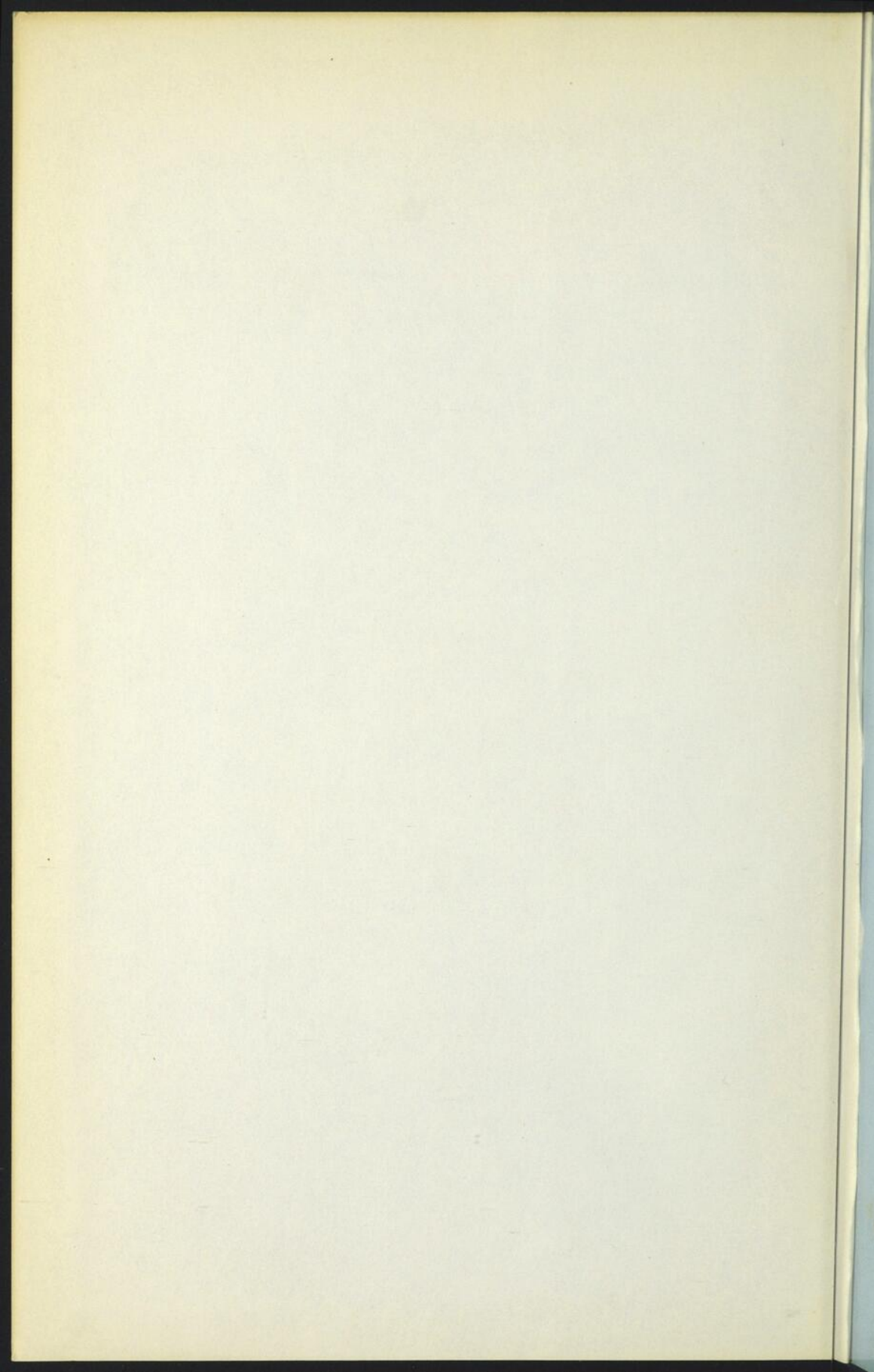


PER

2-25

L-38

5



VOL. 9

No 1

JANVIER 1944

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE
SANT-SULPICE

Rédaction et Administration

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

CONSTIPATION

Les trois *Valdines* peuvent être considérées comme l'aide mécanique idéal. Ne créent pas d'accoutumance. Absorbent l'eau et passent par l'intestin comme une substance gélatineuse. Agissent par leur puissance d'expansion et glissent facilement dans le tube digestif auquel ils restaurent son mouvement physiologique. Granulés aromatisés.

VALDINE VALOR No 252

VALDINE VALOR No 253
AVEC CASCARA

VALDINE B1 VALOR No 254

USINES CHIMIQUES DU CANADA, Inc.

1338 est, rue LaGauchetière,

-

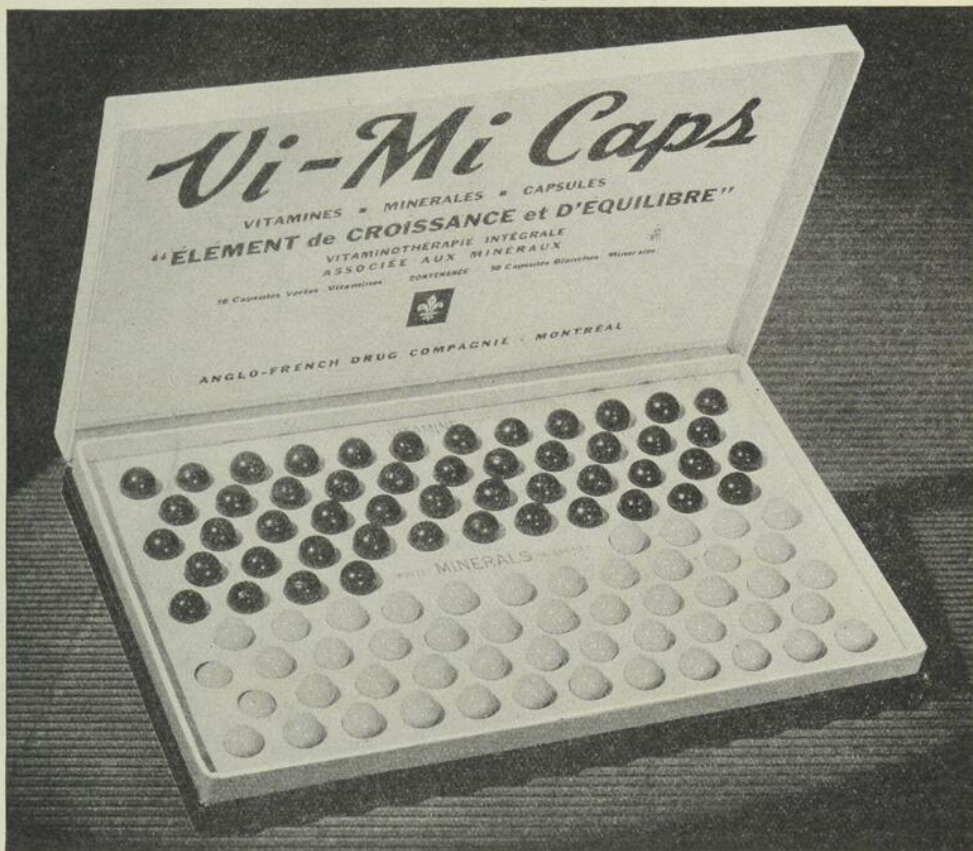
87 Station C., Montréal.

Vi-Mi Caps

VITAMINES

MINÉRALES

CAPSULES



ÉLÉMENT de CROISSANCE et d'ÉQUILIBRE VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE ASSOCIÉE AUX MINÉRAUX

DOSE : Deux capsules par jour — une verte et une blanche, est la dose moyenne pour adultes ou pour enfants. Pour effet plus rapide, deux capsules de chaque sorte peuvent être données aux adultes.

PRÉSENTATION : En boîte de 100 capsules. 50 Vitamines (vertes), 50 Minérales (blanches).

Littérature et échantillons sur demande.

Anglo-French Drug Cie,



Montréal.

Laval Médical, Québec, janvier 1944 - Vol. 9 - No 1

- 1



Dans l'enfance . . . et l'adolescence



Dans l'enfance et l'adolescence, l'hémoglobine totale augmente avec la croissance et le taux de fer dans l'organisme doit être maintenu en proportions adéquates.

On admet que ce besoin supplémentaire peut être difficilement obtenu de l'alimentation et conséquemment doit être fourni par la médication. On obtient d'excellents résultats par l'emploi de fer spécialement préparé (sulfate ferreux facilement assimilé Simple ou avec Concentré de Foie) contenu dans . . .

*Hematinic Plastules**

John Wyeth & Brother (Canada) Limited
WALKERVILLE, ONTARIO

*Nom déposé au Canada.

Laval Médical, Québec, janvier 1944 - Vol. 9 - No 1

SOMMAIRE du N^o 1

(Janvier 1944)

LAVAL MÉDICAL :

Composition du bureau de direction	1
--	---

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES :

Les directeurs et les membres	2
Statuts et règlements	6

COMMUNICATIONS

Florian TREMPE :

Récidive opérée d'un cancer du côlon droit	9
--	---

Mathieu SAMSON :

Étude radiologique de la tuberculose intestinale	17
--	----

Geo.-Henri LARUE et Alphonse PELLETIER :

Mélanomatose neuro-cutanée	24
----------------------------------	----

R. DESMEULES, L. ROUSSEAU et Ph. RICHARD :

Contribution à l'étude des abcès pulmonaires	30
--	----

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

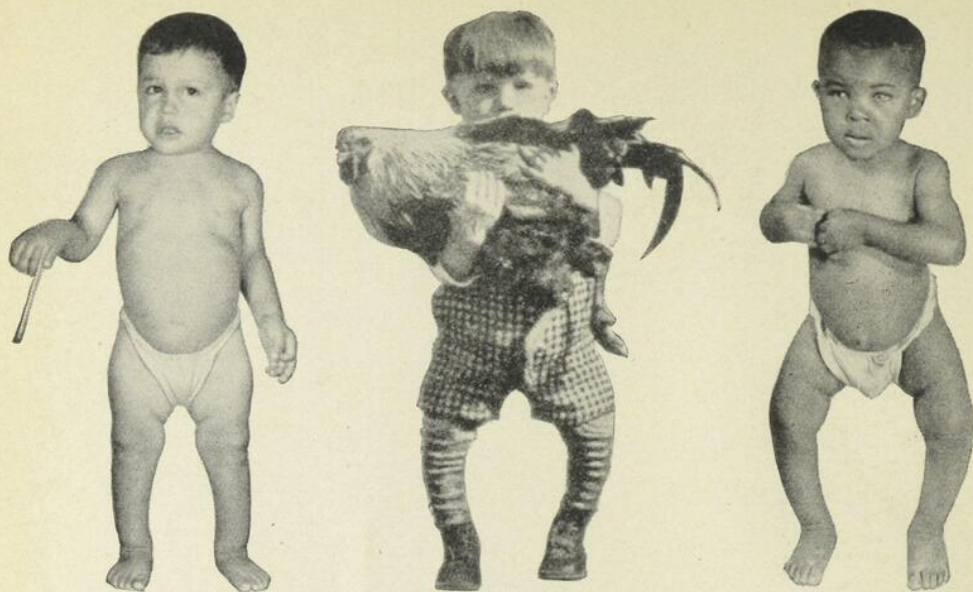
Richard LESSARD :

Quand et comment employer les sulfamidés	47
--	----

ANALYSES

Un nouveau type de céphalée : la céphalée histaminique de Horton (p. 57). Principes élémentaires du traitement des traumatismes crâniens (p. 58). La propamide et les blessures (p. 59). Valeur de l'acétate de désoxycorticostérone dans le traitement des troubles vasculaires périphériques (p. 60). La quinidine par voie intra-vasculaire dans l'arythmie cardiaque (p. 61).

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES	63
--	----



CELA SE RENCONTRE ICI

On trouve encore des cas de rachitisme aigu, — même sous les climats ensoleillés.

La vitamine D est devenue une pratique si courante dans l'alimentation des enfants qu'il est facile de penser que le rachitisme a été extirpé. Cependant, on voit même encore des rachitismes déformants, ainsi qu'en témoignent les trois cas contemporains illustrés ci-dessus, venant de trois sections différentes des États-Unis, dont deux jouissaient de beaucoup plus que la moyenne annuelle d'heures de soleil du pays. En aucun cas, on n'avait donné de produits antirachitiques durant les deux premières années de la vie. *On voit bien que la lumière solaire n'a pas empêché le rachitisme.* Dans d'autres cas, de l'huile de foie de morue a été donnée de façon inadéquate (dosage à la goutte) et même ceci ne fut continué que pendant les mois d'hiver.

OLEUM PERCOMORPHUM

combat le rachitisme d'une façon simple, efficace et économique.

Cette source très puissante de vitamines naturelles A et D, si on l'administre régulièrement à partir des premières semaines de la vie, préviendra non seulement les stigmates visibles du rachitisme tels qu'illustrés ci-dessus, mais aussi bien d'autres défauts moins apparents du squelette qui pourraient nuire à la santé. Quels parents ne payeraient pas très volontiers pour cette protection ! Et cependant, la dose prophylactique moyenne de Oleum Percomorphum coûte moins d'un sou par jour. De plus, comme la dose de ce produit se mesure à la goutte, il est facile d'administrer Oleum Percomorphum et les enfants le prennent facilement. On est alors certain que la vitamine D sera administrée *régulièrement*.

NÉCESSITÉ DE LA GUERRE :

Oleum Percomorphum 50% est maintenant connu sous le nom de "Oleum Percomorphum 50% plus Vicstérol". La puissance demeure la même : soit 60,000 unités de vitamine A et 8,000 unités de vitamine D par gramme. Il consiste en huiles de foie de poissons percidés, viostérol et des huiles de foie de poissons, une source de vitamines A et D dans laquelle pas moins de 50% de la teneur en vitamine provient des huiles de foie de poissons percidés principalement *Xiphias gladius*, *Pneumatophorus diego*, *Thunnus thynnus* *Stereolepis gigas* et des espèces qui s'en rapprochent beaucoup.

Mead Johnson & Company of Canada Limited, Belleville, Ontario.

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Président : M. le professeur Chs VÉZINA,
Doyen de la Faculté de Médecine.

Vice-président : M. le professeur A.-R. POTVIN,
Secrétaire de la Faculté de Médecine.

Rédacteur : M. le professeur Roméo BLANCHET,
Secrétaire adjoint de la Faculté de Médecine.

Administrateur : M. le professeur R. GINGRAS,
Bibliothécaire de la Faculté de Médecine.

Administrateur adjoint : M. le professeur J.-Édouard MORIN,
Professeur de Bactériologie.

Rédaction et Administration

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC - (Tél. : 2-6953)

Pour le
MÉTABOLISME
EFFICACE DU
CALCIUM

Le "CALGLUCOL D" E.B.S.

offre du calcium utilisable, en
combinaison avec la vitamine
D nécessaire pour son as-
similation dans l'organisme.

● Qu'il soit administré *per os* ou par injections
intra-musculaires, le Calglucol D influe sur beau-
coup de maladies respiratoires, relâchant le spasme
bronchique et diminuant la sécrétion des mucosités
des voies respiratoires. Il est également utile dans
les cas de débilité, de dénutrition et de neurasthénie.

Administré par injections intra-musculaires, le Cal-
glucol D est très utile dans les maladies causées par
le sérum, l'urticaire, le croup spasmodique, les con-
vulsions infantiles et l'éclampsie. Le syndrome de
l'éclampsie cède au traitement au Calglucol D.

Le Calglucol D est un remède prophylactique et
curatif contre la « fièvre de lait ».



E.B.S.

C.T. 149A

Le Calglucol D est également indiqué dans
les cas suivants : rachitisme, prédisposi-
tion à la carie dentaire, manque de vigueur,
constipation, ainsi que pendant la gros-
sesse et l'allaitement.

Le Calglucol D E. B. S. se fait en
comprimés de 10 grains qui contiennent
chacun 500 unités internationales de vita-
mine D et sont vendus en flacons de 100 ;
et en ampoules de 10 c.c. pour injections
intra-musculaires.

Veillez identifier ce produit sur vos
ordonnances comme suit :

R_x Calglucol D. E.B.S.
C.T. No 149A
tel qu'indiqué.

CI

E.B.S.

TORONTO

ONTARIO

Fondée en 1879.

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED
TORONTO MANUFACTURING CHEMISTS CANADA

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

CONDITIONS DE PUBLICATION : *Laval Médical* paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, et ne publie que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

MANUSCRITS : Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

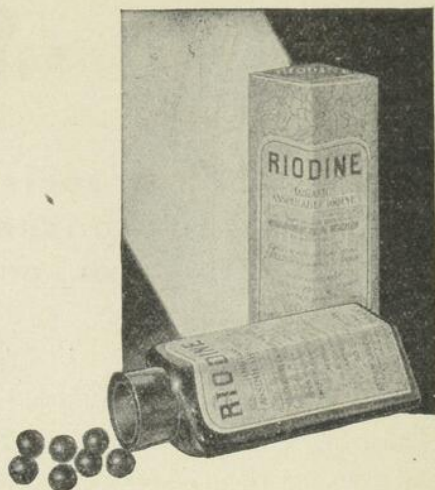
COPIES : Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS : Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT : Le prix de l'abonnement est de trois dollars par année. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

TIRÉS A PART : Ils seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires désiré devra être indiqué en tête de la copie.

**L'efficacité de la
MÉDICATION IODÉE
avec le danger
d'IODISME
réduit au minimum.**



L'utilité de la thérapie iodée est bien reconnue quoique pendant longtemps ce fût un problème d'obtenir des résultats sans iodisme.

En général, la thérapie iodée est inséparable de l'iodisme, mais en dehors de

l'idiosyncrasie, la sévérité des symptômes de l'iodisme est en raison directe de la quantité d'iode retenue dans le sang. Cette quantité, en retour, dépend de la quantité administrée.

RIODINE (Astier)

Iode organique assimilable

Dans la Riodine (Astier) qui est une solution huileuse à 66% d'éther glycérique iodé de l'acide ricinoléique renfermant environ 17% d'iode, l'iode ne subit aucune modification dans l'estomac mais est émulsionné dans l'intestin puis absorbé. En conséquence, il se fixe dans les cellules sous une forme soluble lipoidique et demeure dans l'organisme pendant longtemps, éliminant la nécessité de doses élevées fréquemment répétées d'iode, cause d'iodisme.

La Riodine (Astier) se prescrit de préférence dans les cas où l'on désire une action prolongée de petites quantités d'iode, par exemple les affections cardio-rénales, l'Artério-Sclérose, l'Asthme, l'Arthrite rhumatismale chronique, l'Emphysème pulmonaire, la Bronchite chronique, la Syphilis latente, l'Empoisonnement par le plomb, l'Hypothyroïdisme, le Goitre simple et l'Obésité.

*Pour renseignements et échantillons, écrivez aux
dépositaires canadiens pour les produits des*

LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER

350, rue Le Moyne, Montréal.

La Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec

Secrétariat : 36, rue Couillard, Québec.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

- M. le professeur A. ARLOING, de Lyon.
M. le professeur A. CLERC, de Paris.
M. le professeur A. LEMIERRE, de Paris.
M. le docteur P. DESFOSSES, de Paris.
M. le professeur René CRUCHET, de Bordeaux.

BUREAU

- Président : M. le professeur R. DESMEULES.
Vice-Président : M. le professeur S. CARON.
Secrétaire général : M. le professeur Richard LESSARD.
Trésorier : M. le docteur Marcel LANGLOIS.
Membres : MM. les professeurs A.-R. POTVIN,
Chs VÉZINA et R. LEMIEUX.

COMITÉ DE LECTURE

MM. Émile GAUMOND, Maurice GIROUX, Henri MARCOUX,
Honoré NADEAU, François ROY et Mathieu SAMSON.

MEMBRES

Tout le personnel médical de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux universitaires.

Un

point

d'appui

FORMULE :

La dose quotidienne fournit
en :

Sir. iodo-tannique	180 m.
Vitamine A	2,500 U.I.
Vitamine D	2,000 U.I.
Fer assimilable	1/20 grn
Calcium soluble	1 grn
Extrait de foie (standardisé)	1 once
Malt, q. s.	

POSOLOGIE:

Une cuillerée à thé rase
trois fois par jour, avant
les repas.

PRÉSENTATION

En pot de 10¼ oz.

VIADOL

Médicament alimentaire et tonifiant pour la croissance et le maintien de la santé de l'enfant et de l'adolescent.

LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE
MONTRÉAL.

*"Qualité intrinsèque et véracité
formulaire = NADEAU."*



PIPÉRAZINE



MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE."



Laboratoires de la PIPÉRAZINE MIDY, Paris

Agents pour le Canada:

2 à 4 cuillerées à café par jour.

VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

SÉDOSINE

**PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS**

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

**ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE**

LABORATOIRES LICARDY 38, B^o BOURDON - NEUILLY-PARIS

Agents pour le Canada : VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

BES-MIN

Un excellent tonique stimulant, agréable au goût.
Formule par cuillerée à soupe (15cc.)

VITAMINES	
B ₁ (Chlorure de Thiamine)	1.2 milligrammes
B ₂ (Riboflavine)	668 microgrammes
B ₆	100 milligrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothenique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 unités
MINÉRAUX	
Glycérophosphate de Calcium	12.55 milligrammes
" Manganèse	2.2 milligrammes
" Sodium	13.4 milligrammes
" Potassium	11.8 milligrammes
Phosphore	23.6 milligrammes
Véhicule stomacal et digestif Q. S.	15 c.c.

Indications

Névrites, anorexie, fonctionnement gastro-intestinal déficient, retard de croissance chez les nourrissons chaque fois que ces troubles relèvent d'une avitaminose B. Avant et après les interventions chirurgicales, au cours de la grossesse et de la lactation, pendant la convalescence des maladies infectieuses, dans l'alcoolisme, etc., afin d'assurer dans l'organisme un taux normal du Complexe Vitaminique B.

Perfectionnement thérapeutique du
COMPLEXE VITAMINIQUE "B"
NATUREL
en association avec les
SELS MINÉRAUX ESSENTIELS

Produit des

LABORATOIRES ANDROMACHUS

22 East 49th Street, New York City - New York, U.S.A.

Fabricants et Concessionnaires au Canada :

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne

Montréal

AVANTAGES DU BES-MIN

1. BES-MIN fournit les sels minéraux en même temps que le Complexe Vitaminique B nécessaires au métabolisme normal.
2. BES-MIN renferme le Complexe Vitaminique B NATUREL (extrait du son de riz).
3. BES-MIN est très agréable au goût et possède des propriétés apéritives remarquables.
4. BES-MIN possède également des propriétés digestives et stomacales grâce à son véhicule spécial.
5. BES-MIN contient une faible teneur alcoolique (seulement 5%), ce qui en permet l'administration aux enfants et même aux nourrissons.
6. BES-MIN n'est présenté que sous forme liquide pour une meilleure absorption.
7. BES-MIN est un produit de prescription strictement médicale.

Présenté en flacons de 12 oz., 1/2 et 1 gallon.

AVIS IMPORTANT pour 1944

VINANT LIMITÉE

CABLE ADDRESS:
VINANT - MONTRÉAL
TÉLÉPHONE :
PLATEAU 4433

200, RUE VALLÉE
MONTRÉAL
CANADA

HALIFAX
TORONTO
WINNIPEG
VANCOUVER

Le 2 janvier 1944.

Monsieur le Docteur,

Nous sommes heureux de vous annoncer que vous pouvez continuer à prescrire, comme par le passé, les spécialités pharmaceutiques suivantes :

<u>Produits</u>	<u>Laboratoires</u>	<u>Produits</u>	<u>Laboratoires</u>
BACTÉRAMIDE	Bailly	PULMO	Bailly
BIESTRINE	L.A.F.A.	RHINAMIDE	Bailly
ÉLECTRARGOL	Clin, Comar & Cie	SÉDOSINE	Licardy
GÉLOGASTRINE	Licardy	SOLUTION	
GÉNATROPINE	Amido	SALICYLATE DE SOUDE	Clin, Comar & Cie
GÉNÉSÉRINE	Amido	SPARTO-CAMPBRE	Clin, Comar & Cie
GENISTÉNAL	Clin, Comar & Cie.	SPARTOVAL	Clin, Comar & Cie
GÉNOSCOPOLAMINE	Amido	SPLÉNARMONE	Byla
LIQUEUR LAVILLE	Clin, Comar & Cie	STANO-PLEX	L.A.F.A.
LIPIODOL LAFAY	Guerbet & Cie	SUPPOSITOIRES	Midy
NEUROTROPHOL	Byla	SYMPHYL	Chantereau
OPOBYL	Bailly	THIODACAINE	Midy
PIPÉRAZINE	Midy	THIODÉRAZINE	Midy
POMMADE ADRÉNO-		VALÉRIANATE PIERLOT	Rivier
STYPTIQUE	Midy	VITAMINES B COMPLEX	L.A.F.A.
PROVEINASE	Midy		

Comme nous avons en stock les spécialités ci-dessus mentionnées, vos ordonnances pourront donc être remplies immédiatement.

