

13.5. Sup

Numéro 2

Quatrième année

LE JOURNAL

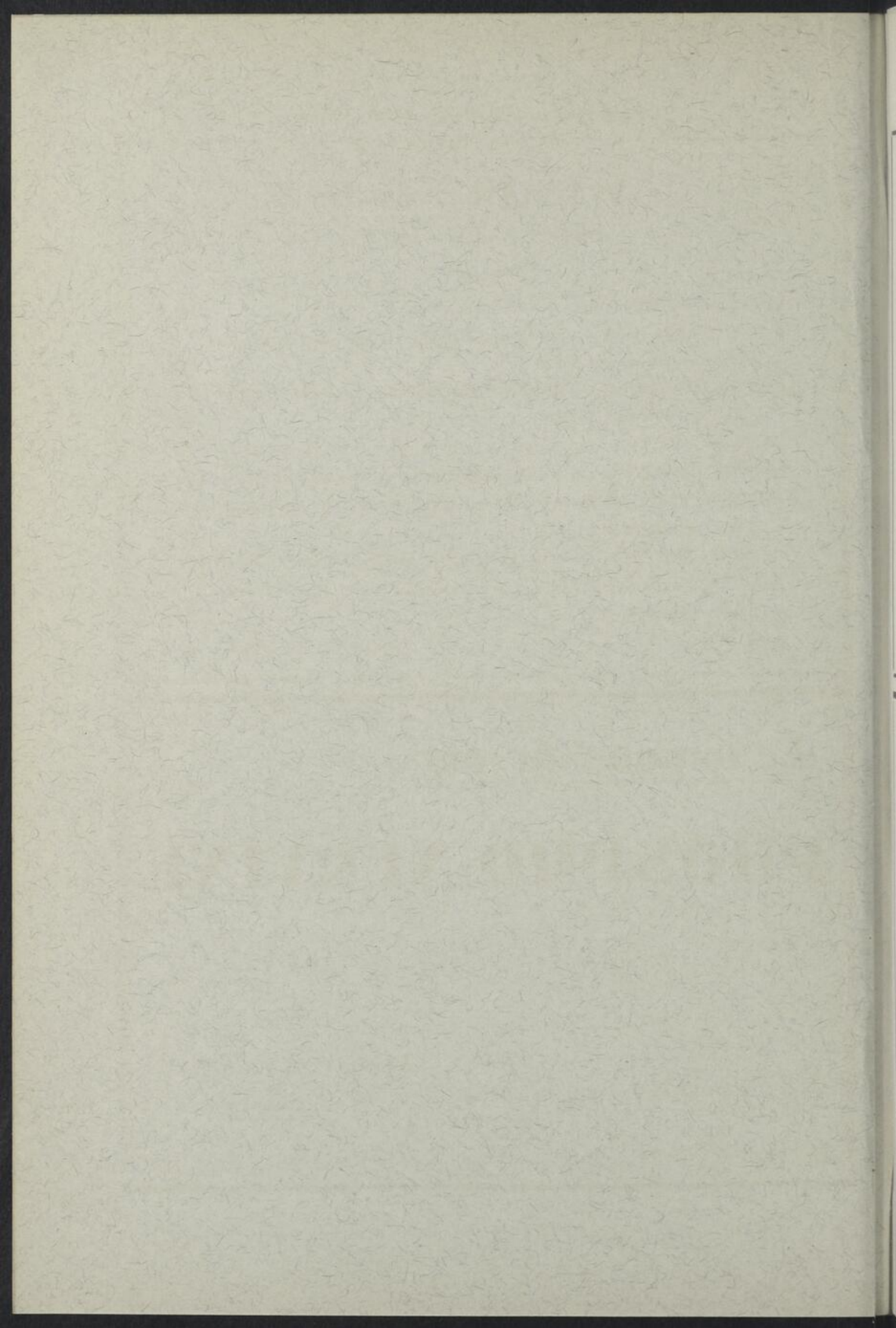
... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MARS-AVRIL

1935



SOMMAIRE du No 2

MARS-AVRIL 1935

LÉO PARISEAU : Bravo ! M. le Recteur	69
PAUL LARIVIÈRE : Évolution depuis 16 ans de deux cas d'encéphalite épidémique	76
OSCAR MERCIER : Une technique personnelle pour la cure de l'épispadias féminin	84
ALCIDE PILON : L'inconscient, le subconscient et le conscient	91
HERVÉ LEGRAND : Kératite interstitielle et infection dentaire	102
ERNEST TROTTIER : Quelques considérations sur un cas de fracture du crâne	105
ADRIEN BRUNET : En marge de deux cas de fièvre ondulante	113
ÉDOUARD DESJARDINS : A propos d'un cas d'ulcère duo- dénal perforé	124
ALBERT LeSAGE : Lettre ouverte à M. Alexandre Taschereau	133

Le tonique du jour

PHOSPHO-NERVINE

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

LA. 2185



LABORATOIRE NADEAU
LIMITÉE
100 ouest, rue St-Paul,
MONTRÉAL

RÉDIGER son TESTAMENT

est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie

Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : HARbour 4192

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

COMPRIMÉS RESYL "CIBA"

(Ether glycéro-gaïacologique soluble)

Préparation gaïacolée entièrement résorbée.

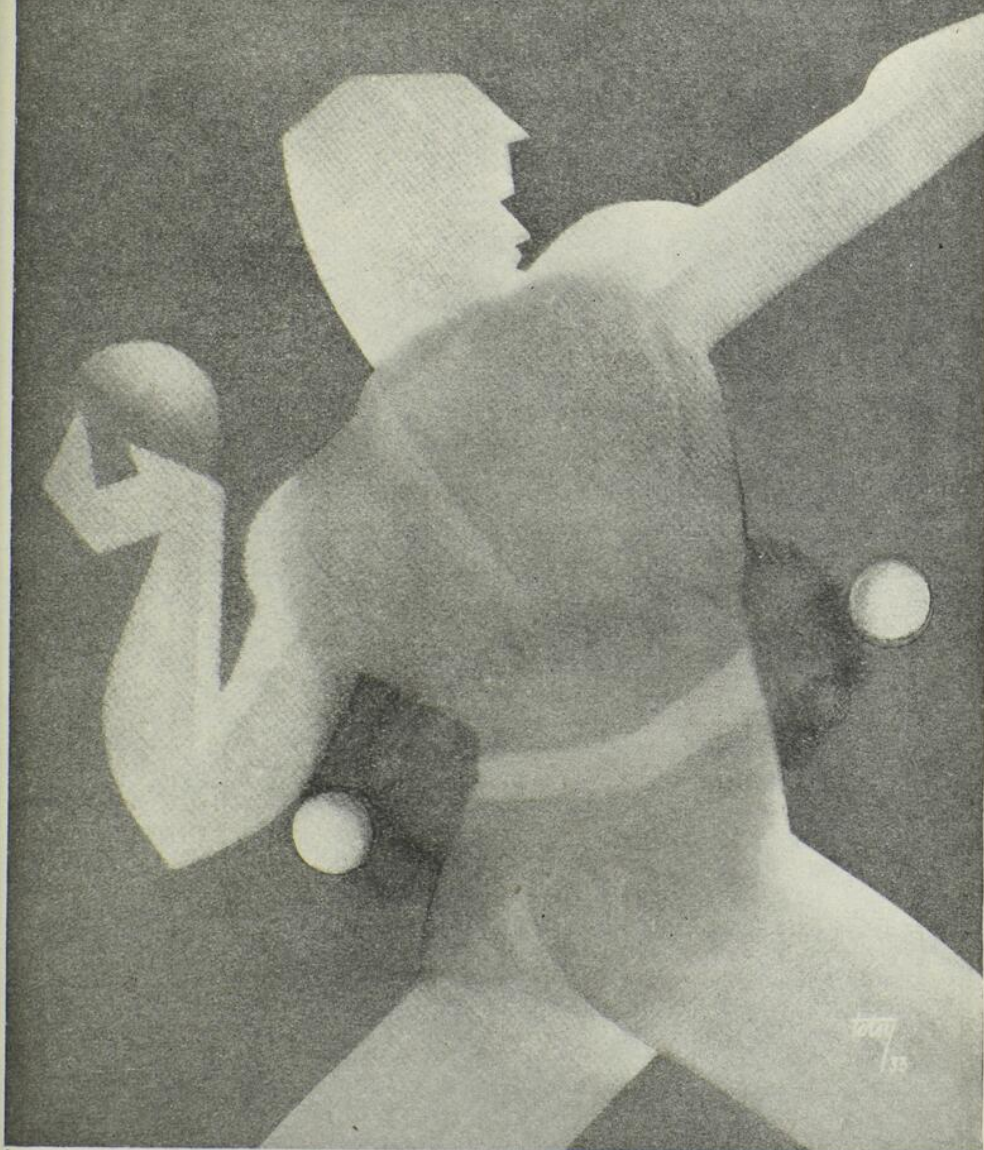
Expectorant et antiseptique dans les affections aiguës et chroniques de l'appareil respiratoire.

DOSE : Les comprimés de Résyl se prennent soit dilués ou avalés avec de l'eau à raison de 3 - 5 comprimés par jour.

PRÉSENTATION: Flacons de 30 comprimés.

COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL

FOSFOXYL



SPÉCIFIQUE DE TOUTES

CARENCES PHOSPHORÉES

Littérature et échantillon de :

L'ANGLO-FRENCH DRUG Cie, 354 Est Ste-Catherine, MONTRÉAL

DANS LES AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

Quand il y a lieu de stimuler la circulation dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques d'une partie du corps, l'Antiphlogistine apporte au traitement institué un adjuvant fort précieux.

Appliquée sur le thorax et la gorge, elle soulage la congestion. En outre, grâce à ses propriétés analgésiques, elle procure au patient un confort relatif.

Se maintenant chaude très longtemps, l'Antiphlogistine est des plus utile dans le traitement des affections des voies respiratoires, tant inférieures que supérieures.

Echantillon et littérature :

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.
153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, MONTRÉAL

ANTIPHLOGISTINE

Fabriquée au Canada.

COMPAGNIE D'OXYGÈNE du CANADA

(Oxygen Co. of Canada)

Etablie en 1896.

Pionniers et spécialistes dans la fabrication des gaz utilisés pour l'Anesthésie.

OXYGÈNE MÉDICAL. PROTOXYDE D'AZOTE.
MIXTURE D'OXYGÈNE ET DE GAZ CARBONIQUE.
ANHYDRIDE CARBONIQUE. ÉTHYLÈNE.
CHLORURE D'ÉTHYLE.
LOUAGE DE TENTE À OXYGÈNE.

Nous tenons à la disposition des praticiens des appareils à oxygène pour les cas de pneumonie, maladie du coeur et dyspnée, ainsi que pour la respiration artificielle.

Plus de 90% des hôpitaux de la province comptent déjà parmi nos clients.

Nos produits sont *chimiquement purs et traités* en vue d'un emploi *médical ou dentaire*.

Nous sommes les seuls à tenir à Montréal, un service de louage de tentes à oxygène, utilisées dans le traitement de la pneumonie.

Bureaux et Laboratoires :

2549 ouest, rue
Saint-Jacques,
MONTRÉAL



Le jour :

Téléphone : WIlbank 1728

Le soir :

Téléphone : DEXter 0759

Découverte d'une nouvelle et plus forte variété de levure

d'un effet étonnant sur les fonctions gastro-intestinales

Riche en substances pareilles aux hormones, qui . . .

A. accroît la sécrétion et l'efficacité des sucs digestifs, *contribuant sensiblement à accélérer la digestion et à la rendre plus complète*

Les cliniciens qui se spécialisent dans le traitement des maladies d'estomac savent par expérience que la plupart des gens, surtout passé l'âge de 40 ans, souffrent d'hypochlorhydrie ou manque d'acidité.

Cette insuffisance d'acide chlorhydrique dans l'estomac a le plus souvent pour résultat de "nuire à la digestion," de "provoquer des lourdeurs," "gonflements," "brûlements" et autres malaises d'estomac, "des maux de tête," etc.

On peut remédier à ces malaises ordinaires en administrant des substances pareilles aux hormones, qui ont pour effet de *stimuler* la sécrétion des sucs digestifs et, par conséquent, d'accélérer la digestion et l'assimilation.

Voici maintenant qu'on vient de découvrir une nouvelle et plus forte variété de levure fraîche—la Levure XR—riche en ces substances pareilles aux hormones. Découverte par un savant docteur attaché à une grande université, cette Levure XR, lorsqu'elle fut mise à l'essai, produisit de prompts et bienfaisants résultats sur des centaines de sujets dont les fonctions gastriques étaient au-dessous de la normale. Les sécrétions de sucs digestifs furent considérablement activées, ce qui permit à ces sujets de digérer et d'assimiler plus vite et plus complètement.

B. fortifie l'action musculaire du canal gastro-intestinal tout entier . . . *accélérant l'élimination complète des déchets alimentaires*

Une élimination défectueuse et les troubles qui en résultent ne peuvent être corrigés par les cathartiques, vu leurs effets temporaires et le fait qu'ils exposent à l'habitude de leur usage.

La plupart des cathartiques agissent sur l'intestin seulement. Mais de l'avis même de nombreux médecins, la constipation a son origine dans l'estomac (quand son fonctionnement est anormal). Il en résulte un ralentissement des mouvements péristaltiques, une digestion incomplète et une accumulation de déchets alimentaires qui fermentent et se putréfient.

Dans des centaines de cas de cliniques où la Levure XR fut mise à l'essai, on constata que les sujets étaient promptement soulagés de leur constipation et de ses symptômes—souvent en quelques jours.

La Levure XR, fut-il démontré, stimule et fortifie les muscles du canal gastro-intestinal tout entier, accélérant l'élimination des matières excrémentielles.

L'organisme tout entier s'en trouve tonifié. La personne éprouve une sensation nouvelle de vitalité et d'entrain; nervosité et migraines disparaissent; la peau, organe complémentaire d'élimination, s'éclaircit, paraît plus fraîche et plus saine.

La vitamine A, nouvellement ajoutée, aide à résister à l'infection

Chaque gâteau de Levure XR en contient en abondance. Cette vitamine accroît la résistance du corps à l'infection, particulièrement des organes respiratoires supérieurs (rhumes et bronchite). La Levure XR est aussi riche en vitamines B, D et G—ce sont les quatre vitamines les plus importantes pour la santé.

Méthode recommandée de traitement par la levure—2 gâteaux par jour, nature ou dissous dans le $\frac{1}{3}$ d'un verre d'eau, de préférence une demi-heure avant les repas.

Achetez des produits canadiens



MEANS



QUALITY

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Elastiques
et Corsets "Caniff"

Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital
Montreal General Hospital
Montreal Children's Hospital

Royal Victoria Hospital
Shriner's Hospital
Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

Le lundi est réservé aux patients des cliniques d'hôpitaux de 2.30 à 6.

Nos experts reçoivent les patients tous les après-midis, (excepté le samedi), de 2.30 à 6
et aussi sur rendez-vous.

Vous êtes cordialement invités à nous consulter au sujet de tous appareils
dont vos patients pourraient avoir besoin.

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario,

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 0630

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal

ASSOCIATION JEANNE MANCE

Registre des gardes-malades graduées de
L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

« SERVICE PRIVÉ
SERVICE À DOMICILE
SERVICE À L'HEURE »

S'adresser à

GABRIELLE BROSSARD, G.M.E.

Téléphone: ATLantic 5730

59, chemin Bellingham,

Outremont

Laquelle de nos succursales est la mieux située pour vous ?

Quel que soit le district que vous habitez, il y a une succursale de la Banque Provinciale du Canada à proximité; sinon, il y en a une dans le quartier des affaires, près de votre bureau, du magasin où vous êtes employé, de la firme au service de laquelle vous travaillez.

Choisissez l'une des succursales ci-dessous énumérées pour y transiger vos affaires et pour y déposer, soit en compte-courant ou épargne.

SUCCURSALES SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL :

221 St-Jacques Ouest	1909 Laurier Est	2550 Rouen Est
10850 Lajeunesse (Ahuntsic)	1051 Laurier Ouest	175 Roy Est
937 Bélanger	1350 Mont-Royal Est	821 Ste-Catherine Est
151 Bernard Ouest	150 Notre-Dame Est	1894 Ste-Catherine Est
2010 Boulevard Gouin Est (Sault au Récollet)	1654 Notre-Dame Ouest	4137 Ste-Catherine Est
3896 Boulevard Gouin Ouest (Cartierville)	2441 Notre-Dame Ouest (Ste-Cunégonde)	4494 Ste-Denis
6069 Boulevard Monk (Ville Emard)	4440 Notre-Dame Ouest (St-Henri)	8501 St-Denis
6045 Christophe-Colomb	1346 Ontario Est	6420 St-Hubert
3538 Ave Delorimier	3401 Ontario Est	Lachine
	772 Rachel Est	321 Avenue de l'Eglise (Verdun)
		Ville St-Laurent

La solidarité économique: tel est le devoir de l'heure.

La Banque Provinciale du Canada

S.-J.-B. ROLLAND, H. GERIN-LAJOIE, C.R., ALPHONSE RAYMOND, CHS-A. ROY.
Président. 1er Vice-Président. 2e Vice-Président. Gérant Général.

Les

MAGASINS

FASHION-CRAFT

Lechasseur, limitée

*Maison essentiellement
canadienne-française*

*Concessionnaires des
célèbres vêtements
"Fashion-Craft"
de fabrication
canadienne-française*

À LOUER

**Prescrivez
avec confiance
JEL-LAX**

Laxatif naturel aux fruits
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE

Une spécialité populaire de M. & M.

Toujours à votre service spécialisé dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques pour les médecins débutant dans la pratique à la campagne. (CONSULTEZ-NOUS).

Notre catalogue illustré et nos échantillons en spécialités vous seront envoyés sur demande à titre gracieux.

MOWATT & MOORE Limitée

64 rue Prince,
MONTRÉAL

Tél. MARquette
8166-8167-8168



Tél.: CRescent 6163

**THE PIZZAGALLI TERRAZZO TILE
MANUFACTURING CO.**

LIMITED

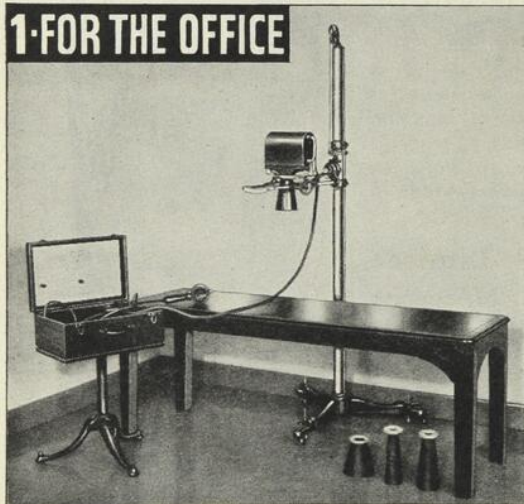
*Travaux en Marbre, Tuiles
et Terrazzo*

105, RUE JEAN-TALON OUEST, - - MONTRÉAL

Ce POSTE RADIOGÈNE de SÉCURITÉ vous donne double service!



1-FOR THE OFFICE



LE "Portable Shock Proof" de la Cie G-E s'avère l'un des plus grands succès réalisés par elle depuis 40 ans. Pourquoi? Parce qu'il est extrêmement pratique, très au point, et particulièrement adapté à la pratique médicale courante. Et puis, ce qui ne gâte rien, son prix est très abordable.

Demandez nos prospectus et les détails du plan qui vous permet d'acheter à tempérament.

2-AS A PORTABLE



La figure 1 vous le montre en usage dans le cabinet du médecin. La cuve à l'huile, contenant ampoule Coolidge et transformateur, est montée sur le bras d'un pied porte-ampoule de modèle courant. En un clin-d'oeil on peut la détacher et l'emporter avec son tableau de commande, chez le client du dehors.

La figure 2 vous montre un tout autre dispositif. Cette fois la cuve est couchée sur le lit, en contact avec un petit patient intransportable, et le médecin pratique une radioscopie à la bonnette. Le tout (tube, transformateur, contrôles, fluoroscope) se loge dans une petite mallette qu'on peut porter d'une seule main... Quoi de plus pratique?

VICTOR X-RAY CORPORATION



of Canada, Ltd.



Distributors for General Electric X-Ray Corporation • TORONTO—1221 Bay St., Toronto 5, Ont. • MONTREAL—524 Medical Arts Bldg. • VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir St. • WINNIPEG—Medical Arts Bldg.

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 2

Mars-Avril 1935

BRAVO ! MONSIEUR LE RECTEUR

Par LÉO PARISEAU,
Radiologiste à l'Hôtel-Dieu.

Il y a deux semaines je trouvais dans mon courrier une espèce de proclamation intitulée « Rubans rouges, Rosettes, Croix d'honneur, Etoiles noires, gare à vous ! »

Mon premier réflexe après l'avoir parcourue fut de la jeter au panier; mais je me ravisai bientôt et la repêchai. Qui sait ? le louche individu qui l'avait écrite ferait peut-être éventuellement quelque chose qui permît de lui administrer la bastonnade, sans trop avoir à condescendre . . .

Mes prévisions se sont réalisées. Navré d'avoir eu si peu de succès auprès des gens cultivés, celui qui signe « Vindex » s'est tourné vers la foule, toujours facile à amener.

Dès lors qu'une lettre anonyme se muait en article de journal, il n'y avait plus à hésiter. Le Recteur de l'Université de Montréal l'a compris tout le premier et il a profité d'une occasion qui se présentait, pour remettre à sa place le dénigreur.

Voici, pour ceux qui ne seraient pas au courant, l'attaque et la riposte. Voici, se suivant, la prose d'un polisson et celle d'un gentilhomme.

RUBANS ROUGES, ROSETTES, CROIX D'HONNEUR,
ÉTOILES NOIRES, GARE À VOUS !

