et du vagin, de l'utérus, des trompes ou du péritoine, et reconnaissant les causes les plus variées: anomalies de développement, vices de position, inflammations, infections, tumeurs etc. Il faut noter, entre autres, les infections du col: le bouchon purulent d'une « endocervicite chronique » est un des obstacles les plus fréquents.

Lorsqu'on est assuré d'une perméabilité des premières voies, il faut vérifier celle qu'un examen clinique ne permet pas d'affirmer. C'est alors qu'on utilisera avec profit deux procédés d'exploration qui sont l'hystérosalpingographie et l'insufflation utéro-tubaire. « Il est curieux de noter, écrit Dalsace, que les adeptes de l'une ou l'autre de ces deux méthodes tentent toujours de les opposer. » Nous considérons, au contraire, qu'elles se complètent, surtout depuis que la kymographie a permis d'explorer la physiologie tubaire.

Seule l'hystérosalpingographie au lipiodol nous donne une image complète de l'utérus et des trompes; et, en plus de jouer un rôle capital dans le diagnostic étiologique de la stérilité, elle offre l'avantage appréciable d'être aussi d'un grand intérêt thérapeutique. Grâce à la technique des images en séries de réplétion et d'évacuation, elle permet d'apercevoir les anomalies de position, de forme et différentes altérations de la muqueuse. Grâce à l'hystérosalpingographie, il nous sera possible de repérer une atrésie haute du col et d'explorer la contractilité utérine. Cette méthode d'exploration rend compte d'une perméabilité ou d'une imperméabilité tubaire. « Mieux encore, elle nous permet, véritable dilatateur liquide, de vaincre des spasmes, de redresser des courbures, de chasser un bouchon muqueux et, ce faisant, de rétablir une perméabilité absente ou compromise. » (Dalsace) « En effet, alors

que l'on n'attendait (Francillon et Dalsace) de l'hystérosalpingographie qu'un élément de diagnostic, on s'est aperçu bien vite que dans une proportion assez élevée une grossesse survenait dans les mois qui suivaient l'intervention. Après avoir cru à une coïncidence, on a dû bientôt se rendre à l'évidence. »

Le grand avantage de cette méthode est de permettre non seulement l'exploration radiologique des trompes et d'obtenir des clichés que l'on pourra étudier à loisir mais encore le lipiodol poussé avec une certaine pression est capable de « déplier, de dérouler, de désobstruer les trompes agglutinées ou coudées par les adhérences ou encore remplies par un mucus plus ou moins épais. » (Cotte)

Ainsi peut-on expliquer la fréquence des guérisons de stérilité obtenues grâce à cette méthode: 12 à 20% dans la stérilité primitive, et 25 à 33% dans la stérilité secondaire (statistiques de Dalsace).

L'insufflation utéro-tubaire kymographique est, à notre avis, le complément physiologique de l'hystérosalpingographie; et c'est grâce à elle seule que nous pouvons explorer la physiologie tubaire, la valeur fonctionnelle des trompes. Cet appareil est d'une extrême sensibilité, ce qui nous permet de mesurer les moindres contractions tubaires. Bonnet y a adjoint un robinet débit-métrique grâce auquel nous pouvons vérifier la marche d'un traitement qui vise à augmenter une perméabilité médiocre. Ce procédé très simple, qui peut être utilisé au cabinet du médecin, permet rapidement d'étudier la perméabilité tubaire et l'on peut suivre ainsi de mois en mois les progrès obtenus. « Adjoint à l'hystérosalpingographie, il permet la *visualisation* des organes pelviens (I. Stein et Arens) en créant un pneumo péritoine qui nous livre le contour externe de l'utérus et des annexes. »

Il est préférable — c'est aussi notre façon de voir — « de commencer l'exploration par l'insufflation qui peut, d'ailleurs, être recommandée plusieurs fois sans inconvénients. » (Cotte) A elle seule, elle suffit à affirmer s'il y a oui ou non perméabilité. Mais si les trompes

sont imperméables au gaz, on peut recourir à l'hystérosalpingographie au lipiodol.

Enfin, judicieusement employée, elle nous aidera sans doute à préciser certaines notions physiologiques sur le cycle menstruel.

Au cours de ces dernières années, grâce au travail persévérant de vaillants chercheurs, les notions physiologiques sur la menstruation se sont éclairées d'un nouveau jour — bien qu'il faille avouer que nous n'en connaissons pas encore le véritable mécanisme; on a pénétré plus à fond le secret des diverses hormones sexuelles et les relations interglandulaires se sont singulièrement précisées. Nous traitons aujourd'hui ces questions d'une façon plus scientifique et nous sortons peu à peu de l'empirisme dans lequel nous étions plongés. Longtemps les troubles de la femme furent rangés sous l'étiquette de l'«insuffisance ovarienne»; expression qui, souvent, ne signifiait pas grand'chose et ne servait qu'à masquer notre ignorance dans un domaine de la médecine encore insuffisamment exploré; et l'on sait aujourd'hui combien de faits contradictoires voulaient expliquer ces deux mots.

Nous n'ignorons plus maintenant qu'il existe des oligoménorrhées et des aménorrhées hyperhormonales dont la fréquence est peut-être plus grande que celle des aménorrhées hypohormonales. Nous commençons à connaître le rôle de l'ovaire sur le tractus génital et celui de l'hypophyse sur l'ovaire. Moricard a attiré notre attention sur les «métroses de réceptivité». Nous pouvons mesurer dans le sang et dans l'urine, soit au moyen de réactions biologiques, soit chimiquement, la folliculine, la progestérone et le prolan. Le métabolisme basal nous montre l'activité thyroïdienne. Et d'autres tests nous sont aussi proposés. Varangot a insisté récemment sur l'intérêt des curettages biopsiques. Ferrier a traité du syndrome hyperfolliculinique, dont nous connaissons mieux maintenant les signes cliniques, en particulier la congestion mammaire prémenstruelle. Nous avons personnellement, en 1939, étudié le problème de la persistance de l'état folliculinique en phase prémenstruelle. Cette

étude nous a permis de nous rendre compte que certaines femmes sont stériles pour la simple raison qu'elles n'ovulent pas, alors qu'elles continuent quand même à avoir leurs menstruations régulièrement tous les mois. Ces cas entrent dans la catégorie des «cycles anovulatoires». (Cf. *L'Union Médicale du Canada*, décembre 1939.)

En même temps, l'isolement des diverses hormones et leur synthèse clinique permettaient de réaliser des syndromes expérimentaux. C'est ainsi que certaines hormones synthétiques comme le testostérone se montraient capables de combattre effectivement l'hyperfolliculinisme. On a donc pu mettre en valeur des dysharmonies ou des antagonismes endocriniens et les corriger. D'autre part, l'expérimentation portant sur la stérilisation hormonale, à la suite des travaux d'Haberland, de Vogt, de Brouha, Pearl et Surface, de Gobboglio, nous montrait que toute hormone en excès entraînait soit la suppression du rut, soit une suspension des règles et déterminait une stérilité temporaire.

Enfin, les recherches de Knaus et d'Ogino, les travaux de Seguy sur la recherche de la perméabilité physiologique du col montrant l'importance des glaires cervicales translucides, nous indiquaient les périodes les plus favorables à la fécondation.

*

* *

En abordant ce travail, d'ordre plutôt général, nous n'avions nullement l'intention d'épuiser la riche matière d'un sujet aussi vaste; et ce trop rapide aperçu laisse apparaître l'extraordinaire complexité des problèmes que soulèvent l'étude et le traitement de la stérilité conjugale, les points encore obscurs et les recherches indispensables. Certes, de nombreuses précisions nous ont été apportées au cours de ces dernières années grâce à l'exploration utéro-tubaire et à l'amélioration de nos connaissances en physiologie et en pathologie endocriniennes. Aussi l'utilisation de nouvelles thérapeutiques tant chimiques, hormonales que

physiques nous a-t-elle permis d'obtenir des résultats encourageants.

Mais il reste encore beaucoup d'inconnus à la pénétration desquels il faut nous acharner sans relâche. Nous nous sommes efforcés de rassembler ici les principales idées actuellement en cours sur cette question; et, chemin faisant, nous nous sommes permis d'émettre un certain nombre d'hypothèses de travail. Il en est sans doute d'autres encore. Les problèmes gynécologiques, dont la stérilité n'est qu'un cas particulier, sont devenus trop complexes pour être abordés par un chercheur isolé. Pour progresser, pour arriver à résoudre la multiplicité des problèmes que soulèvent le dépistage, l'étude et les thérapeutiques des diverses formes souvent intriquées de ce syndrome de la stérilité conjugale, il faut une collaboration franche de plusieurs compétences: biologistes, chimistes, anatomo-pathologistes, travaillant en symbiose étroite avec le clinicien. Et c'est grâce à la conjugaison de tous ces efforts que nombre de stérilités sont devenues et deviendront de plus en plus curables, d'où la légitimité de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

- BAYLE (H.): « La stérilité masculine par lésions organiques. Le traitement chirurgical dans les séquelles de l'épididymite blennorragique. » *Le Bulletin Médical*; 49e année, no 43, 1935.
— *Société Fr. d'Urologie*. Nov. 1938.
- BONNET (L.): « L'insufflation kymographique. » *Société des Chirurgiens de Paris*, 15 mai 1936.
- CHALIER (A.): « Le traitement médical et chirurgical de la stérilité féminine. » Paris, 1936.
- COTTE (G.): « Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. » Masson, édit., 1931.
« La stérilité féminine et le problème de la dénatalité. » *Lyon Médical*, no 10, 1939.
- CHAMPY (M.): *Ve Congrès Français de Gynécologie*, 18-21 mars 1936.
- DEVRAIGNE (L.): « Traitement de la stérilité conjugale. » *Paris Médical*, no 47, 1938.
- FRANCILLON-LOBRE (Mme) et DALSACE (J.): « Diagnostic de la stérilité d'origine tubaire. » *Bull. Méd.*, 2 avril 1927, no 40.
- GEIST et GOLBERGER: « A study of the intramural portion of normal and diseased tubes with special reference to the question of sterility. » *Surg. Gyn. and Obst.* XII, 5, 1925.
- LE CHEVALLIER (H.-J.): *Thèse de Paris*, 1931.
- MOCQUOT (P.): « Radiologie de l'utérus et des trompes. » *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.*, mai 1926.
- RUBIN (I.-C.): « Tubal strictures and their localization by means of utero-tuba insufflation and the kymograph. » *Amer. Journal of Obst. and Gyn.* XX, 1, 1930.
- SEGUY (J.): « *Revue Médicale Française*, 19e année, no 9, 1938.
- SCHOCKAERT (J. A.) et DELRUE (G.): « Stérilité féminine et pH du mucus cervical. » *Bruxelles Médical*, fév. 1938.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE LAIT ÉVAPORÉ DANS LE TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE DE L'HYPERCHLORHYDRIE ET DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

Par **Honoré NADEAU**,

Professeur de Diététique, Université Laval (Québec).

L'utilisation des laits modifiés dans la Diététique de l'adulte est chose assez courante à l'heure actuelle. De nombreux cliniciens reconnaissent les bons effets que l'on peut tirer de l'usage de ces produits dans de nombreux cas où, le régime lacté étant indiqué, le lait pur ou tout simplement pasteurisé, est mal toléré à cause des fermentations qu'il entraîne ou des intolérances qu'il provoque.

Parmi ces laits modifiés il en est dont la composition, les propriétés nutritives et diététiques gagneraient d'être mieux connues et qui sont propres à répondre aux indications diététiques posées dans certaines affections, en particulier certaines maladies de l'estomac et de l'intestin. Nous voulons parler ici de l'emploi des laits évaporés ou concentrés dans le traitement diététique de l'hyperchlorhydrie simple et de l'ulcère gastro-duodéal.

Au cours de ces syndromes deux grandes indications thérapeutiques sont à retenir: diminuer la sécrétion de l'estomac, neutraliser en partie le suc gastrique hyperacide. Ces indications ont pour but de mettre l'estomac malade au repos relatif, suivant ainsi un grand principe de thérapeutique générale qui veut que tout organe malade soit mis, sinon au repos complet, du moins au repos relatif. Certes, ces deux indications peuvent être remplies dans une grande mesure par la médication antispasmodique, antisécrétoire et alcaline, mais celle-ci a toujours besoin du support d'un régime diététique bien compris, afin de pouvoir donner ses pleins résultats. C'est là que le choix des aliments qui doivent entrer

dans le régime revêt une singulière importance.

Les diverses catégories d'aliments exercent une action tout différente, selon leur composition, sur la motricité et surtout sur la qualité et le volume de la sécrétion gastrique. C'est ainsi que les corps gras possèdent des propriétés inhibitrices manifestes sur la sécrétion stomacale, probablement par calfatage des glandes gastriques. Leur digestion est à peine amorcée dans l'estomac dont la sécrétion est assez pauvre en ferment lipasique, elle se fait plutôt dans l'intestin sous l'action des ferments pancréatiques et intestinaux, après émulsion par la bile.

Par contre, les matières albuminoïdes (viandes, poissons, etc.) peuvent être comptées parmi les meilleurs excitants sécrétoires intragastriques; elles sont très actives à ce point de vue. Au cours de leur digestion gastrique les matières protéiques retiennent une assez grande quantité d'acide chlorhydrique qui se combinent aux produits de dédoublement (acidalbumines), ce qui diminue d'autant la proportion d'acide chlorhydrique libre du suc gastrique; acide libre qui semble en grande partie responsable des principaux troubles subjectifs observés au cours des dyspepsies hyperchlorhydriques et de l'ulcère gastro-duodéal. L'action neutralisante des matières protéiques semble à ce point importante que certains auteurs ont préconisé l'emploi d'un régime assez fortement carné dans le but de neutraliser le suc gastrique hyperacide.

Les féculents, les amylacés, les farineux

ont pratiquement une action nulle sur la sécrétion gastrique.

Le traitement diététique de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère gastro-duodéal doit viser à modifier le volume et la qualité de la sécrétion gastrique, à diminuer le travail de l'estomac, tout en fournissant une ration alimentaire propre à subvenir aux divers besoins de l'organisme, surtout si le régime doit être prolongé pendant quelque temps. Il y a donc lieu dans l'établissement du régime de recourir de préférence aux aliments ayant un haut pouvoir nutritif, de digestion facile, peu excitants de la sécrétion gastrique. Ces aliments sont nombreux et variés. A ce point de vue, le lait évaporé ou concentré, sucré ou non sucré, constitue un aliment très précieux à cause de sa haute valeur nutritive et de ses propriétés diététiques et digestives particulières.

La composition moyenne du lait évaporé est la suivante:

Matières grasses.....	7.9%
Lactose.....	9.9%
Caséine.....	5.7%
Albumine.....	1.1%
Sels.....	1.4%
Eau.....	73.6%
Valeur calorifique.....	1520 calories au litre

La forte teneur en matières grasses (7.9%) et en matières protéiques (6.8%) devait conférer au lait évaporé des propriétés diététiques particulières; une action inhibitrice et neutralisante sur la sécrétion stomacale. C'est ce que nous avons recherché par des expériences chez des sujets porteurs soit d'une hyperchlorhydrie simple, soit d'un ulcère gastro-duodéal bien caractérisé. Ces sujets ont d'abord été soumis à une épreuve à l'histamine afin d'établir la qualité de leur sécrétion gastrique. Puis le jour suivant on leur administre un repas d'épreuve composé de 100 à 200 c.c. de lait évaporé non dilué. Le liquide gastrique est retiré après une heure pour analyses chimiques. Voici les résultats obtenus dans quelques cas assez typiques:

Observation I. M. J. G. (Hyperchlorhydrie simple.)

Epreuve à l'histamine

	Avant l'injection	Après l'injection			
		¼ hr.	½ hr.	¾ hr.	1 hr.
Quantité.....	80 cc.	100 cc.	70 cc.	70 cc.	50 cc.
Couleur.....	lactescent.				
Réaction.....	Leg.acid.	acide	acide	acide	acide
H %.....	0	2.11%	3.42%	3.46%	1.82%
H & C.....	0.32%	2.37%	3.65%	3.65%	2.00%
C %.....	0.32%	0.26%	0.22%	0.19%	0.18%
Acid. Ferm.....	0.59%	0.44%	0.29%	0.29%	0.37%
Acid. totale.....	0.91%	2.81%	3.94%	3.94%	2.37%

Repas d'épreuve (200 cc. de lait évaporé)

Quantité.....	225 cc.
Couleur.....	lactescent
Réaction.....	acide
H %.....	néant
H & C %.....	0.98%
Acide lactique.....	0.91%
Acidité totale.....	1.89%

Observation II. M. Ch. M. (ulcère pyloro-duodéal.)

Epreuve à l'histamine

	¼ hr.	½ hr.	¾ hr.	1 hr.
Quantité.....	80 cc.	130 cc.	120 cc.	20 cc.
Couleur.....	lactescent.	lactes.	lactes.	lactes.
Réaction.....	acide	acide	acide	acide
H %.....	1.97%	2.55%	3.83%	3.63%
H & C %.....	2.33%	2.77%	4.01%	4.01%
Acid. ferm.....	0.22%	0.36%	0.37%	0.22%
C %.....	0.36%	0.22%	0.18%	0.36%
Acid. totale.....	2.55%	3.13%	4.38%	4.23%

Repas d'épreuve d'Ewald:

Quantité.....	500 cc.
Couleur.....	jaune pâle
Réaction.....	acide
H %.....	1.64%
H & C %.....	2.19%
C %.....	0.55%
Acid. ferm.....	0.25%
Acid. lactique.....	néant
Acidité totale.....	2.44%

Repas d'épreuve (150 cc. de lait concentré)

Quantité.....	60 cc.
Couleur.....	lactescent
Réaction.....	acide
H %.....	néant
H & C %.....	0.65%
Acid. ferm.....	0.62%
Acid. lactique.....	néant
Acidité totale.....	1.27%

*
* * *

Des recherches similaires ont été effectuées chez de nombreux sujets présentant soit une hyperchlorhydrie simple, soit un ulcère gastro-duodénal avec hyperacidité; elles ont toujours donné des résultats à peu près identiques: diminution considérable de l'acidité totale, diminution et parfois disparition complète de l'acide chlorhydrique libre avec élévation du taux de l'acide chlorhydrique combiné.

L'étude du chimisme gastrique après ingestion de lait évaporé explique donc, en grande partie, les résultats obtenus en clinique par l'emploi de ce produit au cours de l'hyperchlorhydrie simple et de l'ulcère gastro-duodénal. L'ingestion d'une certaine quantité de lait évaporé est rapidement suivie de la disparition des sensations de brûlures, de crampes, de serremments épigastriques qui sont le lot des hyperchlorhydriques et des ulcéreux. Le lait évaporé séjourne habituellement 3 à 4 heures dans l'estomac; la sensation de bien-être digestif qui suit son ingestion se prolonge donc beaucoup plus longtemps qu'après l'ingestion de lait ordinaire ou d'alcalins. D'ailleurs l'action des alcalins est beaucoup plus persistante s'ils sont administrés avec une certaine quantité de lait évaporé non dilué. Dans de nombreux cas le lait concentré non dilué pris à la dose de 100 à 150 c.c., toutes les 2 ou 3 heures, remplace avec avantage les prises alcalines. A part son action calmante, le lait évaporé constitue un apport nutritif non négligeable chez des sujets souvent inanitiés qui ont besoin d'une alimentation riche sous un petit volume.

Au cours du traitement diététique de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère gastro-duodénal le lait évaporé remplace avec avantage le lait ordinaire simple ou additionné de crème; il est moins souvent cause d'intolérance; il est d'un maniement plus facile et d'un coût de revient moins élevé.

Le lait évaporé se prend le plus souvent

tel quel, sans aucune dilution. Au début du traitement, lorsque les troubles digestifs sont importants, il y a souvent avantage de l'associer à la médication alcaline. Après chacun des trois principaux repas on administre une prise alcaline, celle-ci est répétée toutes les deux ou trois heures, en même temps on fait ingérer 100 à 150 c.c. de lait évaporé. L'action des alcalins se trouve ainsi amplement renforcée, et, très souvent, on assiste à une régression rapide des troubles digestifs subjectifs; l'effet du lait évaporé sur les douleurs gastriques est parfois remarquable. Au fur et à mesure que l'amélioration se fait sentir, il y a lieu de diminuer les doses alcalines, de les espacer, pour en arriver à les supprimer complètement, tout en continuant les prises de lait évaporé. Il y a parfois avantage à faire prendre au malade une certaine quantité de lait évaporé (2 à 3 cuillerées à soupe) avant chacun des principaux repas dans le but de diminuer le volume de la sécrétion psychique et de la sécrétion chimique provoquée par le contact des aliments sur la muqueuse gastrique. Il est inutile d'insister sur le fait que les aliments qui entrent dans le régime doivent être choisis parmi les moins excitants. D'ailleurs ce régime sera toujours assez restreint, le lait évaporé étant par lui-même très nutritif, puisqu'il peut fournir plus de 1,500 calories au litre; de plus, les laits évaporés de bonne marque sont assez riches en vitamines indispensables.

L'emploi assez large du lait évaporé dans le traitement diététique de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcéreux amène le plus souvent une reprise rapide des forces, de l'appétit et du poids chez des sujets fatigués, amaigris, émaciés, affaiblis, par suite de restrictions alimentaires trop grandes qui leur ont été imposées, souvent à tort, par leur médecin traitant, ou qu'ils se sont imposés eux-mêmes dans l'espoir d'y trouver un soulagement à leurs troubles digestifs. Dans tous les cas on voit apparaître une amélioration rapide de l'état général, en même temps que les signes subjectifs ne tardent pas à s'effacer. Il semble bien

que dans la majorité des cas observés, les modifications du milieu gastrique provoquées par les prises répétées de lait évaporé, fassent naître les conditions les plus favorables à la cicatrisation de l'ulcère, diminuant ainsi les risques de complication, et permettant un retour plus rapide à une alimentation plus large et plus variée.

Grâce à sa composition (richesse en graisses

et en protéines), à sa haute valeur nutritive (plus de 1,500 calories au litre), à ses propriétés diététiques particulières, le lait évaporé ou concentré non dilué s'avère un adjuvant alimentaire précieux dans le traitement diététiques de nombreuses affections digestives, en particulier, l'hyperchlorhydrie et l'ulcère gastro-duodéal.

ANÉMIE FERRIPRIVE ¹

Par **Charles TURCOT**,

Chef du Service de Pédiatrie
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

C'est la forme la plus fréquente des anémies de l'enfance. C'est une anémie par carence qui se rapproche par quelques-uns de ses caractères cliniques de la chlorose des jeunes filles, mais en diffère par sa pathogénie. Dans le premier cas, c'est l'apport du fer qui fait défaut, dans le second c'est la fixation de l'élément ferrugineux qui se trouve troublée.

L'on comprendra mieux la fréquence de cette forme particulière d'anémie, chez le nourrisson, en pensant à la consommation considérable de fer que celui-ci doit faire par la formation de ses globules et de ses muscles. Il est à noter que la masse sanguine et musculaire augmente considérablement durant les deux premières années de l'enfant et il épuise bien vite les réserves accumulées dans son foie durant la vie fœtale.

C'est cette forme habituellement bénigne d'anémie que je voudrais résumer sommairement en m'inspirant des travaux et des auteurs qui en ont donné une description magistrale (Hallez, Tixier, Bleshman, Apert, etc.), et que quelques-uns voudraient voir désignée du terme plus précis et suggestif d'oligosidérémie (peu de fer dans le sang).

1. Travail présenté à la « Société Médicale de Québec », le 17 mars 1940.

CARACTÈRES CLINIQUES

Elle est caractérisée cliniquement par une décoloration plus ou moins accentuée des téguments et des muqueuses. La numération des globules rouges ne met en évidence aucune diminution notable des hématies, par contre la quantité d'hémoglobine est extrêmement réduite. Ce sont là les principales raisons qui font rapprocher cette forme d'anémie de la chlorose et la plupart des auteurs lui assignent les caractères hématologiques suivants: le chiffre des hématies est normal, la valeur globulaire est réduite de moitié du fait de la diminution considérable du taux de l'hémoglobine, absence de réaction myéloïde, anisocytose, poïkilocytose. Il peut d'ailleurs y avoir une légère leucocytose variable selon les cas et la cause qui a engendré l'anémie.

La pauvreté du fer dans l'organisme du jeune enfant serait la cause première de cette maladie du sang, soit que la réserve de fer soit insuffisante au moment de la naissance, soit que la provision de ce métal vienne à s'épuiser par suite de la prolongation au delà de la première année d'un régime très pauvre en fer (lait, farineux, etc.).