En vous remerciant de la confiance que vous voulez bien nous accorder, nous demeurons, Monsieur le Docteur,

Vos tout dévoués,

VINANT LTÉE,

G.-P. Vinant

P. S. — Échantillons et littérature sur demande.

UN PRODUIT
ENTIER
EST PLUS
EFFICACE



B • TOTUM

est **ENTIER**
NATUREL et
CONCENTRÉ

B - TOTUM contient **TOUS** les facteurs du Complexe **B**

FLACONS DE 100 COMPRIMÉS

POSOLOGIE : 6 COMPRIMÉS PAR JOUR

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

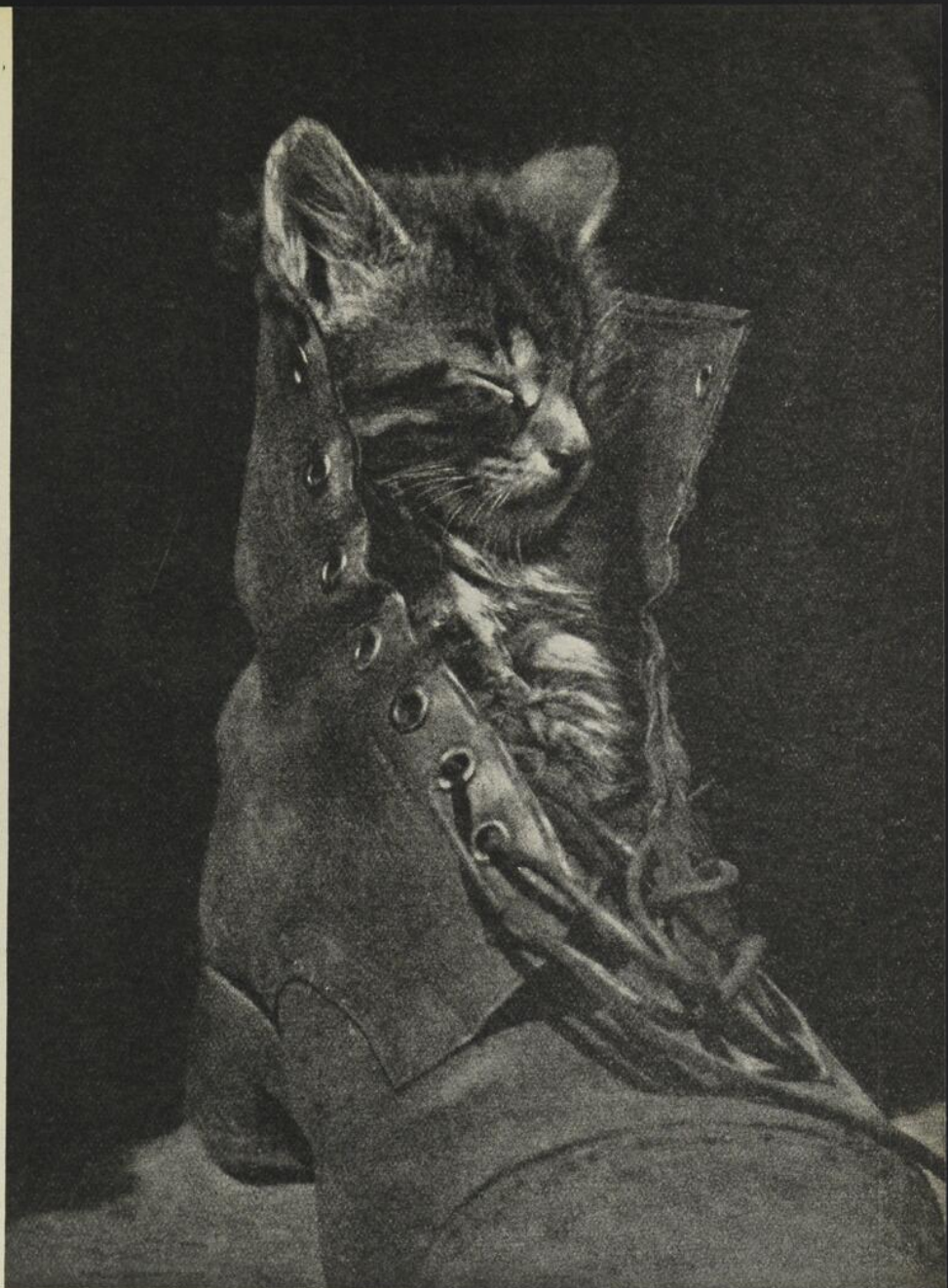
Pharmaciens

Chimistes

Biologistes

MONTRÉAL

La
TESTE



ELIXIR GABAIL

V A L É R O - B R O M U R É

Calme sans asthénier.
Euphorise sans narcotiser.
Procure le sommeil normal sans stupéfier.

DOSAGE :
Une cuillerée à dessert ou à soupe dans un
peu d'eau, trois fois par jour.
EN FLACONS DE 190 C.C.

Anglo-French Drug Cie, 209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

*Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques*

Seront heureux... si vous leur prescrivez

NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des
gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada :

LABORATOIRES JEAN OLIVE

200, rue Vallée, :--: Montréal.



NORMOGASTRYL

*Dans les affections du nez
et leurs complications*

ARGÉDRINE

Ces trois éléments qui n'avaient jamais pu être associés en solution stable font de l'Argédrine (procédé spécial) un traitement très actif de la rhinite aiguë et de ses conséquences.

Rhumes de cerveau — Rhinites chroniques — Asthme — Rhumes des foins — Sinusites — Otites — Pharyngites chroniques.

FORMULE

Nucléinate d'argent 1 gm
Éphédrine chlorhydrate 1 gm
Sérum physiologique 100 gms

ARGENT NUCLÉINATE

Désinfectant puissant des muqueuses nasales et rhinopharyngées.

ÉPHÉDRINE

Décongestionnant, vaso-constricteur d'action durable sans vaso-dilatation secondaire.

SÉRUM PHYSIOLOGIQUE

Excipient isotonique spécial non irritant pour les muqueuses.

Agents pour le Canada : **LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, Montréal.**

Dès sa naissance tous les soins
sont pris pour assurer la santé de
votre bébé.
Pourquoi n'en serait-il pas ainsi
pour le choix de votre lait?



LAITERIE

Laval

DAIRY

4-3551★




Une surveillance constante des fermes, une
pasteurisation efficace, assurent à chaque
consommateur de lait "*Laval*" une garantie
sans égale.



LA LAITERIE QUE VOUS POUVEZ
VISITER EN TOUT TEMPS



Pour obtenir simplement la sédation

CAPSULES DE  -GRAIN ET DE  -DE GRAIN 
(JAUNES) (BLANCHES AVEC COUVERCLES JAUNES)

A CAUSE de l'excitation psychique provenant de l'excès de fatigue, de la stimulation produite par la caféine, ou d'autre cause, il est parfois désirable d'administrer un barbiturique pour calmer et pour permettre le sommeil. Les capsules de Nembutal de $\frac{1}{2}$ grain et de $\frac{3}{4}$ de grain conviennent très bien à cette fin. L'effet de telles doses peut être qualifié de *léger*. Le sommeil n'est pas provoqué par la drogue elle-même, car la dose est insuffisante pour produire l'hypnose. L'effet se passe longtemps avant l'heure ordinaire du réveil, permettant ainsi de commencer la journée frais et dispos sans aucune lourdeur.

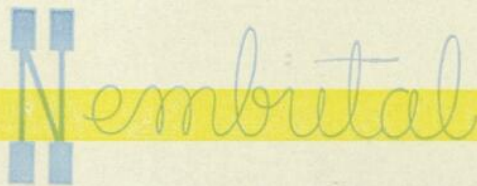
Il est généralement admis que le Nembutal est un des barbituriques les plus sûrs. Son action est rapide et courte. On obtient l'effet désiré avec des doses environ moitié moindres qu'avec certains autres barbituriques très généralement

employés, et par conséquent la quantité de drogue à éliminer est plus petite.

Pour la sédation préopératoire et en obstétrique on emploie généralement les capsules de Nembutal de $1\frac{1}{2}$ grains. Celles-ci sont aussi employées dans le traitement des nausées, de l'hystérie, du mal de mer, de l'éclampsie, des vomissements incoercibles de la grossesse, du hoquet, du delirium tremens, et des convulsions provoquées par la strychnine et certains autres poisons. Le Nembutal sert aussi comme complément de la morphine pour calmer la douleur du cancer au début.

Le Nembutal est également offert sous forme de Suppositoires de 2 grains, qui sont particulièrement utiles lorsque le malade souffre de nausées ou de vomissements. Enfin, l'Elixir de Nembutal, qui contient 2 grains du barbiturique à l'once liquide, convient surtout pour l'administration de cette drogue aux enfants.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE • 20, CHEMIN BATES, MONTREAL



Nembutal

LAVAL MÉDICAL

VOL. 9

N° 1

JANVIER 1944

COMPOSITION du BUREAU de DIRECTION

PRÉSIDENT

M. le docteur Chs Vézina
Doyen de la Faculté de Médecine

VICE-PRÉSIDENT

M. le docteur A.-R. Potvin
Secrétaire de la Faculté de Médecine

SECRÉTAIRE

M. le docteur Roméo Blanchet
Secrétaire adjoint de la Faculté de Médecine

TRÉSORIER

M. le docteur R. Gingras
Bibliothécaire de la Faculté de Médecine

RÉDACTION et ADMINISTRATION

M. le docteur Roméo BLANCHET, *Rédacteur*
M. le docteur R. GINGRAS, *Administrateur*
M. le docteur J.-Édouard MORIN, *Administrateur adjoint.*

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

1944

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

- M. le professeur A. ARLOING, de Lyon.
M. le professeur A. CLERC, de Paris.
M. le professeur A. LEMIERRE, de Paris.
M. le docteur P. DESFOSSÉS, de Paris.
M. le professeur René CRUCHET, de Bordeaux.
-

COMPOSITION DU BUREAU

- Président* : M. R. DESMEULES.
Vice-Président : M. S. CARON.
Secrétaire général : M. Richard LESSARD.
Trésorier : M. Marcel LANGLOIS.
Membres : MM. A.-R. POTVIN, Chs VÉZINA
et R. LEMIEUX.
-

LISTE DES MEMBRES

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| MM. AUGER, Carlton, | à l'Hôtel-Dieu. |
| AUGER, Gustave, | à l'Hôtel-Dieu. |
| BÉDARD, Arthur, | à l'Hôtel-Dieu. |
| BERGER, Louis, | à la Faculté de Médecine. |

BERGERON, Geo.-Albert,	à la Faculté de Médecine.
BLANCHET, Roméo,	à la Faculté de Médecine.
CAOUCETTE, Jos.,	à l'Hôtel-Dieu.
CAOUCETTE, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
CARON, Sylvio,	à la Clinique Roy-Rousseau.
CAYER, Lomer	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
COTÉ, G.-Léo,	à l'Hôpital Laval.
COUILLARD, Ed.,	à la Faculté de Médecine.
DÉCHÊNE, Euclide,	à l'Hôpital de la Crèche.
DESMEULES, R.,	à l'Hôpital Laval.
DESROCHERS, G.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
*DE ST-VICTOR, Jean,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
DEVARENNES, Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DROUIN, Guy,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DUGAL, J.-Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
DUSSAULT, N.-A.	à l'Hôtel-Dieu.
FOLEY, A.-R.,	à la Faculté de Médecine.
FORTIER, De la Broq.,	à l'Hôtel-Dieu.
FORTIER, Émile,	à la Faculté de Médecine.
FRENETTE, Olivier,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GAGNON, Fabien	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GARANT, Oscar,	à l'Hôtel-Dieu.
GAUMOND, Émile,	à l'Hôtel-Dieu.
GIGUÈRE, Alp.,	à l'Hôtel-Dieu.
GINGRAS, R.,	à la Faculté de Médecine.
GIROUX, Maurice,	à l'Hôpital Laval.
*GOSSELIN, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GRANDBOIS, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
GRÉGOIRE, Geo.,	au Dispensaire Antituberculeux.

(*) En service militaire outre-mer.

GRÉGOIRE, Jean,	à la Faculté de Médecine.
GUAY, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.
HALLÉ, Jules,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
HUDON, Fernando,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Albert,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, J.-B.,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Joachim,	à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Pierre,	à la Faculté de Médecine.
LACERTE, Jean,	à l'Hôtel-Dieu.
LANGLOIS, M.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LAPOINTE, D.,	à l'Hôpital de la Crèche.
LAROCHELLE, Nap.,	à l'Hôtel-Dieu.
LARUE, G.-H.,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LARUE, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
LAVERGNE, N.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LAVOIE, Jules,	à l'Hôtel-Dieu.
LEBLOND, Sylvio,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LECLERC, L.-P.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIEUX, J.-M.,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LEMIEUX, Renaud,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
LESSARD, Richard,	à l'Hôtel-Dieu.
LESSARD, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
LETARTE, Frs,	à l'Hôtel-Dieu.
MARCOUX, Henri,	à l'Hôtel-Dieu.
MARTEL, Antonio,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MARTIN, C.-A.,	à la Clinique Roy-Rousseau.
MILLER, J.-Chs,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
MORIN, J.-Édouard,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
NADEAU, Honoré,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

PAINCHAUD, C.-A.,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange
PAINCHAUD, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
PAQUET, Adrien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PAQUET, Albert,	à la Faculté de Médecine.
PAQUET, Berchmans,	à l'Hôtel-Dieu.
PATRY, Laurent,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PAYEUR, Léo,	à l'Hôtel-Dieu.
PELIETIER, Alphonse,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PELLETIER, J.-Émile,	à l'Hôtel-Dieu.
PERRON, Edmour,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
PETITCLERC, J.-L.,	à l'Hôtel-Dieu.
PICHETTE, Henri,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
POTVIN, A.-R.,	à l'Hôtel-Dieu.
RICHARD, Philippe,	à l'Hôpital Laval.
ROGER, J.-Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROUSSEAU, Louis,	à l'Hôpital Laval.
ROY, L.-F.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, L.-P.,	à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Saluste,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
SAMSON, Euchariste,	à l'Hôtel-Dieu.
SAMSON, Mathieu,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
SIMARD, André,	à l'Hôtel-Dieu.
SIMARD, René,	à l'Hôpital de la Miséricorde.
THIBAudeau, Roland,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TREMPE, Florian,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TURCOT, Jacques,	à l'Hôtel-Dieu.
VERREAU, J.-E.,	à la Faculté de Médecine.
VÉZINA, Charles,	à l'Hôtel-Dieu.

STATUTS et RÈGLEMENTS

de la

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

MEMBRES

La Société se compose de membres titulaires, de membres adhérents et de membres correspondants.

Peuvent devenir titulaires : les Professeurs et les Agrégés de la Faculté de Médecine ; les Chefs de Service dans les Hôpitaux universitaires.

Peuvent devenir membres adhérents : les Assistants dans les Services hospitaliers et dans les laboratoires universitaires.

Les membres adhérents ne font partie de la Société que pendant la durée de leurs fonctions universitaires.

Les membres correspondants sont élus parmi les notabilités médicales canadiennes et parmi les médecins et savants étrangers qui peuvent apporter à la Société une contribution utile ou qui ont des titres à sa reconnaissance.

Pour devenir membre de la Société, à un titre quelconque, il faut être présenté par un membre titulaire à une séance régulière, et recueillir la majorité des suffrages des membres présents à la séance suivante.

La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'assemblée générale comprenant au moins la moitié des titulaires, à la majorité des deux tiers des membres présents ;

3° Par refus de régler sa cotisation annuelle pendant deux années consécutives.

OFFICIERS

Le Bureau de la Société se compose d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire et d'un Trésorier.

Le Conseil d'administration se compose des membres du Bureau et de trois membres de la Société élus pour trois ans.

Ces derniers, de même que le Secrétaire et le Trésorier qui sont élus pour un an, sont indéfiniment rééligibles.

Le Président et le Vice-Président sont élus pour un an. Ils ne sont rééligibles qu'une fois.

RESSOURCES

Les ressources de la Société proviennent des cotisations et souscriptions de ses membres ; des dons et legs ; des subventions qui pourraient lui être accordées.

La cotisation annuelle, payable en janvier, est de \$5. pour les membres titulaires et de \$3. pour les membres adhérents.

La cotisation n'est pas exigée des professeurs émérites.

RÈGLEMENT TEMPORAIRE

Les membres de la Société qui font du Service militaire extra-territorial ne sont pas sujets à la cotisation pendant toute la durée de leur absence.

RÉUNIONS

A. — Une *assemblée générale* des membres de la Société se réunit au moins une fois l'an ;

1° Pour entendre le rapport du Conseil d'Administration sur la situation générale de la Société ;

2° Pour entendre le compte rendu, par le Secrétaire, des travaux de la Société pendant le courant de l'année ;

3° Pour entendre le rapport du trésorier.

L'Assemblée générale des membres de la Société aura lieu à l'École de Médecine.

B. — *Les séances* : En dehors de la période des vacances (juillet et août) les séances auront lieu tous les premiers et troisièmes vendredis de chaque mois, sauf le premier vendredi de janvier et le Vendredi saint.

Les séances auront lieu soit à l'École de Médecine, soit dans les Hôpitaux universitaires.

Il sera tenu un procès-verbal des séances.

Ordre des Séances

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal ;
- 2° Discussion à propos du procès-verbal ;
- 3° Correspondances ;
- 4° Présentation de malades ;
- 5° Lecture des travaux.

Les séances ne devront pas durer plus de deux heures.

A moins d'une autorisation préalable et exceptionnelle du Président, quinze minutes seulement seront allouées pour chaque présentation ou communication.

La discussion consécutive à chaque présentation ou communication est limitée à cinq minutes.

INVITÉS

Les membres de la Société médicale de Québec seront admis aux séances de la Société médicale des Hôpitaux universitaires.

PUBLICATIONS

Aucune communication ne peut être publiée au nom de la Société sans l'approbation du Bureau.

COMMUNICATIONS

RÉCIDIVE OPÉRÉE D'UN CANCER DU COLON DROIT

par

Florian TREMPE

Chef du Service de chirurgie à l'Hôpital du Saint-Sacrement

Il fut un temps, bien avant nous tous, où un cancer, quel que soit son siège, était pour la chirurgie un *noli me tangere*.

Peu à peu, on s'y attaqua avec de plus en plus de succès ; quant au cancer des côlons, son opérabilité fut longtemps limitée, parce qu'on interprétait mal deux de ses réactions : ses adhérences et ses ganglions.

Mais, grâce aux développements de l'anatomie pathologique et à la hardiesse de chirurgiens qui osèrent quand même enlever de ces cancers coliques adhérents, avec adénopathie parfois à distance, pathologistes et chirurgiens se rendirent compte de deux faits d'importance : ce qu'on avait pris jusque-là pour une infiltration néoplasique péri-tumorale n'était souvent qu'une réaction inflammatoire plastique lipo-fibromateuse ne nuisant en rien à l'opérabilité du cancer ; les ganglions que l'on avait toujours cru être de nature cancéreuse n'étaient souvent le siège que d'une réaction inflammatoire banale ; ce sont là deux notions qui contribuèrent, avec l'amélioration incontestable des techniques chirurgicales, à classer le cancer des côlons parmi les plus opérables avec chance de succès.

Malgré cette haute opérabilité, ce cancer reste néanmoins, comme toute tumeur maligne, soumis aux aléas de la généralisation par métastases ou de la récurrence locale.

Dans un cas comme dans l'autre, la chirurgie s'avouait impuissante à faire plus.

Dans des moments de réflexion (il est encore permis d'en avoir), nous nous demandions, depuis quelque temps, si cette impuissance devait rester absolue et si, en présence du développement de récurrences locales contrastant avec un état général se maintenant bon ou même s'améliorant, il n'y avait pas parfois indication de tenter une autre extirpation plus large de la tumeur, si elle est techniquement possible ?

La présente communication s'inspire précisément d'un cas qui nous semblait bien répondre à telle indication ; comme nous le verrons plus loin, d'autres raisons venaient s'ajouter pour nous inciter à tenter presque l'impossible.

Mme L. A., 32 ans, de nature joviale, intelligente, et possédant un moral à toute épreuve, se présente au bureau, le 6 juin 1942.

La pâleur des téguments et des muqueuses est ce qui frappe d'abord chez elle ; on réalise, à son aspect général et à sa maigreur, que c'est une très grande malade, ne se tenant debout qu'à force de courage.

Elle se dit porteuse d'une tumeur abdominale qui, à l'examen, occupe tout le flanc droit et la fosse iliaque ; cette tuméfaction est même visible à l'inspection, car elle fait voussure ; comme forme, elle est un peu allongée dans le sens vertical et, dans l'ensemble, on peut dire qu'elle a la grosseur d'une tête de fœtus ; enfin, elle est dure de consistance, légèrement bosselée, douloureuse à la palpation, à limites assez imprécises et pratiquement immobile dans un sens ou dans l'autre.

La malade apporte avec elle un cliché radiographique d'un lavement baryté fait ailleurs, en septembre 1941, et qui fait voir une large image d'amputation au niveau du cæcum et du côlon ascendant.

L'interrogatoire nous fournit les renseignements suivants : le début de sa maladie actuelle remonte à la fin de l'année 1939, c'est-à-dire à *deux ans et demi*, alors qu'elle commença à sentir la présence d'une bosse indurée, à la palpation profonde de son côté droit.

Au cours de l'année 1940, elle ne peut préciser le mois, elle fit une première crise douloureuse du flanc droit, accompagnée de nausées et suivie d'une période de constipation.

En septembre 1941, à l'occasion d'une deuxième crise, elle dut être hospitalisée dans un hôpital rural, et c'est alors que fut prise la radiographie dont il est fait mention précédemment.

Or, malgré l'éloquence d'un tel examen, imposant un diagnostic de tuberculose ou de cancer cæco-colique et un traitement chirurgical adéquat, rien ne fut fait pour elle, si ce n'est des injections pour la renforcer et des traitements électriques ; de quels méfaits ne sont pas responsables les injections pour renforcer et les traitements électriques appliqués sans discernement ! Nous devrions peut-être dire plutôt quelle ignorance ne cachent-ils pas !

Par la suite, cette jeune femme resta une grande malade, perdant de plus en plus l'appétit, ses forces et du poids ; des alternatives de constipation et de diarrhée s'ajoutèrent au tableau.

A partir de mars 1942, les évacuations intestinales ne se faisaient plus que sous formes de diarrhées profuses, fétides et contenant parfois du sang.

Pendant tout ce temps, la bosse dans son côté avait graduellement augmenté de volume.

A la fin de mai 1942, elle fit une troisième crise douloureuse avec vomissements et, voyant que les choses allaient de mal en pis, elle décida de venir consulter à Québec.

A cause de l'âge de la patiente (32 ans), et de l'évolution plutôt déjà longue de son affection (2½ ans), nous hésitons, malgré l'image radiologique et l'anémie manifeste chez elle, à porter le diagnostic de cancer ; nous voulons plutôt croire à une tuberculose hypertrophique extensive cæco-colique.

C'est d'ailleurs en prononçant de préférence le mot tuberculose que nous la décidons à s'hospitaliser, dès le lendemain.

Un lavement baryté de contrôle confirme celui fait antérieurement, le rapport se lisant comme suit : « Il existe, au niveau du côlon ascendant, un rétrécissement très prononcé qui bouche presque entièrement la lumière de l'intestin. Le liquide baryté franchit ce défilé étroit avec

beaucoup de difficulté . . . » et le radiologiste émet, lui aussi, la possibilité d'une tuberculose à ce niveau ; il note aussi : « . . . que l'angle hépatique est attiré par en bas et présente une image moins opaque que le reste, indice que les parois sont infiltrées et cartonnées. »

Une formule sanguine montre une anémie à 3,600,000 globules rouges, avec 40% d'hémoglobine et une valeur globulaire de 0.5.