Le gouvernement français distribue des décorations à ceux qui tiennent en mains dans notre province les destinées de l'éducation à tous les degrés, rosettes, galons rouges et étoiles noires s'abattent comme une pluie de sauterelles sur des

poitrines, vierges jusqu'ici de tout ornement. « Timeo Danaos et dona ferentes ». Ces décorés souffrent d'atrophie du sens national et d'un amour hypertrophié pour la France. Dans leur ardeur de néophytes, ils sont prêts à sacrifier, pour payer leurs décorations, nos chaires universitaires et nos tribunes d'enseignement secondaires, à des professeurs français, lourds bolides dans leur pays, qui se croient chez nous, sauf exception, des étoiles de première grandeur. Ils n'ont, pour la plupart, de commun avec l'étoile que la teinte dorée du précieux métal qu'on leur paie abondamment.

Notre Université et nos collègues classiques doivent confier l'enseignement à des professeurs canadiens-français. Le « Maître » français qui, durant un stage chez nous de sept ou huit ans, n'a pu former de compétences, est lui-même un incompetent et doit retourner dans son pays. S'il en a formé, elles peuvent le remplacer et sa présence ici n'est plus requise. Dans l'un comme dans l'autre cas, qu'il soit l'étoile... filante. Nos titulariats c'est-à-dire nos postes permanents ne doivent pas être troqués contre une rosette, un ruban rouge ou une étoile noire. Ils appartiennent de droit à nos spécialistes canadiens qui ont parfait leurs études en Europe aux frais de la province de Québec ou à leurs frais et reviennent au pays avec des titres équivalents à ceux des professeurs étrangers.

L'Université de Montréal, malgré son marasme financier, paie un salaire de \$12,000.00 au Dr Pierre Masson, un Français, et de \$6,000.00 au Dr E. Van Compenhout, un Belge. Ce sont des morceaux pantagruéliques qui jurent à côté de la maigre pitance de nos professeurs canadiens. Ces deux étrangers font partie du conseil de la Faculté de médecine. Ni l'un ni l'autre n'a consenti à réduire ses appointements de 10%, réduction que les nôtres ont volontairement rognée de leur portion congrue. Nourrice famélique, notre Université prodigue une abondante tétée à des poupons naturels et rationne ses enfants légitimes. Que d'autres mêtèques y viennent s'abreuver et nos professeurs canadiens exsangues devront mourir d'inanition. Telle sera la rançon des décorations jetées sur nos potiches ornamentales. L'attaque, à coup de rosettes et d'étoiles, d'après une stratégie bien calculée, doit se porter aussi sur nos collègues classiques et nos écoles supérieures. Canadiens-Français en garde!

Rosettes et rubans rouges, croix d'honneur et étoiles noires, gare à vous! La génération actuelle ne tolère qu'une décoration: *Le blason national*. Elle possède vos noms et accomplira un acte de fierté en vous dénonçant.

VINDEX

Mars 1935.

Séchez les douces larmes qui coulent de vos yeux, amis lecteurs; refrénez vos ardeurs patriotiques et lisez posément le discours prononcé par l'abbé Olivier Maurault, recteur de l'Université,

à l'issue d'une conférence du consul général de France, M. René Turck :

Monsieur le consul,

Votre présence ici, ce soir, n'est pas un effet du hasard. Vous avez très aimablement répondu à mon invitation déjà ancienne. Et en vous invitant, j'ai voulu marquer nettement notre filiation française. Je crois, en effet, que si nous parvenons jamais, sur ce continent, à quelque originalité, ce sera parce que nous nous serons considérés comme une province intellectuelle de la France, et que nous aurons agi en conséquence.

Que l'on me comprenne bien et que l'on ne mette pas en doute mon patriotisme. J'affirme que je suis aussi patriote que quiconque, tout autant que . . . mais passons ! Pour moi, Messieurs, le Canada d'abord, et du même coup la province de Québec. Or, jusqu'à nouvel ordre, ce pays est constitutionnellement franco-britannique. Nous tenons à nos droits comme à notre vie. Mais, pour les maintenir, nous avons besoin de secours, et ce secours, nous le demandons à la civilisation française.

M. le consul, ai-je besoin de dire que nous ne nous réclamons ni des franc-maçons, ni des sectaires anticléricaux, ni des romanciers ou dramaturges pornographiques que l'on trouve en France, — comme en Espagne, comme en Italie, comme en Angleterre et en Allemagne. Mais la France, mère des saints ; mais la France inspiratrice de la plus abondante littérature catholique, que toutes les nations traduisent à l'envi, mais la France, presque seule pourvoyeuse des missions jusqu'en ces dernières années ; la France dont le renouveau catholique fait en ce moment notre admiration ; la France, notre mère, enfin n'avons-nous pas le droit de lui demander de l'aide ? Et faut-il pour cela y avoir été poussé par quelque faveur, — violette, rouge ou noire, — ou simplement être doué d'un peu de bon sens et de quelque vue d'avenir ?

Il ne s'agit pas ici de complexe d'infériorité. C'est un sentiment que je n'ai jamais eu ; personne non plus dans cette maison n'en souffre. Il y a seulement ceci : que notre nation ne compte que trois cents ans d'existence, alors que les vieux pays sont cinq ou six fois plus anciens. Nous avons une culture : elle n'a pas encore atteint son plein développement et longtemps encore — et toujours — nous devons l'alimenter aux sources traditionnelles. Nous avons une littérature . . . Qu'elle s'inspire de notre histoire, de nos moeurs, de nos paysages : j'y consens. Mais elle doit rester d'expression française, et c'est en France qu'elle devra — encore quelque temps ! — chercher ses maîtres. Pour ce qui est des sciences, n'ayons pas la prétention de nous passer des savants étrangers. Nous ferions rire de nous par nos voisins, les Américains, qui, beaucoup plus puissants que nous, s'honorent cependant des professeurs étrangers qui enseignent dans leurs institutions de haut savoir.

Que l'on doive choisir! à la bonne heure: pour moi, toute la question est là. Je demande seulement qu'on nous fasse confiance. Nous ne sommes pas tout à fait dénués de prudence et de goût . . .

M. le Consul, vous nous avez parlé en érudit, avec beaucoup d'esprit et en une langue exquise et pittoresque, des « Rappports de la presse et de la pensée française du XVIIe siècle à l'aube du XIXe siècle ». Vous nous avez fait un cours d'histoire très remarquable; nous sommes fiers de compter parmi nous un professeur aussi distingué. Au nom de la société des Sciences morales et politiques et au nom de ce bel auditoire, je vous remercie.

(*La Presse*, mercredi, 24 avril.)

Le moindre commentaire serait de trop. L'abbé Maurault n'a pas fait que présenter sa propre défense. Il a su dire tout ce qu'il fallait pour sauver l'honneur du petit peuple poli que nous sommes et voulons demeurer. Par lui, au nom de tous, amende honorable est faite à la France, et aux professeurs étrangers que l'Université a fait venir, pour son plus grand bien.

En marge du discours du Recteur il n'y a qu'à écrire: MERCI. En marge de l'indécente sortie de Vindex on pourrait se contenter de griffonner un autre mot qui commence également par un « M » et compte aussi cinq lettres.

Je crois cependant faire oeuvre utile en commentant certaines parties d'une mise en demeure par trop brutale et malhonnête.

Pour commencer, quelques mots sur les décorations françaises distribuées chez nous. La plupart sont méritées, d'autres le sont . . . moins. Au sujet des dernières on pourrait tout au plus reprocher à Marianne de trop se laisser guider dans son choix par une poignée de compatriotes qui aiment à jouer les Père Joseph.

Lecteurs, dressez la liste de tous les décorés jugés indignes par vous; pour pleine mesure ajoutez les peu-dignes; demandez-vous pourquoi tous ces gens-là ont été récompensés; vous trouverez que nos compatriotes savent intriguer autant que quiconque . . . Vous n'arriverez pas à découvrir le moindre complot français contre les Canadiens..

Aussi bien faut-il être fou à lier pour apercevoir dans les plus récents gestes du gouvernement français une conspiration ourdie contre notre enseignement. Que dis-je? il faut avoir l'âme basse pour ne point s'émouvoir devant l'exquise délicatesse de certaines attentions prodiguées par la Mère-Patrie (la vraie) à l'occasion des fêtes du 4^e centenaire de la découverte du Canada.

La France a pensé à de vaillantes femmes qui sont à la peine depuis trois siècles et qui rarement ont été à l'honneur. Parmi tant d'ordres religieux très méritants, elle a choisi les plus vénérables . . .

A qui fera-t-on croire que les religieuses des Hôtel-Dieu de Québec et de Montréal, les Ursulines et les Dames de la Congrégation vont désormais perdre tout sens national et nous trahir « pour payer leurs décorations » ! . . . Il y aurait de quoi rire, si l'on pouvait s'amener à rire devant le spectacle d'un malotru s'acharnant sur des gens de bien.

Il n'y a pas que notre Supérieure qui soit éclaboussée par Vindex. Il insulte bassement un médecin français qui continue dans notre vieille maison l'oeuvre bienfaisante de Michel Sarrazin, l'anatomiste.

Vindex, pour mieux fanatiser les gogos, affirme que l'Université de Montréal verse un salaire de douze mille dollars au professeur Masson. C'est faux! L'anonyme pamphlétaire ne peut ignorer qu'une bonne moitié de cette somme est remboursée à l'Université par trois hôpitaux qui demandent à monsieur Masson, non pas de professer dans leurs amphithéâtres, mais bien plutôt de leur rendre des services proprement médicaux.

Pour sa part l'Hôtel-Dieu contribue deux mille dollars (\$2000). Ce sont les Religieuses qui déboursent cette somme assez rondelette. Elle le font sans hésiter parce qu'elles savent qu'elles font ainsi bénéficier tous leurs malades, pauvres comme riches, des lumières d'un savant dont la réputation est mondiale.

A ce Maître incontesté Vindex, et les deux ou trois fielleux qui l'inspirent, reprochent « de n'avoir pu former des compétences

durant un stage chez nous de sept ou huit ans ». Notez bien, amis lecteurs, que *deux* hommes sont nommés dans la lettre que j'analyse; souvenez-vous que Van Campenhout n'est au pays que *depuis peu*; et concluez avec moi que c'est Masson qui est visé.

Ici encore l'on ment. Le professeur Masson a bel et bien fait école. Dans la faculté de Médecine et dans celle des Sciences — exception faite pour le frère Marie-Victorin — aucun professeur canadien n'a su si bien former ceux qui seront appelés à le remplacer. N'en déplaise à telle ou telle nullité nationale.

Si quelqu'un en doute, qu'il aille demander à Simard, à Riopelle, à Bernier, à Manseau, à Martin et à d'autres que j'oublie, ce qu'ils pensent de celui qu'ils appellent affectueusement *le Patron*. La magnifique loyauté de ces hommes, jeunes encore, mais déjà éminents, est vraiment réconfortante.

Grâces soient rendues à ceux qui n'ont pas craint « d'importer un métèque » (reconnaissez ici le style Vindex) plutôt que d'exposer notre pauvre Université à la risée publique en confiant l'enseignement d'une belle, utile et difficile science à quelque incompetent dont l'unique mérite serait d'être né à St-Onuphre de Crackerville, P. Q.

« Soit », diront Vindex et ses souffleurs, qui se sont réservés une porte de sortie pour le cas où quelqu'un ferait mine de leur courir dessus, « nous accordons que ce maître a de brillants élèves, mais nous prétendons qu'il doit maintenant retourner dans son pays ».

Et nous, mes beaux messieurs, nous obstinons à penser le contraire. Nous avons pour nous confirmer dans cette résolution, l'entière approbation de ceux-là qui auraient le plus à gagner au départ immédiat de leur chef.

Du reste il y a des contrats qu'il faudrait respecter, même si les professeurs étrangers engagés par l'Université ne réalisaient pas tous ses espoirs. (Dieu merci, elle n'a qu'à se louer d'un Masson, d'un Van Campenhout). Inutile d'insister là-dessus.

Je viens d'écrire le mot « étranger ». Personne ne songerait à l'appliquer aux Français qui viennent chez nous avec l'intention bien arrêtée de s'y établir et d'y faire souche; cependant on pourrait, à la rigueur, s'en servir pour désigner ceux qui n'entendent point vieillir et mourir au Canada.

Entendu dans ce sens, le mot n'aurait rien d'insultant. Mais que dire du qualificatif « métèque » appliqué à Masson, à Van Campenhout et à d'autres que l'on veut atteindre par ricochet! — Jadis, il y a bien longtemps, on appelait métèques (de *meta*, hors, et *oikos*, maison) les étrangers établis à demeure dans la ville d'Athènes. Le mot, par extension, en arriva à désigner tout étranger domicilié dans un pays d'adoption. Il a, de nos jours, un sens franchement péjoratif. Il insulte celui qu'il désigne.

« D'autres métèques », écrit Vindex. Ainsi donc, ceux que l'Université a fait venir jusqu'ici ne sont pas des nôtres. Comme à Athènes, nous leur refuserons droit de cité et nous les contraindrons à faire par les rues d'humiliantes besognes, les jours de fête nationale ?

Allons donc! Les Français sont nos frères; et ceux qui appartiennent à la plus grande famille française sont nos cousins.

L'Université de Montréal, comme l'Université Laval de Québec, du reste, entend bien conférer plein droit de cité aux étrangers distingués qu'elle invite chez elle. Et elle entend soustraire ceux-là aux insultes des voyous, pour qui le patriotisme est un . . . refuge.

Les patriotes sincères voudront bien faire confiance aux hommes dirigeants qui promettent de bien « choisir » et qui sont doués « d'un peu de bon sens et de quelque vue d'avenir ».

Il y aurait bien d'autres lignes à commenter dans l'écrit de Vindex, mais je me sens pris d'une irrésistible envie de vomir. C'est tout juste si j'aurai le temps de signer.

LÉO-E. PARISEAU.

ÉVOLUTION DEPUIS 16 ANS DE DEUX CAS D'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

*Séquelles neurologiques et psychiatriques*¹

Par PAUL LARIVIÈRE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et de l'Hôtel-Dieu,
Assistant à la clinique des maladies mentales et nerveuses.

Dans une précédente communication faite à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu² nous avons fait une revue d'ensemble des principaux symptômes psychiatriques de l'encéphalite épidémique, insistant surtout sur les formes délirantes et dementielles. De plus, nous notions qu'au point de vue neurologique ces malades présentaient un syndrome parkinsonien très net.

Aujourd'hui nous voulons présenter deux cas qui sont particulièrement intéressants, d'une part à cause de leur évolution depuis 16 ans avec anamnèse d'un épisode aigu initial et d'autre part à cause de la discrétion des symptômes qui a fait ignorer totalement leur nature post-encéphalitique jusqu'à aujourd'hui.

Disons d'abord que le terme de séquelles post-encéphalitiques, qui est consacré, n'est pas exact. Il semble prouvé de plus en plus que s'il y a vraiment des séquelles, les symptômes que l'on observe à la suite d'un épisode aigu initial d'encéphalite épidémique sont le plus souvent signe que la maladie est encore en évolution et que le virus encéphalitique reste toujours actif, même après 16 ans comme chez nos deux malades.

C'est cette thèse du caractère évolutif que soutiennent Guillaïn et Mollaret³ et ils donnent à l'appui les arguments suivants:

1° Arguments cliniques. — Il s'agit souvent de phénomènes nouveaux intéressant d'autres régions du système nerveux et ayant

¹ Communication faite à la Société Médicale, janvier 1935.

² Journal de l'Hôtel-Dieu, mars-avril 1934: L'état mental des parkinsoniens post-encéphalitiques.

³ Les séquelles de l'encéphalite épidémique par Guillaïn et Mollaret. — Doin, 1932.

une allure différente de celle des phénomènes purement dégénératifs. La possibilité des reprises aiguës avec fièvre constitue un argument péremptoire.

2° Arguments anatomo-pathologiques. A l'autopsie on trouve des foyers inflammatoires récents chez des sujets dont l'épisode aigu est très ancien.

3° Arguments bactériologiques. — Les inoculations positives obtenues par Netter, Levaditi, etc.

4° Arguments de contagiosité tardive. — On a signalé quelques cas incontestables de contagiosité familiale ou hospitalière.

Voici maintenant l'histoire de nos deux malades.

1ère OBSERVATION. — Mme M. C. . . . 43 ans.

Malade venant de l'hôpital Victoria, arrivée à St-Jean-de-Dieu, avec un syndrome toxi-infectieux, fièvre moyenne persistant pendant plusieurs jours. Au point de vue mental, elle présentait un état semi-confusionnel avec désorientation, torpeur et un syndrome hallucinatoire visuel et auditif très net. Elle voyait les esprits et les entendait. Elle prétendait qu'elle était enceinte et qu'elle sentait les mouvements du fœtus dans son ventre et qu'elle devait accoucher quelques jours après. Or elle admettait en même temps qu'elle n'avait pas eu de rapports avec son ami depuis un an et que tout probablement elle avait été hystérectomisée quelques années auparavant.

L'épisode confusionnel passé, nous avons examiné minutieusement la malade.

Devant les phénomènes hallucinatoires, surtout visuels, nous avons pensé tout de suite à une reprise aiguë d'encéphalite épidémique. Et l'interrogatoire nous a révélé, en effet, que Mme M. C. avait eu la grippe espagnole en 1918 avec *diplopie* marquée et prolongée: « Quand j'allais travailler, il me semblait voir devant moi deux trottoirs . . . Je rencontrais un homme et j'en vois deux » et avec *narcolepsie*, survenant trois mois après l'épisode aigu: « Je pensais que ma digestion n'allait pas. J'avais de la difficulté à

faire mon travail, je tombais de sommeil. Arrivée chez moi, je me couchais sur mon lit et je dormais sans souper, sans me déshabiller jusqu'au lendemain. » Cette narcolepsie impérative intense est, comme on le sait, bien caractéristique de l'encéphalite épidémique.

En 1919, Mme M. C. se maria. Son caractère changea alors et devint d'un érotisme exigeant. « Mon mari ne pouvait me satisfaire », dit-elle. Cet érotisme alla en grandissant jusqu'en 1925, où son mari la quitta, trouvant la tâche trop pénible.

En 1927, elle eut un nouvel épisode infectieux, étiqueté « fièvre typhoïde » mais qui ne fut peut-être qu'une reprise aiguë de son encéphalite.

En 1928 et en 1930, à la suite de raptus anxieux, elle fit deux tentatives de suicide, la première avec du bichlorure de mercure, la seconde avec le gaz d'éclairage.

Nous avons déjà noté dans notre précédent article combien l'érotisme et les tentatives de suicide sont fréquents dans l'encéphalite.

Enfin hospitalisée à l'hôpital Victoria à la fin de 1933, elle présenta des idées délirantes de grossesse et l'état confusionnel qui l'amènèrent à St-Jean de Dieu.

Au moment où nous avons examiné la malade, les symptômes neurologiques de Mme M. C. se résumaient en des troubles discrets du système extrapyramidal et amorce de syndrome parkinsonien: Perte des mouvements associés — sialorrhée légère — réflexe de posture exagéré au jambier gauche — réflexe naso-palpébral très exagéré — antéro et rétropulsion — difficulté à faire de petits mouvements — brady-kinésie — réflexes rotuliens exagérés — parole lente, monotone, détimbrée (la malade s'aperçoit de ce symptôme depuis longtemps), A noter qu'il n'y avait aucun tremblement, aucune contracture, seule pouvait se déceler une légère raideur de la nuque.

Au point de vue mental on remarquait:

1° Des états oniriques semblables au délire de rêve des alcooliques.

2° Un délire paranoïde, c'est-à-dire polymorphe et non systématisé.

Depuis son encéphalite, à plusieurs reprises, surtout depuis quelques années, la malade se plaint d'avoir des visions extraordinaires auxquelles elle croit sur le coup puis, son jugement rectifiant, elle se rend compte que ce sont « des imaginations ». (Cette labilité de la croyance est typique de l'encéphalite).

Tous ces symptômes mentaux survenant périodiquement sont, à notre avis, dus à une recrudescence du virus post-encéphalitique.

Voici, pour illustrer, quelques fragments de l'interrogatoire révélateurs de son état mental :

« Je voyais un nuage se couper . . . comme un sabre de feu qui coupait le firmament. A certains moments c'était comme un chemin d'arc-en-ciel d'une longueur infinie. D'autres fois c'étaient des roses brillantes comme un soleil ».

Voici maintenant les scènes à caractère terrifiant coutumières de l'encéphalite :

« Je voyais des batailles, des rangs de soldats qui se battaient, j'entendais le bruit du canon, je voyais tomber les soldats tout ensanglantés, j'entendais des hurlements, des cris, il me semblait que je me cachais derrière les clôtures avec mon frère, je voyais des prêtres enchaînés et des soldats riaient d'eux, ils disaient que c'étaient des rats de cave, il me semblait que je prenais des armes par terre, je les ramassais et je les perdais toujours. »

« Depuis quelque temps, j'ai vu comme « une » grand escalier, il y avait une foule énorme en bas et c'était seulement des prêtres qui montaient. Quand les prêtres s'arrêtaient, entre les marches on aurait dit qu'il y avait une porte invisible où ils entraient. Les autres personnes du peuple ne pouvaient mettre les pieds sur la première marche, elles étaient bousculées, il y en avait qui tombaient et on marchait dessus. »

Il y a aussi de fréquentes visions érotiques avec sentiment de possession corporelle. (Tout ceci bien entendu à l'état de veille, et le plus souvent à l'approche du soir.)

J'ai dit plus haut que la croyance en ses hallucinations était instable et que les hallucinations disparues elles étaient traitées d'imaginations. Mais lorsque l'hallucination survient, elle force la croyance de la malade et s'impose. Mme M. C. dit qu'au début elle n'osait en parler, mais que ses visions étaient tellement fortes qu'elle a dû en faire part. « Même si on me traite d'idiote, je dirai ce que je ressens. »

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises, au moment où elle avait le plus d'hallucinations visuelles, et elle me disait: « Je suis bien obligée d'y croire quand je les vois, c'est plus fort que moi ».

