Tome 82 — Numéro 1

MONTRÉAL, JANVIER 1953

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

•

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT:
326 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal.

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

de Nativelle...

UN SÉDATIF

Nouveau — Efficace — Bien toléré

NATISÉDINE

Comprimés à 0.10 gm. de Phényléthylbarbiturate de Quinidine

PRINCIPALES INDICATIONS :

Anxiété — Insomnies — Angoisses — Palpitations — Extrasystoles
Cas rebelles aux autres sédatifs.

1 à 3 comprimés en entiers ou en demi-comprimés répartis au cours de la journée.
Flacons de 20 et de 100 comprimés.

ROUGIER FRÈRES - 350, RUE LE MOYNE - MONTRÉAL 1

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-SULPICE

Assurance de bon régime!



COMPOSITION D'UNE VITULE:

Vitamine A (1000 unités de carotène, 4000 unités d'huiles de foie de poisson)	5000 U.I.
Vitamine D	500 U.I.
Chlorhydrate de thiamine	1 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.
d-Pantothénate de calcium	10 mg.
Pyridoxine	1 mg.
Acide ascorbique	30 mg.
Tocophérols mixtes (anti-oxydant)	4 mg.
Concentré de foie (provenant de 2.5 gm. de foie frais)	125 mg.
Levure de brasserie	125 mg.

VITULES CAPSULES POLYVITAMINIQUES

Wyeth

Marque Déposée

POSOLOGIE RECOMMANDEE:

ENTRETIEN: Une Vitule par jour.

THERAPEUTIQUE: Trois Vitules par jour ou davantage. Pour tenir compte de l'excrétion rapide des vitamines hydrosolubles, il est préférable de fractionner la dose quotidienne en plusieurs prises. L'absorption et l'utilisation sont alors à leur maximum.

SOMMAIRE

•

BULLETIN

E. DESJARDINS
A la recherche d'une formule post-scolaire. 3

• • •

J.-Ed. SAMSON
Aspects cliniques et thérapeutiques de la scoliose de croissance. 6

Rosario ROBILLARD
Considérations sur les doses d'insuline au cours des acidoses diabétiques graves. 13

RECUEIL DE FAITS

Rosaire LAUZER
Kystes tératoïdes ovariens. 17

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

J.-P. BOURQUE et Jean JOYAL
Etude clinique préliminaire d'un nouveau sulfamidé dans le traitement des infections urinaires. 19

REVUE GÉNÉRALE

J.-A. GRAVEL
Diagnostic et traitement chirurgical des malformations du cœur et des gros vaisseaux. 26

Jacques TURCOT
Aspect de la pathologie des capillaires et des lymphatiques des membres. 40

Georges-E. CARTIER
Les troubles de la circulation veineuse superficielle et profonde des membres. 50

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

Une bouteille par jour, soit:
un verre à jeun, un verre à chaque repas
et un verre le soir.

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES :

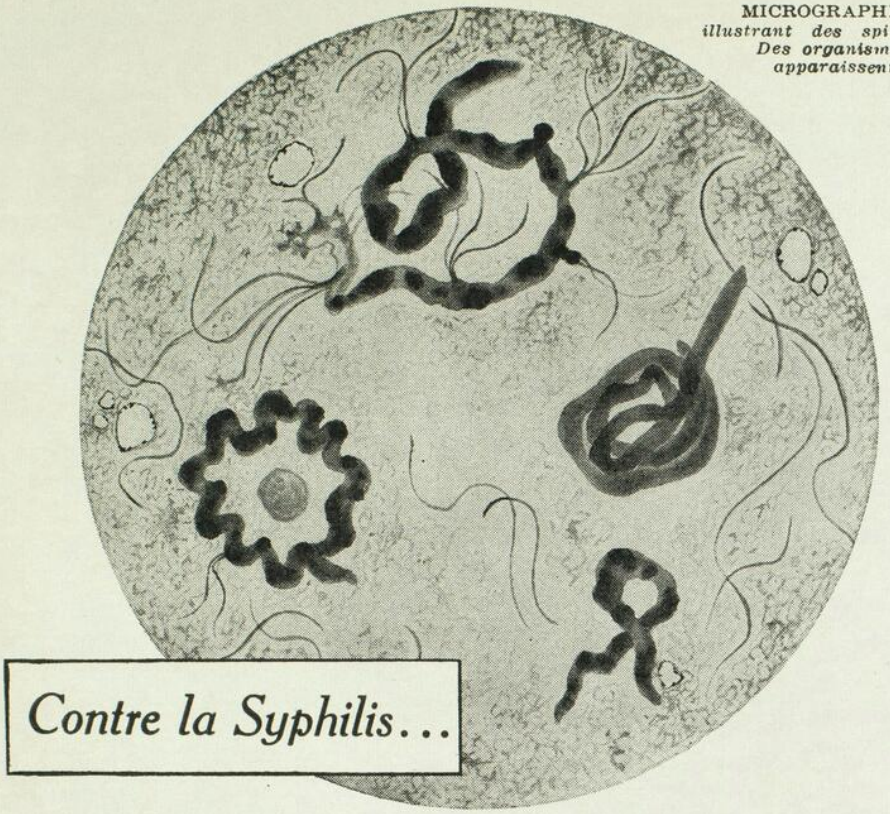
Gravelle urique et phosphatique — *Une bouteille par jour comme ci-dessus.*

Albuminurie des goutteux et des graveleux
Cystites — Néphrites
Artério-sclérose au début

Une demi-bouteille par jour, soit:
Un verre à jeun.
Un verre une demi-heure avant le repas du midi.
Un verre le soir.

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

Représentants exclusifs au Canada: **HERDT & CHARTON, Inc.,** Montréal



MICROGRAPHIE ÉLECTRONIQUE
illustrant des spirochètes (X18, 780). Des organismes en forme d'anneau apparaissent après exposition à l'activité d'un agent antagoniste.

Contre la Syphilis...

. . . le Produit de Choix est la PÉNICILLINE

"La pénicilline seule, dépasse de beaucoup les médicaments antisyphilitiques employés antérieurement, quant à ses aspects thérapeutique, économique, technique, toxique ou prophylactique. Et facteur plus important encore, sa haute valeur thérapeutique est accrue par la facilité avec laquelle on peut l'administrer et se la procurer."

Curtis, A. C., Kitchen, D. K., O'Leary, P. A., Rattner, H., Rein, C. R., Schoch, A. G., Shaffer, L. W., et Wile, U. J.: Penicillin Treatment of Syphilis, *J. A. M. A.* **145**: 1223-1226, April 21, 1951.

Produits Pénicilliniques Merck

On peut se procurer la Pénicilline Merck en solution aqueuse et en suspension aqueuse.

Recherches et production au service du public

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants
MONTRÉAL · TORONTO · VANCOUVER · VALLEYFIELD

192101

SOMMAIRE

(Suite)

Roland CAUCHON

La cystectomie totale et le cancer de la vessie. 58

ÉDITORIAL

Paul BRODEUR et Maurice DUFRESNE

Nouveau contraste cholécystographique : Télépaque. 64

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

G. CHAREST

La semaine nationale d'immunisation. 66

VARIÉTÉS

C. A. MARTIN

Quelques mythomanes célèbres. 69

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

René CHARBONNEAU

L'ophtalmologie et le médecin praticien. 82

CONGRÈS

XIVème Congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine — 29 octobre 1952. 87

ANALYSES

MEDECINE

Examen personnel de la glande mammaire (90). Fibrose pulmonaire dans la sclérodermie généralisée (90). L'administration de la cortisone par la méthode aérosol dans le traitement de l'asthme bronchique (91).

Chez le Patient "Rebelle au Fer"

"FERRO-CATALYTIC"

Carbonate Ferreux et Cuivre Actif

Capsules

"FERRO-CATALYTIC"

S.E.C. Nº 82 "Frosst"

*Carbonate ferreux..... 6¾ gr.
Cuivre (sous forme de carbonate)... 1/48 de gr.
Phénolphtaléine..... 1/12 de gr.

POSOLOGIE

Une capsule deux ou trois fois par jour

PRÉSENTATION

Boites de 50 et de 100

Sirop

"FERRO-CATALYTIC"

Sirop Nº 36 "Frosst"

Chaque once liquide renferme:
Phosphate de fer soluble, N.F..... 66-⅔ gr.
Cuivre (sous forme de sulfate)..... 1/12 de gr.

POSOLOGIE

Adultes: 2 cuillerées à thé 3 fois par jour.

Enfants: à proportion.

PRÉSENTATION

Flacons de 16 onces liquides

*Un grain de carbonate ferreux équivaut approximativement à ½ grain de fer à l'état ferreux.

EST SINGULIÈREMENT EFFICACE

Dans des centaines de cas d'anémie secondaire, Ferro-Catalytic a prouvé son efficacité thérapeutique en augmentant rapidement le pourcentage d'hémoglobine. La composition du sang accuse généralement une amélioration remarquable dans les 3 ou 4 semaines qui suivent le début de la médication.

De nombreux patients atteints d'anémie rebelle à d'autres formes de médication et qui, conséquemment, se voyaient dans un état de demi-invalidité à l'année, répondent de façon sensationnelle au traitement par le Ferro-Catalytic.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

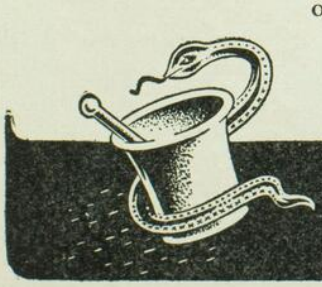
Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

LA FORMULE LIPOTROPIQUE ACTUELLE LA PLUS PUISSANTE ET LA PLUS COMPLETE EST

LIPOTROPE*

Elle est aussi la plus économique pour le patient

* Les preuves documentaires et une littérature abondante à l'appui de cet énoncé vous seront fournies par nos représentants médicaux, ou sur réception d'une carte postale nous en faisant la demande.



Rougier Frères

350 LE MOYNE — MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

PHTISIOLOGIE

La septicémie tuberculeuse avec leucopénie (91). **La tuberculose miliaire autonome du foie** (92). **Le sarcoïde de Boeck : observation sur l'emploi du vaccin B.C.G.** (92). **Le pneumothorax différé** (93). **Tuberculomes et noyaux caséeux persistants** (93). **Le traitement de la tuberculose pulmonaire compliquée de méningite** (94). **La tuberculose génitale avec atteinte pulmonaire** (94). **Les récents progrès de la résection pulmonaire dans le traitement de la tuberculose** (95). **Etude sur la primo-infection tuberculeuse** (95).

UROLOGIE

Un substitut à la vessie (96).

NEURO-PSYCHIATRIE

Sur la chirurgie pré-frontale sélective (96).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Otite externe et son traitement (97).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anoxie, cause de la fibroélastose de l'endocarde du nouveau-né (97). **La mise en évidence des bacilles acido-résistants dans les préparations histologiques** (98).

LABORATOIRE

Alterations morphologiques du bacille tuberculeux consécutives à l'action de divers médicaments. Etude au microscope électronique (98).

SOCIÉTÉS

Société Médicale de Montréal: séance du 21 octobre 1952 (99); séance du 4 novembre 1952 (100).

Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 30 octobre 1952 (101).

NÉCROLOGIE

Le docteur Henri Baril. 107

NOUVELLES 109

REVUE DES LIVRES 112

L'Union Médicale du Canada en 1884. 116

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 118

CONDITIONS DE PUBLICATION

"L'Union Médicale du Canada" paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada.

Elle publie les travaux des Congrès, tous les communiqués de l'Association et des articles médicaux inédits.

L'abonnement est de dix dollars par année (douze dollars pour l'étranger) ; les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue Française du Canada ont droit, de ce fait, à la réception du Journal.

Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

"L'Union Médicale du Canada" assume les frais de **cinq illustrations** au maximum, pour chaque travail. Les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur. Nous n'acceptons pas de négatifs de clichés. Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé. Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

Pour obtenir des **extraits,** l'auteur doit en faire la demande directement à l'éditeur. Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

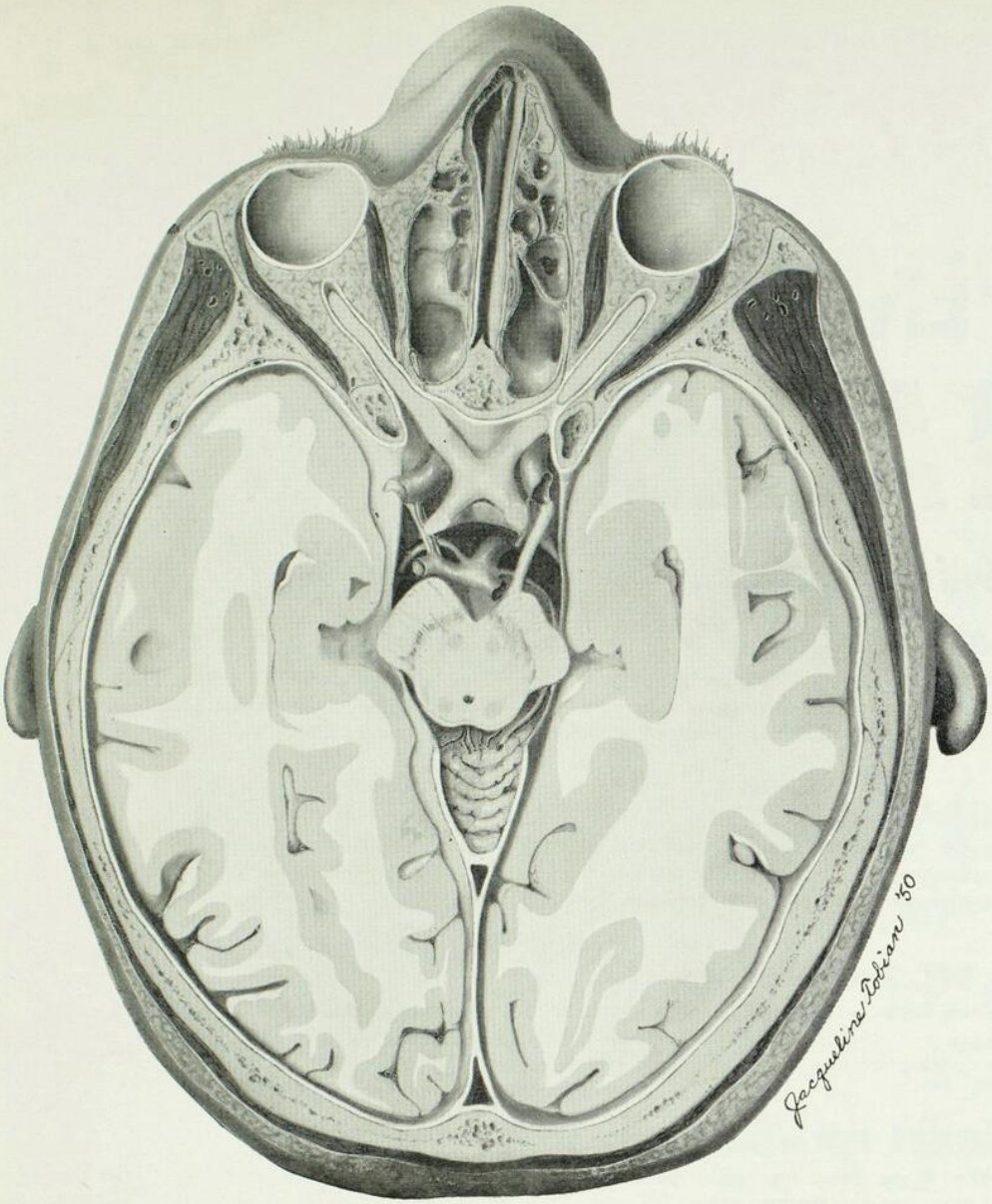
L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter. Chaque indication bibliographique doit être fournie comme suit: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, volume, page, mois (jour du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

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

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

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

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



L'illustration ci-dessus a été dessinée par un étudiant en art médical de la Division des Arts appliqués à la Médecine, Université de Toronto.

La maison Charles E. Frosst & Co. subvient aux frais d'une bourse pour cette division, dans le but d'encourager la formation, au Canada, d'illustrateurs compétents en matières médicales.

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Charles E. Frosst & Co
MONTREAL CANADA

Une nouvelle présentation

LES SUSPENSIONS de "TRULFACILLIN"

Thérapie Pénicillino-Sulfamidée

- ***CONTRÔLE DE L'INFECTION***

  Les nombreuses indications cliniques où les effets additifs et parfois synergiques de la pénicilline combinée aux sulfamides se sont avérés avantageux contre certaines bactéries ont résulté en un plus fort pourcentage de succès dans le combat des infections et une diminution des états morbides et du taux de la mortalité.

- ***ADMINISTRATION ORALE***

  On admet maintenant de façon générale que, sauf circonstances spéciales, l'efficacité de la pénicilline est aussi assurée en administration orale que parentérale, et l'adoption de la première voie d'administration devient de plus en plus générale par suite des avantages qu'en retirent le patient aussi bien que le médecin.

- ***ABSENCE D'EFFETS SECONDAIRES***

  Les plus nouveaux antibiotiques ont leur utilité, mais il convient de souligner que la pénicilline continue de primer par son degré d'efficacité dans la plupart des infections ordinaires et par l'absence relative d'effets malencontreux; cet avantage est encore plus marqué lorsque la pénicilline est combinée aux sulfamides.

- ***SUSPENSIONS AQUEUSES POUR ADMINISTRATION ORALE***

  Auparavant, l'instabilité de la pénicilline en suspension aqueuse limitait son emploi sous forme de préparations liquides pour administration orale. Toutefois, non seulement le nouveau sel — le benzethacillin (bibenzylethylenediamine bipénicilline-G) — produit-il des suspensions aqueuses stables, mais son administration orale procure des taux sanguins plus soutenus que ne le font d'autres sels de pénicilline.



LES SUSPENSIONS de "TRULFACILLIN"

Les suspensions de Trulfacillin sont des préparations aqueuses et stables de pénicilline et de sulfamides pour administration aux enfants et aux adultes chez qui la déglutition de comprimés présente des difficultés. Trulfacillin sous forme de suspension et de comprimés procure les avantages suivants:

- Effets additifs et parfois même synergiques sur les bactéries sensibles à ces agents.
- Sécurité relative — la pénicilline par voie orale occasionne peu ou point d'effets secondaires, et le risque d'hypersensibilité est moins grand que ne le suscite l'administration parentérale.
- Quasi-absence de cristallurie consécutive aux sulfamides, et de sensibilité par suite de la combinaison de trois sulfamides.
- Efficacité dans le traitement des infections suivantes:

  infections pneumococciques • infections staphylococciques • infections streptococciques hémolytiques • blennorragie • amygdalite • fièvre scarlatine • otite moyenne • angine de Vincent.

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-200 (SUSPENSION)

Suspension N° 977 Frosst

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	65 mg.
sulfadiazine	65 mg.
sulfamérazine	65 mg.
(un total de 3 grains de sulfamides)	
benzethacillin	200,000 U.I.
(bibenzylethylenediamine bipénicilline-G)	

POSOLOGIE. Bébés et enfants — une cuillerée à thé par jour, en doses fractionnées, pour chaque quatre livres de poids corporel, ainsi,

aux enfants de	8	lbs.	—	1	cuillerée	à	thé	toutes	les	12	heures
" " "	12	"	—	1	"	"	"	"	"	8	"
" " "	16	"	—	1	"	"	"	"	"	6	"
" " "	20	"	—	1	"	"	"	"	"	5	"
" " "	24	"	—	1	"	"	"	"	"	4	"

Ces doses procurent ¾ de grain de sulfamides et 50,000 unités de pénicilline par livre de poids corporel par 24 heures.

On peut diminuer la fréquence d'administration et augmenter chaque dose: par exemple, à un bébé de 16 lbs, 2 cuillerées à thé toutes les 12 heures; à un enfant de 24 lbs, 2 cuillerées à thé toutes les 8 heures.

PRÉSENTATION. Flacons de 60 cc.

"TRULFACILLIN" 7½-100 (SUSPENSION)

Suspension N° 979 Frosst

Chaque cuillerée à thé de 5 cc. renferme:

sulfaméthazine	0.167 G.
sulfadiazine	0.167 G.
sulfamérazine	0.167 G.
(un total de 7½ grains de sulfamides)	
benzethacillin	100,000 U.I.
(bibenzylethylenediamine bipénicilline-G)	

POSOLOGIE. D'une à deux cuillerées à thé toutes les 6 à 8 heures.

PRÉSENTATION. Flacons de 60 cc.

AVERTISSEMENT. Bien qu'avec l'emploi des préparations de Trulfacillin le danger des phénomènes fâcheux généralement associés à la sulfamidothérapie soit grandement réduit, il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans la recherche et le diagnostic de phénomènes tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

Frosst
DEPUIS 1890
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

"TRULFACILLIN" POUR ENFANTS 3-50 (COMPRIMÉS)

Comprimé N° 819 Frosst

sulfaméthazine	64 mg.
sulfadiazine	64 mg.
sulfamérazine	64 mg.
(un total de 3 gr. de sulfamides)	
pénicilline-G potassique cristallisée	50,000 U.I.

POSOLOGIE. Enfants — un comprimé par jour, en doses fractionnées, pour chaque quatre livres de poids corporel, ainsi,

aux enfants de	8	lbs.	—	½	comprimé			toutes	les	6	heures
" " "	10	"	—	½	"			"	"	5	"
" " "	12	"	—	½	"			"	"	4	"
" " "	16	"	—	1	"			"	"	6	"
" " "	20	"	—	1	"			"	"	4	"

PRÉSENTATION. Fioles de 20, boîtes de 100*.

"TRULFACILLIN" 5-25 (COMPRIMÉS)

Comprimé N° 818 Frosst

sulfaméthazine	0.1 G.
sulfadiazine	0.1 G.
sulfamérazine	0.1 G.
(un total de 5 gr. de sulfamides)	
pénicilline-G potassique cristallisée	25,000 U.I.

POSOLOGIE. D'un à quatre comprimés, suivis d'un ou 2 comprimés toutes les 4 heures.