La température oscille entre 99° et 101°F., ce qui peut exister aussi bien dans le cancer que dans la tuberculose. L'examen des selles n'apporte aucun renseignement spécial quant à la nature de l'affection.

Après les examens et les préparatifs d'usage, qui, chez elle, comprennent une transfusion sanguine la veille, nous l'opérons le 15 juin 1942, c'est-à-dire huit jours après son admission.

Voici nos constatations opératoires : Grosse masse très adhérente au péritoine de la paroi antéro-latérale et aux plans profonds, développée aux dépens du côlon ascendant surtout ; l'exploration ne nous permet pas de nous prononcer davantage sur la nature de la tumeur.

Nous faisons alors une iléo-transversostomie latéro-latérale après section de l'iléon, comme premier temps d'une hémicolectomie droite, si jamais celle-ci devient possible.

Les suites opératoires sont normales et la malade quitte l'hôpital, le 28 juin 1942, soit treize jours après son opération, très améliorée, avec le conseil de revenir dans un mois et demi.

Au mois d'août, fidèle au rendez-vous, elle revient, se disant mieux, ayant engraisé un peu, mais présentant encore assez souvent de la diarrhée ; un examen de sa tumeur montre qu'elle est devenue légèrement mobile, à contours un peu plus nets ; la malade n'est pas hospitalisée à ce moment ; une formule sanguine montre que les globules rouges sont montés à 5,240,000 et l'hémoglobine à 70%.

Nous lui demandons de revenir dans un mois et demi ou deux mois, si rien d'anormal ne survient d'ici là.

Le 22 octobre 1942, elle est hospitalisée de nouveau ; cette fois, la tumeur s'est mobilisée pour la peine, elle a aussi diminué de volume et nous croyons le moment propice pour en faire l'ablation, d'autant plus que l'état général, sans être brillant, est plus encourageant que lors de sa

dernière visite en août. Remarquons qu'à ce moment-là, son poids est de 99 livres.

Le 4 novembre 1942, nous lui faisons une hémicolectomie droite un peu laborieuse, la tumeur occupant presque toute la hauteur du côlon ascendant.

Les suites opératoires sont normales et la malade quitte l'hôpital, le 29 novembre 1942, vingt-cinq jours après son hémicolectomie droite.

Entre temps, le rapport de l'examen histo-pathologique nous était revenu et se lisait : « Épithélioma massif constitué par des cellules très petites tassées les unes contre les autres, en travées compactes.

« La tumeur est ulcérée et elle a envahi et dépassé les couches profondes de la paroi intestinale. »

Avant le départ de la malade, nous lui avons demandé de nous tenir au courant de trois mois en trois mois.

Quatre mois après, soit le 4 mars 1943, son mari nous écrit ceci : « Ma femme va très bien, elle pèse 128 livres et se sent très forte, mais il y a quelque chose qui l'inquiète un peu : des douleurs sont réapparues dans son ventre du côté de l'opération et elle dit même sentir une bosse dure sous la cicatrice et qui, d'après elle, grossit peu à peu ».

Nous répondons qu'il est bien difficile de nous prononcer à distance et de profiter de la première occasion, pour venir à Québec, avec sa femme.

Ce n'est que le 31 mai 1943, soit six mois et demi après sa colectomie, qu'elle vient au bureau ; nous avons peine à la reconnaître tellement elle est engraisée et bien portante. C'est parce qu'elle était si bien qu'elle a retardé un peu à venir, dit-elle.

Elle nous raconte alors que la bosse dont son mari avait fait mention était maintenant très grosse, plus grosse que la première fois ; elle ne s'en serait pas inquiétée outre mesure si la peau au-dessus ne s'était mise à se violacer et à rougir.

A l'examen, la tumeur abdominale a le volume d'une tête d'adulte, elle siège sous la cicatrice qu'elle infiltre en son milieu au point que nous craignons l'ulcération à brève échéance.

En voyant cette jeune mère de famille si florissante, malgré la récurrence manifeste de son cancer, nous nous primes à nous demander si rien de plus

ne pouvait être fait pour elle et il nous vint alors à la mémoire d'avoir lu, quelques mois auparavant, dans les *Mayo Clinic Proceedings*, un article où l'on rapportait quatre cas de récurrence de cancer du côlon que l'on avait ré-opérés avec succès ; il est vrai que ces cas étaient plutôt des récurrences dans la paroi et ne pouvaient se comparer avec la volumineuse récurrence à la fois pariétale et intra-abdominale devant laquelle nous nous trouvions.

La patiente interrompt nos réflexions pour demander s'il y avait lieu de s'inquiéter de la présence de cette bosse.

Toujours en la laissant sans son impression qu'il s'agissait de tuberculose, nous trouvons le courage de lui dire qu'il est resté quelque chose et qu'il faut une troisième opération et, au plus tôt, avant que cela ne s'ouvre à la peau, ce qui compliquerait l'intervention.

Avec son courage et sa détermination habituels, elle téléphone aussitôt à son mari pour lui dire qu'elle entre le soir même à l'hôpital.

Trois jours après sa ré-admission, c'est-à-dire le 4 juin 1943, nous tentons l'extirpation de sa récurrence ; le Dr Jean-Marie Lemieux est l'assistant.

L'incision circonscrit largement en ellipse l'ancienne cicatrice, dont le milieu participe à l'infiltration néoplasique.

Plus nous allons dans l'ouverture de la paroi, plus nous réalisons qu'il faut en sacrifier grand ; une partie des muscles grand droit, petit oblique et transverse y passent ; à ce moment nous avons la tentation de reculer ; mais nous finissons par pénétrer dans le ventre en dedans de la tumeur, c'est-à-dire presque rendu sur la ligne médiane. Peu à peu, nous entreprenons le décollement intra-abdominal de la masse qui fait bloc avec la partie de la paroi antérieure sacrifiée ; le *fascia iliaca* de même que le péritoine pariétal latéral et postérieur doivent être sacrifiés aussi ; l'uretère est disséqué, le rein droit suit, car les adhérences du néoplasme ont gagné la loge graisseuse de cet organe ; il faut donc enlever la portion infiltrée de cette graisse péri-rénale ; en dedans, des prolongements, sous forme de gros noyaux, s'infiltrèrent dans les espaces rétro-péritonéaux, mais on trouve des plans de clivage. Avouons, cependant, que nous n'avions guère l'impression de faire œuvre utile ; nous continuons parce que, comme l'on dit parfois, nous nous étions embarqués. En haut, nous

avons de la peine, au milieu des bourgeons tumoraux, d'abord à reconnaître, puis à isoler, sans la blesser, la troisième portion du duodénum.

Nous nous acheminons ainsi vers la bouche d'iléo-transversostomie que nous espérons trouver indemne, l'opération ayant pu se terminer là ; mais non, l'infiltration tumorale avait gagné cette bouche et il nous fallait la sacrifier avec un autre pied de grêle et quelques autres pouces de côlon transverse et faire, plus loin, une nouvelle iléo-transversostomie latéro-latérale, puis enfouir le bout distal de l'iléon et fermer le bout proximal du transverse après les avoir sectionnés, ce qui finissait de libérer complètement la masse tumorale, dont le volume dépassait celui d'une tête d'adulte.

On voyait maintenant à nu tous les vaisseaux et les nerfs de l'espace rétro-péritonéal du côté droit de l'abdomen.

Restait le dernier et non le moindre problème à résoudre, celui de la fermeture de l'abîme que nous avons creusé ; nous décidâmes alors, et c'était la seule solution, d'exclure complètement la partie droite de son abdomen en suturant la lèvre interne du péritoine pariétal antérieur à celle passablement déchiquetée du péritoine postérieur, de telle sorte que, du bassin au duodénum, tous les viscères abdominaux se trouvaient maintenant refoulés et contenus dans la partie gauche de l'abdomen.

Nous rembourrâmes la large loge extra-péritonéale du côté droit par un Mickuliz à sept mèches, contenues dans un sac de soie huilée, puis nous fermâmes partiellement, par de grands crins de tension, ce qui restait des plans de la paroi et de la peau.

L'intervention avait duré deux heures et quarante-cinq minutes.

Une transfusion sanguine immédiate de 325 c.c. tira assez rapidement l'opérée du *shock* marqué dans lequel elle se trouvait après l'opération. Le reste des suites opératoires est très simple.

La malade se lève le dixième jour et serait bientôt prête à partir, si nous ne demandions au radiothérapeute de lui faire de la radiothérapie post-opératoire, dont elle reçoit quatre séances à quatre jours d'intervalle chacune.

L'examen histo-pathologique de la masse tumorale, fait par le Dr Morin, donne le rapport suivant : « Épithélioma très atypique constitué par des cellules très petites, polyédriques. On trouve, par-ci, par-là, des

gros foyers de nécrose dans la masse tumorale. Dans le fragment examiné, la tumeur est située dans les tuniques externes musculaires et péritonéales de l'intestin ».

Cette dernière constatation du pathologiste prouve bien qu'il s'agissait d'une récidive à point de départ intra-abdominal, probablement aux dépens du moignon du côlon transverse que nous n'avions pas sacrifié assez loin, à la première intervention, et non d'une récidive dans la paroi abdominale.

La malade quitte l'hôpital le 3 juillet 1943 ; nous l'avons revue au bureau, deux fois depuis, la dernière fois il y a à peine dix jours ; nous n'en croyions pas nos yeux ; elle pèse 146 livres, c'est-à-dire qu'elle a engraisé de dix-huit autres livres depuis sa dernière opération ; nous avons examiné son ventre : celui-ci ressemble un peu à un thorax de malade qui a subi une thoracoplastie ; c'est le cas de dire que la peau du ventre lui touche au dos ; mais, cinq mois après, rien de suspect n'apparaît ni dans son ventre, ni au niveau de sa cicatrice ; aucune induration, et d'ailleurs la patiente elle-même réalise que c'est mieux que la première fois, alors qu'à peine deux mois après être retournée chez elle, elle s'était aperçu qu'une bosse dure persistait et augmentait peu à peu.

Que sera le pronostic ? Nous n'en savons rien. Ce que nous savons, c'est qu'une jeune femme de 32 ans s'est présentée au bureau, il y a un an et demi, dans un état lamentable, devant mourir à brève échéance d'un cancer du côlon droit, et, il y a dix jours, nous la revoyons encore au bureau, engraisée de cinquante livres, resplendissante de santé, après avoir subi d'abord une hémicolectomie droite, ce qui est assez ordinaire, puis l'extirpation d'une récidive très étendue, ce qui est moins ordinaire.

Cela seul suffirait pour nous récompenser de nos efforts et de notre persévérance ; mais, avec ce cas-ci, nous avons en plus la satisfaction de contribuer à ouvrir plus large la porte sur une nouvelle étape de la chirurgie du cancer colique, celle de l'opérabilité de récidives locales, même très étendues.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE
DE LA TUBERCULOSE INTESTINALE

par

Mathieu SAMSON

Radiologiste à l'Hôpital Laval

La tuberculose intestinale est habituellement secondaire à une tuberculose pulmonaire, elle est rarement, exceptionnellement, primitive.

Le plus souvent (85%) les lésions sont localisées à la région iléo-cæcale ; la partie terminale de l'iléon et le cæcum sont les segments intestinaux généralement atteints ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, le côlon transverse, l'iléon supérieur et le sigmoïde.

Les formes pures de tuberculose intestinale, soit coliques, soit entéritiques, sont exceptionnelles, les lésions associées sont la règle.

Il en résulte que, quelque soit la forme et la localisation de la tuberculose intestinale, c'est dans la région iléo-cæcale qu'il faut avant tout rechercher les anomalies radiologiques du début.

Pour l'examen radiologique nous avons le choix entre le repas et le lavement opaque. Étant donné les signes que nous recherchons dans la tuberculose intestinale nous utilisons de préférence le repas baryté, complétant, lorsqu'il est nécessaire, cet examen par un lavement opaque.

Normalement, à la suite d'un repas opaque, l'on constate que la substance barytée traverse la valvule iléo-cæcale une heure et demie à quatre heures après l'ingestion du repas. Le cæco-ascendant doit être visible après six heures ; et neuf heures après, la colonne opaque doit atteindre l'angle splénique et la substance opaque doit se trouver toute entière dans les côlons.

Fait important et à retenir, l'opacité barytée doit être continue mais non divisée, discontinue.

SYMPTOMES RADIOLOGIQUES

Presque tous les signes radiologiques décrits au cours de la tuberculose intestinale, traduisent des lésions du gros intestin. Ce sont avant tout des lésions de còlite.

On constate :

1° Le plus souvent, une accélération du transit intestinal global, l'intestin se vidant en 12 à 18 heures.

2° Quelquefois, un retard de l'évacuation gastrique (stase gastrique) et cela sans lésions pyloro-duodénales.

3° Un retard de l'évacuation iléale (stase iléale). On trouve encore, six heures après l'ingestion du repas, de la substance opaque dans la ou les dernières anses iléales dilatées.

4° En même temps une discontinuité de l'opacité barytée au niveau du cæco-ascendant. La substance opaque se trouve dans l'iléon et le còlon transverse, tandis que le cæcum et le còlon ascendant n'en renferment à peu près pas. Les Américains, avec leur langage imagé, ont décrit ce signe sous le nom de *jumping of the cæcum*. Il y a donc association de stase iléale et d'hyperkinésie du cæco-ascendant. Le cæco-ascendant lésé et intolérant expulse dans le transverse chaque bouchée opaque qui lui arrive de l'iléon dilaté.

5° L'image de Stierlin, défaut de remplissage du cæcum, plus facilement démontré par un lavement opaque. La réplétion du cæcum est incomplète, ses contours sont irréguliers, déchiquetés.

Stierlin considérait ce signe comme pathognomonique de la tuberculose iléo-cæcale. Mais, subséquemment, divers auteurs ont démontré que « l'absence de réplétion du cæcum traduit, d'abord et avant tout, l'existence d'un spasme intense qui ne permet pas, à ce niveau, la réplétion, même momentanée du côlon. Il était donc logique de penser que toute cause irritative locale, voire même éloignée, suffisamment intense, pourrait déterminer l'apparition de cette même image. Mais, en pratique, le signe de Stierlin garde une grosse valeur en limitant le plus souvent à deux possibilités, tuberculose ou cancer, l'origine de son apparition. »

6° On peut constater, au niveau de la valvule iléo-cæcale, divers signes : incontinence marquée, dépression, encoche en cupule de la paroi cæcale au fond de laquelle s'abouche l'iléon.

En résumé :

On voit l'importance des renseignements fournis par l'examen radiologique pour établir le diagnostic de la tuberculose intestinale. Mais il ne faudrait pas attribuer aux signes radiologiques une valeur absolue et spécifique en faveur de la tuberculose intestinale. Les colites ulcéreuses de toute cause, l'appendicite avec pérityphlite peuvent donner des images qui s'en rapprochent.

C'est dire que les signes radiologiques, tout en ayant une grande valeur, doivent être interprétés à la lumière de la clinique. On ne saurait, en effet, trop s'élever contre la tendance de certains médecins, qui, sans examen clinique suffisant, posent un diagnostic de nature au seul examen d'un film radiographique.

OBSERVATIONS

Les deux observations qui vont suivre font voir les transformations de l'image radiologique que l'on peut observer au cours du traitement.

Première observation :

Ls-Philippe L., âgé de 16 ans, est admis à l'Hôpital Laval, le 19 janvier 1942, pour une tuberculose ulcéro-caséuse extensive très avancée. Au cours de l'été, le malade accuse des troubles intestinaux : diarrhée et coliques. Un transit est fait qui nous permet de constater : un retard

de l'évacuation stomacale, une stase iléale, le cæco-ascendant ne renferme à peu près pas de substance barytée, tandis que l'on en trouve dans le transverse et le descendant. Il y a donc hyperkinésie au niveau du cæco-ascendant. Un diagnostic de tuberculose intestinale probable est porté. Le malade, après avoir subi les divers examens qui confirment ce diagnostic, est mis au régime de Kennedy et, dans les mois suivants, reçoit 210 traitements de rayons ultra-violets. Les symptômes intestinaux s'atténuent graduellement au point que la diarrhée disparaît et que les coliques cessent. Un nouveau transit est fait, le 29 septembre 1943, qui nous permet de constater une amélioration marquée de l'image radiologique. On perçoit toujours une stase stomacale importante, mais on ne voit plus cette discontinuité de l'image barytée que l'on décelait, lors de l'examen précédent, au niveau du cæco-ascendant.

Deuxième observation :

Bertrand T., âgé de 17 ans, est admis à l'Hôpital Laval, le 3 janvier 1942, pour une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse modérément avancée. Au cours de son séjour à l'hôpital, le malade accuse des alternatives de diarrhée et de constipation. Un transit fait le 4 novembre 1942 nous permet de constater : la présence d'un petit résidu baryté dans l'estomac, les dernières anses iléales renferment une bonne quantité de substance opaque, le reste se trouve dans le transverse, l'angle splénique et le descendant. On ne retrouve que quelques petites taches barytées dans le cæco-ascendant. En résumé, stase stomacale, stase iléale s'accompagnant d'une hyperkinésie du cæco-ascendant (fig. 1).

Le malade fut soumis au régime de Kennedy et à l'héliothérapie artificielle. Son poids qui, au début du traitement, était de 115½ livres, passe à 146¾ livres ; les symptômes intestinaux disparaissent. On lui fait un nouveau transit le 23 juin 1943, et nous constatons alors une transformation de l'image radiologique. En effet, six heures après l'ingestion du repas opaque, la baryum se trouve dans la fin du grêle et le cæco-ascendant. Ce segment colique ne présente donc plus l'intolérance au baryum qui était manifeste lors de l'examen précédent (fig. 2).

COMMENTAIRES

La tuberculose intestinale avait, autrefois, la réputation de conduire fatalement à la cachexie et à la mort, son pronostic était toujours considéré

comme mauvais. Mais, subséquemment, les phtisiologues² ont modifié leur opinion et ont adopté l'attitude suivante : si l'état général est bon, si la tuberculose pulmonaire n'est que modérément avancée et si le patient peut recevoir un régime adéquat et une héliothérapie suffisante, le pronostic est décidément bon.

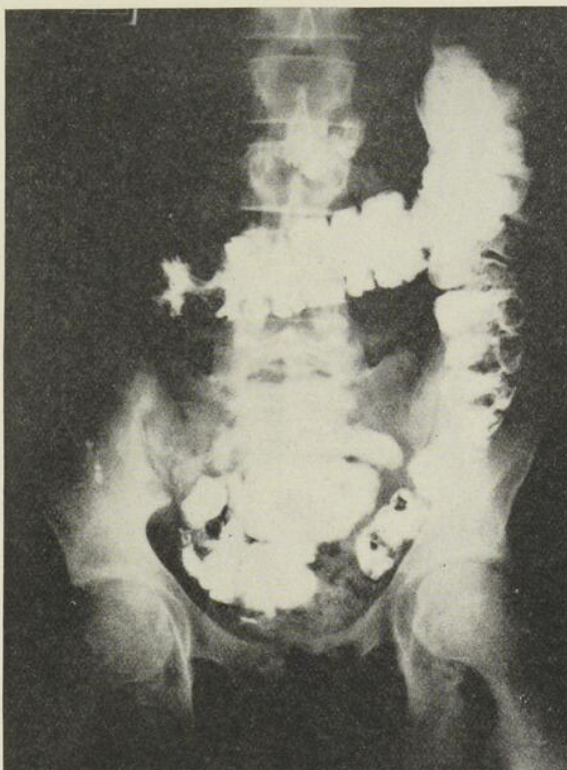


Figure 1

A l'Hôpital Laval, les patients souffrant de tuberculose intestinale sont soumis à un régime spécial et à l'héliothérapie. L'expérience nous a appris que l'héliothérapie naturelle et artificielle amène rapidement une sédation des symptômes et aide considérablement à la guérison. Mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que notre climat se prête difficilement à une héliothérapie naturelle qui puisse être considérée comme

adéquate. Ainsi, l'an dernier, par exemple, nous avons, durant l'été, fait un relevé du nombre des journées ensoleillées ; nous nous sommes aperçus qu'elles étaient peu nombreuses et qu'elles ne permettaient pas un traitement possédant une continuité suffisante. C'est pourquoi je suis d'avis que, pour obtenir des résultats dans le traitement de la

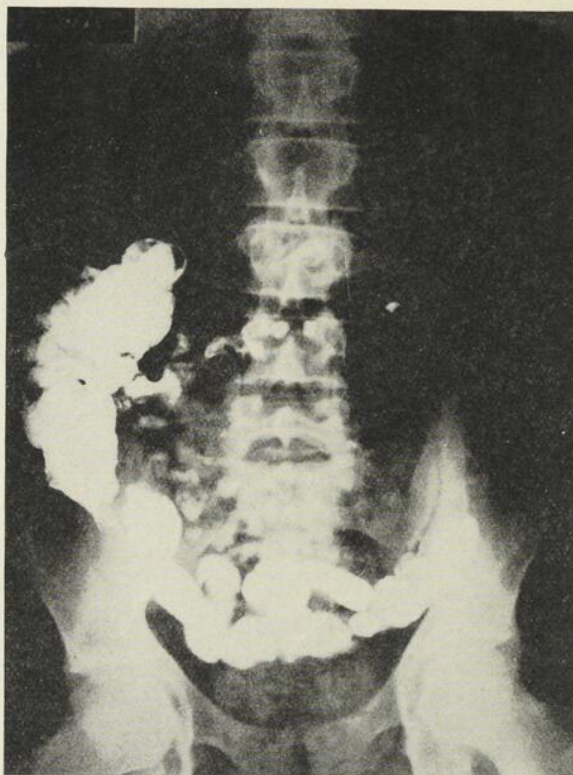


Figure 2

tuberculose intestinale, nous devons, à Québec, avoir recours à l'héliothérapie artificielle.

Il n'y a pas de critères absolus et définis qui nous permettent d'affirmer la guérison de la tuberculose intestinale.

Il est vrai que nous observons, au cours du traitement chez les patients qui s'améliorent, une transformation de l'image radiologique

qui peut aller jusqu'à l'aspect normal. Mais, le plus souvent, le segment intestinal atteint devient moins souple, d'un volume moins considérable, indice qu'il se produit à ce niveau un processus fibreux de cicatrisation.

Mais le fait important c'est la constatation que le segment intestinal atteint a récupéré sa tolérance au baryum ; il est impossible d'affirmer une guérison si cette tolérance ne demeure constante pour une période d'au moins deux ans.

On peut donc conclure, en disant que, si la tuberculose intestinale est découverte à un stage qui n'est pas trop avancé et que si elle est traitée avec un régime approprié et une héliothérapie bien comprise, on peut espérer la guérir. Mais, il faut bien l'admettre, le principal facteur dans cette guérison est la guérison du foyer pulmonaire.

BILBIOGRAPHIE

1. LAWFASON BROWN et HOMER L. SAMMPSON. Intestinal Tuberculosis : Its Importance. Diagnosis and Treatment. *Lea and Febiger*, 1026.
 2. R. LEDOUX-LEBARD. Manuel de radiodiagnostic clinique. *Masson et Cie*, 1933.
 3. LEO RIGLER. Outline of Röntgen Diagnosis. *Lippincott*, 1938.
 4. J.-C. RUDLER. Tuberculose iléo-cæcale. *Encyclopédie Médico-chirurgicale*.
 5. HOMER H. CHERRY. Signs of Tuberculous Enterocolitis. *American Journal of Röntgenology and Radiumtherapy*, vol. XXVII, (jan.) 1932, 65.
 6. ROSS GOLDEN. The Small Intestine and Diarrhea. *American Journal of Röntgenology and Radiumtherapy*, **36** : (déc.) 1935, 892.
 7. GUISEPPE COMESSATI. Röntgen Study of Tuberculosis of the Intestine. *American Journal of Röntgenology and Radiumtherapy*, **38**, (sept.) 1937, 501.
-

MÉLANOMATOSE NEURO-CUTANÉE

Association de *nævi* pigmentaires de la peau
et d'hydrocéphalie chez un enfant

par

G.-H. LARUE

Assistant à l'Hôpital Saint-Michel-Archange

et

Alphonse PELLETIER

Chef du Service de psychotechnie à l'École la Jemmerais

Nous avons cru intéressant de vous présenter l'observation d'un enfant atteint d'un syndrome rare, appartenant à cette classe de maladies ou malformations que Yakovlev et Guthrie groupèrent sous le titre général d'ectodermose congénitale (1).