Les troubles gastro-intestinaux chroniques peuvent donner lieu aux mêmes conséquences

et l'on sait que cette forme se rencontre de préférence chez les nourrissons, vers 12 à 18 mois, et surtout ceux qui ont eu des accidents gastro-intestinaux au moment du sevrage et qui n'ont pas un régime adéquat à leur âge, régime trop pauvre ou souvent trop riche mais comportant presque exclusivement du lait en trop grande quantité.

Les vomissements, la constipation avec alternatives de diarrhée, les colites aiguës ou chroniques sont des signes habituels qui précèdent et qui accompagnent très souvent l'anémie.

On fait remarquer au médecin que depuis quelques semaines l'enfant est triste, grognon ou irritable; l'anorexie est de règle, à peine ébauchée dans quelques cas, à un ou plusieurs repas de la journée. Elle atteint parfois un degré extrême, l'enfant refusant systématiquement toute alimentation.

Les téguments d'une teinte gris cendré sont légèrement bouffis, les yeux sont cernés, les muqueuses décolorées. On note quelquefois une dyspnée que n'explique aucune lésion de l'appareil respiratoire. On trouve parfois des souffles anémiques extracardiaques et des souffles vasculaires. La faiblesse est plus ou moins accusée et le pouls est plus rapide.

L'absence de température est de règle. Cependant on peut observer, en dehors de toute complication pulmonaire ou banale, de petites élévations thermométriques. Il faut aussi savoir qu'il y a entre les différentes formes des anémies des nourrissons de nombreux termes de passage et beaucoup de caractères communs et des auteurs, grâce à des examens en série, ont pu mettre en évidence, chez le même enfant, plusieurs variétés d'anémie.

Je voulais simplement démontrer que l'anémie ferriprive à type chlorotique n'était que l'exagération d'un caractère dominant des anémies du jeune âge; c'est-à-dire: la diminution de l'hémoglobine et de la valeur globulaire, quel que soit le nombre des globules rouges dont le chiffre variable d'un jour à l'autre tourne autour de la normale.

CAUSES

Je regrette de ne pouvoir que mentionner les nombreuses causes qui peuvent être à l'origine de cette forme particulière: la tuberculose, le parasitisme intestinal, la syphilis héréditaire, et je ne dirai que quelques mots sur celle qui paraît être la plus fréquente, c'est-à-dire: la cause digestive.

L'enquête auprès de la famille montre que, au-dessous d'un an, les troubles digestifs sont souvent occasionnés par une alimentation défectueuse, soit lait de mauvaise qualité (nourrice insuffisante), lait falsifié ou de qualité inférieure, soit du bon lait tantôt donné en trop grande abondance, tantôt en trop petite quantité, éventualité beaucoup plus rare. Entre un ou deux ans, c'est quelquefois la continuation d'un régime lacté ou farineux dont la teneur en fer est insuffisante, qui cause cette anémie. Mais dans bien des cas, on doit incriminer les accidents où l'administration en quantité immodérée d'aliments qui ne conviennent pas à l'âge de l'enfant.

PRONOSTIC

Exception faite pour les formes de transition dont j'ai parlé tantôt, le seul intérêt pour le praticien du diagnostic de cette forme d'anémie est de savoir que dans la majorité des cas, il pourra donner l'assurance aux parents que l'anémie disparaîtra avec une extraordinaire rapidité sous l'influence du traitement ferrugineux dont je vais vous entretenir maintenant.

TRAITEMENT

Il est à peine besoin de rappeler qu'un bon régime, des soins hygiéniques, des vitamines et une aération convenable sont autant de facteurs indispensables pour assurer le succès du traitement médicamenteux.

Il est classique de dire que le traitement arsenical produit une augmentation du nombre des hématies et que le traitement ferrugineux a pour conséquence un accroissement du taux de l'hémoglobine. En réalité, on doit se méfier

de l'arsenic donné généralement sous forme de liqueur de Fowler chez les nourrissons anémiques qui ont présenté des troubles digestifs. Il n'est pas rare de voir l'anémie s'accroître après l'administration même prudente de liqueur de Fowler, et ce dont il faut savoir se méfier, c'est que le fait peut se produire même quand les fonctions gastro-intestinales étaient régularisées depuis longtemps. Il est fort probable que l'action nocive de l'arsenic est la conséquence des altérations du foie si fréquentes au cours des troubles digestifs de l'enfant et particulièrement des gastro-entérites. C'est donc sans contredit la médication ferrugineuse qui donne les résultats les plus rapides, les plus constants, les plus durables.

Le protoxalate de fer est la préparation la plus usitée. C'est une poudre jaune, que vous connaissez tous, dépourvue de mauvais goût, que l'on peut incorporer dans des purées de légumes, des bouillies ou même dans un biberon de lait. Avant de commencer la médication ferrugineuse, on doit s'assurer, par la prescription d'un régime en rapport avec les accidents et l'âge de l'enfant, du fonctionnement parfait du tube digestif. Il convient, si l'on veut agir vite, de donner des doses fortes qui, généralement, sont bien tolérées, 10, 15 ou 20 centigrammes, chaque jour, en deux ou trois prises, mais il est préférable de débiter, le premier jour, par une dose faible, 5 centigrammes, pour tâter la susceptibilité individuelle, en arrivant aux doses massives précitées qu'il est le plus souvent inutile de dépasser.

Les vomissements sont exceptionnels, la tolérance est d'ordinaire parfaite; toutefois, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, où le fer a la réputation de constiper, les selles peuvent devenir un peu plus fréquentes et même légèrement diarrhétiques. D'autre part, chez les enfants prédisposés, le fer peut à la longue favoriser l'apparition d'éruptions diverses prurigineuses ou non maculeuses mais surtout papuleuses. Il suffit de suspendre pendant quelques jours le médicament pour voir les ac-

idents digestifs ou cutanés disparaître. La médication sera reprise ensuite mais à dose un peu plus faible.

Il est habituel de constater que les selles prennent une teinte d'autant plus noire que l'assimilation du médicament est moins complète. Dans ce cas, on peut donner, une heure après le repas, quelques gouttes d'acide chlorhydrique dilué ou de jus de citron qui aideront à l'absorption du fer résiduel sous une forme chimique plus assimilable.

Le protoxalate de fer constitue le médicament de choix, il est d'un maniement facile, aussi n'avons-nous qu'exceptionnellement recours au lactate de fer, au sous-carbonate de fer, au citrate de fer ammoniacal ou au glycérophosphate.

La teinture de mars à base de tartrate ferrico-potassique est une bonne préparation, très facilement acceptée par les nourrissons, puisqu'on peut la donner à la dose de 10 à 30 gouttes dans du sirop.

Le protoiodure de fer est moins bien toléré par le tube digestif; il a en outre l'inconvénient de noircir les dents. Quant aux différentes combinaisons diverses de l'hémoglobine, elles donnent souvent des résultats appréciables, dans les formes où les troubles digestifs prédominent. Il existe un grand nombre de spécialités dont le principe actif est le fer et qui recherchent la faveur soit du grand public soit du public médical. Les meilleures sont celles qui contiennent le protoxalate de fer. Le praticien donnera la préférence aux granules qui sont plus faciles à prendre et mieux assimilés que les pilules. Certains granules à base de protoxalate de fer enrobés dans le sucre de vanille et du cacao sont particulièrement bien acceptés par les nourrissons anémiques et anorexiques. Ils rendent en pratique courante de réels services.

Les résultats du traitement ferrugineux sont rapides. En l'espace de huit ou dix jours, la coloration des muqueuses puis des téguments se rapproche de la normale; l'enfant devient

plus gai; le nombre des hématies s'accroît dans des proportions notables tandis que l'hémoglobine augmente d'une façon telle que la valeur globulaire se rapproche progressivement de l'unité.

Dans les formes habituelles, vingt jours de traitement suffisent pour assurer la rénovation sanguine. Dans les formes plus tenaces, la médication est continuée pendant 2 ou 3 mois consécutifs, comprenant 20 jours de traitement et 10 jours de repos. Il est surtout indispensable de continuer l'usage de fer lorsque la cause de l'anémie n'a pu être enrayée avant le début du traitement.

Cette vieille médication est infiniment supérieure, dans la majorité des cas, aux traitements opothérapiques, — (moelle osseuse, gastérine ventrex, etc. —), aux injections hématopoïétiques de sérum physiologique ou d'eau de mer.

D'ailleurs, la médication hypodermique n'est pas toujours bien supportée par le nourrisson; la douleur locale qu'elle provoque risque d'accentuer l'état de nervosité de ces petits anémiques. Ces injections prolongées au delà de 10 à 15 fatiguent les organes hématopoïétiques et deviennent ainsi un facteur supplémentaire d'anémie.

Lorsque le traitement ferrugineux ne donne pas un résultat décisif dès la première série de médication, c'est qu'il existe généralement une cause adjuvante ou autre, auxquelles il faut s'adresser.

En d'autres termes, il est indispensable d'associer au protoxalate de fer le traitement spécifique de la cause qui a engendré l'anémie.

Les extraits spléniques, hépatiques et surtout de muqueuse gastrique sont des adjuvants très utiles dans certains cas particuliers où le traitement classique se fait attendre dans ses résultats.

Il s'est fait beaucoup de bruit dans ces dernières années autour des albuminates et des peptonates de fer. Leur emploi est très logique en apparence, puisque, d'après nombre d'auteurs, le fer, quelle que soit la forme sous laquelle il est administré, se transforme d'abord en albuminate avant de passer dans le sang. La préparation que l'on trouve se prépare habituellement en précipitant le blanc d'oeuf par le perchlorure de fer liquide.

On a beaucoup perfectionné cette thérapeutique en Allemagne, où Schmiedelieng a extrait du foie de porc une substance ferrugineuse, la ferratine, qui, administrée à la dose de 0.10 à 0.50 centigr. chez l'enfant, constituerait une cure très efficace et rapide de cette forme particulière d'anémie.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT: *Pédiatrie*.
 HALLEZ: « Anémie ferriprive. » *Prat. Méd. Française*, n° 12.
 BLECHMAN: *Année Médicale Pratique*, 1929 à 1939.
 TIXIER: *Traité de Médecine des Enfants*.
 NOBECOURT: *Pédiatrie*.
 AUBRY: Chlorose. *Traité de Thérapeutique pratique* (Robin) 6 vols.

LA BIOPSIE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE¹

Par Jacques GAUTHIER.

Chez la femme, comme chez les autres mammifères, les divers éléments du tractus génital, les glandes mammaires mêmes, sont l'objet de modifications en rapport avec le

cycle de l'ovaire. Cependant s'il nous est possible de suivre l'évolution des modifications de la muqueuse utérine au moyen de petites biopsies faciles à répéter au cours d'un même cycle, celles de la trompe et des glandes mammaires échappent à nos moyens d'investiga-

1. Service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, dirigé par le professeur Léon Gérin-Lajoie.

tions; quant à celles du vagin, elles sont beaucoup moins nettes que celles observées chez les petits rongeurs et il y a à cet endroit du tractus génital une cause d'erreur sur laquelle nous reviendrons un peu plus loin, car l'histologie de la muqueuse vaginale n'est pas toujours en rapport avec l'activité ovarienne.

C'est à Novak en Amérique et à Moricard en France que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur l'exploration cyto-hormonale de la muqueuse utérine. Chaque mois, l'endomètre subit l'influence successive des deux hormones ovariennes: la folliculine et la progestérone. Dans les conditions normales, l'hémorragie menstruelle terminée, sous l'influence de la folliculine sécrétée par l'ovaire, l'endomètre se régénère et prolifère, d'où formation de nombreux tubes glandulaires à disposition hélicine et s'enfonçant dans le chorion qui augmente ainsi d'épaisseur et devient œdémateux. Ce processus évolue jusqu'à la ponte ovulaire qui se fait ordinairement du 16e au 12e jour avant la date d'apparition des règles comme l'ont montré Ogino et Knaus. La ponte effectuée, le follicule se transforme en corps jaune; à ce moment intervient l'hormone excrétée par le corps jaune, la progestérone. Sous son influence, les tubes glandulaires changent d'aspect: leur paroi est soulevée par des épines conjonctives mises en évidence par l'impregnation de la réticuline, comme Moricard l'a montré. Mais surtout, on voit apparaître au niveau des éléments cellulaires qui tapissent les culs-de-sac glandulaires des phénomènes sécrétoires et à leur partie basale et principalement dans leur zone apicale, des gouttes de glycogène qui prennent, sous l'influence de coloration à l'iode, une teinte brune acajou caractéristique.

L'expérimentation a démontré que ces modifications fonctionnelles dépendent des hormones ovariennes, car l'administration à des femmes castrées, mais conservant leur utérus, de la folliculine et de la progestérone successivement, a permis de reproduire au niveau de la muqueuse utérine les différents aspects décrits précédemment. (Cotte, Mori-

card, Kaufman, Clanberg, Allen, Corner.) Il est connu aussi que chez la guenon, et probablement aussi chez la femme, il y a des menstruations non précédées d'ovulation (Corner, Allen, Novak, Courrier). C'est précisément dans ces cas que la muqueuse utérine à la phase prémenstruelle ne présente pas de phénomènes sécrétoires.

C'est en se basant sur ces données physiologiques et expérimentales que la présence du glycogène dans la muqueuse utérine est devenue un test d'action de la progestérone et que les auteurs en ont conclu que, s'il y a du glycogène dans les tubes glandulaires, c'est que la vésicule de De Graaf en évolution s'est transformée en corps jaune. Dans des travaux assez récents, Mocquot et Moricard, après avoir fait de nombreux examens chez des cas normaux et pathologiques, ont montré que du 20e au 28e jour du cycle menstruel on trouve généralement du glycogène au niveau des tubes glandulaires utérins. Le glycogène apparaît ordinairement vers le 16e jour et devient abondant dans les 2 ou 3 jours qui précèdent la menstruation non seulement dans les éléments cellulaires, mais aussi dans la lumière des glandes.

Il est encore difficile au point de vue histologique de dire si la présence du glycogène est spécifique de l'action de la progestérone. En effet, Corner chez la guenon a trouvé des traces de glycogène sous la seule action de la folliculine et Moricard, de même, une activité sécrétoire marquée dans quelques cas où il y avait absence de glycogène. Mais ce ne sont que de rares cas et malgré les réserves à faire à leur sujet, il faut admettre que l'apparition massive du glycogène dans la muqueuse utérine est due en grande partie à l'action de la progestérone.

En se basant sur ces faits, il semble que l'examen de la muqueuse utérine permet d'apprécier le fonctionnement de l'ovaire. Si l'endomètre présente des signes de prolifération normale, c'est que l'ovaire sécrète de la folliculine et une prolifération exagérée telle que constatée dans l'hyperplasie glandulo-kysti-

que de l'endomètre est fonction d'une hyperfolliculinémie, due soit à une sécrétion exagérée de folliculine, soit à une absence de sécrétion de progestérone. De plus la présence de phénomènes sécrétoires au niveau des tubes glandulaires en phase prémenstruelle permet de conclure que la muqueuse a subi l'influence du corps jaune et que l'action de la progestérone est venue s'ajouter à celle de la folliculine.

Au point de vue technique, ces explorations sont assez faciles. On se sert soit d'une petite curette à bords parallèles, soit de petits tubes tranchants décrits par Cotte et Lepine, soit d'une canule à aspiration telle qu'employée par Novak. Il est bien entendu qu'avant toute manœuvre, il faut s'assurer qu'il n'y a pas de grossesse en cours, ni quelque état infectieux du col ou des annexes.

*
* *

Et maintenant quelques mots sur les applications pratiques tirées de cette exploration cytologique.

Avec les connaissances actuelles du rôle de l'ovaire dans la pathogénie de beaucoup de troubles fonctionnels de l'appareil génital, c'est dans ce domaine surtout que l'exploration cytologique peut rendre service. Si nous connaissions mieux le cycle de la folliculine ou de la progestérone dans le sang et l'urine, nous arriverions même à saisir le mécanisme de certaines aménorrhées, ou ménorragies, ou stérilités et leur traitement en serait d'autant plus juste.

Dans les aménorrhées, l'exploration cytologique permet de séparer les aménorrhées hyperhormonales avec utérus à développement normal ou même hyperplasique des aménorrhées hypohormonales avec utérus infantile ou pubescent.

Dans certaines dysménorrhées fonctionnelles, elle permet de déceler les activités irrégulières ou non compensées de la folliculine ou de la progestérone.

Dans certaines stérilités, elle laisse supposer, si les phénomènes sécrétoires prémenstruels sont présents, que l'ovulation et la formation du

corps jaune se font dans des conditions normales. L'étude des contractions utérines le confirme d'ailleurs, car pendant l'évolution du corps jaune l'utérus ne répond pas à l'excitation provoquée par une injection d'hypophyse postérieure (Knaus). Dans ces cas le pronostic est plus favorable que si la muqueuse a une évolution incomplète. Dans certaines métrorragies, après avoir éliminé toute lésion organique, l'absence de phénomènes sécrétoires et la présence d'une prolifération exagérée de la muqueuse utérine apporte la preuve de l'origine folliculaire de ce trouble et l'indication de freiner l'hypophyse par de la progestérone ou par l'hormone mâle ou par du prolan à action lutéinisante de façon à combattre l'hypolutéinémie et le développement de nouveaux follicules.

Avant de terminer, un mot seulement de l'examen de la muqueuse vaginale. Cet examen est certainement plus facile à faire que celui de la muqueuse utérine mais il y a ici une cause d'erreur qui mérite d'être mentionnée et qui doit faire abandonner cet examen pour le moment. En effet après une injection de folliculine il y a hyperhémie de la muqueuse vaginale et kératinisation des cellules de cette muqueuse; si en même temps, certaines substances, telle que l'atropine, qui empêchent l'hyperhémie, sont injectées, la kératinisation des cellules vaginales ne se produit pas, tandis qu'en injectant d'autres substances telles que l'yohimbine, qui produisent une hyperhémie, il y a kératinisation des cellules vaginales sans injection concomitante de folliculine; d'où l'action de la folliculine sur la muqueuse vaginale n'est pas spécifique mais secondaire à l'hyperhémie. De plus la kératinisation des cellules vaginales a été constatée chez des animaux qui présentaient des ovaires et un utérus atrophiés à la laparotomie.

En terminant, il semble qu'après ces données il est permis de conclure que l'examen histologique de la muqueuse utérine est maintenant un des meilleurs moyens mis à notre disposition pour juger de l'activité ovarienne et qu'il mériterait d'être appliqué plus souvent.

BIBLIOGRAPHIE

- E. ALLEN: «Sex and internal secretions.» Williams & Wilkins édit., Baltimore 1934.
 E. ALLEN et DOISY: *Physiol. Review* 7: 1927.
 E.-B. ASTWOOD: *Endocrinology* 23: 25; 1938.
 G. COTTE: «Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.» Masson et Cie édit, Paris, 1931.
 G. COTTE et MILEFF: *Monde Médecine*, 31 (mars) 1939.

- Lev HECHTER et SOSKINS: «The relations of hyperhæmia to the action of oestrin.» *Endocrinology* 28: 73 (janvier) 1940.
 H. SIMONNET: «L'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique.» Masson et Cie, édit., Paris 1937.
 H. SIMONNET et ROBEY: «Le corps jaune.» Masson et Cie, édit., Paris 1939.
 ZONDEK: «Les affections des glandes endocrines et leur traitement.» Maloine, édit., Paris 1938.

MÉDECINE SOCIALE

L'HYGIÈNE PUBLIQUE

Par Adélarde GROULX,

Directeur du Service de Santé, Montréal.

La médecine préventive ou l'hygiène est cette branche de la médecine dont on peut résumer l'enseignement par ces simples mots qui sont d'ailleurs toute son étymologie: la façon de se bien porter. Jean-Jacques Rousseau va jusqu'à dire, dans son *Emile*, que l'hygiène est moins une science qu'une vertu.

«C'est la science, écrit le professeur Beau-doin, qui nous enseigne les lois de la santé.» Son but est donc la conservation et l'amélioration de la santé.

L'hygiène publique a un but plus vaste, son champ d'action est plus étendu. Elle intéresse la collectivité; elle considère bien l'individu mais en tant que partie de la famille et de la société.

L'hygiène publique a une portée sociale et nationale. Devant ses exigences, l'individu doit s'effacer. L'intérêt général prime ici l'intérêt personnel, qu'il s'agisse de l'individu, de groupes professionnels ou d'autres catégories de personnes.

«L'hygiène publique, écrit le professeur «I. V. Hiscock (citation Beau-doin), est celle «qui développe et conserve la santé et qui «prolonge la vie au moyen d'activités collec-tives organisées en vue de pourvoir à la «salubrité du milieu, d'assurer le contrôle «des maladies contagieuses, de découvrir et «de traiter les maladies dès leur apparition,

«de faire l'éducation de la population sur les «principes de l'hygiène.»

Pour l'avenir de notre jeune pays et la survivance de notre race, la santé publique est un facteur primordial.

Evolution de la médecine préventive

Chez les Egyptiens, l'hygiène personnelle était très répandue et très avancée. L'embaumement des cadavres demeure, encore de nos jours, un exemple frappant de leur souci de se garantir des épidémies et des dangers que représentaient pour eux les restes des morts.

Chez les Grecs, on adorait Hygie, fille d'Esculape, déesse de la santé, qui avait sa large place dans la mythologie. La pratique de la culture physique, le développement intense de l'art de la lutte, le culte des muscles y prédominaient.

Chez les Romains aussi, l'hygiène était l'objet d'une attention particulière. Les piscines à ciel ouvert, certains travaux publics comme les aqueducs et les égouts, avaient atteint un degré de perfection dont notre ère s'enorgueillerait. Après les Romains, cette science semble avoir rétrogradé, mais au temps de la Renaissance, des épidémies nombreuses effrayèrent les populations et forcèrent les administrateurs publics à prendre des mesures d'ensemble pour les prévenir.

Au moyen âge, cette entreprise contre le paganisme a eu pour conséquence le mépris du « corps humain ». Toutefois, la lèpre est considérée contagieuse et l'on prend des mesures pour la prévenir.

Lors de l'apparition d'épidémies de typhus et de variole, la notion de contagion fut acquise et la quarantaine « vénitienne » établie. La syphilis attira l'attention.

Au début du XVIIe siècle, le capitaine John Brown entreprit l'étude des statistiques vitales. Cependant, il y a moins d'un siècle que les organisations d'hygiène publique proprement dites ont été établies de façon permanente, avec un programme bien défini dont le but était la prévention des maladies et la sauvegarde de la santé publique.

La première organisation d'un bureau d'hygiène fut instituée en Espagne. En 1752, le bureau royal de la santé recommandait l'isolement des tuberculeux et la désinfection de leur logis. Chopin dut quitter ce pays parce qu'il souffrait de tuberculose.

Naples et le Portugal suivent le mouvement et divers bureaux d'hygiène sont organisés.

Le bureau d'hygiène de Baltimore, aux Etats-Unis, fut organisé en 1795.

Un service de santé fut établi à Liverpool en 1838. On constate que la maladie est l'une des plus grandes afflictions du pauvre; l'abatre ou la diminuer, telle est l'ambition de Edwin Chadwick (1880-90) et de ses collaborateurs. L'hygiène publique a surtout son origine en Angleterre; il y a environ un siècle, au cours d'un grand mouvement d'altruisme, la malpropreté, la pauvreté, les maladies, l'exploitation de l'enfance et les heures excessives de travail incitèrent bien des Anglais à entreprendre une réforme.

L'évolution de la médecine préventive d'après Chapin, peut se diviser en *trois grandes périodes*:

1. celle de la salubrité ou théorie des miasmes;
2. celle de la bactériologie et du contrôle des maladies contagieuses ou théorie des germes;

3. celle de l'enseignement public et de la théorie de l'aspect social de la maladie et des facilités de traitement.

Nous commenterons sommairement ce chapitre dans le présent article.

I. PÉRIODE DE LA SALUBRITÉ.

La première phase, celle de la salubrité, est basée sur la théorie des miasmes *i. e.* sur la croyance que les maladies épidémiques chez les humains sont engendrées par la présence dans l'air de germes et de gaz résultant de la décomposition de matières végétales ou animales. On estimait aussi que, en plus de causer des maladies spécifiques comme le choléra, le typhus et la diphtérie, ces émanations nuisaient à la santé, ouvraient la voie à l'infection et entraînaient des conditions généralisées de débilité.

Le « Public Health Act » et la création du « National Board of Health » d'Angleterre, en 1848, furent les résultats du travail de ces pionniers.