PRÉSENTATION. Fioles de 20, boîtes de 100*.

*Chaque comprimé est hermétiquement scellé dans une feuille d'étain.

"TRULFACILLIN" 7½-100 (COMPRIMÉS)

Comprimé N° 821 Frosst

sulfaméthazine	0.167 G.
sulfadiazine	0.167 G.
sulfamérazine	0.167 G.
(un total de 7½ gr. de sulfamides)	
pénicilline-G potassique cristallisée	100,000 U.I.

POSOLOGIE. D'un à deux comprimés toutes les 4 à 8 heures.

PRÉSENTATION. Boîtes de 12 et de 100*.

Charles E. Frosst & Co. MONTREAL • CANADA

Les vitamines du groupe B, sous une

FORMULE INCOMPARABLE . . . *à prix moyen,*

"BEFORTE" COMPRIMÉS

additionnés de Vitamine B_{12}

Pour la Prévention d'Insuffisances d'Origine Nutritive et le Traitement Intense de Carences Vitaminiques.

La propriété que possèdent les tissus de se refaire de la débilité normale, particulièrement durant et après une maladie aiguë, dépend en grande partie de la nutrition. Afin d'assurer une bonne utilisation des autres facteurs diététiques essentiels, la présence de quantités adéquates de vitamines s'impose. Par exemple, l'organisme affaibli par une maladie très grave peut avoir besoin des vitamines du groupe B et de la vitamine C en quantités dix fois plus grandes que les rations quotidiennes recommandées[1]. Outre ses effets hématopoiétiques, la vitamine B_{12} joue un rôle considérable dans la nutrition étant donné sa vertu d'accélérer la croissance chez les enfants[2,3,4]. Par conséquent, la présence de cette vitamine s'avère précieuse dans les préparations destinées au traitement de carences vitaminiques. Les tablettes Beforte renferment cette vitamine.

1. "Therapeutic nutrition — a review." Pollack and Halpern, Nut. Observ., 12:43, 1951.
2. "Growth failure in school children as associated with vitamin B_{12} deficiency — response to oral therapy." Wetzel et al., Science, 110:651, 1949.
3. "Sequelae of administration of vitamin B_{12} to humans." Chow, J. Nutrition, 43:323, 1951.
4. "Vitamin B_{12} in the treatment of malnutrition and celiac disease in infants and children." O'Neill and Lombardo, Amer. Pract., 2:900, 1951.

Charles E. Frosst & Co. MONTREAL • CANADA

"BEFORTE"

INDICATIONS. Les vitamines sont présentement ou virtuellement insuffisantes dans le régime des états suivants, et il faut donc le compléter —

DURANT LES PÉRIODES DE RESTRICTION DIÉTÉTIQUE, comme dans le traitement de l'ulcère peptique, la colite, le diabète sucré, l'alcoolisme chronique, les régimes irrationnels, l'anorexie nerveuse, la cardiopathie, la néphrite et la sénilité;

ÉTANT DONNÉ L'ABSORPTION INSUFFISANTE conséquente à la colite, la maladie coeliaque, la dysenterie, la cardiopathie avancée;

AFIN DE POURVOIR AUX BESOINS EXTRAORDINAIRES qui procèdent de l'hyperthyroïdie, des infections aiguës, de la grossesse, de la lactation et des maladies débilitantes (tuberculose, arthrite, asthme chronique, etc.).

"BEFORTE" (COMPRIMÉS) ***Marque de Vitamine B additionnée des Vitamines C et D***

Tablette N° 360 Frosst

Levure de bière concentrée	150 mg.
Chlorhydrate de thiamine	5 mg.
Riboflavine	3 mg.
Niacinamide	12.5 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine	1 mg.
Vitamine B_{12} (sous forme de cyanocobalamine)	1 mcg.
Acide ascorbique	35 mg.
Vitamine D	500 U.I.

POSOLOGIE. Dose prophylactique: une à deux tablettes par jour.
Dose thérapeutique: une à deux tablettes trois fois par jour.

PRÉSENTATION. Flacons de 30 et de 100.

Le film de la vie est triste pour ceux qui souffrent...



Le NEO-SPASMYL

SÉDATIF PUISSANT ET INNOFFENSIF

Calme pendant la journée, et fait dormir pendant la nuit. Fidèle dans son action, toujours parfaitement toléré, il ne provoque jamais de réveil pénible et n'a aucune contre-indication.

NEO-SPASMYL

DEUX FORMES

PILULES à 5 ctgr. de barbiturique (soluble) — COMPRIMÉS à 1 ctgr. de barbiturique (soluble)

Laboratoires "National" Limitée

AGENTS GÉNÉRAUX AU CANADA

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

Bulletin de l'Association des Médecins
de Langue Française du Canada

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Valléry-Radot (Paris),
Wilbrod Bonin, doyen
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Charles Vézina, doyen
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Pierre Masson,
J.-A. Leduc,
T. Parizeau,
J.-N. Roy (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, P.-R. Archambault, Albert Bertrand, Emile Blain, Roméo Boucher, Paul Bourgeois, J.-A. Denoncourt, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, Richard Gaudet, Léon Gérin-Lajoie, Albert Jutras, MM. J.-M. Laframboise, Renaud Lemieux, Albert LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, L.-P. Petitclerc, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Hermile Trudel, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R Dufresne

Secrétaire adjoint de la Rédaction (Québec)
Antoine Pettigrew

BUREAU DE COLLABORATION:

MM. Maurice Beaudry, J.-M. Beauregard, Maurice Bélisle, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, H. de la Broquerie Fortier, M. Gervais, Pierre Jobin, P. Larivière, Valmore Latraverse, MM. Simon Lauzé, Rosaire Lauzer René Lebeau, Sylvio Leblond, J.-Louis Léger, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon P. Poirier Rosario Robillard, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

nous sommes heureux de vous présenter le . . .

BREVIDIL "M"

BROMURE DE SUXAMÉTHONIUM

un relaxant musculaire d'action très brève

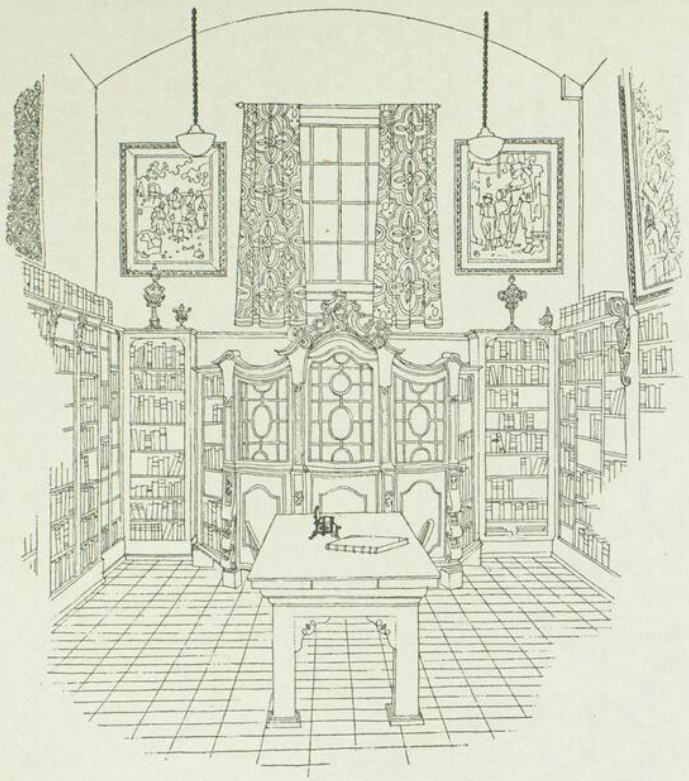
répondant exactement aux besoins dans les interventions chirurgicales, anesthésiques et autres, n'exigeant que de 2 à 5 minutes de relâchement musculaire profond

le Brevidil 'M' est présenté en poudre:

ampoules contenant 60 mg. (approximativement 40 mg. de cation actif)
flacons-ampoules multidoses contenant 300 mg. (200 mg. de cation actif)



pionniers dans le domaine des relaxants musculaires synthétiques



L'antibiotique à large spectre anti-bactérien qui s'est avéré cliniquement efficace dans les infections des vaisseaux...

AUREOMYCINE

Lederle

L'administration per os d'un antibiotique efficace permet de traiter avec succès l'infection de la tunique interne et de la paroi des vaisseaux sanguins, tout comme l'infection de n'importe quel autre tissu. Dans ce type d'infection, l'auréomycine s'est révélée remarquablement active, notamment dans la thrombo-phlébite et l'artérite temporale. Que l'état infectieux soit ouvertement déclaré ou qu'il soit simplement latent ou redouté, on a tout intérêt à recourir à l'auréomycino-thérapie pour en arrêter l'évolution et favoriser une rémission clinique.

Conditionnement:
Capsules à 50 mg. — Flacons de 25 et de 100 capsules.
à 100 mg. — Flacons de 25 et de 100 capsules.
à 250 mg. — Flacons de 16 et de 100 capsules.
Solution ophtalmique: Fiole à 25 mg. Solution à préparer extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION *North American Cyanamid Limited*
5550, avenue Royalmount, Ville Mont-Royal, Montréal 16, Qué.
Case postale 6120, Montréal, Qué.

Bulletin de l'Association des Médecins
de Langue Française du Canada

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Pierre Smith
Vice-président: Emile Blain
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal
Secrétaire-trésorier adjoint: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Pierre Smith, R. Amyot, J.-A. Vidal et Emile Blain.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, Emile Blain et J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

MM. A. Plichet (Paris),
Louis-E. Phaneuf (Boston),
Charles P. Mathé (San Francisco),
A. Fontaine (Woonsocket),
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa),
L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac),
MM. R. Gaudet (Sherbrooke),
J.-Antonio Lecours (Ottawa),
Eug. Tremblay (Chicoutimi),
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières),
D. Colin (Saint-Boniface),
L.-P. Mousseau (Edmonton).

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT } 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal
PUBLICITÉ : Jacques D. Clerk } Tél.: LAncaster 9888

OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE BUVABLE



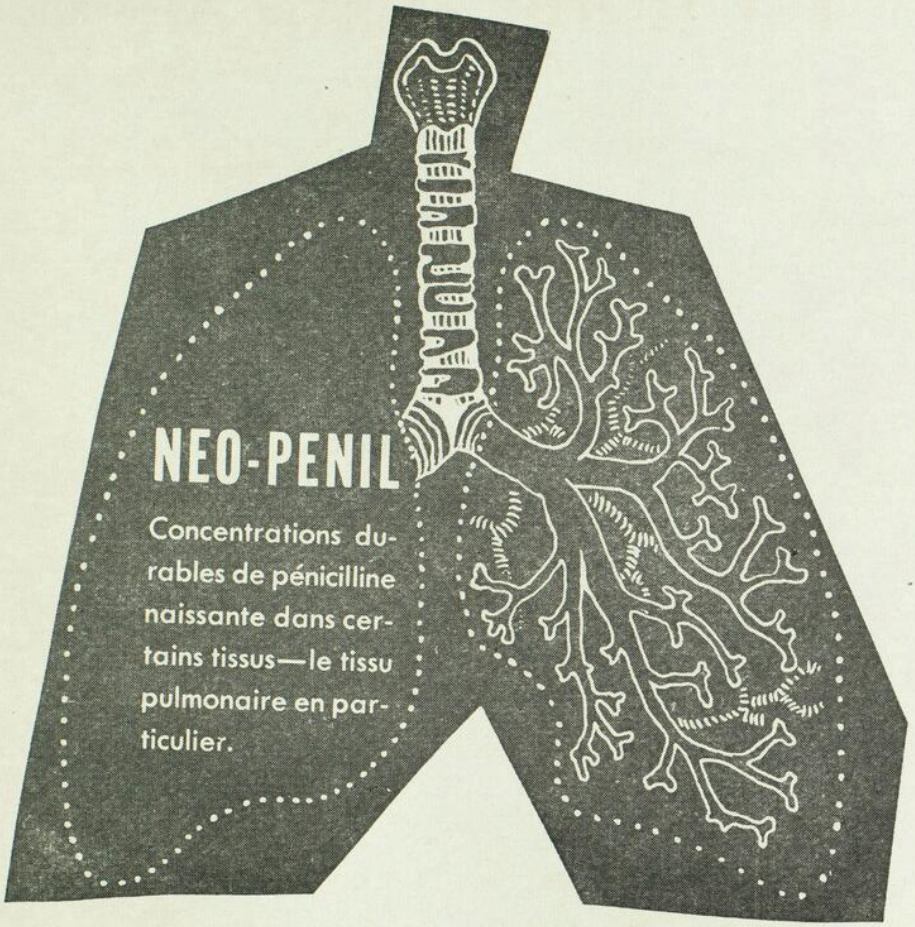
SUBST CÉRÉBRALE · SURRÉNALE · EXTT ORCHITIQUE

ÉPUISEMENT NERVEUX · SURMENAGE · DÉBILITÉ · HYPOTENSION

AMPOULES BUVABLES DE 10 CC

LABORATOIRE FRAYSSE ET Cie NANTERRE (SEINE)

Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE** — 200, rue Vallée, Montréal, P. Q.



Indications: Abcès pulmonaires
Infections respiratoires
Infections broncho-pulmonaires chroniques

Produit, dans le poumon, des concentrations beaucoup plus élevées que la pénicilline-procaïne. Se concentre dans les expectorations.

Tolérance: la même que la pénicilline-procaïne.

Présentation: en fioles de 500 000 unités (chacune suffit pour une dose).

Smith Kline & French, Montréal 9

'Neo-Penil' marque déposée au Canada pour l'iodhydrate de l'ester diéthyl-amino-éthylique de pénicilline G

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

Donatien MARION,
326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

B.-G. BEGIN
3440, rue Hutchison, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
J.-A. DENONCOURT,	Trois-Rivières.
J.-B. JOBIN,	Québec.
René DUBERGER,	Sherbrooke.
Sylvio LEBLOND,	Québec.
Antoine POULIOT,	Québec.

SECRÉTARIAT: 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.
Tél.: HArbour 8076

COMITÉ DU XXIIe CONGRÈS

J.-B. JOBIN, président.

René DUBERGER,	1er vice-président.
J.-M. LAFRAMBOISE,	2e "
Gustave LACASSE,	3e "
Auray FONTAINE,	4e "

Sylvio LEBLOND,	Secrétaire.
Pierre JOBIN,	Secrétaire adjoint.
Antoine POULIOT,	Trésorier.

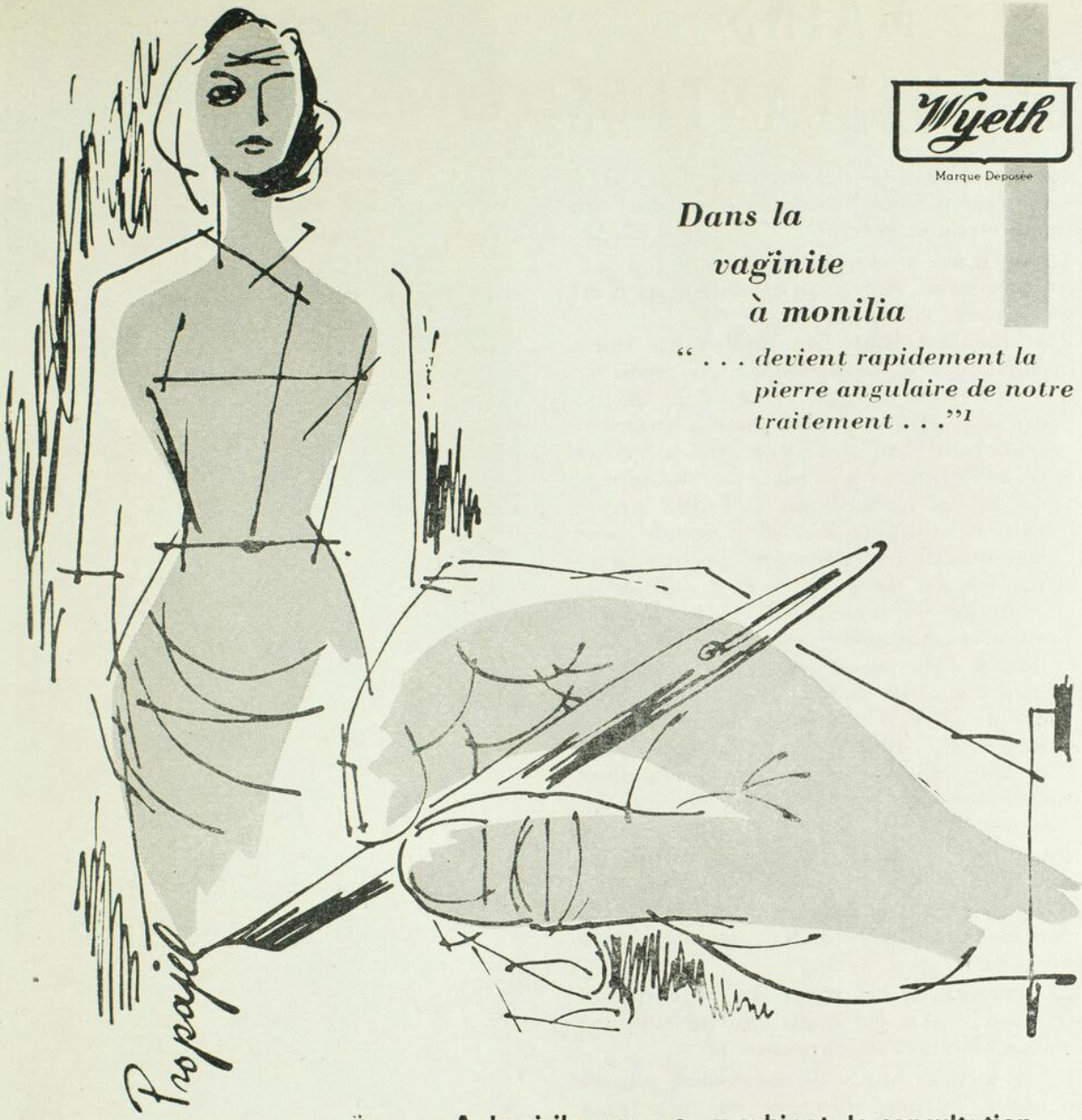
SECRÉTARIAT DU CONGRÈS:
Université Laval, Québec, P. Q.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE
J.-H. LAPOINTE
Albert PAQUET
Chs-N. deBLOIS
J.-A. JARRY
Charles VEZINA
Richard GAUDET
A.-L. RICHARD
Edmond POTVIN
J.-A. VIDAL
J.-A. DENONCOURT

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1954
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean, P.Q. 1952
BAILLY, Roland, 4339, avenue de Lorimier, Montréal .. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta. 1954
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-B. 1952
BIBAUD, Barthélemy, Valleyfield, P. Q. 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec .. 1952
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont .. 1954
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1954
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham, Sudbury, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q... 1952
JOBIN, Pierre, 91½, rue d'Auteuil, Québec 1954
LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1952
LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville St-Laurent 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal .. 1952
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. ... 1952
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal .. 1954
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P.Q. 1952
SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal 1954
TETRAULT, Adélard, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1954
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954



Wyeth

Marque Deposée

Dans la vagïnite à monilia

" . . . devient rapidement la pierre angulaire de notre traitement . . ."[1]

A domicile, comme au cabinet de consultation, Propajel présente des avantages remarquables:

1. Il est efficace dans une forte majorité de cas
2. Il est notablement exempt d'effets secondaires
3. Il entraîne un soulagement rapide du prurit
4. Agréable du point de vue esthétique . . . non-salissant; ne tache pas les vêtements.

PROPAJEL

GELEE COMPOSEE A BASE DE PROPIONATE WYETH

Propionate de calcium 10%; propionate de sodium 10% incorporés à un excipient hydrosoluble renfermant de la glycérine, 3% d'acide borique et de la gomme adragante.

1. Abel, S.: GP 4:35, oct. 1951

MAINS ÉBOUILLANTÉES

12 novembre — 10.45 a.m. (M. C.) 4 ans, s'est plongé les mains dans de l'eau presque bouillante.

12.40 p.m. — Hospitalisation.
Etat général: Agitation et cris, mais n'est pas en état de choc.
Etat local: Début d'ampoules sur toute la surface des deux mains. On recouvre de serviettes stériles et, à 1.02 p. m., l'enfant est transporté à un département spécial pour brûlures. Les cris ont cessé et, à 2.30 p.m., on administre Omnopon, 1/12 gr. et Scopolamine, 1/600 gr. A l'examen pratiqué, à 3.45 p.m., on note l'existence de grosses ampoules sur toute la surface des deux mains et des poignets ainsi qu'un œdème considérable. (Fig. 1)
Traitement complet: Nettoyage avec Cetavlon à 1%, pansement avec crème de Pénicilline, 400 unités au gramme, bandages de gaze, de laine, de crêpe et Gypsona P.O.P. par-dessus le tout très épais. L'enfant est mis au lit, ayant les deux mains élevées (Fig. 2). Etat général satisfaisant avec pyrexie légère jusqu'au 21 novembre alors que l'on renouvelle les pansements de pénicilline et Gypsona. Main droite: très satisfaisante. Main gauche: cicatrisation retardée par une légère infection.

25 novembre: La main droite continue de s'améliorer. La main gauche suppure encore. Nouveaux pansements.

9 décembre: Après de nouveaux pansements à la pénicilline et au tulle gras retenus en place au moyen d'Elastoplast, les deux mains sont parfaitement guéries avec complet rétablissement des mouvements des articulations. (Fig. 3)

17 décembre: Congé.

22 juin : Nouvel examen : Guérison à 100%, au point de vue des mouvements comme au point de vue apparence.



Les Bandages Elastiques Adhésifs ELASTOPLAST atteignent 5/6 de verge lorsqu'on les étire et s'obtiennent en largeurs de 2", 2½", 3" et 4".