L'embryologie nous enseigne que la peau et le système nerveux dérivent tous deux du même tissu embryonnaire, l'ectoderme. C'est en tenant compte de ce fait que l'on peut comprendre le pourquoi de l'atteinte souvent simultanée, par un même processus pathologique, et de la peau et du système nerveux.

L'affinité particulière de certains microbes pour ces deux systèmes est bien connue ; c'est ainsi que le tréponème de la syphilis, les virus des

maladies contagieuses : scarlatine, rougeole, variole, touchent avec prédilection ces deux dérivés ectodermiques. Ce même phénomène se rencontre pour toute une catégorie de formations tumorales apparentées et par ce côté embryologique et par un caractère particulier commun, à savoir : la présence, en quantité anormale, du pigment mélanique dans les tissus atteints : neuro-fibromatose de Recklinghausen, la mélanose cérébro-méningée ou mélanomes primitifs du cerveau, les *naevi* de la peau associés à des lésions cérébrales semblables, les mélanomes oculaires, etc. Tous ces différents syndromes peuvent être groupés sous le titre général de mélanomatose.

J. C. Wilcox, du *Massachusetts General Hospital*, publie, dans le numéro de février 1939 de l'*American Journal of Diseases of Children*, l'observation d'un enfant présentant ce qu'il appelle une malformation ectoplastique congénitale, se traduisant par une mélanomatose de la peau et du système nerveux central (plexus choroïdes et cerveau) avec hydrocéphalie (2). Il ne relève dans la littérature que deux cas antérieurs semblables.

Les symptômes cliniques rapportés dans son observation étant identiques à ceux du petit malade que nous vous présentons, nous croyons intéressant de rapprocher les deux observations, d'autant plus que cette observation de Wilcox fut complétée par une autopsie.

OBSERVATION DE NOTRE MALADE

Il s'agit d'un enfant de 2 ans et demi, né à terme, le cinquième d'une famille de sept, les autres étant tous normaux. Nous n'avons pu obtenir d'autres renseignements de la bienfaitrice qui le conduit ici, que les suivants : C'est un arriéré mental qu'on ne peut garder chez lui à cause de son apparence monstrueuse.

C'est un hydrocéphale dont la circonférence de la tête mesure 22 pouces et trois-quarts. Retard considérable du développement intellectuel et moteur. Une hypotonie généralisée et une motricité très peu développée l'empêchent de se tenir debout. Les réflexes tendineux sont normaux avec un Babinski bilatéral. Sensibilités apparemment normales. Ce qui frappe, à part sa grosse tête, à l'examen des téguments,

c'est la présence de nombreux *nævi* pigmentaires sur toute la surface du corps. Les uns sont plats, les autres soulevés et pileux, de formes variées, dont le plus grand prend cette disposition souvent rencontrée dans les diverses observations, et que l'on appelle « en caleçon de bain ». La cuisse gauche, qui est plus petite que la droite, est, en plus d'être pigmentée, recouverte d'une plaque d'hypertrichose donnant l'aspect de peau de singe. La pigmentation est brun café avec, ici et là, des taches franchement noirâtres. De plus, l'on trouve sur la peau quelques excroissances, les unes petites (verrues) les autres plus grosses et mollasses (*molluscum*).



Figure 1

Le Børdet-Wassermann est négatif dans le sang, de même que dans le liquide céphalo-rachidien qui est clair et sous une tension en position couchée, de 20 (Claude) ; 0.8 lymphocytes, 0.18 d'albumine, 92 hématies (liquide soutiré par ponction lombaire). Le signe de Queckenstedt est franchement positif, la pression montant de 20 à 50 et redescendant facilement dès qu'on cesse la pression des jugulaires ou que l'enfant cesse de pleurer. Il n'existe donc pas de blocage ventriculo-sous-arachnoïdien. La radiographie du crâne laisse voir les signes habituels rencontrés dans ces cas. C'est une hydrocéphalie interne et communicante (3).

OBSERVATION RAPPORTÉE PAR WILCOX
(Résumé de l'autopsie)

Hydrocéphalie avec plusieurs *naevi* pigmentaires cutanés, dont l'un très grand, en « caleçon de bain ».

Cerveau :

Circonvolutions aplaties avec cortex cérébral très aminci. Tout le système ventriculaire est dilaté. A la surface latérale et inférieure de chaque lobe frontal et temporal, pénétrant jusqu'au fond de la scissure sylvienne, une pigmentation intense foncée de la corticalité. Quelques

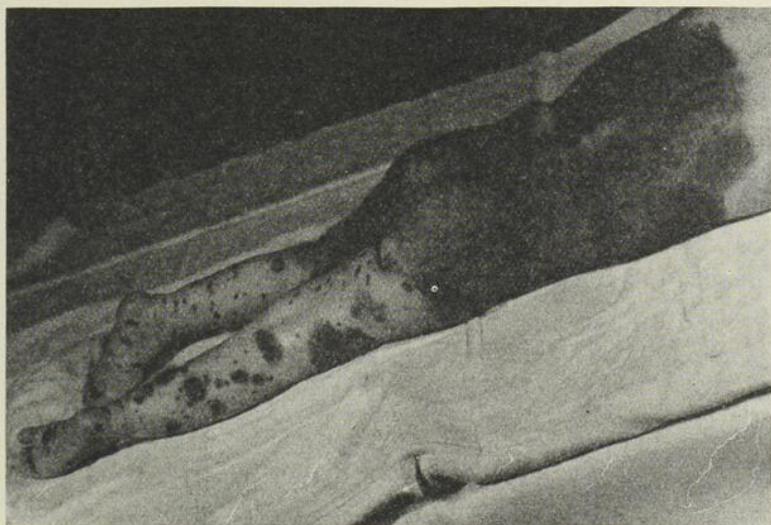


Figure 2

petites taches semblables sur le cervelet. Le pigment atteint non seulement la pie-mère, mais la substance cérébrale sous-jacente. Sur les parois latérales du 4^e ventricule, un mélanome de chaque côté. Dans chaque plexus choroïde, un nodule tumoral de 1.5 cm. de coloration grise. A la surface postéro-inférieure du cervelet, une membrane grise de 0.5 mm. d'épaisseur. La réaction pour la mélanine est positive dans ces régions pigmentées comme pour la peau. L'examen microscopique révèle qu'il s'agit de cellules tumorales les unes avec, les autres sans pigments mélaniques.

COMMENTAIRES

Wilcox explique la production d'hydrocéphalie chez son malade par un blocage intermittent de la circulation du liquide céphalo-rachidien par cette membrane méningo-tumorale située dans l'angle médullo-cérébelleux, ne semblant pas tenir compte des autres mécanismes de production d'hydrocéphalie.

Pour notre part, nous croyons qu'une perturbation dans la production et la résorption du liquide céphalo-rachidien pourrait bien être à la base de l'hydrocéphalie communicante de notre malade, puisque cette hydrocéphalie n'est pas fermée par un blocage. Nous pourrions donc soupçonner chez cet enfant, une atteinte diffuse par le processus de mélanose et des plexus choroïdes et des tissus cérébraux méningés, amenant soit une hyper-production du liquide céphalo-rachidien, soit un retard dans l'absorption, soit les deux à la fois. En effet, l'infiltration tumorale de ces néo-formations, se fait au niveau des régions les plus vascularisées de l'écorce cérébrale. C'est une infiltration péri-vasculaire des méninges molles et de l'écorce cérébrale que l'on voit décrite dans les observations de mélanomes cérébraux que l'on retrouve dans la littérature sous différents noms tels que : mélanomes, mélanoblastomes, mélanosarcoblastomes, ou simplement mélanoses méningées diffuses (4).

Après toutes ces constatations et les signes cliniques observés chez notre malade, nous avons porté le diagnostic de mélanomatose cutanée et cérébro-méningée, avec atteinte possible des plexus choroïdes, espérant avoir un jour la vérification par une nécropsie de ce diagnostic.

Dans les tumeurs mélaniques primitives du cerveau (et elles sont rares car, en faisant une revue de la littérature en 1859 et 1936, Schnitker et Ayer (5) n'en relèvent qu'une trentaine de cas), le diagnostic de la nature de ces néo-formations est pratiquement impossible. Ce n'est qu'en présence, comme chez notre malade, de nombreux *naevi* pigmentaires de la peau accompagnant une affection cérébrale, que la nature de celle-ci peut être soupçonnée.

Comme le rappelle Pierre Salles (6), c'est à Pierre Masson que l'on doit d'avoir mis en évidence l'origine nerveuse des formations pigmentaires de la peau. Cette même théorie s'appliquerait-elle pour

expliquer la formations des mélanomes cérébro-méningés, c'est ce que pensent plusieurs auteurs. C'est ce même Pierre Salles qui rappelle la fréquence d'association des tumeurs mélaniques du cerveau avec les pigmentations anormales de la peau.

Et nous en concluons avec lui qu'il semble logique d'admettre que toutes ces diverses affections se traduisant par un trouble de la pigmentation par la mélanine avec ou sans formations tumorales telles que : maladie de Recklinghausen, mélanomes cérébro-méningés et les *naevi* de la peau, ne sont que l'expression, sous diverses formes, d'une même entité pathologique atteignant différents éléments d'un même système.

BIBLIOGRAPHIE

1. YAKOVLEV et GUTHRIE. Congenital Ectodermoses in Epileptic Patients. *Arch. Neurol. & Psychiat.*, **26** : 1145 (déc.) 1931.
 2. J. C. WILCOX. Melanomatose of the Skin and Central Nervous System in Infants (A Congenital Neurocutaneous Syndrome). *American Journal of Diseases of Children*, 1939, p. 391.
 3. G.-H. LARUE. Deux cas d'hydrocéphalie. *Bull. Soc. des Hôp. universitaires*, (juillet) 1935, p. 202.
 4. GARCIN, BERTRAND, THÉVENARD et SCHWOB. Mélanoblastome diffus primitif des centres nerveux (étude anatomo-clinique). *Rev. Neurologique*, (déc.) 1933, p. 828.
 5. SCHNITKER et AYER. Primary Melanosis of Leptomeninges. *J. Nerv. and Mental Dis.*, **87** : 45, 1938.
 6. Pierre SALLES. Le problème des tumeurs mélaniques du système nerveux central. *Annales de Médecine*, 1936, p. 440.
-

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES ABCÈS PULMONAIRES ⁽¹⁾

par

R. DESMEULES, L. ROUSSEAU et Ph. RICHARD

de l'Hôpital Laval

Laënnec écrivait : « Il n'y a pas de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire ».

Nous savons aujourd'hui que de telles affections ne sont pas exceptionnelles. Laënnec eut cependant le mérite de faire la discrimination entre ces suppurations et la tuberculose.

Dieulafoy partagea ses vues et reconnut dans les symptômes des abcès pulmonaires les signes de la pleurésie interlobaire d'où l'aphorisme : « la pleurésie interlobaire est la règle, l'abcès pulmonaire l'exception ».

Les Américains signalèrent la fréquence des suppurations pulmonaires consécutives aux interventions chirurgicales.

La thèse de Kourilsky en 1927, les études de Sergent, exposées devant la Société internationale de chirurgie, à Madrid, en 1932, enrichirent nos connaissances de faits cliniques, anatomiques et radiologiques.

Nous devons à Chevalier Jackson des renseignements précieux relevant de l'exploration bronchoscopique.

(1) Travail présenté lors de la réunion conjointe de l'Association médicale canadienne et de la Société de phtisiologie, tenue à Québec les 9 et 10 septembre 1943.

Nous avons relevé 52 abcès pulmonaires observés à l'Hôpital Laval de 1931 à 1942.

Nous désirons appuyer sur certains caractères généraux et particuliers de ces suppurations.

L'âge des malades a varié de 7 à 57 ans. La majorité des abcès survint entre 20 et 50 ans, soit 80.4%.

TABLEAU I (selon l'âge)

Age.....	0 à 10 ans	11 à 20 ans	21 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans
Nombre de cas.	2	6	15	14	12	3

Si le sexe est considéré, les statistiques dénombrent 39 hommes et 13 femmes.

Les conditions de vie moins hygiéniques des hommes exposés, jusqu'à date, aux intempéries, aux poussières industrielles, aux gaz de combat, aux excès tabagiques et alcooliques beaucoup plus que les femmes, fournissent une explication à ce fait. Les hommes sont aussi moins soigneux de leur cavité bucco-pharyngée.

Ces statistiques correspondent à celles de Roubier, de Lyon, et à celles de Graham Bryce.

Le foyer d'origine fut très variable. Les abcès furent la plupart du temps consécutifs à une affection pulmonaire aiguë ou à une intervention chirurgicale ou à l'inhalation d'un corps étranger. Ils survinrent aussi comme métastase d'une suppuration à distance.

TABLEAU II (selon l'origine)

- 20 consécutifs à une pneumopathie aiguë atypique ;
- 6 au cours d'une tuberculose pulmonaire active et évolutive ;
- 6 à la suite d'extraction dentaire ;

- 4 à la suite d'intervention sur les amygdales ;
- 3 à la suite d'intervention sur l'abdomen ;
- 3 consécutivement à l'inhalation de corps étrangers ;
- 1 secondaire à une infection du cou-de-pied ;
- 1 secondaire à une *pblegmatis alba dolens* ;
- 1 au cours des séquelles paralytiques d'une encéphalite léthargique ;
- 1 compliquant un diabète avec dénutrition azotée ;
- 1 compliquant une dilatation des bronches ;
- 1 compliquant une bronchite chronique par gaz de combat ;
- 4 à début insidieux.

L'école américaine défend la voie descendante bronchique. Stern croit que la majorité des abcès putrides sont dus à l'inhalation durant le sommeil de particules septiques provenant de la cavité buccale. Par contre, Scotmueller n'a pu développer des abcès pulmonaires même en introduisant directement dans les voies bronchiques des produits septiques.

L'origine hémotogène serait donc plus conforme à la discipline scientifique que l'embolie bronchique.

La localisation exacte des abcès peut présenter des difficultés qui seront levées par l'exploration bronchoscopique.

TABLEAU III (selon la localisation)

- 26 abcès siégeaient à la moitié inférieure droite ;
- 17 abcès siégeaient à la moitié inférieure gauche ;
- 2 abcès siégeaient à la moitié supérieure droite ;
- 2 abcès siégeaient à la moitié supérieure gauche ;
- 5 abcès étaient bi-latéraux.

Ce diagnostic est d'importance capitale, comme l'affirme Forestier, surtout si l'on envisage une intervention chirurgicale.

La sériescopie, dont les principes ont été établis par Ziedses des Plantes et appliqués par Cottenot, le détermine avec précision.

H. Durand fait une distinction entre l'évolution des abcès à pyogènes et celle des abcès putrides. Les premiers s'acheminent vers la purulence sans ébaucher des processus sclérosants notables, sauf à leur passage à la chronicité. Les abcès putrides s'accompagnent d'une sclérose plus ou moins marquée et toujours de nécrose.

La flore microbienne est ordinairement polymorphe. Letulle signale qu'il n'y a aucun rapport entre les pyogènes et les caractères anatomocliniques des abcès sauf pour le Friedlander qui détermine généralement un phlegmon diffus avec odeur.

L'anaérobiose imprime un caractère sévère à la suppuration pulmonaire.

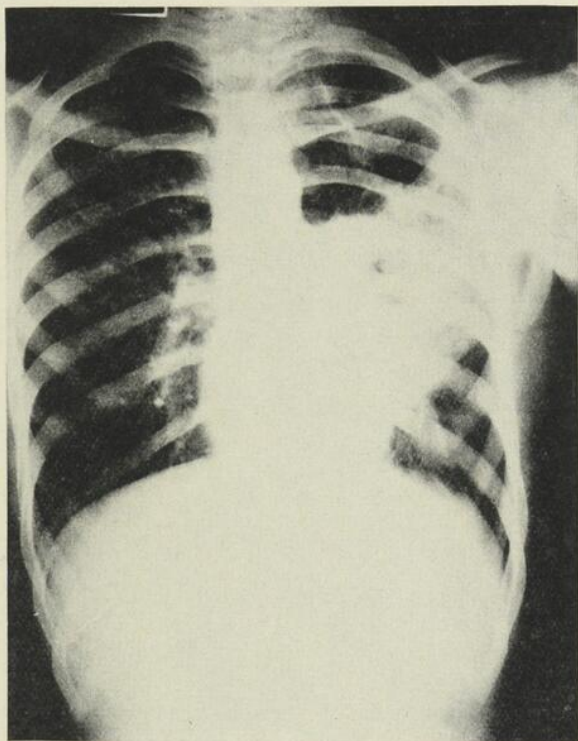


Figure 1. — Première observation. Abscès pulmonaires gauches en évolution.

ÉTUDE CLINIQUE

Le symptôme capital de l'abcès pulmonaire est la *vomique* qui manque rarement. Cependant, si le rejet de pus se fait de façon fractionnée, le diagnostic peut être rendu difficile.

Nous avons observé quelques abcès silencieux où seul l'examen radiologique extériorisait les caractères de l'abcès pulmonaire.

Première observation :

R. C., 19 ans, présente un syndrome pneumonique atypique depuis la mi-octobre 1942. Les expectorations contiennent du pneumocoque. La radiographie pulmonaire révèle des images hydro-aériques (fig. 1) qui s'effacent progressivement pour aboutir à la résolution complète

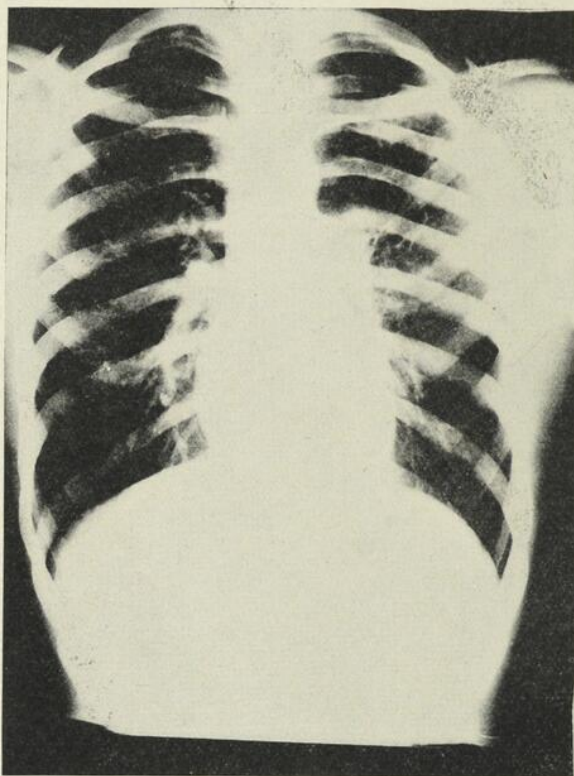


Figure 2. — Première observation. Guérison spontanée des abcès pulmonaires. Nettoyage radiologique.

(fig. 2) sans qu'aucun signe clinique puisse permettre de suspecter une suppuration pulmonaire.

Nous désirons aussi signaler une observation où une vomique massive et unique orienta le diagnostic vers l'abcès pulmonaire quelques instants avant la mort.

Deuxième observation :

A. D., 24 ans, est un diabétique. En décembre 1930, il présente tous les symptômes apparents d'une tuberculose pulmonaire. Une radiographie montre des opacités pouvant correspondre à des foyers bronchopneumoniques. Trois mois plus tard une vomique massive provoque

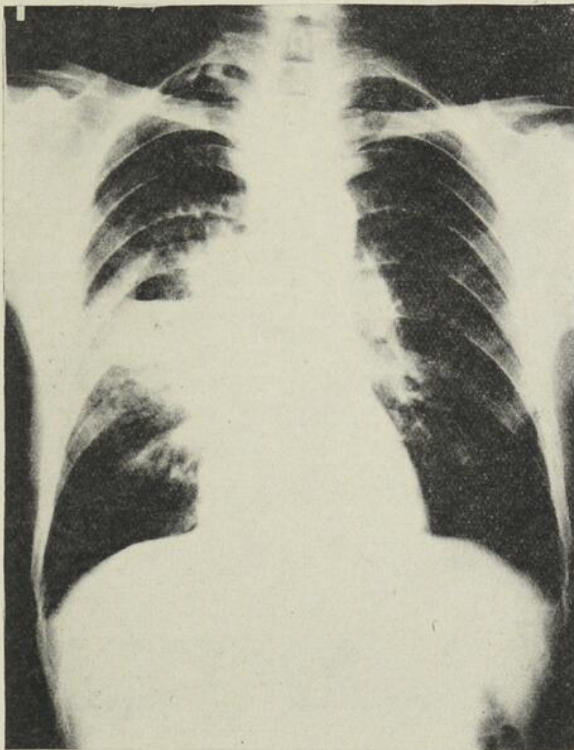


Figure 3. — Troisième observation. Abscès pulmonaire droit en évolution.

l'asphyxie quelques heures seulement après son admission au sanatorium. L'autopsie révèle l'existence d'abcès pulmonaires disséminés dans les deux plagues. L'examen bactériologique identifie le staphylocoque doré.

Les abcès aigus spontanément curables ont généralement une évolution rapide. La résolution survient en huit à douze semaines après une

ou deux vomiques. La disparition des signes cliniques coïncide avec le nettoyage radiologique. Ce nettoyage peut cependant être incomplet même avec une guérison clinique. Le foyer dense résiduel signera alors un processus scléreux. Comme l'enseignement classique refuse d'ad-

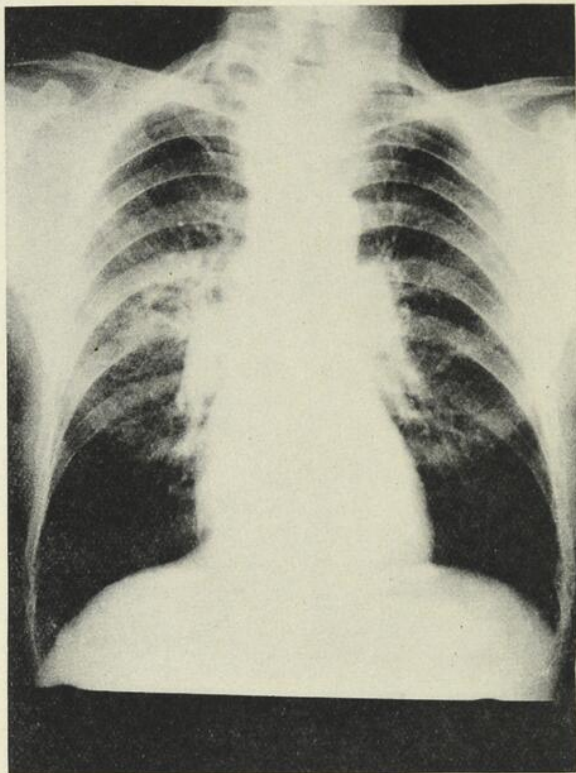


Figure 4. — Troisième observation. Persistance d'images pathologiques après guérison clinique de l'abcès pulmonaire droit.

mettre la guérison clinique sans nettoyage radiologique parfait, nous attirons l'attention sur la possibilité de l'éventualité signalée plus haut.

La limite de temps de trois mois, après lesquels l'abcès aigu qui n'a pas guéri spontanément est considéré comme chronique et du domaine chirurgical, souffre des exceptions. Des abcès aigus ont en effet guéri spontanément plus de six mois après le début.

Troisième observation :

A. D., 58 ans, présente un abcès pulmonaire droit depuis février 1935 (fig. 3). Il a eu 15 vomiques fétides. Le nettoyage radiologique se fait graduellement. En août 1935, il quitte l'hôpital, cliniquement guéri. La radiographie pulmonaire révèle encore un petit dessin circulaire (fig. 4).

Ces faits sont cependant exceptionnels. Ils expliquent la difficulté des classifications anatomo-cliniques dont Cordier a fait une judicieuse étude critique.

Selon Sergent, l'abcès aigu à anaérobies entraîne la mort dans les quatre-cinquièmes des cas, s'il n'est pas traité chirurgicalement, tandis que l'abcès aigu à pyogènes guérit spontanément dans la même proportion.