Le but de ces novateurs était d'obtenir les résultats suivants:

- a) avoir des rues et des cours propres;
- b) avoir des maisons bien tenues et salubres;
- c) éliminer les nuisances;
- d) prévenir l'encombrement des habitations sur une superficie donnée;
- e) éviter le surpeuplement des logements;
- f) améliorer la construction;
- g) construire des égoûts, des cabinets d'aisances ou des lieux d'aisances;
- h) fournir un approvisionnement d'eau potable.

Les premières mesures de salubrité eurent d'heureux résultats. Citons les suivants:

- une certaine diminution du taux de la mortalité générale;
- l'élimination du choléra;
- la diminution de la typhoïde et de la diarrhée attribuables à l'amélioration des procédés de disposition des excréments humains, au moyen d'égoûts ou de puisards

et à l'approvisionnement d'une eau potable.

La diminution de l'encombrement des habitations a été la cause probable d'une diminution de la vermine, d'où l'élimination du typhus. Il est aussi probable que l'amélioration des logements et l'eau en abondance ont créé des habitudes de propreté chez les individus qui ont contribué, dans une certaine mesure, à prévenir les maladies qui se propagent par les sécrétions du nez et de la gorge.

Après l'évolution de la médecine préventive en Europe, je crois qu'il y a lieu de jeter un coup d'œil sur cette évolution en Amérique. Il faut nécessairement prendre les Etats-Unis comme barrême, le Canada emboitant le pas aux initiatives prises chez nos voisins d'outre 45e avec, en général, quelques années de retard. Aux Etats-Unis, la théorie des miasmes a progressé rapidement et fut promptement acceptée. La profession médicale fut fortement influencée par l'enseignement du clinicien anglais Murchison qui insistait sur le fait que la malpropreté engendrait les maladies. On partageait cette opinion quant à la fièvre jaune, la maladie épidémique la plus virulente aux Etats-Unis à cette époque.

Un hygiéniste en vue de ce temps, le colonel Waring, enseignait que la malpropreté est une cause de maladie, que toute décomposition ou pourriture est dangereuse, que le plus petit défaut dans un système de plomberie peut faire pénétrer dans une maison une infinité de gaz dangereux. Il prétendait que la névralgie, la fièvre scarlatine, le choléra, la dysenterie, la méningite cérébro-spinale, la diphtérie, la tuberculose sont causées par un air vicié ou de l'eau polluée.

En 1877, à Providence, il y eut une terrible épidémie de diphtérie (mortalité 331 par 1000 de population). A peu près personne ne croyait à sa contagiosité et aucune mesure d'isolement ne fut prise. On attribuait les ravages de cette maladie aux impuretés de l'air provenant d'un drainage insuffisant. A Providence, jusqu'en 1899, on soutint cette opinion que la fièvre scarlatine n'était pas contagieuse.

La théorie des miasmes, ou cette croyance que les gaz et les émanations sont des causes de maladie, continuait de faire école. Les seuls employés des services d'hygiène d'alors étaient des inspecteurs sanitaires, des *nuisances inspectors*. On appelait surtout *nuisances*, les mauvaises odeurs, les émanations de toutes sortes provenant des égouts, des abattoirs, des aliments ou fruits gâtés, des industries, etc. Tout le monde était si convaincu que la malpropreté était la seule cause de maladie que lors de la terrible épidémie de fièvre jaune à la Havane en 1897, le gouvernement y délégua le colonel Waring pour nettoyer cette ville et ses habitations. Le colonel en fit la ville la plus propre qui soit au monde; cependant, l'année suivante, une nouvelle épidémie y fit des ravages sans précédent, et sévissait surtout dans les meilleurs quartiers de la ville.

Entre 1840 et 1870, il y eut peu de changements dans les mesures sanitaires.

A New-York, en 1860, le service de santé présente un intéressant rapport sur les conditions sérieuses dans cette ville au temps de la Guerre civile; cela entraîna la formation d'un bureau métropolitain d'hygiène. Les pouvoirs les plus extraordinaires avaient été donnés à ce bureau, plus qu'aucun service de santé n'en aura jamais.

Une commission fut d'abord établie dans l'Etat du Massachusetts où les conditions étaient semblables à celles de l'Angleterre. Un bureau d'hygiène y fut institué en 1869, après la Guerre civile.

Les erreurs de cette théorie peuvent se résumer dans ces trois aphorismes:

1. les maladies sont engendrées par la malpropreté, au lieu d'admettre simplement qu'elles peuvent se propager par la malpropreté;
2. toute malpropreté est dangereuse alors que le danger vient surtout des sécrétions et des excréctions du corps humain;
3. l'air impur est la cause des maladies infectieuses.

Ces fausses théories ont retardé les progrès de la salubrité et certaines ont encore prise sur l'opinion publique. En effet, la plupart des plaintes que nous recevons ont rapport aux émanations provenant des poubelles, des boîtes à fumier, des déchets, des animaux morts, etc., parce que la population estime qu'elles sont une source de maladie et elle considère que le premier devoir des hygiénistes est de les faire disparaître.

Nous savons aujourd'hui que la plupart des mauvaises odeurs et des accumulations de détritus bien qu'elles soient désagréables, sont sans danger pour la santé, à moins qu'elles n'aient été contaminées par un germe pathogène.

L'on perd donc ainsi beaucoup de temps qui devrait être accordé aux grands problèmes de l'hygiène publique comme la lutte antituberculeuse, la lutte contre la mortalité infantile, les maladies vénériennes, etc.

II. PÉRIODE DE LA BACTÉRIOLOGIE ET DU CONTRÔLE DES MALADIES CONTAGIEUSES PAR L'ISOLEMENT ET LA QUARANTAINE.

Même avant la découverte de la nature microbienne des maladies contagieuses, la théorie des miasmes a commencé à rétrograder. On réalisa que les malades infectieuses se transmettent d'individu à individu, surtout par contact direct. Ceci amena à penser que l'isolement des malades serait une mesure efficace de contrôle. C'est la naissance de la deuxième phase de l'évolution de la médecine préventive.

On débute par exiger la déclaration des maladies contagieuses à l'autorité sanitaire.

Cette nouvelle attitude des hygiénistes entraîna la passation du « Public Health Act » en Angleterre, en 1875. Le développement phénoménal des méthodes de recherches dans les laboratoires et l'identification d'un certain nombre de germes de maladies, les découvertes de l'ère pasteurienne (1890) augmentèrent grandement nos connaissances et révolutionnèrent presque soudainement nos méthodes de travail. On comprit alors que le laboratoire

pouvait jouer un rôle primordial et servir de base à l'hygiéniste dont la mission principale depuis 1890 est le contrôle des maladies contagieuses.

Ces nouvelles découvertes amenèrent un isolement très sévère pour tous les contagieux et des mesures de quarantaine non moins sévères et souvent vexatoires contre toutes les personnes vivant avec eux. Les résultats n'ayant pas répondu aux espérances, une nouvelle étude de la question fut entreprise qui amena la découverte de la transmission de certaines maladies par les insectes. En 1893, la tique des bestiaux fut découverte par Smith et Kilbourne. En 1899, on prouve que la transmission de la malaria et de la fièvre jaune se fait par les moustiques; la même année, on attribue aussi à divers insectes la transmission de la maladie du sommeil (Afrique), de la peste bubonique, du typhus et de bien d'autres maladies.

La propagation de la maladie par les insectes est l'une des plus importantes découvertes de la médecine préventive.

L'isolement de la variole et la mise en quarantaine de tous les contacts ont contribué à sa diminution, mais la vaccination est un facteur non moins important pour la protection du public. Une population non suffisamment vaccinée offre des dangers. Cette maladie demande un isolement rigoureux dans un hôpital spécial. Ici, à Montréal, un hôpital dit des varioleux est maintenu disponible par la ville. Dans notre ville, la variole est disparue. Le dernier décès remonte à 1918. Il n'y a eu aucun cas durant les dernières dix années. Notre population est très bien protégée contre cette maladie à cause de la vaccination obligatoire; vaccination renouvelable tous les sept ans. Cette maladie fut longtemps l'une des plus mortelles et des plus virulentes. La vaccination en a eu raison.

Dans le contrôle de la fièvre scarlatine entrepris en Angleterre, un isolement sévère fut préconisé comme moyen de combat. Des hôpitaux dispendieux furent construits et 90% des cas furent hospitalisés. On crut ainsi pou-

voir faire disparaître cette maladie. Cet espoir ne se réalisa pas, mais la maladie diminua en virulence. C'est ce qui fit dire à certains que l'isolement diminue la virulence de la maladie.

Dans le cas de la rougeole, bien des hygiénistes ne sont pas d'avis que la quarantaine soit nécessaire. Je dois ajouter, cependant, que l'isolement médical du malade à domicile ou à l'hôpital garde toute sa valeur et son importance.

Ces mêmes hygiénistes considèrent que cette mesure préventive a fait faillite dans les grandes villes et dans les armées, à cause de l'extrême contagiosité de cette maladie dès l'apparition des premiers symptômes qui surviennent après une longue période d'incubation et à un moment où le diagnostic est difficile à établir. Il en résulte que, dans les grandes agglomérations de population, lorsque le malade est isolé, il a déjà contaminé son entourage.

Il est impossible de contrôler une maladie quand elle est répandue partout, mais il est possible de la prévenir avant que les cas ne soient trop nombreux. C'est là que la quarantaine a beaucoup de valeur.

La quarantaine maritime prévient non seulement la propagation de la maladie, mais elle permet de découvrir certaines affections exotiques très dangereuses et d'isoler le malade jusqu'à ce que le danger soit passé. Il est probable que s'il n'y avait pas de quarantaine maritime, le typhus et d'autres maladies tropicales seraient beaucoup plus nombreuses qu'elles ne le sont aux Etats-Unis et chez nous, comme dans les autres pays d'ailleurs.

Le peu de succès de l'isolement a été démontré pour les maladies suivantes dans les villes: fièvre scarlatine, rougeole et coqueluche. Pour la méningite, la poliomyélite, la pneumonie et l'influenza, il est encore plus problématique. Les raisons de cette demi-faillite sont:

1. d'ordre administratif: il est difficile de trouver l'origine de chaque cas de contagion; il est difficile de découvrir tous les contacts et de les maintenir sous stricte surveillance; difficulté du diagnostic en cer-

tains cas et retard à appeler le médecin. Un isolement adéquat est difficile à domicile; à l'hôpital il n'y a place que pour peu de contagieux.

2. danger de la période d'incubation: c'est durant cette période que la contagiosité est le plus à craindre, du moins pour la rougeole, la variole et la coqueluche.
3. plusieurs cas passent inaperçus: les cas légers et atypiques, *i. e.* ceux qui ne présentent pas les symptômes classiques de la maladie. Ces malades ne voient pas le médecin, se soignent mal et errent dans le public. L'expérience nous enseigne qu'ils sont nombreux et fréquents chez les scarlatineux, surtout chez les rougeoleux et les autres cas de maladies mineures.

Le laboratoire nous a aussi démontré que plusieurs contagieux guéris restent porteurs de germes; il en est de même des contacts. Les porteurs de germes de diphtérie sont plus nombreux que les diphtériques proprement dits. Il en est de même pour la typhoïde, la méningite et plusieurs autres maladies.

III. PÉRIODE DE LA VULGARISATION DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE PAR L'ÉDUCATION PUBLIQUE.

La troisième période, la période présente, est caractérisée par l'enseignement et la vulgarisation de l'hygiène.

Dans les dernières années du 19^e siècle, on reportait la responsabilité de la santé individuelle sur l'état et on prétendait que la prévention de la maladie dépendait uniquement de l'hygiéniste. On en vint à reconnaître que cette théorie n'était que partiellement vraie et que l'individu pouvait et devait faire plus lui-même pour préserver sa santé. La difficulté était que l'individu ignorait ce qu'il devait faire pour y arriver. Les hygiénistes et certains citoyens bien intentionnés comprirent que l'enseignement de l'hygiène était un devoir envers le peuple. Au lieu de la rigueur des lois, on use de persuasion, on enseigne la manière de bien vivre et on invite la population à en profiter.

La théorie dominante de la période actuelle consiste à considérer l'aspect social d'une maladie, tant au point de vue de sa prévention qu'au point de vue des facilités de diagnostic et de traitement.

Cette évolution dans la médecine préventive fut surtout marquée dans *la lutte contre la tuberculose*. Le dépistage, le diagnostic précoce sont de plus en plus préconisés et facilités. Les moyens de traitement, de plus en plus vulgarisés et répandus.

Et que dire du service social, officiel ou volontaire organisé pour renseigner l'individu et la famille.

C'est dans la lutte contre la tuberculose que l'on considère pour la première fois la lutte sociale contre la maladie. Tous les efforts sont dirigés vers l'enseignement personnel, le traitement et une assistance efficace à chaque individu. Chacun est instruit des dangers de l'infection par contact, par l'usage d'un mauvais lait, etc., et comment il faut éviter de transmettre la maladie. L'enseignement est personnel et profite à chaque individu. Des cliniques ouvertes spécialement reçoivent tout individu qui veut savoir s'il est malade. Des services d'infirmières visiteuses sont organisés. L'éducation se poursuit à l'école, à l'atelier, en public, à la maison, partout. Le sanatorium promet la guérison à celui dont la maladie débute. L'hôpital soigne le malade avancé et l'empêche de répandre la maladie en l'isolant.

La mortalité infantile est le second problème social dont la solution a attiré partout dans le monde l'attention des hygiénistes et des travailleurs sociaux. C'est un problème d'importance vitale, surtout chez nous; depuis les dernières 30 années, il a fait dépenser bien des énergies; les résultats jusqu'à date, ont été encourageants mais ce problème requiert encore tous nos efforts.

Dans cette lutte on a d'abord porté attention à la qualité du lait vendu, le mauvais lait, le lait sale a tué bien des bébés. On a tôt appris qu'un bon lait est nécessaire. Le fait que la qualité du lait a été améliorée par une surveillance plus suivie de sa production

et manipulation et par la pasteurisation a eu pour conséquence une diminution considérable de la mortalité infantile.

Après s'être assuré d'un bon lait, on changea le mode d'alimentation afin de procurer à l'enfant la diète appropriée.

La découverte des principes de l'alimentation du nourrisson et l'enseignement constant des méthodes nouvelles de puériculture sont en grande partie le fait de la profession médicale.

L'infirmière visiteuse a aussi joué un grand rôle et qui est de première nécessité dans cette lutte.

L'hygiène infantile est avant tout un problème d'éducation et de nutrition.

Parmi toutes les mesures préconisées pour le résoudre, la consultation de nourrisson est la plus importante.

Dans la survivance des berceaux, la santé de la mère et de la future mère est aussi d'importance primordiale.

L'inspection médicale des écoles est un problème d'éducation comme toutes les questions d'hygiène publique d'ailleurs.

La prévention des maladies contagieuses et l'occurrence d'épidémies ont été les facteurs de l'inauguration d'un tel service aux Etats-Unis, à Boston en 1894, à l'occasion d'une épidémie de diphtérie, à Philadelphie en 1895 et à New-York en 1892. De même dans notre pays, à Montréal, en 1906.

Les premiers essais de contrôle et de surveillance médicale à l'école remontent à 1833, en France.

On s'est vite rendu compte de la nécessité et de l'importance d'élargir les cadres de cette surveillance qui doit être portée sur la santé générale de l'écolier, sur son développement, sa nutrition, etc. En même temps que l'on procédait à la recherche et à la correction des déficiences physiques et mentales, on étudia les conditions sanitaires de l'école.

L'examen médical des volontaires dans la guerre du Transvaal en 1898-99 et la guerre de 1914-1918 a révélé un si grand nombre de défauts physiques que la population s'en est

émue et réclame que l'Etat fasse quelque chose pour rendre forts et sains les hommes et femmes de la nation. Pour y arriver, il faut s'intéresser à l'enfance et à la jeunesse, lui apporter à temps les remèdes nécessaires et lui enseigner les préceptes d'une vie bien ordonnée.

Le médecin est celui qui découvre les défauts et les corrige. Il est l'éducateur qui enseigne; l'infirmière visiteuse complète l'action du médecin dont elle est le principal auxiliaire; comme infirmière visiteuse, elle se rend dans les familles, voit les parents et leur fait part des avis du médecin. C'est un travail difficile et souvent ingrat.

Importance de l'enseignement de l'hygiène.

L'enseignement de l'hygiène et l'éducation du public sont partie importante de l'hygiène publique.

L'éducation qui est fondamentale offre deux aspects:

1. l'acquisition des connaissances;
 2. la diffusion des connaissances acquises.
- 1° l'acquisition de connaissances se développe dans les laboratoires, par des études et des recherches, des démonstrations scientifiques. Des écoles spéciales sont nécessaires pour la préparation à l'hygiène publique.
- 2° la diffusion ou la vulgarisation des connaissances acquises doit être dirigée par l'autorité sanitaire.

Dans la plupart des organisations sanitaires d'état ou municipales, on a greffé à l'administration générale, une section de l'enseignement de l'hygiène, confiée à un assistant dévoué entièrement à ce travail d'éducation et de publicité.

L'enseignement de l'hygiène doit commencer dans la famille et se continuer à l'école où l'enfant qui se développe apprend l'art de vivre selon les préceptes de la santé.

Toutes les méthodes modernes pour atteindre la population sont utilisées: bulletins, circulaires, pancartes, communiqués, cinéma, radio, conférences, réunions publiques, exhibits, etc.

Cet enseignement doit être à base de la vérité: il est plus important d'être véridique que d'être habile.

Facilités de traitement.

Au début, la prévention et le traitement étaient deux arts absolument distincts. L'officier sanitaire et le praticien étaient considérés comme deux unités à part; c'est d'ailleurs l'opinion qui prévaut encore dans bien des milieux. Cependant cet état d'esprit se modifie.

Sir Arthur Newsholme émet l'opinion que le traitement et la prévention de la maladie ne peuvent être séparés au point de vue administratif, sans diminuer l'action de l'un ou de l'autre de ces moyens de combattre les maladies.

En ceci, on doit considérer le problème social, les besoins de la population, son niveau relatif de bien-être ou de pauvreté. Une enquête, au Canada, établit que 25% de la population (soit environ 2,098,840 individus) a un revenu annuel de \$950 ou moins, et que la classe moyenne représente le groupe à qui il en coûte le plus pour se faire soigner. Par ailleurs, chez nos gens, la famille est nombreuse en général et les besoins de première nécessité sont grands.

C'est pour répondre aux besoins urgents de la population que l'hygiène publique s'est orientée vers le traitement préventif par la vaccination et a cru devoir accorder de plus grandes facilités de diagnostic et de traitements en établissant des centres de consultations, des dispensaires et des sanatoria.

Le premier pas accompli dans cette direction a été la vaccination contre la variole et l'antitoxine contre la diphtérie; vu le coût élevé de ces moyens de protection, les services de santé les ont offerts gratuitement à la population.

Plus tard, avec le développement de la lutte antituberculeuse, on a créé des dispensaires pour le diagnostic et le traitement au pneumothorax et des sanatoria pour guérir les cas au début.

L'organisation et le maintien des consulta-

tions de nourrissons ont offert certaines facilités pour la prévention et le traitement de la gastro-entérite qui, à un moment, fut la cause principale des décès de la première enfance.

Le nombre considérable des défauts physiques décelés par l'examen médical des élèves dans les écoles a démontré la nécessité des cliniques spéciales pour traiter ces enfants. Ces cliniques sont nombreuses en Angleterre et dans plusieurs pays d'Europe; ici, nous avons les cliniques dentaires municipales.

Le contrôle des maladies vénériennes est un problème très sérieux; il est reconnu qu'un traitement réellement efficace est très dispendieux, aussi dans maints endroits, aux Etats-Unis surtout, des cliniques publiques sont maintenues par les services de santé pour le traitement de ces maladies.

L'examen médical périodique.

Avec l'évolution actuelle de l'hygiène publique, l'examen médical périodique préconisé de plus en plus, devient une arme excellente que le médecin a à sa disposition pour contribuer à la conservation de la santé.

Cet examen permet de découvrir la maladie latente, celle qui n'a pas encore éveillé l'attention de celui qui en est atteint; celui-là se croit en bonne santé et vit en toute sécurité parce qu'il ne souffre d'aucun malaise, mais sournoisement, la maladie fait son œuvre et bientôt le terrassera.

Ce travail est déjà accompli dans les con-

sultations de nourrissons, dans l'inspection médicale des écoles, chez les instituteurs; certaines compagnies d'assurances en font aussi bénéficier leurs assurés. Il doit être propagé par les médecins au milieu de leur clientèle.

L'examen médical périodique est de la plus haute importance dans la lutte entreprise contre la maladie.

Centres d'hygiène et districts sanitaires.

Les centres d'hygiène sont des organismes locaux où sont régies les activités d'un territoire défini. On a tendance, aujourd'hui, à vulgariser ce système de décentralisation d'un organisme central dans les régions rurales, par l'organisation des « Unités sanitaires de comté » et dans les grands centres, par des « districts sanitaires ». Il y a avantage, là, à diviser le territoire d'une grande ville en un certain nombre de districts.

L'objet des « districts sanitaires » est d'obtenir la décentralisation des services, un contact plus étroit avec la population, une étude plus suivie des problèmes locaux d'hygiène, un contrôle plus efficace de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle et de la mortalité attribuable à la tuberculose ou aux autres maladies contagieuses; une coopération plus suivie avec les médecins et les divers organismes permet en plus un contact individuel et familial dans le milieu même où vivent ces individus et ces familles.

(A suivre)

Bulletin de l'Association des Médecins de
Langue française de l'Amérique du Nord
L'UNION MÉDICALE DU CANADA
Septembre 1940

LES AVITAMINOSES DU COM-
PLEXE DE LA VITAMINE B

L'aribo flavinose et la pathologie
oculaire

Le groupe des syndromes causés par la carence des divers facteurs du complexe de la vitamine B, s'accroît sans cesse et rapidement. Des éléments cliniques nouveaux s'y ajoutent et l'exploration scientifique, dans ce domaine de l'avitaminose, promet des découvertes encore nombreuses qui projettent de la lumière sur l'étiologie d'affections ou de syndromes d'origine actuellement indéterminée.

En 1911, Casimir Funk démontra que le bériberri était dû à la déficience alimentaire d'une substance vitale: il découvrait les vitamines qu'il nommait ainsi lui-même; la vitamine déficiente dans le bériberri était la vitamine B.

De 1928 à 1935, un groupe de médecins américains réussirent à prouver que la polynévrite alcoolique et tout un groupe de polynévrites causées par des troubles métaboliques, étaient réellement la conséquence d'une carence en vitamine B, plus précisément en vitamine B₁.

En 1926, les travaux d'autres expérimentateurs américains, surtout de Goldberger, aboutirent à cette conclusion que la vitamine B n'est pas une substance unique; elle constitue un complexe dont on put alors identifier deux constituants: le facteur anti-bériberrique ou antinévritique, le facteur antipellagreu. Et c'est ainsi que l'on arriva à la solution certaine que la pellagre était causée par la carence d'un facteur de la vitamine B.

Depuis, on a extrait du complexe de la vitamine B, neuf facteurs différents. Auparavant, on avait décelé une similitude, sinon une identité, entre la « langue noire » du chien et la pellagre humaine; on avait réussi à provoquer l'une et l'autre affections par le même régime alimentaire électivement déficient¹.

Puis, en 1937, on put isoler des extraits concentrés du foie, la substance qui les rendaient opérants contre le syndrome de la « langue noire » du chien; c'était une amide de l'acide nicotinique qui, comme d'ailleurs l'acide nicotinique lui-même, ne manquait pas de faire disparaître systématiquement cette affection².

Etablir alors un rapport entre l'acide nicotinique et la pellagre ne fut qu'un jeu, et, en 1938, des auteurs rapportèrent des résultats complets chez 17 malades de l'emploi de l'acide nicotinique dans la pellagre³.

De cette façon, on put croire que le principe antipellagreu de Goldberger produisait ses effets par l'acide nicotinique qu'il contenait.

D'autre part, en 1933, Kuhn, György et Wagner-Jauregg isolèrent du blanc de l'œuf une substance vitaminique qui était jusqu'alors incluse dans ce principe complexe antipellagreu de Goldberger. Les auteurs la nommèrent « oboflavine »; on l'appelle maintenant la « ribo flavine ». Ce composé fut produit synthétiquement en 1934.

Peu à peu, tout comme la carence en vitamine B₁ (thiamine ou aneurine) et la carence de cette partie du principe antipellagreu de Goldberger qui contient l'acide nicotinique, la déficience en ribo flavine se vit attribuer tout un faisceau d'accidents pathologiques qui n'a pas cessé, d'ailleurs, de grossir, comme nous le verrons.