Du reste, malgré l'instabilité de la croyance aux hallucinations visuelles, Mme M. C. a déjà un délire paranoïde très riche, se manifestant surtout dans ses nombreux écrits, et fait d'idées de domination surnaturelles, d'idées mégalomaniaques et hypocondriaques. Elle sent également une action extérieure s'interposer entre sa volonté et ses actes, sous la forme « d'esprits, de quelque chose de surnaturel ».

Pour résumer, nous avons affaire ici à une encéphalite épidémique typique avec lésions évolutives et recrudescence de la phase aiguë marquée d'abord par l'état confusionnel présenté par la malade à son arrivée à l'hôpital, puis par la narcolepsie et l'onirisme qui continuent.

Le pronostic est très réservé tant au point de vue neurologique que psychiatrique.

Au point de vue neurologique, il n'y a actuellement que des symptômes frustes de la série extrapyramidale, mais il est à peu près certain qu'ils évoluent vers un syndrome parkinsonien typique.

Au point de vue psychiatrique, la malade s'achemine soit vers une psychose paranoïde, soit vers une démence paranoïde. Dans

l'un ou l'autre cas nous avons affaire à ces délires polymorphes, non systématisés, avec idées délirantes, absurdes, fantastiques et croyance de plus en plus forte en la réalité de ce délire. Actuellement il n'y a qu'une très légère atteinte du fonds mental. Il est possible que l'affaiblissement intellectuel n'augmente pas, nous aurons alors une psychose paranoïde. S'il augmente, une démence paranoïde est à prévoir.

Le traitement au salicylate de soude intraveineux et à haute dose que nous avons institué semble avoir amené une amélioration, mais il n'y a pas grand espoir d'arrêter la marche de la maladie.

* * *

IIe OBSERVATION: Mlle B., 38 ans, hospitalisée à l'Hôtel-Dieu.

Dans les antécédents de la malade on relève l'encéphalite épidémique à l'âge de 18 ans (grippe espagnole) avec narcolepsie très nette immédiatement après et à plusieurs reprises depuis.

Actuellement, au point de vue neurologique, nous remarquons:

- 1) depuis un an ou deux, de la diplopie accusée par la malade;
- 2) une exagération marquée des réflexes de posture aux jambiers antérieurs;
- 3) une diminution des mouvements associés dans la marche, accusée au bras droit, et une abolition de ces mêmes mouvements à gauche. Dans l'épreuve de la chaise renversée, le bras gauche reste immobile et le bras droit fait automatiquement le geste nécessaire pour assurer l'équilibre;
- 4) une parole monotone, détimbrée, phénomène observé par la malade qui avoue en même temps qu'elle se fatigue rapidement à parler. Il y a également sialorrhée;
- 5) une légère bradykinésie à gauche se manifestant dans les mouvements délicats;

- 6) une latéro-pulsion très nette bilatérale (surtout à droite) ;
7) la raideur n'est décelable qu'à la nuque et est légère et il n'y a pas de tremblement.

Donc, dans l'ensemble, des symptômes peu accusés.

Au point de vue mental, nous observons des troubles du caractère fréquents chez les post-encéphaliques: hyperémotivité, irritabilité, quelques phénomènes obsessionnels, mais cependant rien dans tout cela qui soit très typique, et il est certain qu'à première vue cette malade fait penser à la série inclassable des hyperémotives qu'on étiquette tantôt déséquilibrées, tantôt psychasthéniques, tantôt hystériques.

Les symptômes proprement post-encéphaliques sont des cauchemars à forme onirique, avec visions zoopsiques et terreurs nocturnes. Il n'y a cependant pas d'onirisme à l'état de veille.

Dans ce cas, comme dans le précédent, nous sommes porté à croire à une forme prolongée de l'encéphalite léthargique.

Si, en effet, les symptômes observés sont encore frustes, nous pensons cependant que le virus encéphalitique poursuit son oeuvre et qu'on sera un jour en présence d'un parkinson.

Le pronostic psychiatrique est sans doute moins grave et se bornera peut-être aux troubles du caractère déjà présentés.

* * *

CONCLUSIONS

L'épidémie d'encéphalite épidémique de 1918 n'a donc pas fini de faire ses ravages. Les lésions qu'elle a causées à cette époque semblent être encore, en grande partie, en activité.

Nous connaissons un grand nombre de symptômes consécutifs à l'encéphalite, mais comme le fait remarquer Guillaïn, le bilan

des symptômes n'est peut-être pas complet. « Des manifestations d'apparition plus tardives sont peut-être encore possibles. »

Des deux observations rapportées, retenons qu'il y a lieu :

1° de faire une anamnèse serrée dans tous les cas atypiques de syndrômes neurologiques et psychiâtriques. Rechercher systématiquement la notion d'une infection initiale d'encéphalite, la diplopie et la narcolepsie ;

2° de penser qu'à côté du parkinson classique post-encéphalitique il y a toute la gamme des formes atténuées, des formes de transition, des formes frustes et surtout des formes mentales ;

3° de rechercher systématiquement les troubles mentaux spécifiquement post-encéphalitiques, décrits surtout depuis deux ou trois ans, tels l'onirisme avec hallucinations visuelles, les scènes terrifiantes, l'érotisme, la zoopsie ;

4° de donner dans l'examen neurologique une valeur particulière aux symptômes de la série extrapyramidale « fil d'ariane dans le dédale obscur des modalités frustes et anormales » ;

5° de croire que si actuellement nous sommes pratiquement désarmés au point de vue thérapeutique devant les formes prolongées de l'encéphalite épidémique, c'est que l'épisode aigu initial a passé trop souvent inaperçu. Nous croyons, avec la majorité des auteurs, que l'encéphalite traitée au début verrait se réduire au minimum ses formes prolongées.

UNE TECHNIQUE PERSONNELLE POUR LA CURE DE L'ÉPISPADIAS FÉMININ¹

Par OSCAR MERCIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

L'épispadias féminin est une malformation rare. Lower, à l'occasion d'une étude qu'il fit en 1922, ne put en réunir que 43 observations, recueillies dans la littérature médicale. La classification de cette malformation en différents degrés varie selon les auteurs. Nové-Josserand et Cotte qui, en 1907, firent une étude complète de la question, adoptèrent la division de Nunez, devenue classique. Elle comprend trois degrés:

1° Un *épispadias clitoridien* où le méat de l'urètre est reporté au-dessus du clitoris.

2° Un *épispadias sous-symphysaire* où l'urètre débouche au niveau du bord inférieur du pubis à travers le clitoris divisé. A l'examen, on voit alors une gouttière à surface cutanée, divisant le clitoris et les lèvres. Ce sillon représente la paroi inférieure de l'urètre, la paroi supérieure n'existant pas:

3° Un *épispadias rétro-symphysaire* où le méat urétral siège sous la symphyse pubienne et où l'urètre est absent. Il s'accompagne soit d'une perte de substance de la symphyse pubienne, soit d'un certain degré d'arrêt de développement du sphincter interne.

Kermanner adopte une classification plus simple, qui est la suivante:

1° Un *épispadias partiel*, où le sphincter fonctionne, mais imparfaitement.

2° Un *épispadias complet*, où il existe une incontinence complète des urines.

¹ Traduit de l'anglais: Personal Technique for the Cure of Epispadias in Women. *The British Journal of Urology*. December 1934.

Cette dernière classification, sans doute simpliste, a l'avantage d'être basée sur des faits cliniques.

La femme qui souffre d'épispadias ne s'adresse au chirurgien que si sa malformation provoque une incontinence des urines. Les cas où le sphincter fonctionne normalement sont rarement observés. S'ils le sont, ils n'exigent qu'une simple opération plastique pour

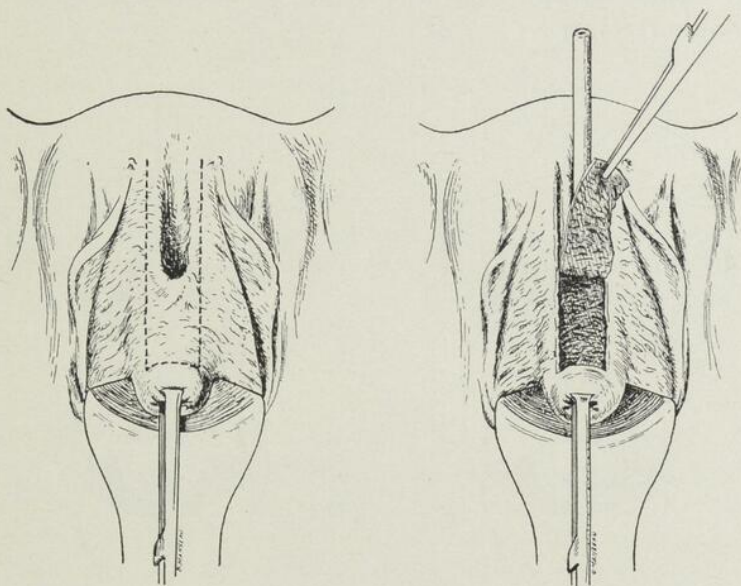


Fig. 1 — Tracé du lambeau vaginal qui servira à constituer l'urètre.

Fig. 2 — Le lambeau vaginal est découpé et relevé.

restaurer les lèvres et le clitoris divisés. L'épispadias féminin, compliqué d'exstrophie de la vessie est un problème de chirurgie vésicale, qui demande la transplantation des uretères. Nous n'en parlons pas ici.

Dans les autres cas, le but des opérations est de restaurer le sphincter vésical ou d'en créer un substitut. Toutes ces interventions se réunissent en quatre groupes:

1er GROUPE:

Le premier groupe d'opération a pour fonction de rétrécir l'urètre malformé. Pour ainsi faire, quelques chirurgiens, parmi eux Gersuny, ont pratiqué la torsion du canal urétral sur son axe, après l'avoir disséqué. D'autres, comme Mackenbruch, ont tenté le rétrécissement au niveau du col vésical, en l'entourant de sutures.

Toutes ces opérations ont donné des résultats fonctionnels peu encourageants.

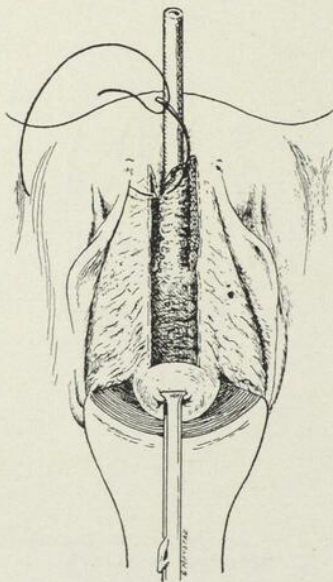


Fig. 3 — Suture du lambeau vaginal dans la gouttière.

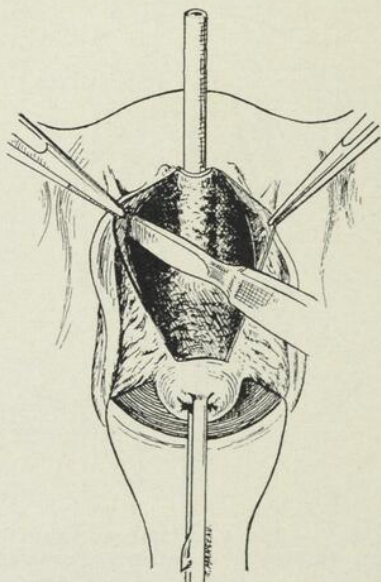


Fig. 4 — Dissection latérale pour la recherche des vestiges du sphincter.

2e GROUPE:

Le principe des interventions du deuxième groupe est d'allonger l'urètre incomplet ou de faire un nouveau canal. L'urètre est formé par un lambeau fixé dans le sillon qui divise les grandes lèvres et le clitoris. Dans certains cas, ce lambeau est prélevé à la

région pubienne. Dans d'autres, il est pris aux dépens des tissus situés chaque côté du sillon. (Potel 1924). Dans le même but, Muratow a utilisé une portion de l'hymen.

L'allongement ou la création d'un nouvel urètre n'a jamais corrigé entièrement l'incontinence des urines. La continence parfaite s'obtient alors en comprimant sur le pubis le nouveau canal à l'aide d'une pelote caoutchoutée.

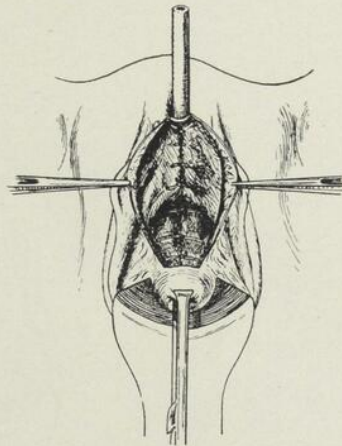
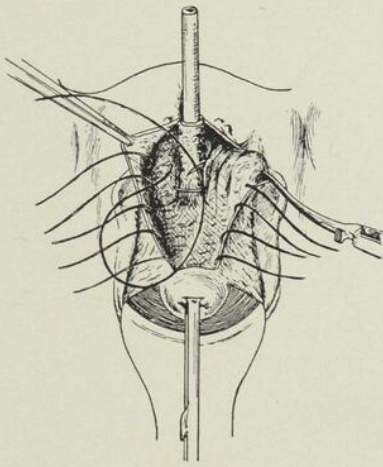


Fig. 5 — Suture en avant du nouvel urètre des vestiges du sphincter.

Fig. 6 — Le sphincter est suturé.

3e GROUPE:

Les opérations de ce troisième groupe combinent la technique des deux premiers. Van der Hoeven et Nové-Josserand en ont défini les temps opératoires qui sont les suivants:

a) L'urètre est allongé à l'aide de lambeaux prélevés dans la région située latéralement au sillon qui sépare les grandes lèvres.

b) L'urètre est rétréci par l'excision de tissus sur la paroi antérieure du vagin au niveau du col vésical.

c) L'opération se termine par la résection des grandes lèvres et du clitoris.

Les résultats fonctionnels éloignés de cette intervention ont été irréguliers.

4^e GROUPE:

Le but des opérations du quatrième groupe est de reconstituer le sphincter interne en transplantant autour du col vésical des fais-

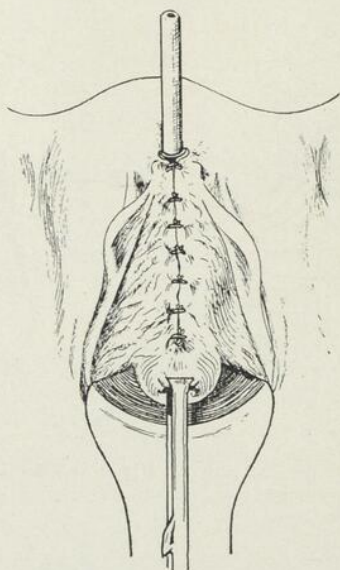


Fig. 7 — Opération terminée; la sonde est enlevée.

ceaux des muscles environnants. Goebel a fait un sphincter artificiel au moyen des muscles pyramidaux chez une enfant de six ans; le résultat fonctionnel a été parfait. Thompson utilise un faisceau du droit de l'abdomen et guérit sa malade. Deming sutura autour du col vésical une portion de l'abducteur de la cuisse; ce qui valut à sa cliente une continence parfaite des urines.

Lorsque la jeune fille de 17 ans, sur laquelle j'ai pratiqué l'opération que je vais décrire, a été admise dans mon service à l'Hôtel-Dieu, j'avais l'intention d'utiliser la technique employée par Marion pour restaurer l'urètre complètement dilacéré au cours d'un accouchement. Marion constitue un nouveau canal au moyen d'un lambeau prélevé sur la face antérieure du vagin, puis il perce un tunnel dans les tissus situés en avant du pubis et y place le nouveau canal. La continence des urines est obtenue par la compression de ce nouvel urètre sur le pubis au moyen d'une pelote caoutchoutée.

Notre patiente s'est présentée à l'hôpital, parce qu'elle souffrait, depuis sa naissance, d'incontinence totale des urines. L'examen physique montra que l'urètre s'ouvrait sous la symphyse pubienne et n'avait pas plus qu'un sixième de pouce de longueur. Les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris étaient séparés par un sillon. Sur chaque côté de ce sillon à la racine des petites lèvres, existait une petite saillie charnue, qui semblait être le vestige du sphincter incomplètement formé. La radiographie ne montra aucun écartement des os du pubis.

L'opération que j'ai pratiquée s'apparente aux quatre groupes, déjà décrits. Elle pourvoit à *l'allongement et au rétrécissement de l'urètre et elle restaure le sphincter vésical*. Sa technique dérive de l'opération de Marion dont je viens de parler. Pour allonger l'urètre incomplet, un lambeau fut disséqué sur la paroi antérieure du vagin et chacun de ses bords fut suturé symétriquement sur chaque côté arrivé du sillon. La surface interne de ce nouveau canal était ainsi tapissée d'une couche muqueuse. Après la création de cet urètre, les parties charnues latérales, vestiges du sphincter incomplet, furent suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane, comme l'on procéderait pour la cure du cystocèle. La réfection des lèvres et du clitoris complétèrent l'opération. Après cette cure radicale, les urines furent dérivées par une cystostomie. Aucune sonde ne fut placée dans le nouveau canal avant le 15^e jour. A cette date, le tube de la cystostomie fut enlevée et une sonde en caoutchouc de Marion fut introduite dans le nouvel urètre et laissée en place jusqu'à la fermeture complète de la plaie sus-pubienne.

Cette opération a été pratiquée le 14 octobre 1931. Le tube de cystostomie a été enlevé le 29 octobre et la plaie sus-pubienne se ferma le 2 novembre. La malade eu alors des mictions normales et est depuis parfaitement continente. Je l'ai revue souvent et l'incontinence des urines n'est jamais réapparue.

En conclusion, je dirai que le succès fourni par notre technique tient au fait que les tissus du sphincter vésical incomplet ont été reconstitués entièrement autour d'un nouvel urètre.

BIBLIOGRAPHIE

- NOVÉ-JOSSERAND ET COTTE. — Epispadias féminin. *Revue de Gynécologie*, 1907.
- NUNEZ. — Malformations de l'urètre chez la femme. *Thèse de Paris*, 1882.
- GERSUNY. — Nouvelle opération pour la cure de l'incontinence des urines. *Centralblatt für Chirurgie*, 1889.
- HACKENBRUCH. — Traitement opératoire des fistules urinaires congénitales. *Med. Klinik.*, 1909.
- POTEL. — Sur le traitement chirurgical de l'épispadias féminin. *Société Nationale de Chirurgie, Paris*, 1924.
- MURATOW. — Restauration de l'urètre dans un cas d'épispadias avec fissure symphisaire. *Russki Wratch*, 1902.
- VAN DER HOEVEN. — L'épispadias chez la femme. *Thèse de Leyden*, 1889.
- GOEBEL. — Plastique des sphincters dans l'épispadias. *Centralblatt für Chirurgie*, 1909.
- MARION. — Traitement de l'épispadias chez la femme. *Société Nationale de Chirurgie*, mars 1924.
- MERCIER. — Personal Technique for the Cure of Epispadias in Women. *American Urological Association*, Toronto, juin 1932.
- LOWER. — Epispadias in women; report of a case. *Amer. Assoc. Genito-Urin. Surg. Balt.* 1922. *J. d'Urologie*, Balt., 1923, p. 10.
- THOMPSON. — A case of epispadias in a female child associated with complete incontinence. *Guy's Hosp. Gazette*, 1923, p. 184.
- DEMING. — Transplantation of the gracilis muscle. for incontinence of urine. *Journal Amer. Med. Assoc.*, 1926, No. 12.
- DAVIS. — Epispadias in female and its surgical treatment. *Journal of Urology*, 1928, vol. 20.

L'INCONSCIENT, LE SUBCONSCIENT ET LE CONSCIENT

Relations psychothérapeutiques

Par ALCIDE PILON,

Attaché à la consultation de neuro-psychiatrie de l'Hôpital
Sainte-Justine et de l'Hôtel-Dieu.

Un axiome encore plus vrai en psychiatrie que dans toute autre branche de la médecine dit qu'il faut considérer plus le malade que la maladie, ce qui revient à dire que la médecine est un art. La psychothérapie est une arme non négligeable du médecin averti et avisé. Presque dans toutes les maladies elle est employée par le médecin à des doses variables suivant les cas; ce n'est pas seulement le traitement de l'esprit mais bien le traitement par l'esprit; la psychologie n'est pas une science occulte comme on le voulait autrefois, elle est à la fois une science et un art, et celui qui s'en sert doit, pour acquérir la maîtrise de cet art, s'armer de ténacité, de persévérance et d'une expérience de longue durée.

Tous les médecins savent qu'il y a une influence réciproque du physique sur le moral et du moral sur le physique. D'après Gustave le Bon, la vie organique, la vie affective et la vie intellectuelle constituent trois sphères d'activités fort distinctes, mais elles agissent sans cesse les unes sur les autres. Prost donne une image pour préciser les rapports entre le conscient et ses subalternes; il dit: « Un homme, ignorant les lois de la physique, voyant flotter un iceberg, limitera sa connaissance à la partie de la glace dépassant le niveau de la mer et méconnaîtra complètement l'autre partie pourtant beaucoup plus volumineuse, mais cachée par les flots. De même, un homme ignorant la psychologie, ne connaîtra que les phénomènes conscients et n'imaginera même pas ceux beaucoup plus nombreux et aussi importants, qui se passent dans l'inconscient. Enfin, poussant plus loin la comparaison, il est facile de voir qu'il y a entre ces deux extrêmes une zone intermédiaire, qu'en psychologie on appelle le subconscient, et qui correspond à cette partie de l'iceberg, tantôt visible et tantôt cachée, par suite de l'agi-

tation des vagues, mais qu'un observateur prévenu peut déjà deviner par transparence. »

Il va sans dire, établir des limitations exactes et précises entre chacune de ces zones est une chose impossible; en psychologie c'est la même complexité qui survient lorsqu'on observe des phénomènes conscients qui deviennent subconscients et, vice versa, des phénomènes subconscients qui deviennent conscients.