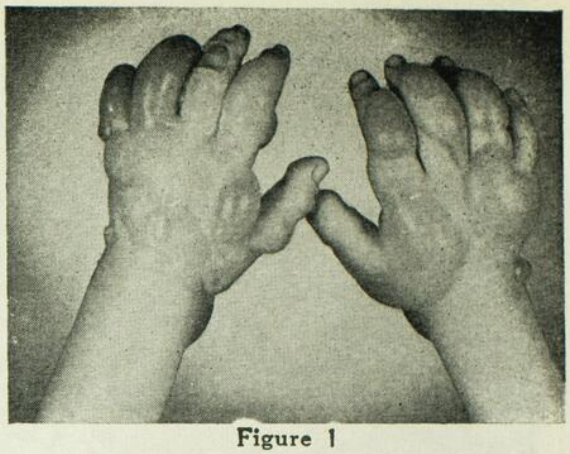


Figure 1



Figure 2

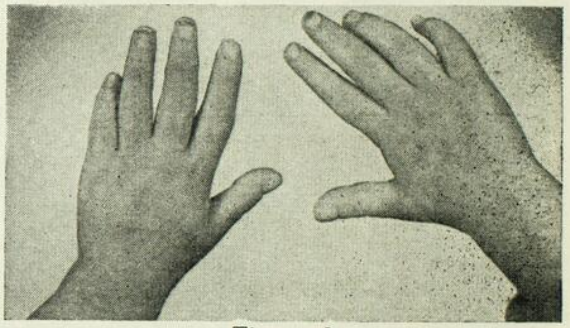


Figure 3

Ces données et illustrations proviennent d'un cas véritable. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, cite cet exemple — entre mille autres — où l'emploi de leurs produits a donné d'excellents résultats.

Les BANDAGES GYPSONA AU PLÂTRE DE PARIS prennent rapidement et sont tout prêts à servir. Ils ont 3 verges de long et on les obtient en largeurs de 2", 3", 4", 6" et 8". On peut aussi se procurer Gypsona en morceaux coupés à l'avance et en grands rouleaux.



ELASTOPLAST et GYPSONA sont des produits de

SMITH & NEPHEW LTD.

2285, rue Papineau, Montréal 24, P. Q.

En dehors du Commonwealth des Nations Britanniques, Elastoplast est connu sous le nom de TENSOPLAST.

nouvelle commodité

en thérapeutique à spectre étendu



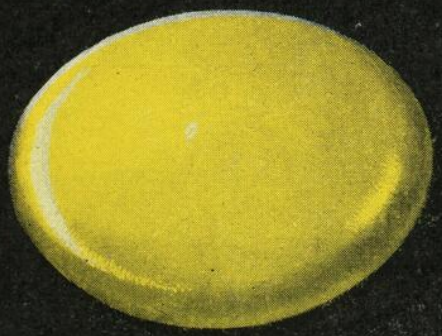
Les comprimés de Terramycine enrobés de sucre, faciles à avaler, assurent une plus grande souplesse d'administration dans les cures prolongées et permettent d'appliquer cette thérapeutique efficace et bien tolérée aux sujets qui préfèrent les comprimés aux autres formes orales.

Présentation: comprimés de 250 mg, flacons de 16 et de 100; comprimés de 100 mg et de 50 mg, flacons de 25 et de 100.



comprimés ENROBÉS DE SUCRE **de Terramycine**
CRISTALLISÉE AMPHOTÉRIQUE

Pfizer



PFIZER CANADA, LTD., 8311 ROYDEN ROAD
MOUNT ROYAL, MONTREAL, P.Q.

REPRÉSENTANTS DU
plus grand producteur d'antibiotiques du monde

TERRAMYCINE
PÉNICILLINE
STREPTOMYCINE
DIHYDROSTREPTOMYCINE
COMBIOTIC
BACITRACINE
POLYMYXINE

PULMO-BAILLY

TONIQUE RESPIRATOIRE

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

Affections pulmonaires Convalescences

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT
19 RUE DU ROCHER - PARIS
Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

4 à 5 cuillerées à café par jour

RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide
éphédrine
élycaïne

Affections du Rhino-Pharynx

LABORATOIRES A. BAILLY
SPELY-EXPORT
19 RUE DU ROCHER - PARIS
Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

instillations pulvérisations

pour combattre la

FATIGUE

et la

nervosité

"BÉMINAL" avec phénobarbital

Nº 819

Méthode directe de résoudre le problème des états anxieux et de l'anorexie. Le "Béminal" avec Phénobarbital provoque une amélioration à la fois mentale et physique.

Dose conseillée.—Un comprimé 3 fois par jour.

Chaque comprimé contient:

Thiamine	5 mg.	Pyridoxine	0 mg.5
Riboflavine	2 mg.	*d*–Panthénol	2 mg.
Niacinamide	10 mg.	Acide ascorbique	25 mg.
Vitamine B_{12}	1 microg.	Phénobarbital ($\frac{1}{4}$gr.)	16 mg.

Flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.



Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée · Biologistes et Pharmaciens · Montréal, Canada



Avez-vous un porte-clefs Ayerst?

Notre fichier est le seul moyen d'établir l'identité de ces porte-clefs numérotés individuellement. Une fois que votre nom y est inscrit, les clefs perdues qui nous sont retournées, vous seront envoyées immédiatement.

Différents malades, formules différentes



"MATUREX"—No 340

Capsules dosées à:

Vitamine B_{12}	10 microg.
Estomac desséché	250 mg.
Acide folique	0 mg.67
Sulfate ferreux P.B. (5 grains)	323 mg.
Acide ascorbique	50 mg.
Extrait de foie, équivalent de	1 g. de foie frais



"MATUREX" Non ferreux—No 341

Formule du No 340, mais sans sulfate ferreux.



"MATUREX" (Enfants)—No 338

Capsules dosées à:

Vitamine B_{12}	5 microg.
Estomac desséché	80 mg.
Acide folique	0 mg.67
Sulfate ferreux P.B. (1½ g.)	100 mg.
Acide ascorbique	25 mg.
Extrait de foie, équivalent de	0 g.5 de foie frais



"MATUREX" Non ferreux (Enfants)—No 339

Formule du No 338, mais sans sulfate ferreux.

Le posologie moyenne de chacun de ces produits est de trois capsules par jour.
Flacons de 100 et 500 capsules.

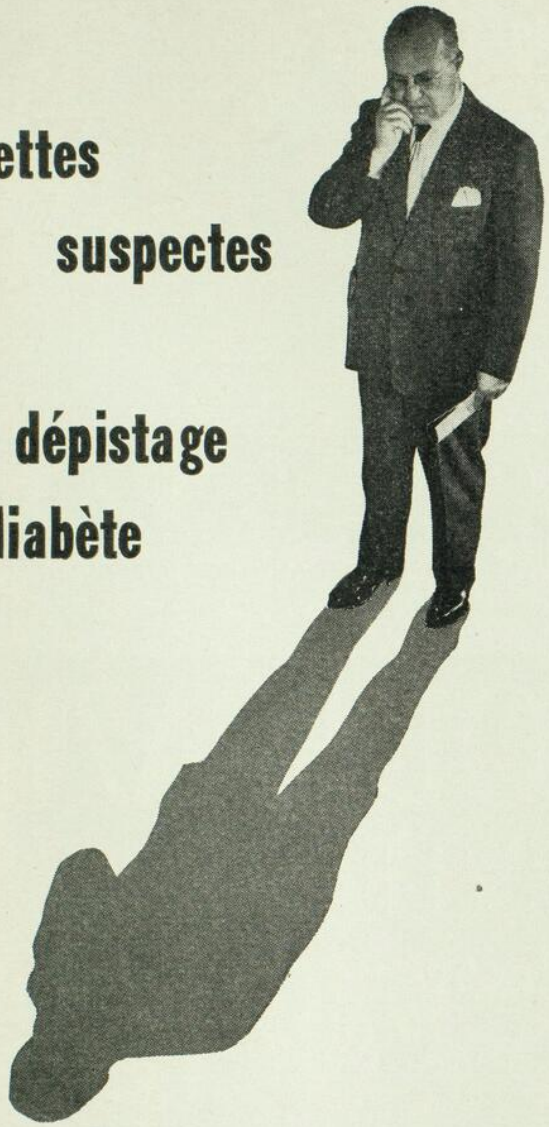
Ayerst

"Maturex"

Traitement adéquat des anémies macrocytaires et ferriprives

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée • Biologistes et Pharmaciens • Montréal, Canada

Silhouettes suspectes dans le dépistage du diabète



En présence d'un malade obèse, il y a toujours lieu de soupçonner la présence du diabète. "...parmi 1,900 individus ayant commencé à faire du diabète après l'âge de 35 ans, plus de 80 pour cent avaient de l'embonpoint avant le début de la maladie (l'obésité était de l'ordre de 5 pour cent ou plus au-dessus du poids normal)" [1] Au cours d'une récente enquête, on a trouvé que le pourcentage des diabétiques était de 5.7 chez les individus de plus de 35 ans et dont le poids dépassait la normale de 10 pour cent ou plus. Parmi ceux dont le poids était normal ou inférieur à la normale, il n'y avait que 2.4 pour cent de diabétiques. [2]

En présence d'une "silhouette suspecte", le médecin qui soupçonne le diabète peut, en se servant des comprimés réactifs *Clinitest* (nom déposé), faire l'épreuve de glycosurie rapidemennt et facilement. Le test est simple, sûr et s'interprète sur le champ. Tout est compact, facile à transporter, n'exigeant ni appareil spécial, ni chaleur.

Nécessaire Clinitest pour analyse de glycosurie

MODELE UNIVERSEL No 2155

Etui en plastique contenant les comprimés réactifs *Clinitest* (scellés dans du papier d'étain), une éprouvette, les indications, un tableau d'analyse et une échelle de couleurs *Clinitest*.

1. Le poids normal chez l'homme: Metropolitan Life Insurance Company, opuscule T5044, mars 1951.
2. Gare au diabète ! Federal Security Agency, Public Health Service, opuscule GPO 83-34064.

CLINITEST

(Marque déposée)

pour la recherche de la glycosurie



AMES
COMPANY OF CANADA, LTD. 1010 Dufferin Street, Toronto 4

44452

MIDY
1718
AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL
DEPUIS 1718

2 TRAITEMENTS
DU RHUMATISME
CHRONIQUE

INJECTABLE ET BUVABLE

THIODÉRAZINE

IODE ET SOUFRE ORGANIQUES, PIPÉRAZINE

INJECTABLE ET BUVABLE

THIODÉRAZINE
B_1 VITAMINÉE

INJECTABLE
50 mg
par ampoule de 5 cc.

BUVABLE
120 mg
par flacon de 60 cc.

Aneurine stabilisée
en milieu sulfo-iodé organique

Vitaminothérapie B_1
antirhumatismale intensive

ALGIES RHUMATISMALES REBELLES
NÉVRAXITES DOULOUREUSES

LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17e
Agents pour le Canada : VINANT Ltée - 200, Rue Vallée - MONTRÉAL 18

LE NOUVEL *ANTIBIOTIQUE Efficace par Voie Orale,* d'ABBOTT

ERYTHROCINE

NOM DÉPOSÉ

(ERYTHROMYCINE, ABBOTT)

EN COMPRIMÉS SPÉCIALEMENT ENROBÉS *de faible toxicité*

PARTICULIÈREMENT EFFICACE CONTRE LES ORGANISMES GRAM POSITIFS

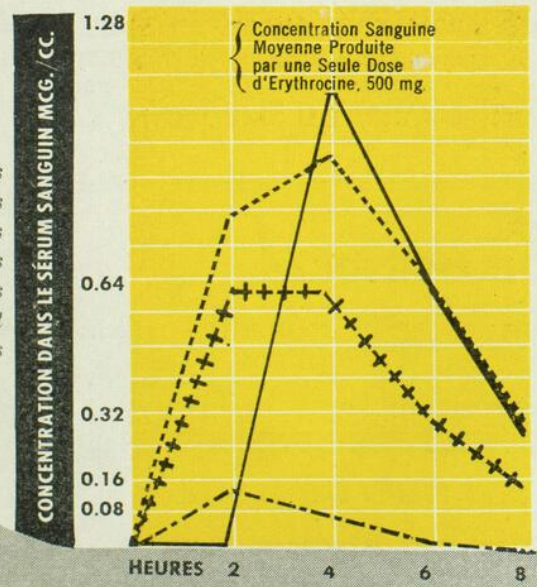
DES RAPPORTS favorables émanant de plusieurs investigateurs[1-4] indiquent l'arrivée d'un nouveau-venu très prometteur dans le domaine des antibiotiques. Ce nouvel antibiotique est l'ERYTHROCINE, nom déposé de l'érythromycine Abbott. Elle agit par voie digestive contre une grande variété d'organismes, particulièrement contre les Gram positifs et aussi contre certains des Gram négatifs. L'ERYTHROCINE est présentée sous forme de comprimés Spécialement Enrobés pour la protéger contre l'action destructrice des sucs gastriques. L'enrobage spécial permet d'obtenir des niveaux sanguins plus élevés qu'avec des comprimés non enrobés, surtout s'ils sont pris aux repas.

Des rapports cliniques et de laboratoires indiquent que la toxicité de l'ERYTHROCINE est faible. On peut espérer que les réactions toxiques seront moins fréquentes parce que l'ERYTHROCINE ne diminue pas le nombre d'E. coli dans l'intestin. De façon générale, l'ERYTHROCINE est indiquée dans les staphylococcies, les streptococcies et les pneumococcies. Sous bien des rapports son spectre antibactérien est semblable à celui de la pénicilline, mais il y a une différence importante. L'ERYTHROCINE semble agir contre les organismes Gram positifs qui ont développé une résistance à la pénicilline ou autres antibiotiques. Elle est recommandée pour le traitement d'infections telles que la pharyngite, l'amygdalite, la fièvre scarlatine, l'érysipèle, la pneumonie pneumococcique, l'ostéomyélite et la pyodermie. Pour plus amples informations communiquez avec votre représentant Abbott ou écrivez aux Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9, pour avoir la littérature. Les Comprimés Spécialement Enrobés d'ERYTHROCINE titrés à 0.1 gramme sont présentés en flacons de 25.

Abbott

Laboratoires Abbott Limitée • Montréal, Qué.

Concentrations Sanguines Plus Elevées Produites par les Comprimés Spécialement Enrobés



Comprimés Spécialement Enrobés, ½ heure avant les repas

Comprimés Spécialement Enrobés, aux repas

Comprimés Non Enrobés, 1 heure après les repas

Comprimés Non Enrobés, ½ heure avant les repas

Ce graphique montre que l'Erythrocine sous forme de comprimés Spécialement Enrobés produisent une concentration sanguine plus élevée que les comprimés non enrobés, surtout si la drogue est administrée aux repas.

1. Haight, T. H., et Finland, M. (1952), Etudes Cliniques et de Laboratoires sur l'Erythromycine; New England J. Med., 247: 227 (14 août). **2.** McGuire, J. M., et al. (1952), "Ilotycine," — Un Nouvel Antibiotique, Antibiotiques and Chemotherapy, 2:281, Juin **3.** Heilman, F. R., Herrell, W.E. Wellman, W. E., et Geraci, J. E. (1952), Quelques Observations Cliniques et de Laboratoires sur un Nouvel Antibiotique, l'Erythromycine (Ilotycine), Proc. Staff Meet. Mayo Clinic, 27:285, 16 juillet, **4.** Rammelkamp, C.H. (1942) Méthode de Détermination de la Concentration de Pénicilline dans les Liquides Organiques et les Exsudats, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 51:95-97.

BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT D'ÉPARGNE

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS:

VITAMINE B_1 — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE ● TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE: UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE ● VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE,
EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose — Trois à six comprimés par jour.

*TRI-SULFA

Amélioré

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS
SANS DANGER DE CRISTALLURIE

SULFAMÉTHAZINE, SULFADIAZINE, SULFAMÉRAZINE

37% 37% 26%

COMPRIMÉS, ADULTES	**COMPRIMÉS AROMATISÉS, ENFANTS**	**SUSPENSION AROMATISÉE**
à 0.50 gramme du mélange par comprimé.	à 0.30 gramme du mélange par comprimé.	à 0.50 gramme du mélange par cuillerée à thé

DOSE : SELON L'AVIS DU MÉDECIN

*Marque déposée.

Somenal

COMPRIMÉS À 10 CENTIGRAMMES			**COMPRIMÉS À 15 MILLIGRAMMES**		
Butobarbital	0.05 gm.	par comprimé	Butobarbital	7½ mg.	par comprimé
Phénobarbital	0.05 gm.		Phénobarbital	7½ mg.	

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTOBARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET
PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL

ÉMOTIVITÉ - INSOMNIE - SPASMES - PHOBIE - ANXIÉTÉ

La Cie **CANADA DRUG CO.** Montreal

Capsules d'Hydrate de Chloral Fellows

Non Barbituriques

Non Cumulatives

Sans Saveur

Inodores



3¾ gr.

Sédatif de jour—
pas de malaise posthypnotique



7½ gr.

Sommeil réparateur—
pas de malaise posthypnotique

℞—spécifiez *Fellows* pour obtenir le *véritable* Hydrate de Chloral stable, en capsules de gélatine molle hermétiquement scellées.

Présentation
3¾ gr. (0.25 g), flacons de 60
7½ gr. (0.5 g), flacons de 30

Echantillons et prospectus sur demande

fabricants de produits pharmaceutiques depuis 1866
286 ouest, rue St-Paul,
Montréal, Canada

Fellows
MEDICAL MFG. CO., LTD.
Pharmaceuticals

Introduction !

GANTRICILLIN

"Roche"

= GANTRISIN + PÉNICILLINE

GANTRICILLIN est une association de GANTRISIN (sulfamidé très soluble) et de pénicilline présentée sous forme de comprimés. Chaque comprimé rainuré contient 0.5 Gm de GANTRISIN (3,4-diméthyl-5-sulfanilamido-isoxazol) et 100,000 U. I. de pénicilline G potassique cristallisée.

MAINTENANT — La haute valeur thérapeutique de la pénicilline est accrue par le spectre antibactérien du GANTRISIN.

Les plus hauts niveaux sanguins ont été atteints avec la pénicilline et le GANTRISIN. Par conséquent, l'action antibactérienne maximum est plus prolongée avec cette association que lorsque le GANTRISIN et la pénicilline sont administrés séparément.

GANTRICILLIN est présenté en flacons de 24 et 100 comprimés.

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE • MONTRÉAL

Dans le traitement de
L'ulcère peptique *il est important...*

1. ***De Neutraliser L'Hyperacidité.*** Et KOLANTYL comprend une combinaison antiacide supérieure (oxyde de magnésium et hydrate d'aluminium, également antipeptique spécifique) pour une activité antiacide équilibrée s'exerçant de deux façons.

2. ***De Protéger le Cratère.*** Et KOLANTYL comprend un émollient supérieur (méthylcellulose, une mucine synthétique) qui forme un revêtement protecteur sur la muqueuse ulcérée.

3. ***De Bloquer le Spasme.*** Et KOLANTYL comprend un antispasmodique supérieur (Bentylol) qui a des propriétés dépressives directes sur la musculature lisse et le système parasympathique . . . sans aucune des réactions dues à la belladone.

mais seul
KOLANTYL comprend
le 4ème facteur important

4. ***Inactivation de la Lysozyme*** . . . grâce à un anti-lysozyme éprouvé, le *laurylsulfate de sodium*. Des recherches de laboratoires[1,2,3] et des études cliniques[4] indiquent que la lysozyme est un des agents étiologiques de l'ulcère peptique. En inhibant ou inactivant la lysozyme, KOLANTYL—et KOLANTYL seul—comprend le 4ème facteur important vers un traitement plus complet de l'ulcère peptique.

Posologie: Deux tablettes toutes les trois heures, au besoin, pour obtenir un soulagement. Les tablettes Kolantyl à légère saveur de menthe peuvent être mastiquées ou avalées facilement.

1. Meyer, K. Am.J.Med. 5:482,1948.
2. Wang, K.J. et Grossman, M.I. Am.J.Phys. 155:476,1948.
3. Grace, W.J. Am.J.Med.Sc. 217:241, 1949.
4. Hufford, A.R. Rev. of Gastroenterology. Août 1951.

"Kolantyl," et Chlorhydrate de "Bentylol" sont des Marques de Fabriques.

Merrell
SINCE 1828
St. Thomas, Ontario

EGOSALYL

RHUMATISME
TRAITEMENT
D'ATTAQUE

à base d'

AMIDE SALICYLIQUE EGGER

seul dérivé bien toléré

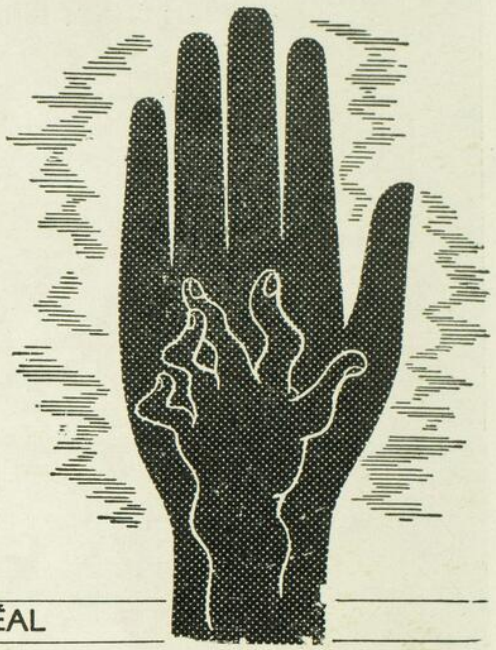
●

DOSE NORMALE :
4 à 8 comprimés par jour.

DOSE D'ATTAQUE :
15 à 20 comprimés par jour,
par périodes de 3 à 5 jours.