1. R. H. Chittenden et F. P. Underhill. *Am. J. Physiol.* 44: 13 (août) 1917.

2. C. A. Elvehjem, R. J. Madden, F. M. Strong et D. W. Wooley, *J. Am. Chem. Soc.* 59: 1767 (sept.) 1937.

3. T. D. Spies, Clark Cooper et M. A. Blankenhorn, *J. A. M. A.* 110: 622 (26 février) 1938.

Les signes de l'aribo flavinose humaine furent d'abord reconnus par Sebrel et Butler, en 1938⁴. On peut se rendre compte, par les dates, que la pathologie des avitaminoses du complexe B est tout récente et on doit reconnaître à l'École américaine le mérite et l'honneur d'avoir ouvert la voie et battu la marche dans ce nouveau et fertile domaine de la pathologie humaine.

Ces signes de l'aribo flavinose sont: rougeur anormale de la surface buccale des lèvres; macération des commissures labiales avec fissures et gerçures cutanéomuqueuses; séborrhée du pli nasogénien, des ailes du nez, des paupières, des pavillons des oreilles; kératose folliculaire au front, à la région malaire et au menton avec comédons sur les joues et le menton.

Tout récemment, Norman Jolliffe décrit une glossite appartenant au syndrome de l'aribo flavinose. La langue est rouge, mais d'un rouge plus clair que celui de la langue de la pellagre ou de l'anémie pernicieuse (langue de Hunter), d'un rouge vermillon ou magenta et les papilles au lieu d'être atrophiées, comme dans ces deux autres affections, s'y trouvent élargies, étalées ou à l'aspect de champignons. On commence à différencier ces divers glossites dont on ignorait autrefois tout à fait l'origine, sauf la langue atrophique et parfois rouge de Hunter, et qu'on était porté systématiquement à faire dépendre de vagues troubles gastro-hépto-intestinaux.

Jusqu'aux observations et aux travaux de Sebrel et Butler, les phénomènes pathologiques que nous venons de mentionner étaient mis sur le compte de la pellagre et on était grandement intrigué de les voir se maintenir, malgré les traitements vitaminiques qui faisaient pourtant disparaître les autres manifestations de l'affection. Maintenant, on comprend bien la raison de ces échecs. L'acide nicotinique n'a aucun effet sur ces phénomènes. Il faut recourir à la thérapeutique élective, c'est-à-dire à la ribo flavine.

Tout dernièrement, la pathologie de l'aribo flavinose humaine s'est grossie de tout un groupement de phénomènes dont l'étiologie se montre ainsi entièrement inusitée.

Cette fois, nous abordons l'ophtalmologie qui jusqu'à date, dans la sphère des avitaminoses, n'était intéressée que par la vitamine A.

Aussi le travail de Sydenstricher, Sebrel, Cleckly et Kruse⁵ prend-il une très grande importance: il constitue le premier document scientifique rapportant la présence des manifestations oculaires chez l'homme, réalisées expérimentalement par un régime alimentaire déficient en ribo flavine, et éliminées radicalement par l'administration de ribo flavine.

Quels sont ces troubles et lésions oculaires? Disons d'abord qu'ils furent observés chez 47 sujets tous guéris par la ribo flavine. Les troubles dont se plaignaient ces sujets sont ceux qu'on est communément porté à mettre sur le compte soit d'un état toxique, soit d'un foyer d'infection ou encore d'une fatigue oculaire: de la photophobie, avec sensation de cuisson oculaire ou de rudesse des surfaces palpébrales, de la fatigue visuelle, de l'obscurcissement et même de la baisse véritable de la vision. Ces symptômes subjectifs s'accompagnent de congestion périornéenne par engorgement et prolifération du plexus vasculaire périornéen (cette congestion n'est parfois visible qu'à la lampe à fente et elle est le premier accident à apparaître); de la congestion de la sclérotique qui donne un aspect de conjonctivite, sans aucun indice d'infection; une vascularisation de la cornée produisant de la kératite interstitielle avec opacités cornéennes; de la pigmentation anormale de l'iris.

Ces accidents sont de fréquence courante en ophtalmologie. Un examen à la lampe à

4. W. H. Sebrel et R. E. Butler. *Public Health Rep.* 53: 2282 (1 déc.) 1939.

5. V. P. Sydenstricher, W. H. Sebrel, H. M. Cleckley, H. D. Kruse. *J.A.M.A.* 114: 2437 (22 juin) 1940.

fente révélera souvent, toujours dans le cas d'aribo flavinose, les anomalies péricornéennes et cornéennes, la pigmentation anormale de l'iris.

En l'absence de l'examen à la lampe à fente, leur présence non expliquée par une cause incontestablement définie, motivera l'emploi de la riboflavine qui deviendra ainsi un test d'une grande valeur diagnostique et, très souvent, thérapeutique.

Le travail de ces auteurs possède l'importance d'une véritable expérimentation. L'épreuve du traitement fut contrôlée par la contre-épreuve de sa suspension accompagnée de la mise en œuvre d'un régime carencé. La disparition des phénomènes,

leur réapparition subséquente rendent apparemment incontestable la démonstration des auteurs.

L'ophtalmologie voit ainsi s'éclaircir un coin de son champ d'action; sa thérapeutique deviendra par le fait plus radicale contre des accidents de fréquence assez marquée et trop souvent d'une ténacité déconcertante.

Le progrès se fait sans arrêt en médecine, c'est ce qui rend son étude palpitante. Cette fois c'est l'ophtalmologie qui bénéficie des découvertes qu'on ne cesse d'effectuer, depuis 10 ans, en vitaminologie.

Roma AMYOT.

CHIRURGIE PRATIQUE

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

GÉNÉRALITÉS

Ces plaies comportent deux dangers principaux: l'hémorragie par lésion d'un vaisseau ou d'un viscère plein et la péritonite par lésion d'un viscère creux.

Il est de grande importance de savoir les circonstances exactes de l'accident causal, son horaire, sa nature, la forme, la variété et l'axe de direction de l'agent vulnérant. Il faut également connaître le moment du dernier repas

et dépister les signes immédiats subjectifs. La douleur, les vomissements, les gaz, les selles, sont les éléments dont les modifications peuvent être d'importance capitale. L'apparition d'entérorragies ou d'hématuries peuvent orienter le diagnostic.

EXAMEN OBJECTIF

Cet examen doit être local et général. *L'examen local* est premièrement celui de *la plaie*. Il faut reconnaître le siège et la forme

de l'orifice d'entrée, bien noter l'apparition d'écoulements (sang, bile, urine, matières fécales) ou la présence d'une hernie viscérale (intestins, épiploon).

L'examen local exige ensuite une étude approfondie de *l'abdomen*. C'est dire qu'il faut découvrir le siège exact de la douleur, déceler la contracture, reconnaître la sonorité préhépatique et la matité des parties déclives, constater l'immobilité respiratoire de l'abdomen. En présence de larges délabrements ou d'un gros hématome de la paroi, l'examen doit se faire avec délicatesse.

L'examen général doit être fait très minutieusement. On rencontre ici les signes de l'hémorragie interne et du choc traumatique, signes bien connus: pâleur de la face, facies angoissé, décoloration des muqueuses, refroidissement des extrémités, pouls petit, rapide, dépressible, polypnée, dyspnée, sueurs, agitation, mais lucidité conservée.

DIAGNOSTIC

Il est essentiel de savoir reconnaître, en présence d'un malade porteur de plaies pénétrantes de l'abdomen: 1° s'il y a *pénétration intra-abdominale*; 2° quels sont les *viscères lésés* et 3° s'il y a *hémorragie interne*.

Les moyens de diagnostic sont l'examen de la plaie, celui de l'abdomen, le toucher vaginal, le toucher rectal, le cathétérisme vésical et la radiographie.

Le *diagnostic de pénétration intra-abdominale* est facile, s'il y a hernie viscérale ou une large plaie. Il est très difficile s'il s'agit d'une plaie thoraco-abdominale ou si les plaies ont une localisation lombaire, fessière ou périnéale. Le diagnostic, dans ces cas, doit se baser sur le syndrome abdominal (douleurs, vomissements, pouls rapide, défense de la paroi, arrêt des matières fécales et des gaz).

Le *diagnostic des viscères lésés* doit être basé sur les données de l'anatomie normale.

Si la plaie siège à la région ombilicale ou hypogastrique, on peut craindre une lésion de l'intestin grêle, du côlon transverse, de la vessie ou du rectum. Si la plaie est dans la fosse iliaque ou dans le flanc, les côlons ou l'intestin grêle peuvent être intéressés. La plaie est-elle à l'hypochondre droit, c'est le foie qui est en jeu; siège-t-elle à l'épigastre, c'est l'estomac qui peut être compromis ou encore le foie; est-elle localisée à l'hypochondre gauche, elle fait redouter une atteinte de la rate ou de l'estomac.

Le *diagnostic d'hémorragie interne* est fondé sur les signes généraux (facies, pouls, hypothermie, hypotension) et sur les signes locaux (disparition de la sonorité préhépatique, matité des flancs).

TRAITEMENT

Le traitement, dès le diagnostic posé de plaies pénétrantes de l'abdomen, est exclusivement chirurgical. La laparotomie doit être très précoce. Les soins pré-opératoires comportent les indications habituelles de l'état de choc: réchauffer le blessé, soutenir le cœur, calmer les douleurs, faire une transfusion de sang si l'état l'exige. Ne pas oublier la sérothérapie préventive antitétanique et, dans les cas avec grands délabrements, la sérothérapie antigangrène gazeuse.

L'intervention chirurgicale doit être pratiquée sous anesthésie générale. L'exploration complète minutieuse de l'orifice d'entrée et des lésions viscérales est l'indication impérieuse du traitement. Celui-ci est variable avec la découverte des lésions. Ses modalités comportent la suture, l'avivement, l'hémostase, la résection, l'extériorisation ou la fistulisation à la peau. La toilette du péritoine et la fermeture de l'abdomen, avec ou sans drainage, varient avec les lésions.

Edouard DESJARDINS.

ANALYSES

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

PHTISIOLOGIE

Jean CHABAUD et TOUPANCE. — **Epidémie familiale d'érythème noueux.** "Revue de la Tuberculose", 5: 1207, 1939-40.

En un mois deux frères sur trois et leur cousine germaine présentent un érythème noueux tandis que le troisième frère, lui, souffre d'un complexe gangliopulmonaire vers le même temps. Au début, tous souffrent d'une douleur à la nuque avec hyperthermie, alors qu'à la cousine il se greffe, deux mois plus tard, une pleurésie séro-fibrineuse, après avoir subi un érythème noueux des plus graves.

A remarquer que ceux qui ont été atteints d'érythème noueux n'ont pas eu de complexes ganglionnaires, tandis que celui qui a été victime d'un complexe ganglionnaire n'a pas eu d'érythème noueux. En 1938, M. Hallé fait remarquer que « parmi les enfants qui voient virer leur cuti-réaction, il n'est qu'une infime minorité qui présentent un érythème noueux; or, cet accident a existé presque simultanément chez les deux frères et une cousine germaine ». Coïncidence et calcul des probabilités? Le microbe tuberculeux infectant posséderait-il parfois un dermatropisme initial? Serait-ce une tendance naturelle familiale à cette maladie? Tout cela, hypothèses...

Tout de même, le fait que trois érythèmes noueux et qu'un complexe ganglionnaire primaire apparaissent presque en même temps dans une même famille fait croire à une contagion récente et simultanée. La cuti-réaction s'étant montrée positive chez ces trois malades d'érythème noueux, elle n'a pas fait exception à la règle.

Enfin, les auteurs se rallient à cette opinion de Kourilsky qui, en 1937, écrivait que « l'érythème noueux qui ne fait pas sa preuve est toujours d'origine tuberculeuse, il est le témoignage clinique extrinitial d'une infection par le bacille de Koch qui sera trop souvent à l'origine d'accidents tuberculeux de deuxième infection ».

Paul-René ARCHAMBAULT.

F. S. DOLLEY, J. C. JONES et Jane SKILLEN. — **Le pneumothorax extrapleurale.** "Amer. Review of Tuberculosis", 4: 403, 1940.

Revue générale du pneumothorax extrapleurale basée sur 141 cas personnels aux auteurs et sur l'expérience de la majorité des chirurgiens thoraciques du monde entier.

Sans entrer dans des détails de technique opératoire, les auteurs donnent une bonne idée des indications formelles et des indications plus larges de cette collapsothérapie nouvelle. Ils définissent les soins post-opératoires, les complications possibles et les résultats obtenus chez eux et ailleurs. Ils y joignent des tableaux comparatifs entre l'extrapleurale après un, deux et trois ans et entre les résultats immédiats et éloignés de l'extrapleurale, de la thoracoplastie et du pneumo intrapleurale.

Dans l'ensemble, ces auteurs sont plus enthousiastes que Ed. Churchill, de Boston, qui publie, dans le même numéro, une appréciation plutôt philosophique de ce mode de collapsothérapie.

Il y a trois grands groupes d'indications: absolues, larges, conditionnelles.

Dans les indications absolues, il faut: a) une cavité aux murs élastiques siégeant au-dessus de la 6e côte postérieure; b) une lésion récente non aiguë; c) l'impossibilité du pneumo intrapleurale; d) l'intégrité du poumon opposé.

Dans les cas de ce groupe, les auteurs rapportent un succès parfait: aucun décès; cavités toutes fermées; négativité absolue des crachats. 25 cas.

Aux indications larges, il faut au moins une fonction respiratoire et circulatoire passable, la cavité à fermer peut avoir une tendance à la fibrose mais elle doit être périphérique; il peut y avoir une légère évolution contra-latérale; il peut enfin s'agir d'une lésion ancienne de quelques années.

Ce groupe d'indications a donné plus de déboires, plus de complications: cavité extrapleurale difficile à maintenir, un décès sur quarante cas, onze sujets aux expectorations restées positives.

Dans le dernier groupe d'indications dites conditionnelles, on a admis certains cas où l'état général était mauvais. Dans d'autres il y avait une grande cavité aux parois épaisses; dans d'autres, une cavité contra-latérale. Sur 35 patients, il y eut 4 décès par suite de fistule broncho-pleurale et 17 sont encore bacillifères.

Suit une revue comparative des résultats obtenus à l'étranger en 27 cliniques différentes.

Conclusions: Le pneumothorax artificiel intra pleural et la thoracoplastie restent les méthodes de choix.

L'extrapleurale dans certaines catégories de cas peut donner jusqu'à environ 60% de négativité d'après les statistiques de 27 cliniques représentant environ 7,000 cas. La création d'un oléothorax s'impose assez tôt pour éviter une thoracoplastie.

J.-P. PAQUETTE.

GASTRO-ENTEROLOGIE

Rudolph SCHINDLER. — **A propos d'une enquête sur les accidents de la gastroscopie.**

"A. J. of Digest. Dis.", 7: 293 (juillet) 1940.

On commence à connaître les indications et à apprécier les résultats de la gastroscopie. Mais, pour beaucoup de médecins, cette exploration comporte des désagréments, voire même des dangers.

Schindler prétend, depuis longtemps, que l'avènement du gastroscopie flexible a considérablement facilité la tâche du médecin, adouci les ennuis du patient et diminué à presque rien le risque d'accidents graves: hémorragies, perforations œsophagiennes, gastriques, etc.

En octobre 1939, dans l'*Am. J. of Dig.*, Schindler posait la question suivante: 1° avez-vous eu des pertes de vie que vous pouvez, à coup sûr, attribuer au traumatisme de la gastroscopie. Si oui, y avait-il quelques contre-indications à pratiquer cet examen? 2° Combien de gastroscopies avez-vous faites?

Il a reçu 60 réponses complètes, donnant un total de 22,351 gastroscopies. 51 correspondants sur 60 n'avaient aucune complication grave à signaler.

Le seul cas de décès rapporté concernait une femme de 56 ans, qui avait subi avant la gastroscopie, à intervalles assez courts, une bronchoscopie, une thoracoscopie, un pneumothorax artificiel et une ponction sternale! Elle fut emportée par un abcès de l'hypopharynx, 1 jour après l'endoscopie gastrique. Cet abcès provenait vraisemblablement d'une érosion secondaire à l'introduction du gastroscopie, érosion que l'on pourrait d'ailleurs attribuer aussi plausiblement à la bronchoscopie précédente.

9 autres complications graves mais non mortelles, furent également rapportées, dont 8 perforations gastriques et 1 perforation du jéjunum. 4 de ces malades furent opérés et les autres traités médicalement. Tous s'en tirèrent sans plus de dommage. En revanche, l'un des correspondants de Schindler fit mention de 2 perforations d'ulcères gastriques au cours du repas baryté.

Les accidents de l'anesthésie peuvent être ajoutés à ceux de l'endoscopie proprement dite. On a signalé trois décès à la suite de ce premier temps de l'examen gastroscopique. Ils semblent dus au fait que

la pontocaïne est venue au contact de plaies ouvertes ou d'érosions considérables de la muqueuse du pharynx ou de l'œsophage. L'A. est d'avis qu'il vaut mieux réduire de moitié la quantité de pontocaïne à 20% que l'on injecte dans l'hypopharynx et dans l'œsophage, et qu'il est préférable de se passer de cette anesthésie chez les cachectiques avancés.

En somme, le taux de mortalité par gastroscopie est infime, 0.004%, mais cette statistique encourageante ne doit pas pousser les gastroscopistes à négliger les contre-indications ou la technique de ce précieux mode d'examen.

Roger-D. DUFRESNE

R. TURELL. — **La dysenterie bacillaire et les diarrhées intermittentes chroniques.** "Rev. E. Gastroent", 7: 14 (janvier) 1940.

La cœlite ulcéreuse, ne semble être que le résultat d'une infection par le bacille dysentérique. La difficulté d'isoler le bacille dans les selles, ne doit pas faire conclure que cet organisme n'est pas en cause dans certaines cœlites ulcéreuses.

Les études bactériologiques, ainsi que les recherches sérologiques de précipitation et d'agglutination révèlent que dans la plupart des cas de cœlite ulcéreuse, « le bacterium dysenteriae » est en cause.

Les examens proco-sigmoïdoscopiques confirment en effet que la lésion de la cœlite ulcéreuse et celle de l'infection dysentérique sont identiques. C'est bien l'opinion de Lockhart-Mummary, Paulson et Hurst. La plupart des chercheurs sérieux nient le facteur étiologique du diplo-streptocoque de Bergen, dans la cœlite ulcéreuse.

L'auteur fait remarquer qu'il existe une relation intime entre la mortalité infantile par diarrhée et entérite et la réaction positive d'agglutination au sérum du bacille de dysenterie. Il conclue que l'infection dysentérique est endémique et devient un problème sérieux d'hygiène publique.

A. CANTERO.

CHIRURGIE

Warfield M. FIROR. — **Le traitement de la maladie d'Addison par implantation d'hormone synthétique.** "Annals of Surgery", 111: 942, 1940.

En 1937, Steiger et Reichstein réussirent à préparer un produit synthétique surrénalien pouvant empêcher la mort par insuffisance des glandes surrénales. Cette substance fut administrée à des chiens chez qui le docteur Geo. W. Thorn avait pratiqué l'ablation des deux surrénales. Ces expériences démontrèrent la valeur de ce produit afin de prévenir les accidents dus à l'insuffisance surrénalienne.

En face de tels résultats, le docteur G. W. Thorn et l'auteur du présent article traitèrent 17 patients par l'implantation de « boulettes » de ce produit au niveau de la région sous-scapulaire, sous anesthésie locale.

Les résultats cliniques obtenus furent les suivants: tous, excepté deux, purent reprendre leur travail habituel. Tous les malades ont repris du poids et présentèrent une amélioration notable de la tension artérielle, systolique et diastolique. Quelques patients ont vu même disparaître complètement leur pigmentation.

Mercier FAUTEUX.

R. D. McCLURE et L. S. FALLIS. — **Gastrectomie partielle. Considérations sur certains problèmes de technique.** "Annals of Surgery", 111: 743, 1940.

Les auteurs qui avaient antérieurement un taux de mortalité de 15 p. 100 à la suite de gastrectomie partielle ont réussi à l'abaisser à 5 p. 100 au cours de ces cinq dernières années, grâce à des améliorations techniques.

Dans cet article, ils exposent les notions qui résultent de leur expérience, dont nous mentionnons particulièrement les suivantes:

Dans la préparation du malade, l'on doit tenir compte du taux de l'hémoglobine qui doit être remonté à 70 p. 100. Une prophylaxie dentaire s'impose dans tous les cas. S'il existe une légère infection du tractus respiratoire, il vaut mieux retarder l'intervention à au moins six semaines. Au cours des deux jours qui précèdent l'opération, l'estomac est lavé avec une solution de bicarbonate de soude; et juste avant de monter le malade à la salle d'opération, un dernier lavage est pratiqué, mais cette fois avec une solution antiseptique à coefficient phénol élevé mais à très basses toxicité tissulaire.

Au sujet de l'anesthésie, ils donnent la préférence à la raché.

Au cours de la mobilisation du duodénum, ils identifient toujours d'abord la cholédoque, considérant que c'est là la meilleure façon de faire afin d'éviter des lésions possibles de ce canal.

La résection gastrique comporte les deux-tiers ou les trois-quarts de l'estomac. Et, en général, ils n'instituent aucun drainage, excepté dans les cas où l'ulcère gastrique ou duodénal a été laissé en place ou si le pancréas a été lésé.

Comme traitement post-opératoire, ils attachent beaucoup d'importance au drainage continu de l'estomac par aspiration qu'ils maintiennent durant quatre jours. Puis le cinquième jour, il est suspendu durant des intervalles de quatre heures. Lorsque le résidu gastrique est moins de 100 cc. après un intervalle de quatre heures, l'aspiration est définitivement discontinuée.

Mercier FAUTEUX.

GYNECOLOGIE

Prof. René CONDAMINE. — **Du vaginisme dans ses rapports avec la douglassite et la paramérite postérieure.** "Lyon Médical", No 43 (octobre) 1938.

Dans sa pratique thérapeutique du vaginisme l'auteur dit être passé par trois phases successives. Tout d'abord, c'est uniquement à la dilatation forcée, sous anesthésie profonde, qu'il avait recours pour les cas graves. Pour les formes moins accentuées, C. se contentait de la dilatation avec les deux pouces distendant l'anneau musculaire vulvaire jusqu'aux ischions et que l'on répétait plusieurs fois.

Dans une seconde phase, l'auteur avait l'habitude de compléter ce traitement par dilatation, d'un complément thérapeutique, par des columnisations avec tampons imprégnés de substances astringentes ou antiseptiques qui, question de durée à part, donnaient toujours un résultat complet et définitif.

Dans une troisième et plus récente phase, C. a supprimé complètement la dilatation dans des cas de moyenne intensité et même de vaginisme très marqué et la guérison survenait tout aussi complètement. Il faut ajouter qu'alors l'auteur avait recours non seulement à la columnisation, mais encore à un massage sur les zones rétractées du cul-de-sac postérieur par les lésions habituelles de la Douglassite et de la paramérite postérieure. C'est chez cet auteur une conviction absolue que le vaginisme ne va pas sans un certain degré d'inflexion vaginale, puis plus profonde et que le prétendu spasme douloureux ne persiste pas quand il n'y a pas eu concomitamment une contagion sexuelle.

Il faut, cependant, faire exception pour le cas où le mari, atteint d'un phimosis complet, a fini par provoquer un pseudo-vaginisme.

Habituellement voici comment, d'après l'auteur, il faut interpréter les faits qui aboutissent à un vaginisme vrai. Neuf fois sur dix il faut incriminer une infection blennorragique que la pénétration difficile localise tout d'abord à l'urèthre et à la vessie. Après une abstinence sexuelle plus ou moins prolongée, rapports avec quelques précautions, tolérés mais toujours douloureux. En premier lieu le maximum de douleur était à l'orifice vaginal; il persiste encore, mais survient, au moindre choc, sur le côlon ou le cul-de-sac, une autre variété de douleurs que certaines femmes ont supporté toute leur vie sexuelle. A l'examen on constate un état de spasme douloureux à l'entrée ou de petit vaginisme. Mais le maximum douloureux se trouve au fond du vagin où l'on trouvera souvent métrite du col, petite salpingite bilatérale et surtout paramérite postérieure plus ou moins accentuée suivant l'ancienneté de l'infection première. On comprend que dans un tel état,

tout traitement négligeant cette paramérite et cette Douglassite reste sans résultat.