Maury, dans « Le sommeil et les rêves », page 37, raconte que Victor Hugo employa fréquemment le travail intellectuel inconscient. « L'emploi de son temps est demeuré célèbre. L'après-midi, il n'écrivait rien, c'était l'heure de la promenade en voiture, heure de méditation profonde, où dans l'hypnose des vagues obsédantes, le poète évoquait en esprit ses visions inachevées et n'échangeait que quelques paroles, visiblement absent de son entourage. Le travail déclenché se poursuivait dans le sommeil. A cinq heures du matin Hugo se mettait à l'oeuvre et extériorisait sur le papier ce qui s'était fait en lui. » Voilà exactement ici le travail accompli durant la nuit par le subconscient, l'inconscient et l'ange gardien de Victor Hugo. Autrefois dans la vie de quelques saints on raconte qu'un travail commencé la veille sur du papier ou du parchemin se trouvait fini le matin au réveil du divin personnage, mais tel n'était pas le cas de Victor Hugo qui, lui, était obligé de peiner et d'écrire ce que son imagination lui dictait à son réveil.

S'il y a donc des habitudes créées volontairement par une éducation raisonnée, il y a aussi des mauvaises habitudes, formées au hasard, et qui seront parfois à l'origine de troubles morbides. Comment les détruire, ces habitudes, si ce n'est par une rééducation, un retour en arrière à la recherche du point de départ de la fausse route et en incitant le sujet vers une voie nouvelle et bonne. Il y a certains symptômes qui, primitivement dus à une maladie réelle, persistent ensuite comme habitude morbide alors que la cause organique qui les provoquait n'existe plus depuis longtemps. Exemple d'une fille atteinte de tuberculose au début, qui fait une cure d'air et qui guérit, mais qui veut tout de même continuer cette cure d'air

indéfiniment, se considérant comme une invalide et agissant en cénestopathe alors que la cause organique est disparue.

D'après Payot dans « Education de la volonté, 1932, si le conscient est négligeable dans tous les cas d'actes purement automatiques inconscients, le subconscient vient presque toujours se mêler aux actes conscients. A part les actes devenus, par habitude, automatiques, toute volition est précédée d'une onde émotive, d'une perception affective de l'acte à accomplir. »

Dans le *sommeil*, il y a relâchement des muscles; la voie pyramidale, qui est la voie d'élaboration volontaire, est inhibée; les muscles agonistes et antagonistes sont en tonus de repos; le frein pyramidal n'est pas lésé, cependant, car nous aurions alors une contracture pyramidale; nous savons aussi que la destruction du faisceau pyramidal supprime l'action volontaire, d'où paralysie, et arrête l'action inhibitrice, d'où contracture; la lésion de la voie pyramidale supprime donc le frein pyramidal dans le territoire correspondant, et, le tonus étant libéré, il y a contracture. Lorsque le tonus pyramidal est sain, il y a durant le sommeil un tonus de repos, le corps est immobile et l'activité mentale *inconsciente*, et c'est la raison pourquoi la plupart de nos rêves sont oubliés au réveil.

Mais pendant la *rêverie*, le relâchement musculaire est plus ou moins complet. L'activité mentale est complètement désordonnée, involontaire, à peine perçue par la conscience. C'est le contraire, à l'état de veille; il existe des contractions musculaires plus ou moins étendues ou marquées; la personne a une conscience franchement nette de ses perceptions, de ses pensées, de ses actes. Le sommeil, la rêverie, l'état de veille sont donc les trois actes de l'inconscient, du subconscient et du conscient.

Qu'est-ce qui fait l'intelligence de l'homme? L'on voit que l'*attention* y joue le plus grand rôle si l'on se rapporte à l'étude de Ribot: « Si l'effort d'attention, dit-il, est dirigé vers l'*extérieur*, c'est l'attention proprement dite ou l'observation; si, au contraire, elle est dirigée vers l'*intérieur*, c'est la réflexion. L'intelligence d'un

individu est proportionnelle au développement de l'attention chez ce même individu. Le génie ne se constitue que dans l'attention volontaire soutenue.

Au point de vue pathologique, le seul fait de fixer son attention sur une partie du corps, le coeur, l'estomac, les intestins, etc., amène à la conscience des sensations insolites. » C'est là le mécanisme du malade imaginaire de Molière. Molière avait un bel esprit d'observation et, quoique non médecin, mais plutôt sarcastique à son égard, il a décrit de très belles pages dans le *Malade Imaginaire*.

L'auto-observation constante des névropathes est un des facteurs importants à considérer dans la pathogénie des névroses à idées fixes, les obsessions, les phobies, etc. Cet excès d'attention contraste avec la *diminution* d'attention rencontrée dans la mélancolie, à l'approche du sommeil et dans le surmenage physique et mental. La rêverie, elle, est un état intermédiaire entre le sommeil et la veille attentive. Physiquement, l'individu qui s'abandonne à la rêverie, comme l'artiste par exemple, fait une détente; mentalement, le mot détente s'emploie justement pour désigner cet état contraire de l'attention.

D'autre part, Pierre Janet fait remarquer que le malade est un individu fatigué, épuisé, qui a le besoin le plus urgent de se reposer et d'économiser ses forces; mais il ne sait pas se reposer, il se laisse entraîner à faire continuellement ce qui l'épuise le plus. On s'imagine alors l'intérêt qu'il y a à entraîner le patient à la détente physique et mentale et à le rééduquer en ce sens. Dès qu'il y parviendra, il commencera à faire des économies de forces nerveuses et à remonter sa tension nerveuse.

Napoléon, qui dormait ferme à la veille de ses batailles, se servait de la détente au moment juste. L'Américain Cabot cite l'exemple sportif suivant: « L'équipe de rameurs qui gagne la course est celle qui sait se détendre et se reposer entre chaque coup de rames. » Il en est ainsi du névropathe qui présente presque toujours à l'origine de ses troubles un déséquilibre entre la tension et la

détente. Voilà pourquoi nous devons tendre à amener une équilibre normale entre ces deux adversaires. L'attention, la mémoire, l'observation, la réflexion, sont des soeurs d'une même famille avec leur petit caractère différent, et cette famille s'appelle l'intelligence.

S'il fallait continuer, nous serions obligés de parler du merveilleux, de la psychologie des vastes assemblées ou grandes foules, mais cela nous entraînerait trop loin, et alors, l'imagination, « cette folle du logis » si exaltée chez certains, pourrait amener de longues ruminations mentales impossibles à encadrer ici. Si nous abordions ici la psychanalyse de S. Freud, il nous faudrait forcément tomber du complexe au plus complexe; la psychanalyse amène du nouveau qui choque les idées de plusieurs individus prétendant qu'elle n'a de beau que son merveilleux et sa complexité. Pourtant Janet avait déjà admis, il y a un bon moment avant Freud, que beaucoup d'accidents nerveux étaient sous la dépendance d'une idée fixe primaire devenue souvent subconsciente ou inconsciente et c'est à un état de détente qu'il avait recours pour rechercher cette idée.

Freud donne comme base à la psychanalyse le principe suivant: le symptôme névrotique ayant pour cause un processus inconscient, dès que celui-ci devient conscient, le symptôme disparaît. Il faut réaliser un équilibre, un rythme entre l'attention et la détente, à la manière des autres équilibres rythmés de la systole-dyastole, de l'inspiration-expiration, etc.

La psychanalyse a montré un fait important, à savoir que l'influence qu'a le conscient sur la vie est beaucoup plus petite que celle de l'inconscient, qu'elle a découverte. L'homme agit beaucoup plus forcé par les instincts que par des décisions conscientes. Stern déclare « qu'un homme qui s'est développé dans un milieu religieux, qui est croyant, se sent lié par les lois de la religion. Si cet homme est tourmenté par sa sexualité, il n'aura pas la possibilité de la satisfaire sans éprouver les plus graves conflits. Il veut obéir aux normes religieux qui lui défendent la satisfaction des instincts, mais en même temps il veut être libéré des tensions et de l'inquiétude. Il ne peut pas supprimer complètement l'instinct. Il y a un

reste qui dure. Cette situation exprime ce fait indéniable, qu'il y a un abîme entre les normes et les instincts, entre ce qui est et ce qui doit être. Il y a dans la vie des exigences extrêmes que l'homme ne peut accorder. »

M. le Dr de Clérambault sembla mépriser la psychanalyse en déclarant que si la psychiatrie voulait continuer à progresser elle devait abandonner définitivement les méthodes psychologiques. Les professeurs Guillain, Claude et d'autres éminents la recommandent cependant chez certains névropathes. De Clérambault, qui, selon Heuyer, fut une des plus belles intelligences de notre époque, et le plus grand maréchal de la psychiatrie moderne après Sérieux et Séglas, était un fin psychologue, qui apprenait en se jouant et inventait pour se divertir; il a fait une description nouvelle de l'érothomanie et a remplacé le nom de délires à idées prévalentes par la rubrique de délires passionnels. En étudiant l'automatisme mental, il a fouillé le subconscient et l'inconscient de ses malades qu'il a finement observés dans son service de l'infirmerie spéciale; il a étudié tout spécialement le pourquoi des hallucinations auditives, olfactives, gustatives ou génétiques, et les faits d'automatisme moteur tel que l'inhibition, les gestes forcés, la parole forcée; il n'explique cependant pas l'*hallucination* de la même manière que A. Robert (Leçons de Psychologie et de Théodicée, page 97) qui dit: « L'hallucination est l'état dans lequel les combinaisons d'images et les associations d'idées faites *durant le rêve* sans le contrôle de la volonté, sont prises pour des réalités. » Levi-Valensi dit que c'est plutôt une manifestation de l'automatisme mental, à la manière du pianola; bref une perception sans objet; perception extériorisée; une idée projetée en dehors. Neuberger (Maladies Mentales, page 384) dit que l'hallucinose est une ébauche de dissociation intra-psychique, à demi-consciente, (ce n'est pas *durant le rêve*, parce que durant le sommeil il y aurait inconscience) et aboutissant à l'extériorisation d'une perception endogène, sans que s'y attache un caractère de croyance particulière. L'extériorisation de cette pseudo-perception, sa conviction, son attribution et identification à autrui est ce qu'on appelle hallucination. »

Continuons maintenant l'automatisme mental et disons que De Clerambault a créé le mot de l'écho de la pensée, parlant de la prise de la pensée, de la pensée rappelée, de la pensée étrangère, de la pensée adventice et devancée, du symptôme de devinement de la pensée d'autrui. Il a étudié également le phénomène d'intuition morbide ou délirante, les intuitions abstraites, le dévidage muet des souvenirs, *bref les phénomènes subtils*.

Il interpréta les fausses reconnaissances, les ressemblances qui aboutissent au sentiment d'étrangeté; il expliqua comment le malade n'avait plus dans l'esprit que des « commencements de pensées » et pourquoi l'attention était alors suspendue. Au début de l'automatisme mental, il y aurait donc une apparition de jeux verbaux parcellaires, de mots explosifs, de kyrielles de mots et de jeux syllabiques, des absurdités, des non-sens « au goût saugrenu et au sens harmonique »; il y aurait, en outre, apparition d'un automatisme affectif, volitionnel, émotif; pourquoi? parce qu'on met le malade en colère malgré lui et parce qu'on le fait rire sous forme de rire explosif.

A son origine, l'automatisme mental est totalement neutre et l'on observe des faits analogues dans la distraction, dans la fatigue cérébrale et l'insomnie. Mais plus tard apparaissent les hallucinations élémentaires: les bruits aigus ou indistincts et les voix thématiques. « Les thèmes hostiles ou idées de persécution se créent parce que l'énoncé des pensées et des actes intimes est irritant et vexatoire; parce que les voix, les intuitions, les veilléités prennent spontanément le contre-pied des goûts et des idées du sujet. »

Ainsi se constituerait une sorte de *personnalité seconde* qui s'extériorise et qui n'est plus reconnue de la *personnalité réelle*, personnalité prime du malade. Cette personnalité seconde commence à l'écho de la pensée et aux non-sens; son répertoire est grossier, lubrique, scatologique et subvertif; il est puisé dans les rebuts de la personnalité première du sujet; une émotion légitime par exemple, prend une forme injurieuse. Les données majeures du délire entrent par la voie hallucinatoire dans la conscience; leur agrégation prolifique constitue une idéation parasitaire. La personnalité seconde

est hypersexuelle constamment et intensément chez les femmes et les explications adoptées sont le plus souvent puériles ou superstitieuses.

D'après A. Robert, « la folie s'appelle *délire* si elle est accompagnée d'hallucination; et le délire serait une *folie passagère*. » Pour définir la folie, il se sert de l'expression de « Mercier, p. 202 ». « La folie est le rêve de l'homme éveillé », ce qui n'est guère médical. En psychiatrie, partant du mot latin *folium*: feuille sur laquelle étaient écrits les oracles de la Sibylle et de *folia*: magicienne d'Arcinimium (voir Dictionnaire Dabout), nous savons que la folie est un terme général s'appliquant aux états mentaux qui résultent d'une psychose, qui sont l'expression d'un processus pathologique actif et qui n'entraînent pas forcément une irresponsabilité des actes à titre définitif; nous savons que le *délire* (*delicare*: sortir du sillon; au fig.: extravaguer) est l'extériorisation verbale d'idées sans suite sous l'influence d'états psychiques variables: fébriles, confusionnels, etc. L. Neuberger (*Maladies Mentales*, page 383), définit le délire en ce sens: « ce serait une intervention de la logique propre du sujet, s'évertuant à s'expliquer et à se justifier à soi-même le désordre et l'incohérence des troubles de l'émotivité et des perceptions, qui introduisent en lui comme un début de désorganisation. C'est donc une manière de remaniement, par lequel l'esprit s'efforce de rajuster ses éléments épars. Un délire, par définition, se révèle absurde, inadéquat à la réalité, mais non point stupide. Sous sa forme chronique il tend naturellement à se coordonner autour d'un thème plus ou moins plausible qui va servir désormais de pivot au psychisme ainsi réorganisé à l'aide de matériaux morbides. » Nous savons aussi, en psychiatrie, que l'idée délirante est comme les peintures et les décorations d'une maison; il n'y a pas de fondation; c'est de la superficie, de la superstructure; nous savons, comme le déclare De Clérambault, qu'au moment où le délire apparaît, dans l'automatisme mental, la psychose est déjà ancienne et que ce délire dans la psychose hallucinatoire chronique n'est pas curable, contrairement à ce que pense A. Robert, à la page 97 de son livre précité. Là où nous sommes d'accord, c'est lorsque le délire se manifeste sous forme de bouffées

délirantes polymorphes; alors l'expression « folie passagère » peut s'appliquer.

Quand nous continuons ce livre, nous voyons qu'il définit la *démence* « par un état de *débilité native* qui rend anormal le fonctionnement des facultés intellectuelles. » Nous savons parfaitement qu'il y a des gens qui naissent tout à fait normaux à tout point de vue, et qui plus tard font de la *démence*. Il faut s'enlever de l'idée cette sottise conception des gens qui ne voient, comme cause de *démence*, que l'hérédité. Il est vrai que l'hérédité joue un rôle dans plusieurs cas, mais il y a multitude de patients qui deviennent déments plus tard, alors qu'ils n'ont jamais eu aucune tare en naissant.

Est-ce juste de paraître incriminer continuellement les parents des déments? Nous connaissons maints parents qui ont donné à leurs enfants tout l'élan nécessaire pour faire une vie normale; si ces enfants dérogent de la vraie direction plus tard, il ne faut pas toujours s'en tenir aux procréateurs qui sont assez mortifiés par les événements sans aller leur planter des épines qui leur vont droit au coeur. La citation de L. Neuberger (*Maladies Mentales*, p. 383) dit plutôt que « La *démence* est un effondrement *secondaire* des facultés mentales, avec perte progressive de la conscience et de la personnalité. »

Dans sa conférence à Bruxelles en mai 1934, Heuyer termine en déclarant que l'automatisme mental a une valeur didactique qui ne peut être niée. L'entité morbide de « Schizophrénie » n'existe pas et pourtant c'est un terme qui envahit la psychiatrie au point d'englober toutes les maladies mentales. La recherche des causes purement psychologiques des maladies mentales a risqué de mettre celles-ci sur un plan différent des maladies générales. Le noyau des psychoses est dans l'automatisme mental; l'idéation est seconde; cette idéation même est d'origine mécanique, comme l'automatisme mental du reste.

Si nous continuions, nous pourrions parler des névroses sexuelles, des rêveurs éveillés, de l'aboulie, de l'indécision, des idées

fixes, des eurotophobes timides, du trac des artistes, des impulsions, des perversions et inversions sexuelles, en particulier du fétichisme et masochisme, etc., etc., mais il serait trop long de les développer toutes. Certains auteurs ont cru trouver dans la littérature hagiographique des exemples soi-disant typiques de masochisme, mais nous ne voulons pas nous aventurer dans un domaine aussi délicat, ni le discuter.

Pour comprendre ce qui se passe dans le monde, dit Stern, (*Hygiène Mentale*, déc. 1934), l'on peut essayer de trouver les causes des événements, d'expliquer et de prévoir ce qui est susceptible d'arriver dans l'avenir, en se basant sur la connaissance des causes. D'autre part, par la métaphysique, l'on peut s'efforcer de comprendre le sens de ce qui se passe.

Avec l'évolution des siècles, l'homme n'a pas semblé toujours se comporter de la sorte, il a eu une tendance à chercher le sens de ce qui se passait plutôt que les causes. Le XIX^e siècle, qui s'est dirigé surtout vers la recherche des faits, en voulant connaître les causes, semble être plus responsable du progrès médical.

De plus en plus la médecine voulut se baser sur des fondements exacts. L'on croyait, par exemple, que pour les maladies infectieuses, l'infection était la seule cause. Plus tard, on fut obligé d'insérer en médecine un facteur nouveau: le *terrain*. Les causes, de même que l'ensemble des réactions, ne consistaient qu'en des changements physiques. Il restait cependant incontestable que certaines maladies étaient sans causes ou altérations physiques et on était forcé de concéder des causes psychiques, dont le rôle était limité à un petit nombre de maladies dites *fonctionnelles*. Puis on s'aperçut que des facteurs psychiques étaient en jeu dans certaines maladies *organiques*. C'est depuis ce temps que la neuro-psychiatrie n'a cessé d'élargir ses connaissances.

On ne se dirige bien, déclare R. de Saussure, que lorsqu'on connaît le but que l'on veut atteindre. C'est pourquoi, il pense que l'étude des normes est capitale pour améliorer la thérapeutique mentale; ce problème aurait été trop négligé jusqu'ici et ne demande

qu'à être parfait. Il faudrait extérioriser plus complètement les impressions que nous ressentons. Les inhibitions conduiraient à un rétrécissement de la vie, d'où manque d'adaptation. « Une personne qui n'exprime pas ce qu'elle ressent s'adapte mal; si elle éprouve de l'attrait pour une autre personne et qu'elle se contente de le penser, sans le manifester, elle n'aura rien de cette personne. Si elle éprouve du malaise en face de tel comportement, de telle autre personne, elle sera obligée de le subir avec toutes ses conséquences, tant qu'elle ne réagira pas. D'autre part, il est évident que ce principe ne veut pas dire, se laisser aller à tous ses désirs et à toutes ses impressions car cela conduirait à d'autres désadaptations. Un individu qui désire voyager ne peut se contenter de prendre l'argent nécessaire dans le porte-monnaie de son voisin. Il est normal et utile, par contre, qu'il s'ingénie à trouver des moyens adaptés à satisfaire cette envie au lieu de la vivre simplement en pensée. »

En résumé, nous voyons que le subconscient vient presque toujours se mêler aux actes conscients; l'inconscient et le subconscient, qui sont les parties tantôt cachées, tantôt visibles de l'« iceberg », doivent être mieux connus; si l'homme agit plus forcé par les instincts que par les décisions conscientes, c'est la lacune qui sépare les instincts des normes qu'il faut s'efforcer de combler. De part et d'autre, il faudra un jour faire des concessions, sinon les désadaptations continueront, et l'équilibre entre la détente et le refoulement ne sera jamais en harmonie avec la normale.

KÉRATITE INTERSTITIELLE ET INFECTION DENTAIRE

Par **HERVÉ LEGRAND**,
Ophtalmologiste à l'Hôtel-Dieu.

Il y a quelques années à peine, on connaissait encore assez peu les graves ennuis que peut causer à distance un petit foyer d'infection locale d'apparence inoffensive, et quantités d'affections « dites alors rhumatismales » n'avaient d'autre cause que celle-là.

Un agent infectieux, parti d'un point éloigné de l'organisme, peut franchir les parois vasculaires, suivre la voie sanguine allant perturber l'état général, ou donner lieu à une complication localisée.

La pathologie oculaire nous fournit de nombreux exemples de cet ordre, depuis surtout que la relation intime entre les infections dentaires et certains troubles oculaires, nous est plus familière.

Le cas que je veux rapporter ici brièvement, démontre comme il faut parfois rechercher attentivement ces foyers infectieux souvent indolores, inapparents et insoupçonnés.

Il s'agit, dans l'occurrence, d'une kératite interstitielle de l'œil droit, chez une jeune fille de 23 ans, d'une excellente santé générale.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel intéressant. Systèmes nerveux, digestif, respiratoire, circulatoire, génito-urinaire en parfait ordre. Bordet-Wasserman sanguin négatif. Aucune infection sinusienne, rhinopharyngée ou buccale visible.

Début par une injection péri-kératique devenue en peu de temps très intense. Pupille contractée, larmoiement, photophobie, douleur très vive dans la région orbitaire et péri-orbitaire.