Notre statistique comprend :

TABLEAU IV
ABCÈS AIGUS

	NOMBRE DE CAS	MORTALITÉS		GUÉRISONS SPONTANÉES	
		Nombre	%	Nombre	%
Abcès à pyogènes.....	15	3	20%	12	80%
Abcès à anaérobies.....	5	3	60%	2	40%

La fétidité est la règle au bout de quelques jours même pour les abcès à pyogènes. Le streptocoque et le Friedlander sont particulièrement mal odorants. Seuls nos cas de suppuration staphylococcique et pneumococcique à l'état pur furent inodores.

L'étude comparative des âges démontre que l'abcès aigu spontanément curable est survenu de 20 à 30 ans dans une proportion de 40%.

Il n'est pas étonnant de voir évoluer cette modalité sur un terrain pulmonaire vierge de toute atteinte antérieure et nullement prédisposé à la sclérose.

Les abcès chroniques relèvent de la chirurgie. La temporisation assombrit le pronostic et l'abstention conduit à l'extension broncho-pneumonique ou à la cachexie.

Les abcès anaérobiques et principalement ceux à association fusospirillaires évoluent presque toujours vers la mort à moins d'intervention chirurgicale.

Nos 32 abcès chroniques se sont comportés comme suit :

TABLEAU V
ABCÈS CHRONIQUES

	A PYOGÈNES	A ANAÉROBIES	A FUSO-SPIRILLES
Mortalités.....	1	5	4
Guérisons.....	6	2	2
Améliorations.....	4	2	1
Stationnaires.....	3	2	0
Nombre de cas.....	14	11	7

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Les images radiologiques fournies par les abcès pulmonaires sont bien connues. Qu'il suffise de rappeler leurs mutations au cours de l'évolution de la suppuration.

Il existe un procédé radiologique qui est trop peu employé et qui, à notre avis, a une grande valeur. C'est la sériescopie qui permet de localiser en profondeur le siège de l'abcès.

La broncho-lipiodographie est nettement déficiente par suite de l'obstruction bronchique à moins qu'elle ne soit précédée d'une aspiration endoscopique.

L'injection de lipiodol dans les bronches ne nous paraît pas inoffensive. Nous avons à déplorer une mortalité que nous attribuons à l'obs-

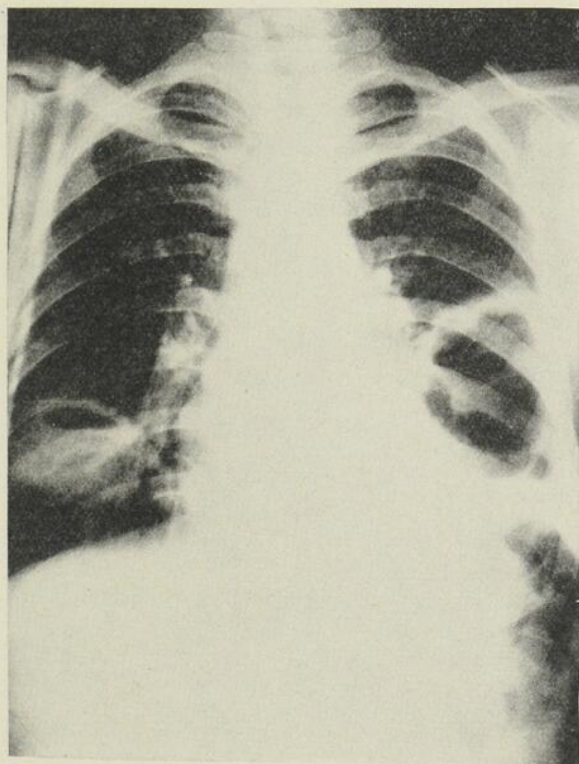


Figure 5. — Abscès pulmonaires greffés sur des kystes.

truction complète d'une bronche de drainage par l'huile iodée. Un pneumothorax putride compliqua l'examen.

Cette méthode nous a permis d'obtenir des images intéressantes dans les kystes pulmonaires. D'ailleurs, la radiographie directe dessine des contours nets d'apparence circulaire lorsque le nettoyage du kyste suppuré est réalisé (comme le démontrent les films de Mme A. B. (fig. 5 et fig. 6).

RELATIONS ENTRE LES ABCÈS DU POUMON ET LA TUBERCULOSE

L'orientation dans notre milieu de malades porteurs d'affections pulmonaires les plus diverses nous a permis d'étudier les rapports entre la tuberculose et les abcès du poumon.

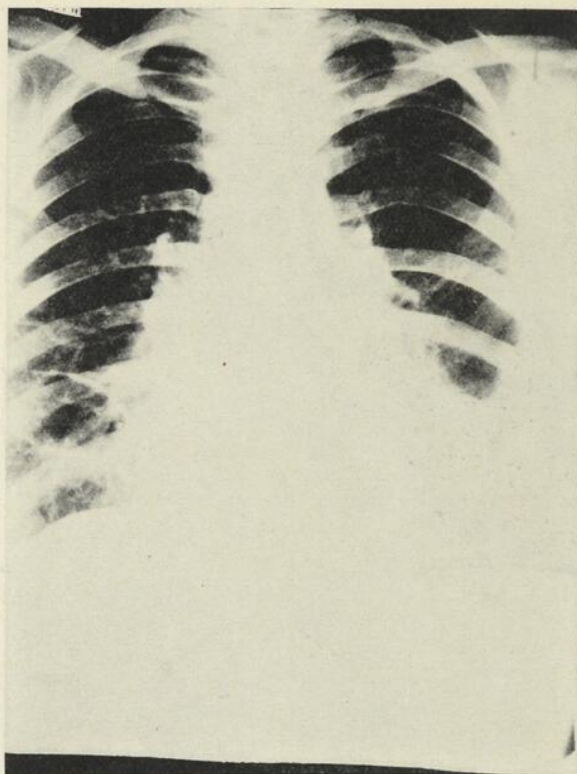


Figure 6. — Persistance des images kystiques après guérison de la suppuration pulmonaire.

L'abcès pulmonaire aigu a exceptionnellement comme germe associé le bacille de Koch.

L'abcès chronique peut réveiller, par déficience locale ou générale, une tuberculose latente.

La tuberculose peut être postérieure à l'abcès et se développer à l'endroit même de la collection ou à distance.

Nous n'avons pas observé de tuberculose par surinfection exogène chez les 46 non-tuberculeux qui ont fait un stage moyen de 3 à 6 mois dans notre sanatorium. Un seul présenta 2 ans et 3 mois après la suppuration pulmonaire une tuberculose pulmonaire évolutive qui ne nous apparaît pas imputable à son stage de 2 mois dans notre milieu.

TRAITEMENT DES ABCÈS PULMONAIRES

La mortalité est très élevée dans les abcès du poumon. Warner la fixe à 50%, Bezançon à 30%.

La fréquence des guérisons spontanées des abcès aigus motive la temporisation. Douze de nos quinze abcès aigus à pyogènes ont guéri spontanément. Sur les trois mortalités, l'une est attribuable à une tuberculose pulmonaire évolutive préexistente, les deux autres à des localisations diffuses prohibant toute intervention chirurgicale.

Nouhof et Tauroff prônent l'intervention précoce pour les abcès aigus à anaérobies.

Nous ne sommes jamais intervenus chirurgicalement pour eux. Nous déplorons trois mortalités sur cinq cas. Deux survinrent après trois semaines de maladie, l'autre se produisit chez un tuberculeux évolutif qui développa un abcès pulmonaire après une phrénicectomie.

En septembre 1936, Coryllos soutint, à Montréal, que toute suppuration pulmonaire, même à pyogènes, devait être ouverte dans les premières semaines. Archibald défendit une opinion plus modérée en motivant son attitude sur la tendance à la guérison spontanée des abcès aigus à pyogènes.

Nous croyons sage d'adopter la ligne de conduite suivante : la temporisation pendant deux à trois mois pour les abcès aigus à pyogènes, l'intervention chirurgicale précoce, si elle est possible, pour les abcès aigus putrides.

Nous avons employé, au cours de la période de temporisation, différents médicaments. La gaiacol, l'alcool, le benzoate de soude ont été utilisés heureusement parfois, alors qu'ils n'ont pas entravé des évolutions défavorables dans d'autres cas.

Il est bien difficile de leur attribuer une relation de cause à effet lorsqu'il s'agit de discuter leur valeur thérapeutique.

Les auto-vaccins, les sérums, les bactériophages, les arsénobenzènes se sont révélés fort décevants.

Les sulfamidés nous ont donné parfois une action favorable sur l'odeur et sur la quantité des expectorations. Par contre, ils ont été complètement inopérants dans d'autres cas.

L'un de nous a publié une observation où la fétidité et la qualité des expectorations ont augmenté au cours du traitement médicamenteux pour disparaître quelque temps après l'avoir discontinué.

La bronchoscopie aspiratrice favorise le drainage et prépare à l'acte opératoire. Nous avons remarqué l'évacuation du pus sous forme de vomique 42 jours après le début d'une pneumopathie à la suite d'une endoscopie bronchique. Cet incident favorable fut suivi de la guérison de l'abcès.

Le pneumothorax artificiel est une arme dangereuse et illogique. Nous avons observé un cas de guérison au cours d'un abcès susceptible de guérir spontanément. Nous n'en tirons aucune conclusion.

Les méthodes collapsothérapeutiques nous apparaissent périmées. L'abcès pulmonaire ne se comprime pas mais se draine.

L'abcès pulmonaire chronique relève de la chirurgie. Le siège, les voies d'accès, la durée, les caractères histo-bactériologiques de la sup-puration conditionnent le choix de l'acte opératoire.

L'abcès chronique sous-cortical bénéficiera de la pneumotomie. La statistique d'Archibald, recueillie dans le *Traité de Tbérapeutique clinique* de Savy, comprend 70 pneumotomies avec 13 guérisons, 31 améliorations, 23 mortalités et 3 échecs.

Des trois abcès pulmonaires chroniques que nous avons confiés au Service chirurgical du *Royal Victoria Hospital*, de Montréal, pour pneumotomie, un seul fut suivi de guérison bien qu'il fut à fuso-spirilles. L'intervention dut être complétée par une pneumotomie fragmentaire ou par une pneumonectomie dans les deux autres cas.

Si le foyer est âgé et est constitué de lésions ulcéro-nécrotiques, il relève plutôt de la pneumectomie partielle ou fragmentaire. Cette intervention est grevée d'une mortalité de 40%.

Des trois malades que nous avons dirigés vers cette modalité opératoire, un a été amélioré. Une femme de 26 ans, souffrant d'un abcès vieux de onze mois, est décédée au cours de l'intervention. Un homme de 35 ans est mort d'hémorragie à la suite de la deuxième intervention.

Si la suppuration pulmonaire ancienne est compliquée de pyosclérose ou d'une broncho-pneumonie scléreuse et si elle est localisée à un ou deux lobes homo-latéraux, elle commande la lobectomie ou la pneumonectomie.

Quatre de nos malades ont subi l'une de ces interventions. Deux sont décédés. L'un était un jeune homme de 20 ans, porteur d'un abcès fusospirilles, qui mourut d'une thrombose coronarienne trois semaines après l'intervention. L'autre, une fillette de 9 ans, fit une embolie cérébrale.

Deux survécurent. Il s'agit d'une jeune fille qui subit une lobectomie pour un abcès de la base gauche, en 1932. Elle est actuellement mariée et mère de trois enfants. Elle jouit d'une excellente santé. L'autre cas est celui d'un homme porteur d'ectasies bronchiques depuis quelques années lorsqu'il fut admis à l'Hôpital Laval en 1931. Réadmis en 1938, il a compliqué ses bronchiectasies localisées au tiers inférieur du poumon gauche d'un abcès pulmonaire. Il a d'abord une pneumotomie qui fait baisser le volume des expectorations de 1,300 à 500 c.c. Il subit quelques mois plus tard une pneumonectomie gauche qui le guérit définitivement de l'abcès et des dilatations bronchiques résiduelles.

SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

Sur 52 abcès pulmonaires, 29 étaient à pyogènes et 23 à anaérobies.

Des 20 abcès aigus, 15 étaient à pyogènes. 12, soit 80%, ont guéri spontanément. Des 5 abcès à anaérobies, 2 ont guéri sans intervention. Les autres ont conduit les malades à la mort.

Sur 32 abcès chroniques, 14 furent à pyogènes, 18 à anaérobies dont 7 à fuso-spirilles.

La temporisation s'impose pour les abcès aigus à pyogènes. L'intervention chirurgicale précoce paraît sage dans les abcès aigus à anaérobies.

La collapsothérapie est illogique.

La bronchoscopie aspiratrice peut favoriser la guérison d'abcès spontanément curables, et prépare à l'acte opératoire.

Les abcès chroniques relèvent de la chirurgie. Sur 9 abcès chroniques confiés à la chirurgie, 1 a guéri par une lobectomie, 1 par une pneumonectomie, 1 par une pneumotomie, 1 a été amélioré par une pneumectomie fragmentaire, 5 sont décédés.

Des 23 autres, 7 seraient guéris, 5 sont morts, 7 furent améliorés durant leur séjour hospitalier, 4 ne le furent pas.

L'association fuso-spirillaire évolue généralement vers la mort à moins d'intervention chirurgicale.

La tuberculose nous apparaît comme le réveil d'un foyer endogène par déficience locale ou générale plutôt que comme la conséquence d'une surinfection exogène. L'absence de tuberculose active chez 46 cas d'abcès pulmonaires traités en milieu sanatorial prouve, dans une certaine mesure, le bien-fondé de cette affirmation.

BIBLIOGRAPHIE

- NANU-MUSCEL, I., et STOICHITZA. Contribution à l'étude des abcès pulmonaires. *Arch. méd.-chir. de l'Appar. respir.*, tome v, n° 4, 1930.
- SERGENT, E., KOURILSKY, et POUMEAU-DELILLE. Quelques réflexions sur le mode de guérison des abcès du poumon. *Arch. méd.-chir. de l'Appar. respir.*, tome v, n° 4, 1930.
- SERGENT, E., BORDET, DURAND, et COURCOUX. Exploration radiologique de l'appareil respiratoire.
- JACKSON, Chevalier, TUCKER, J., CLERF, L. H., LUCKENS, R. M., et MOORE. Bronchoscopy as an Aid to the Thoracic Surgeon. *J. A. M. A.*, vol. LXXXIV, (10 janvier) 1925.

- ROUBIER, Ch. Une étude statistique hospitalière de 21 cas d'abcès du poumon. *Jour. de Méd. de Lyon*, 1934, p. 713.
- BRYCE, Graham. A Review of seventy-seven Consecutive Cases of Pulmonary Abscesses. *Br. Jour. of T. B.*, (oct.) 1939, vol. XXXIII, n° 4.
- STERN, L. Etiological Factors in the Pathogenesis of Putrid Abscesses of the Lungs. *Jour. Th. Surg.*, 1936, VI, 202.
- FORESTIER, M. Le diagnostic de localisation des abcès du poumon. *Revue médicale française*, (avril) 1938, p. 713.
- DURAND, H. Les abcès du poumon. *Arch. méd.-chir. de l'Appar. respir.*, 1936-37, tomes XI et XII.
- LETULLE, R. Les micro-organismes des abcès du poumon. *Presse méd.*, n° 9, (déc.) 1938, p. 177.
- CORDIER, V. Les classifications anatomiques des abcès du poumon. Étude critique. *Jour. de Méd. de Lyon*, (déc.) 1936, n° 402, p. 829.
- COTTENOT, P. Résultats d'une année de sériescopie. *Arch. méd.-chir. de l'Appar. respir.*, tome XII, 1937, n° 6.
- PÉAN. Abcès du poumon et tuberculose. *Bul. et Mém. Soc. méd. Hôp. Paris*, 1938, n° 17, p. 790.
- SERGENT, E. Suppurations pulmonaires et tuberculose. *Revue belge de la Tuberculose*, (mars-avril) 1937, n° 2.
- MURRAY, F. Lung Abscess and Tuberculosis. *Am. Rev. of T. B.*, tome 33, n° 2, (fév.) 1936, p. 236.
- WARNER, W. P. Lung Abscess. *Can. Med. Ass. Journ.*, **38**, 6, 544, 1938.
- CUTLER, E. C., et GROSS, R. E. Non Tuberculous Abscess of the Lung. *J. Thoracic Surg.*, (déc.) 1936, VI, 125.
- SPENCER, H. I. Avantages du traitement conservateur dans les abcès du poumon. *J. A. M. A.*, (13 sept.) 1930.
- NOUHOF, H., et TAUROFF, A. S. W. Acute Putrid Abscess of the Lungs ; Principles of Operative Treatment. *Surgery, Gyn. and Obs.*, 1936, **63** : 353.
- NOUHOF, H. Acute Putrid Abscess of the Lung. *Can. Med. Ass. Journ.*, (oct.) 1938, p. 403.
- NOUHOF, H., et TAUROFF, A. S. W. *Surgery*, 1938, IV, 728.

- CORYLLOS, P. Discussion sur l'abcès du poumon. *Bull. Ass. méd. L. F. A. N.*, vol. 3, n° 2, (avril) 1937, p. 117.
- NAMMACK et MARTIN. The Treatment of Lung Abscess by Means of Gaiacol Intravenously. *J. A. M. A.*, **109**, 331, 1937.
- GOLDMAN, L. Le traitement des abcès du poumon par injections intraveineuses de benzoate de soude. *Presse méd.*, (21 déc.) 1935, p. 2094.
- STOICHITZA, N. Traitement des abcès du poumon. Phrénicectomie pour les abcès de la base. *Presse méd.*, (22 juin) 1936.
- ROUSSEAU, L. Deux cas d'abcès pulmonaires traités par les sulfamidés. *Laval Médical*, 1940, p. 417.
- RIST et SOULAS. Quelques cas d'abcès du poumon traités et guéris par la bronchoscopothérapie. *Bronchoscopie, œsophagoscopie et gastroscopie*, 1935, n° 4.
- JACKSON, C. L., et JUDD, A. R. The Role of Bronchoscopy in the Treatment of Pulmonary Abscess. *J. Thoracic Surgery*, (déc.) 1940, **10**, 179.
- SAVY. *Traité de Thérapeutique clinique*. Chapitre sur les abcès pulmonaires.
-

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

QUAND ET COMMENT EMPLOYER LES SULFAMIDÉS ⁽¹⁾

par

Richard LESSARD, M. D., F. R. C. P. (C.)

Professeur de Thérapeutique à l'Université Laval

HISTORIQUE

Les sulfamidés sont actuellement la plus grande découverte thérapeutique des dix dernières années. Comme dans toute autre œuvre médicale, il y eut des précurseurs, aujourd'hui oubliés ; et il convient qu'on en rappelle au moins le nom.

En 1908, Gelmo, un Viennois, réussit la synthèse de la sulfanilamide, la considéra surtout comme une teinture et méconnut son action bactéricide. Eisenberg, en 1913, remarqua qu'un colorant de la chrysoïdine avait une action bactériostatique. Mais ce sont surtout les travaux d'un Allemand, le professeur Gerhard Domagk (1932-1935), chimiste à la *I.G. Farbenindustrie*, d'Elberfeld, qui mirent en pleine évidence la grande action antibactérienne des dérivés sulfamidés. Dès l'origine,

(1) Travail présenté lors de la 1^{ère} Journée médicale des Hôpitaux universitaires de Québec, le 8 septembre 1943.

l'école française était au courant des développements nouveaux survenus en Allemagne mais on ne réussit pas à obtenir de prontosil, le premier sulfamidé utilisé en médecine. Toutefois, Girard, en 1935, à la demande du professeur Levaditi, réussit à faire la synthèse d'un corps identique au prontosil, le rubiazol ; les travaux de Domagk furent confirmés par Levaditi et Vaisman. Peu de temps après, M. et Mme Tréfouel, Nitti, Bovet, travaillant sous l'égide du professeur Fourneau, firent une contribution importante en prouvant que le prontosil ou le rubiazol était réduit dans l'organisme et formait du sulfanilamide libre, ce dernier étant vraiment doué d'une action bactériostatique. Par la suite, les chercheurs anglais isolèrent la sulfapyridine, ou dagenan, et les chimistes américains, le sulfathiazole, la sulfaguanidine et la sulfadiazine. C'est donc dire que la découverte des sulfamidés fut l'œuvre de plusieurs groupes de savants de divers pays et qu'aucune nation ne peut en revendiquer la paternité absolue.

Depuis, 1,300 dérivés de la sulfanilamide ont été isolés et on croit que le nombre total des corps issus du composé initial atteindra 3,000.

LES MÉDICAMENTS UTILISÉS

A) VOIES D'INTRODUCTION : Les sulfamidés peuvent être utilisés par trois voies principales : *buccale*, *parentérale* et *externe*.

a) *Voie buccale* : On utilise encore les colorants : rubiazol, néo-prontosil (azosulfamide), mais surtout les dérivés blancs : sulfanilamide, sulfapyridine ou dagenan, sulfathiazole, sulfaguanidine, sulfadiazine, sulfacétimide et succinyl-sulfathiazole.

b) *Voie parentérale* : La sulfanilamide, dissoute dans un soluté salin ou dans du lactate de soude racémique, de même que les sels sodiques de la sulfapyridine, du sulfathiazole et de la sulfadiazine.

c) *Voie externe* : Ces substances sont prescrites en poudre, en solution ou, encore, sous formes de fins cristaux, de pommades, d'onguents.

Mais, malgré tout, la grande voie d'introduction reste la voie buccale.

B) SULFAMIDÉS USUELS :

a) *Les colorants* : Sont efficaces contre le streptocoque hémolytique, et le néo-prontosil (azosulfamide) est la drogue de choix dans le traitement du trachome.

b) *La sulfanilamide* : C'est l'ancêtre des sulfamidés blancs. Dans les infections causées par le streptocoque, elle est aussi active que les sulfamidés récemment découverts.

c) *La sulfapyridine ou dagenan* : Est d'une tolérance difficile. C'est un médicament efficace contre le pneumocoque et le gonocoque ainsi que dans les infections méningées.

d) *Le sulfathiazole* : 2-sulfanilyl-aminothiazole, analogue thiazolique de la sulfapyridine. Le sulfathiazole est probablement le sulfamidé le plus utilisé actuellement (1943). Ses deux caractéristiques sont l'efficacité et la bonne tolérance par l'organisme. Il paraît mal traverser la barrière méningée. Il est indiqué contre les infections causées par le staphylocoque et le gonocoque.

e) *La sulfaguanidine* : S'absorbe mal dans l'intestin. Elle est utilisée dans le traitement de la dysenterie bacillaire, dans la chirurgie du côlon et accessoirement dans la còlite ulcéreuse.

f) *La sulfadiazine* : 2-sulfanilamido-pyrimidine. C'est une pyrimidine hétérocyclique dérivée de la sulfanilamide. Elle est moins toxique que les autres sulfamidés, sa concentration sanguine est plus aisément maintenue et sa forme conjuguée (acétylée) est soluble dans l'urine. Elle constitue une arme de précision dans le traitement des pneumopathies aiguës et elle lutte de façon remarquable contre le méningocoque et le streptocoque hémolytique.

g) *La sulfacétimide* : Est utilisée dans le traitement des infections urinaires à coli-bacilles et, aussi, dans le traitement de la gonorrhée. Ce serait le moins toxique des sulfamidés.

h) *Le succinyl-sulfathiazole* : Deviendrait la substance la plus utile dans le traitement des affections du tractus digestif. Il est encore à l'étude.

INDICATIONS DES SULFAMIDÉS

Les indications des dérivés sulfamidés sont très nombreuses, aussi est-il préférable qu'on les range sous divers titres. Encore convient-il qu'on envisage séparément leur action curative et leur rôle prophylactique.

1° ACTION CURATIVE :

A) *Indications chirurgicales* : Dans les infections articulaires, osseuses surtout l'ostéomyélite, dans les panaris, dans les plaies de la main, dans les péritonites, dans les phlegmons, les sulfamidés ont souvent un rôle curateur à eux seuls ou dans d'autres circonstances, ils localisent l'infection et facilitent l'acte chirurgical. Ils sont aussi des plus utiles dans les temps pré- et post-opératoire de la chirurgie gastro-intestinale.

B) *Indications médicales* : L'érysipèle, les pleurésies purulentes, les pneumopathies aiguës, les abcès du poumon, la dysenterie bacillaire, la colite hémorragique du nouveau-né, les méningites purulentes, réagissent bien aux dérivés du soufre et nous verrons plus loin que telle substance paraît, dans une circonstance donnée, plus utile qu'une autre.