Quant au grand vaginisme qui rend toute pénétration impossible, on peut lui reconnaître la même cause avec quelquefois une légère érosion ou ulcération au niveau de l'anneau vulvaire; mais cette lésion n'est pas nécessaire et l'on serait tenté d'incriminer chez de telles malades un état d'hyperesthésie par sensibilité physique et psychique spéciale.

Là encore, on voit la distension forcée échouer: il y aurait même intérêt à rechercher si la zone douglassienne n'est pas en cause et si la thérapeutique n'a pas lieu de porter plus efficacement du côté des deux plexus hypogastriques inférieurs, quand on les trouvera enfouis dans une gangue de tissu scléreux, rétractile, vestige d'une ancienne inflammation de voisinage ou séquelles douglassiennes d'une appendicite ou cholécystite.

Dans le faux vaginisme ou vaginisme sans infection il s'agit, en général, de femmes qui, jeunes filles, souffrent de règles douloureuses et, jeunes femmes, sont atteintes d'une dyspareunie plus ou moins grave et sont généralement stériles; le vagin est court, sans cul-de-sac postérieur et le vaginisme provient d'une manifestation pathologique inflammatoire d'un des nombreux organes, appendice, vésicule biliaire, estomac, intestin qui, sous une poussée de lésions inflammatoires, amènent dans le Douglas un liquide séro-purulent ou simplement infectieux.

Samuel LETENDRE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Harold H. HITCHCOCK. — **Spondylolisthésis.** — "The Journal of Bone and Joint Surgery", XXII. 22: 1 (janvier) 1940.

Par spondylolisthésis, on désigne le déplacement en avant de la colonne vertébrale à la suite de spondyloschisis ou spondylolyse. Ces deux derniers termes signifient le défaut ou la solution de continuité dans la portion interarticulaire, appelée isthme de l'arc vertébral.

Plusieurs ont prétendu que le listhésis s'effectuait d'une manière lente et progressive. D'où l'usage du mot pré-spondylolisthésis. Cependant, jusqu'à date, on n'avait trouvé dans la littérature médicale, aucune histoire de cas de progression listhésique. Mais, l'auteur en rapporte trois où la progression, mise en évidence par des radiographies en séries, ne laisse aucun doute.

Durant la période de constitution de cette difformité, le disque intervertébral se décolle, s'amincit, dégénère, et peut former une butée osseuse (*Torus promontoralis sustentaculum*) qui limiterait le glissement.

Le spondylolisthésis est due à la spondylolyse ou spondyloschisis. Cette dernière déficteuosité, souvent bilatérale, et constatée dans une proportion égale dans les deux sexes et chez tous les peuples, siège entre les lames et les pédicules de la 5e ou 4e vertèbre lombaire; et sépare ainsi le corps, les pédicules et les facettes articulaires supérieures des lames de l'épine et des facettes articulaires inférieures.

Comme facteurs étiologiques de la spondylolyse on a proposé l'inflammation locale, le traumatisme et l'anomalie congénitale des centres osseux de la vertèbre. La première cause est à rejeter: il n'y a pas de preuve à son appui.

D'après la troisième hypothèse, la lésion résulterait d'un défaut de fusion entre les deux centres d'ossification qui formeraient chaque moitié latérale de l'arc vertébral. Mais, elle ne repose sur aucun fondement solide. En effet, la prétendue multiplicité des centres osseux pour chaque moitié latérale d'un arc remonte aux travaux de Rambaud et Renault (1864): ces auteurs ont, les premiers, fait remarquer que chaque vertèbre avait les centres suivants: le médian et son accessoire; l'antéro-latéral, le postéro-latéral, et leur intermédiaire avec lequel ils formeraient la moitié latérale de l'arc.

Mais l'auteur a examiné quatre-vingt-dix fœtus humains dont l'âge variait entre six semaines et neuf mois de vie intra-utérine. Soixante ont été préparés selon la technique de Skorda qui permet d'observer au microscope les centres osseux après les avoir préservés dans leur cartilage et empêché, ainsi, les créations artificielles qui ont égaré tant d'investigateurs. Les autres trente ont été soit disséqués après fixation au formol soit examinés à la lumière benzolique. Or, voici ses constatations: chaque vertèbre a trois centres seulement (un pour le corps, et un, de chaque côté, pour la formation de l'arc vertébral); la périphérie de la région de l'isthme reste cartilagineuse même après la naissance; un double centre pour chaque moitié d'un arc n'a été trouvé dans aucun spécimen. L'absence complète d'une anomalie de centres sur un total de quatre-vingt dix fœtus est significative si l'on sait que différents auteurs en ont constaté dans le passé sur 2.000 cas, une incidence de 5%.

A la suite de ces observations, on est porté à croire que l'hypothèse considérant la spondylolyse comme le résultat d'un manque de fusion de centres anormaux ou de leur défaut d'ossification doit être rejetée.

Reste le facteur traumatisme. Il est à remarquer que la zone isthmique est une région de grande faiblesse: elle est cartilagineuse et rongée par un lac de vaisseaux de caractère sinusoïdal. De plus, l'auteur fit des expérimentations sur des morts-nés dont l'âge variait de huit à neuf mois de vie intra-utérine et

sur les cadavres d'enfants âgés de dix mois de vie extra-utérine. Or, voici le résultat de ces constatations:

1) L'hyperflexion de la colonne vertébrale, même à un degré modéré, peut produire une fracture au bas de la région lombaire. Ces fractures sont souvent bilatérales et quelquefois unilatérales.

2) L'hyperflexion de la colonne, avec un mouvement de torsion produit une fracture unilatérale.

3) La flexion est plus restreinte que l'extension.

4) Dans la flexion, le corps vertébral sert de point d'appui et ne résiste que grâce aux ligaments et aux parties molles. Aussi, il se fait une fracture au point faible de la vertèbre, c'est-à-dire à son isthme.

5) Tout permet de croire que c'est durant l'accouchement ou immédiatement après que se produit la spondylolyse.

6) On semble avoir raison de considérer que le spondylolisthésis peut être un facteur de dystocie et que la dystocie de la mère peut occasionner la spondylolyse de l'enfant.

En résumé, la radiographie a rendu évidente la progression lente de plusieurs spondylolisthésis et le traumatisme, à la naissance ou immédiatement après, semble être la cause de la spondylolyse et partant du spondylolisthésis.

Joseph SAINÉ.

NEURO-PSYCHIATRIE

R. W. VILTER, C. D. ARING et T. D. SPIES. —

Un cas de polynévrite arsenicale traité par de la vitamine B₆ synthétique et de l'alpha-tocopherol. "J. A. M. A.", 115: 2091 (20 juillet) 1940.

Les auteurs rapportent le fait clinique sans aucun commentaire.

Il s'agit d'un homme de 35 ans qui fut l'objet d'une intoxication aiguë par l'arsenic. C'est à la fin de la seconde semaine après cette intoxication que les signes de la polynévrite apparurent. Polynévrite sensitivo-motrice affectant les extrémités, très douloureuse, peut-être plus prononcée aux membres supérieurs.

Le malade fut traité pendant trois semaines par de la vitamine B₁ dont on administrait 50 milligrammes tous les jours dans les veines. Aucun résultat. On recourut alors à l'alpha-tocophérol (vitamine E synthétique) à la dose de 50 milligrammes injectés 2 fois par jour dans les muscles pendant une semaine. Aucun effet. Devant ce second échec, les auteurs se résolurent à tenter l'emploi de la vitamine B₆ synthétique à la dose de 20 milligrammes injectés dans les veines 2 fois par jour. Quatre heures après la première injection, le malade se sentit plus soulagé de ses douleurs que jamais depuis le début de l'apparition de la polynévrite. Après 3 jours de ce traitement, la force segmentaire, éprouvée au dynamomètre, était accrue de 3 fois, l'hyperesthésie était fortement diminuée, les douleurs également. En trois circonstances, dans l'espace de 6 semaines, on fit l'épreuve de substitution à la vitamine B₆ par la simple solution saline et la contre-épreuve de reprise du traitement vitaminique. Chaque abandon de cette substance était suivie de rechute; chaque reprise de rémission.

L'effet heureux de la vitamine B₆ fut encore renforcé par l'adjonction ultérieure de l'alpha-tocophérol qui s'était montré, employé seul, tout à fait inefficace.

Le malade fut entièrement guéri 10 semaines après son hospitalisation.

Les auteurs ne tirent aucune conclusion, il va sans dire, de cette observation. Remarquons, cependant, l'inefficacité de la vitamine B₁, qui ne doit pas surprendre pour une polynévrite arsenicale. Retenons aussi que les connaissances en biochimie et en physio-pathologie vitaminiques sont loin d'être complètes. Des surprises nouvelles nous sont ménagées et la thérapeutique, par ses substances qui se montrent de plus en plus nombreuses, remportera d'autres succès.

A tout événement, qu'on retienne l'effet heureux, chez un malade à polynévrite arsenicale, de la vitamine B₆.

Roma AMYOT.

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 16 avril 1940

Tenue à l'hôpital Sainte-Justine

Présidence de M. Hector Sanche

Au début de la séance, le Président se lève et demande aux membres d'observer, debout, quelques secondes de silence, afin de rendre hommage à la mémoire de notre regretté collègue, récemment décédé, M. Antonio Bolduc, médecin-chef des laboratoires du Service de Santé de la ville de Montréal.

Pneumococcie

M. Hermile TRUDEL

M. Trudel, après avoir rappelé quelques généralités sur les infections à pneumocoques dans l'enfance, rapporte une observation personnelle de pneumococcie qu'il a traitée avec succès par la sulfa-pyridine.

Formule de Schilling

M. W. BOILEAU

La formule de Schilling tend à préciser les différentes variations que présente la phase du polynucléaire neutrophile. Pour cela, elle classe les neutrophiles en 4 variétés: les myélocytes, les métamyélocytes, les stabs et les segmentés. C'est la prédominance du groupe myélocyte — métamyélocyte — ou du groupe stabs, qui nous dira si la régénération l'emporte sur la dégénérescence, ou vice versa; le premier groupe étant formé de cellules jeunes, alors que le deuxième groupe comprend des cellules dégénérées.

En un mot, la formule de Schilling ne renseigne pas seulement sur le nombre des polynucléaires neutrophiles, mais aussi sur la qualité de ces cellules.

Cette communication était illustrée de projections lumineuses.

Discussion

M. Lucien COUTU félicite M. Boileau pour son travail et souligne l'intérêt de l'étude de la formule de Schilling.

A travers les clichés radiographiques

M. Albert COMTOIS

M. Comtois montre des radiographies de cas de sténose congénitale du pylore, de microcôlon et d'ulcère spécifique de l'estomac. Il insiste sur l'importance de l'exploration radiologique du tube digestif chez les enfants.

Discussion

M. Lucien COUTU demande au rapporteur si le cas d'ulcère spécifique de l'estomac avait une histoire clinique ou s'il s'agissait d'une trouvaille radiologique?

M. A. GEOFFROY (de Joliette) aimerait savoir le genre d'opération qui est pratiquée dans la sténose congénitale du pylore?

M. COMTOIS répond:

à M. Coutu que le malade avait une histoire clinique de troubles dyspeptiques à prédominance de nausées et de vomissements;

à M. Geoffroy que l'opération généralement pratiquée est la pylorotomie extra-muqueuse.

Le traitement des scoliozes

M. J.-C. FAVREAU

De toutes les affections rachidiennes, la scoliose est celle dont le traitement reste le plus délicat et le plus discuté à l'heure actuelle. En effet, le problème se pose sous des angles très variés selon la variété et la gravité de la scoliose. Il faut tenir compte aussi de l'état général et des conditions sociales. Toute la thérapeutique vise à réduire la déformation et à maintenir cette réduction.

Or l'histoire de cette thérapeutique est un perpétuel recommencement. Depuis le corset de fer d'Ambroise Paré jusqu'au corset à charnières de nos jours, on a mis et remis en œuvre des procédés de correction, des instruments de correction plus ou moins compliqués les uns que les autres et plus ou moins efficaces. Tous ces procédés ont donné entre les mains de certains orthopédistes des résultats parfois très intéressants, mais en général de courte durée. Ces belles corrections n'étaient maintenues qu'au prix d'un corset dur porté pendant très longtemps.

Ce fut le triomphe de notre époque de corriger les scoliozes et de maintenir les corrections grâce à la

greffe vertébrale. La greffe a délivré les scoliotiques du corset perpétuel et leur a donné une plus belle place dans le milieu social.

Aujourd'hui, le chirurgien-orthopédiste qui entreprend de redresser un scoliotique a le choix entre plusieurs méthodes dites classiques: suspension et traction latérales, méthode des compensations de Lovette, bascule du bassin, bascule des épaules, rotation des épaules et du bassin, méthode d'Abbott et de Galéazzi. Tous ces moyens thérapeutiques sont associés à la gymnastique asymétrique et au massage.

De nos jours cependant, la méthode de l'hypercorrection rachidienne par le corset à charnières mérite une attention toute spéciale. Le corset à charnières est connu depuis longtemps, mais les successeurs de Hibbs ont perfectionné cette méthode au point qu'elle s'impose maintenant comme le traitement de choix de certaines scolioses.

Le rapporteur termine son travail en démontrant, par des présentations de malades et de radiographies, qu'il est possible de nos jours d'obtenir de très beaux succès dans le traitement des scolioses.

Discussion

M. Antonio LEVEILLE demande au rapporteur jusqu'à quel âge on peut ainsi traiter les scolioses?

M. FAVREAU répond à M. Léveillé qu'il n'y a pas d'âge fixe, mais qu'après 18-20 ans le redressement de ces scolioses est assez difficile.

L'énurésie et son traitement

M. René BENOIT

M. Benoit insiste sur les deux facteurs étiologiques qui, à son avis, sont très importants: le terrain névropathique et l'absence d'éducation.

Comme traitement de fonds, pour améliorer le terrain névropathique: le gardénal.

Mais il faut surtout faire en sorte, grâce à la coopération des parents, que l'enfant ait le désir de ne pas mouiller son lit.

La durée du traitement est de 15 jours. Résultats favorables dans 80% des cas.

Discussion

M. A.-Z. CREPAULT s'informe pourquoi l'énurésie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles?

M. Saint-Jean DES ROSIERS demande si les sels de lithium ont été employés?

M. BENOIT répond:

à M. Crépault qu'il a observé l'énurésie aussi fréquemment chez les filles que chez les garçons;

à M. Saint-Jean Des Rosiers qu'il n'a aucune expérience avec les sels de lithium.

Présentation d'un film sur le service des prématurés

M. Antonio LEVEILLE

M. Léveillé présente un film sur le service des prématurés, précédé d'un autre film sur les injections intra-péritonéales de sérum de Ringer dans la déshydratation des nourrissons.

ELECTION DE MEMBRES

MM. P.-A. Archambault, P. Archambault, M. Bonnier, H. Dorval, J. Duplessis, P.-E. Lafortune et T. Saint-Martin sont élus *membres titulaires* de la Société Médicale de Montréal.

Le Secrétaire-Trésorier Général,

Paul LETONDAL.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du jeudi, 11 avril 1940

Présidence de M. Jean Saucier

Un cas de ménorrhagie par hypothyroïdie

C.-E. GRIGNON et C. LEONARD

Mlle T. R., dossier 1096, âgée de 15 ans, est admise dans le service de médecine le 3 février 1940 pour des règles qui sont très abondantes durant 8 ou 9 jours et dont le cycle est plutôt irrégulier à 15 jours ou 3 semaines. La puberté date de juillet dernier alors qu'elle avait 14 ans.

Accessoirement, elle se plaint de nervosité, d'irritabilité, d'instabilité du caractère; le matin, elle a de la fatigue qui tend à disparaître au cours de la journée; elle est frileuse. Sa mémoire est moins bonne depuis un certain temps. Enfin après avoir engraisé assez rapidement, immédiatement avant sa puberté, elle maigrit continuellement depuis l'installation de celle-ci.

Dans ses antécédents, on note une crise d'ictère catarrhal l'an dernier; elle fut adénoïdectomisée à l'âge de 8 ans. Du côté héréditaire, rien de spécial.

A l'examen physique, nous sommes en présence d'une jeune fille au teint pâle, bien constituée, et porteuse d'un acné séborrhéique de la face: celle-ci a un aspect plutôt boursoufflé. Les cheveux tombent; le signe de la queue du sourcil est positif; les poils sont rares au pubis et à l'aisselle.

La palpation au niveau de la thyroïde ne révèle rien de particulier. Le reste de l'examen est partout négatif.

Epreuves de laboratoire.

Sang: B. W.: — —

Urée: 0. gr. 29;

Glucose: 1. gr. 06;

Cholestérine: 1. gr. 61.

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

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

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

La **LYXANTHINE ASTIER**

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

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine¹... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethylenyldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal

Veuillez m'envoyer de la littérature et un échantillon:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

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

Urines:

Traces d'albumine;

Leucocytes rares.

M. B.: — 16%.

Selle turcique, plutôt petite mais normale.

Curettage — biopsie en période prémenstruelle: la muqueuse est trouvée fortement œdémateuse et les glandes légèrement dilatées et au stade folliculinaire: rien ne permet de penser qu'il s'agit d'une muqueuse prémenstruelle. (Dr L.-C. Simard.)

Cette jeune malade faisait donc des ménorrhagies avec hypothyroïdie, et le traitement semble vouloir confirmer le diagnostic puisque l'administration d'extrait thyroïdien à la dose de 1 grain matin et soir a vu tout d'abord l'état général de notre malade s'améliorer considérablement, la fatigue matinale diminuer, la frilosité disparaître, le caractère s'adoucir et le poids augmenter; ses menstruations s'établissent de façon normale: ainsi le mois dernier, elles ne durèrent que 4 jours et furent deux fois moins abondantes qu'auparavant.

En présence de ces ménorrhagies des jeunes filles ayant débuté à la puberté, il faut questionner minutieusement le fonctionnement thyroïdien et l'on trouvera assez fréquemment une petite insuffisance thyroïdienne. Ces malades ne guérissent ni par l'administration d'A. P. L. de folliculine ou de progestérone mais plutôt par l'extrait thyroïdien.

Discussion

M. A. GRATTON. La malade a-t-elle eu un autre métabolisme basal? Le docteur Grignon a-t-il pu trouver la cause de cette hypothyroïdie? Y aurait-il indication à donner de l'Antuitrine-S? D'autre part, est-ce que la malade devra prendre longtemps de l'extrait thyroïdien? Et si elle cesse d'en prendre, la maladie va-t-elle réapparaître?

M. J. TREMBLAY a constaté chez une malade après une appendicectomie, des contractures cloniques. Un métabolisme basal fut fait et décéla une hypothyroïdie. Y aurait-il analogie avec la malade du Dr Grignon?

M. LABERGE. Quel est le pronostic au point de vue stérilité plus tard chez cette malade? L'ictère catarrhal aurait-il pu être en cause ici?

M. Jean SAUCIER demande au Dr L.-C. Simard ce qu'il entend par stade folliculinaire.

M. Y. CHAPUT insiste sur l'importance que l'on doit donner au M. B. dans l'hypothyroïdie et demande si on peut avoir hypothyroïdie avec M. B. normal.

M. L.-C. SIMARD. Le curettage biopsique nous renseigne sur la muqueuse utérine en nous indiquant le stade du cycle menstruel. Dans la période folliculinaire, le chorion de la muqueuse utérine est

pauvre en tissu cytogène et les glandes hélicines présentent de nombreuses mitoses. Après la ponte ovulaire, ces glandes deviennent irrégulières « en accordéon », le tissu cytogène augmente et les mitoses disparaissent graduellement des glandes. Quelques jours avant les menstruations on voit apparaître des cellules prédéciduales. Au point de vue diagnostic, cet examen est donc d'une très grande importance.

M. G. HEBERT. Comment expliquer chez cette malade l'augmentation de son poids et la disparition de sa nervosité sous l'effet de l'extrait thyroïdien? Ceci semble paradoxal.

M. C.-E. GRIGNON répond au Dr A. Gratton que la malade n'a eu qu'un métabolisme basal, qu'elle devait en avoir un autre mais qu'elle va à l'école actuellement et que c'est partie remise.

La cause de l'hypothyroïdie peut être d'origine congénitale, acquise ou héréditaire. Chez la malade actuelle, elle serait d'origine acquise, car après un questionnaire approfondi, il n'a pu être décelé comme cause que des adénoïdites à répétition et une amygdalectomie vers 7 ans. L'amygdalite est fréquente dans les antécédents des hypothyroïdiens.

L'Antuitrine-S n'était pas indiquée ici, parce que la malade ne présente pas de symptômes hypophysaires tels que nanisme, diabète, insipide, etc.

On cessera l'extrait thyroïdien quand la malade sera mieux. Sous l'effet de cette médication, la glande reprendra son activité et pourra travailler normalement.

Au Dr Laberge: il est difficile de faire ici un pronostic au point de vue stérilité, cependant, si la malade continue son traitement et ne fait pas d'infection génitale, elle ne devrait pas être stérile. A ce propos, il est utile de se rappeler que la grande cause de stérilité chez la femme est l'insuffisance thyroïdienne.

Il est peu probable que l'ictère catarrhal ait été en cause ici avec l'hypothyroïdie.

Au Dr Y. Chaput: il est possible d'avoir de l'hypothyroïdie localisée avec un métabolisme normal.

Au Dr G. Hébert: en donnant de l'extrait thyroïdien on améliore le métabolisme du malade, ses échanges se font plus facilement et son poids augmente. Quant au système nerveux, c'est la malade elle-même qui nous a avoué que son caractère s'était grandement adouci.

M. A. BERTRAND. Un premier test de métabolisme basal peut donner des résultats inexacts par gêne, timidité ou nervosité du malade qu'on ne peut pas toujours contrôler. C'est pour cette raison qu'il faudra faire des examens subséquents qui eux pourront nous renseigner plus exactement sur le métabolisme réel du malade.



“ Il vaut mieux prévenir...”

L'usage précoce de l'Emménine est l'un des moyens les plus efficaces d'empêcher l'apparition des malaises de la ménopause. “Les femmes qui sont encore réglées lors de la ménopause, signale Hawkinson,* sont parfois plus difficiles à traiter. (. . .) La médication par voie buccale, sous forme d'Emménine, est le traitement de choix de ces cas.”

* *Hawkinson, L.F.: J.A.M.A. 111: 392, 20 juillet 1938.*

L'Emménine — hormone œstrogène du placenta, active “per os” — est présentée en liquide (120 unités orales-quotidiennes Collip par cuillerée à thé) et en comprimés (120 unités orales-quotidiennes Collip par comprimé).

Ayerst

AYERST, MCKENNA & HARRISON LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL

CANADA

PRESCRIVEZ DES PRODUITS CANADIENS

AIDEZ À GAGNER LA GUERRE

SERVEZ PAR VOTRE ÉPARGNE

**Persistance d'une fistule broncho-pleurale
après désossement thoracique**

J. PREVOST et B. BAILLARGEON

M. M. B., 26 ans, infirmier, fut hospitalisé à l'hôpital Notre-Dame du 8 mars au 5 décembre 1932 pour pleuro-pneumonie et empyème secondaire présentant alors comme condition associée de la spécificité.

Examens radiologiques.

26 mars 1932 — Radiographie pulmonaire:

Opacité complète à gauche. Refoulement notable du cœur vers la droite.

26 mai 1932 — Radiographie pulmonaire:

Pneumothorax gauche avec brides pleurales: le fond de la cavité paraît plus bas que le niveau de la fistule.

3 septembre 1932 — Radiographie pulmonaire:

La plage pulmonaire droite présente de la tramite. A gauche, il y a une grande zone de pneumothorax et une plèvre très épaissie masquant l'ombre pulmonaire.

Opérations pratiquées à Notre-Dame.

26 mars 1932:

Pleuro-costotomie gauche pour pleurésie purulente enkystée.

14 avril 1932:

Ouverture d'un abcès de la région fessière.

16 juin 1932:

Costotomie pour fistule thoracique.

Examens de laboratoire.

24 mars 1932: Pus de la plèvre: pneumocoque.

12 avril 1932: Pus de l'abcès de la fesse: pneumocoque.

26 avril 1932: Pus de la plèvre: staphylocoque et Bacille de Koch.

24 mars 1932: B. W.: +++++ +++++

Le 5 décembre, le patient quitte l'hôpital avec un drain dans la plaie de sa pleuro-costotomie, qui suppure encore.

Va à l'hôpital Grace Dart, reste 7 jours, puis signe son congé.

Reste chez lui un an et six mois. Pendant ce temps, son drain tombe et la plaie guérit complètement d'elle-même.