Nous pensâmes d'abord à une iritis aiguë à forme grave. Mais la cornée devait bientôt s'opacifier et perdre sa transparence. Une nébulosité blanchâtre apparut dans l'épaisseur même du stroma cornéen réduisant l'acuité visuelle, au point de ne pouvoir distinguer aucun objet.



ILFORD X-RAY FILM

Un film radiographique, s'il est vraiment excellent, donne en tout temps des images claires et riches de haute valeur diagnostique.

Les radiologistes du monde entier connaissent et estiment le film Ilford, "British made".

Il est rapide sans tendre au voile. Il donne de beaux contrastes sans perte de détail. Et puis, toujours le même !

Une ample provision, dans tous les formats, se trouve toujours chez :

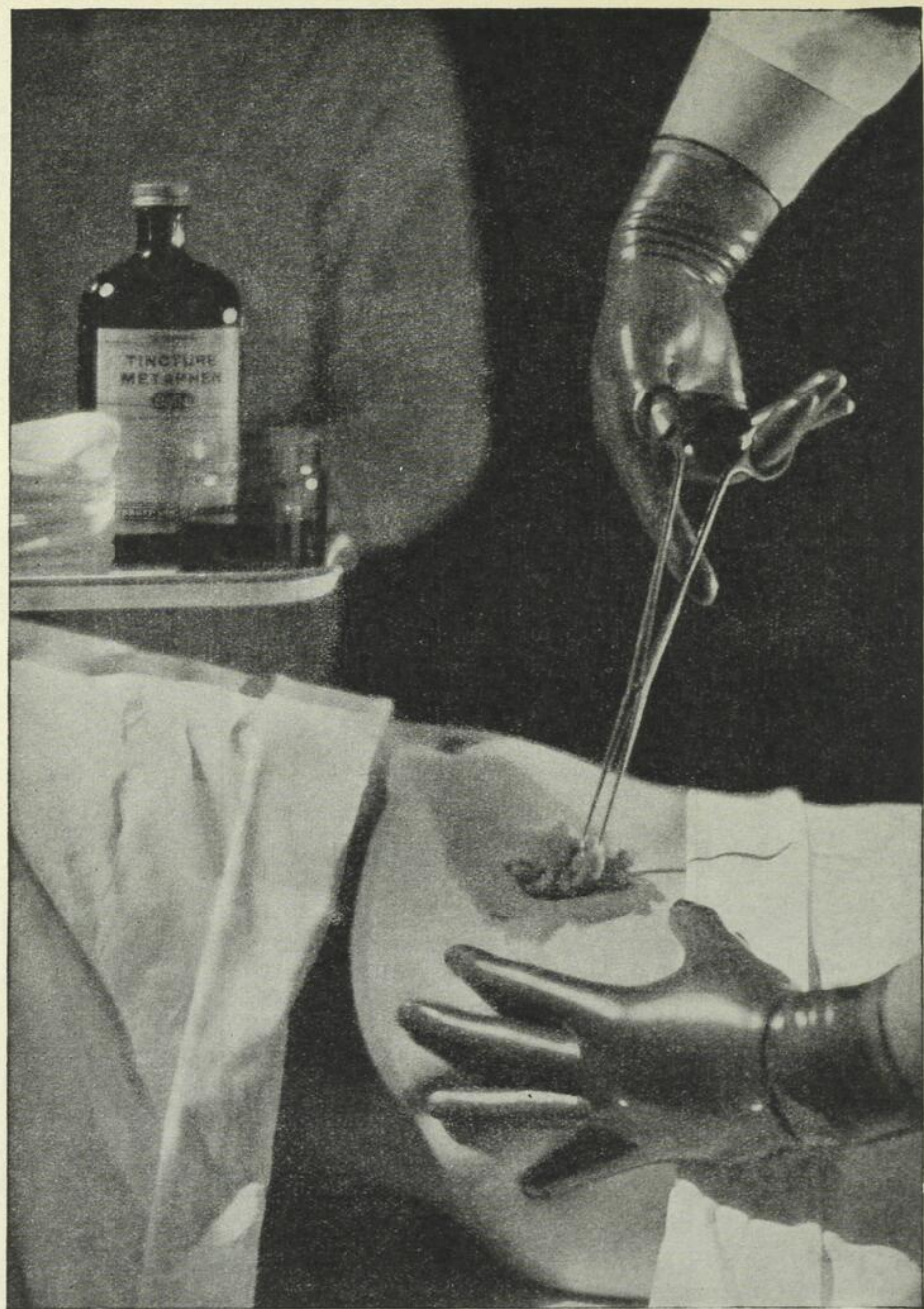
VICTOR X-RAY CORPORATION



of Canada, Ltd.



Distributeurs pour la General Electric X-Ray Corporation
MONTRÉAL: Bureau à 524 Medical Arts Building — Entrepôt au numéro 307, rue St-Paul.
TORONTO: 1221 Bay Street — WINNIPEG: Medical Arts Bldg. — VANCOUVER: Motor Transportation Bldg.



STÉRILISATION PRE-OPÉATOIRE ABSOLUE

PAR LA

TEINTURE DE METAPHEN

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE

MONTRÉAL

Le traitement de la
CONSTIPATION

comporte l'éveil de l'HABITUDE d'avoir des selles régulières, et l'administration d'un agent pour aider à la formation de selles de consistance normale.

KONDREMUL est précisément un tel agent qui mérite votre entière approbation.

KONDREMUL

(ÉMULSION DE CHONDROS)

MODE D'EMPLOI :

ADULTES : Une cuillerée à thé le matin et le soir avant le coucher, puis une fois par jour lorsque les selles deviennent régulières.

ENFANTS : Une cuillerée à thé le soir, suffit généralement.

Se vend en bouteilles de 16 oz.



Étiquette bleue
SIMPLE

Étiquette
verte
avec
Cascara.
Étiquette rouge
avec
phénolphtaléine

Charles E. Frosst & Co.

*Chimistes-fabricants
depuis 1899*

MONTRÉAL

Remplace la morphine pour soulager la douleur

Dilaudid

dihydromorphinone hydrochloride

Dilaudid possède plusieurs avantages sur la morphine pour la sédation et le soulagement de la douleur. Il agit rapidement et cause moins de symptômes désagréables.

1/20 de grain de Dilaudid est généralement administré au lieu de 1/4 de grain de morphine.

Tablettes hypodermiques, 1/32 et 1/20 de grain.
 Tablettes par voie buccale, suppositoires rectaux, 1/24 de grain.
 Ampoules, 1/32 de grain. Poudre facilement soluble dans l'eau.

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

MERCK & CO. LIMITED

412, RUE ST-SULPICE, MONTRÉAL

Vendeurs autorisés.

Manufacturiers BILHUBER-KNOLL CORP., Jersey City, N.J.

SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

EST LE SEDATIF ET
ANTISPASMODIQUE
SPECIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THERAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

DIGIBAINES

TONIQUE CARDIAQUE

Remplacent
DIGITALE et DIGITALINE

LABORATOIRES
DEGLAUDE
Médicaments
Cardiaques Spécialisés
6 rue d'Assas PARIS.

2 FORMES

GRANULÉ
COMPRIMÉS

(avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

Association Alcalino-phosphatée + semences de cigüe

HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE

Après le repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES
DU DOCT^R ZIZINE
24 Rue de Fécamp - PARIS

et ANÉMIES
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS
en ampoules buvables

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS
sans contre-indications

LABORATOIRES ROLLAND
31, rue des Francs-Bourgeois (4^e)
Paris

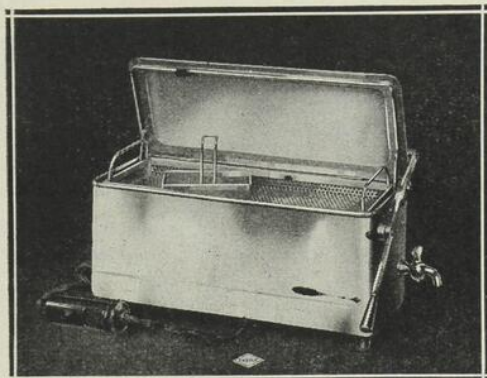


Littérature et échantillons: MILLET, ROUX & LAFON Ltée, 1215 St-Denis, Montréal

STÉRILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ÉCONOMIQUE

Pour MÉDECINS ET HÔPITAUX



Les Stériliseurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant. Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne

Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de

WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200-400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic-Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostic (Condensateurs)

Générateur à Diagnostic pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTRÉAL

30 est, rue St-Paul



iodo - CINNAMATE CHOMEDY

L'iodo-CINNAMATE a une action chimiothérapique anti-infectieuse en général, et anti-infectieuse pulmonaire en particulier; il tend de plus à conférer à l'organisme une immunité artificielle vis-à-vis des bacilles.

Chaque ampoule contient :

{	Cholestérine	0,03	Goménol	} à 0,05
	Cinnamate de Benzyle...	0,05	Gaiacol	
	Iode combiné	0,01	Eucalyptol	
	Huile d'arachide neutralisée stérilisée Q.S. pour 1 cc ½			

POSOLOGIE. — 1° Bacilloles au début — séquelle d'infections pulmonaires ou de grippe — convalescences d'infections aiguës anergissantes: *une injection tous les 2 jours.* — 2° Bacilloles pulmonaires non congestives, mais en évolution, osseuses ou cutanées — infections pulmonaires à leur période d'état — abcès du poumon, bronchite fétide, pleurésie purulente, gangrène pulmonaire: *une ou deux injections chaque jour.*

Avant de pratiquer l'injection: stériliser l'aiguille et la seringue en les laissant dans l'eau bouillante durant un quart d'heure; limer l'ampoule assez bas et aspirer le liquide huileux avec l'embout de la seringue, adapter l'aiguille (de 3 cm de long); pousser le liquide lentement dans le tissu sous-cutané de la région fessière, ou scapulaire, après avoir nettoyé l'endroit de la piqûre avec un tampon imbibé d'alcool à 95°. L'injection est indolore et ne provoque aucune réaction.

La boîte contient DOUZE ampoules.

HERDT & CHARTON, Inc.
2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL - - MONTRÉAL

AGRIPPOL

cachet

fébrifuge

analgésique

FORMULE :

Cryogénine	0.10	Piloselle	0.05
Salicyline	0.02	Acétanilide	0.10
citrate de caféine	0.15	Antipyrine10
Quinquina rouge	0.05	Carbonate de chaux	0.10
Adonis	0.05		

MODE D'EMPLOI : Prendre un à quatre cachets, espacés des repas, par vingt-quatre heures, durant la période de fièvre.

DIARRHÉES CATARRHALES

Diarrhées des Tuberculeux

•
PARASITOSSES INTESTINALES
FERMENTATIONS INTESTINALES

•
ÉTATS D'ANÉMIE ET D'ASTHÉNIE

•
Traitement "Per Os" de la Syphilis

STOVAR SOL

Action antiseptique et antifermentescible.

Faible toxicité malgré la teneur élevée du Stovarsol en arsenic.

Propriétés reconstituantes.

Action spirochéticide démontrée par de nombreuses communications scientifiques.

~~~~~  
Comprimés à 0 gr. 01, 0 gr. 05 et 0 gr. 25  
~~~~~

Le Sel de Sodium du Stovarsol (STOVAR SOL SODIQUE) apparaît à l'heure présente comme le médicament de choix de la Paralyse Générale.

S'administre en injections sous-cutanées ou intramusculaires.

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée

Distributeurs : ROUGIER FRÈRES - - - - MONTREAL



PROVEINASE



MIDY

“ RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE ”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY,
67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, XVII^E

J. EDDÉ LIMITÉE, ÉDIFICE NEW BIRKS
AGENT GÉNÉRAL POUR LE CANADA

LA FIÈVRE DES FOINS

peut être combattue aisément par le médecin praticien au moyen de
l'Antigène Pollinique *Lederle*

Le traitement scientifique de la fièvre des foins est à la portée de tous les médecins praticiens grâce à l'emploi judicieux de l'Antigène Pollinique approprié. Depuis son apparition en 1914, des médecins ont chaque année rapporté de nouvelles observations concluant à sa valeur comme préventif ou comme soulagement des crises de fièvre des foins.

Outre sa valeur intrinsèque, l'Antigène Pollinique Lederle est présenté au médecin sous une forme apte à le satisfaire. Des séries de quinze doses graduées sont maintenant préparées de manière à supprimer l'inconvénient d'une dilution variable avant chaque injection et afin de faciliter l'administration de ce traitement.

LE DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE DES FOINS

Avec les épreuves polliniques Lederle, le diagnostic peut être fait au bureau du médecin ou chez le patient. Une réaction positive obtenue avec un pollen fréquemment rencontré par le patient lors de son attaque de fièvre des foins, indique exactement quel antigène pollinique est indiqué pour l'en désensibiliser. Cette épreuve est facile à faire, exacte et sans danger.

Les LABORATOIRES LEDERLE possèdent une section d'Allergie confiée à des experts qui se font un plaisir de répondre aux médecins sur toutes leurs questions concernant la fièvre des foins en quelque lieu que ce soit.

Littérature sur demande

LEDERLE LABORATORIES INC., 1396 rue Ste-Catherine Ouest, Montréal, P. Q.
PLATEAU 3968

Bref, nous portâmes le diagnostic de kératite parenchymateuse.

Comme traitement local tout fut mis en oeuvre. Instillations de gouttes d'atropine pour mettre l'iris au repos, et empêcher la formation de synéchies. — Applications de sangsues à la tempe pour aider à décongestionner l'oeil.

Pansements humides chauds. Analgésiques, puis cyanure de mercure en injections intra-veineuses comme dépuratif et antiseptique général.

Mais les symptômes graves persistaient, et la cause nous échappait toujours.

J'ai dit tout à l'heure que l'appareil dentaire ne semblait présenter aucun signe d'infection.

En effet, la denture de la mâchoire inférieure était indemne. La denture de la mâchoire supérieure était absente depuis quatre ans, et un dentier reposait sur une gencive saine, bien cicatrisée, n'ayant jamais suscité la moindre souffrance.

Nous eûmes tout de même la curiosité de radiographier ce maxillaire supérieur, et à notre grande surprise, nous pûmes voir du côté de l'oeil atteint une racine rest e dans son alvéole, et sur laquelle la muqueuse gingivale s'était parfaitement refermée. Cette racine présentait à sa pointe des signes d'infection péri-apicale:  paississement du ligament alvéolo-dentaire avec zone d'ostéite raréfiante.

L'extraction en fut pratiquée sans retard.

Deux ou trois jours s'étaient à peine écoulés, que la douleur avait entièrement disparu, et nous eûmes le plaisir de constater un acheminement des plus rapide vers la guérison complète.

Cette observation, il me semble, ne nécessite guère de commentaires.

La fréquence des complications oculaires dans les infections dentaires est généralement admise, et il importe d'y apporter toute notre attention.

Des abcès dentaires chroniques peuvent se développer sans jamais provoquer la moindre douleur. Aucune hyperesthésie au niveau de l'apex incriminé, souvent aucune sensibilité à la mastication.

Il peut aussi exister de l'arthrite alvéolo-dentaire chronique constituant un foyer fermé, où l'infection atténuée reste latente pendant un temps indéfini. Ces lésions apicales sont fréquemment des trouvailles de radiographie. Elles n'en sont pas moins des amas microbiens, déversant dans l'économie d'abondantes toxines pouvant faire naître les troubles les plus variés. Cette observation nous en fournit un échantillon typique.



QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS DE FRACTURE DU CRÂNE

Par ERNEST TROTTIER,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Les fractures du crâne, contrairement aux fractures des os longs, sont parfois suivies de complications immédiates très graves. A la suite d'un traumatisme violent sur la tête, il est donc très important de chercher si en même temps il y a eu une fracture du crâne. En cette occurrence, des lésions à l'encéphale, sont toujours possibles; car il ne faut pas oublier, qu'il n'existe aucun rapport entre la production des lésions cérébrales et le résultat d'un traumatisme cranien plus ou moins brutal. D'abord « le danger d'une fracture du crâne réside avant tout dans les lésions méningées et cérébrales qui peuvent l'accompagner et non dans le fait de la lésion osseuse ni même dans la présence d'une ou de plusieurs esquilles ». (de Quervain). Aussi une fracture du crâne, jugée, d'après ses apparences, comme bénigne, peut présenter ultérieurement des complications sérieuses.

Au nombre des accidents les plus à craindre qui suivent en général le choc il faut retenir: la commotion cérébrale, les compressions exercées par enfoncement des fragments osseux, l'hémorragie intra-cranienne par rupture des vaisseaux, les déchirures des méninges, les plaies du cerveau, etc.

Il importe donc de rechercher avant tout les symptômes occasionnés par la lésion cérébrale. Ils nous indiqueront seuls la voie à suivre: intervention ou abstention.

Nous rapportons ici l'histoire d'un cas de fracture du crâne. Fracture fermée avec enfoncement osseux, déchirure de la dure-mère et fracture de la base du crâne.

Monsieur H. L., aide-fermier, 31 ans, est admis à l'hôpital le 10 septembre 1934 à la suite d'un accident. Il était à abattre un arbre dans la forêt, quand une branche en se brisant vint le frapper en plein front et le renversa par terre, il réussit cependant à se relever lui-même et ne perdit pas connaissance.

Le malade est vu par nous à son arrivée à l'Hôtel-Dieu environ une heure après l'accident. Il se plaint surtout d'une céphalée intense, et d'une vive douleur à la nuque qui lui immobilise complètement la tête. Nous constatons que les yeux sont complètement masqués par un oedème ecchymotique recouvrant toute la partie supérieure de la face. Des narines s'écoule un léger filet de sang mêlé à un liquide clair, filant, semblable au liquide céphalo-rachidien, absence d'otorragie. Au niveau du cuir chevelu il y a une toute petite plaie à la région occipitale gauche. Toute la région frontale droite, située au-dessus de l'orbite, est déformée par l'enfoncement de l'os à cet endroit, et nous trouvons, en arrière d'un hématome formé à ce niveau, une crépitation osseuse. L'examen clinique ne révèle pas d'autres fractures. La température du malade est de 100° F, son pouls 64 et la pression artérielle 110 sur 50. Nous décidons l'intervention immédiate.

Opération: Anesthésie générale au protoxide d'azote. Au moment de commencer l'opération le malade reçoit 1000 c.c. de sérum physiologique. Incision de la peau suivant une courbe, limitée par le rebord du cuir chevelu, partant du milieu du front et se terminant près de l'oreille droite. Au moyen de ce lambeau cutané, rabattu vers le bas, toute la partie droite de l'os frontal fut mise à découvert. Le fragment de l'os enfoncé avait la forme exacte d'un rectangle, dont la base s'étendait depuis la racine du nez jus-

qu'au rebord externe de l'orbite, sur une hauteur d'environ deux pouces. Après avoir enlevé le sang coagulé, accumulé à cet endroit, nous constatons que l'hémorragie vient de l'intérieur à travers le trait de fracture. À l'aide d'une pince nous soulevons sans trop de difficultés le volet osseux que nous pouvons ensuite relever complètement. La dure-mère était déchirée à deux endroits, mais si peu que nous avons cru préférable de n'y pas toucher. Comme il était impossible d'atteindre le foyer hémorragique, nous avons été obligé, pour faire l'hémostase, d'élargir le trait de fracture avec un ostéotome. Nous avons ensuite retiré quelques esquilles qui se détachaient du rebord de l'orbite, du fond de celui-ci nous voyons un autre trait de fracture qui se dirige vers la base du crâne, ceci nous fournit l'explication, croyons-nous, de l'écoulement séro-sanguinolent du nez.

Après le nettoyage de la plaie à l'éther et la remise en place du volet osseux, nous appliquons un drainage aux crins de Florence. Fermeture de la peau par des agrafes de Michel.

Suites opératoires: Le malade est maintenu au lit dans des draps chauds, en position de Fowler, avec glace sur la tête. Une ponction lombaire, pratiquée après l'opération, ramène un liquide franchement hémorragique, la pression du liquide est près de la normale. Une troisième ponction faite deux jours plus tard montre un liquide céphalo-rachidien presque clair.

Nous avons fait radiographier le malade après l'opération. Le docteur Pariseau a fait des stéréoradiographies de face et de profil. Nous reproduisons ici une épreuve positive des films. La figure I n'est démonstrative que pour la zone BACD. — Sur la figure II, noter le désalignement de la boîte crânienne en X, et l'étendue des exérèses pratiquées à l'ostéotome. Pour plus de clarté le radiologiste a « balisé » la fracture au moyen d'une série de points à l'encre de Chine, avant d'envoyer l'épreuve au photographe. Un mince trait se dirigeant vers la base du crâne n'est pas visible sur l'épreuve imprimée. Notez le siège de la principale incision, marquée par les agrafes de Michel.

Le rapport de l'examen des yeux, fait le lendemain de l'opération, est le suivant: ecchymose palpébrale bi-latérale, hémorragie sous conjonctivale double peu prononcée, le malade voit des deux yeux, fond de l'oeil normal.

Pendant six jours le malade resta dans un état comateux, agité, délirant; il fallut le tenir attaché, un mal de tête violent, insupportable, dit-il, ne le laisse pas. La température se maintient entre 100 et 103° F. pendant une semaine. Des pansements humides au sérum, renouvelés quotidiennement pendant dix jours, font disparaître complètement l'ecchymose, les agrafes sont enlevées à la huitième journée et la plaie guérit par première intention.

Le malade commença à se lever la douzième journée après son opération, la céphalée, quoique beaucoup moins intense, persiste toujours, empêchant le patient de rester debout. Cependant l'appétit et le sommeil sont revenus et il y a amélioration constante. Au bout d'un mois le malade est complètement rétabli et il quitte l'hôpital. Nous avons été tenu au courant de l'état de santé de notre malade, depuis son départ de l'hôpital, grâce à la courtoisie de son médecin le Dr Mathieu de Mascouche. Celui-ci nous disait dernièrement que son patient se portait très bien et qu'il était même retourné dans la forêt comme bûcheron.