●

Documentation et bibliographie envoyées sur demande



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**

DÉSENSYL

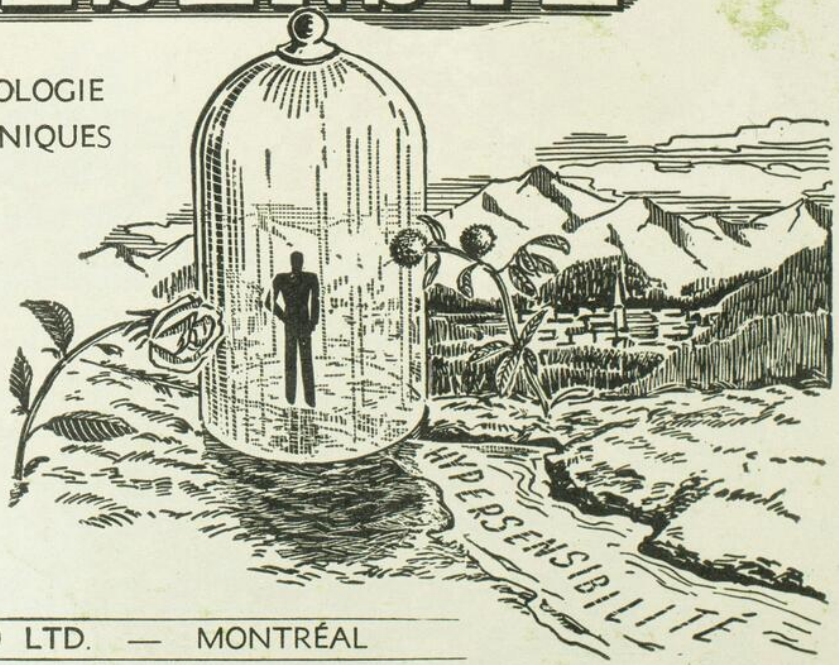
NOUVELLE POSOLOGIE
DES ANTIHISTAMINIQUES

avec

ÉPHÉDRINE
ET CALCIUM

Elimination des troubles secondaires

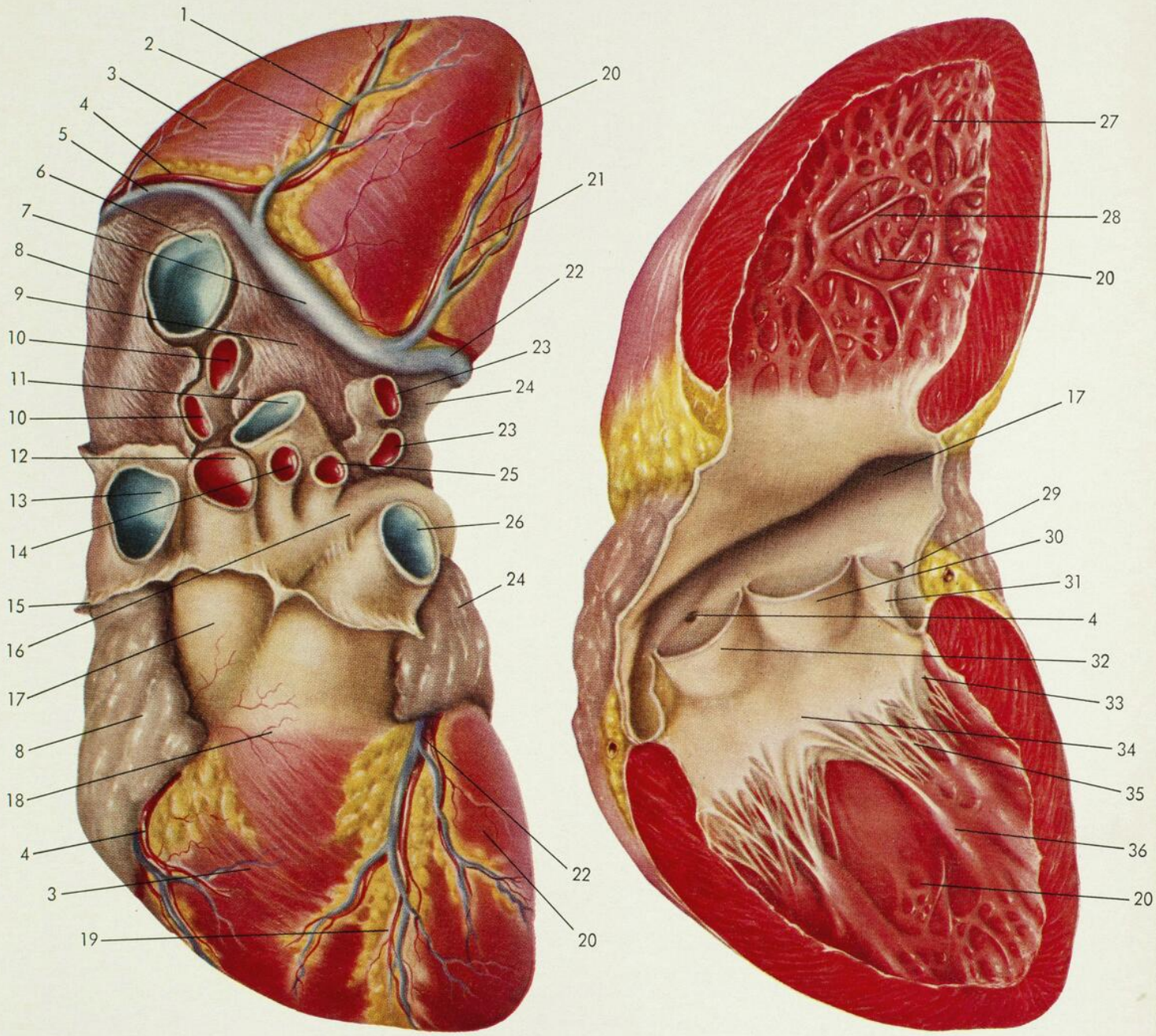
flacons de 40 comprimés,
flacons de 4 oz. de sirop.



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**

Anatomie du coeur



1. Veine cardiaque moyenne
2. Branche descendante postérieure de l'artère coronaire droite
3. Ventricule droit
4. Artère coronaire droite
5. Petite veine cardiaque
6. Veine cave inférieure
7. Sinus coronaire
8. Oreillette droite
9. Oreillette gauche
10. Veine pulmonaire droite
11. Branche droite de l'artère pulmonaire
12. Tronc brachio-céphalique
13. Veine cave supérieure
14. Artère carotide primitive gauche
15. Péricarde
16. Crosse de l'aorte
17. Aorte ascendante
18. Cône artériel
19. Branche descendante antérieure de l'artère coronaire gauche
20. Ventricule gauche
21. Veine postérieure du ventricule gauche
22. Veine coronaire gauche
23. Veine pulmonaire gauche
24. Oreillette gauche
25. Artère sous-clavière gauche
26. Branche gauche de l'artère pulmonaire
27. Colonnes charnues
28. Trabécule tendineux
29. Artère coronaire gauche
30. Valvule sigmoïde postérieure
31. Valvule sigmoïde gauche
32. Valvule sigmoïde droite
33. Corne postérieure de la valvule mitrale
34. Corne antérieure de la valvule mitrale
35. Cordages tendineux
36. Muscle papillaire

Peinture de Paul Peck. Une de la série de peintures illustrant l'anatomie de divers organes et tissus qui sont souvent le siège d'infections, et dont les germes sont auréomycino-sensibles.

L'auréomycine

...dans les infections cardiaques

ENDOCARDITE—L'auréomycine a fait amplement ses preuves comme agent thérapeutique des infections intéressant le coeur et on lui reconnait aujourd'hui une remarquable efficacité à l'égard des germes qui sont habituellement les hôtes pathogènes de l'endocardite: staphylocoques, *Str. viridans*, *Str. foecalis* et autres entérocoques. On a constaté leur résistance acquise de plus en plus fréquemment avec la pénicilline et la streptomycine. Ils sont, par contre, favorablement influencés par l'auréomycine. De très nombreux médecins considèrent l'auréomycine comme l'antibiotique prophylactique de choix, chez les cardiaques organiques qui sont candidats à une intervention chirurgicale sur la cavité buccale, l'intestin, le rectum ou affectant l'urètre. Enfin, l'auréomycine s'est avérée active dans l'endocardite compliquant le typhus ou la brucellose.

PERICARDITE—Il suffit de noter les succès remportés par l'auréomycine, après l'échec d'autres médications, pour juger de l'importance de cet antibiotique dans la péricardite aiguë aspécifique, dont les virus sont probablement les éléments étiologiques, la péricardite à bacille de Pfeiffer, la péricardite tularémique et la péricardite aux actinomycètes.

MALADIE DE BOUILLAUD—L'auréomycine possédant le plus large spectre antibactérien à l'égard des souches pathogènes de streptocoques, est donc tout indiquée comme prophylactique du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications cardiaques.

CONDITIONNEMENT: *Capsules à 50 mg.:*—Flacons de 25 et de 100 capsules; *à 100 mg.:*—Flacons de 25 et de 100 capsules; *à 250 mg.:*—Flacons de 16 et de 100 capsules. *Comprimés solubles à 50 mg.*—Tube de 40 comprimés. *Forme auriculaire:* Flacon de 50 mg. avec solvant de 10 c.c. *Forme intraveineuse:* Flacons de 100 mg. et de 500 mg. *Forme nasale:* Fiole de 10 mg. livrée avec 10 c.c. de solvant. *Gouttes per os:* Flacon de 20 cc. avec compte-gouttes. *Onguent:* Tubes de ½ et de 1 once. *Onguent ophtalmique:* Six tubes de ⅛ once. *Solution ophtalmique:* Flacon de 25 mg. avec compte-gouttes; la solution se prépare extemporanément par addition de 5 c.c. d'eau distillée. *Pastilles à 15 mg.:* Flacons de 25 et de 250 pastilles. *Poudre chirurgicale:* Flacon de 5 g. *Poudre vaginale:* Flacon de 5 g. *Suppositoires vaginales:* Pot de 8. *PHARYNGETS* comprimés pour la gorge à 15 mg.:* Boîte de 10. *Sirop:* Flacons de 4 et de 16 onces fluides. *SPERSOIDS* poudre diffusible*—Pots de 12 et de 25 cuillérées à thé.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION *North American Cyanamid Limited*
5550 AVENUE ROYALMOUNT, CASE POSTALE 6120, VILLE MONT ROYAL, MONTRÉAL, QUÉBEC

Une liste de références bibliographiques choisies, comportant 39 travaux différents sera addressée sur simple demande.

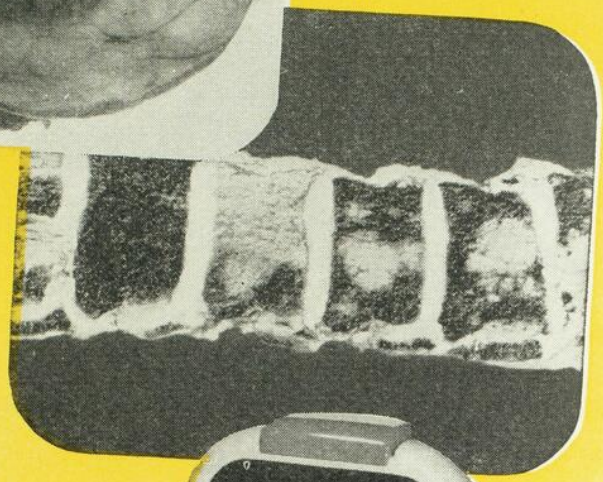
IMPRIMÉ AUX ETATS UNIS *MARQUE DE COMMERCE **MARQUE DÉPOSÉE AU CANADA



A gauche: Tumeurs Neurogéniques Multiples dans le cou et autour du larynx.

Au centre: Adénome Papillaire de l'ovaire.

Ci-dessous: Carcinome Métastatique de l'épine dorsale.



Montrez-le...

aux collaborateurs et aux étudiants, séparément ou en petits groupes

Une grande partie de la satisfaction découlant des photographies prises de cas marquants provient de ce qu'elles aident à expliquer et à renseigner. Les bonnes photographies aident le médecin ou le chirurgien à démontrer certaines méthodes, étape par étape . . . et à faire cela aussi souvent qu'il le désire—des semaines, des mois, et même des années plus tard.

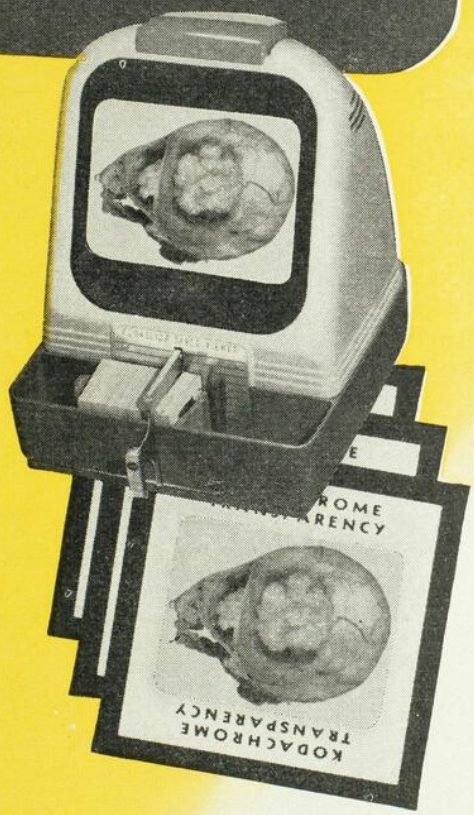
Montrez-le d'une façon superlative...

avec la Visionneuse de Table Kodaslide, Modèle A

Pas besoin de baisser les lumières ni de tirer les rideaux avec cette Visionneuse de Table Kodaslide . . . elle est conçue pour emploi dans une pièce complètement éclairée. Pratique et compacte, elle donne une grande image brillante—agrandie de presque 5 fois son diamètre. La couleur est intégrale et mise en relief par des reflets lumineux. Le changeur de projections pratique contient 75 images sur carton ou 30 sur verre double, les projette et les remet en ordre. Prix, $131, sujet à changement sans préavis.

Pour plus de renseignements, voyez votre marchand d'articles pour photographie ou demandez le livret en écrivant à:

CANADIAN KODAK CO., LIMITED
Toronto 9, Ontario



La gamme complète des Produits Photographiques Kodak pour le Corps Médical comprend: cameras et projecteurs — photos et vues animées; film — couleurs et noir-et-blanc (y compris l'infra-rouge); papiers; produits chimiques; microfilm et équipement pour microfilmer.

Contribuant au progrès de la médecine par la Photographie et la Radiographie

Kodak
MARQUE DÉPOSÉE

Un nouvel antibiotique cristallisé, bien toléré et d'action étendue

- **Une activité étendue** permet une grande diversité d'applications de l' 'Ilotycine' (Erythromycine, Lilly) dans toute une variété d'infections courantes.
- **L' 'Ilotycine' a été bien tolérée** dans les essais cliniques. Aucun indice de toxicité ne s'est manifesté jusqu'à présent. La molécule ne renferme aucun noyau nitrobenzénique.
- **Chez les personnes allergiques à la pénicilline** et souffrant d'infections pénicillino-sensibles, l' 'Ilotycine' se montre l'antibiotique le plus puissant pour usage général.
- **Là où d'autres antibiotiques rencontrent des organismes résistants,** surtout dans les infections staphylococciques, l' 'Ilotycine' se montre particulièrement utile.
- **L' 'Ilotycine' ne détruit pas le colibacille** et elle peut, par conséquent occasionner moins de réactions secondaires gastro-intestinales que certains autres antibiotiques.
- **L' 'Ilotycine' agit bien par voie digestive.**
  On a rapporté d'excellents résultats cliniques dans la pneumonie pneumococcique, la bactériémie staphylococcique, la pyodermie, l'amygdalite folliculaire, la pharyngite non spécifique aiguë, l'érysipèle grave, l'angine tonsillaire streptococcique, les abcès périamygdaliens et la cellulite.

***Références:**

1. Heilman, F. R., Herrell, W. C., Wellman, W. E., and Geraci, J. E.: Some Laboratory and Clinical Observations on a New Antibiotic, Erythromycin ('Ilotycin'), Proc. Staff Meet., Mayo Clin., **27**: 285 (July 16), 1952.
2. Haight, T. H., and Finland, M.: Laboratory and Clinical Studies on Erythromycin, New England J. Med., **247**: 227 (August 14), 1952.
3. Smith, J.W.: Experience with a New Antibiotic, 'Ilotycin' (Erythromycin, Lilly), à paraître.



Lilly

L'INITIATEUR DE L'ERYTHROMYCINE

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED - TORONTO, ONTARIO

L'Union Méd. Canada

Si la Preuve Clinique est Votre Guide

LES PRODUITS DE LA RECHERCHE DOHOW

sont indiqués . . .

Maintenant!!!

Le NOUVEL O-TOS-MO-SAN

est un *Spécifique* dans les Infections Suppurées de l'Oreille—tant Aiguës que Chroniques, et aussi dans l'Otite Externe parce qu'il est . . .

BACTÉRICIDE . . . (GRAM POSITIVES—GRAM NÉGATIVES)—il DÉTRUIT LES BACTÉRIES, y compris BACILLUS PROTEUS, B. PYOCYANEUS, E. COLI, STAPHYLOCOCCUS AUREUS HEMOLYTICUS BETA

(Isolées dans les infections des oreilles et se montrant résistantes aux antibiotiques dans les essais de laboratoire)

et

FONGICIDE . . . il DÉTRUIT LES CHAMPIGNONS—y compris les ASPERGILLUS, TRICHOPHYTON, MONILIA et MICROSPORON.

• ATOXIQUE • NON IRRITANT
STABLE • LIMPIDE

S'EST AVÉRÉ EFFICACE CONTRE DES SOUCHES D'ORGANISMES ANTIBIOTICO-RÉSISTANTES

Confirmé par des Essais de Laboratoires et Cliniques actuellement sous presse.

FORMULE:

Un procédé NOUVEAU, perfectionné employant comme véhicule la glycérine Dohow, produit, une combinaison chimique lui donnant ses précieuses propriétés:

Urée	2 GRAMMES
Sulfathiazol	1.6 GRAMMES
Glycérine (DOHOW)	16.4 GRAMMES

(De la densité la plus élevée que se puisse obtenir)

Défi!!!

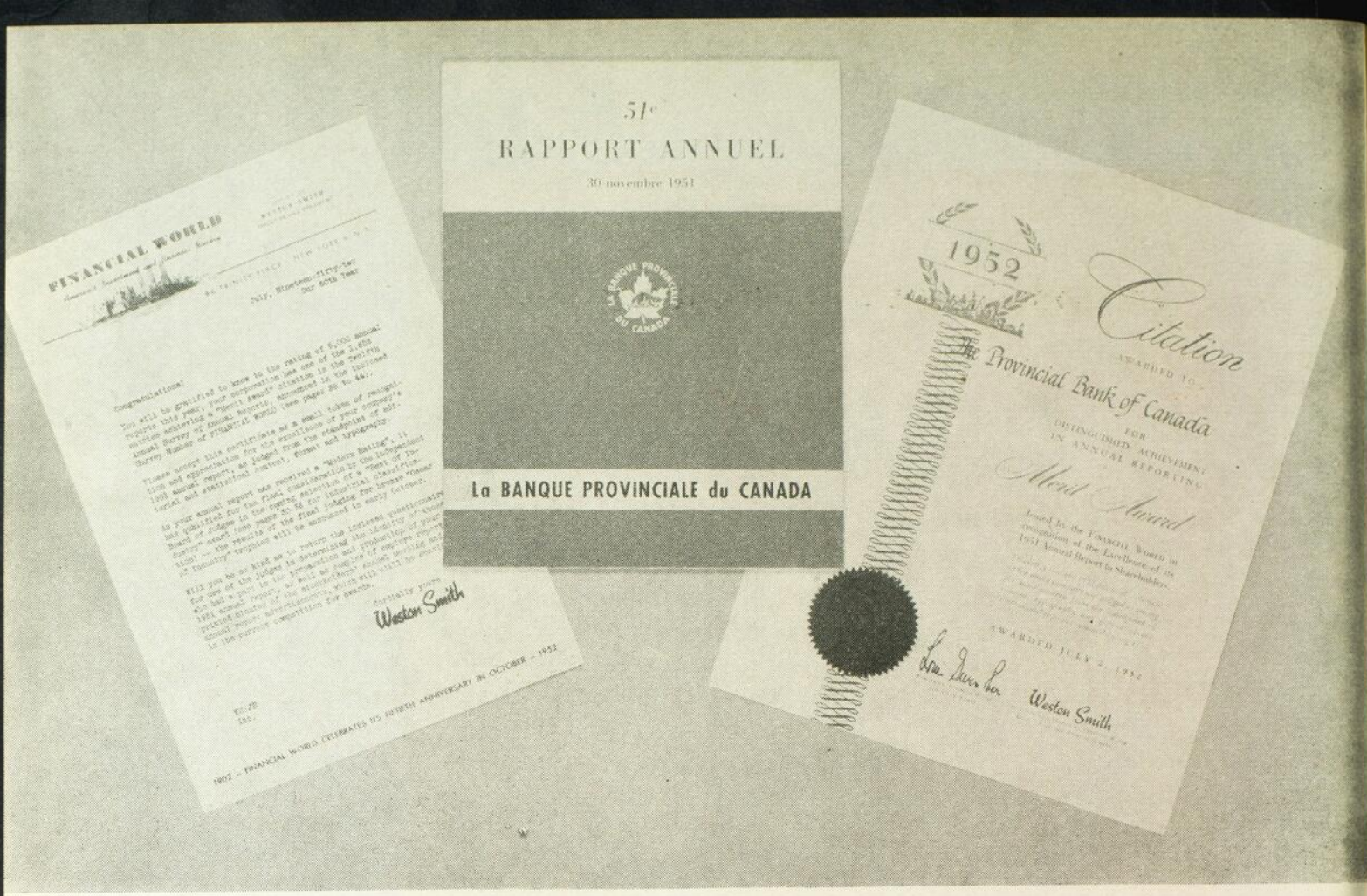
ESSAYEZ LE NOUVEL O-TOS-MO-SAN dans vos cas les plus rebelles, les résultats vous convaincront.

DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD., Montreal, • New York

AURALGAN—Après 40 ans DEMEURE l'auralgésique et décongestif de choix

RHINALGAN — décongestif nasal sûr. Produit un effet local, NON PAS général.

RECTALGAN — LIQUIDE . . . Pour le soulagement symptomatique des: Hémorrhoïdes, Prurit, Sutures Périnéales



BEAUCHEMIN

à l'honneur !

Les Ateliers d'impression et de reliure Beauchemin Ltée sont heureux de cette citation obtenue dernièrement. Elle démontre la haute qualité des travaux produits dans nos ateliers par des artisans d'expérience. Son service ultra rapide et courtois allié à sa grande capacité de production, sont un gage de satisfaction. Nous sollicitons le privilège de vous servir et nous mettons à votre disposition notre service de maquette.

BEAUCHEMIN 430, RUE ST-GABRIEL, MONTRÉAL — LA: 4236

ONGUENT DE POLYMYXINE B—BACITRACINE

marque

'POLYSPORINE'®



ANTI-GRAM-POSITIVES

LARGE SPECTRE BACTÉRIEN

ANTI-GRAM-NÉGATIVES

ONGUENT 'POLYSPORINE'

Chaque gramme contient:

Polymyxine B (Sulfate) marque 'AÉROSPORINE' 10,000 unités

BACITRACINE _____ 500 unités

BURROUGHS WELLCOME & CO.
(The Wellcome Foundation Ltd.)
Montreal

INDICATIONS

plaies infectées traumatiques ou chirurgicales

brûlures infectées

greffes cutanées infectées

abcès et ulcères dont le siège est accessible

furoncles

pyodermite

ecthyma

folliculite

dermatite eczématoïde infectieuse

impétigo

acné

orgelets

infections de l'oreille externe

infections de l'oeil, telles que:

conjonctivite

blépharoconjonctivite

sclérite

kératite

dacryocystite, etc.

INFECTIONS SECONDAIRES

se superposant à un état dermatologique quelconque

PRÉSENTÉ EN

tubes de 15 grammes avec embout applicateur

tubes de 1/8 d'once avec embout ophtalmique

renseignements complets envoyés sur demande

QUOTANE

anesthésique topique



Toutes les irritations de la peau
Prurit anal et vulvaire
Hémorrhoïdes
Dermatites
Exanthèmes
Érythème fessier des nourrissons

Action énergique
—sensibilisation minima
—champ d'action étendu

Pommade: en tubes de 1 once (28 grammes environ)
pour lésions fissurées sèches.

Lotion: en flacons de 2 onces liquides (56 cc. environ)
pour lésions humides et suintantes.

SMITH KLINE & FRENCH, Montréal 9

'Quotane' marque déposée au Canada

RÉSULTATS DE L'"ESSAI DU BEREX" DANS L'ARTHRITE RHUMATOÏDE

Les médecins canadiens ont maintenant terminé leurs rapports sur 321 cas particulièrement graves de troubles arthritiques et rhumatismaux chez lesquels ils employèrent comme traitement le (succinate-salicylate) BEREX.

L'arthrite rhumatoïde comprend 108 des cas rapportés à date. Une amélioration marquée fut observée chez 86 cas . . . 80 pour cent.

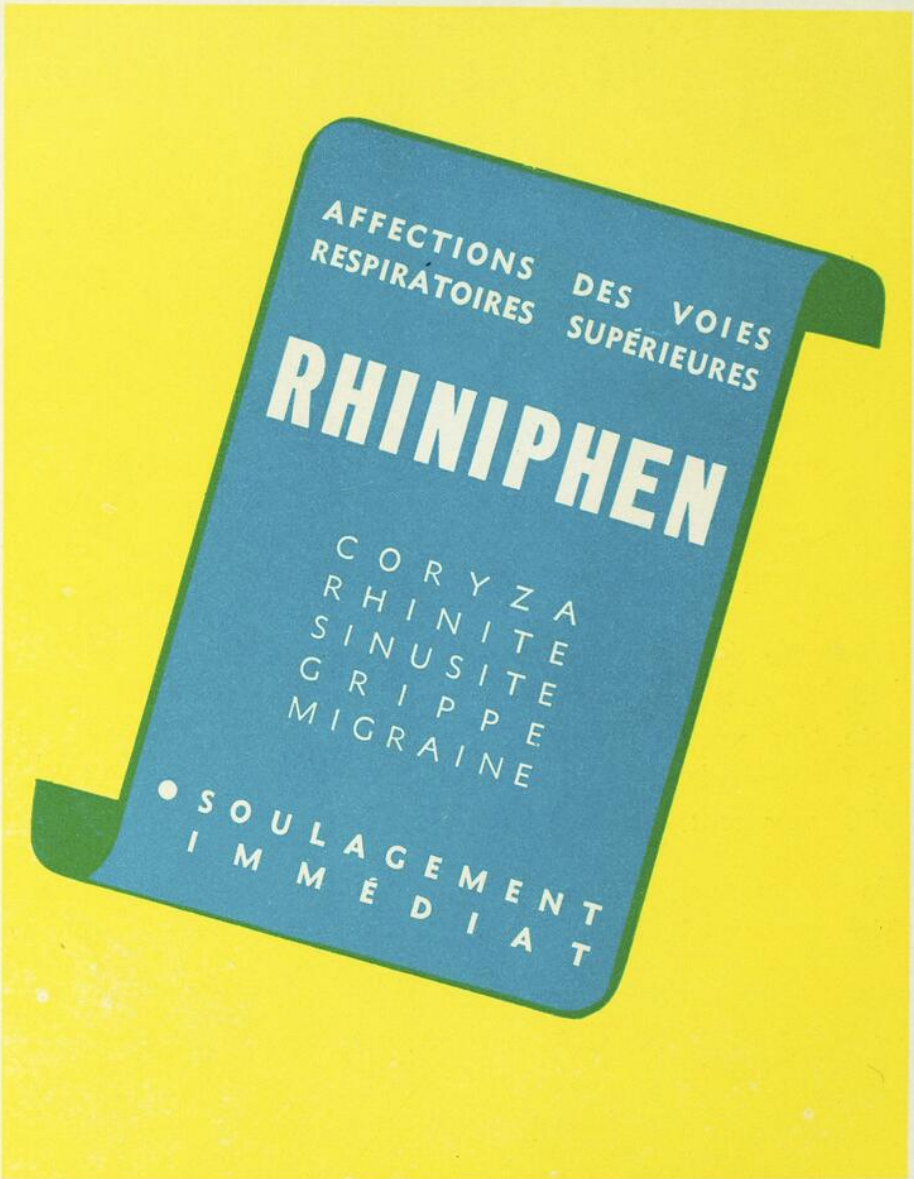
En tenant compte que les médecins faisant l' "ESSAI DU BEREX" choisissent invariablement leurs cas les plus extrêmes, nous croyons que vous admettrez volontiers que ces découvertes offrent une preuve convaincante de l'efficacité de cette thérapie sûre, peu coûteuse et facile à administrer.

Nous vous engageons, docteur, à prescrire le BEREX . . . Constatez par vous-même que dans **toutes** les formes d'affections arthritiques et rhumatismales, le BEREX offre une thérapie vraiment supérieure.

BEREX se vend en flacons de 100 et en format pharmacie de 500 comprimés. Fabriqué sous licence, BEREX est le nom déposé de ce produit.

BEREX PHARMACAL COMPANY

38-48 Caledonia Rd. - Toronto, Canada



LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.
950 avenue Ogilvy
MONTRÉAL



D'un isolement protégé . . . .

A UNE ENFANCE NORMALE ET HEUREUSE

. . . une double promesse de soulagement pour l'enfant atteint du petit mal



Un renouveau de confiance et de liberté, l'occasion de grandir normalement comme les autres enfants — tel est le grand espoir qui s'offre maintenant à la majorité des victimes du *petit mal*. C'est un espoir basé sur la valeur thérapeutique amplement démontrée de la TRIMÉDONE* et de son homologue, la PARADIONE.*

Deux médicaments distincts ayant fait leurs preuves indépendamment l'un de l'autre, ces anticonvulsifs développés par ABBOTT sont devenus en quelques années des agents de choix pour enrayer le *petit mal*, les secousses myocloniques et les attaques acinétiques. En fait, l'action de ces deux drogues est essentiellement la même. Pourtant, comme d'abondantes preuves cliniques l'ont démontré . . .

. . . une de ces drogues peut procurer un soulagement spectaculaire
ou *enrayer le mal complètement*
— même quand l'autre s'est montrée totalement inefficace.

Les deux drogues se trouvent, sous des formes commodes, partout dans les pharmacies. Mais vous êtes instamment priés, avant d'administrer soit la TRIMÉDONE ou la PARADIONE, de nous écrire pour avoir la littérature détaillée. Il y a certaines techniques et précautions qu'il faut observer. Laboratoires Abbott Limitée, Montréal 9.

Abbott

Trimedone
(TRIMETHADIONE, ABBOTT)

Paradione
(PARAMETHADIONE, ABBOTT)

* NOM DÉPOSÉ

Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 81 :

MM. Albert-Weil (Jean) ; Amyot (Roma) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Archambault (Rémi) ; Baillargeon (Yvon) ; Beauregard (J.-M.) ; Bélanger (P.-E.) ; Bélanger (P.-M.) ; Bérard (R.) ; Bergouignan (M.) ; Bertrand (A.) ; Bertrand (Claude) ; Blain (Emile) ; Bonenfant (Jean-Louis) ; Bordeleau (J.-Marc) ; Borduas (Jean-Louis) ; Boucher (Roméo) ; Boulanger (Jean-Baptiste) ; Bourque (J.-M.) ; Boussat (André Ch.) ; Bovy (Jacques) ; Brahy (Jules) ; Brien (J.-A.) ; Cantero (Antonio) ; Carasso (B.) ; Cartier (Geo.-Etienne) ; Chaput (Yves) ; Charbonneau (Henri) ; Charbonneau (Jean) ; Charbonneau (René) ; Charest (G.) ; Cliche (François) ; Coignet (J.) ; Comeau (Maurice) ; Coulombe (M.) ; Cousineau (Georges) ; Cruchet (René) ; Czitrom (A.) ; Dagenais-Pérusse (P.) ; Dagneau (Clovis) ; David (Paul) ; Décarie (Léandre) ; Depocas (Florent) ; Désautels (Sylvio) ; Desbordes (Jean) ; Desjardins (Edouard) ; Desjardins (Omer-E.) ; Dionne (M.-P.) ; Dionne (Paul) ; Doray (Maurice) ; Doré (Réal) ; Dubé (Louis-Félix) ; Duberger (R.) ; Dubreuil (Lucien) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dupuis (Roland) ; Durand (Fernande) ; Drolet (Maurice) ; Drzewicka (H. M.) ; Duvalier (François) ; Erak (Peter) ; Espinas (J.) ; Fabre (R.) ; Faure (J.) ; Ferron (M.) ; Fortier (Claude) ; Fortin (Guy) ; Fournier (Jacques) ; Gagnon (Edouard-D.) ; Gareau (J.-Roger) ; Garneau (Georges) ; Gaudry (Dominique) ; Gaulin (Eugène) ; Gauthier (C.-A.) ; Gérin-Lajoie (Léon) ; Gervais (Maurice) ; Gialloreto (Osman) ; Giraud (Gaston) ; Giraud (Paul) ; Gosselin (Blandine-Yvette) ; Gosselin (Gilles) ; Gougoux (Jacques) ; Gratton (Armand) ; Groleau (Lionel) ; Groulx (Ad.) ; Grignon (Jean) ; Guérin (Hubert) ; Guilbeault (Albert) ; Guy (Roland) ; Hamilton (John D.) ; Hébert (Fernand) ; Hébert (Gérard) ; Hillemand (Prof.) ; Jarry (Gaétan) ; Jobin (J.-B.) ; Jobin (Joachim) ; Johnson (Réginald) ; Johnston (W. V.) ; Julien (P.-E.) ; Kourilsky (Raoul) ; Labossière (Marcel) ; Lachance (Robert) ; Lachance (Roger) ; Lafleur (Lionel) ; Laham (Jean) ; Laliberté (Charles) ; Lambert (Julien) ; Lamoureux (Louis) ; Langevin (Raymond) ; Larichellière (Raymond) ; Larivière (Paul) ; Laroche (Noël) ; La Rue (L.) ; Latour (Hugues) ; Latraverse (Valmore) ; Laurendeau (Ed.) ; Laurier (J.-J.) ; Laurier (Ruben) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lebeau (René) ; Lebel (L. Léon) ; Leblond (Wilfrid) ; Leduc (Paul-Emile) ; Legault (Léonard) ; Léger (Jacques) ; Léger (Jean-Louis) ; Lépine (Charles) ; LeSage (Albert) ; Lespérance (Alphonse) ; Lessard (Richard) ; Letendre (Samuel) ; Lorange (Gilles) ; Longpré (Daniel) ; Longtin (Jean) ; Longtin (Léon) ; Mackay (André) ; Mantha (Léopold) ; Martin (Honorable Paul) ; McIntyre (I. M.) ; Messier (C.-A.) ; Michon (Jean) ; Mignault (Gérard) ; Milot (Jean-Paul) ; Mondor (LaSalle) ; Mongeau (M.) ; Morisset (Pierre) ; Morissette (L.) ; Mouquin (M.) ; Nadeau (Gabriel) ; Naud (Robert) ; Panet-Raymond (Jean) ; Panisset (Maurice) ; Panneton (André) ; Paquette (J.-Ph.) ; Paraf (Jean) ; Pavilanis (Vytautas) ; Pattey (Claude) ; Perras (Ephrem) ; Pettigrew (Antoine) ; Piette (Jean) ; Pinsonneault (Germain) ; Pion (René) ; Plante (Adrien) ; Poirier (F.) ; Poirier (Paul) ; Prévost (Jules) ; Proulx (A.) ; Puech (Paul) ; Rabile (Pierre) ; Régnault (Paule) ; Riopel (P.) ; Robert (Paul) ; Robillard (Rosario) ; Rouleau (Yvan) ; Roy (François) ; Saint-Martin (Maurice) ; Samson (Maurice) ; Simard (Louis-C.) ; Simard (Roland) ; Sirois (Jean) ; Smith (Henri) ; Sonea (Sorin) ; Sternberg (J.) ; Saint-Laurent (R.) ; Tétreault (Adélard) ; Thibodeau (L.-P.) ; Tremblay (J.-Nap.) ; Trudel (Hermile) ; Trudel (Marc) ; Truhault (R.) ; Vandry (Mgr Ferdinand) ; Vasquez (Iulio) Verdeau (J.) ; Vézina (Charles) ; Zivy (Pierre).

... J'admire en cela les stoïciens qui pensent que tous les hommes sont capables d'acquérir la vertu, mais qu'ils sont pervertis par ceux qui vivent mal.

Laissant de côté tous les autres arguments qui détruisent leur raisonnement, je leur demanderai seulement d'où et de qui venait la perversité pour les premiers hommes qui n'avaient pas de prédécesseurs. Ils ne sauraient dire par qui les vices leur ont été communiqués. De même, nous voyons actuellement de petits enfants qui sont très méchants, et il serait impossible de dire qui leur a appris la méchanceté, surtout quand beaucoup, réunis ensemble, recevant la même éducation des mêmes parents, des mêmes maîtres ou des mêmes pédagogues, ont une nature très différente. En effet, y a-t-il rien de plus opposé à l'envie que le désintéressement; à la malveillance, que la compassion; à la timidité, que la hardiesse en toutes choses; à la stupidité, que l'intelligence; au mensonge, que l'amour de la vérité? Cependant on voit que les enfants élevés par les mêmes parents, les mêmes maîtres et les mêmes pédagogues, diffèrent entre eux par les qualités opposées que j'ai énumérées ...

... Voyant des enfants qui, malgré l'excellente éducation qu'ils ont reçue, et bien qu'ils n'aient eu sous les yeux aucun mauvais exemple, sont néanmoins mauvais dès leurs premières années, ces philosophes ont dit, les uns que tous les hommes, les autres qu'à peu près tous les hommes sont mauvais par nature, les autres que tous les hommes ne sont pas mauvais; on voit quelquefois, en effet, un enfant exempt de tout défaut, mais c'est un cas très rare. Aussi les premiers, ne rencontrant jamais un enfant qui fût irréprochable, ont déclaré que tous les hommes étaient mauvais par nature; les seconds, rencontrant par hasard un ou deux enfants sans défauts, ont dit que non pas tous les hommes, mais que la plupart sont mauvais ...

GALIEN.

BULLETIN

À LA RECHERCHE D'UNE FORMULE POST-SCOLAIRE

La formation professionnelle complémentaire du médecin faisait, en mai 1952, l'objet d'un bulletin dans ce journal. L'article y était alors d'actualité et le sujet traité n'a pas, depuis, cessé d'être partout mis à l'ordre du jour.

Personne ne s'élève contre les principes établis, nulle voie ne se fait entendre pour en minimiser les exigences. Au contraire, les écrits se multiplient pour en définir les modalités avec plus de vigueur que jamais; certaines enquêtes poussées avec scrupule et basées sur de solides statistiques cherchent les moyens les meilleurs d'atteindre le standard souhaitable.

Ce qui est problème quelque part ne l'est pas ailleurs. La France, par exemple, grâce à sés durs concours et surtout par son internat, véritable filtre qui barre la voie aux médiocres et aux insuffisants, a trouvé, sans mal, la solution; en Amérique, là où la résidence hospitalière est reconnue et approuvée, les difficultés s'amenuisent; la réponse est simple, si la confirmation universitaire s'ajoute à la résidence.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Chez nous, la formation complémentaire est tantôt organisée dans certains centres hospitaliers affiliés aux universités canadiennes et alors la formule américaine y est suivie presque à la lettre; tantôt elle est laissée à l'initiative individuelle et, dans ce cas, le candidat doit lui-même régir ses méthodes de travail et orienter ses études. C'est à lui que nous pensons en rédigeant ces quelques lignes et c'est pour lui que nous les écrivons.

Les possibilités d'une formation idéale sont tellement restreintes dans nos milieux qu'inévitablement, il y a et il y aura plus de candidats hors des cadres dit classiques qu'il ne s'en trouvera pour atteindre à la pyramide de la résidence.

Celui qui veut arriver doit se tracer une ligne de conduite dont il ne pourra dévier: travail personnel, rédaction d'observations, assistance aux séances scientifiques, présence assidue au laboratoire d'anatomie pathologique pour l'examen des pièces opératoires, contact intime avec la biochimie, communion avec la littérature médicale.

L'acquisition des connaissances essentielles dans les sciences de base n'est pas toujours facile. Il est bon de noter toutefois l'initiative que vient de prendre l'Université de Montréal en organisant des cours post-scolaires de sciences basales pour les médecins inscrits aux cours d'anesthésiologie et d'obstétrique. Premier pas qui peut être le prélude d'un enseignement destiné à tous les futurs spécialistes. Enseignement qui ne devrait pas se borner à l'anatomie, à la biochimie, à la pathologie, à la physiologie, mais s'étendre aux domaines de la clinique et de la technique. Ce qui se fait avec succès chez nos collègues d'expression anglaise devrait trouver le même accueil parmi les nôtres.

Faciliter l'accession scientifique au plus grand nombre des méritants devrait être la politique à développer. Il est cependant un écueil. Nos hôpitaux reconnus sont trop peu nombreux pour donner asile à ceux qui veulent obtenir une résidence en vue de se qualifier pour les examens du Collège Royal du Canada ou du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

On dirige alors nos jeunes médecins sur l'Europe ou vers les Etats-Unis; ils y seront ou tolérés ou bienvenus; rarement, seront-ils nantis d'une fonction clinique ou d'un office qui puissent leur être profitables. Il y a eu et il y aura beaucoup d'observateurs, très peu de participants actifs dans les grands services; le titre d'assistant étranger ne confère que de minimes prérogatives; l'assistance auditive à des polycliniques n'a guère plus de prix, au point de vue pédagogique, que la lecture de volumes bien faits.

L'orientation d'un jeune médecin est donc ici plus difficile qu'ailleurs. Par contre, il faut trouver les moyens de former ceux, nombreux, qui devront sous peu prendre charge des hôpitaux qui se dressent partout dans la province; il faut faire une place généreuse également à nos frères des Provinces Maritimes et à ceux de la Nouvelle-Angleterre qui devraient, pour réussir chez eux, se montrer égaux sinon supérieurs à leurs concurrents de langue différente.

Pourquoi ne chercherions-nous pas à faire reconnaître le plus grand nombre possible de nos hôpitaux au point de vue de l'entraînement post-scolaire, par l'affiliation universitaire, quand elle est possible? Est-ce présomption de notre part? Mais il nous semble que la formation obtenue dans nos hôpitaux universitaires vaut ce que valent l'étudiant et ses professeurs; le voyage à l'étranger complète la culture.

Il nous semble, pour conclure, qu'il y aurait lieu d'augmenter dans nos centres universitaires les postes ouverts à ceux qui veulent se qualifier et qui ne craignent pas de faire de lourds sacrifices en laissant la clientèle pour l'étude; ils ne méritent pas d'être rebutés par des exigences inadmissibles. Il faut aider ceux qui veulent arriver par leur travail et par l'étude; cherchons les moyens et nous les trouverons, à condition d'y mettre de la bonne volonté.

Le médecin qualifié et qui ne craint pas d'être au service du malade est admiré de tous et, sans le savoir, est le meilleur propagandiste de sa profession.

Edouard DESJARDINS.

ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA SCOLIOSE DE CROISSANCE [1]

J.-Ed. SAMSON,
Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Les déviations rachidiennes ont, depuis longtemps, préoccupé les chirurgiens, semble-t-il; en effet, si l'on fouille la littérature médicale, l'on note que, déjà au septième siècle, Hippocrate et Paul D'Egine essaient de redresser et de soutenir les scolioses au moyen d'attelles de bois. Au XVIème siècle, Ambroise Paré décrit avec une précision remarquable les divers types de scolioses et propose des traitements ingénieux; mais c'est, surtout, depuis un siècle que les travaux se sont multipliés tant en Europe qu'en Amérique. Il serait fastidieux d'en donner une nomenclature même sommaire. Qu'il me suffise de rappeler que les auteurs ont toujours cherché et cherchent encore aujourd'hui à équilibrer les diverses courbures avant de les fixer s'il y a lieu.