Vers le mois de juillet 1934, le patient ressent des malaises dans son côté gauche: il consulte au Royal Edward Institute; on le ponctionne et on retire du pus. Le patient se fait hospitaliser ici à Notre-Dame du 12 juillet 1934 au 24 septembre 1934.

Diagnostic.

Empyème tuberculeux.

Tuberculose pulmonaire bilatérale.

Examens de laboratoire.

18 juillet 1934: pus pleural — Présence de pus. Absence de microbe. Inoculation au cobaye.

10 octobre 1934:

Le rapport de l'inoculation revient positif.

Le 24 septembre 1934, le patient quitte l'hôpital amélioré et doit revenir pour nouvelle ponction pleurale.

En février 1935, le patient fait une grippe et se présente au Royal Edward Institute, là, après examen on l'envoie dans un autre hôpital.

Un chirurgien a pratiqué plusieurs temps de thoracoplastie avec en plus une exérèse de la plèvre pariétale. En raison des fistules multiples, une tentative d'implantation musculaire aux dépens de son grand pectoral, fut faite, mais malheureusement une infection secondaire s'est produite dans cette greffe musculaire, amenant un phlegmon de sa paroi thoracique et finalement une destruction totale de tous les tissus mous de cette région.

Examen subjectif.

A. Resp: Tousse un peu. Ne crache pas.

A. Circ: Dyspnée à l'effort.

Aucun antécédent personnel et héréditaire digne d'intérêt.

Examen objectif.

Amputation de la paroi thoracique gauche allant du creux de l'aisselle au 6e espace intercostal et d'avant en arrière de la ligne axillaire antérieure à la colonne vertébrale.

Hernie du poumon gauche à la toux et sifflement témoin d'une fistule broncho-pleurale.

Commentaires.

Bon nombre de fistules broncho-pleuro-pariétales guérissent spontanément. Nous avons vu des pleurésies tuberculeuses puriformes qui ont duré des années, qui se sont fistulisées et qui ont guéri toutes seules. Le liquide purulent cesse de l'être, redevient séreux et les bacilles qu'on y rencontrait en abondance disparaissent. Dans ces conditions, et en l'absence de pleurite septique la guérison est possible. Dans d'autres cas de suppuration chronique et de fistulisation, la désinfection de la plèvre est impossible et il faut avoir recours à la thoracoplastie et souvent à la pleurectomie. Ces interventions ont été faites, sans succès, chez ce malade que nous présentons et nous demandons si la spécificité non traitée, joue un rôle quelconque dans le désossement thoracique progressif inopérant.

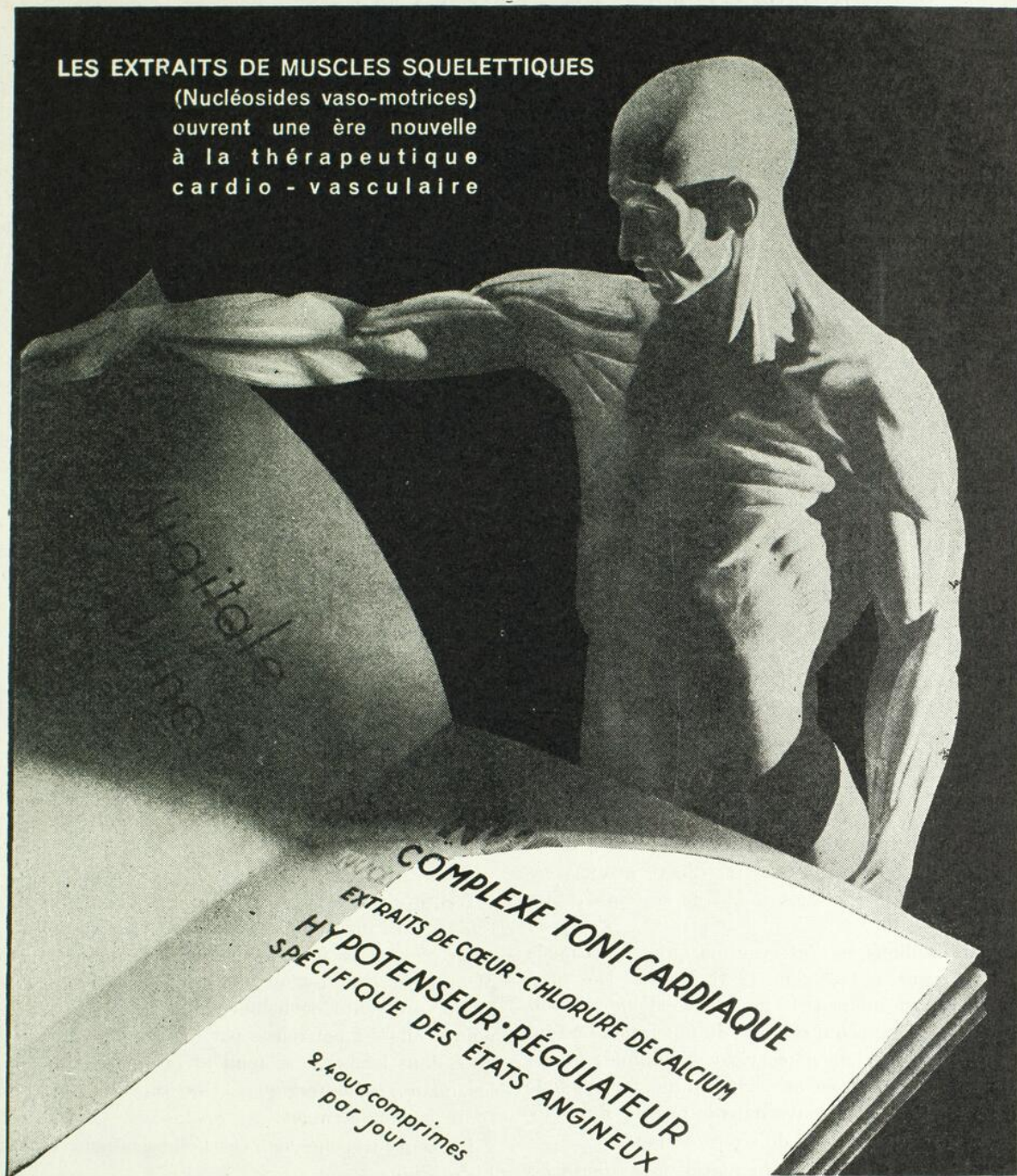
Actuellement, nous étudions un moyen de recouvrir cette immense surface découverte. Toute suggestion de la part des médecins de Notre-Dame serait accueillie avec reconnaissance.

Discussion

M. J.-U. GARIEPY. Ce malade est actuellement très handicapé et il faudrait le protéger par une greffe ou un appareil protecteur.

LES EXTRAITS DE MUSCLES SQUELETTIQUES

(Nucléosides vaso-motrices)
ouvrent une ère nouvelle
à la thérapeutique
cardio - vasculaire



COMPLEXE TONI-CARDIAQUE
EXTRAITS DE CŒUR-CHLORURE DE CALCIUM
HYPOTENSEUR • RÉGULATEUR
SPÉCIFIQUE DES ÉTATS ANGINEUX
2.4006 comprimés
par jour

NUCLÉOCARDOL

TRAITEMENT DE BASE DE TOUTES LES AFFECTIONS
CARDIAQUES ET VASCULAIRES.

En comprimés — forme buccale — et en ampoules pour
injection sous-cutanée.

Depositaire pour le Canada:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE - MONTREAL

M. Jean TREMBLAY suggère un corset protecteur en celluloïd.

M. Jules PREVOST répond que le malade n'a pas été traité pour sa syphilis et que pour lui cette absence de traitement antiluétique serait la cause de l'échec de l'intervention réparatrice tentée au moyen d'une greffe musculaire. Pour le moment, il veut protéger le thorax de ce malade par un appareil approprié, puis il envisagera l'opportunité d'un traitement antiluétique.

Histoire compliquée d'un phlegmon ligneux du cou

B.-G. BOURGEOIS et L.-C. SIMARD

Madame P. B..., âgée de 35 ans est hospitalisée le 31 janvier 1939 pour gonflement considérable de la moitié droite du cou de la région sous-maxillaire et de la joue correspondante. La maladie a débuté il y a quatre jours par des douleurs à la région cervicale droite, par des frissons et une température à 103° F.

La patiente est traitée deux ans pour des symptômes de sclérose en plaques. Elle a toujours été bien menstruée; elle a eu six grossesses à terme. Au moment de son admission à l'hôpital, ses menstruations retardent de plusieurs jours.

À l'examen, nous constatons un gonflement ligneux très douloureux de la moitié supérieure du cou, de la région sous-maxillaire et de la joue du côté droit, du trismus et une induration du plancher de la bouche le long du bord interne du maxillaire. On pose le diagnostic de phlegmon ligneux. L'état général est très mauvais. Le pouls est à 116 et la température à 100 2/5° F.

Nous conseillons une intervention qui est pratiquée immédiatement, à 1:30 p.m. le 31 janvier. Des incisions s'écoulent un peu de liquide d'œdème d'abord puis, dans les heures qui suivent, du pus franc. Le soir, à 9 heures, le gonflement cervical a diminué; la patiente se sent soulagée et peut s'alimenter quelque peu. Le Dr Bertrand trouve dans le pus du staphylocoque et quelques chaînes de streptocoque.

Le 2 février, à 5 heures du matin, la patiente est prise de douleurs abdominales intenses que n'arrivent pas à calmer une piqûre de pantopon et une autre de codéine; le pouls est à 144 et la température à 104° F.

À ce moment, l'abdomen est souple et indolore partout, mais à gauche et au-dessus de l'ombilic on perçoit une masse arrondie et dure très sensible qui n'existait pas au moment du premier examen. Il n'y a pas de défense musculaire.

Une piqûre de morphine procure quelques heures de sommeil, mais la patiente s'éveille en aussi mauvais état. La tumeur abdominale a grossi, et les muscles au-dessus d'elle sont rigides.

Un toucher vaginal qui avait révélé un utérus un peu gros probablement gravide sans douleur du Douglas, démontre maintenant une légère sensibilité profonde, diffuse.

La limpidité des urines fait rejeter la diagnostic d'hydronéphrose infectée; une radiographie montre des reins de volume normal et un intestin sans gaz ni niveau liquide. On écarte donc le volvulus. L'absence d'écoulement vaginal, le mutisme des culs-de-sac font également rejeter le diagnostic d'une grossesse ectopique.

On s'arrête à la possibilité d'un kyste à pédicule tordu, à long pédicule ou à un kyste du mésentère. Nous proposons une laparotomie immédiate.

On pratique une incision médiane sus et sous-ombilicale. Un liquide sanguino-purulent abondant s'échappe par l'ouverture, la cavité abdominale en est remplie.

Sur la paroi postérieure de l'abdomen, au niveau de l'insertion mésentérique, du côté gauche, indépendante de la rate et du rein existe une masse hémorragique. Nous croyons qu'il s'agit d'un groupe de ganglions lymphatiques infectés et hémorragiques. La masse est extraite par un clivage assez facile. Marsurpialisation de l'enveloppe après hémostase soigneuse. Drainage de la cavité pétonéale par deux tubes dans le Douglas; drainage de l'espace mésentérique par trois mèches et un petit tube; fermeture au catgut chronique et au crin perforant.

La patiente meurt environ une heure après l'intervention.

L'autopsie n'a pu être faite, seule la pièce opératoire a subi un examen anatomo-pathologique.

La pièce a la forme et les dimensions d'un pamplemousse. Elle est de consistance générale plutôt molle, diffuse et hémorragique en de nombreux points, elle est parcourue par des traînées de couleur grise dont les bords se fondent progressivement avec les régions hémorragiques. Une capsule mince l'entoure incomplètement.

Plusieurs tranches ont été prélevées pour l'examen histologique.

Au microscope, la majeure partie de la masse est nécrosée, hémorragique et très largement infiltrée par des fusées purulentes. Il ne reste de tissu vivant que près de la capsule. Ce tissu vivant est constitué par des cellules cylindriques tantôt placées les unes sur les autres en piles de monnaie formant ainsi des travées grêles, irrégulières et anastomosées les unes aux autres, et séparées par de nombreux capillaires, tantôt orientées en rosettes autour des vaisseaux. Leur protoplasma est finement granuleux de densité variable et fortement colorable par les colorants acides lorsque les granulations sont abondantes. Dans la capsule existent des acini pancréatiques caractéristi-



Aussi capricieux que puisse être parfois l'estomac, vous pouvez en régler le fonctionnement avec CAL-BIS-MA, l'antiacide gastrique préparé dans le but de contrôler l'estomac. L'estomac n'a pas de crises de larmes, mais quand il est capricieux il déverse de l'acide, plus qu'il n'en faut pour son propre bien-être.

Le Cal-Bis-Ma neutralise promptement cet acide et le maintient neutralisé pendant un certain temps. Le kaolin colloïdal et le bismuth ajoutent leur action sédative et conciliatrice et empêchent la réapparition secondaire de l'acide. L'estomac a tendance à redevenir calme et à reprendre sa fonction digestive normale. Cal-Bis-Ma remplit sa tâche sans ostentation, sans même obliger le patient à avaler quelque chose de désagréable.

Pourquoi ne connaissiez-vous pas Cal-Bis-Ma? Nous vous en fournirons des échantillons à titre gracieux. Vous n'avez qu'à écrire sur votre papier à en-tête. Cal-Bis-Ma se vend en boîtes de $1\frac{3}{4}$ et de 4 onces.

ques et quelques flots de Langerhans en voie d'atrophie.

La pièce opératoire nous apparaît donc comme une tumeur Langerhansienne du pancréas.

Une coloration bactériologique nous a révélé dans les régions suppurées une quantité extraordinaire de streptocoques, aussi abondants que dans un milieu de culture. Et il s'agit d'une pièce opératoire fixée immédiatement après l'intervention. Par conséquent, cet état microbien représente réellement la flore microbienne au moment de l'opération.

Voici donc une patiente souffrant d'un phlegmon ligneux du cou dont l'état général s'améliore quelque peu après ouverture et drainage de la lésion. Une septico-pyohémie survient qui donne naissance à un abcès métastatique dans une tumeur Langerhansienne du pancréas. Cette tumeur se nécrose, le pus fuse dans la cavité abdominale et c'est une péritonite suppurée généralisée qui emporte la patiente.

Cette histoire de cas méritant, croyons-nous, d'être rapportée. Dès après la première intervention, tout est devenu compliqué dans l'évolution de la maladie et l'étude anatomo-pathologique de la pièce éclairant la marche des événements, est venue ajouter encore à l'extraordinaire de l'observation, en révélant la présence d'une tumeur rare du pancréas.

Discussion

M. J.-U. GARIEPY croit qu'il s'agit ici d'une embolie microbienne qui se serait localisée à un endroit rare.

M. J. TREMBLAY. Cette tumeur existait-elle avant l'apparition de l'infection?

M. L.-C. SIMARD. Je crois que la tumeur existait longtemps avant l'infection, car la maladie terminale n'a duré que trois jours. Je regrette cependant qu'on n'ait pas eu le temps de faire une glycémie, car dans ces tumeurs, on a presque toujours de l'hypoglycémie. Il y a eu, il est vrai, une glycémie normale il y a trois ans, au moment où la malade était traitée pour symptômes de sclérose en plaques. Il aurait été d'un très grand intérêt de connaître la glycémie au cours des derniers mois. Bref, ce cas est remarquable par les circonstances rares qui l'ont entouré.

Anévrysmes de la saphène

P.-M. RICARD et V. GAUTHIER

Nous apportons deux cas de varices anévrysmales de la crosse de la saphène qui nous sont envoyés pour hernie crurale.

1er cas: S. P., 35 ans, journalier.

Tuméfaction crurale droite depuis 6 mois qui augmente à la station debout, non douloureuse, réductible au repos. S'efface à la palpation pour réappa-

raître aussitôt. Unilatéralité des varices localisées au membre inférieur droit.

2e cas: Mme A. B., 47 ans.

Tuméfaction crurale droite: volume d'une noix, douloureuse quand la patiente repose sur le dos. Début: voilà deux ans. Réductibilité. L'effort et la toux augmentent le volume.

Varices unilatérales depuis 20 ans. Fatigue de membre inférieur droit, le soir, avec œdème malléolaire et fourmillements.

Diagnostic différentiel.

Adénite; hernie crurale; lipôme préherniaire, abcès froid, ossifluent.

Diagnostic positif. Anévrysme de la saphène

La tuméfaction crurale et l'unilatéralité des varices seraient une indication de présomption.

Traitement.

Exérèse de l'anévrysme avec ligature haute de la saphène, au ras de la valvule, à la jonction fémorale pour éviter la thrombose et l'embolie, comme complications immédiates et mortelles.

Evolution.

Affaissement des varices du membre inférieur droit.

Discussion

M. J. TREMBLAY. Ce cas est surtout intéressant au point de vue du diagnostic différentiel qui s'imposait ici entre la hernie crurale ou l'anévrysme de la crosse de la saphène.

M. U. GARIEPY. Je désire attirer l'attention de cette assemblée sur l'importance de faire un toucher vaginal dans les varices du membre inférieur afin de se rendre compte qu'il n'existe pas une compression des vaisseaux du bassin par une tumeur abdominale.

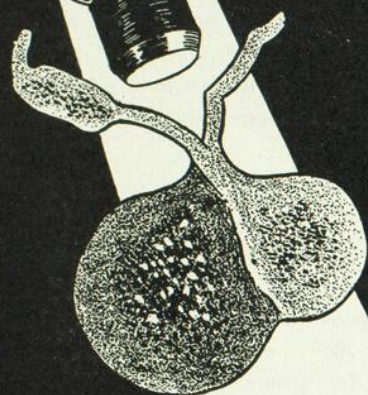
M. A. BELLEROSE. Dans l'anévrysme de la saphène, il est très important de ligaturer la veine très haut, le plus près possible de la crosse, sinon on encoure le risque de la formation d'un caillot et d'une embolie. Le cas présent rapporté par le Dr P.-M. Ricard est une maladie très rare, ce qui en rend le diagnostic d'autant plus difficile. A ce point de vue, un symptôme important pour différencier l'anévrysme de la hernie crurale, c'est le suivant: dans l'anévrysme, à la palpation, quand on cesse la pression, la tumeur se reproduit d'elle-même, immédiatement et sans effort de la part du malade tandis que dans la hernie, la tumeur ne se reproduit pas d'elle-même; il faut que le malade tousse pour qu'elle réapparaisse.

M. L.-C. SIMARD demande si les chirurgiens emploient l'héparine dans les interventions sur les vaisseaux; l'usage de ce médicament permet en effet de réussir des greffes sur les vaisseaux.

M. C. HEBERT. La posologie de l'héparine n'est pas encore définitivement établie; on rapporte aussi des accidents qui lui seraient imputables, c'est pour cela

PREPHYSIN

(Chappel)



La Gonado-Stimuline du lobe antérieur de l'hypophyse à une concentration très élevée, est aujourd'hui à la disposition du médecin qui recherche une puissante activation des fonctions ovariennes ou testiculaires. Cette hormone gonadotrope de haute concentration est connue sous le nom de PREPHYSIN SPECIALE et se présente en flacons-ampoules de 5 cc. Chaque cc. contient 100 unités Fevold-Hysaw.

La PREPHYSIN de concentration ordinaire, étudiée cliniquement depuis quatre ans, a une activité gonadotrope de 25 unités Fevold-Hysaw. Elle se présente en flacons-ampoules de 5 cc. et de 15 cc.

Bibliographie récente sur la PREPHYSIN:

1. Sevringhaus, Bull. N. Y. Acad. Med., Feb., 1940.
2. Sevringhaus, "Endocrine Therapy in General Practice" 1938.
3. Witherspoon, "Clinical Pathological Gynecology" 1939.

ECRIVEZ POUR PLUS AMPLES INFORMATIONS

THE
G. F. HARVEY COMPANY
SARATOGA SPRINGS, N. Y.



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHERRIER - MONTRÉAL

que les chirurgiens hésitent à l'employer. D'après Best, les doses préconisées sont trop fortes. Ce médicament me semble précieux mais tant qu'on ne sera pas fixé sur son innocuité et sa posologie, il me paraît plus prudent d'en différer l'emploi.

M. A. BERNIER trouve curieux la greffe d'une veine sur une artère, et se demande ce qu'il en résulte.

M. A. BELLEROSE. Lorsque accidentellement une veine communique avec une artère, il se produit un anévrysme artério-veineux. Dans les interventions sur les vaisseaux, nous employons avec des résultats satisfaisants l'hirudine au lieu de l'héparine.

M. J. SAUCIER demande au Dr Gérin-Lajoie les rapports qui peuvent exister entre les anévrysmes de la saphène et les affections du bassin.

M. GERIN-LAJOIE. Certaines flexions de l'utérus peuvent entraîner une gêne de la circulation dans les plexus qui ont des communications avec la saphène, et ainsi entraver la circulation veineuse du membre inférieur. Cependant je ne suis pas sûr que par un examen gynécologique on puisse apprécier l'étendue des lésions veineuses du bassin sauf quand il s'agit de grosses lésions: fibromes, kystes de l'ovaire, etc.

M. U. GARIEPY. J'insiste de nouveau et je prétends qu'il peut exister dans le bassin des ponts fibreux qui compriment la veine iliaque et entravent toute la circulation veineuse correspondante. L'existence de tels ponts fibreux peut être mise en évidence par un toucher vaginal, et il est important de la faire avant toute intervention sur les varices du membre inférieur.

Un cas pour diagnostic

(Ulcération et perforation intestinale)

A. MAGNAN

Le 5 janvier dernier, Madame X, 42 ans, est amenée à l'hôpital pour avortement de 2½ mois. A son arrivée, température 99.2, pouls 112. Pertes sanguines abondantes, odorantes. Frissons répétés depuis hier. Faciès pâle et anxieux.

Examen gynécologique.

Douleurs et défense à la partie inférieure de l'abdomen. Utérus gros, peu mobile et douloureux. C-d-s latéraux douloureux. Col utérin déchiré, déchiqueté, bourgeonnant et ouvert. Curage le même jour ramène de nombreux débris placentaires, mortifiés et très odorants.

Traitements post-opératoires immédiats.

1. Néo-prontosil: 10 c.c. 4 f. p. j.
2. Coramine: 1 ampoule toutes les 6 hrs.
3. Sérums et lavements.

Le 9 janvier, température et pouls normaux.

Histoire personnelle antérieure.

Pleurésie, il y a 13 ans. Puberté 14 ans. Mariage 23.

Menstruations difficiles—6 jours. Neuf grossesses, 8 enfants vivants, 1 f.c.; accouchements difficiles.

Histoire de famille. Rien de particulier.

Depuis plusieurs années, la malade a des douleurs à la région hypogastrique et lombaire. Pertes leucorrhéiques muco-purulentes abondantes. Menstruations pénibles, abondantes et longues.

Il y a 2½ ans, à cause de ces troubles, la malade consulta ailleurs et on lui conseilla une hystérectomie.

Le 11 janvier, après consultation, nous décidons de pratiquer une hystérectomie totale, mais seulement après une préparation d'au moins 15 jours.

La malade est donc mise au repos avec tonique, sérums, vaccins, etc.

Examen de laboratoire (le 23 janvier):

Azotémie: 0. gr. 40;

Glycémie: 1. gr. 00;

Cytologie: G. R. 437,500, G. B. 5,000;

Hémoglobine: 58%, V. g. 0.7, Poly. 65%, G.M. 7%.

Lymph.: 26%, poly. eo. 2%.

Analyse des urines: normale.

Opération (1er février).

Laparotomie M.S.O. Appendicectomie pour appendice rétrocaecal complètement recouverte d'adhérences. Utérus gros, molasque. Kyste de la grosseur d'une mandarine à l'ovaire droit. Hystérectomie totale sans incident. Drainage de la cavité par drain tubulaire et deux drains cigarettes extrapentoneaux dans chaque c-d-s latéral.

Traitement post-opératoire habituel.

Sérums, Coramine, Pantopon, etc.

Le 4e jour, lavement ramène quelques grumeaux mais beaucoup de gaz.

Le lendemain même chose.

Le 6e jour: vomissements brunâtres; selles abondantes avec beaucoup de gaz.

Température oscille autour de 100 avec un pouls entre 110 et 125 depuis l'opération.

7 février:

Analyse d'urine: alb. xxxx, sang, leucocytes, pus, bactéries. Dosage: 540 c.c. Cytologie: 15,000, G.B., Poly. neut. 71%.

L'examen abdominal montre une grosse réaction péritonéale. Le drain abdominal ne donne rien. Léger écoulement sanguin par le vagin. Tube de Lévine mis en place et enlevé le lendemain.