Il arrive, plus souvent qu'on ne le pense, que des fractures du crâne restent inconnues; après un traumatisme cranien, quelle qu'en ait été la violence, même avec absence de signes de lésions internes, il est impossible, sans un examen aux Rayons X, de nier l'existence d'une fracture de la voûte et encore plus d'une fracture de la base. Sans la radiographie, comment reconnaître une simple fissure, son étendue, son irradiation, etc., choses très utiles à savoir pour appliquer un bon traitement. Il faut donc toujours, dans les cas de traumatisme du crâne, avoir recours aux rayons X, et ce qui est encore mieux, à la stéréoscopie; dans les fractures du crâne il ne faut rien négliger.

Parmi les symptômes importants à rechercher il y a d'abord le choc; celui-ci peut être grave, entraînant la perte de connais-

sance et même la mort. Dans les cas moins sérieux, la patient peut être conscient, la peau est moite, pâle, froide, la température abaissée, les pupilles dilatées, le pouls rapide, la respiration accélérée et la

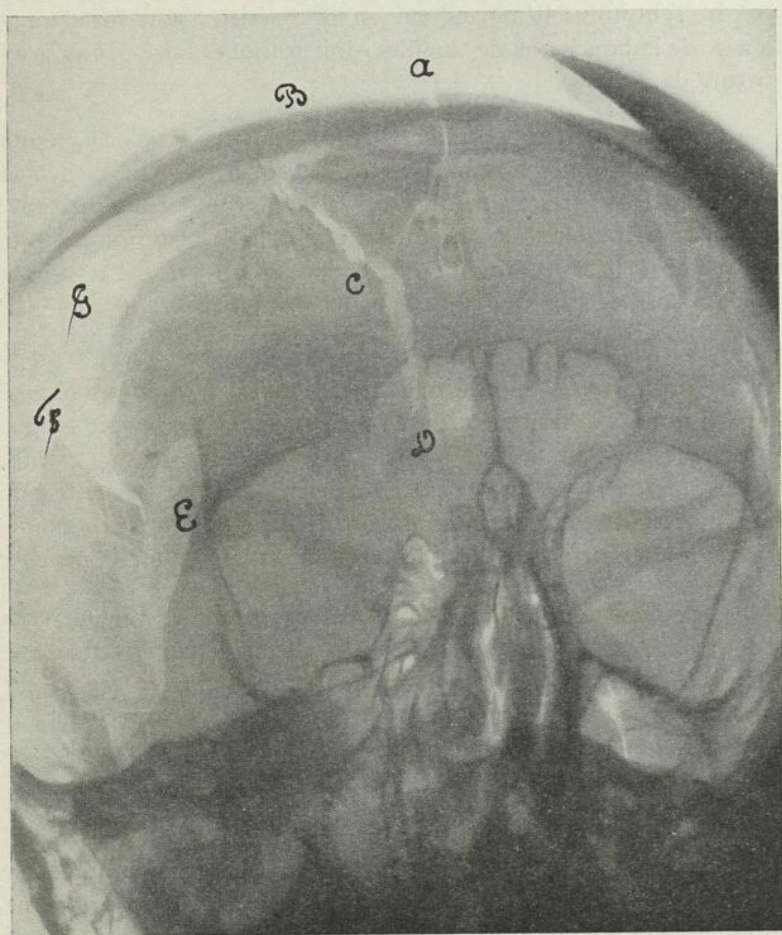


FIG. I

pression sanguine plutôt basse. L'état de choc, en général, dure quelques heures, mais dans certains cas peut persister beaucoup plus longtemps.

La douleur a surtout une valeur de diagnostic, elle sert avant tout à localiser le siège des lésions.

Le symptôme hémorragique est plus sérieux, une hémorragie, du nez, de la bouche ou des oreilles, doit toujours faire penser à une fracture de la base.

L'hématome extra-cranien, l'enfoncement osseux, la crépitation, la mobilité des fragments, etc., seront en général facilement reconnus. Il nous reste à mentionner les symptômes consécutifs aux lésions intra-craniennes; commotion cérébrale, contusion, compression par épanchement sanguin ou par des esquilles, qui se traduisent par des maux de tête, des vomissements, des paralysies, des troubles respiratoires, le ralentissement du pouls, etc.

Le pronostic, à la suite d'une fracture du crâne, doit être réservé; l'apparition des complications précoces ou tardives, est toujours possible. Après un traumatisme crânien des causes nombreuses et variées peuvent mettre la vie du patient en danger; il suffit de mentionner les hémorragies, surtout internes, les déchirures des méninges, les lésions des nerfs crâniens, les blessures au cerveau, pour le prouver.

Certaines complications apparaissent plus tardivement, elles ne sont pas pour cela moins graves; de celles-ci il faut retenir: « les encéphalites infectieuses traumatiques, les abcès du cerveau et surtout l'épilepsie traumatique qui n'est pas rare et qui peut apparaître des années après l'accident, c'est la séquelle la plus grave des traumatismes crâniens. » (Lecène).

Le traitement des fractures fermées du crâne est chirurgical. L'indication opératoire dans les cas de fractures fermées du crâne, suivant Lecène, dépend avant tout du diagnostic de la forme anatomique de la fracture et de l'existence possible de certaines complications, en particulier d'une hémorragie cérébrale. « Les signes locaux doivent être recherchés avec soin; en présence d'une légère contusion avec ecchymose, peu douloureuse sans signe de fracture il est préférable de garder le malade sous observation et ne pas intervenir. »

Quand faut-il intervenir? quand faut-il s'abstenir. Toute la question est là. la meilleure réponse est celle que nous donne Lecène. « En principe, dit-il, une simple fêlure du crâne fermée et non autrement compliquée, ne doit pas être opérée; on ne voit pas bien à quoi pourrait du reste servir dans ce cas, l'ouverture du

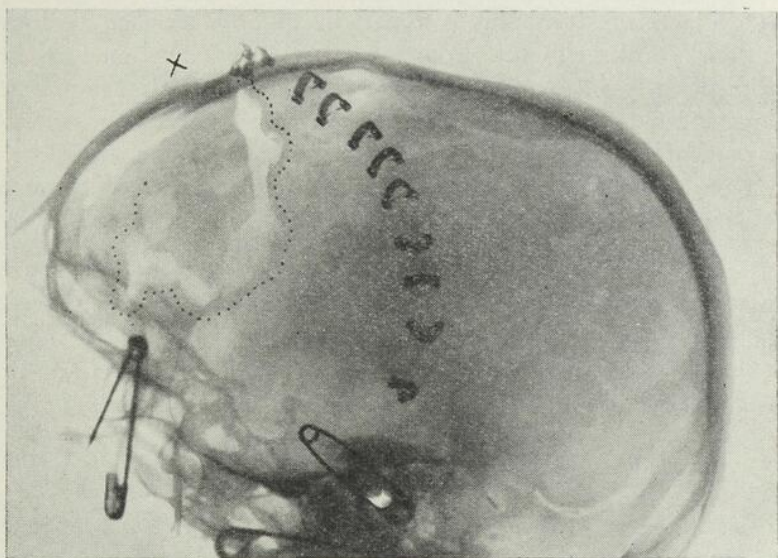


FIG. II

foyer de fracture. Au contraire, dès qu'il y a enfoncement vers l'intérieur du crâne des fragments de la fracture fermée, il est absolument nécessaire d'opérer tout de suite pour relever les fragments et faire cesser la compression céphalique immédiate qui en résulte souvent et pour prévenir la formation d'un cal volumineux qui pourrait être plus tard la cause d'accidents (épilepsie traumatique). Il n'est pas nécessaire que l'enfoncement des fragments soit considérable pour que la nécessité d'intervenir soit établie: il suffit que cet enfoncement soit perceptible au palper (on évitera naturellement avec soin l'erreur grossière, déjà signalée par J.-L. Petit, qui consisterait à prendre une bosse sanguine, à centre un peu mou et à bords

épais et durs, pour un enfoncement osseux) ; mais, dès qu'il existe un fort soupçon, sinon même une certitude entière de déplacement osseux au niveau de la fracture fermée de la voûte, il me semble toujours préférable d'intervenir et d'explorer le foyer de fracture. On trouvera quelquefois une fêlure externe de l'os qui conduira sur une fracture esquilleuse de la lame vitrée, ou même une embarrure avec un déplacement bien plus considérable qu'on aurait pu le croire d'après l'examen clinique. Pour ma part, je pense qu'il faut aujourd'hui poser très largement les indications de l'opération immédiate dans les cas de fracture fermée de la voûte; une opération aseptique et prudente ne sera jamais nuisible et très souvent on se félicitera de l'avoir faite, alors que les symptômes cliniques de déplacement des fragments n'étaient pas très nets. »

L'observation de ce cas de fracture du crâne nous a fourni l'occasion d'émettre ces quelques remarques, très incomplètes d'ailleurs, mais nous avons pensé que l'histoire de ce malade pouvait intéresser les lecteurs de notre journal.



EN MARGE DE DEUX CAS DE FIÈVRE ONDULANTE

Par ADRIEN BRUNET

Assistant du Service de Médecine de l'Hôtel-Dieu

Ch. Nicolle a dit: « La mélitococcie est une maladie d'avenir ». Le présent est en train de lui donner raison, car les étapes que la maladie parcourt sont sans bornes et il est actuellement impossible de prévoir les limites de son inquiétante carrière. La maladie gagne tous les jours de nouvelles régions et, loin de se cantonner dans l'île de Malte, elle en a franchi les frontières pour apparaître jusque chez nous, après avoir laissé ses traces en France, en Belgique, dans presque toute l'Europe, aux Etats-Unis et dans beaucoup d'autres contrées. Les revues médicales de différents pays nous rapportent d'une façon de plus en plus fréquente des cas de fièvre ondulante.

Il ne faut pas se leurrer, la mélitococcie a fait son apparition chez nous dans la province de Québec. Sans avoir fait aucune enquête, je sais qu'on en a traité plusieurs cas dans différents hôpitaux de Montréal et au dehors.

Ici, à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu deux malades atteints de fièvre ondulante et je veux vous raconter l'histoire de ces deux cas. Mais avant de le faire, permettez-moi de présenter mes hommages et mes remerciements à mon maître le professeur Bruneau et à mon chef le docteur Hamel pour la bienveillance qu'ils ont eu à mon égard en me permettant d'accomplir ce travail.

Le premier de ces cas, observé en février 1934 concerne un jeune homme de 16 ans, étudiant au collège de l'Assomption. Il se présente à l'hôpital pour une douleur au genou droit qu'il attribue à un coup de gouret qu'il reçut un mois auparavant. Un chirurgien, le docteur Roux, le voit, lui fait même une ponction du genou et ne trouve rien de particulier. Dans l'intervalle la température s'est installée et le malade est confié au docteur Hamel, pour examen pulmonaire.

A ce moment, qu'observe-t-on comme symptômes? Une arthralgie, une température déjà oscillante, une asthénie marquée

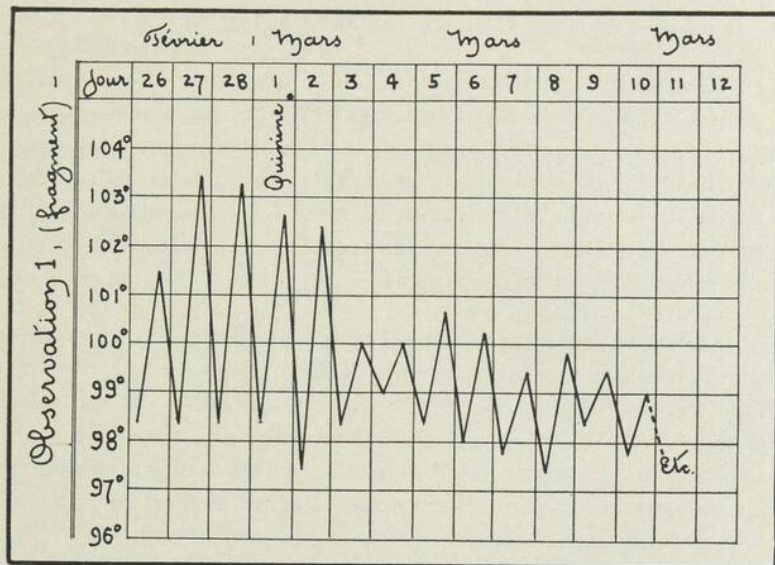
qui donne au malade un faciès un peu hébété, des sueurs abondantes, une rate hypertrophiée, on note encore de la leucopénie: 4800 globules blancs, il y a eu un épistaxis, et au collègue, affirme-t-il, existe une épidémie de typhoïde. Par contre, pas de taches rosées lenticulaires, pas de discordance du pouls et de la température, pas de langue saburrale, pas de diarrhée, plutôt de la constipation. Devant cet ordre de symptômes on pense à une typhoïde, tout en faisant quelques réserves et on institue le traitement en attendant les hémocultures. Deux hémocultures et trois séro-diagnostic des infections typhiques sont restés négatifs. Le professeur Bruneau consulté, on en vient à penser à la possibilité d'une fièvre de Malte. On demande au laboratoire la recherche de l'abortus. La réaction revient positive à 1/200. Le diagnostic de fièvre ondulante s'imposait et le malade traité à la quinine guérit parfaitement. Entré à l'hôpital le 5 février, il en est sorti le 19 mars après un mois et demi de maladie. L'épidémie de typhoïde du collègue n'était autre chose probablement que de la fièvre ondulante.

Le deuxième de ces cas est une jeune fille de 21 ans, qui occupe le métier de bonne dans une famille. Elle entre à l'hôpital le 21 janvier 1934. Elle se plaint de douleurs articulaires surtout au niveau de la main et du poignet gauche. En plus elle présente une éruption de la peau généralisée à tout le corps; cette éruption qui ressemble étrangement à de l'érythème noueux, est apparue d'abord aux jambes pour remonter progressivement jusqu'à la face.

La température oscille entre 104° le soir et 98° le matin avec des sueurs profuses, de grands frissons et une asthénie profonde. Malgré tout, son état général ne semble pas trop touché.

La patiente a avorté en juin 1933 d'une grossesse de trois mois, après quoi elle a gardé le lit 15 jours. A la suite elle a ressenti de vives douleurs dans le bas-ventre avec leucorrhée abondante. Un médecin, consulté, lui aurait prescrit des douches vaginales qu'elle ne s'est pas données. Croyant à une infection puerpérale, on fait faire le 27 janvier une analyse des sécrétions vaginales, pus: absence, Neisser: négatif, à l'ultra microscope spirochète de Schaudinn: absence. Un examen gynécologique ne nous révèle rien de particulier.

Comme examens de laboratoire, une formule sanguine nous donne une hyperleucocytose, 23000 globules blancs avec prédominance de polynucléaires à 84%; dans l'urine, traces indosables de sucre avec traces d'acétone et excès d'acide diacétique.



Trois hémocultures négatives du 5 février au 26 mars. Le séro-diagnostic de Widal reste négatif. Le 6 mars, M. le professeur Bruneau soupçonne la fièvre de Malte et demande un ensemencement du sang pour recherche du micrococcus melitensis. Le rapport revient négatif. Dans l'intervalle la malade reçoit tous les traitements anti-infectieux possibles sans résultat. Devant cet échec constant de la médication, M. le professeur Bruneau insiste pour la recherche à nouveau du micrococcus melitensis. Et enfin, le 9 juin, le rapport revient: hémoculture positive, micrococcus melitensis; présence. Le diagnostic est fait. Comme dans le cas précédent on établit alors un traitement à la quinine avec de la naïalgine pour

les douleurs articulaires. Graduellement les symptômes s'amendent pour, à la fin, voir disparaître complètement la température le 7 juillet après six mois de fièvre ondulante.

A son premier lever, le 25 juillet, la patiente marchait difficilement à cause de la raideur des articulations, mais à son départ, le 17 août 1934, tout était rentré dans l'ordre.

Ces deux observations attirent quelques considérations. D'abord l'analyse des deux histoires cliniques nous révèle que les deux malades sont venus consulter pour des arthralgies. Tandis que le premier malade aurait pu nous faire penser à une arthrite traumatique, la seconde malade pouvait nous faire croire à un rhumatisme polyarticulaire. Notons en passant cette éruption cutanée semblable à de l'érythème noueux.

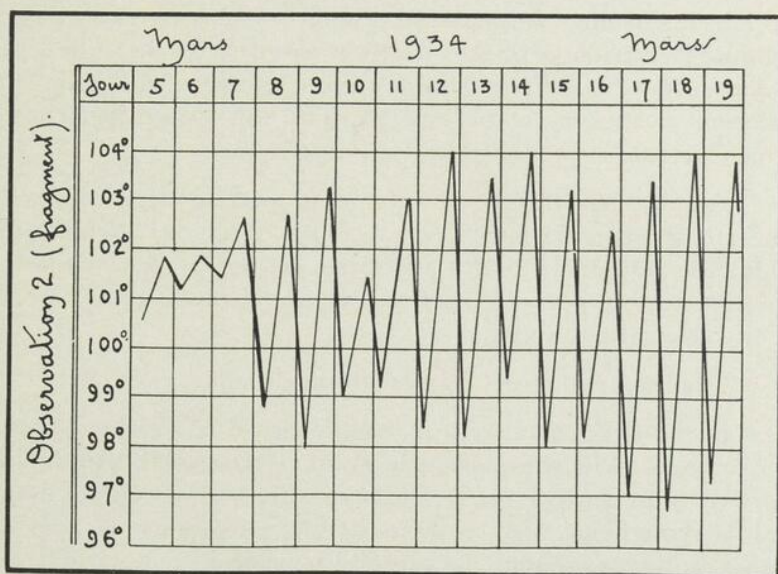
Dans ces deux observations nous voulons aussi faire remarquer l'emploi que nous avons fait de la quinine comme thérapeutique. Sans vouloir poser des conclusions certaines, il me semble que cette médication n'a pas été dépourvue d'efficacité. En réalité on ne peut pas conclure avec une statistique de deux cas seulement, mais il serait intéressant de pouvoir l'expérimenter sur un plus grand nombre de malades.

Chez notre premier malade on aura noté cette leucopénie: 4800 globules blancs. On serait porté à croire qu'il y a erreur du laboratoire, puisque maintenant on sait que le malade n'a pas fait de typhoïde. Il n'y a pas eu erreur du laboratoire et pour le prouver, je citerai les paroles mêmes du professeur Georges Baril dans un travail sur la « Séméiologie de la typhoïde » paru dans le Journal de l'Hôtel-Dieu, numéro mars-avril 1934. « Le médecin devra se rappeler qu'il peut y avoir leucopénie: a) dans certaines infections aiguës: rougeole, paludisme, *fièvre méditerranéenne*,¹ infections aiguës à allure typhique, dont il n'est pas toujours possible de découvrir l'agent pathogène; dans l'agranulocytose, l'anémie

¹ Synonymes: fièvre ondulante, fièvre de Malte, mélitococcie, brucellose, etc.

aiguë toxique (en particulier celle qui est causée par des produits tel que le benzène, le 606, etc.), et la leucémie aiguë; b) dans certaines affections chroniques : paludisme chronique et quelques formes de splénomégalie. »

Dans la deuxième observation clinique, on aura peut-être été surpris de voir qu'une première recherche du micrococcus melitensis aurait été négative. Mais je crois qu'il y a une explication à cela. On sait que le microbe est présent dans le sang au moment de l'acmé



de la fièvre, il y est rare ou absent à l'heure de la rémission. Le prélèvement doit donc obligatoirement être fait à l'heure où le thermomètre monte le plus haut. L'a-t-on fait ici? Probablement que non et c'est ce qui explique la négativité d'une première hémoculture.

Maintenant, que dire de cet avortement survenu également chez notre deuxième malade? Serait-ce le début de sa maladie? On

sait que, chez les animaux, la fièvre ondulante est une épizootie se manifestant surtout par l'avortement des femelles pleines. Chez la femme enceinte, l'avortement survient dans les trois quarts des cas lorsque la maladie est d'origine bovine. Or ne pourrait-on pas dire ici que, cette jeune fille étant une grande buveuse de lait, comme elle nous l'a appris, sa maladie serait cause de son avortement?

Pour bien étudier cette maladie et surtout pour ne pas s'égarer dans la littérature médicale il serait bon que l'on s'entende sur la dénomination de cette affection. Le nom de fièvre de Malte a prévalu longtemps. Aujourd'hui ce nom n'a plus sa raison d'être, puisque la maladie a franchi les frontières de cette île, et je crois qu'on devrait lui préférer celui de fièvre ondulante, qui en est son principal symptôme et qui spécifie bien son principal caractère sémiologique.

Aujourd'hui, il n'est plus permis au médecin canadien, quelle que soit la partie du territoire sur laquelle il exerce, d'ignorer ou plutôt de méconnaître cette affection; car on la rencontre assez fréquemment et peut-être en ferait-on le diagnostic plus souvent si on la connaissait mieux.

Quelles sont donc les manifestations cliniques?

La fièvre ondulante est une septicémie, mais ne ressemble pas à n'importe quelle septicémie, elle a son cachet spécial. Autour de la fièvre individualisée par sa courbe on enregistre un certain nombre de symptômes satellites auxquels on peut donner le nom de signes cardinaux; ce sont: les sueurs, l'asthénie et les douleurs.

La fièvre. C'est le principal symptôme des cas typiques. Elle a deux caractères: celui de donner à la courbe thermique l'aspect d'une série d'ondulations et d'être seulement objective, en ce qu'elle est bien supportée par le malade.

Les sueurs. Symptôme banal, qu'on rencontre en médecine souvent, mais qui prend ici une importance spéciale. Pour en bien marquer sa particularité, un auteur italien Tomaselli a même voulu dénommer l'affection: « fièvre sudorale ». Ce sont des sueurs

très abondantes qui obligent le malade à se changer continuellement de vêtements. Elles sont habituellement nocturnes et on peut les accentuer par la prise de 30 ctgrs de pyramidon.