C) *Indications dans les spécialités* :

a) *Gynécologie* : Les infections utérines et péri-utérines, les vulvites, les vaginites, gonococciques ou non, sont très heureusement influencées de même que les néoplasmes infectés. L'accord ne semble pas fait en ce qui regarde le traitement des infections puerpérales.

b) *Oto-rhinologie et ophtalmologie* : Les infections des sinus, de la gorge, des amygdales, de l'oreille et des mastoïdes réagissent bien à ces agents, de même que les conjonctivites et les kératites. Sous leur influence l'infection se limite et tourne souvent court. Depuis l'introduction, en thérapeutique humaine, des colorants de la chrysoïdine le traitement du trachome a été transformé.

c) *Urologie* : Avec les sulfamidés, les infections urinaires dues au gonocoque, au colibacille ou à d'autres bactéries, cèdent rapidement. Le sulfacétimide n'est d'ailleurs indiqué que dans ces cas. Il est à remarquer qu'ici le sulfamidé doit être prescrit à une dose beaucoup moins élevée que pour une autre infection de l'organisme.

d) *Vénérologie* : Les sulfamidés atteignent, de façon sûre, trois maladies vénériennes : la gonococcie, la chancrelle et la maladie de Nicolas-Favre (lymphogranulomatose inguinale). Encore faut-il ajouter

qu'ils sont inefficaces dans la syphilis et dans le traitement des papillomes vénériens où ils n'agissent que sur l'infection surajoutée.

e) *Dermatologie* : Outre leur action remarquable dans le traitement de l'érysipèle, les dérivés de la sulfanilamide luttent efficacement contre les folliculites, les pyodermites, certaines mycoses surtout l'actinomycose, le lupus érythémateux, de même que l'impétigo de Tilbury Fox. Encore faut-il ne pas oublier que l'action des sulfamidés étant surtout bactériostatique, il y a de grands avantages à ce que, même en spécialité dermatologique, le médicament soit absorbé par les voies buccale surtout ou parentérale. L'usage externe ne doit être fréquemment qu'un complément de la médication générale. L'expérience initiale dans le traitement de l'érysipèle a été trop vite oubliée.

2° ROLE PROPHYLACTIQUE :

A) *Dans le domaine chirurgical* : Les sulfamidés sont des plus utiles pour la prévention des complications abdominales dans la chirurgie de l'appendice, dans la chirurgie gastrique et intestinale, pour la prévention de la gangrène gazeuse et d'autres infections dans les plaies de guerre et dans les fractures ouvertes ou communitives.

B) *Dans le domaine médical* : Il semble que, sous nos climats, il y ait avantage à administrer de petites doses journalières de sulfanilamide aux anciens rhumatisants jeunes, et ceci, du 1^{er} octobre à la fin de mai de chaque année. On réussirait ainsi à éviter les rechutes et surtout les récidives de la maladie rhumatismale.

C) *Dans le domaine oto-rhino-laryngologique* : Traitée à temps avec les sulfamidés, l'otite moyenne reste à l'état catarrhal et ne tourne pas à la purulence avec les dangers que cet état comporte.

ORDRE DE CHOIX

Pour obtenir le maximum de rendement avec ces substances, il faut savoir qu'on ne peut substituer indistinctement un sulfamidé à un autre et qu'il y a avantage à choisir le composé présumé le plus efficace en face d'une infection déterminée.

Voici l'ordre de choix tel qu'il est actuellement conseillé. Les sulfamidés sont classés selon leur efficacité bactériostatique.

STAPHYLOCOQUES :	STREPTOCOQUES HÉMOLYTIQUES :	PNEUMOCOQUES :
1. Sulfathiazole	1. Sulfadiazine	1. Sulfadiazine
2. Sulfadiazine	2. Sulfanilamide	2. Sulfathiazole
3. Sulfapyridine.	3. Sulfathiazole.	3. Sulfapyridine.
MÉNINGOCOQUES :	GONOCOQUES :	COLIBACILLES :
1. Sulfadiazine	1. Sulfathiazole	1. Sulfacétimide
2. Sulfanilamide	2. Sulfapyridine	2. Sulfathiazole
3. Sel sodique de la Sulfapyridine.	3. Sulfadiazine.	3. Sulfapyridine.

Il ne s'agit là que d'un schéma temporaire selon nos connaissances actuelles, il y a eu d'ailleurs des modifications récentes. La sulfadiazine semble devoir détrôner la sulfanilamide à cause de sa plus facile tolérance par l'organisme et surtout de la constance de sa concentration sanguine. On remarque aussi que seule l'atteinte méningée paraît indiquer la voie parentérale et, encore, seulement si la voie buccale est inutilisable pour une raison ou pour une autre.

MODES D'ADMINISTRATION. POSOLOGIE

La posologie idéale serait celle qui maintiendrait toute la durée de la maladie une concentration sanguine de sulfamidé oscillant entre 5 à 10 milligrammes par 100 c.c. de sang pour une infection moyenne et 10 à 15 milligrammes par 100 c.c. de sang pour une infection très sévère. Pour atteindre ces desiderata, le sulfamidé doit être prescrit d'emblée à une haute dose et ultérieurement à doses régulières toutes les 4 heures. Si une dose initiale élevée n'est pas ordonnée, il y a lieu de craindre que le microbe s'aguerrisse pour ainsi dire et résiste au médicament même si la dose en est augmentée par la suite.

Pour un adulte, une dose journalière de 6 grammes de sulfadiazine ou de sulfathiazole paraît suffisante pour le traitement d'une pneumonie, à condition que le médicament soit absorbé régulièrement nuit et jour et toutes les 4 heures. La malade doit être maintenu sous l'influence du dérivé sulfamidé comme la patient qui souffre de rhumatisme articulaire aigu doit être continuellement imprégné de salicylate de soude.

« Le malade dort mais le rhumatisme veille » ; n'oublions pas qu'il n'y a jamais de repos pour les microbes.

Une dose de bicarbonate de soude égale à la dose de sulfamidé doit être absorbée à chaque prise médicamenteuse. On ne doit jamais l'omettre même si la drogue est administrée par les voies parentérales.

INCIDENTS ET ACCIDENTS DE LA MÉDICATION SULFAMIDÉE

Il y a avantage à ne pas prolonger inutilement l'administration du médicament. La majorité des ennuis que l'on observe provient du fait que l'absorption médicamenteuse n'a pas été diminuée ou cessée à temps avec la régression de l'infection. Avec les sulfamidés, il est bien rare que l'on doive attendre des semaines pour voir se dessiner l'amélioration, après une décade on est généralement fixé sur le bon effet ou non de la médication.

Certains incidents sont d'ordre secondaire et doivent être considérés comme la rançon de l'énergie médicamenteuse. Ce sont : la cyanose, les nausées, les vomissements, la sensation d'étourdissement et l'anémie hémolytique discrète et tardive.

La fièvre médicamenteuse fréquente, surtout avec le sulfathiazole, survient entre le 5^e et le 9^e jour, les accidents cutanés souvent contemporains doivent être reconnus à temps. Plus ennuyeuses sont les réactions psychiques ordinairement précoces et l'hématurie rencontrée au cours de l'administration de la sulfapyridine ; il est alors préférable de discontinuer le médicament.

Enfin l'hépatite simple ou accompagnée d'anémie et d'ictère hémolytique, l'agranulocytose, l'anurie sont des accidents sévères qui commandent la cessation immédiate de la drogue. Il est à remarquer que les accidents sérieux sont le plus souvent des symptômes qui surviennent après une absorption prolongée du médicament (Long).

PRÉCAUTIONS A OBSERVER

Lorsqu'un sujet absorbe des sulfamidés, il y a certaines précautions à prendre du côté du médecin et du côté du malade.

a) *Le médecin* : Doit visiter son malade tous les jours, s'enquérir des malaises généraux, maux de tête, douleurs vagues qu'il peut ressentir et qui sont parfois les prodromes de troubles plus sérieux. En plus, il doit bien examiner les conjonctives et les sclérotiques pour reconnaître une anémie ou un ictère qui débutent. L'état de la peau sera scrupuleusement noté ; une fine éruption maculaire échappe parfois à un examen rapide. La bouche et la gorge doivent être soigneusement examinées, les symptômes bucco-pharyngés sont les premiers en date dans les réactions agranulocytaires. La fièvre médicamenteuse doit être rattachée à son origine toxique et non attribuée à une recrudescence de l'affection en cours. Enfin le médecin doit toujours s'informer du volume de la diurèse qui ne doit pas être inférieure à 1,500 c.c.

En milieu hospitalier, la numération globulaire et surtout la formule leucocytaire doit être pratiquée au moins tous les trois jours, tous les deux jours de préférence, de même que l'examen microscopique du sédiment urinaire. Le fait de trouver dans les urines des cristaux de sulfamidés ne commande pas la cessation du médicament à condition que la diurèse dépasse 1,500 c.c. par jour.

La prescription concomittante de sulfamidés et de novarsénobenzol, de mapharsen, de sels d'or, d'aspirine ou d'antipyrine, autrefois formellement interdite, peut être autorisée si l'état du malade l'exige de même que celle des composés barbituriques.

b) *Le malade* : Doit absorber régulièrement, à heures fixes, nuit et jour, le sulfamidé avec la dose réglementaire de bicarbonate de soude ; certains patients sont portés à laisser de côté le bicarbonate parce qu'ils prétendent que son absorption est plus pénible que celle de la drogue principale. Les liquides doivent être pris en quantité suffisante pour que la diurèse journalière ne descende pas en bas de un litre et demi.

Le malade doit éviter de s'exposer directement aux rayons solaires ou à une source de rayons ultra-violetts durant la prise des sulfamidés et au moins trois jours après leur cessation. Un conseil judicieux à suivre est de demeurer à la maison durant ce temps, d'éviter tout surmenage même intellectuel, de suspendre le travail et de ne pas prendre de décisions importantes.

On a, au début, recommandé l'abstention de purgatifs salins à base de soufre, sulfates de soude ou de magnésie ; il ne semble pas y avoir d'inconvénient majeur à en prescrire. Les restrictions alimentaires concernant les aliments contenant du soufre surtout les champignons et les œufs ne sont plus prises au pied de la lettre et il est permis d'écrire, avec Beckman, « qu'un patient qui reçoit des sulfamidés peut manger tout ce qui est compatible avec la maladie pour laquelle il est traité ». L'alcool reste défendu car il exagère la tendance aux réactions psychiques rencontrées en pareil cas et en augmente l'intensité.

QUAND DOIT-ON S'ABSTENIR DE PRESCRIRE LES SULFAMIDÉS ?

a) *Dans les maladies où ces drogues sont reconnues sans utilité :*

Dans la tuberculose, la malaria, la syphilis, le rhumatisme articulaire aigu en période d'activité, le rhumatisme chronique, la poliomyélite, le tétanos, la rage, la diphtérie, l'endocardite subaiguë à forme lente (type Jaccoud-Osler), les maladies éruptives, sauf la scarlatine. D'autres agents thérapeutiques sont à notre disposition plus utiles et généralement plus efficaces. D'ailleurs, si le médicament s'est avéré sans effet en d'autres mains, il ne nous donnera pas de meilleurs résultats.

b) *Dans les infections où ces drogues ne sont pas nécessaires :*

Un furoncle, un coryza, une simple grippe doivent contre-indiquer l'emploi de sulfamidés. Certains médecins ont une tendance à absorber eux-mêmes ou à faire absorber à leurs patients des sulfamidés à la moindre alerte. C'est là une habitude contre laquelle il faut réagir. On prétend que le tiers des sujets qui absorbent ces drogues développent une allergie médicamenteuse, et si on considère que près de 10% des personnes vivant aux États-Unis (la proportion ne doit pas être bien inférieure chez nous) ont absorbé, sous différentes formes, des sulfamidés au cours de l'année 1942, on peut voir jusqu'où cela peut conduire. Survienne ultérieurement une méningite, une pneumonie, l'emploi du médicament s'avère impossible.

Guérir une maladie bénigne avec les sulfamidés, c'est déjà une erreur, mais de ce fait développer une anaphylaxie médicamenteuse, c'est une erreur trop coûteuse pour la risquer d'un cœur léger.

Nous avons, avec les sulfamidés, agrandi le champ d'action de la thérapeutique chimique, ouvert des horizons nouveaux, raccourci la durée de certaines maladies, modifié le pronostic de certaines autres réputées incurables. Mais ces médicaments offrent des dangers, ils ont leurs indications précises et aussi leurs limites d'utilisation. Ce ne sont ni des panacées, ni des « médicaments passe-partout » (Gaumond). Ils ne peuvent pas guérir de tout, ni tout guérir. L'ère est aux découvertes chimiques, à la chimiothérapie, il n'est pas impossible, qu'un jour ou l'autre, d'autres substances même d'origine biologique telle la pénicilline, dont l'usage est encore restreint, relèguent dans l'ombre ce que l'on a appelé les « médicaments miraculeux ». En attendant, il convient d'utiliser les sulfamidés, de les utiliser à bon escient, mais aussi avec discrétion, avec discernement et avec discrimination.

BIBLIOGRAPHIE

- BECKMAN, Harry. Sulfonamide Toxicity. Treatment in General Practice. Saunders, 1942.
- BROWN, Alex. E. The History & Pharmacology of the Sulfonamides. Use and Abuse of the Sulfonamides. *Collected Papers of the Mayo Clinic and the Mayo Foundation*, vol. XXXIV, 1943, Saunders.
- GAUMOND, Émile. Considérations sur l'emploi des dérivés sulfamidés dans les infections. *Laval Médical*, (fév.) 1940.
Les indications thérapeutiques des sulfamidés. *L'Union médicale du Canada. Bull. A. M. L. F. A. N.*, (nov.) 1942.
- GALDSTON, Iago. Behind the Sulfa Drugs. *D. Appleton-Century*, 1943.
- LILLY, Eli & Co. The Sulfonamides in Order of Choice.
Dosage of the Sulfonamides. *Physician Bulletin*, (juillet-août) 1943.
- LONG, Perrin H. Sulfa Drug of Choice. *Journal of the Amer. Pharmac. Assoc.*, vol. III, n° 2, (fév.) 1942.
- MORGAN, J. R. E. Sulfonamide Chemotherapy. *Can. Med. Assoc. Journal*, vol. 49, (août) 1943.
- SPINK, Wesley W. Sulfanilamide and Related Compounds in General Practice, Second Edition, *The Year Book*, 1942, Chicago.
-

ANALYSES

Jean SAUCIER. **Un nouveau type de céphalée : la céphalée histaminique de Horton.** *L'Union Médicale du Canada*, 71 : p. 373, 1942.

Il s'agit d'une crise céphalalgique que l'on peut reproduire par l'injection d'histamine. Elle survient chez les sujets d'âge moyen ou avancé et, surtout, au début de la nuit. Le début et la fin sont brusques et la station assise ou debout peut faire avorter la crise. La durée est de une heure environ ; la fréquence est de 2 à 3 par semaines et parfois plusieurs par jour. Du larmolement et de la rhinorrhée accompagnent une algie intolérable soit sur l'œil, la face, la tempe ou le cou, en général sur le territoire de distribution de l'artère carotide externe. Le malade ressent une douleur le long des carotides primitive et externe, et une pression digitale exercée sur la carotide peut faire avorter la crise, du moins à son début.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'injection d'histamine (0.1 à 1.2 mg.) reproduit fidèlement le syndrome.

Cette céphalée histaminique se distingue de la migraine : les crises sont courtes et fréquentes ; il n'y a ni nausée ni vomissements ; elle ne survient pas chez les jeunes et il n'y a pas de facteur héréditaire.

Traitement :

Horton, de la Clinique Mayo, qui a le premier décrit ce syndrome, a proposé de faire la désensibilisation par une série d'injections sous-cutanées d'histamine ; il commence par 0.25 c.c. et fait 2 injections par jour en augmentant chaque fois de 0.05 c.c. jusqu'à 1 c.c. Si les résultats sont bons, il fait 2 injections par semaine pendant un mois pour éviter les récurrences.

Statistiques :

Sur 51 cas traités, 48 sont guéris. Il a essayé l'administration de l'histamine par la bouche et il a guéri 8 malades sur 9.

Fréquence :

C'est une maladie assez fréquente car Horton, en examinant 184 céphalalgiques, a trouvé un tiers de céphalée histaminique.

S'il y a des récidives, il convient de les traiter de la même façon.

Références :

1. HORTON, McLEAN et CRAIG. A New Syndrome of Vascular Headache. Results of Treatment with Histamine. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, **14** : 257, 1939.
2. HORTON. The Use of Histamine in the Treatment of Specific Types of Headaches. *J. A. M. A.*, **116** : 377, 1941.

Pierre JOBIN.

W. PENFIELD et W. CONE, Université McGill. **Elementary Principles of the Treatment of Head Injuries.** (Principes élémentaires du traitement des traumatismes crâniens). *The Can. Med. Ass. Journal*, (février) 1943, vol. 48, n° 2, page 99.

Dans les traumatismes crâniens, quand un homme est inconscient, il faut surveiller la respiration, prévenir l'élévation de la température, en un mot voir aux grandes fonctions physiologiques. Il faut transporter le malade en position ventrale, vider sa vessie, vérifier souvent sa température, éviter de le réchauffer inutilement, avoir peur des sédatifs (barbituriques mais non morphine). Noter le pouls, la température, la tension artérielle, etc.

S'il y a compression cérébrale, confier le malade à des spécialistes de la chirurgie nerveuse.

Parmi les séquelles, il y a de la céphalée, des vomissements, des étourdissements, etc. Mais il faut toujours se méfier des sinistroses.

Pierre JOBIN.

La propamidine et les blessures. Éditorial de *Lancet*, (30 janvier) 1943.

King Lourie et Yorke, partant du fait que la « Synthaline » (un composé de la guanidine) est un trypanocide très actif, étudièrent et découvrirent les propriétés de la diamidine. A. J. Ewins et ses collègues mirent à point trois dérivés très actifs : la stilbamidine, la pentamidine et la propamidine.

Elles ont des propriétés curatives pour une série d'infections à protozoaires telles que le kalazar, la maladie du sommeil, et la babébiose des animaux. Elles ont peu d'action contre la malaria chez le singe et l'homme.

Fuller a démontré, récemment, qu'elles ont une forte valeur bactériostatique. L'étude de leur action antibactérienne a été poussée aux laboratoires de *May & Baker, Ltd.*, et la propamidine s'est montrée un très bon antiseptique pour les blessures.

Le présent numéro présente 4 articles sur le sujet. On l'applique sur toute blessure ou brûlure, sous forme de gelée ou d'une préparation cétyl-alcool, tous les deux jours pendant 10 jours. Elle détruit le streptocoque, très souvent le staphylocoque mais pas du tout le pyocyanique ou le protéus.

A la concentration de 0.1% elle n'empêche ni la granulation ni la phagocytose. Des concentrations plus fortes engendrent des nécroses locales et un certain état d'irritation de la peau ambiante.

Elle s'est montrée aussi active dans les blessures anciennes que dans les brûlures récentes. Le degré d'absorption du médicament au niveau de la plaie n'a pas encore été établi.

Si on en juge par l'absorption de la stilbalmine, dont la fluorescence traduit la présence, cette absorption est limitée et très lente. La stilbalmine s'accumule surtout au foie et au rein, une bonne partie se fixe sur les globules rouges et, au bout de 3 jours, 10% de la dose injectée est éliminée dans les urines. La propamidine doit se comporter de la même façon.

Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet n'ont observé aucun effet toxique. Si l'on s'en tient aux expériences faites sur la souris la propamidine, et les autres diamidines n'ont aucune action sur les agents microbiens lorsque données par la voie veineuse. L'utilisation de cette

voie a donné des accidents. Une injection de stilbalmine à la dose de 2 mg. par kilo de poids du corps chez un malade souffrant de maladie du sommeil a donné un état de *shock* semblable à celui provoqué par l'histamine. Il a été de courte durée.

La pentomidine a provoqué un prurit violent. Des accidents tardifs, tels que des dégénérescences du foie et des reins, ont été observés chez les animaux. Napier et Gupta ont observé des névrites du trijumeau. La thérapeutique locale n'a pas provoqué de semblables accidents mais il est bon de se rappeler qu'ils sont possibles.

Sylvio LEBLOND.

H. H. SIROTA. **Value of Desoxycorticosterone Acetate in the Treatment of Peripheral Vascular Diseases.** (Valeur de l'acétate de désoxycorticostérone dans le traitement des troubles vasculaires périphériques.) *Journ. of Clin. Endocrinology*, (mars) 1943, vol. 3, n° 3.

Dans le traitement de la thrombo-angéite oblitérante et de l'artériosclérose oblitérante, on emploie depuis quelque temps, avec succès, les injections intra-veineuses de sérum salé à 2 ou 5%, à la dose de 300 c.c. par semaine, pendant plusieurs semaines si nécessaire. Sous l'action de ce traitement, il se produit un développement de circulation collatérale, une augmentation de la masse sanguine et une diminution de la viscosité sanguine.

Or, l'hormone cortico-surrénale est capable précisément de produire ces mêmes effets, c'est-à-dire, augmentation du calcium sanguin et du volume du sang, diminution de la viscosité sanguine.

Une autre raison qui milite en faveur de l'emploi de l'hormone cortico-surrénale dans la thrombo-angéite oblitérante et l'artériosclérose oblitérante c'est que ces deux affections s'accompagnent de signes cliniques qui rappellent étrangement les symptômes de l'insuffisance cortico-surrénale : l'asthénie, la fatigue musculaire, la sensibilité au froid, le refroidissement des extrémités, l'abaissement du métabolisme basal et l'hypotension artérielle.

Se basant sur ces constatations, l'auteur a soumis une série de 20 malades présentant différents degrés de thrombo-angéite et d'artério-



Deux cuillerées à soupe de Navitol Malt Compound contiennent l'équivalent de :

Vitamine A	5,000 unités U.S.P.
Vitamine D	800 unités U.S.P.
Vitamine C	30 milligrammes
Chlorhydrate de thiamine	1 milligramme
Riboflavine	2 milligrammes
Niacinamide*	10 milligrammes
Calcium	750 milligrammes (2 gr. de phosphate tricalcique)
Fer	106 milligrammes (10 gr. de citrate de fer ammoniacal, 10 mg. en moyenne de fer assimilable)

* Recommandé par le Conseil National des Recherches—non officiel.

Dans les Cas de Nutrition Sub-Normale

Prescrivez le

NAVITOL MALT COMPOUND

★ Le Navitol Malt Compound

corrige de façon appétissante, commode et efficace, les régimes déficients en vitamines et en sels minéraux. La dose recommandée pour les adultes — deux cuillerées à soupe (une once fluide, soit 40 grammes) — assure le minimum quotidien, ou le dépasse, de vitamines, de calcium et de fer assimilable. La dose suggérée pour les enfants est une cuillerée à soupe.

INDICATIONS

On conseille d'ajouter un supplément à l'alimentation de certains patients dont le régime est insuffisant en vitamines et en matières minérales indispensables. Il est aussi des cas où le régime semble adéquat mais conduit à la dénutrition par suite d'une alimentation difficile, d'un métabolisme élevé, d'une absorption ou d'une utilisation défectueuses, d'une destruction ou d'une évacuation trop rapides.

Le Navitol Malt Compound est bien accepté par les patients jeunes ou vieux. C'est un sirop miscible dans le lait et les autres liquides aqueux. Conditionné en pots d'une livre et de deux livres.

Pour imprimés, écrire à 36 Caledonia Rd., Toronto.

**E.R. SQUIBB & SONS
OF CANADA, Ltd.**

FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES
POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

scélérose oblitérante, au traitement par l'hormone cortico-surrénale : l'acétate de désoxycorticostérone, à la dose de 10 mgms deux fois par semaine. Sous l'effet de ce traitement, les malades accusèrent une sensation de bien-être particulière : on notait, en même temps, une augmentation de la température locale des membres, l'indice oscillométrique augmentait, la claudication intermittente disparaissait, les membres reprenaient une coloration normale. Dans la majorité des cas, la pression artérielle baissait.

Sans affirmer que l'acétate de désoxycorticostérone est appelé à remplacer les injections de sérum salé, ce traitement mérite d'être employé comme adjuvant à la thérapeutique chlorurée, surtout dans les cas où les injections intra-veineuses ou bien l'augmentation subite de la masse sanguine sont contre-indiquées.