Le 8e et 9e jour: lavements reviennent avec grumeaux, glaires, et beaucoup de gaz. Température 101. Pouls 118. Ballonnement. Vomissements bilieux assez abondants. Le 10e jour: vomissements plus marqués. Température 102. Pouls 134. Pas de selle, ni gaz. Tube de Lévine puis appareil de Wangenstein laissés en place.

ORÉTON

HORMONE SEXUELLE MASCULINE DE SCHERING

Agent thérapeutique puissant dans
la ménopause masculine, l'impuissance résultant
de déficience androgène, et pour le
soulagement symptomatique du prostatisme.



Oréton en ampoules pour injections.

Onguent d'Oréton-F en tubes et en

« Toplicateurs » pour application locale.



SCHERING CORPORATION LIMITED
BOÎTE POSTALE 358 • PLACE D'ARMES • MONTRÉAL, P.Q.

Transfusions répétées; sérums en permanence, etc.
Décès le 13e jour après l'opération.

Protocole d'autopsie (Dr Simard).

A l'ouverture de l'abdomen s'échappe une grande quantité de pus mélangé à des lambeaux de fibrine et à des matières fécales. L'estomac et le gros intestin sont dilatés. Les poumons présentent de l'œdème et de la congestion tout le long du bord postérieur et dans les lobes inférieurs.

A la fin de l'iléon existent une dizaine d'ulcérations localisées sur les bords libres occupant les plaques de Payer à fond encore sanieux mais presque complètement détergées. Deux d'entre elles sont perforées. L'aspect macroscopique rappelle les lésions intestinales de la fièvre typhoïde à la période de détersion.

Les ganglions mésentériques sont un peu gros et de couleur rosée.

Le foie n'est pas augmenté de volume. La rate pèse 175 grammes; la boue splénique est très abondante. Les reins sont pâles et bigarrés.

Un séro-diagnostic pratiqué avec le sang du cadavre a été négatif. La culture du pus abdominale n'a pu mettre en évidence à part le colibacille que du pyocyanique.

Diagnostic.

Péritonite aiguë suppurée généralisée, ulcérations iléales multiples dont deux sont perforées. Dilatation de l'estomac et de l'intestin. Lésions dégénératives du foie et des reins.

L'examen histologique n'a pu révéler de lésions typhiques dans aucun des organes. L'iléon et les ganglions ne montrent que des infiltrations inflammatoires et des lésions irritatives d'allure banale.

Commentaires.

Il est de toute évidence ici que notre malade est morte de péritonite causée par la rupture de deux ulcérations de l'iléon. Cependant, nous aimerions à nous expliquer la présence et la nature de ces ulcérations et la rupture de deux d'entre elles.

Discussion

M. GERIN-LAJOIE. Je suis aussi perplexe que le Dr Magnan pour poser un diagnostic dans le cas actuel, cependant on peut toujours discuter et se poser quelques questions. Je me demande si la période de trois semaines à dater de l'avortement jusqu'à l'intervention pour hystérectomie a été suffisamment longue, et si l'infection était suffisamment refroidie? Il peut fort bien exister, au niveau des tissus, en particulier au niveau des paramètres un microbisme latent qui pourrait se réveiller à l'occasion d'une intervention chirurgicale. A mon avis, la malade est morte de péritonite survenue après

perforation d'une plaque de Payer. On peut se poser aussi plusieurs autres questions: Pourquoi la malade a-t-elle fait une fausse couche? Avait-elle une lésion rénale? Avait-elle déjà eu la typhoïde qui aurait pu causer l'avortement? A ce sujet, je me rappelle fort bien une malade qui a fait deux fausses couches avec séro-diagnostic positifs à la paratyphoïde durant la grossesse et négatifs dans l'intervalle. La malade du Dr Magnan était-elle porteuse de bacilles d'Eberth?

M. A. BERNIER. Afin d'expliquer l'ulcération et la perforation, je ferai remarquer que le volvulus post-opératoire peut amener un infarctus et des ulcérations des plaques de Payer.

M. L.-C. SIMARD. S'il y avait eu typhoïde, on aurait trouvé du bacille typhique dans la culture du pus abdominal.

Il n'y avait pas de volvulus dans l'intestin de cette malade ni infarctus. Macroscopiquement et anatomiquement, on pouvait poser le diagnostic de typhoïde. Cependant, je crois qu'il s'agissait d'une colite ulcéreuse par bacille pyocyanique.

M. A. BERTRAND. Les agglutinines se conservent et le séro-diagnostic, même après la mort du patient, est bon. Le bacille pyocyanique peut causer une colite avec ulcération et perforation.

M. B.-G. BOURGEOIS. Le Dr Magnan a-t-il enfoui le moignon appendiculaire? S'il non, ceci pourrait expliquer la péritonite qui a suivi.

M. L.-C. SIMARD. A l'autopsie, je n'ai rien constaté au moignon appendiculaire. J'ai l'impression que la péritonite ne venait pas des paramètres mais des perforations intestinales.

M. J.-U. GARIEPY. Y avait-il des taches rosées lenticulaires?

M. J. TREMBLAY. Est-ce la péritonite qui a causé les perforations ou vice versa?

M. C.-E. GRIGNON. A-t-on fait un examen anatomopathologique de l'utérus?

M. P.-M. RICARD. A-t-on remarqué des signes cliniques pathognomoniques de la perforation tels que douleur subite en coup de poignard, baisse de la température, etc.? Si oui, on aurait peut-être pu intervenir.

M. A. MAGNAN. La cause de la fausse couche résidait dans l'état de l'utérus et du col qui étaient très infectés depuis longtemps; on avait déjà proposé à la malade l'hystérectomie deux ans auparavant.

Je crois réellement que la malade avait été refroidie suffisamment et que son état se serait guère amélioré si on avait attendu plus longtemps. L'hystérectomie n'a pas été faite trop tôt si on se reporte à l'infection puerpérale où on n'hésite pas et où on enlève l'utérus d'emblée pour enlever le foyer d'in-

RÉTROSPECTIVE

Trois décades d'expérience clinique

L'emploi d'un mélange de lait de vache, d'eau et d'hydrates de carbone représente la seule méthode d'alimentation infantile qui, d'une façon constante, durant trois décades, a reçu l'approbation générale des pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'une rétrospective aussi magnifique et aussi durable en expérience clinique de haute valeur, que Dextri-Maltose.

DEXTRI-MALTOSE No 1 (avec 2% de chlorure de sodium) pour bébés normaux.

DEXTRI-MALTOSE No 2 (ordinaire, sans sel) permet au médecin de modifier le sel.

DEXTRI-MALTOSE No 3 (avec 3% de bicarbonate de potassium) pour bébés constipés.

Ces produits sont hypo-allergiques

DEXTRI-MALTOSE

Veuillez inclure votre carte professionnelle lorsque vous demandez des échantillons de produits de Mead Johnson afin de coopérer à empêcher leur destination à des personnes non autorisées à les recevoir.

Mead Johnson & Company of Canada Limited, Belleville, Ontario.

fection. Je n'ai pas remarqué de lésion au cæcum, mais l'appendicectomie a été laborieuse. Toutefois après 6 jours, le tube de drainage ne donnait plus, et comme il n'y a pas eu de signes cliniques apparents de perforation, je n'ai pas jugé opportun d'intervenir de nouveau.

*Le Secrétaire des Assemblées
Scientifiques,*
Armand GRATTON,

**REUNIONS SCIENTIFIQUES DU BUREAU MEDICAL
DE L'HOPITAL DE L'ENFANT-JESUS**

Séance du 19 avril 1940

La maigreur hypophysaire

H. LALIBERTE et J.-P. POULIOT

Ce travail sera publié *in extenso*.

Un cas d'hématurie rebelle

H. LALIBERTE et M. VACHON

Le Dr Vachon signale qu'il existe des pseudo-hématuries v.g. médicamenteuses, et des hématuries vraies. Après une longue étude clinique où

tour à tour diagnostics d'hématuries par calculs, cancer, tuberculose, hémophilie sont envisagés, les auteurs arrivent à porter le diagnostic de néphrite hématurique. Le traitement médical n'ayant apporté aucune amélioration, la patiente est dirigée vers la clinique où l'on tentera la décapsulation rénale.

Le Secrétaire,
W. Le BLOND.

Séance du 11 mai

Actinomycose cutanée

M. BEAUDRY

Observation d'un homme âgé de 39 ans porteur d'un plastron induré intéressant la figure, la joue, et le cou du côté droit. Guérison en cinq semaines par le traitement à l'iode.

Le diagnostic des infections typhiques

W. LEBLOND

Révision des différentes méthodes de diagnostic anciennes et modernes, notamment celle qui utilise des antigènes statulés.

Le Secrétaire-adjoint,
De la Broquerie FORTIER.

DOCTEUR — voici les vitamines A et D

sous forme de produits appropriés à vos besoins

Petite dose et grande efficacité.

Économie Q.E.D. pour vos patients

Dose d'une cuillerée à thé — L'huile de foie de morue N.N.R. de Squibb (ordinaire ou aromatisée à la menthe) est si riche qu'une cuillerée à thé fournit une dose quotidienne de 6,600 U.I. de vitamine A et 960 U.I. de vitamine D. Une provision de soixante-douze jours (12 onces) coûte seulement un dollar à votre patient.

— L'huile de foie de morue 10D de Squibb est indiquée lorsqu'il y a carence de vitamine D.

Dose d'une demi-cuillerée à thé — Hal-Cod-Ol, association très efficace d'huile de foie de morue et de flétan, de Squibb, fournit 6,900 U.I. de vitamine A et 690 U.I. de vitamine D dans une dose de une demi-cuillerée à thé.

Dose à la goutte — 10 gouttes de Navitol, huile de vitamine *naturelle*, de Squibb, fournissent 9,400 U.I. de vitamine A et 1,700 U.I. de vitamine D. Une provision de deux mois (10 cc.) pour soixante-cinq sous.

En capsules — chaque capsule de Navitol fournit 9,400 U.I. de vitamine A et 1,700 U.I. de vitamine D sous forme naturelle.

En comprimés — Adex — chaque comprimé fournit, sous forme stable, 3,300 U.I. de vitamine A et 660 U.I. de vitamine D. Vendus en flacons de 80 et 250.

La préférence établie pour les vitamines A et D provenant de sources naturelles, aussi efficace pour la thérapeutique que pour la prévention, est reconnue dans ces produits de Squibb. Tous sont standardisés biologiquement et leur grande efficacité stabilisée par les méthodes de préparation et d'emballage de Squibb.

Pour les échantillons, écrivez à 36 Caledonia Road, Toronto.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.

NOUVELLES

JOURNEES MEDICALES A L'OCCASION DU 40^{ème} ANNIVERSAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

les 9, 10, 11 et 12 octobre 1940

Sous la présidence d'honneur de
l'Honorable HENRI GROULX

Programme général

Mercredi, 9 octobre

Hôpital Notre-Dame

- 8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de
l'hôpital. Exhibits scientifiques.
- 9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.
- 11 h. 30. — Conférence sur un sujet d'intérêt
général pour la profession médi-
cale.
- 12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement
par le Bureau d'Administration
de l'hôpital Notre-Dame (Pavil-
lon des Gardes-Malades), aux
médecins régulièrement inscrits.

Jeudi, 10 octobre

Hôtel-Dieu

- 8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de
l'hôpital. Exhibits scientifiques.
- 9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.
- 11 h. 30. — Conférence sur un sujet d'intérêt
général pour la profession médi-
cale.
- 12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement
par les Religieuses de l'Hôtel-
Dieu, aux médecins régulièrement
inscrits.

Vendredi, 11 octobre

Hôpital de la Miséricorde

- 8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de
l'hôpital. Exhibits scientifiques.
- 9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.

11 h. 30. — Conférence sur un sujet d'intérêt
général pour la profession médi-
cale.

12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement
offert par les Religieuses de la
Miséricorde, aux médecins régu-
lièrement inscrits.

7 h. 30. — Banquet conjoint de la Société
Médicale de Montréal et de la
Montreal Medico-Chirurgical So-
ciety.

Samedi, 12 octobre

Hôpital du Sacré-Cœur

- 8 h. 30. — Inscription.
Visite des différents services de
l'hôpital. Exhibits scientifiques.
- 9 h. 30. — Séance clinique à l'amphithéâtre.
- 11 h. 30. — Conférence sur un sujet d'intérêt
général pour la profession médi-
cale.
- 12 h. 30. — Buffet froid offert gracieusement
par les Religieuses de la Provi-
dence, aux médecins réguliè-
rement inscrits.

Renseignements:

Les « Journées Médicales » sont organisées
pour célébrer le 40^e anniversaire de la fonda-
tion de la Société Médicale de Montréal.

Elles auront lieu, par suite d'une entente
avec nos collègues de langue anglaise, en
même temps que le Congrès Annuel de la
Montreal Medico-Chirurgical Society.

L'inscription aux « Journées Médicales »
est gratuite pour les membres de la Société
Médicale et leurs invités: elle donne droit au
Programme-Souvenir et à un insigne.

Le Secrétaire-Trésorier Général,
Paul LETONDAL.

Le Président,
Oscar MERCIER.

La marque d'origine de la "Sulfapyridine"

DAGENAN

- PNEUMOCOCCIES
- GONOCOCCIES
- MÉNINGOCOCCIES



Les Laboratoires Pouleuc Frères furent les premiers à offrir aux médecins canadiens la *SULFAPYRIDINE* sous le nom déposé de "DAGENAN".

L'accueil spontané et les résultats cliniques qui ont suivi l'avènement de ce médicament ont prouvé d'une façon non équivoque la supériorité thérapeutique et la qualité de fabrication de ce produit.

MM. les médecins en spécifiant **DAGENAN** sur leurs ordonnances seront toujours assurés de prescrire un produit d'une grande pureté et d'une posologie précise.

PRÉSENTATION: Tube de 20 comprimés et Flaçon de 100 comprimés.

LABORATOIRES **POULENC FRÈRES** DU CANADA, Ltée
204, Place Youville - - Montréal.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET L'HYGIÈNE INDUSTRIELLE

Le personnel de la division de l'Hygiène industrielle au Ministère de la Santé, en coopération étroite avec le Ministère du Travail et le Ministère des Mines, s'est efforcé depuis le début de ses activités d'aider les industriels de ses conseils et de ses suggestions afin de les mettre en mesure de protéger efficacement la santé de leurs ouvriers contre les dangers auxquels ceux-ci sont exposés durant le cours de leur travail.

Les poussières constituent l'un de ces dangers. On sait que certaines poussières sont très dangereuses à respirer; d'autres le sont beaucoup moins. Mais, en principe, toute poussière, si elle est respirée en trop grande quantité est susceptible de provoquer l'une quelconque des maladies des voies respiratoires ou d'aggraver ces maladies si elles existent déjà. Le contact de la peau avec certaines poussières peut aussi donner naissance à des éruptions très ennuyeuses pour l'ouvrier. Certaines poussières enfin peuvent provoquer des empoisonnements aigus ou chroniques très graves.

De tous les problèmes d'hygiène industrielle existant dans la province celui des poussières est probablement le plus important; le nombre d'industries qu'on y rencontre et où l'on utilise des procédés qui chargent l'atmosphère de poussière en plus ou moins grande quantité est en effet assez considérable. Comme c'est la poussière invisible, c'est-à-dire, celle qui est composée de particules extrêmement petites, qui est souvent la plus dangereuse, une étude technique approfondie des locaux de travail doit être faite afin de pouvoir déterminer le degré du danger auquel l'ouvrier est exposé et afin d'établir les mesures de protection qu'il convient de prendre.

Le personnel de la Division de l'Hygiène industrielle a complété un nombre substantiel de ces études dans divers établissements et les recommandations nécessaires ont été faites pour le plus grand intérêt de l'ouvrier et de l'industriel. Nous devons ajouter que la très grande majorité des industriels nous ont accordé jusqu'à présent leur entière coopération, dans ce travail de médecine préventive.

NOMINATIONS AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le docteur **Jean-Charles Beaudet** a été nommé secrétaire et assistant du docteur Jean Grégoire sous-ministre de la Santé.

Les docteurs **Antonio Bossinotte** et **Bruno Lahaye** ont été respectivement promus aux postes de chef de la division de l'Assistance publique et chef de la division des unités sanitaires. Nos trois collègues étaient attachés au ministère de la Santé avant leur récente nomination et étaient diplômés en hygiène publique de l'Université de Toronto.

BOURSES D'ÉTUDE ACCORDEES AUX ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTREAL

Le Gouvernement provincial vient d'accorder des bourses d'études à un certain nombre d'étudiants de nos universités. A la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal les étudiants dont les noms suivent ont été les heureux bénéficiaires: Charles Dominique, Edouard Gagnon, Robert Genest, René Gagnon, Robert Robitaille.

AVIS

- *Schering Corporation Ltd. est heureuse d'annoncer qu'elle dispose maintenant de moyens beaucoup plus considérables qui lui permettront de rendre de plus précieux services au corps médical.*
- *D'ici quelques mois, nous serons en mesure de mettre sur le marché plusieurs nouvelles hormones de la plus haute importance. Leur pureté et leur activité iront de pair avec celles des autres préparations hormonales de Schering, telles que le PROGYNON-B, le PROGYNON-DH et l'ORÉTON. Et comme tous nos produits, ces hormones seront fabriquées par des spécialistes canadiens et américains dans des laboratoires canadiens et américains — car Schering Corporation Ltd. est entièrement canadienne et américaine.*
- *En plus de fournir des fonds et des produits pour des travaux indépendants dans les universités et les hôpitaux canadiens, comme nous l'avons fait dans le passé, nous développons nos propres moyens de recherches. D'ici peu le Service de Recherches Médicales Schering mettra à la disposition du corps médical une série de monographies concises et authentiques se rapportant à divers aspects pratiques de l'endocrinologie.*
- *Pour vous assurer des produits de tout repos, spécifiez toujours le nom Schering.*



SCHERING CORPORATION

LIMITED - MONTRÉAL

REVUE DES LIVRES

La maladie hypertensive. A. DUMAS. Volume de 132 pages. Masson et Cie, Paris.

La maladie hypertensive comprend une affection du système artériel tout entier dont l'hypertension constitue le symptôme majeur. Débutant par un état d'hypertonie, cette affection évolue secondairement vers la sclérose artérielle qui pénètre par la voie vasculaire les différents organes, à des degrés divers, et y crée des lésions infarctoïdes plus ou moins accentuées.

Elle comporte trois phases successives d'évolution: une phase précoce d'hypertension solitaire d'apparence purement fonctionnelle, une phase d'état où les symptômes organiques s'agrègent successivement au niveau du rein d'abord, au niveau du cœur ensuite avec retentissement possible sur les autres viscères; une troisième phase enfin ou phase de déclin ou phase d'involution tensionnelle.

Au point de vue étiologique, la maladie hypertensive entre dans le cadre des maladies de la nutrition.

L'auteur donne ensuite la description clinique de l'hypertension solitaire, de la phase organique, de la phase d'involution. Les complications et accidents de ces trois stades sont minutieusement décrits et classifiés.

Au point de vue clinique, il existe une forme à évolution rapide, connue sous le nom d'hypertension maligne, une forme périphérique à manifestations principalement artérielles, une forme cardiaque dans laquelle le cœur se montre précocement en jeu, une forme rénale, enfin une forme d'hypertension solitaire indéfiniment prolongée.

Des considérations intéressantes sur la pathogénie, l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique font suite et s'inspirent des acquisitions les plus récentes de la clinique et du domaine expérimental.

L'auteur donne dans la dernière partie de son travail d'excellentes données thérapeuti-

ques. Le traitement diffère aux différentes périodes évolutives: 1) Médications spécifiques: a) extraits pancréatiques (insuline, angioxyl); b) extraits hépatiques. 2) Médications étiologiques: alcalins, cholagogues, diurétiques, régimes appropriés. 3) Médications pathogéniques: a) vaso-dilatateurs: iodures, nitrites, acétylcholine, diathermie, bains carbo-gazeux, irradiation des surrénales.

L'auteur pose ensuite la question suivante si d'actualité: Quels sont les cas justifiables d'intervention chirurgicale?

Il élimine d'abord certains types hypertensifs qui ne correspondent pas du tout à la maladie hypertensive et qui peuvent être sûrement améliorés par la chirurgie. Etats hypertensifs d'origine thyroïdienne, sans qu'il s'agisse de goitre exophtalmique proprement dit, thyroïdectomie; d'autres, d'origine rénale, par néphrite confirmée, décapsulation du rein associée ou non à l'énervation du rein; états hypertensifs paroxystiques dus à des hyper-néphromes, surrénalectomie.

Les interventions chirurgicales dans la maladie hypertensive vraie ne seraient pas aussi heureuses, d'après l'auteur. Il considère la surrénalectomie comme l'opération de choix. La section des splanchniques ne suffit pas, ajoute-t-il, à paralyser l'activité de la surrénale et, par ailleurs, les effets de l'extirpation du sympathique lombaire ne sont pas encore parfaitement connus et Leriche lui-même admet que là encore il existe des fonctions biologiques d'un ordre particulier que nous ne commençons qu'à peine à concevoir.

En somme voici un livre où sont traités à fond tous les problèmes de cette question de l'hypertension essentielle. Il est d'un intérêt très grand non seulement pour l'étudiant, mais pour le praticien, et le chirurgien qui s'intéresse à la chirurgie de l'hypertension.

Mercier FAUTEUX.

Aux Congressistes:

*Je suis heureux au nom du personnel
de la*

*Librairie Beauchemin Limitée
d'offrir mes meilleurs voeux de succès
aux directeurs, au comité du congrès et
aux membres de*

*l'Association des Médecins de Langue
Française de l'Amérique du Nord
à l'occasion du XVI^e Congrès.*

Ant. Valiquette

PRÉSIDENT

Clinical Roentgenology of the Alimentary Tract. Par Jacob BUCKSTEIN. W. S. Saunders Co., 1940

Ce livre, de conceptions nouvelles, n'a pas comme but de servir d'atlas radiologique en gastro-entérologie, mais plutôt de permettre un diagnostic radiologique en rapport avec un diagnostic clinique. En même temps, et à la suite de l'histoire clinique l'A. présente l'étude étiologique et anatomo-pathologique des diverses lésions du tube digestif susceptibles d'illustrer plus clairement les radiographies. On y a de plus tenté d'établir les relations existant entre les modifications pathologiques trouvées à l'opération ou à l'autopsie et les perturbations similaires aperçues radiologiquement.

L'A. a suivi dans l'ordre des chapitres les étapes d'un repas passant successivement de l'œsophage dans l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle et les côlons et a terminé par une étude des hernies et éventrations du diaphragme, des maladies de la vésicule et des canaux biliaires, puis la radiographie de la rate, du foie et du pancréas.

Au début de chaque chapitre, dans un déroulement systématique apparaissent avant la description pathologique tous les aspects normaux de l'organe étudié. On peut se rendre compte de l'étendue de ce travail par l'étude consacrée à l'œsophage par exemple: qui comprend 74 pages et envisage les aspects suivants:

- 1 — l'œsophage normal
- 2 — les anomalies congénitales de l'œsophage soit:
 - a) anomalies de positions (déplacement)
 - b) anomalies de formation (atrésie)
 - c) malformations congénitales (rétrécissement de l'œsophage)
- 3 — déplacement et compression de l'œsophage par des lésions extra-œsophagiennes.
- 4 — diverticules de l'œsophage (de traction de pulsion transitoire, congénitale, épi-phrénique)
- 5 — cardiospasme

- 6 — tumeurs bénignes de l'œsophage
- 7 — lésions malignes de l'œsophage
- 8 — corps étrangers de l'œsophage
- 9 — varices œsophagiennes
- 10 — ulcères de l'œsophage
- 11 — œsophagites
- 12 — syphilis de l'œsophage
- 13 — estomac thoracique (œsophage court, congénital).

Il y a là des revues (toujours avec bibliographies d'auteurs, où tous les pays sont représentés impartialement) de l'estomac normal, des gastrites chroniques, de l'hypertrophie du pylore, où l'étiologie est d'abord vivement passée en revue, où plusieurs histoires cliniques sont citées jusqu'aux suites opératoires ou jusqu'à... l'autopsie.

Sans doute, l'ulcère gastrique et duodénal et les diverticules de l'estomac et les tumeurs bénignes ou malignes, la syphilis comme la tuberculose gastriques y reçoivent une analyse critique mais plus intéressante, parce que nouveaux sont les problèmes de l'estomac post-opératoires, de l'aspect radiographique de ses complications, tel l'ulcère jéjunal, l'aspect des ulcères en voie de cicatrisation, l'aspect de l'estomac après pyloroplastie, après perforation avec résections en V ou plus larges. On y trouve 100 pages sur le duodénum, plus loin près de 60 sur l'intestin grêle. Ceci est remarquable.