Définition

Il convient d'abord de bien situer notre problème avant de l'étudier. Le rachis, nous le savons, décrit, suivant les régions, des courbures physiologiques à direction antéro-postérieure et postéro-antérieure pour équilibrer le poids de la tête, du tronc et des membres supérieurs qu'il soutient.

Ces courbures peuvent s'exagérer et engendrer des maladies que nous n'avons pas à étudier ici.

Il arrive fréquemment que le rachis dévie latéralement soit à droite, soit à gauche, et qu'à cette déviation s'ajoute la rotation des vertèbres sur leur grand axe avec, comme corrolaire, une gibbosité costale et nous avons alors les trois éléments qui constituent la scoliose.

Huc et beaucoup d'autres décrivent sous la rubrique « Etat pré-scoliotique » (figure 2). Toutes les petites inflexions latérales du rachis qu'on observe fréquemment chez la fillette au moment de la puberté pour réserver le terme de scoliose à la courbure latérale s'accompagnent de rotation vertébrale et de gibbosité costale.

Nous partageons entièrement cette opinion; un grand nombre, en effet, de ces états pré-scoliotiques n'ont pas de lendemain, ce qui ne veut pas dire qu'on ne doit pas surveiller les fillettes qui en sont atteintes car, pour un certains nombre, c'est le début d'une véritable scoliose.

Etiologie

En préparant ce travail, nous nous sommes sans doute inspiré de ce qu'on a écrit sur ce sujet, mais nous avons surtout essayé de mettre en relief le fruit de notre expérience.

Des 2 311 cas de scoliose que nous avons examinés en vingt ans, 1 823, soit 78%, ont été étiquettés sous la rubrique « Scoliose de croissance ». C'est assez dire sa fréquence; quant au sexe, nous avons noté: 1 368 filles et 455 garçons.

L'âge moyen de tous les cas examinés est de dix-huit ans alors que celui des cas traités est de douze ans. Dans le premier groupe, nous avons inclus les séquelles de la scoliose de croissance ce qui explique le taux élevé d'âge moyen indiqué plus haut.

Loi de l'équilibre

Il est un grand principe qu'il nous faut rappeler ici si nous voulons comprendre la physio-pathologie de la scoliose: c'est celui de l'équilibre ou du centre de gravité du tronc. Normalement, le centre de gravité du tronc passe par les articulations sacro-iliaques, pour atteindre les hanches, la face antérieure des rotules et la plante des pieds (figure 1). Toute

1. Communication au XXIIème Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1952.

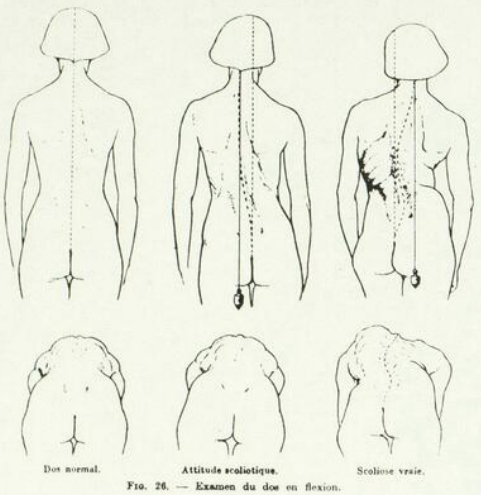


Fig. 26. — Examen du dos en flexion.

Figure 1. — Empruntée au *Traité d'Ombredanne*, voir Tome No I, page 1581.

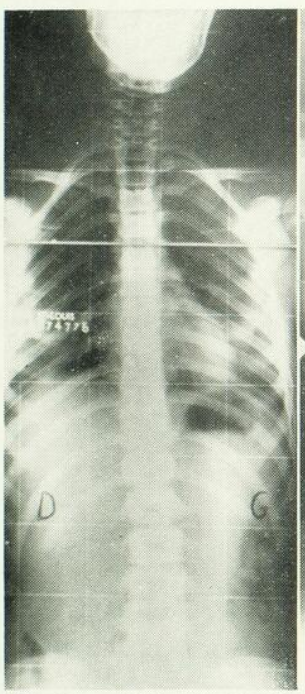


Fig. 2. — Mlle A. S., 12 ans. Légère déviation à gauche de la colonne lombaire, sans rotation vertébrale, ni gibbosité costale, ni désaxement du rachis dans le plan frontal. Très légère déviation à gauche de la tête.

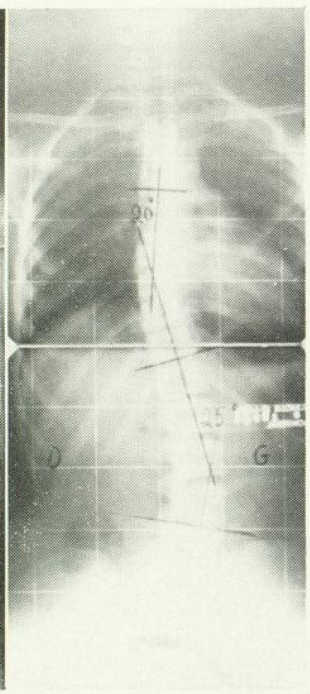


Fig. 3. — Mlle J. B., 12 ans. Forte déviation à gauche du segment lombaire, primitive, avec rotation d'environ 15 à 20 degrés, presque entièrement compensée par une courbure dorso-lombaire droite. A noter, déjà, une irrégularité des facettes articulaires entre la 4e et la 5e lombaire.

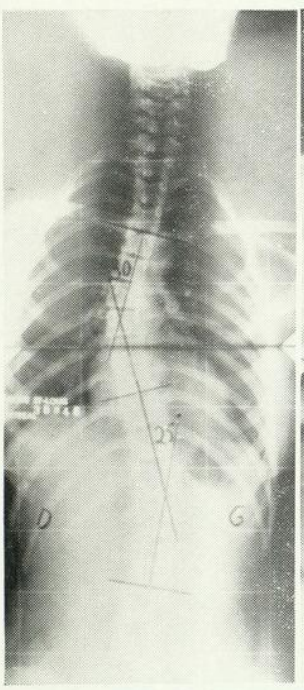


Fig. 4. — Mlle M. P., 13 ans. Scoliose dorsale droite bien équilibrée dans le plan frontal par suite de courbures à gauche du segment dorso-lombaire et cervico-dorsal. A noter, une asymétrie thoracique assez important et un dénivellement des épaules.

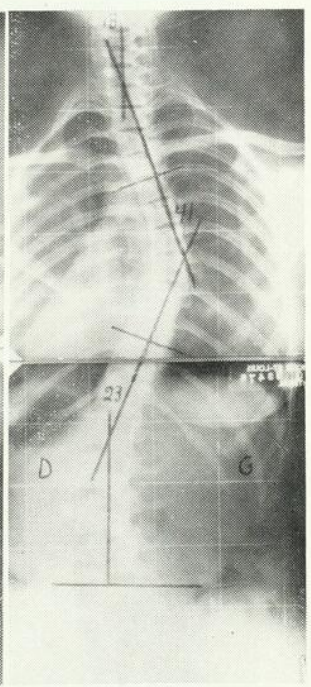


Fig. 5. — Mlle R. J., 14 ans. Scoliose dorsale droite à forte courbure latérale, assez bien compensée quant au bassin, nettement décompensée par rapport au segment cervical. A noter, un léger coincement articulaire entre la 7e et la 8e dorsales sans modification, cependant, des corps vertébraux.

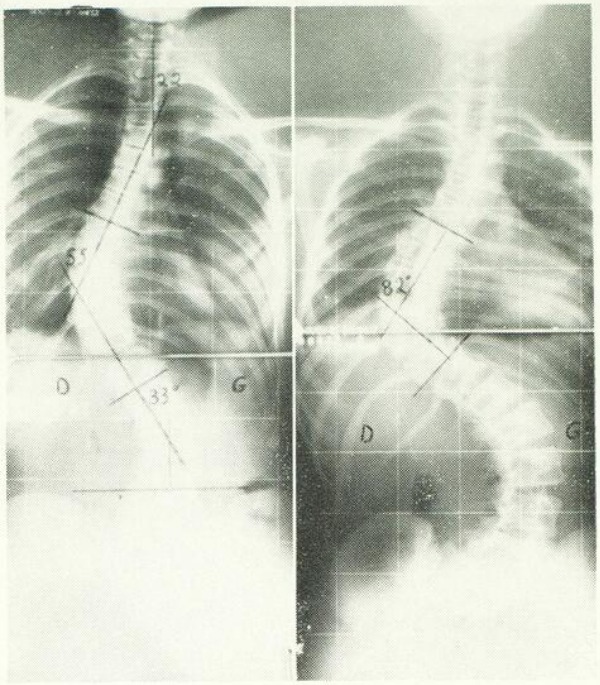


Fig. 6. — Mlle M. L., 13 ans. Déviation à droite du segment dorsal inférieur s'accompagnant de rotation vertébrale prononcée, d'aplatissement des corps vertébraux, touchant surtout la 9e dorsale, donnant lieu à des lésions d'arthrose prononcées, malgré tout, la scoliose est compensée dans les deux plans. Le thorax est très peu déformé.

Fig. 7. — Mlle C. G., 14 ans. La rotation du segment dorsal inférieur atteint pratiquement 35 degrés. Les espaces articulaires entre la 8e et la 9e dorsales, la 9e et la 10e dorsales sont très nettement diminuées à gauche. Les côtes droites décrivent une gibbosité assez importante, alors que celles de gauche s'orientent vers le bassin, malgré tout, le centre de gravité passe sensiblement par les lignes normales.

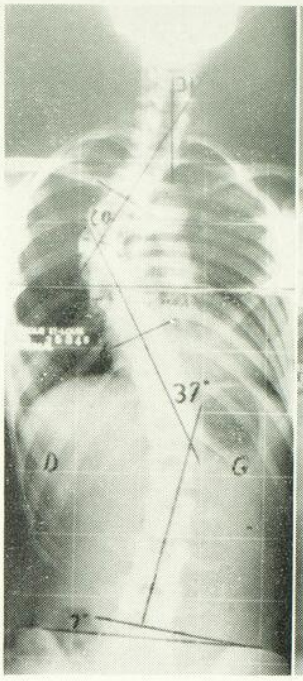


Fig. 8. — Mlle G. L., 17 ans. Forte déviation à droite du segment dorsal moyen atteignant son maximum au niveau de la 6e dorsale; cette vertèbre taillée en coin porte des signes évidents de pression exagérée et de lésions d'arthrose à ce niveau. A noter, une déjection à gauche de la colonne dorsale supérieure, une asymétrie assez importante du thorax. Léger désaxement au niveau du bassin.

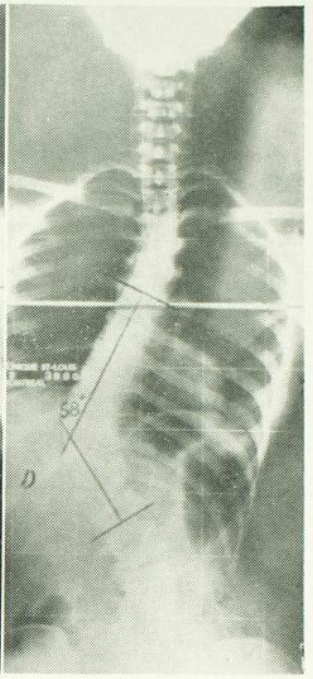


Fig. 9. — Mlle T. A., 17 ans. Scoliose dorsale droite inférieure décompensée, encore souple, sans lésions des corps vertébraux, ni diminution des espaces intervertébraux, amenant une tension assez forte du thorax. Cette déviation pouvait se corriger presque complètement parce qu'elle ne s'accompagnait pas de rotation.

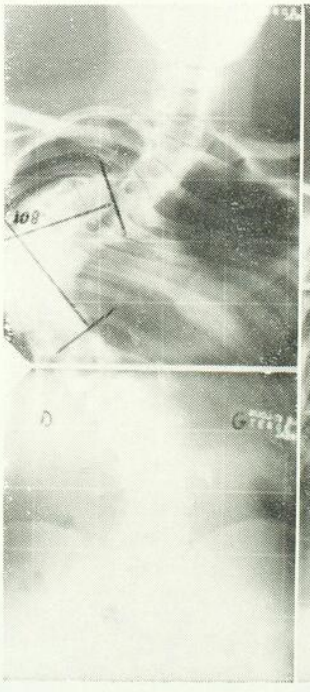


Fig. 10. — M. G. B., 30 ans. Très forte déviation à droite du segment dorsal inférieur avec rotation à 45 degrés, bien équilibrée sur le bassin, mais entraînant des déformations thoraciques très importantes.

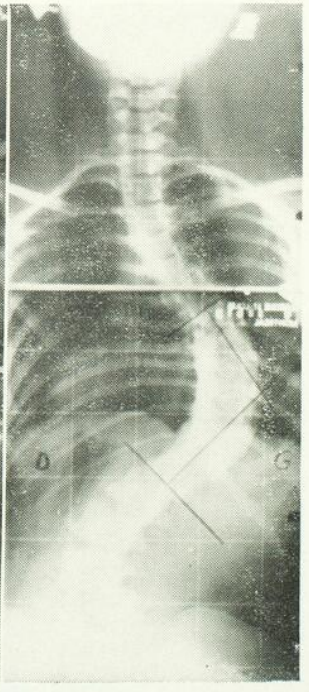


Fig. 11. — Mlle S. T., 18 ans. Forte déviation à gauche de la colonne dorso-lombaire avec rotation d'environ 20 degrés, compensée et greffée, la greffe allant de la 7e dorsale à la 3e lombaire inclusivement, greffe placée au côté concave de la déformation, paraissant après 5½ ans, parfaitement solide.

modification de cet axe entraîne un déséquilibre statique et des troubles fonctionnels proportionnellement à son importance comme nous le verrons au chapitre des signes cliniques.

Par ailleurs, le rachis tend, grâce à se souplesse, à la puissance de ses haubans musculaires à se redresser par le truchement de courbures de compensation des segments sus et sous-situés.

Quant à la fréquence des déviations primitives par rapport aux différents segments du rachis, notre statistique révèle 1 235 cas de scoliose dorsale droite par rapport à 586 scolioses lombaires gauches ce qui ne correspond pas aux observations d'un grand nombre d'auteurs qui rapportent une proportion sensiblement plus élevée de scolioses lombaires gauches primitives (figures 3 et 4).

Rotation vertébrale

L'étude des clichés radiographiques (figures 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) donne une idée assez juste de ce qui se passe dans les scolioses graves. Le rachis se tord sur son grand axe dans l'ensemble, le corps vertébral dévie vers le côté convexe, les arcs postérieurs vers le côté concave, les corps vertébraux s'aplatissent aux points de pression exagérée, suivant la loi de Delpech, les articulations apophysaires deviennent asymétriques, les épineuses décrivent une ligne sinueuse, tout le thorax tourne sur son grand axe, les côtes bombent plus ou moins du côté convexe, celles du côté concave se dirigent obliquement vers le bassin, bref toute l'anatomie du tronc est profondément bouleversée et l'on peut aisément imaginer les troubles fonctionnels qui en résultent.

Causes

On en a décrit un grand nombre dont voici les principales:

1. Héréditaires dans 21 pour cent d'après Hoffa.

2. Familiales. Nous avons noté fréquemment la scoliose chez deux ou même trois fillettes d'une même famille.

3. Osseuse. Il est possible que certaines anomalies congénitales, telle la sacralisation, prédispose à la scoliose bien que la radiographie ne la révèle pas fréquemment.

Les vertèbres, comme l'ossature en général, semblent présenter à l'époque de la puberté (âge de la scoliose), des troubles circulatoires qui pourraient entraîner du ramollissement et, secondairement, la scoliose; on observe également vers le même âge, des inflexions en dehors de l'extrémité supérieure des jambes (tibia vara) même chez des fillettes en bonne santé apparente; ces modifications squelettiques relèvent vraisemblablement de troubles endocriniens plus ou moins prononcés chez l'enfant en crise de puberté.

4. Le surmenage, les mauvaises attitudes de maintien en classe, le traumatisme, l'orientation défectueuse des articulations sacro-iliaques, les maladies ou lésions des disques intervertébraux, les insuffisances musculaires, les infections, etc.

En fait il faut bien admettre que les causes réelles nous échappent, car si nous constatons parfois la scoliose de croissance chez des enfants malingres, de courte stature, le plus souvent, nous la découvrons chez des fillettes fortes, bien nourries, de grande taille et il semble que ces enfants aient une prédisposition héréditaire à la scoliose comme d'autres ont une prédisposition aux pieds plats.

Signes cliniques

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'indiquer tous les symptômes que l'on peut observer au cours de l'évolution de toutes les variétés de scoliose de croissance et à toutes leurs phases. Qu'il nous suffise de vous signaler les principaux signes qu'on note habituellement aux divers stades de la scoliose dorsale droite (la plus fréquente pour nous) au début, à la période d'état et à la phase des séquelles.

Au début

Pendant que la fillette se découvre (car il faut toujours examiner à nu le rachis, le thorax et la partie supérieure du bassin), la

mère vous racontera qu'en ajustant une robe, récemment, elle a noté une saillie de la hanche gauche (os coxal), une certaine proéminence du gril costal droit, une mauvaise attitude de maintien que l'enfant réussit à corriger facilement dans l'attitude du « gare à vous » mais qui se reproduit spontanément à la détente. Si le médecin a la curiosité d'inspecter le rachis, le thorax et le bassin, il vérifiera facilement les observations de la maman et il notera, en plus, une asymétrie des triangles de la taille (le gauche étant habituellement plus court, plus profond que le droit), une orientation oblique de gauche à droite du sillon inter-fessier, une légère asymétrie des fesses, celle de droite paraissant plus forte que celle de gauche, une déviation à gauche du segment dorso-lombaire qui s'atténue graduellement en gagnant le bassin, une légère déviation à gauche du rachis cervico-dorsal alors que la tête incline à droite, une surélévation de l'épaule et de l'omoplate gauches (symptômes toujours prédominant), une saillie plus ou moins prononcée du gril costal droit qu'on met davantage en relief si l'on demande à la malade d'incliner le tronc en avant.

L'examen de face indique une asymétrie du thorax et du buste, une saillie des côtes inférieures gauches, une certaine immobilité du thorax (la malade utilise son diaphragme pour respirer), une chute antérieure des épaules et, enfin, une asymétrie de la face.

S'il n'y a pas de courbures compensatrices, le désaxement dans les deux plans est alors beaucoup plus marqué.

On dit qu'une scoliose est compensée : 1. dans le plan frontal lorsque le fil-à-plomb abaissé de l'épineuse de l'axis tombe en plein centre du sillon inter-fessier; 2. dans le plan sagittal lorsque ce fil prenant point d'appui sur le tragus de l'oreille passe à la partie moyenne du grand trachanter.

La modification de ces lignes indique le degré de désaxement du rachis.

A la phase d'état

Les signes cliniques diffèrent suivant que la scoliose est ou n'est pas compensée.

Dans le premier cas, le tronc est court, trapu, par rapport à la longueur des membres mais il est bien équilibré, i. e. que le centre de gravité passe en plein centre du sillon inter-fessier.

Toutes les déformations signalées à la phase du début son beaucoup plus marquées surtout si la rotation vertébrale est importante. D'une façon générale, ces malades n'ont guère de troubles fonctionnels et peuvent mener une vie sensiblement normale.

Dans le second cas, le rachis dorsal dévie fortement à droite, l'os coxal gauche est très saillant, le triangle de la taille est réduit à une mince ligne à droite alors qu'à gauche il est court, profond. La gibbosité costale est toujours proéminente à droite, les côtes gauches, très affaissées, se dirigent vers le bassin. Le centre de gravité tombe de 2 à 5 cm. à droite du sillon inter-fessier, le thorax dévie de droite à gauche sur son grand axe. Ses organes sont comprimés, déviés et, il va de soi, gênés dans leur fonction.

Ce type de scoliose engendre, même chez le jeune, des troubles fonctionnels dont les plus importants sont: une certaine fatigue du dos surtout à l'effort, un peu d'essoufflement à la marche rapide, au jeu, à la course, un manque d'entrain au travail sans compter les troubles psychiques qui prennent toujours le premier plan, chez la jeune fille en particulier.

Phase des sequelles

Il est rare qu'une scoliose compensée, même importante, donne des troubles fonctionnels sérieux, empêchant l'intéressé de mener une vie sensiblement normale.

Nous avons en mémoire le nom de femmes atteintes de scolioses graves bien compensées qui ont mené une vie très active, élevé une nombreuse famille sans inconvénients majeurs mais il n'en va pas ainsi chez les malades à scoliose décompensée. Ici il s'agit d'une question d'espèces et il nous est impossible dans ce court travail d'exposer toute la question. Nous tâcherons cependant de donner au lecteur les renseignements nécessaires à la compréhension du sujet.

Il arrive parfois qu'une scoliose décompensée reste mobile longtemps; le malade éprouve alors des troubles plus ou moins importants suivant le degré de décompensation, suivant sa condition générale et l'état de sa musculature; il s'agit d'une sensation de fatigue, de brûlure, de tiraillement dans le dos qui s'aggrave vers la fin du jour et oblige l'intéressé à modérer son travail parfois à changer d'occupation. A l'âge adulte, la déviation se fixe, par suite de l'aplatissement progressif des vertèbres, aux endroits de pression exagérée, par suite aussi du resserrement, surtout, du capsulo-ligamentaire autour des vertèbres déformées et, enfin, à cause des lésions d'arthrose tendant à bloquer les mouvements du segment touché (figure 6). Le rachis dorsal aplati, tordu dans ses divers axes, déjeté en dehors, enraidi, entraîne des déformations secondaires du thorax, une déviation du cœur, une gêne respiratoire qui compromettent parfois gravement la vie du malade et font toujours de lui un grand infirme.