L'asthénie. C'est le symptôme le plus constant. Dans certaines formes elle précède même l'apparition de la fièvre et dure longtemps après le déclin. Sa disparition est peut-être le meilleur test de guérison.

Les douleurs. Elles sont de deux sortes; les névrites et les arthralgies. Elles s'observent dans les trois quarts des cas. Pour le malade les douleurs sont les symptômes dominants en ce sens que c'est ce qui l'ennuie le plus et souvent ce sera à cause d'elles qu'il viendra consulter. Vous vous souvenez, le malade de la première observation est venu consulter pour une arthralgie de son genou droit.

Comme symptômes secondaires, mentionnons la splénomégalie, l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, l'anémie, les hémorragies (entérorragies, hémoptysies et surtout épistaxis).

Vous demanderez au laboratoire la confirmation de votre diagnostic. Sans vouloir m'aventurer sur le terrain des bactériologistes je crois qu'on dispose de trois moyens pour affirmer bactériologiquement la fièvre ondulante: l'hémoculture, le séro-diagnostic et l'intra-dermo réaction à la mélitine. La réaction à la mélitine, jè crois, est la méthode la plus facile et la plus rapide pour la recherche de la fièvre ondulante.

Je vous ai exposé, dans ses grandes lignes, le tableau des différents symptômes de cette septicémie; mais quel en est donc le microbe causal et d'où tire-t-il son origine ?

Marston, en 1863, a identifié la fièvre ondulante, en la séparant, dans ses seuls aspects cliniques, du groupe des autres fièvres continues. Mais, c'est Bruce, qui, le premier, découvre en 1887, dans le sang et la rate des malades, l'agent microbien auquel il donne le nom de mélitocoque ou *micrococcus melitensis*. Ce n'était pas tout. Il s'agissait de connaître la provenance de ce microbe et d'empêcher si possible son extension. A cette époque, la maladie

sévisait surtout dans l'île de Malte, colonie anglaise. C'est pourquoi l'amirauté britannique délégua sur les lieux une commission d'études chargée d'établir si possible la provenance de la fièvre ondulante et de suggérer les meilleurs moyens à prendre pour éviter son extension. Cette commission était composée de Bruce, Klein, Smiths, Horrocks, Shaw et un bactériologiste du nom de Zammit. C'est à ce dernier qu'appartient l'honneur de faire connaître au monde les sources de contagion de l'homme.

Zammit constate deux faits: a) l'infection naturelle et fréquente de la chèvre par le microbe de Bruce; b) la chèvre joue le rôle de réservoir du virus et est la source de l'infection humaine.

Voici comment les choses se sont passées. Pour ses expériences, le bactériologiste de la commission d'enquête tente de s'acheter des animaux à bon compte et il choisit des chèvres. Avant d'entreprendre tout travail il veut s'assurer que les animaux sont indemnes et qu'ils ne portent pas dans leur sang aucun agent de la fièvre ondulante. Il fait des prélèvements et, à sa grande surprise, il découvre dans le sang et le lait des chèvres un microbe en tout point semblable à celui que Bruce avait décrit 18 ans auparavant.

Cette découverte fit sensation, car le mode de contamination de l'homme s'expliquait.

Zammit constate aussi que les chèvres, saines en apparence, ont une maladie, sorte de septicémie lente, qui se réveille dès que les femelles sont pleines et qui provoque alors l'avortement chez elles.

La chèvre est donc une porteuse de germes et son lait et tous les produits qui en dérivent sont contagieux pour l'homme.

De leur côté, les vétérinaires cherchaient la cause d'une maladie qui sévisait chez les bovidés; maladie qui se manifestait surtout par l'avortement des vaches pleines. Or, en 1898, un vétérinaire danois, Bang, isole des sécrétions génitales de vaches récemment avortées et de l'estomac des avortons, un petit bacille, cause spécifique de l'avortement épizootique, et connu dès lors sous le nom de bacille de Bang ou bacillus abortus.

A cette époque, personne n'eut l'idée du rapprochement du bacille de Bruce et du bacille de Bang.

En 1910, Panisset, dans un travail remarquable, montre la ressemblance des deux germes au point de vue bactériologique. Ce travail passa presque inaperçu et ce n'est qu'en 1918, après les travaux de Miss Evans aux Etats-Unis, que fut acceptée l'idée de l'identité des deux germes. Miss Evans a fait ses recherches dans un laboratoire de bactériologie agricole et a prouvé d'une façon évidente que l'homme peut contracter la fièvre ondulante au contact de bovins infectés.

Entre temps, J. P. Traum de son côté, découvre en 1914 chez le porc un bacille en tous points semblable à celui de Bruce et de Bang, on l'appelle bacillus suis.

Depuis, des travaux plus récents par Christensen au Danemark et Kling en Suède, etc., ont montré au monde que la maladie n'existe pas seulement chez la chèvre, la brebis, la vache et la truie, mais aussi que les chevaux (maladie du garrot) et les chiens (l'avortement épizootique des chiennes) en étaient frappés. Voilà donc, à l'heure actuelle les sources de contagion humaine.

Miss Evans a proposé de réunir en une seule classe tous ces microbes, le genre *Brucella*, (en l'honneur de Bruce) et de nommer Brucelloses toutes les maladies qu'ils déterminent.

Je crois que des travaux futurs nous apprendront que la maladie peut exister non seulement chez les animaux ci-haut mentionnés, mais chez tous les animaux domestiques et de ferme.

Chez tous les animaux, la maladie se manifeste de la même manière. Elle frappe surtout les organes génitaux. Chez le mâle c'est une orchite parfois à l'état latent mais qui subit de temps à autre des réveils inflammatoires subaigus. Chez la femelle, c'est surtout par l'avortement que la maladie se révèle. Les lésions se rencontrent dans l'utérus au niveau du placenta. Les glandes mammaires aussi sont prises et éliminent par leur lait une grande quantité de microbes.

La fièvre ondulante se transmet à l'homme de deux manières, par transmission directe et par transmission indirecte.

Transmission directe. Contrairement à l'opinion publique, c'est un mode de propagation très important, et fait même de la fièvre ondulante une maladie professionnelle. La maladie frappe surtout ceux qui vivent au contact des animaux, qui leur donnent des soins, procèdent à la traite, et souvent aident à la mise-bas et à la délivrance laborieuse. Par conséquent les vétérinaires y sont souvent exposés, également les bouchers qui manipulent les viandes infectées.

Transmission indirecte. C'est le mode de contagion pour les gens des villes qui consomment le lait, la crème et le fromage. La crème et les fromages sont les plus dangereux, car on a constaté que la crème, lors de sa montée à la surface, entraîne avec elle les microbes épars dans le lait. Il faut aussi considérer que le lait consommé dans les villes est pasteurisé; et qu'ainsi sont éloignés les dangers de contamination. La maladie peut certainement aussi se transmettre par l'eau surtout dans les campagnes où existent des puits fissurés et des sources mal protégées.

Comme pronostic on peut dire que la fièvre ondulante guérit dans la majorité des cas mais elle est souvent de très longue durée, et c'est pourquoi nous devons être sévère pour elle. A ce propos nous devons féliciter le bureau provincial d'hygiène de Québec qui, dit-on, s'emploie à enrayer la marche de cette affection. On peut dire que la fièvre ondulante ruine son homme. Que l'on songe au cultivateur de chez nous qui verrait la maladie s'infiltrer dans son troupeau, ses vaches, contaminées les unes par les autres, avorter tour à tour, leur lait infecté, deux ou trois membres de sa famille malades, contaminés eux-mêmes en prenant soin des animaux. Quel désastre! C'est pourquoi chaque médecin doit s'efforcer de bien connaître la maladie pour pouvoir la dépister à temps afin d'éloigner ces malheurs.

Traitement. Tandis que s'étendait le domaine de la fièvre ondulante, sa thérapeutique faisait aussi, pour sa part, d'importantes acquisitions. Toutefois, à l'heure actuelle, on n'a pas encore

trouvé de médication spécifique. Tout d'abord a été mise à l'épreuve la bactériothérapie avec les auto-vaccins et les stock-vaccins. Cette thérapeutique n'est pas dépourvue d'intérêt mais son application en pratique est difficile, à cause des nombreuses races de *brucellae*.

Certains auteurs conseillent l'auto-hémothérapie, tandis que d'autres préconisent l'emploi de la tryptaflavine en injection intraveineuse.

On a signalé des guérisons rapides après l'emploi de la méli-tine par voie intra-musculaire.

Retenons aussi la quinine qui a été employée avec succès dans nos deux cas.



À PROPOS D'UN CAS D'ULCÈRE DUODÉNAL PERFORÉ

Par ÉDOUARD DESJARDINS

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Certains cas malheureux frappent souvent plus que ceux dont l'évolution est favorable. « Nos échecs, plus que nos progrès, nous font connaître la vérité; ils forment notre expérience et nos idées, établissent notre foi et la fortifient lentement, imperceptiblement. » (Moynihan).

L'observation, qui est à l'origine de ce travail, nous a semblé intéressante, car elle illustre magnifiquement, à notre sens, la grande difficulté du diagnostic et montre une issue fatale, qui n'aurait pas dû se produire, sans un malheureux concours de circonstances, dont voici le scénario: douleurs mal interprétées par la malade, syndrome abdominal aigu reconnu par le médecin appelé, refus de la patiente d'aller à l'hôpital, thérapeutique appliquée à la mode des braves gens du quartier, aggravation de l'état général, transport dans un service chirurgical accepté à la trente-sixième heure, signes de péritonite aiguë reconnus, intervention jugée inopportune parce que trop tardive, collapsus et nécropsie.

Ainsi donc toute une gamme d'événements se déroulent sur un rythme accéléré vers une échéance mortelle. Vus rétrospectivement à la lumière de l'autopsie, les maigres signes subjectifs et objectifs arrachés à l'examen d'une patiente consciente, mais moribonde, nous semblent clairs et suffisants à enlever une certitude que nous avouons sans fausse honte n'avoir pas reconnue.

L'autopsie a révélé la présence d'un ulcère perforé du duodénum. Cette découverte nous a poussé à faire ici l'étude de l'ulcère duodéal dans sa complication la plus tragique: la perforation. Cette trouvaille va nous donner l'occasion d'attirer l'attention du praticien sur la nécessité pour lui de bien connaître toute la série des lésions abdominales graves.

Il faut que le médecin sache dépister le lieu d'apparition de la douleur initiale; il faut qu'il s'entraîne à reconnaître les réactions de défense et de contracture de la paroi abdominale; il faut qu'il puisse apprécier à leur juste valeur les phénomènes de shock et que, sans vouloir « cuisiner le diagnostic », il soit capable de prendre rapidement la décision qui s'impose.

Qu'il s'agisse d'ulcus perforé gastrique ou duodéal, d'appendicite gangréneuse ou perforante, de pancréatite aiguë ou de cholécystite perforée, les malades qui présentent des signes abdominaux graves sont voués à la mort à brève échéance, s'ils ne sont pas immédiatement opérés.

Madame J. B..., âgée de 53 ans, est transportée en ambulance à l'Hôtel-Dieu, le lundi, 8 avril 1935, vers une heure du matin. Son état général est très mauvais. Elle dit souffrir depuis le samedi midi, 6 avril. Elle a été prise à ce moment d'une douleur abdominale assez vive, au creux épigastrique.

Cette douleur ne lui paraît pas pouvoir être comparée à un coup de poignard. Elle lui semble en tous points semblable à une même crise douloureuse subie il y a trois semaines. Elle est cependant suffisante pour la forcer à cesser tout travail et l'obliger à s'allonger sur son lit. Pas de nausées, ni vomissements.

Les douleurs ne cessant pas, elle fait appeler un médecin vers quatre heures. Celui-ci, saisi par les signes abdominaux, pense à une pancréatite et recommande le transport à l'hôpital. Sur refus de la patiente, il prescrit une médication symptomatique.

Les douleurs deviennent plus vagues, diminuent d'intensité; leur lieu d'élection s'étend en raison inverse de l'acuité douloureuse. La malade ne vomit toujours pas. Elle prend un peu de liquides. Elle ne passe ni matières ni gaz.

Les heures s'écoulent longues et pénibles, durant la nuit du samedi et la journée du dimanche. Les voisins charitables apportent leurs précieux conseils et les médicaments de leur choix.

Le soir n'apportant aucune amélioration, la malade s'inquiète une fois de plus et envoie quérir le médecin. Nouvelle proposition d'hôpital, nouveau refus. Vers minuit, l'obstination cède, car, nous dit la patiente une heure plus tard, elle se sent mourir.

A son entrée dans le service, elle ne présente pas de température. Son pouls est rapide, petit; il court au rythme de 120. La respiration est superficielle et très rapide; 36 à la minute. Les extrémités sont froides; le faciès est mauvais, la langue est sèche, la soif est impérieuse. Les douleurs abdominales accusées sont mal situées.

L'examen nous montre un abdomen très distendu, sonore à la percussion de l'étage supérieur. La palpation des quadrants supérieurs droit et gauche ne révèle qu'une légère douleur et peu ou pas de défense musculaire. Par contre l'étage inférieur est excessivement douloureux et contracturé. Il y a même de la matité dans les flancs. Le toucher vaginal n'amène qu'un léger cri de protestation du Douglas.

L'examen révèle incontestablement la présence d'une péritonite, mais il nous est impossible d'en retracer l'origine. Les antécédents personnels de la malade sont difficiles à connaître. Elle prétend cependant avoir eu très souvent des digestions laborieuses, mais jamais de vomissements, ni d'hématémèses, ni de melaena.

Péritonite aiguë, disons-nous, laissant aux événements à venir le soin d'élucider le problème.

Une décision thérapeutique s'imposait alors. Une laparotomie immédiate eût peut-être été indiquée, mais à cause de l'heure tardive (plus de 36 heures après le début de la maladie), de l'état général très mauvais et des résultats opératoires plus qu'incertains, nous n'intervenons pas.

Un traitement médical est prescrit dans le but de retarder, si possible, une issue que nous prévoyons fatale et prochaine. Les douleurs persistent et ne cèdent qu'à la deuxième injection hypodermique de morphine.

Le pouls est de plus en plus rapide et irrégulier. La cyanose des extrémités augmente. Vers huit heures, le pouls devient incomptable, la respiration est à 40. La face est cyanosée; les extrémités se refroidissent. La pression artérielle est nulle. Les bruits du cœur sont très assourdis, à peine perceptibles. On trouve des râles de congestion aux bases pulmonaires.

Du sérum hypertonique salé est donné en injection intraveineuse: 300 c.c. à 10%. La malade est toutefois consciente et demande à boire à maintes reprises. Vers dix heures, elle commence à présenter du délire et elle meurt à onze heures, donc dix heures après son admission à l'hôpital.

Les examens du laboratoire pratiqués d'urgence ont donné une hyperleucocytose: 20625 globules blancs avec 80% de polynucléaires. L'azotémie est de 1 gr.15 et la glycémie de 1 gr.92. L'analyse des urines n'a montré que des traces d'albumine.

L'autopsie a été pratiquée par le docteur J.-L. Riopelle qui nous a fait le rapport suivant: Ulcère perforé situé à environ 2 cm. du pylore, au niveau de la face antérieure du duodénum. Perforation arrondie taillée à l'emporte-pièce mesurant 3 ou 4 mm. de diamètre. Péritonite aiguë suppurée généralisée.

Il s'agissait donc d'un cas de péritonite aiguë généralisée par perforation d'un ulcère duodénal. Les signes de cette lésion dramatique sont les mêmes, à peu de choses près, que ceux d'une perforation d'un ulcus gastrique.

Le début survient, presque toujours très brusquement, par une douleur atroce à point de départ sus-ombilical. Le médecin averti peut, dès ce moment, constater une contracture invincible de défense pariétale abdominale.

L'ulcus perforé accuse trois symptômes cardinaux: douleur atroce, contracture abdominale et passé gastrique. Ce sont les signes essentiels, auxquels s'ajoute tout un cortège de signes accessoires, tels que vomissements, hématomèses, arrêt des matières et des gaz, melaena, soif intense et que viennent couronner des signes physiques et des signes généraux.

On parlait autrefois des trois temps rencontrés dans les perforations en péritoine libre. L'évolution de celles-ci est toujours la même, mais on ne trouve que rarement une organisation parfaite dans l'ordre chronologique d'apparition des symptômes. Il peut y avoir une phase de shock suivie d'un stade de péritonite sans période de rémission apparente.

Il est constant que le malade présente dès le début des phénomènes nerveux de shock, il est indéniable que la péritonite aiguë diffuse est l'évolution marquée et inévitable d'une perforation en péritoine libre, mais la phase de rémission apparente ne se présente pas dans tous les cas.

Cette discussion nous entraînerait trop loin et nous ne voulons pas encombrer notre démonstration. Nous désirons que le praticien comprenne l'importance et la facilité relative d'un diagnostic précoce d'ulcère perforé.

Cela semble aisé, quand on sait que la douleur de la perforation d'un ulcus est soudaine, atroce, angoissante, que les malades la comparent à un coup de poignard, à une broche les transperçant jusqu'à la colonne vertébrale, qu'ils la qualifient encore de semblable à une brûlure ou à une déchirure interne.

Cette douleur abdominale exquise siège dans l'étage supérieur de l'abdomen, dans la région sus-ombilicale, à l'épigastre, dans l'hypochondre droit ou parfois dans la fosse iliaque droite. Le point d'élection de cette douleur siège toujours dans la moitié droite de l'abdomen. Elle peut également s'irradier aux régions scapulaire, acromio-claviculaire ou sous-épineuse.

Cette douleur s'accompagne du « ventre de bois », notion précieuse née de l'expérience clinique chirurgicale. « Lorsque ce signe sera aussi familier à tous les médecins qu'il l'est peu à peu devenu aux chirurgiens, que de péritonites on guérira à leur début et que d'ulcères perforés seront aisément traités. » (Mondor).

Ce ventre de bois est le résultat de la contracture de la paroi abdominale. Les muscles droits sont tendus; il y a immobilité

absolue de la paroi abdominale; il y a immobilité diaphragmatique; on peut même rencontrer de la contracture des muscles postérieurs.

Le ventre est donc le plus souvent plat, contracturé, souvent rétracté et il se défend toujours contre les mouvements respiratoires.

La contracture abdominale est précoce; elle est parfois immédiate. Elle va cependant s'atténuer avec les progrès de la péritonite et le ballonnement abdominal croît à mesure que la contracture disparaît, comme nous l'avons constaté chez notre malade.

La contracture est sus-ombilicale au début, localisée au point d'élection de la douleur ou segmentaire, affectonnant alors le quadrant supérieur droit. Elle ne tarde pas cependant à s'étendre à tout l'abdomen, à envahir toute la paroi. Mais même alors, son maximum d'intensité est toujours sus-ombilical, sous le rebord costal, en correspondance intime avec le point d'origine de la douleur initiale.

Cette douleur et cette contracture invitent alors à la recherche du troisième signe essentiel: les antécédents gastro-duodénaux.

Ces antécédents peuvent être très variables. Certains malades sont connus et traités de longue date pour ulcus gastro-duodéal, la crise douloureuse prête peu à l'erreur chez eux et l'intervention chirurgicale leur est imposée dès les premières heures.

Mais il n'en va pas toujours de même. Le passé gastrique est souvent flou; le malade dit avoir souvent souffert de l'estomac; il accuse une digestion laborieuse; il se souvient d'avoir eu des hémorragies intestinales, mais aucun diagnostic clinique ni radiologique n'a jamais été posé. Ce passé gastrique est suffisant toutefois pour emporter la conviction, si le malade présente un ventre de bois et s'il a été pris d'une douleur atroce à l'épigastre.

Voilà donc quels sont les trois signes essentiels d'une perforation d'un ulcus gastro-duodéal. Il n'est pas indifférent toutefois de connaître également les signes fonctionnels accessoires.

Ce sont les vomissements non constants (car de toutes les péritonites, celle qui nous intéresse en ce moment est celle qui fait le moins vomir), les hématomèses peu fréquentes et les melaena plus habituels. Il faut savoir qu'il peut y avoir aussi arrêt des matières et des gaz et que certains malades accusent une soif intense.

Parmi les signes physiques, il faut placer au premier rang l'hyperesthésie cutanée, la disparition des réflexes abdominaux et le signe de Blumberg ou douleur vive provoquée par le brusque retrait de la main qui appuie sur la paroi abdominale. La sonorité ou disparition de la matité préhépatique ne mérite pas toute l'importance qu'on lui donne en certains traités. La distension gazeuse et la matité dans les flancs font suite à la contracture abdominale et marchent de pair avec la péritonite diffuse. Enfin le toucher vaginal ou rectal peut signaler la détresse du Douglas. Difficile à percevoir, le pneumo-péritoine peut également venir compléter le tableau symptomatique.

Les signes généraux n'ont rien de particulier. Ce sont ceux que l'on rencontre dans toute intoxication profonde. Or à la douleur initiale succède le shock avec pâleur de la face, sueurs profuses, refroidissement des extrémités, inertie, hypothermie, pouls petit, filant parfois incomptable.

Ces symptômes graves effrayent le malade et son entourage et c'est l'avantage d'un début à grand fracas, avec signes cliniques marqués. Il permet au médecin d'arriver avant la péritonite proprement dite et de conseiller une intervention immédiate, qui va se pratiquer, alors que l'épanchement intra-péritonéal est encore stérile.

On cite quelques ulcères gastro-duodénaux perforés guéris sans opération par enkystement et adhérences protectrices; ce sont de rares exceptions. La règle veut que l'ulcère perforé évolue vers la péritonite aiguë généralisée.