On s'est tellement habitués à n'envisager que l'estomac, le duodénum, le gros intestin en négligeant l'intestin grêle! Il en est de même des côlons. L'A. s'est aussi efforcé de dépouiller les titres et les sous-titres de ces chapitres des noms propres attachés à une multitude de maladies et qui manquent de tout sens descriptif. C'est en lisant le texte et c'est au cours de la description d'un syndrome particulier qu'une note dans le texte ou en marge, identifie ce syndrome et rendra justice au mérite. Le texte lui-même n'est pas encombré.

Ce livre à notre avis peut intéresser autant le praticien que le spécialiste, et c'est à ce titre que nous le recommandons.

Jean LeSAGE.



C. T. No 691

Chaque comprimé contient:

Theobromine 5 grains
 + Neurobarb E.B.S. . . 1/2 grain
 Bicarbonate de soude 5 grains

Les ingrédients contenus dans le « Theobarb » E. B. S. ayant une action antispasmodique et sédative, agissent simultanément pour soulager le spasme.

Le soulagement qui suit son administration améliore considérablement l'état d'esprit du malade et lui procure une sensation de bien-être physique.

INDICATIONS: Angor pectoris, artériosclérose, affections cardiovasculaires, troubles nerveux de la ménopause, épilepsie, hypertension et aussi comme antispasmodique et sédatif.

On peut aussi se le procurer avec 1/4 de grain de « Neurobarb » sous le nom de C. T. No 691 A « Theobarb » faible

Littérature et échantillons sur demande.

+ « Neurobarb » est le nom déposé pour « Phenobarbital ».

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
 TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

SUR VOS ORDONNANCES, SPECIFIEZ E. B. S.

Les maladies du tube digestif et de ses annexes. J. TRABAUD et J. R. TRABAUD. Vigot Frères, éditeurs, Paris 1940.

Ce volume à petit format fait partie de la série « Le Guide Thérapeutique du Médecin Praticien ». Il ne faut pas y chercher un traité, mais plutôt un formulaire qui permet au praticien de revoir en un coup d'œil rapide, et de le consulter sur les problèmes de la gastro-entérologie.

Sous chaque rubrique, il y a un rappel clinique, très succinct, suivi de quelques données sur l'hygiène générale et le traitement étiologique. Le traitement médicamenteux y occupe une large part, comprenant plusieurs formules à l'ordre du jour: quelques formules magistrales complétées par une liste de produits pharmaceutiques à la mode. Les indications thérapeutiques plus spécialisées, *i. e.*, la chimiothérapie, psychothérapie et crénothérapie, sont incluses pour compléter toute la gamme possible dans le traitement des troubles digestifs.

Notons que ce volume n'a aucune prétention. Il faut le considérer comme le « vade-mecum » du praticien achalandé et qui y trouve un formulaire pour des indications courantes des maladies digestifs.

L'interne affecté au service de gastro-entérologie y puisera des données succinctes et précises qui l'aideront à l'initier à une thérapeutique toute spéciale du tube digestif.

Pour le gastro-entérologue, ce volume ne sera qu'un petit formulaire.

Antonio CANTERO.

Les annales médico-chirurgicales de l'hôpital Sainte-Justine, tome 3, No 3, mai 1940.

La livraison de 1940 des « Annales de Sainte-Justine » vient d'être publiée et livrée au public médical. Comme par les années passées, cette initiative a été inaugurée en 1938, l'édition actuelle démontre l'effort constant que font les médecins de cette institution hospitalière dans le domaine scientifique. Chaque édition fait preuve d'un progrès sur les pré-

cédentes et manifeste d'une intention réfléchie à réaliser une publication instructive, intéressante, d'une portée pratique en même temps que doctrinale. La livraison de cette année est plus volumineuse, les travaux présentent une riche iconographie qui aide à la compréhension du texte et à la démonstration des auteurs.

La qualité des sujets traités, la valeur intrinsèque des travaux et leur composition par le fond et la forme font que les « Annales Médico-Chirurgicales » de cette année constituent une publication sérieuse et utile.

Soulignons que parmi les travaux se trouve un historique de l'hôpital Sainte-Justine et une description détaillée de son organisation médicale, effectués par le docteur W. Major, qui aideront à faire connaître l'institution et à montrer comment une ferme résolution et un désir constant de créer une œuvre durable et nécessaire dont nous pouvons être fiers, ont réussi à atteindre entièrement le but proposé.

Voici la table des matières du présent volume:

Première section

Mégacôlon (par le docteur René Benoît) . . .	p. 7
Présentation d'un cas de corps étranger endobronchique qui a produit à lui seul, en moins de cinq jours, les trois grands jeux de soupape pouvant entraîner l'obstruction partielle ou complète des bronches (par le docteur Maurice Bonnier) . . .	p. 13
Le diagnostic de la néphrose lipéidique et le laboratoire (par le docteur N.-R. Boulliane) . . .	p. 25
Un cas de sodoku traité par pyrétothérapie (par le docteur Ernest Cabana)	p. 30
Résultats éloignés de l'ostéomyélite chronique des enfants (par le docteur Edmond Dubé) . . .	p. 35
La vulnérabilité de l'articulation coxo-fémorale de l'enfant (par le docteur J.-C. Favreau) . . .	p. 53
Etude radiologique de la mastoïde chez l'enfant (par le docteur L.-A. Gagnier, jr)	p. 58
Oto-mastoïdite du nourrisson (par le docteur Jean Lapointe)	p. 71
L'électrocardiographie chez l'enfant (par le docteur Antonio Léveillé)	p. 96
Cancer primitif du foie chez un enfant de trois ans (par le docteur Paul Martin)	p. 115
L'hydrocéphalie (par le docteur Jean Saucier) . . .	p. 129
Un cas de rhabdomyosarcome de la langue (par le docteur Emile Thomas)	p. 135

Les prolapsus du rectum (par le docteur Em'lien Vigeant) p. 141	Sang placentaire et transfusion (par le docteur R. Labrecque) p. 192
<i>Deuxième section</i>	
L'abcès de Brodie (par le docteur P.-P. Cousineau) p. 145	L'hôpital Sainte-Justine (par le docteur Willie Major) p. 198
Pronostic de l'otite, son traitement (par le docteur R. Destroismaisons) p. 155	Rapport médical de l'hôpital pour 1939 . . . p. 222
Un cas d'hémopneumothorax traumatique (par le docteur Marius Dubeau) p. 181	Programme des séances d'étude de l'année . p. 225

R. A.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR ALPHONSE LAGACE

Le docteur Alphonse Lagacé est décédé à Franklin (N. H.) le 26 juillet, à l'âge de 58 ans. Le défunt était né à Saint-Hyacinthe mais habitait les Etats-Unis depuis l'âge de 8 ans. Il avait cependant fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal où il fut reçu médecin en 1909. Après un an d'internat à l'Hôtel-Dieu de Montréal, il s'installa à Franklin. Le docteur Lagacé était un vétéran de la guerre de 1914-18 et un citoyen émi-

nant de Franklin, y ayant exercé les fonctions de premier magistrat de 1934 à 1937. Il était en plus, membre de nombreuses sociétés catholiques des Etats-Unis.

LE DOCTEUR RENE PLAMONDON

Le docteur René Plamondon est décédé le 21 août, à l'âge de 55 ans. Le défunt pratiquait la médecine à Québec. Nous offrons nos condoléances au docteur Albert Paquet, de Québec, beau-frère du disparu.

Avortement habituel et menace d'un avortement

"L'usage de la progestine dans les avortements habituels ou chez les femmes menacées d'un avortement spontané constitue une thérapeutique logique et de valeur. Nous avons traité 41 de ces cas par l'hormone du corps jaune dont 34 avec succès." *Falls, F. H., Lackner, J. E., et Krohn, Leon; J.A.M.A. 106: 271, 25 janvier 1936.* Plusieurs autres cliniciens sur ce continent et en Europe ont aussi démontré le mérite de la progestérone comme traitement préventif de l'avortement.



PROGESTÉRONNE - extrait standardisé et stable de l'hormone du corps jaune en solution huileuse stérile; présenté en deux teneurs pour injections intramusculaires.

No 476 — 1 mg. (1 unité int.) par c.c. } Boîtes de 4 et 10 ampoules d'un c.c.
No 477 — 5 mg. (5 unités int.) par c.c. }

La progestérone est aussi indiquée dans la métropathie hémorragique, l'aménorrhée et pour soulager les tranchées utérines.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL

CANADA

LE FILM RADIOGRAPHIQUE DE SÉCURITÉ «DUPONT»,

Rapidité extrême - Absence totale de voile

Sa VASTE LATITUDE ÉVITE toute RÉPÉTITION

{ Vendu par l'intermédiaire des
principaux marchands d'appareils
radiographiques d'un océan à l'autre }

Représentants canadiens: CANADIAN INDUSTRIES LIMITED
Division de la Plastique

Montréal - - - Qué.



BIBLIOGRAPHIE

Le traitement actuel de la tuberculose pulmonaire. Par P. WEILLER, assistant à l'hôpital Beaujon et S. KATZ, assistant libre de l'hôpital Beaujon. Préfacé par le docteur Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec. In 8° de XII — 234 pages, 44 radiographies, 13 figures 1939, 90 fr. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École de Médecine, Paris-6e.

La thérapeutique de la tuberculose pulmonaire qui, il n'y a pas si longtemps encore, se résumait dans la vieille et classique formule *opium et mentiri*, a subi depuis une quarantaine d'années une transformation radicale. Certes, la panacée définitive, le traitement réellement et pleinement spécifique restent à trouver. Mais que de changements apportés dans la précision et la précocité du diagnostic, dans la discussion raisonnée du pronostic, dans la routine et l'électisme de la thérapeutique! Et que de guérisons enregistrées qui, il y a un demi-siècle, n'eussent pu être envisagées! Depuis la mise au point de la cure hygiéno-diététique jusqu'à la véritable révolution qu'a apportée la pratique du pneumothorax artificiel et de la collapsothérapie chirurgicale, en passant par la chimiothérapie et les médications biologiques que de progrès accomplis!

Mais aussi que de discussions soulevées, — et qui ne sont pas épuisées à l'heure actuelle, — entre partisans obstinés de l'abstentionnisme ou du simple traitement symptomatique et les thuriféraires résolus du traitement dynamique!

Submergés par la parution d'articles, de travaux et de rapports parfois disparates et souvent contradictoires, les praticiens débutants ou chevronnés ont bien de la peine à se faire une idée exacte de la question.

C'est pour tenter de remédier à cet état de choses que deux phthisiologues, MM. P. Weiller et S. Katz, tous deux assistants du service de Phthisiologie de l'hôpital Beaujon, ont écrit ce livre.

Destiné avant tout au praticien, écrit dans le seul but de l'éclairer et de le servir, ce précis d'un format très maniable, imprimé et présenté avec goût, orné de nombreuses figures et reproductions de radiographies, est précédé d'une préface que le docteur Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec, — dont le nom et les œuvres sont bien connus et appréciés des praticiens, — a bien voulu rédiger pour cet ouvrage.

Avant d'aborder le traitement proprement dit, les auteurs passent en revue les éléments nécessaires à l'établissement d'un bon diagnostic, puis les diverses formes de tuberculose pulmonaire envisagées sous l'angle de leur traitement et enfin les bases de l'élaboration d'un pronostic logique.

Des chapitres particulièrement fouillés, mais très clair, sont consacrés à la psychothérapie, à la cure diététo-hygiénique et sanatoriale, au pneumothorax artificiel, aux méthodes chirurgicales, à la chimio-bio- et physiothérapie. Tous les incidents ou accidents, toutes les complications pouvant survenir chez un tuberculeux sont abordés, quel que soit le mode de traitement qui ait été prescrit au malade, et leur thérapeutique est exposée, qu'un formulaire détaillé complète heureusement.

La tuberculose de la plèvre, le pneumothorax tuberculeux, la tuberculose de l'enfance et celle du vieillard font l'objet de paragraphes spéciaux.

Le traitement des diverses autres localisations tuberculeuses (bacilloles laryngée, intestinale, méningée, péritonéale, ostéo-articulaire, uro-génitale, oculaire, articulaire, rhumatisme tuberculeux) est exposé dans un chapitre où les auteurs s'emploient à combiner les thérapeutiques propres à la seule tuberculose pulmonaire et celles qui relèvent des autres localisations.

Un certain nombre de pages sont consacrées à l'étude des diathèses et affections venant

BIBLIOGRAPHIE

(Suite et fin)

compliquer la phtisie: diabète, syphilis, cardiopathies, asthme, grossesse, — cette dernière question ayant soulevé et soulevant encore de nombreuses discussions.

Le praticien trouvera d'autre part des réponses, agrémentées parfois d'une pointe d'humour, à différentes questions que lui posent souvent les tuberculeux: mariage, relations sexuelles, tabac, alcool, professions et métiers.

Le livre se termine par un chapitre sur la guérison de la tuberculose et par une mise au point de la lutte contre ce fléau avec tous les problèmes sociaux qu'elle comporte.

Sur ce véritable manuel, sur ce vade-mecum du praticien, le Docteur L. Raymond a écrit ces lignes, que nous extrayons de sa préface: « Le livre de MM. P. Weiller et S. Katz est écrit dans un style élégant et simple, sur le ton d'une conversation entre les auteurs et le lecteur. Celui-ci a l'impression de recevoir directement un conseil d'un phtisiologue consultant, conseil qui lui est donné d'une manière si persuasive qu'il ne peut pas ne pas être convaincu, en l'écoutant, qu'il va appliquer à un malade le traitement le mieux approprié. »

Et voici sa conclusion: « Cet ouvrage de très grand mérite, à la fois très complet et très précis, en mettant à la portée de tous les médecins non spécialisés les méthodes actuelles de traitement de cette maladie, doit permettre d'en généraliser l'emploi. Ainsi se réalisera l'intention de ses auteurs; contribuer à abaisser la morbidité et la mortalité de la tuberculose encore malheureusement trop dévastatrice. »

ALL-BRAN de KELLOGG

céréale

laxatif

est recommandé

avec confiance

pour les cas

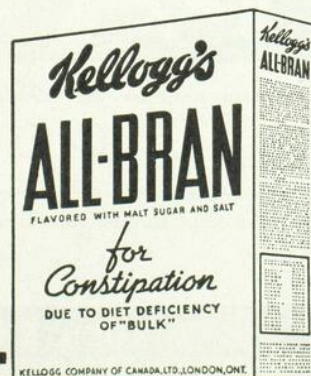
de constipation

dus au manque

de 'volume' dans

l'alimentation

*Fabriqué au Canada
par Kellogg*





NI TROP SÈCHES NI TROP LIQUIDES

Afin d'établir un état normal du contenu fécal — une différence entre les deux extrêmes — les selles durcies de la constipation et les selles fragmentées semi-liquides de la diarrhée, nous présentons

MUCILOSE

Une demi-cellulose (gomme végétale) extraite par un procédé spécial du "Plantago læflingii", qui aide à contrôler l'équilibre de l'eau.

Mucilose apporte un soulagement symptomatique appréciable dans la côlite et la constipation en maintenant l'eau dans les selles et en augmentant ainsi le mécanisme physiologique du péristaltisme.

Se vend en paquets de 4 onces et de 16 onces aux pharmacies d'ordonnances.

Littérature et échantillons envoyés sur demande.

FREDERICK STEARNS & COMPANY OF CANADA, LIMITED

Windsor, Ontario

Fabricants de Kasagra

Détroit, Mich. — New York, N. Y. — Kansas City, Mo. — San Francisco, Calif. — Sydney, Australie.

Visitez notre kiosque

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

9 - 12 septembre 1940

Voyez notre étalage scientifique de

TYMPANS PATHOLOGIQUES (en couleurs)

The Dohow Chemical Company, Ltd.
MONTRÉAL - NEW YORK - LONDRES

Auralgan

PAVERAL

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

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

PRÉPARATIONS D'HORMONES ŒSTROGÈNES B. D. H.

ŒSTROFORM — Hormone œstrogène naturelle.

Pour le traitement spécifique des troubles de la ménopause, retard de la puberté, aménorrhée, stérilité et dysménorrhée dues à l'hypoplasie utérine.

PROGESTIN B. D. H. — Hormone naturelle du corps jaune.

Pour le traitement de la ménorrhagie et la prévention de l'avortement.

SÉROGAN — Hormone folliculinisante.

Pour le traitement de tous les troubles dus à l'activité défectueuse du follicule ovarien chez l'homme.

GONAN — Hormone lutéinisante.

Pour le traitement de l'avortement habituel et de l'hémorragie utérine, chez la femme, de la cryptorchidie et de l'infantilisme génital chez l'homme.

Ces préparations d'hormones œstrogènes sont en vente chez tous les principaux pharmaciens du Dominion, et des renseignements complets seront fournis par:

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.

Terminal Warehouse,

Toronto 2, Ont.

—SHor/Can/409

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE

HEXAMÉTHYLENETÉTRAMINE

SOUFRE COLLOÏDAL

FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE ♦ RHUMATISME ♦ SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE

Distributeurs: **M.M. HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL



Protection parfaite contre l'infection



L'antiseptique 'Dettol' est très employé dans les hôpitaux et par les médecins en clientèle dans les cas de chirurgie et d'obstétrique. Des autorités en la matière ont signalé son efficacité, dans les revues médicales.

'Dettol' s'emploie à des doses réellement effectives et demeure constant en présence de sang, des fèces et d'autres matières organiques. Une solution à 2% détruit rapidement les streptocoques hémolytiques pour au moins deux heures, à moins qu'il n'y ait contamination brutale.

'Dettol' possède une odeur agréable, est miscible à l'eau et déodorise d'une façon efficace.

Il ne tache ni la peau ni les tissus.

Vous pouvez obtenir de votre pharmacien ou de votre fournisseur d'instruments chirurgicaux, l'antiseptique 'Dettol' en bouteilles de grandeur pratique pour les ordonnances et en récipients de plus grande contenance pour le bureau ou l'hôpital.

Pour vous procurer des échantillons et des brochures descriptives, écrivez à: Reckitt & Colman (Canada) Limited, Service des produits pharmaceutiques, 1000, rue Amherst, Montréal.



'DETTOL' *l'antiseptique moderne - non toxique*

Leur excellence est reconnue comme régime alimentaire sucré.

Composés d'hydrates de carbone sous leur forme le plus facilement assimilable — les sirops de blé d'Inde (Maïs), "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" servis avec le lait, constituent la nourriture la plus substantielle et la plus économique pour les bébés. Leur coût modique, leur qualité qui ne le cède en rien aux préparations d'hydrates de carbone les plus dispendieuses, en font la nourriture d'enfants la plus économique dont vous puissiez vous servir ou recommander.

Nombre de médecins réputés recommandent depuis des années ces deux célèbres marques, sachant qu'elles sont fabriquées dans les conditions les plus hygiéniques.



SIROPS de MAÏS
EDWARDSBURG "CROWN BRAND"
et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Une étude de l'emploi et des avantages de ces fameux produits vous récompensera amplement. Nous avons à votre disposition, sans aucun frais:

1. un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants;
2. un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants;
3. des tablettes de prescriptions;
4. un intéressant petit livre sur les soins prénataux;
5. un livret sur le produit "Dextrosol".

Veillez nous adresser le coupon ci-dessous et ces choses utiles vous seront adressées immédiatement.

The CANADA STARCH CO., Ltd
Montréal

Veillez m'envoyer

- CALCULATEUR
- Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
- TABLETTES DE PRESCRIPTIONS
- La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
- La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

Adresse

A Messieurs les Médecins

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

37 ANNEES
D'EXPERIENCE
COMME PHAR-
MACIE PRO-
FESSIONNELLE.

NOUS N'EM-
PLOYONS QUE
LES PRODUITS
CHIMIQUES
SUPERIEURS.

**.. est tout indiquée ..
pour la préparation
de vos ordonnances**

▼
ANGLE SAINT-DENIS ET DE MONTIGNY
Téléphone: LAncaster 7356 — MONTREAL

MESSIEURS LES MÉDECINS

sont invités
à consulter

**L'ENCYCLOPÉDIE
MÉDICO-CHIRURGICALE**

AU SECRÉTARIAT
dans l'après-midi
de 2 à 5 heures



326 est. boul. Saint-Joseph, Montréal

À VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

**BANQUE
CANADIENNE NATIONALE**

Actif, plus de \$162,000,000
534 bureaux au Canada
66 succursales à Montréal

DU LAIT!

DU LAIT!

DU BON LAIT

Retenez le service régulier de notre
livreur en téléphonant immédiatement.**JOUBERT!**

Voilà le breuvage indispensable à vos enfants
— au sortir des vacances et pendant toute
l'année scolaire. Le lait Joubert leur aidera à
conserver cette santé florissante et contribuera
à leurs succès scolaires.

J. Joubert
LIMITÉE

FRontenac 3121

MONTY, GAGNON & MONTY

AMBULANCES DE LUXE, CHAUFFÉES

•
TRANSPORT DES MA-
LADES À LA VILLE ET
À LA CAMPAGNE.

Service prompt et sûr.

•
Ambulanciers de
l'hôpital Notre-Dame

POMPES FUNÈBRES, SALONS MORTUAIRES

Salons mortuaires:
1926, rue Plessis 4156, rue Adam
AMherst 8900-3733

**DE COMPAGNIE**

Vi-Tone donne au lait l'équilibre nutritif,
une saveur agréable et le rend plus facile
à digérer. Vi-Tone est bien accepté par
les estomacs délicats qui ne tolèrent pas
facilement le lait.

VI-TONE

RICHE EN FER ASSIMILABLE

Les Vitamines Synthétiques B

B ₁	300 unités
Riboflavine	0.2 mg.
Acide nicotinique	10 mg.
B ₆	0.1 mg.

SIROP

B

COMPLEXE

Prescrivez simplement:

«Sirop B Co. Valor»

Riches et pauvres souffrent d'avitaminose

Par mauvaise alimentation, soit insuffisante, soit inadéquate à cause de préférence ou dédain pour certains mets.

Chez l'alcoolique, l'alcool prend la place d'une quantité de nourriture correspondante.

Diètes arbitraires trop longtemps suivies.

Littérature sur demande.

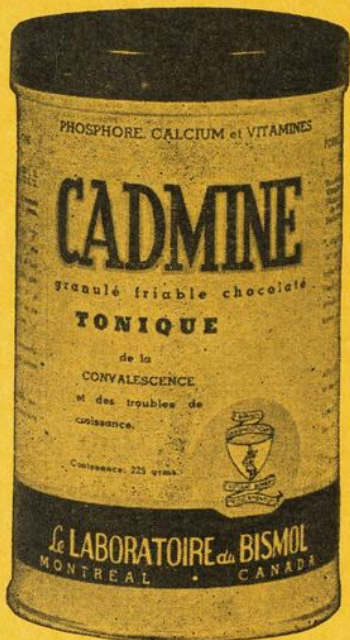
USINES CHIMIQUES DU CANADA INC.

1338 est, rue LAGAUCHETIERE (87 Station C) MONTREAL

CADMINE

Le Tonique Nutritif

Pour Convalescents et Enfants dans la Croissance



LA CADMINE est présentée sous forme granulée en boîtes de 8 onces (225 grammes) à couvercle vissé, hermétique, ou en pastilles (30 pastilles par bouteille). Chaque pastille contient l'équivalent d'une cuillerée à thé de Cadmine granulée.

- possède un potentiel vitaminique A et D quatre fois plus élevé que l'huile de foie de morue de bonne qualité.
- renferme du phosphore et du calcium.
- granulé, friable, chocolaté.
- assimilation sans l'intolérance que provoquent souvent les concentrés d'huile de poissons.

FORMULE PAR CUILLERÉE À THÉ:

Provitamine A 10,000 u.i.

Vitamine D 1,700 u.i.

Phospho-gluconate de cal. 3 gram.

Saccharose et chocolat 2 gram



Le LABORATOIRE du BISMOL

(La Compagnie Pharmaceutique Des Bergers)

MONTREAL

Représentants:

Pour les É.-U.: Geo. J. Wallau, Inc., New-York

Cuba: VDA. de Jardy y Hno, Havane.

Afrique-Sud: Wm. J Fowlie, Johannesburg.

Chine: Jardine Matteson & Co., Ltd., Hong-Kong.

Jamaïque: R. A. McKenzie & Co., Kingston.

Indes: G. Loucatos & Co., Bombay et Calcutta.