Pronostic

Le médecin qui examine une fillette atteinte de scoliose doit toujours prendre des notes, les comparer de temps à autre afin de constater s'il y a amélioration ou aggravation de la déviation. Il doit doubler d'attention en présence d'une scoliose à courbure unique; scoliose décompensée car si la scoliose compensée n'est généralement pas grave au point de vue fonctionnel, il faut se rappeler que la scoliose décompensée et qui n'a pas de tendance à se compenser, offre un pronostic réservé, fâcheux le plus souvent hormis qu'un traitement judicieux et bien suivi soit appliqué d'emblée.

Traitement prophylactique

Il est de toute évidence que les fillettes d'âge scolaire doivent être suivies assidûment par un personnel entraîné de garde-malades, médecins qui dépisteront la scoliose au début et dirigeront à qui de droit ces enfants.

Dans la ville de Montréal, ce dépistage est bien fait, mais, hors des grandes villes, rien ou presque et, cependant, nous l'avons vu, l'enjeu en vaut la peine. Il faudrait donc en toute équité pour ces enfants qu'ils fussent examinés au point de vue rachidien au moins une fois l'an soit par le personnel de l'Unité sanitaire qui tient les clinique un peu partout soit par des équipes volantes spécialisées qui couvriraient toute la Province.

L'état pré-scoliotique ne demande aucun traitement particulier à part quelques exercices de gymnastique et les indications d'une bonne attitude de maintien. Les enfants qui en sont atteints doivent cependant être suivis régulièrement afin de prévenir des désastres.

La scoliose équilibrée doit, dans la majorité des cas du moins, être traitée par le mépris; car la nature s'est chargée de faire passer le poids du tronc par le centre de gravité normal au moyen de courbures de compensation sus et sous-situées. Au point de vue esthétique, il y aura peut-être lieu de faire ajuster par une bonne corsetière des petites ceintures rembourées qui camoufleront les saillies et les dépressions trop évidentes. Il arrive parfois cependant qu'une scoliose de croissance dorsale droite, un peu trop haute, entraîne un fort dénivellement de la partie haute du tronc y compris la tête, ce qui est toujours disgracieux et souvent hors de proportion avec la gravité de la scoliose. Le médecin doit alors tenter de produire une courbure de compensation dorso-lombaire gauche en mettant l'enfant dans des plâtres successifs incluant la tête, le tronc et le membre inférieur gauche. S'il y parvient sans réussir toutefois à maintenir cette dernière courbure sans appareillage, il y aura alors lieu de stabiliser définitivement ces deux courbures par des greffes osseuses. Ce procédé nous a donné un excellent résultat chez deux malades. Le médecin devra également chercher à équilibrer une scoliose souple, décompensée par un ou plusieurs des très nombreux moyens à sa disposition.

Le premier et le plus logique, consiste à surélever suffisamment le talon du côté de la

décompensation pour faire tomber le fil-à-plomb en plein centre du sillon inter-fessier. Parfois, la surélévation peut atteindre deux à trois pouces ce qui n'est pas sans soulever des objections de la fillette et des parents, mais le médecin doit être ferme car, à notre avis, c'est l'un des moyens les plus efficaces, s'il est mis en œuvre constamment.

Dans le même ordre d'idées, la surélévation de la fesse droite. en position assise, est fortement à conseiller.

Bien entendu, ces malades doivent être soumis à la culture physique raisonnée, aux massages pour stimuler leur musculature, sans exagération toutefois. Certains médecins préconisent, dans ces cas, le repos au lit pendant toute la durée de la croissance pour prévenir la déformation des corps vertébraux, traitement excessif qu'ils ne mettraient pas en pratique chez une de leurs fillettes. Tout appareillage amovible est prohibé parce que nuisible.

Nous profitons de la circonstance pour nous élever avec force contre les habitudes de certains fabricants d'appareils orthopédiques de prescrire à tort et à travers des corsets très souvent préjudiciables aux malades.

Lorsqu'en dépit d'un traitement médical bien suivi, la scoliose décompensée tend à s'exagérer, le médecin doit, avant qu'il ne soit trop tard, provoquer, comme nous l'indiquions précédemment, une scoliose compensatrice basse et greffer les deux courbures. C'est un traitement de longue haleine qui demande une parfaite coopération du malade, de sa famille, mais qui rend à certains malades des services inappréciables.

Quant au traitement de la scoliose décomposée et fixe, les auteurs ne s'entendent pas; les uns cherchent à redresser et à fixer ce rachis malgré la présence de grosses déformations vertébrales, d'autres prescrivent des corsets rigides, amovibles pour soutenir le rachis et calmer les douleurs. D'autres ne voient pas l'utilité d'aucun traitement.

En pratique, il y a un groupe de malades (les insuffisants cardiaques, par exemple) chez qui il faut s'abstenir de tout traitement.

Chez d'autres, le port d'un bon corset orthopédique calme les douleurs, leur donne plus d'aise au travail, à la marche.

Le chirurgien a parfois la main un peu forcée d'intervenir chirurgicalement lorsque des sujets jeunes, robustes, insistent pour les débarrasser d'un appareil encombrant.

A notre avis, le chirurgien doit, lorsqu'il le juge opportun, fixer ce type de scoliose sans tenter de la redresser car tout redressement est illusoire et inefficace.

Résultats

Nous pouvons (sans donner de statistique globale) affirmer que, dans l'ensemble, les résultats du traitement, tant médical que chirurgical, sont satisfaisants si, d'une part, le médecin se sert de son jugement pour appliquer la ou les méthodes de traitement qui lui paraissent les plus judicieuses et si, d'autre part, la malade et son entourage collaborent avec lui.

En pratique, environ quatre sur cinq des scolioses de croissance s'équilibrent spontanément et le médecin doit alors s'abstenir de tout traitement intempestif tout en surveillant étroitement les malades qui en sont atteints.

Les scolioses décompensées seront toujours le cauchemar du malade et, très souvent, celui du médecin.

CONSIDÉRATIONS SUR LES DOSES D'INSULINE AU COURS DES ACIDOSES DIABÉTIQUES GRAVES

Rosario ROBILLARD,
Assistant en Médecine, hôpital Saint-Luc (Montréal).

Notre attention avait été attirée, depuis quelque temps, sur les doses élevées d'insuline nécessaire dans nos comas diabétiques.

Cette impression première s'est concrétisée dès que nous avons comparé nos additions d'insuline à celles de Joslin, à Boston, et à celles de Boulin, en France. C'est le résultat de cette enquête qui fait le sujet du présent article.

Les acidoses diabétiques sont des complications qui surviennent avec une fréquence encore malheureusement trop considérable; la négligence dans le régime ou dans la fidélité aux injections d'insuline et l'ignorance dans le traitement du diabète au cours des infections, voilà les deux causes premières du coma diabétique. Le diagnostic trop tardif, l'insuffisance d'insuline et la méconnaissance de certaines complications, voilà les responsables de la mortalité dans le coma diabétique. Pour une complication diabétique qui n'a plus raison d'exister, des médecins, des infirmières, des techniciennes consacrent encore des jours et des nuits dans des efforts acharnés pour tâcher d'arracher ces victimes des griffes de la mort.

L'acidose diabétique grave devrait remplacer le terme inexact et trompeur de coma diabétique dont la définition est la suivante: c'est cette complication diabétique où la réserve alcaline descend à un niveau inférieur à vingt volumes et où la mort surviendra dans un délai de quelques heures si un traitement intensif n'intervient pas. Nous avons adopté la méthode des Américains qui sont unanimes à classifier les comas diabétiques avec des réserves alcalines ne dépassant pas vingt volumes.

Sur la période des deux années et demie qui s'étendent de janvier 1950 à septembre 1952, il nous a été donné d'observer, à l'hôpital Saint-Luc, douze malades en acidose diabétique grave avec la perte de deux d'entre eux, ce qui donne une mortalité de 16,6%.

Nous avons également observé dans ce même laps de temps, dix-sept cas d'acidose diabétique moyenne ou légère où les réserves alcalines varient de 50 à 20 volumes. De ce groupe, onze seulement ont survécu à ce qu'il est convenu d'appeler un pré-coma. Ceci donne une mortalité de 35,3% pour les pré-comas diabétiques. Etant donné la mortalité importante des acidoses diabétiques où la réserve se situe entre vingt et trente volumes, les Français voudraient conditionner et caractériser le coma diabétique au taux limite de trente volumes au lieu de vingt volumes comme le veulent les classiques.

Dans le tableau No 1, où sont classées les acidoses diabétiques graves confirmées, une remarque s'impose au sujet du cas 140225. Cette malade figure dans ce tableau malgré l'absence d'une réserve alcaline comme condition *sine qua non*. Cependant, les douleurs abdominales, les nausées, les vomissements, le Kussmaul, l'anurie de six heures au cours du traitement, l'acétonurie importante et hyperglycémie à 398 mgr. % nous justifient dans cette classification. La réserve alcaline était impossible à faire à cause de la sclérose des veines occasionnées par les traitements de deux comas diabétiques au cours des quatre mois précédents. A cause de cette sclérose veineuse nous avons dû nous dispenser des réserves alcalines et faire des glycémies par la micro-méthode. Des accidents d'hypoglycémie étant survenus, il nous fallait recourir à la voie intra-sternale pour resucrer la malade par du sérum glucosé hypertonique. A l'objection qui pourrait être soulevée au sujet du degré

de conscience de la malade pour être classée dans ce groupe, disons qu'à l'occasion de ses deux comas précédents, la malade est restée consciente malgré des réserves alcalines de 3 et de 18 volumes pour cent.

Ce qui frappe avant tout dans cette étude des comas diabétiques, c'est l'importance des doses d'insuline administrées à ces malades dans les premières vingt-quatre heures de leur traitement. Le dosage moyen d'insuline pour ces douze cas montre un résultat de 3 387 unités d'insuline. La quantité maxima d'insuline en 24 heures, fut 5 760 unités et la quantité minima ayant été de 699 unités.

Si nous prenons connaissance des 173 comas diabétiques traités, de 1940 à 1946, à la clinique de Jolin, à Boston, nous sommes surpris de constater que seulement 268 unités d'insuline furent administrées comme moyenne par coma diabétique dans les premières vingt-quatre heures du traitement. Nous sommes donc étonnés de la différence excessive de 3 119 unités d'insuline que nous sommes obligés de donner. Par ailleurs, si nous jetons un coup d'œil sur la moyenne des doses d'insuline administrées par Boulin, en France, dans ses comas diabétiques, nous calculons qu'il lui faut en moyenne 1 400 unités pour normaliser une réserve alcaline. Malgré la différence dans les méthodes de calculer les doses d'insuline soit pour les 24 premières heures du traitement, soit pour remonter la réserve alcaline à 50 volumes, nous avons nettement l'impression de dépasser largement la moyenne des doses utilisées par Boulin. Les fortes doses d'insuline dans les acidoses diabétiques graves semblent être conditionnées par plusieurs facteurs.

COMAS DIABETIQUES

Dossier	Nom	Age	Sexe	P.A.	Glycémie	R. Alc.	Nausées et ou vomissements	Kussmaul	Inconsc.	En 24 hrs Insuline	Décès
133342	PEL.	55	F	80/60	800 mgr %	10 vol. %	Vomissements	Oui	Semi-c.	4540	oui
133673	Pag.	19	M	100/50	360 " "	10 " "	Vomissements	Oui	Semi-c.	1380	non
136340	Ven.	20	F	120/70	480 " "	3 " "	Nausées & vom.	Oui	Consc.	4050	non
138774	Ven.	20	F	120/80	400 " "	18 " "	Vomissements	Oui	Consc.	5760	non
140225	Ven.	20	F	120/80	398 " "	Impossible	Vomissements	Oui	Consc.	1500	non
147041	Jun.	67	F	190/100	500 " "	8 vol. %	Non.	Oui	Inconsc.	4000	non
149141	The.	57	F	73/69	595 " "	10 " "	Nausées & vom.	Oui	Inconsc.	2460	non
150844	Bla.	24	M	120/60	500 " "	8 " "	Nausées & vom.	Oui	Inconsc.	4800	oui
151692	Ven.	21	F	120/70	315 " "	14 " "	Vomissements	Oui	Semi-c.	4850	non
151547	Par.	30	M	100/70	335 " "	14 " "	Vomissements	Oui	Semi-c.	3420	non
154052	Gar.	12	M	110/80	275 " "	11 " "	Vomissements	Oui	Inconsc.	699	non
154840	Poi.	30	M	120/70	500 " "	12 " "	Vomissements	Oui	Semi-c.	3200	non
Total 12 cas		3 au-dessus 50 9 en bas de 30 ans	7F/ 5 M.	2 chûtes P.A.	audessus de 500 mgr. 5 cas au dessous: 7	R.A. 10 à 1 6 cas R.A. 10 à 20 6 cas	83.3%	100%	75%	3.387	16.6%

Nous avons remarqué que le taux de la glycémie au début du traitement joue un rôle important dans le déterminisme de la dose d'insuline des 24 premières heures de traitement de ce coma. Les cinq fois où nous avons observé des glycémies qui s'élevaient à 500 milligrammes pour cent ou plus, nous fûmes obligés de donner en moyenne 4 180 unités d'insuline tandis que 3 123 unités d'insuline étaient requises pour les comas où la glycémie était inférieure à 500 milligrammes.

Le facteur âge fait croître la dose moyenne d'insuline dans les acidoses diabétiques graves, puisque chez les personnes de plus de cinquante ans, notre moyenne d'insuline fut 3 663 unités à comparer à 3 295 pour les moins de trente ans.

Parmi ces malades, deux sont entrés à l'hôpital avec une chûte de leur pression artérielle; leur minima étant inférieur à 90 millimètres de mercure. Chez eux, la moyenne d'insuline fut 3 490 unités. La quantité d'insuline pour ceux qui présentaient des pressions artérielles supérieures à 90 millimètres se chiffres à 3 366 unités.

Le principal facteur des fortes doses d'insuline dans les premières 24 heures de traitement des acidoses diabétiques graves est, sans contredit, la lenteur dans l'établissement de ce traitement. Nous ne pourrons jamais insister suffisamment sur l'urgence impérieuse dans le traitement des comas diabétiques.

Nous avons cette preuve de traitement tardif de nos cas par le taux excessivement élevé d'inconscience ou de semi-conscience de nos comateux à leur entrée à l'hôpital. Quand Boulin rapporte que 55 pour cent des comas diabétiques existent sans perte de connaissance, nous arrivons au chiffre de 75 pour cent d'insconscience ou de semi-conscience à l'admission des malades. Dans le cas 147041, l'inconscience était totale avec perte des réactions aux stimuli du tact, de la douleur et de la sensibilité.

Le taux des réserves alcalines ne frappe pas dans ce tableau comme on l'aurait cru, au préalable, sur l'importance des doses d'insuline. mais il faudrait une étude plus importante avant de conclure dans ce sens. Cependant, les deux décès qui sont survenus dans ce groupe ont frappé des diabétiques qui avaient 10 et 8 volumes de réserve alcaline à leur entrée à l'hôpital et ils n'ont pu survivre malgré une moyenne de 4 670 unités d'insuline.

Dans la recherche des causes de mortalité pour ces deux cas, il faut savoir que 133342 fut admise à l'hôpital dans un collapsus circulatoire périphérique et presque moribonde et que 150844 a reçu un excès de potassium.

Il existe certes d'autres facteurs responsables des doses exagérées d'insuline dans les comas diabétiques; il suffit de mentionner les azotémies, les infections, l'insulino-résistance et les collapsus.

Le tableau No 2 où figurent les acidoses diabétiques moyennes et légères, a bien raison de nous laisser songeurs.

En effet, dans ces acidoses moyennes ou légères qui sont par définition moins sérieuses que les acidoses diabétiques graves, nous constatons une mortalité de 35,3%. Si nous étudions ces décès, le No 148374 fut causé par une hémorragie cérébrale, les Nos 147994 et 148873 entrèrent à l'hôpital en collapsus circulatoire périphérique. Les Nos 135024 et 148479 auraient pu survivre avec une meilleure organisation hospitalière.

La dose moyenne d'insuline administrée à nos pré-comateux diabétiques dans les premières 24 heures du traitement dépasse la moyenne de 268 unités d'insuline données dans les véritables comas, chez Joslin et la moyenne de 1 400 unités, dans les comas diabétiques, chez Boulin.

Les mortalités sont toutes survenues, sauf une, quand les diabétiques avaient des réserves alcalines inférieures à 38 volumes pour cent.

Bien rares sont les diabétiques qui ont pu survivre lorsque la pression artérielle était inférieure à 90 comme maxima.

Les précomas diabétiques doivent mériter autant d'attention que les véritables comas diabétiques et les traitements doivent être appliqués sans hésitation; car les mêmes com-

plications guettent ces précomateux; les collapsus circulatoires périphériques se sont manifestés avant tout traitement chez six parmi ces dix-sept cas.

Il est à remarquer, dans le tableau No 2, que la plus forte dose d'insuline administrée, dans notre hôpital, le fut au No 137378 et se totalise pour les premières 24 heures à 11 440 unités.

élevées d'insuline sont les glycémies élevées, l'âge avancé, les chutes de pression artérielle consécutives aux collapsus circulatoires, les hyperazotémies, les infections;

4. Mais que le plus grand facteur responsable des doses élevées d'insuline et responsable également des mortalités, c'est surtout et avant tout le traitement tardif ou insuffisant des acidoses diabétiques.

PRECOMAS DIABETIQUES -8-

Dossier	Nom	Age	Sexe	P.A.	Glycémie	R. Alc.	Nausées et ou vomissem.	Kussmaul	Inconsc.	En 24 hrs. Insuline	Décès
132822	Lab.	23	M	125/80	420 mgr.%	28 vol.%	non	non	consc.	290 unités	non
134230	Ber.	49	F	135/80	410 " "	31 " "	Vomiss.	oui	semi c.	560 "	non
134564	Mor.	20	M	120/60	428 " "	30 " "	Naus. & vom.	oui	consc.	1370 "	non
135024	Rob.	49	F	70/50	440 " "	21 " "	Vomiss.	oui	consc.	1650 "	oui
137005	Car.	47	M	80/60	384 " "	27 " "	Naus. & vom.	oui	consc.	980 "	non
135378	Mat.	70	F	190/70	580 " "	28 " "	Nauss. & vom.	oui	consc.	11440 & 4340 2e j.	non
140127	Nor.	72	M	190/140	460 " "	24 " "	doul. épig.	oui	inconsc.	3200 unités	non
141934	Pin.	43	M	90/70	700 " "	26 " "	Non	non	semi-c.	2920 "	non
146587	Sem.	55	M	95/60	580 " "	36 " "	Nausées	oui	inconsc.	1190 "	oui
147994	Dom.	55	F	88/75	240 " "	48 " "	nauss. & vom.	oui	semi-c.	1400 "	oui
148374	Lad.	67	F	152/100	380 " "	38 " "	?	non	inconsc.	920 "	oui
148479	St.P.	58	M	160/90	460 " "	32 " "	non	non	consc.	2150 "	oui
148873	Aub.	51	F	0	550 " "	26 " "	Vomiss.	oui	inconsc.	2350 "	oui
150199	Bou.	61	F	190/90	280 " "	35 " "	Nauss. & vom.	oui	consc.	70 "	non
150898	Ste.M.	63	M	140/100	320 " "	40 " "	non	non	consc.	90 "	non
154335	Jom.	26	F	?	356 " "	47 " "	non	non	consc.	105 "	non
154410	Cha.	28	M	124/75	325 " "	27 " "	Vomiss.	oui	semi-c.	594 " "	non
Total: 17 cas							64.7%	Kuss. 64.7%	Inc. 47%	Moyenne:1839	35.3%

Si nous voulons **résumer** le sujet que nous offrent les tableaux I et II, il suffit de constater

1. Que les doses d'insuline, aussi bien dans les comas que dans les précomas, sont anormalement élevées;

2. Que la mortalité est plus élevée dans les précomas que dans les comas diabétiques;

3. Que les facteurs responsables des doses

En conclusion, le médecin devrait retenir que le diabétique qui vomit ou ressent des douleurs abdominales ou éprouve une gêne respiratoire, est un malade profondément atteint et remettre au lendemain des analyses et surtout un traitement adéquat c'est signer l'arrêt de mort de ce malade, et se dire ensuite que c'était le dessein de la Providence, c'est lui faire une grossière insulte, s'écrierait Joslin.

RECUEIL DE FAITS

KYSTES TÉRATOÏDES OVARIENS

Observation d'un cas, chez une fillette de 10 ans

Rosaire LAUZER,
Chirurgien à l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

Observation.
(Dossier 154133, Hôpital Saint-Luc.)

Suzanne C..., âgée de dix ans, est opérée d'urgence, le 7 août dernier, pour appendicite aiguë. A l'ouverture de l'abdomen par l'incision de McBurney, une quantité de liquide séreux s'écoule à l'extérieur, et nous percevons une masse que nous prenons d'abord pour une vessie remplie. Mais après la résection de l'appendice, qui ne présente pas de lésion évidente, nous nous rendons compte qu'il s'agit plutôt d'un kyste de l'ovaire droit. Celui-ci est de la grosseur d'une orange, contenant du liquide sous tension et aussi des parties très dures, cartilagineuses ou osseuses, comme le kyste dermoïde ou tératoïde. Son pédicule tordu long et effilé, le rattache à l'aileron postérieur du ligament large. La tumeur est de coloration jaunâtre, et la substance ovarienne, tassée par la formation kystique, est méconnaissable. En plus, du côté gauche, nous sentons à bout de doigt dans le bassin, une autre tumeur en tout semblable à la première.

En présence du problème thérapeutique posé par l'âge de la malade, il fallait tenter l'énucléation de la tumeur en conservant un peu de tissu ovarien. Cela nous aurait permis de nous attaquer ensuite à l'ovaire gauche. Mais toute tentative conservatrice apparut bientôt impossible à réaliser. Il fallut donc se résigner à réséquer l'ovaire droit en entier, son long pédicule l'exposant en outre à des dangers de torsions itératives, et laisser en place la tumeur ovarienne gauche. Car nous aurions risqué en tentant de l'énucléer, d'être forcés d'enlever également de ce côté toute la substance ovarienne.