Le traitement est donc exclusivement chirurgical et il a pour objet la fermeture de la perforation. Les conseils suivants de Lecène me semblent judicieux: « il importe, à mon avis, de ne jamais

oublier, toutes les fois que l'on parle d'interventions chirurgicales dirigées contre les ulcères gastriques ou duodénaux que nous ne connaissons pas encore la vraie cause de ces ulcères et que par conséquent, les traitements chirurgicaux que nous leur appliquons sont simplement empiriques; par exemple enlever un ulcère dont on ignore la cause et qui se reproduira peut-être sur la ligne de suture, n'a rien de plus radical que de mettre au repos cet ulcère par une dérivation gastrique. »

La suture de la perforation en deux plans est la méthode la plus simple, quand elle est possible. Pour combattre, quand elle existe, la sténose pyloro-duodénale, il est essentiel cependant de compléter la suture de la perforation par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Nous ne voulons pas épiloguer à l'infini sur un cas d'ulcère duodéal perforé, mais bien au contraire tirer quelques conclusions simples, nettes et précises, faciles à retenir et d'application efficace à l'occasion.

La perforation siège une fois sur dix sur un ulcère latent et neuf fois sur dix sur un ulcère à passé net.

Le diagnostic en est possible pour qui sait reconnaître la triade: douleur violente sus-ombilicale, ventre de bois et passé gastrique.

Le diagnostic posé, l'intervention s'impose. « Il faut dire, il faut répéter au praticien: une perforation gastrique ou duodénale, diagnostiquée immédiatement et opérée avant la sixième heure, a maintenant neuf chances sur dix de guérir; opérée avant la douzième heure, sept à huit chances sur dix. Le temps est ici une condition primordiale de succès: une perforation gastro-duodénale en péritoine libre, c'est la mort à coup sûr et la mort rapide, en deux ou trois jours par collapsus algide, si l'on n'intervient pas d'extrême urgence ». (Forge).

Il faut toutefois faire la part des choses et reconnaître la difficulté de certains diagnostics. Il est important de bien se pénétrer

de l'idée exprimée par Mondor « qu'un médecin qui prescrit glace, morphine, diète et remet au lendemain la précision du diagnostic laisse mourir trois malades sur quatre. Un médecin qui devant un malade atteint de contracture généralisée et invincible de la paroi abdominale, retarde l'appel au chirurgien et essaie encore sa thérapeutique symptomatique, n'a rien compris à la pathologie péritonéale. »

Le but de cet article a été d'intéresser nos lecteurs, praticiens pour l'immense majorité, à l'étude d'un chapitre de cette pathologie. Nous avons voulu attirer leur attention sur l'importance d'un diagnostic abdominal précoce. Les perforations gastro-duodénales doivent cesser d'être des trouvailles d'autopsies et doivent chercher plutôt à enrichir les statistiques opératoires.

Le mérite d'une guérison dans ces cas revient presque en entier au médecin, car l'intervention vaut plus par sa précocité que par son exécution.

ON DEMANDE ...

La Rédaction serait très reconnaissante à ceux qui, ne collectionnant pas les livraisons du Journal, pourraient disposer des numéros suivants :

No 1 de la première année,

No 5 de la troisième année.

Expédiez à nos frais.

ON OFFRE ...

A ceux qui, pour fins de reliure, désireraient posséder une collection complète du Journal, en état de neuf, nous pouvons offrir tous les numéros à l'exception des deux sus-mentionnés. Un numéro, 25 sous ; une année complète, \$1.25. Frais de port en sus.

M. ALEXANDRE TASCHEREAU
ET LES MÉDECINS

Lettre du docteur Albert LeSage au Premier Ministre

N. D. L. R. — Au moment où notre Journal va sous presse, ce 3 mai, le « *Devoir* » publie une lettre ouverte de notre distingué collègue LeSage. Nous la portons à la connaissance de nos lecteurs sans y ajouter le moindre commentaire.

Le 2 mai 1935.

A l'honorable M. L.-A. Taschereau,
premier ministre de la province de Québec,
hôtel du gouvernement,
Québec.

Monsieur le premier ministre,

Dans une entrevue, accordée à un rédacteur du journal le *Devoir*, le 30 avril, vous avez fait une remarque, au sujet de la question des indemnités aux médecins des hôpitaux, que nous considérons comme injuste, les uns disent « injurieuse », à l'égard de toute la profession médicale de la province de Québec, et en particulier des médecins des hôpitaux.

Un homme éminent m'a dit récemment que dans toute question où l'intérêt public est en jeu, il vaut mieux réfléchir que sourire. Je m'incline.

A la question posée par le rédacteur, sur ce que vous pensiez de ce mouvement, vous auriez répondu de la façon suivante: « Pen-

sez-vous qu'il y aurait plus de morts si les médecins se mettaient en grève ? » Ce mot de « grève » est nouveau pour moi.

Il suffit, je crois, de citer cette parole imprudente, surtout en ce moment, à l'adresse d'une profession aussi honorable que celle des médecins, qui ont rendu d'inappréciables services à notre province, pour exprimer le regret qu'elle ait pu être prononcée par le premier ministre de la province de Québec.

A cela nous pourrions répondre par une autre question: « Y aurait-il moins de plaideurs s'il y avait moins d'avocats ? »

On nous répondra peut-être que c'est une boutade; mais dans la bouche d'un homme tel que vous, et à cause de votre haute situation, l'ironie devient très suggestive, sinon inquiétante, pour la profession médicale.

Si je me permets de relever cet incident, c'est parce que l'on a prononcé mon nom en rapport avec cette question nouvelle et importante, dont j'ai fait un bref exposé à l'assemblée annuelle de l'hôpital Notre-Dame.

On ne réfutera pas les chiffres que j'ai apportés par de l'ironie. Il faudra d'autres arguments, plus sérieux, pour me confondre, puisqu'il s'agira d'apprécier des services tels qu'aucune autre profession au monde n'en rend à la communauté.

Lorsqu'on songe au travail formidable que représentent, en une seule année, 146,000 visites et examens méticuleux pour les indigents dans les services internes de l'hôpital Notre-Dame seulement, et 130,312 consultations externes dans les dispensaires, sans compter les autres items mentionnés au tableau statistique que je vous adresse, on n'a pas le droit, il me semble, de déprécier la valeur des médecins qui sacrifient le meilleur de leur cerveau et de

leur temps, *gratuitement*, pour le public et les indigents en particulier.

Si l'on ajoute à cela les assemblées nombreuses de nos *conseils* médicaux et de nos bureaux d'administration, où nous ne touchons aucun cachet de présence, et que l'on peut estimer à près de 200 heures de travail ardu, supplémentaire, par année, on a le droit d'affirmer, sans ostentation, que nos saines réclamations méritent au moins assez d'attention pour qu'en s'efforce de rendre justice, si cela est possible dans les circonstances, à un groupe aussi désintéressé et utile que celui des médecins et, en particulier, des médecins des hôpitaux.

Non seulement nous donnons nos services gratuitement, mais nous avons contribué des sommes importantes au mémorial de l'hôpital Notre-Dame. Les médecins, constamment soucieux de leur devoir et de leur responsabilité à l'égard d'une institution qui fait honneur à la race canadienne-française, ont, quand même, souscrit une somme de \$12,000 qu'ils se sont engagés de payer en argent et non en services professionnels.

Je ne veux pas prolonger ce débat ici. L'heure sonnera bientôt pour cette question, mais je saisis avec empressement l'occasion que votre remarque a fait naître de poser publiquement cet épineux problème d'équité.

Nous comptons, Monsieur le Premier Ministre, que votre intelligence et votre lucidité d'esprit habituelles vous laisseront apercevoir le côté social et économique de cette importante question, et que vous entendrez avec bienveillance l'appel des médecins des hôpitaux, en vue de leur rendre justice, ainsi qu'au public qu'ils servent sans compter, depuis toujours! L'enjeu en vaut la peine pour un avocat tel què vous!

Nous nous adressons, en ce moment, au seul politique, dont l'esprit doit constamment planer au-dessus des contingences : honneur et servitude!

Agréez, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments très distingués.

(Signé) Albert LESAGE.

P. S. — Copie de cette lettre a été adressée au journal le *Devoir* où a paru l'interview.



Note de la Rédaction: Nous porterons à la connaissance de nos lecteurs, dans le prochain numéro, les articles qui, dans l'intérim, auront paru sur la brûlante question soulevée par M. LeSage.

▼

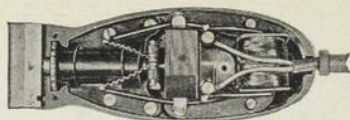
C'est un fait bien connu qu'à dose thérapeutique l'alcool est un antipyrétique et un stimulant diffusible. Il est surtout indiqué chez les alcooliques atteints d'une affection aiguë, dans les infections à forme adynamique avec asthénie cardiaque et dans la pneumonie.

●

Dans les
cas où le médecin jugera
nécessaire d'administrer l'alcool
sous forme d'eau-de-vie, le
COGNAC MONNET
se recommande particulièrement à
son choix. Le médecin est assuré
de prescrire alors un produit
vraiment supérieur.

▼

Sensationnel!



Un nouveau
rasoir qui
rase à sec

Utile et merveilleux à l'hôpital

SANS LAME . . . SANS MOUSSE . . . SANS LOTION

On ne saurait rien imaginer de plus pratique ni de plus économique. Le Schick tond la barbe aussi ras que la meilleure lame. Vous ne pouvez pas vous couper. Bon pour de nombreuses années et absolument garanti.

Il est recommandé par les principaux dermatologistes du Canada et des Etats-Unis et il est d'usage courant dans les meilleurs hôpitaux pour les cas d'acné, d'eczéma, etc.

Pour plus de renseignements, écrivez à :

SCHICK DRY SHAVER OF CANADA LIMITED

414 OUEST, RUE ST-JACQUES, MONTRÉAL

OUVERT DURANT L'HIVER

MANOIR
SAINT
MARGUERITE
LAC MASSON, P.Q.
SITUE DANS LES LAURENTIDES
ALTITUDE 1800 PIEDS

INSTRUCTEUR • DE • SKIS

INFORMATION AU MANOIR TEL. No 20
OU HA 1633. MONTREAL

Café St-Jacques

TOUT LE CONFORT DE LA VILLE AU MANOIR STE-MARGUERITE

Les Produits Laitiers

Yoghourt
(lait fermenté)

ORBIS

Fromages
à la crème

sont délicieux !

Le Yoghourt est l'aliment complet à base de lait par excellence. Il constitue un désinfectant remarquable de l'intestin à cause de la présence de certains bacilles, le Bulgare en particulier, qui détruisent les fermentations intestinales.

On le recommande régulièrement aux personnes souffrant de maladies des voies

digestives ou de troubles provenant de ces maladies.

Les autorités médicales reconnaissent que les produits "yoghurés" (yoghourt, fromage à la crème **ORBIS**) devraient passer dans l'alimentation quotidienne de notre population.

LES PRODUITS LAITIERS ORBIS, Ltée

(Organisation 100%

canadienne-française)

Lieu de fabrication

6740, rue de Gaspé
CR. 7878



Bureau Technique

316, Edifice Amherst
HA. 4747

Distribution à domicile par la

Laiterie Canadienne Limitée.



CARRIÈRE & SÉNÉCAL LIMITÉE

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

(Ajustement des yeux artificiels)

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. LANcaster 7070

*Nous télégraphions des fleurs dans toutes les parties
du monde.*

Marcel LeMat, Fleuriste

PLateau 8545

1256 OUEST, RUE SAINTE-CATHERINE
Coin de la rue de la Montagne.

MONTRÉAL

Retour au bon sens

Le pain naturel Saint-Michel ne contient que
de la farine de blé dans laquelle on a laissé tous
les éléments nutritifs, digestifs et laxatifs du
blé.

• • •

JOS. ROBIN, boulanger

8300 Boulevard Saint-Michel

Tél.: DUpont 6556

iodaseptine cortial

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE

RHUMATISMES
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

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

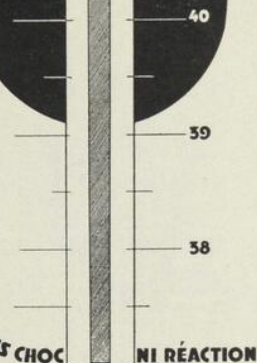
RHUMATISMES
AIGUS

iodaseptine
salicylée UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICEMINE

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC



LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^e PASTEUR . PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada : MILLET ROUX & LAFON Ltée

Librairie Médicale et Scientifique



Messieurs les Médecins trouveront chez

“J. EDDÉ, Limitée”, Edifice New Birks

un choix complet des dernières éditions des
ouvrages médicaux et scientifiques provenant
des Editeurs suivants :

*F. Alcan - J. B. Baillière et Fils - G. Doin & Cie - Expansion
Scientifique Française - Gauthier Villars - A. Legrand
N. Maloine - Vigot Frères - Masson et Cie.*

* Tél. MArquette 6262

SARRAZIN & CHOQUETTE

PHARMACIENS



OUVERTE JOUR ET NUIT

·:~] *Nous envoyons chercher les ordon-* [c~·
nances à domicile 24 heures par jour.

ARTHUR SARRAZIN

Bachelier de l'Université de
Montréal, boursier en matière
médicale et chimie
1919, 1920

LUC CHOQUETTE

Docteur de l'Université de
Paris, bachelier de l'Uni-
versité de Montréal

921 rue Ste-Catherine, Est

-

-

Montréal

SERVICE DE VOITURES AMBULANCES

à la VILLE et à la CAMPAGNE,
JOUR et NUIT

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

LAIT DE "SANTÉINE"
BEURRE

Préparé par une maison canadienne.
Le lait le plus riche en ferments lactiques.
INDIQUÉ spécialement
dans les cas d'entérite ou de stase intestinale.

J. Joubert
LIMITÉE

LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU
DE MONTRÉAL

*remercie ses annonceurs et prie les lecteurs
de leur accorder un bienveillant
patronage.*

Quartiers généraux du

TERRAPLANE-HUDSON

VENTES et SERVICE

Prenez rendez-vous avec nous pour examiner nos magnifiques modèles 1935, automobiles Terraplane et Hudson venez les essayer tenez le volant vous-même pour vous rendre compte pourquoi ces voitures surpassent celles de leur catégorie.

Si vous possédez un auto Hudson, Terraplane ou Essex, venez consulter nos spécialistes au sujet du service ou réparations.

Distributeurs

HUDSON-GRENIER

Motors Limited

2087 RUE STE-CATHERINE OUEST

- - - Fitzroy 6383

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

“Buckwheat” et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - - MONTRÉAL

Téléphone : MArquette 1270 et 1279

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS!

Thérien Frères
LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES
GRAVEURS - IMAGIERS
ÉDITEURS - RELIEURS



« L'imprimerie est l'artillerie de la pensée »

334, RUE NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL — TÉL. HARBOUR *5288

FINANCE

ASSURANCES

Guardian Finance & Investments
COMPANY

Agents financiers

266 RUE ST-JACQUES OUEST MONTRÉAL

Tél. MARquette 2587

GASTON RIVET, Gérant.

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.
Près de 300 médecins sont nos clients satisfaits.*

*Demandez notre brochure " L'INVENTAIRE DE LA MAISON ".
Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.*

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	XII	Lederle Laboratories	XVIII
Anglo-French Drug	III	LeMat, Marcel, fleuriste	XXII
Antiphlogistine	IV	Manoir Ste-Marguerite	XX
Association Jeanne-Mance	VII	Maple Leaf Milling	XXVIII
Banque Provinciale du Canada	VII	Merck & Co. XIII et couvert. 4	XIV et XXIII
Bilhuber-Knoll	XIII	Mowatt & Moore	IX
Canada Drug Co.	VI	Nadeau (Laboratoire)	I
Carrière & Sénécal	XXI	Oxygène du Canada (Compagnie) IV	IV
Casgrain & Charbonneau	XV	Phelan, F. H.	XXVI
Ciba (Compagnie)	II	Pizzagalli Terrazzo & Tile	IX
Cognac Monnet	XIX	Robin, Jos., boulanger	XXII
Duckett, J. A.	VI	Rougier Frères	XVII
Eddé, J.	XVIII et XXIII	Sarrazin & Choquette	XXIV
Fleischmann (Levure)	V	Schick Dry Shaver	XX
Frosst C. E.	XIII	Société d'Administration et de	
Guardian Finance Co.	XXVII	Fiducie	II
Herd & Charton	XVI	Thérien Frères Limitée	XXVII
Ilford X-Ray Films	XI	Vandelac (Geo.)	XXIV
Hudson-Grenier	XXVI	Victor X-Ray	X et XI
J. J. Joubert	XXV	Yoghourt Orbis	XXI
Lechasseur Limitée	VIII		

CÉRÉALE "RED RIVER"



Blé cassé, seigle cassé et graine de lin entière. Une céréale nutritive et sans rivale. Un régulateur naturel et un puissant reconstituant. Délicieuse au goût, recommandable pour l'adolescent, facile à préparer. On peut servir avec sucre et lait ou crème. Nombre de médecins la prescrivent.

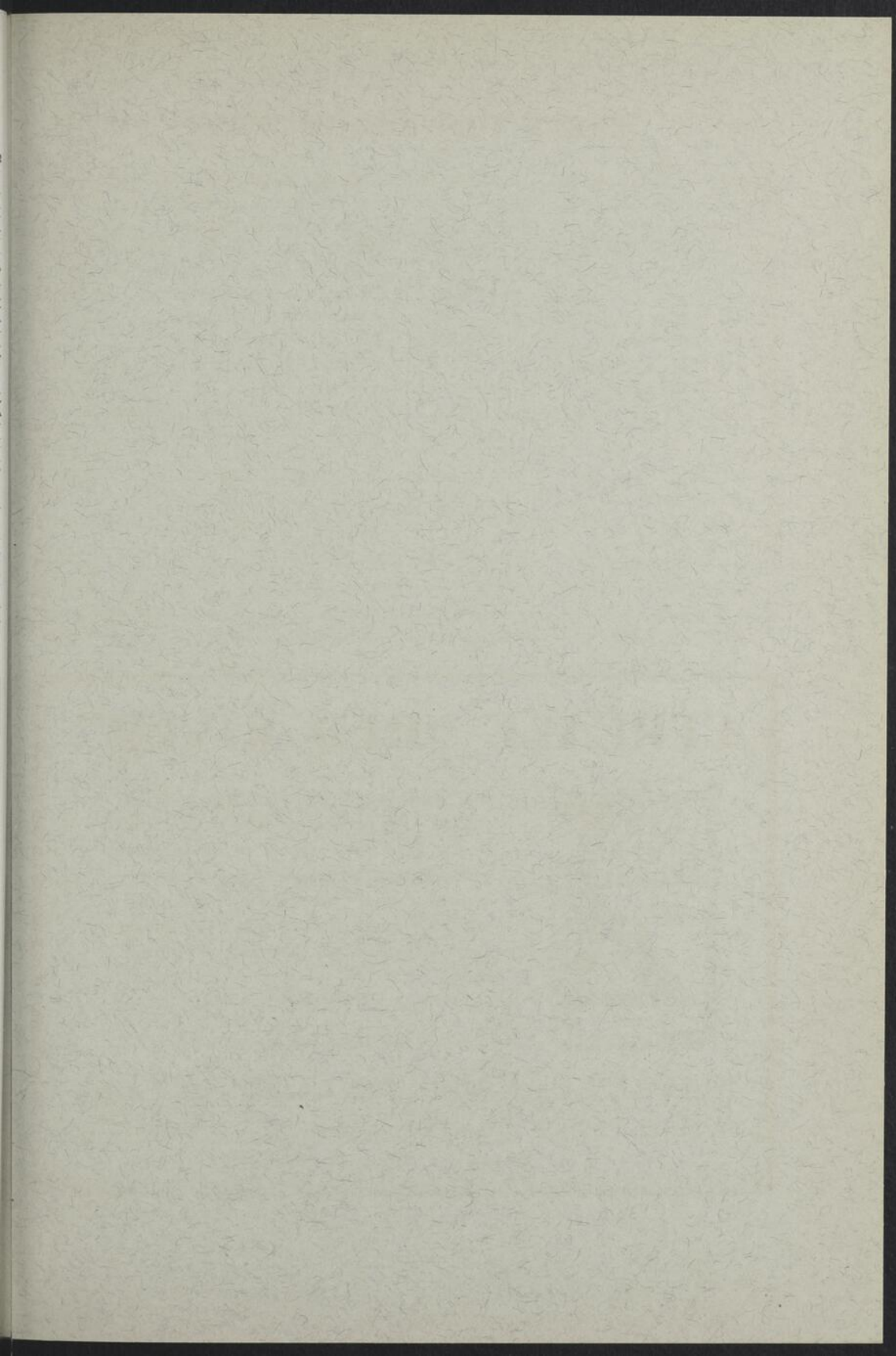
— ● —
Un autre produit de la

MAPLE LEAF MILLING COMPANY Ltd.

BUREAU: ÉDIFICE BOARD OF TRADE,

MONTRÉAL

Téléphone: MARquette 8091



NOM **PYRIDIUM** DÉPOSÉ

MONOHYDROCHLORURE DE PHÉNYLAZO ALPHA - ALPHA - DIAMINO - PYRIDINE

FABRIQUÉ PAR PYRIDIUM CORP.

**INDICATIONS
DU PYRIDIUM**

**INFECTIONS GÉNITO-URINAIRES
CYSTITES - PYÉLITES - URÉTHRITES
PROSTATITES - VAGINITES**

**ACTION DU
PYRIDIUM**

Le Pyridium produit une bactériostase ayant pour effet d'empêcher la multiplication bactérienne. A la dose thérapeutique de Pyridium l'urine prend toujours une couleur spéciale. Les bassinets, les uretères et la vessie baignent constamment dans cette teinture et, à chaque urine, l'urèthre est fortement teinté.

**RÉSULTATS DU
PYRIDIUM**

Le Pyridium a d'excellents résultats cliniques. Il soulage promptement les principaux symptômes des infections urinaires, tels que la douleur, le brûlement, le ténesme, la pollakiurie et les douleurs lombosacrées.

MERCK & CO., LIMITED, Fabricants Chimistes, MONTRÉAL, P. Q.