Antonio MARTEL.

M. I. STURNICK, M. D., Joseph E. F. RISEMAN, M. D., et Elliot L. SAGALL, M. D. (Boston). **Intramuscular Quinidine in Cardiac Arrhythmias.** (La quinidine par voie intra-vasculaire dans l'arythmie cardiaque.) *The Journal of the American Medical Association*, vol. 121, n° 12, (20 mars) 1943, page 917.

Jusqu'à date les essais d'administration de la quinine ou de ses dérivés par voie parentérale (intra-musculaire ou intra-veineuse) ont été faits avec une solution de bichlorure de quinine, ou avec une solution de sulfate de quinidine dans de l'eau, du dextrose, ou de l'acide chlorhydrique. Le *Cinchona Products Institute* suggère de se servir plutôt de la solution suivante :

Chlorure de quinidine.....	15 grammes ou c.c.
Antipyrine.....	15 »
Urée.....	20 »
Eau distillée.....	q. s. ad 100 c.c.

qui n'a pas les inconvénients des solutions précitées ; au bout de quelques mois, cette solution, comme toutes les préparations de quinine, tourne au brun par suite de la formation d'une très petite quantité de produits de

décomposition, ce qui ne modifie pas son efficacité et ne la rend pas susceptible d'action défavorable.

Chez 20 malades, les auteurs ont employé cette solution à l'occasion de 24 épisodes d'arythmie aiguë, et 15 fois le rythme est redevenu normal en moins de 3 heures ; dans 5 cas il s'agissait de tachycardie ventriculaire, dans 9 cas de fibrillation auriculaire, dans 1 cas de tachycardie auriculaire ; dans les 9 cas où la médication s'est montrée inefficace, il s'agissait 3 fois de tachycardie sino-auriculaire, 1 fois de tachycardie nodale.

Les injections sont bien tolérées ; elles sont peu douloureuses et ne produisent pas de réactions locales ; elles n'entraînent pas de bourdonnements d'oreilles, de dermatite ou de manifestations toxiques ; dans un cas il y eut des vomissements et dans un autre de la diarrhée. La mort est survenue dans 6 cas, mais tous ces malades étaient des moribonds au moment du début du traitement, et dans aucun cas la mort a paru attribuable au médicament.

Le mode d'administration est le suivant :

1° La solution est injectée par voie intra-musculaire dans la fesse ou à la région externe de la cuisse ;

2° La dose initiale est de 3 à 4 c.c. ;

3° On peut commencer à observer minutieusement le malade 1½ heure après l'injection, et ceci pendant 1 heure ;

4° Répéter la même dose 3 heures après la précédente ;

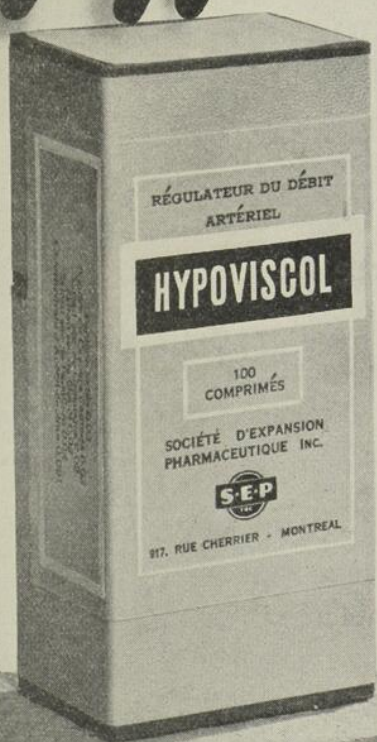
5° Augmenter la dose de 1 c.c. s'il n'y a aucune amélioration dont les signes sont : ralentissement défini du cœur à la pointe, élévation de la pression artérielle, amélioration des symptômes subjectifs.

Les injections de cette solution de quinidine sont donc très utiles quand il faut agir vite, ou quand la quinidine n'est pas tolérée par la bouche.

Dans presque tous les cas traités par les auteurs l'arythmie n'était établie que depuis quelques heures ; ils ont cependant eu du succès dans un cas où elle durait depuis 3 semaines.

Guy DROUIN.

Hypoviscol



"Hypertension"

3 à 6 COMPRIMÉS PAR JOUR



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
919, RUE CHERRIER — MONTRÉAL

NEO-SPASMYL

- ◀ Hypnotique
- ◀ Sédatif
- ◀ Antispasmodique
- ◀ Cardiotonique

AVANTAGES : Peut être prescrit sans crainte d'intoxication ni d'accoutumance. Tolérance parfaite - sans contre-indications.

ACTION PHYSIOLOGIQUE : Le NÉO - SPASMYL agit comme tonique du système nerveux central, dont il modère l'excitabilité. Dans la journée, il prédispose au calme les malades surexcités, agités, anxieux. La nuit, il les aide à obtenir un sommeil naturel et réparateur. Il n'occasionne pas de mauvais réveil ni de prostration le lendemain.

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux pour le Canada :

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL, P. Q.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

SERVICE DE SANTÉ DES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Depuis deux ans déjà fonctionne, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, le Service de santé. La bureau de direction se compose : de M. le Doyen de la Faculté, le Dr Charles Vézina, de M. le secrétaire général de l'Université, Mgr Aimé Labrie et de MM. les professeurs Roland Desmeules, Jean-Baptiste Jobin, Renaud Lemieux et Roméo Blanchet, ce dernier étant secrétaire du bureau.

L'examen médical que tout étudiant doit subir comprend un examen somatique complet qui évalue les organes essentiels : cœur, poumons, système nerveux, voies urinaires, appareil musculaire et articulaire et l'aspect général. Puis, une série de recherches spéciales du côté des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge permet de déceler la présence d'un défaut physique quelconque.

La radiographie des poumons est faite systématiquement, ainsi que l'examen chimique des urines, la réaction de Bordet-Wassermann (syphilis) dans le sang et, éventuellement, l'examen bactériologique des sécrétions rhino-pharyngées. Le test à la tuberculine se pratique à trois reprises, en première, deuxième et troisième années. Les réactions de Schick (pour la diphtérie) et de Dick (pour la scarlatine), si elles sont positives conduisent le sujet à une vaccination appropriée. Trois autres vaccins sont également administrés (variolo, typhoïde et tétanos), ce qui complète le cycle des examens que les étudiants en médecine et en sciences doivent subir dès leur entrée à l'Université.

Quelques règlements prévoient que :

1° Tous les étudiants inscrits à la Faculté de Médecine et à celle des sciences doivent subir, au cours de leur première année, cet examen médical devant un comité d'examineurs choisi par le Conseil de la Faculté de Médecine et approuvé par Mgr le Recteur ;

2° Cet examen est obligatoire et celui qui négligerait de s'y soumettre, après avis formel du secrétaire général de l'Université, ne sera plus admis ni au cours de la Faculté, ni dans les Services hospitaliers ;

3° Tous les étudiants, trouvés porteurs d'une lésion, maladie ou anomalie lors de leur premier examen médical, seront convoqués pour un nouvel examen au début de chaque année scolaire, et en tout temps qu'il conviendra au Bureau de santé ;

4° L'étudiant qui le désire pourra subir un nouvel examen n'importe quand au cours de ses études ;

5° Le Bureau de santé jugera quand il y aura lieu de faire un recoupage systématique du premier examen médical. (Extraits des règlements publiés dans l'annuaire de la Faculté de Médecine).

Pierre JOBIN.

Pour diminuer la mortalité des nouveau-nés

SYNKAVITE 'ROCHE'

LE SYNKAVITE "ROCHE", préparation hydrosoluble ayant l'action totale de la vitamine K, permet de juguler promptement les diathèses hémorragiques des nouveau-nés. On l'administre par voie buccale ou parentérale au nouveau-né peu après l'accouchement. On recommande de donner le Synkavite en injections intramusculaires à la mère dans les 15 heures avant l'accouchement pour prévenir les hémorragies du nouveau-né.

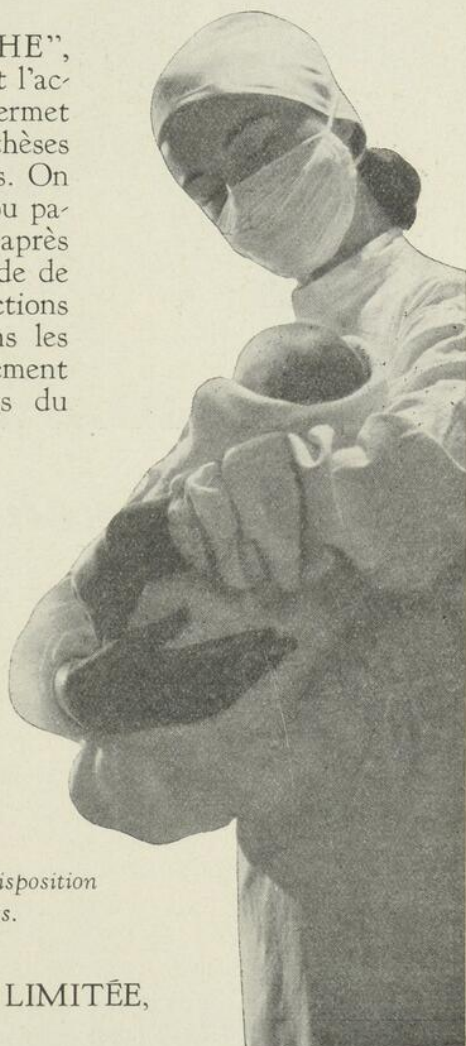
Molécule pour molécule, le Synkavite "Roche" est une fois et demie plus actif que la vitamine K naturelle, tout en étant très peu toxique.

Comprimés oraux à 5 mgm.,
flacons de 40 et 100.

Ampoules à 5 et 10 mgm.,
boîtes de 6 et 100.

*Littérature et échantillons à la disposition
de Messieurs les Médecins.*

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE,
MONTRÉAL.





Soulagement précieux

aux douloureux symptômes de
CYSTITE, PYÉLONÉPHRITE, PROSTATITE, URÉTRITE

Pyridium fournit un prompt et efficace soulagement au patient qui souffre des premières manifestations de maladies des voies urinaires : miction pénible, urgente et fréquente ; ténesme, irritation de la muqueuse uro-génitale.

Un point excellent : le patient conçoit une grande confiance envers le médecin et dans le traitement lorsqu'il constate le prompt et efficace soulagement que donne Pyridium.

Pyridium est facile à administrer ; son emploi est sûr pour toute la durée des cas de cystite, pyélonéphrite, prostatite et urétrite. La dose quotidienne moyenne *per os* est de 2 comprimés.

PYRIDIUM

Marque de commerce déposée
 (Mono-hydrochlorure de phenylazo-
 alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service
 dans les infections
 génito-urinaires

MERCK & CO., Limited,

Fabricants-Chimistes

MONTRÉAL.

Appareils de Laboratoire

Nous avons toujours en magasin un assortiment complet d'appareils en usage dans les laboratoires d'hôpitaux.

La marchandise que nous offrons en vente est garantie contre toute défectuosité et les prix en sont des plus modiques.

- ◆ MICROSCOPES ◆ MICROTOMES
- ◆ LAMES ◆ LAMELLES
- ◆ BALLONS ◆ BÉCHERS
- ◆ VERRERIE GRADUÉE. ETC. ETC.

Fisher Scientific Co., Limited

904-910 rue Saint-Jacques,
MONTREAL, Qué.

L'ÉLITE INTELLECTUELLE ET L'HYGIÈNE



La collaboration de l'élite intellectuelle d'une nation avec les chefs de file de chaque branche de l'activité humaine constitue une garantie de succès. Plus que tout autre, l'hygiéniste le reconnaît. La création d'une mentalité est indispensable. Par exemple, qui, plus que nos classes dirigeantes, peut exercer une heureuse influence quand il s'agit de faire disparaître certains préjugés : opposition à la pasteurisation du lait, à la quarantaine en cas de maladie contagieuse dans une famille, habitude de se soigner soi-même, recours au rebouteur et autre charlatan. Ces préjugés nous causent des pertes économiques considérables : activités sociales réduites, rendement scolaire diminué, conséquences funestes pour le bien-être présent et futur des enfants ; en somme une perte de capital humain et monétaire qu'il faut enrayer. Un meilleur enseignement de l'hygiène contribuerait dans une large mesure à modifier ce déplorable état d'esprit. Que l'élite collabore avec les hygiénistes et, quand plusieurs générations auront successivement bénéficié de l'hygiène, une mentalité favorable existera à cet égard ; les résultats plus encourageants s'ensuivront et le jour viendra où nos taux de mortalité et de morbidité occuperont des places d'honneur parmi ceux de notre pays et de l'étranger.

Le ministère de la santé et du bien-être social,

Docteur JEAN GRÉGOIRE,
sous-ministre.

Honorable HENRI GROULX,
ministre.



LES LABORATOIRES DE RECHERCHES AYERST

ont élaboré

3 PRODUITS

pour l'immunisation active et passive
contre la COQUELUCHE

Les nombreuses études cliniques démontrent l'efficacité de ces préparations dans la prophylaxie et le traitement de la coqueluche.

▲ Recherche de la sensibilité —

Toxine coquelucheuse pour l'épreuve de Streaan (No 497)

▲ Prophylaxie —

Vaccin-toxoïde coquelucheux (No 486)

▲ Traitement —

Antitoxine coquelucheuse et Sérum antibactérien combinés (lapin) (No 489)

Préparés et standardisés sous la surveillance du professeur E. G. D. Murray du Laboratoire de Bactériologie et d'Immunité, Université McGill.

Littérature sur demande.



Les Quatre Cavaliers

TRAVERSENT LES FOULES DURANT L'HIVER



AUJOURD'HUI, les maladies infectieuses traversent les foules durant l'hiver et menacent la santé publique. La famine, en ce qui concerne les carences en vitamines A et D, est, elle aussi, de la partie. C'est le temps où un surplus de ces vitamines est le plus nécessaire. On constatera que les "Alphamettes" et l'Alphamette Liquide —huile de foie de morue concentrée et standardisée, additionnée d'ergostérol irradié—sont les moyens efficaces d'administrer ces vitamines importantes.

"ALPHAMETTES" — Pour les adultes et les grands enfants

Chaque capsule de gélatine contient 5,000 unités internationales de vitamine A et 1,750 de vitamine D.

"ALPHAMETTE" LIQUIDE — Pour les nourrissons et les petits enfants

Chaque goutte contient environ 1,500 unités internationales de vitamine A et 300 de vitamine D.



Efficaces — Commodes — Économiques

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE. *Biologistes et Pharmaciens* • MONTRÉAL, CANADA

189F

LE POISSON *doit être gardé* SUR LA GLACE

La chair du poisson est tellement délicate qu'elle est incapable de supporter l'action de la chaleur. Si vous voulez conserver au poisson frais toute sa saveur et ses propriétés nutritives, vous devez le garder constamment sur la glace ou au froid.

De plus, n'oubliez pas que, même s'il est gardé sur la glace, le poisson frais ne peut se conserver frais indéfiniment... Il doit être consommé dans les huit jours qui suivent sa capture.

Cette recommandation, que nous avons faite à plusieurs reprises, au cours des derniers mois, aux détaillants de poisson de notre province, s'adresse également aux consommateurs.



PROVINCE DE QUÉBEC

MINISTÈRE de la CHASSE et des PÊCHERIES

Hon. Valmore Bienvenue, C. R.,
ministre.

LES PRÉVOYANTS DU CANADA

Pourvoient Aux Besoins De Ceux Qui Vous Sont Chers

1°

Au moyen d'une somme unique
dont vous pouvez disposer par testament.

2°

Au moyen d'une rente
payable à votre femme ou à vos enfants.

3°

En assurant l'instruction
que vous désirez faire donner à vos enfants.

4°

En perpétuant le versement d'une allocation
à un être dont vous êtes le soutien.

5°

En assurant des allocations
à un enfant qui serait invalide ou prodigue.

6°

En prolongeant le paiement d'annuités
qui cesseraient au décès de l'assuré.

=====
Consultez nos Agents ou Écrivez-Nous
=====

56, rue Saint-Pierre, Québec - 180 est, Sainte-Catherine, Montréal.

(Maison fondée en 1845)

H.-Jules LÉPINE, *président et gérant*



SERVICE D'AMBULANCE JOUR et NUIT
pour la ville et l'extérieur

283, rue Saint-Vallier,
38, rue Thurnbull,

Québec.

Téléphone: 2-6466

SI LES ALIMENTS
ne fournissent pas assez
de vitamine B complexe...

Il est admis que la cuisson
peut faire perdre à certaines
denrées alimentaires jus-
qu'à 50% de leur teneur en
vitamine B. Pris comme
complément du régime, le
BeForte assure, à coût
quotidienne, une ingestion
suffisante de
cette vitamine.

"BE FORTE"

VITAMINE B COMPLEXE RENFORCÉE

Une documentation clinique de plus en plus abondante démontre qu'une médication intensive par la vitamine B complexe est utile dans les affections ci-dessous :

RÉGIMES RESTRICTIFS:

Ulcère de l'estomac
Côlite
Diabète sucré
Alcoolisme chronique
Pica, boulimie,
hyperorexie, etc.
Anorexie nerveuse
Cardiopathie
Néphrite
Sénescence

ABSORPTION ANORMALE:

Côlite
Maladie de Gee
Dysenterie
Cardiopathie avancée

DIÈTES SPÉCIALES:

Hyperthyroïdie
Infections aiguës
Avant et après une opération
Grossesse et lactation
Affections débilitantes
Tuberculose
Asthme chronique, etc.

Un malade peut, bien entendu, appartenir à plus d'un de ces groupes.

"BE FORTE"

C.T. No. 360 "Frosst"

Vitamine B complexe renforcée

Vitamine B₁ (chlorhydrate de thiamine) 1,100 unités int. (3.3 mg.)
Vitamine B₂ (riboflavine) 400 unités B.-S. (1 mg.)
Niacinamide (nicotinamide) 10 mg.
Pantothénate de calcium 500 mg.
Vitamine B₆ (pyridoxine) 250 mg.

Concentré renfermant tous les facteurs du complexe B ordinairement trouvés dans la levure de bière (rapport : 160 unités B.-S. de B₂ au g.) 200 mg.

"BE FORTE" et v. C

C.T. No. 361 "Frosst"

Vitamine B complexe renforcée et vitamine C (500 unités int. par comprimé)

A prescrire quand un complément de vitamine C semble expédient.

"BE FORTE" et v. D

C.T. No. 362 "Frosst"

Vitamine B complexe renforcée et vitamine D (500 unités int. par comprimé)

A prescrire quand il est expédient de normaliser la calcémie.



La Marque Canadienne de
Produits Pharmaceutiques
de Qualité depuis 1899.

DOSE : de 1 à 3 comprimés par jour.

PRÉSENTATION : flacons de 30 et 100 comprimés.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS.

Dans toutes les manifestations pathologiques dues à la
« **PRESSIION ARTÉRIELLE** »
excessive

Employez les dragées
HYPERTOSE

L'HYPOTENSIF PARFAIT

Composés de médicaments reconnus d'utilité courante dans tous les troubles
causés par l'hypertension artérielle et autres affections des artères.

CHAQUE DRAGÉE CONTIENT :

Chlorure d'Acétylcholine	1/40 gr.	Extrait de Cratégus	1/4 gr.
Phénylbutylbarbiturique	1/4 gr.	Extrait de Passiflore	1/4 gr.
Iodobenzométhylformine	1/2 gr.	Extrait d'Artichaut	1/2 gr.
Silicate de Soude	1/2 gr.	Théobromine	1 gr.

MODE D'EMPLOI :

Une ou deux dragées avant les repas, suivant l'avis du médecin. Peut être continué
assez longtemps sans intolérance dans les cas ordinaires.

CAPSULES
HÉMO-CALCIUM
REMINÉRALISANT ET RECONSTITUANT

S'emploie partout où il faut régénérer les globules rouges, et augmenter le taux de
Calcium dans le sang. Convient aux adultes affaiblis et aux enfants en croissance.

CHAQUE CAPSULE CONTIENT :

Gluconate de Calcium	2 grs.	Vitamine A	2,500 U.I.
Hémoglobine Soluble	2 grs.	Vitamine D	500 U.I.
		Cholestérol Irradié .000035	

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoit, Montréal.

Représentant à Québec :

PAUL LAMONDE, 47A, RUE SAINT-JEAN — Tél. : 3-2717



OBSERVATION CLINIQUE N° 1

Adolf Schickelgruber.

Mâle.

Aryen.

Colleur.

Age 52.

HISTOIRE ANTÉRIEURE:

Délire systématisé et onirique à forme progressive qui a débuté dans le bas âge. Stigmates d'hérédité morbide dont les causes connues sont : naissance illégitime, état de constipation chronique, hypertrophie des organes génitaux.

Le patient s'est bien comporté jusqu'au commencement de la première période d'une analyse auto-subjective, qu'il développa durant un terme d'emprisonnement, par suite d'une débauche alcoolique et d'un exhibitionnisme hystérique. Munich, 1923.

La psychose fut caractérisée à cette époque par de l'égoïsme, de la mauvaise humeur et des excentricités, aggravée par de la frustration homosexuelle. Il y eut délire de persécution systématisé et mégalomanie jusqu'à ce qu'enfin le patient posât au réformateur. La période de mégalomanie apparut vers 1938, et fut marquée par des tendances criminelles.

SOMMAIRE DE LA MALADE ACTUELLE :

Tous les symptômes antérieurs devinrent plus marqués dans ces dernières années. Il y a une nouvelle et terrible phobie des couleurs qui se manifeste chez notre patient par une grande sensibilité au Rouge. D'autres symptômes se ramènent tous à la claustrophobie avec des périodes de délire, lorsque le patient réclame de l'espace vital (*lebensraum*). Il y a un trait de paranoïa antérieurement insoupçonné, connue sous le nom de russo-géophagie. Des instabilités ordinaires, comme une fugue (errante dans les climats froids de l'est) et une hémiphobie sémitique, sont des signes présents.

ASPECT GÉNÉRAL ET SYMPTÔMES PRÉ-DOMINANTS :

- I. Grande dépression.
- II. Perte de poids extrême et émaciation.
- III. Spasme du deltoïde droit et du fléchisseur de l'avant-bras durant lequel le patient grommelle « heil hitler ».
- IV. Clonus de la cheville du pied en marchant, accompagné par un spasme du quadriceps téromal.

DIAGNOSTIC PROVISoire :

Psychomanie dépressive avec tendances paranoïaques marquées.

TRAITEMENT :

Traitement de choc (Churchill), et lobectomie cérébrale bi-latérale.

* GOUTTES LOKOL

* Utile pour le traitement de la sinusite chronique et aiguë. Congestions diverses du nez. Pour le traitement de l'otite moyenne, lorsque le tympan est ouvert, et pour l'otite externe.

ACTION :

Vaso-constricteur — Bactériostatique.

FORMULE :

Sulfathiazole 10% — Allantoiné 0.5% — Sulphate d'éphédrine 1%, dans une base glucosée isotonique avec la masse liquide. Le pH est de 5.6 à 5.8, qui neutralise les sécrétions alcalines de l'infection.

PRÉSENTATION : Bouteilles d'une once, avec compte-gouttes.

(* C. M. A. J., (décembre) 1943. Tremble.



FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL CANADA.

BANQUE D'ÉPARGNE
LA CAISSE D'ÉCONOMIE DE NOTRE-DAME DE QUÉBEC

Capital Social Versé
 \$1,000,000

Fondée en 1848
 Charte fédérale (34 Vict. Chap. 7)

Fonds de Réserve
 \$2,000,000

12 Succursales à Québec — 2 à Lévis

Bureau Principal : No 21, rue SAINT-JEAN, QUÉBEC.

La Cie MARTINEAU ELECTRIQUE, Limitée
 TÉLÉPHONES INTERNES AUTOMATIQUES

LUMINAIRES pour hôpitaux, écoles, salles d'opération, laboratoires, etc.

Consultez nos spécialistes.

54, rue SAINT-JOSEPH, QUÉBEC.

Tél. : 2-7065

GÉRALD MARTINEAU
 CLAVIGRAPHERS

96, rue Saint-Pierre,

Téléphone : 2-2890

L'ASSURANCE est votre meilleure protection . . .

P.-A. BOUTIN
 ASSUREUR-UNDERWRITER

80, rue Saint-Pierre,
 ASSURANCES DE TOUTES SORTES

Québec.
 Téléphones : 2-3884 — 2-6033

Encourageons les nôtres . . .

Compétence ! Service !! Satisfaction !!!

Téléphone :
 4-4641

LA CIE
F. X. DROLET
 QUÉBEC

206, rue du Pont,
 QUÉBEC.

Mécaniciens, Fondateurs : acier, fonte, cuivre, aluminium - - Fabricants d'ascenseurs

- LETTRAGE
- ENSEIGNES
- DÉCORATION

STUDIO

E. B. CÔTÉ

SPÉCIALITÉ

ENSEIGNES

SUR VERRE, MÉTAL, BOIS, ETC.

ESQUISSE
 SUR
 DEMANDE

211, STE-HÉLENE
 TÉL. 6890

FAUT-IL DONNER DE LA VITAMINE D AUX ENFANTS ?

♦ On a si bien réussi à prévenir le rachitisme des nourrissons par la vitamine D qu'on s'est peu intéressé à en continuer l'usage après la deuxième année.

Cependant, on a constaté, par de sérieuses études histologiques, une surprenante fréquence du rachitisme entre la deuxième et la quatorzième année. Des chercheurs — Follis, Jackson, Eliot et Park* — ont procédé à des autopsies sur 230 enfants de cet âge et ils ont trouvé la présence du rachitisme dans 46.5% des cas.

On a constaté des altérations rachitiques survenant dans la quatorzième année ; on a trouvé que leur récurrence est plus fréquente chez ceux qui meurent de maladies aiguës que chez ceux qui meurent de maladies chroniques.

La conclusion des quatre chercheurs est celle-ci : « Il n'est pas sûr que les formes bénignes de rachitisme, remarquées dans plusieurs des enfants examinés, nuisent à la santé et au développement ; mais nos recherches, dans l'ensemble, justifient la prescription de vitamine D jusqu'à l'âge de quatorze ans ; elles démontrent, en particulier, la nécessité de redouter, chez les enfants malades, la présence possible du rachitisme ».

(*) R. H. FOLLIS, D. JACKSON, M. M. ELIOT et E. A. PARK. Prevalence of rickets in children between two and fourteen years of age. *Am. J. Dis. Child.*, 66 : 11, (juillet) 1943.

MEAD, JOHNSON & CO. OF CANADA, Limited - BELLEVILLE, Ontario.

NEURINASE

INOTYOL

ARTICHOBYL

J. EDDÉ Limitée

Édifice New Birks,

MONTREAL

Agent général.

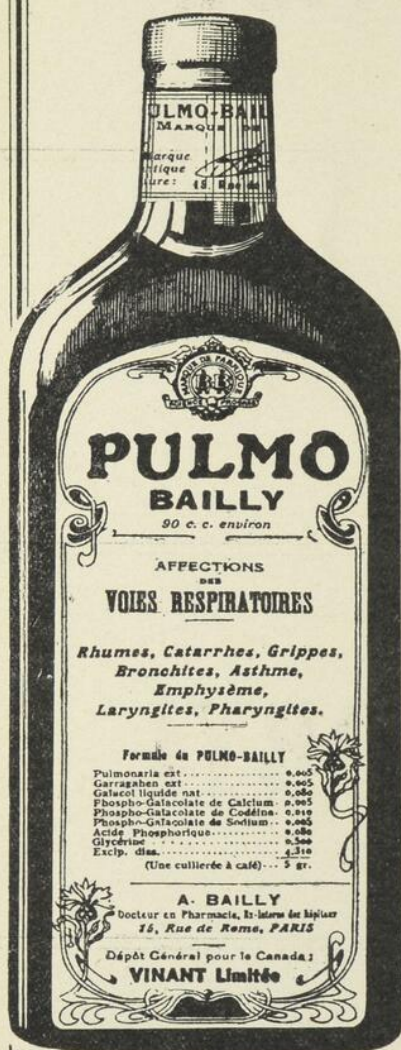
Laval Médical, Québec, janvier 1944 - Vol. 9 - No 1

— 35

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE : Phospho-Gaïacolate de Codéine

Sa préparation réalisée par les procédés les plus perfectionnés de la technique moderne lui assure une composition et une action constantes et définies.



LE VIRUS GRIPPAL

en soi peu redoutable, est dangereux parce qu'il prépare le poumon à l'attaque et à l'infection des saprophytes habituels :

STAPHYLOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STREPTOCOQUES
COCCO-BACILLES DE PFEIFFER
DANS UN ORGANISME DÉBILITÉ

LE PULMO-BAILLY

ASSURANT

- 1° L'imprégnation antiseptique des voies pulmonaires
- 2° La tonification énergique de l'organisme

RÉPOND PLEINEMENT

aux nécessités thérapeutiques du traitement complet, préventif et curatif des infections grippales, toux, laryngites, bronchites saisonnières et de toutes les affections broncho-pulmonaires.

Dans la lutte contre la contagion et l'infection grippale le

PULMO-BAILLY

EST UNE ARME THÉRAPEUTIQUE COMPLÈTE ET EFFICACE

Adultes : 1 cuillerée à café au milieu des 2 repas

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII

Agents pour le Canada : VINANT Ltée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.



VITAMINES ET SELS MINÉRAUX
RECONSTITUANT INTÉGRAL
TONIQUE "N.C.F."

Frosst

La plus complète, la plus efficace, la plus économique des préparations de ce genre qu'on puisse présentement se procurer, le Tonique N.C.F. est une véritable nourriture chimique, qui fournit les quantités nécessaires d'éléments chimiques et biochimiques susceptibles de contrebalancer les carences possibles des régimes alimentaires dépourvus d'un complément scientifiquement établi. Innombrables sont les médecins qui, afin de compenser l'effet de longues heures en lieu clos, le recommandent aux écoliers.

PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE LA DOSE QUOTIDIENNE :

FER (sous forme de sel ferreux) CUIVRE (sous forme de sel)	$\frac{1}{2}$ gr. 1/50 gr.	} Aident à prévenir l'ANÉMIE DE LA NUTRITION
VITAMINE A	2,000 unités Int.	
VITAMINE D (Ostogen)	2,000 unités Int.	} Favorisent le développement normal de l'OSSATURE et de la DENTURE; préviennent et guérissent le RACHITISME.
PHOSPHORE (sous forme de sel) CALCIUM (sous forme de sel)	$\frac{3}{4}$ gr. 1 gr.	
VITAMINE B ₁ (chlorure de thiamine)	200 unités Int.	} Aide à prévenir l'HYPOIODÉMIE.
IODE (sous forme de sel) EXTRAIT DE MALT	1/192 gr. q.s.	

Contient moins de 0.6% d'alcool.

PRÉSENTATION

Liquide — flacons de $7\frac{3}{4}$ onces (format de 24 jours), $23\frac{1}{4}$ onces (72 jours) et $46\frac{1}{2}$ onces (format économique — 144 jours), recommandé pour les enfants. Capsules — boîtes de 50 (25 jours), 100 (50 jours) et 250 (125 jours), recommandées pour les adultes.



La Marque Canadienne de produits Pharmaceutiques de Qualité depuis 1899.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

PRIVINE

Solution à 1:1000 de chlorhydrate de 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline

GOUTTES NASALES

Au nombre des importants travaux de chimie-pharmacologie de l'année 1940 se rangent la synthèse du 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline, réalisée dans les Laboratoires « Ciba », et son classement comme puissant vaso-constricteur et décongestionnant des muqueuses nasale et pharyngienne. Déjà plus active que l'éphédrine, l'épinéphrine se voit à son tour surpassée par la *Privine*, quatre fois plus efficace et d'une durée d'action trois fois plus longue.

L'observation clinique prouve que la *Privine*, qui assure non seulement l'ischémie, mais encore la décongestion des muqueuses des fosses nasales principalement, convient parfaitement au traitement des affections naso-pharyngiennes sous toutes leurs formes. Quelques instants après l'instillation de 3 gouttes de *Privine* dans les narines, la céphalée et la sensation de lourdeur de la tête disparaissent, tandis que la respiration nasale devient libre. Le nasillement des enrhumés et le larmolement cessent, la voix retrouve son timbre normal, l'odorat est récupéré. La *Privine* rend aussi d'excellents services au dentiste, à l'oculiste et comme complément aux anesthésiques.

DOSE :

3 gouttes dans chaque narine, 1 à 3 fois par jour.

PRÉSENTATION :

Flacon de $\frac{1}{2}$ once, avec compte-gouttes ;
Flacon de 4 onces, pour hôpitaux.

Littérature et échantillons sur demande.

COMPAGNIE CIBA Limitée

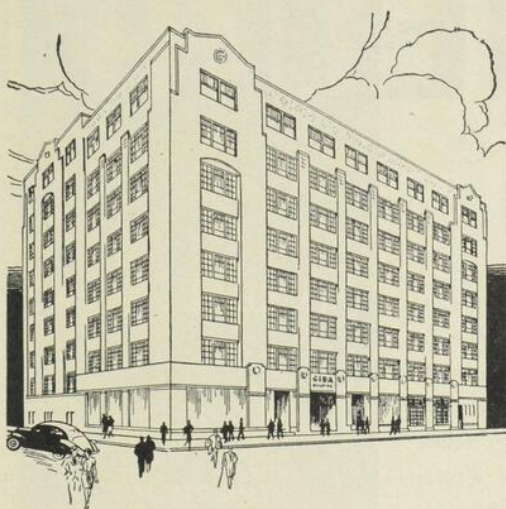
MONTRÉAL



RÉDUCTION DE PRIX

par suite
du

DÉVELOPPE-
MENT
DE NOS
MOYENS
DE
FABRICATION



Nous avons le plaisir d'annoncer au Corps médical une réduction de prix des spécialités « Ciba » suivantes :

LUTOCYLINE	Progestérone,	approximativement 30%
LUTOCYLLOL	Progestérone par voie buccale,	— 50%
MÉTANDRÈNE	Méthyltestos- térone,	— 50%
PÉRANDREN	Propionate de testostérone,	— 10%
AMPOULES de CORAMINE	Le stimulant car- diaque et respi- ratoire de renom- mée mondiale,	— 20%
COMPRIMÉS de DIGIFOLINE	Le flacon de 40 comprimés remplace, <i>sans augmentation de prix</i> , le petit tube de 25 comprimés, et l'emballage de 100 se vend 52% environ meilleur marché. La Digifoline se présente aussi en flacon de 500 comprimés pour hôpitaux à un prix très avantageux.	

COMPAGNIE CIBA Limitée

MONTRÉAL



NEURÉOL

HYPNOTIQUE
SÉDATIF
ANALGÉSIQUE

Le NEURÉOL est un somnifère qui trouve ses indications dans les cas de surmenage intellectuel, affections spasmodiques, états de nervosité, d'émotivité, d'anxiété et les déséquilibres vaso-moteurs. Il procure un sommeil réparateur et une sensation de bien-être au réveil sans aucun malaise. NEURÉOL est la médication par excellence des divers états de surexcitabilité.

*Totalement
dépourvu
d'effets
secondaires*

FORMULE
par cuillerée à thé

Diéthylbarbiturate de soude 0 gr. 20
Diméthyl-amino-antipyrine 0 gr. 06
Ext. de Valériane stabilisée 0 gr. 20
Teinture de Crataegus 0 gr. 20

Neuréol

*Procure un sommeil calme
sans malaise au réveil*

ROUGIER FRÈRES

350 rue Le Moyne
MONTRÉAL

NEURÉOL possède des avantages bien définis sur les autres hypnotiques. Il est bien toléré par l'estomac, ne crée pas d'accoutumance et s'élimine facilement par l'organisme. Il n'exerce aucun effet nuisible sur le coeur, les reins ou la mémoire. Présenté en solution non alcoolique, le NEURÉOL conserve intégralement l'action synergique de ses composants.

CASGRAIN & CHARBONNEAU, Limitée présente :

idrocol

▶ DÉHYDRO-
CHOLÉRÉTIQUE

▶ CHOLAGOGUE

▶ DIURÉTIQUE

Formule nouvelle, plus efficace.

Exerce une action bienfaisante marquée sur les fonctions *internes et externes* de la *cellule hépatique* ainsi que sur *l'estomac et l'intestin*.

Sa composition réunit les qualités du parfait cholagogue :

Acide déhydrocholique
Pepsine, Peptone,
Pancréatine, Sels biliaires.

IDROCOL • favorise la sécrétion biliaire,
• l'augmentant jusqu'à 200 pour cent
• tendant ensuite à rétablir une sécrétion normale.

Agent fluidifiant de choix, il aide ainsi à l'élimination des matières solides, et même des débris de calculs qui adhèrent parfois après une intervention chirurgicale.

Préparé sous la surveillance et le contrôle de :

Charles LAURIN, B.A., B.Ph.,
Léopold BERGERON, B.A., B.Ph.,
assistant bactériologiste.

François SANSREGRET, B.Ph.
pharmaciens-chimistes, analystes, biochimistes, diplômés de l'Université de Montréal.

Échantillons et littérature sur demande,
à Messieurs les Médecins seulement.

IDROCOL est donc fortement recommandé

Traitement pré- et post-opératoire de la Cholécystectomie.

Stase biliaire — Cholécystites — Hypo-sécrétion hépatique — Lithiase biliaire — Ictères hépatiques — Cirrhoses biliaires — Certains troubles de la digestion stomacale et duodénale.

Excellent diurétique.

Puissant stimulant du péristaltisme intestinal.

IDROCOL vous parvient :
en bouteilles de 30 et 100 comprimés.

CASGRAIN & CHARBONNEAU, LIMITÉE
SPÉCIALITÉ DU LABORATOIRE



CHARLES-A. DORION

Pour votre reliure, adressez-vous à...

GÉRARD DORION

C.-A. DORION & FILS

RELIEURS-IMPRIMEURS

42, rue Garneau, Québec. - Tél. : 2-1307 - B. P. 351

Spécialités: Reliure d'art antique et moderne avec motifs appropriés au sujet du livre. Livres de bibliothèques. Articles en cuir. Revues, etc. Reliure de tous genres à des prix très modestes.

ALTHÉOD TREMBLAY, A. G., I. C.

J.-ELZÉAR DION, Gérant.

TREMBLAY & DION

Blue Print, Photostat, Photo-Litho.

Téléphone : 2-5024

274, boulevard Charest, Québec.

PRÊTS PERSONNELS

Si vous avez momentanément besoin d'argent, consultez le gérant de l'un de nos 529 bureaux. Il examinera avec plaisir votre proposition et, s'il la juge acceptable, il vous soumettra, au besoin, un plan de remboursement par versements faciles.

La Banque Canadienne Nationale fait tous les jours, à des taux raisonnables, de petits prêts à des particuliers solvables, offrant des garanties suffisantes.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, environ \$180,000,000.

12 SUCCURSALES A QUÉBEC.

H. des Rivières, Gérant général adjoint.

Messieurs les Médecins

trouveront à nos établissements un assortiment très varié de

- Seringues et aiguilles hypodermiques
- Instruments de Chirurgie
- Articles de pansements
 - Ampoules de toutes sortes
 - Sérums et Vaccins
 - Bandes hernières et
 - Ceintures chirurgicales



Téléphone : 2-5214

Rue SAINT-JEAN, QUÉBEC.

LA PLUPART DES INFECTIONS URINAIRES
SONT ENRAYÉES PAR LE

SULAMYD

Le SULAMYD (Sulfacétimide Schering) est "presque un spécifique" dans le *traitement* des infections des voies urinaires—surtout celles dues au colibacille, l'organisme causal le plus fréquent.

Le SULAMYD est efficace à petites doses, est mieux toléré, est d'un emploi commode. Des données récentes indiquent que le SULAMYD est utile comme *prophylactique* pré- et postopératoire en chirurgie genito-urinaire, et dans les interventions aux voies urinaires.



SULAMYD (Sulfacétimide Schering) en flacons de 100 et de
1000 comprimés de 0.5 gramme.



SCHERING CORPORATION LIMITED
137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCEURS

Anglo-French Drug Co.	1, 15
Ayerst, McKenna & Harrison	27, 28
Banque Canadienne Nationale	42
Boutin, P.-A.	34
Casgrain & Charbonneau Ltée.	41
Ciba, Compagne, Limitée	38, 39
Côté, E.-B.	34
Dorion, C.-A.	42
Drolet, Limitée, F.-X.	34
Eddé, J., Limitée.	35
Fisher Scientific Co., Ltd.	25
Frosst, Charles E. & Co.	31, 37
Herd & Charton, Inc.	19
Hoffmann-La Roche, Limitée.	23
Horner, Frank W.	33
Laboratoires Poulenc Frères du Canada	Couv. IV
Laboratoires Abbott, Limitée.	18
Laboratoires Desautels, Limitée.	32
Laboratoire Jean Olive	16
Laboratoires DesBergers-Bismol	14
Laboratoire Nadeau, Limitée.	10
La Caisse d'Économie.	34
Laiterie Laval, Enr.	17
Lépine, Germain, Limitée.	30
Les Prévoyants du Canada	30
Livernois, J.-E., Limitée.	42
Martineau Électrique.	34
Martineau, Gérald.	34
Mead Johnson, Co.	4, 34
Merck & Co., Limited	24
Millet, Roux & Cie, Limitée.	22
Ministère des Pêcheries maritimes.	29
Ministère de la Santé	26
Parke, Davis & Co.	Couv. III
Rougier Frères.	8, 12, 40
Schering Co.	43
Société d'Expansion Pharmaceutique.	21
Squibb, E. R., & Sons of Canada, Limited.	20
The E. B. Shuttlesworth Chemical Co., Ltd.	6
Tremblay & Dion.	42
Usines Chimiques du Canada.	Couv. II
Vinant, Limitée	11, 13, 36
Wyeth, John, & Brother.	2

A NOS LECTEURS

Ce bulletin est édité avec le *généreux concours de ses annonceurs*. Aidez donc ceux qui vous aident, en prescrivant de préférence à toutes les autres, les spécialités qui se rappellent régulièrement ici à votre bienveillante attention.

Rétablissement de la fonction intestinale

"KONDREMUL"

Emulsion efficace et de goût agréable, contenant 55 p. 100 d'huile minérale, et du carragaheen (mousse d'Irlande) comme agent émulsionnant.

AVANTAGES

Le carragaheen (*chondrus crispus*) maintient l'huile finement divisée. Cette "permanence" de l'émulsion prévient la coalescence de l'huile sous forme de globules. La suppression de tout suintement anal en est le résultat.

Le Kondremul ne renferme pas de glucides digestibles et il ne se résout pas en ses éléments constitutifs au cours de son passage à travers l'appareil intestinal, mais se mêle étroitement au contenu de l'intestin. Les selles reprennent bientôt leur consistance normale et sont évacuées facilement, sans effort.

Le Kondremul s'écoule aisément du flacon; il reste tel quel aux températures extrêmes et ne contient ni alcool ni alcali. Uniquement destiné à régulariser la fonction intestinale, il n'entraîne la formation d'aucune habitude nocive. On le prend non dilué ou additionné d'eau chaude ou froide, de lait ou de cacao.

KONDREMUL et B₁

Contient 200 unités internationales de vitamine B₁ par once fluide, ajoutée pour son effet tonifiant sur la musculature intestinale.

Flacons de 8 et 16 onces f.

KONDREMUL ET CASCARA SAGRADA

Recommandé dans les cas où l'on désire combiner l'action du Kondremul et l'effet légèrement tonique et stimulant du cascara sur les muscles de l'intestin.

Flacons de 16 onces f.

KONDREMUL ET PHÉNOLPHTALÉINE

Indiqué dans les cas qui exigent un effet laxatif plus actif. Contient 2,2 grains de phénolphtaléine par cuillerée à soupe.

Flacons de 8 et 16 onces f.

NOTER que nombre de malades qui, au début, ont besoin de Kondremul additionné de cascara ou de phénolphtaléine, peuvent maintenir la régularité qu'ils en ont obtenue en recourant au "Kondremul et v. B₁".

ÉCHANTILLON À TITRE GRACIEUX

Il suffit de les demander pour recevoir, gratis et sans engagement de votre part, un échantillon de Kondremul et une brochure de grand intérêt, intitulée "L'hygiène intestinale dans les affections du rectum". Veuillez spécifier la variété de Kondremul qui vous intéresse.



Frosst

Depuis 1899, cette marque canadienne est le symbole de produits pharmaceutiques de qualité supérieure.

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS

Complément Idéal VITAMINES et SELS MINÉRAUX

DU RÉGIME ALIMENTAIRE, PARTICULIÈREMENT
RECOMMANDÉ PENDANT LA GROSSESSE
ET L'ALLAITEMENT.



“TUTAMATE”

S.E.C. no. 653 "Frosst"

Des essais cliniques ont démontré définitivement que l'administration de "Tutamate" est suivie d'un surcroît de réconfort et d'une amélioration générale de la santé et de la nutrition.

Indications

Accouchement prématuré; polynévrite causée par l'avitaminose B₁; anémie de la nutrition; rachitisme; carie dentaire; tétanie découlant de l'avitaminose D; hypoiodémie. Contre-balance la carence saline et rétablit la réserve vitaminique.

Formule

Principaux ingrédients:	Dans la dose quotidienne:
Carbonate ferreux - - - - -	grain
Carbonate de cuivre - - - - -	1/23 grain
Vitamine A - - - - -	5000 unités Int.
Vitamine D - - - - -	2000 unités Int.
Phosphate de calcium - - - - -	4 grains
Iodure de sodium - - - - -	1/162 grain
Vitamine B ₁ - - - - -	666 unités Int.
Vitamine B ₂ - - - - -	2 mg.
Tocophérols mixtes, - - - - -	12 mg.

Dose:

2 capsules par jour, aux repas.

Présentation:

Boîtes de 50 et 100 capsules.

La Marque Canadienne de Produits Pharmaceutiques de Qualité Depuis 1899

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

À QUALITÉ ET PRIX ÉGAUX OU MEILLEURS, PRESCRIVEZ LES PRODUITS CANADIENS

MAINTENANT combiné au **SULFATHIAZOLE** **EN SUSPENSION CRISTALLINE**

Pour combattre les infections naso-pharyngées avec plus de succès, Parke-Davis présente le **GLUCO-FÉDRIN* AVEC SULFATHIAZOLE...**

- produit des recherches modernes pour décongestionner les muqueuses nasales (lactate d'éphédrine 1%) ;
- l'action bactéricide du sulfathiazole cristallisé est très puissante ;
- son pH est le même que celui en mucus nasal ; légèrement acide ;
- solution isotonique, additionnée de dextrose ;
- suspension aqueuse qui n'irrite pas les muqueuses.



GLUCO - FÉDRIN AVEC SULFATHIAZOLE est stable et se répand d'emblée sur les muqueuses. Il peut être employé en instillation, vaporisation et pour faire un pansement compressif du nez. Présenté en flacon d'une once avec bouchon compte-gouttes.

PARKE, DAVIS & COMPAGNIE

Wakerville, Ontario

**PRETONS NOTRE ARGENT
POUR HATER LA VICTOIRE.**

*Marque déposée.

AGENT THÉRAPEUTIQUE
D'UNE PUISSANCE

INCONTESTÉE
DANS LE TRAITEMENT DE LA
PNEUMONIE
PNEUMOCOCCIQUE

Le **DAGENAN**, depuis son apparition en thérapeutique, s'est révélé le médicament le plus actif et le plus efficace dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique.

La multitude des cas qui ont été publiés à date permet de conclure que le **DAGENAN** est toujours le plus puissant agent thérapeutique dans le traitement de la pneumonie d'origine pneumococcique et que c'est le médicament auquel on doit avoir recours au début de l'infection.

SOLUDAGENAN

Dans les cas où la voie orale ne permet pas l'absorption complète du médicament ou dans les cas *in extremis* (méningites, septicémies, etc.), le **SOLUDAGENAN**, solution stable de **DAGENAN**, prête pour l'injection, fournit le moyen d'une thérapeutique intense.

Le **DAGENAN** est offert en comprimés dosés à 0 gr: 50 ($7\frac{1}{2}$ grains), en tube de 20, flacon de 100 et boîtes de 1,000 comprimés.

Le **SOLUDAGENAN** est présenté en ampoules de 3 c.c. chacune contenant 1 gramme de **DAGENAN**. Boîtes de 10 et de 50 ampoules.

Laboratoires Poulenc Frères
DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