L'examen anatomo - pathologique, exécuté par le docteur Paul Martin, a révélé les faits suivants:

Examen macroscopique.

Les pièces reçues sont constituées d'un massif nodulaire tumoral et d'un appendice.

I. — Massif tumoral:

Externe : formation arrondie du volume d'une orange, de consistance fluctuante et à surface lisse.

Section : formation cavitaire encombrée d'une substance onctueuse, grumeleuse, remplie de poils et présentant à l'une de ses extrémités une flaque d'induration résistant à la coupe et de consistance osseuse.

Diagnostic: kyste tératoïde (dermoïde) de l'ovaire.

II. — Appendice: d'aspect normal à l'examen extérieur et après section.

Examen microscopique.

I. — Massif tumoral: l'examen histologique confirme entièrement les constatations et le diagnostic macroscopiques. Il révèle la présence des éléments variés des kystes tératoïdes de l'ovaire: peau, annexe pilo-sébacée, moelle osseuse, tissu nerveux (glial), etc.

Diagnostic: kyste tératoïde ovarien.

II. — Appendice: nil.

Commentaires

Cliniquement, l'enfant accusait des douleurs abdominales continues, depuis quatre à cinq jours, avec quelques nausées. Le pouls battait à 88 pulsations à la minute, et la température était à 100 degrés F. En outre, la

douleur à la palpation et la défense musculaire bien marquées dans la fosse iliaque droite, nous imposaient suffisamment le diagnostic d'appendicite aiguë, pour opérer sans tarder.

Erreur salutaire, cette fois, qui nous a fait opérer le kyste de l'ovaire droit, à pédicule tordu, et découvrir également la lésion de l'ovaire gauche.

Or nous savons que les embryomes kystiques de l'ovaire ont généralement une évolution lente. Certaines malades portent leur kystes pendant dix, vingt, voire même trente ans.

Mais par contre, il faut craindre les complications de la maladie, qui sont multiples et variées. Elles peuvent aggraver rapidement l'état des malades et nécessiter une opération d'urgence.

Parmi ces complications, les unes sont dues à l'exagération des symptômes de compression exercée sur les organes voisins. L'intestin peut aussi s'enrouler autour du pédicule de la tumeur, contracter des adhérences et déterminer l'occlusion intestinale.

D'autres complications, également graves, se produisent dans le kyste lui-même ou au niveau de son pédicule: ce sont les torsions pédiculaires, les ruptures intrapéritonéales ou la fistulisation dans les organes voisins, l'infection, l'hémorragie intrakystique, la grossesse et, enfin, la transformation maligne.

En raison surtout de cette dernière éventualité, dans le cas particulier que nous rapportons, l'attente de l'établissement des caractères sexuels secondaires, ne devrait pas faire différer l'exérèse de l'ovaire gauche restant, advenant la moindre alerte, soit l'augmentation rapide de la tumeur et aussi la tendance à se fixer.

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE CLINIQUE PRÉLIMINAIRE D'UN NOUVEAU SULFAMIDÉ DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS URINAIRES [1]

J.-P. BOURQUE, F.R.C.S. (C), F.A.C.S., F.I.C.S.,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Chef de la Section d'Urologie à l'Hôtel-Dieu;

et

Jean JOYAL,
Résident senior en Urologie à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Introduction

Depuis l'avènement du Nu-445 (Gantrisin), il n'y a eu que peu de publications portant sur l'étude clinique de nouveaux sulfamidés; ce serait dû au fait que les antibiotiques et les sulfamidés connus antérieurement, apportaient aux médecins praticiens et aux urologues un choix assez considérable de médicaments pour le traitement de l'infection urinaire habituelle.

Un nouveau sulfamidé, le *Thiosulfil* (nom commercial du sulfa-méthyl-thiodiazol, dosé à 0 gr 25 par comprimé), a récemment fait son apparition au Canada et il nous a été donné d'en faire l'essai clinique afin de déterminer son potentiel d'action. Nous désirons donc soumettre, dans ce travail, les résultats de notre investigation vis-à-vis de la valeur thérapeutique de ce nouveau composé chimique.

Nous avons choisi ce composé à cause de sa grande solubilité et de sa faible toxicité, faits rapportés par A. Rune Frisk dans un article paru dans Acta Medica Scandinavia, en 1943 [2].

Mode d'étude

Nous avons étudié 50 patients porteurs d'infections du tractus urinaire: 29 hommes, de 32 à 76 ans, et 21 femmes, de 19 à 62 ans. Les diagnostics posés furent comme suit:

25 cas de cystite
11 cas d'hypertrophie prostatique avec cystite
4 cas de tumeurs vésicales infectées
2 cas de pyélite
2 cas d'incontinence à l'effort
1 cas d'uréthrite
1 cas de calcul urétéral
1 cas de rétrécissement du col vésical
1 cas d'hydronéphrose infectée
1 cas de cystite interstitielle
1 cas de kyste infecté du rein.

25 de ces cas furent étudiés à l'Hôptial, dans le Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu. Un autre groupe de 25 patients ambulants furent suivis de la même façon.

Les urines de nos sujets furent recueillies pour cultures à intervalles de 3 à 5 jours et le thiosulfil fut donné à ces malades à la dose de ½ gramme (2 comp.) 4 fois par jour *per os* — soit un total de 2 grammes par jour par patient. Nous avons adopté cette formule afin d'obtenir une certaine uniformité de base, nous permettant de juger correctement de l'efficacité du médicament. Bien entendu, l'appari-

1. Cette étude a été rendue possible grâce à la générosité d'Ayerst, McKenna & Harrison Ltd., qui a fourni le matériel utilisé pour les investigations cliniques ainsi qu'une allocation pour le laboratoire de bactériologie. Nous désirons également remercier M. le docteur P.-P. Gauthier pour sa précieuse collaboration.

2. A. R. Frisk, « Sulfanilamide Derivatives », dans Acta Medica Scandinavia, Suppl. 1943.

tion de signes d'insuffisance rénale ou d'action fâcheuse du traitement chez nos malades signifiait la suppression immédiate du sulfamidé dans les cas particuliers.

Les manœuvres urologiques et les interventions chirurgicales endoscopiques ou autres furent entreprises là où elles étaient indiquées et les antibiotiques, pénicilline et streptomycine, furent administrés pendant les 3 premières journées post-opératoires. Dans les cas de chirurgie ouverte, sous anesthésie générale, le thiosulfil fut supprimé pour 3 jours.

Résultats cliniques

La liste complète des malades étudiés est donnée dans le tableau I, ainsi que le diagnostic et l'organisme infectant dans chaque cas. Les résultats sont divisés en trois groupes selon l'efficacité du médicament: le premier groupe comprend les cas où les cultures devinrent négatives (résultats excellents); le deuxième groupe, les cas où, après traitement au thiosulfil, les analyses démontrèrent moins de 10 leucocytes par champs microscopique, quelques bactéries (1 +) et une culture positive des urines (1 +) (résultats bons), comparativement aux urines d'avant le traitement, démontrant 40 leucocytes ou plus par champs, des bactéries (4 ++++) et une culture positive des urines (4 ++++). Les résultats non satisfaisants font partie du troisième groupe.

Le tableau No 1 indique aussi la durée du traitement en jours pour chaque malade, la présence ou non de crystaux de sulfamidé dans les urines, et le nombre de jours durant lesquels chacun des malades avait une sonde vésicale à demeure; cette dernière donnée est en rapport direct avec les résultats obtenus, comme nous le verrons plus loin.

Dans notre série de 25 malades hospitalisés, 10, soit 40%, ont répondu favorablement à la thérapeutique par le thiosulfil avec des urines négatives à la culture et à l'analyse microscopique. La durée de traitement fut de 3 à 20 jours, soit une durée moyenne de 7 jours. De ces 10 malades, 9 n'ont requis que de 3 à 10 jours de traitement et le 10e en exigea 20 jours.

En consultant le Tableau No 1, on se rend compte qu'aucun de nos 10 malades traités avec succès n'eut une sonde à demeure pour plus de 3 jours durant le traitement au thiosulfil, ce qui est significatif — prouvant une fois de plus que les urines se stérilisent beaucoup plus facilement et plus rapidement lorsqu'une sonde n'est à demeure que pour un laps de temps très court.

Des 10 patients guéris de leur infection urinaire, 8 accusaient de la pollakiurie et des brûlements à la miction. Sur ce nombre, 7 furent améliorés d'une façon remarquable, et 1 éprouva une légère amélioration de ses symptômes.

Les urines de 8 autres malades, soit 32%, furent presque complètement débarrassées de l'organisme infectant et nous sommes convaincus que, chez 5 de ceux-ci (Nos 6-12-17-18 et 20), nous aurions obtenu une culture négative dans un court délai et voici pourquoi: ces malades ont été traités au thiosulfil durant 6 à 10 jours seulement et ils ont reçu leur congé, leur hospitalisation n'étant plus requise une fois les autres traitements terminés. Ils ont été améliorés, sans doute, mais le facteur temps nous a empêché de négativer leurs urines. Comme exemple, nous soumettons le malade No 20, notre seul cas d'infection mixte. Après seulement 5 jours, ses urines révèlent que le nombre de leucocytes par champ est passé de 30 à 8, les bactéries de 3 +++ à 1 + et les colonies microbiennes (coli) de 4 ++++ à 1 +; la culture est négative pour l'entérocoque.

Deux des 3 derniers patients de ce groupe, les no 5 et 8, ont été sensiblement améliorés, mais ont semblé avoir atteint un point où nous ne pouvions nous attendre à une plus grande amélioration et ont, pour ainsi dire, présenté un temps d'arrêt dans leur évolution vers l'éradication complète du micro-organisme pathogène. Un de ces malades avait subi une cystectomie partielle pour tumeur vésicale et sa plaie sus-pubienne guérissait mal; l'autre malade, porteur d'une papillomatose maligne de la vessie avec infiltration profonde de la paroi vésicale était incurable.

TABLEAU I
(Patients hospitalisés seulement)

Résultats obtenus

Cas No	*Diagnostic clinique*	*Agents pathogènes*	*Stérilisation complète des urines*	*stérilisation partielle des urines* (1)	*Auc. stérilisation des urines* (2)	*Jours de traitement*	*Cristaux de sulfa ds urine*	*Jours de sonde vésicale à demeure*
1	Pyélite	Entérocoque	Oui			3	Non	0
2	H.P.-Cystite	Esch. coli	Oui			20	Non	3
3	H.P.-Cystite	Esch. coli			Oui	17	Non	12
4	H.P.-Cystite	Esch. coli			Oui	17	Non	8
5	Tumeur vessie	Esch. coli		Oui		37	Non	7
6	Uréthrite	Esch. coli		Oui		6	Non	0
7	H.P.-Cystite	Esch. coli			Oui	32	Non	14
8	Papillomatose vésicale (maligne)	Esch. coli		Oui		32	Non	7
9	H.P.-Cystite	Esch. coli		Oui		17	Non	8
10	Pyélite	Entérocoque	Oui			3	Non	0
11	Calcul de l'urétère	Entérocoque	Oui			10	Non	0
12	Papillome vésical	Entérocoque		Oui		10	Oui	3
13	Carcinome vésical	Esch. coli			Oui	24	Non	10
14	Rétrécissement col vésical	Esch. coli	Oui			8	Non	3
15	H.P.-Cystite	Esch. coli	Oui			3	Non	3
16	Incontinence à l'effort	Esch. coli	Oui			3	Non	8 (3)
17	H.P.-Cystite	Esch. coli		Oui		8	Non	3
18	H.P.-Cystite	Esch. coli		Oui		10	Non	3
19	H.P.-Cystite	Esch. coli			Oui	13	Non	3
20	H.P.-Cystite	Esch. coli-enter.		Oui		10	Non	3
21	Incontinence à l'effort	Alk. fæcalis	Oui			6	Non	9 (3)
22	Hydronéphrose	Alk. fæcalis	Oui			6	Non	0
23	Calcul rénal cystite de Hunner	Esch. coli			Oui	12	Non	0
24	H.P.-Cystite	Esch. coli			Oui	12	Non	3
25	Kyste rénal	Esch. coli	Oui			8	Oui	0
25	*Totaux*		10 (40%)	8 (28%)	7 (28%)			

(1) Diminution de 50% ou plus dans le nombre des colonies microbiennes, des leucocytes et bactéries.

(2) Diminution de moins de 25% dans le nombre des colonies microbiennes, des leucocytes par champs et des bactéries.

(3) La culture des urines devint négative avant la réparation chirurgicale du sphincter interne et l'installation subséquente d'une sonde vésicale à demeure.

Enfin, le dernier malade de ce groupe, le no 9, s'améliora graduellement dès le début du traitement et, au bout de 8 jours, le nombre de leucocytes dans ses urines fut réduit de 16 à 2 par champs microscopique, avec absence de bactéries, et la culture qui était positive 4++++ au colibacille, devint positive 1+. Après 17 jours de traitement, les urines de ce malade étaient macroscopiquement et microscopiquement normales; cependant, le colibacille y fut cultivé de nouveau 1+. Deux jours plus tard, le patient quittait l'hôpital. Nous avons conclu qu'il s'agissait d'une sulfamido-résistance développée au cours du traitement, bien que nous n'ayons pu faire les réactions de sensibilité et de résistance au médicament.

Dans le groupe des 25 patients externes étudiés de la même manière, où le diagnostic était celui de cystite (aiguë ou sub-aiguë) sans

autre pathologie associée, les résultats furent, de ce fait, plus impressionnant. 16 patients eurent des cultures négatives après 5 jours, et 9, après 8 jours de traitement. Les organismes infectant étaient le colibacille ou l'entérocoque. Aucun de ces malades ne présenta des crystaux de sulfamidé dans ses urines.

Les échecs et leurs causes

Nous avons vu jusqu'à maintenant que 10 malades (40%) donnèrent des résultats excellents, et que 8 autres (32%) furent sensiblement améliorés. Ces 18 malades forment le premier et le deuxième groupe. Le troisième groupe est celui des 7 derniers patients, soit 28%, non améliorés par la médication employée dans cette étude. L'échec peut être directement attribuable à la présence trop prolongée d'une sonde vésicale à demeure — chez 4 de ces malades, la durée moyenne de drainage à la sonde fut de 11 jours pour chacun. Voici les détails: — le patient no 3 — prostatectomie rétropubienne, avec drainage forcément prolongé de l'espace de Retzius; le patient no 4 — dysurie et rétention incomplète après avoir enlevé la sonde vésicale 3 jours après la résection transuréthrale; le malade ne vidant pas sa vessie d'une façon satisfaisante, nous avons dû lui remettre une sonde vésicale à 2 ou 3 reprises pendant plusieurs jours; ses urines étaient sales, troubles et l'analyse révélait du pus en abondance, probablement dû à l'élimination exagérée de tissus nécrotiques et sphacélés. Chez les patients no 7 et 13, les cultures pré-opératoires avaient révélé du Coli, 4 ++++, dans des urines sales et purulentes. Un de ces malades fut prostatectomisé par voie transvésicale avec fermeture immédiate de la vessie. A partir du 9e jour post-opératoire, le passage d'urine par la plaie sus-pubienne nécessita à 2 reprises la mise en place d'une sonde vésicale à demeure. Le malade no 13, porteur d'un néoplasme incurable de la vessie, subit une résection transvésicale palliative de la tumeur avec sonde vésicale à demeure pendant les 10 jours qui ont suivi l'opération.

Il est évident que chez ces 4 malades, il était inutile d'espérer la stérilisation des urines. L'éradication, du moins partielle, des agents pathogènes était désirée et désirable, mais les cultures n'ont démontré aucune amélioration à ce point de vue. Cependant, l'infection localisée est demeurée telle, et le thiosulfil a pu au moins prévenir la bactériémie, danger toujours présent chez les grands infectés urinaires.

Quant aux 3 autres insuccès, le premier malade était porteur d'une lithiase rénale et d'une cystite interstitielle avec infection marquée. Ce jeune patient avait déjà reçu toute la gamme des médicaments comportant notre armementarium thérapeutique, sans trop d'amélioration de son infection, et nous avons fait chez lui l'essai de ce nouveau sulfamidé autant par curiosité que par bienfaisance.

Les deux derniers malades de cette série, les nos 19 et 24, auraient dû réagir mieux qu'ils ne l'ont fait. Traités au thiosulfil avant et après la résection trans-uréthrale pour H.P., leurs urines sont devenus limpides dans un délai normal, mais les cultures sont demeurées fortement positives pour le colibacille. Nous les avons classifiés comme sulfamido-résistants, ainsi que le malade no 9, plaçant donc 3 cas dans cette catégorie.

Il n'y a pas eu d'échec dans le groupe des patients externes parce que ces derniers ne présentaient pas de pathologie obstructive et jouissaient d'un bon drainage vésical.

Rapports entre les résultats, l'agent pathogène et le diagnostic

Le bacille Escherichia Coli fut l'agent infectant le plus fréquemment isolé, 36 des infections, soit 72%, étant dues à ce microbe.

Le tableau no 2 démontre que seul le coli était le grand responsable chez nos 7 insuccès. Pour 5 malades traités sans amélioration de leur infection, les causes d'échec sont détaillées au chapitre précédent (q.v.) et les deux autres, comme nous l'avons dit, furent classifiés comme infections sulfamido-résistantes.

TABLEAU II

Résultats en regard de l'organisme pathogène

No. de cas	*Age (%)*	*Organismes pathogènes*	*Résultats* *Excellents* Stérilisation Complète	*Bons* Stérilisation partielle	*Non-satisfaisants* Aucun changement
36	72%	Colibacille	10 (28%)	12 (33%)	14 (39%)
8	16%	Entérocoque (1)	6 (75%)	2 (25%)	0
4	8%	Alka. Fæcalis	4 (100%)	0	0
2	4%	Coli & Entérocoque	0	2	0
Total: 50			20 (40%)	16 (32%)	0

(1) Ceci exclut 1 cas où cet organsime pathogène était associé au Coli et où l'urine est demeurée positive à ce dernier.

Nous savons tous que les infections urinaires secondaires à des lésions obstructives profondes ou associées à la lithiase rénale et à la cystite interstitielle, sont extrêmement difficiles à combattre. Dans notre série de malades, ces lésions étaient toutes accompagnées d'infection urinaire à colibacille. Il fallait donc nous attendre à ce que les échecs soient rencontrés principalement chez les cas d'infections colibacillaires, à cause de la prédominance de ces dernières (72% des infections de notre série). Dans le même ordre d'idées, mais inversement, les francs succès et les améliorations nettes ont tout de même prédominé chez les infections à coli.

Le tableau no 2 démontre aussi que l'entérocoque est disparu des urines dans 72% des cas, et que dans le seul cas d'infection mixte, les urines furent débarrassées de cet agent microbien. Les quatre cultures mettant en évidence l'alkaligène fæcalis sont devenues négatives, mais leur nombre est trop restreint pour être significatif.

En dernier lieu, les malades traités avec succès étaient tous porteurs d'infections urinaires simples, infections relativement faciles à combattre, comme l'indique le *tableau no* 3.

TABLEAU III

Résultats en regard du diagnostic clinique

Cas	*Pourcentage*	*Diagnostic clinique*	*Résultats* *Excellents* Stérilisation complète	*Bons* Stérilisation partielle	*Non-satisfaisants* Aucun changement
25	50%	Cystite	25 (100%)		
11	22%	H.P.-Cystite	2 (18%)	4 (36%)	5 (46%)
4	8%	Tumeur de Vessie	0	3 (75%)	1 (25%)
2	4%	Pyélite	2 (100%)	0	0
2	4%	Incontinence à l'effort	2 (100%)	0	0
1	2%	Uréthrite	1		
1	2%	Calcul de l'uretère	1 "		
1	2%	Rétrécissement du col vésical	1 "		
1	2%	Hydronéphrose	1 "		
1	2%	Cystite de Hunner			1
1	2%	Kyste du rein	1 "		
50	100%		35	8	

Ce tableau démontre que sur le total des cas de cette série, 25 ou 50% présentaient une cystite; chez 11, ou 22%, le diagnostic d'hyperthophie prostatique avec cystite fut posé. Chez 2 de ces derniers, soit 18%, les résultats furent excellents; 4, soit 36%, furent nettement améliorés et les autres, soit 46%, ne montrèrent aucune amélioration.

Il y eut 4 cas de tumeurs vésicales avec cystite et cette dernière fut sensiblement améliorée dans 3 cas; les 2 pyélites et les 2 incontinences furent traitées avec succès ainsi que 4 des 6 dernières infections.

Interprétation des résultats

1. *Agent pathogène* (voir tableau II).

a) Infections à colibacille: 36, 72% améliorés ou guéris et 28% de résultats médiocres.

b) Infections à entérocoque: 4 cas améliorés ou guéris.

c) Infections à Alk. Faec.: 4 cas guéris.

d) Infection mixte: 1 cas amélioré.

2. *Diagnostic clinique* (voir tableau III).

a) Cystite: 25 cas, 25 ou 100% guéris.

b) H.P. avec cystite: 11 cas. 6, soit 54% améliorés ou guéris; 5, soit 46%, non améliorés.

c) Tumeur de la vessie: 4 cas. 3, soit 75%, améliorés; 1, soit 25%, non amélioré.

d) Pyélite: 2 cas, guéris.

e) Incontinence à l'effort: 2 cas, guéris.

Autres considérations

Tolérance:Le thiosulfil fut très bien toléré par les malades étudiés, aucune complication grave ou effet néfaste n'étant apparu au cours du traitement. Cependant, 3 patients reçurent chacun de 64 à 74 grammes de sulfamidé durant leur hospitalisation sans inconvénients, sauf un (no 8) qui accusa continuellement de légers malaises gastriques avec flatulence. Ces symptômes apparurent aussi chez 2 autres malades, les nos 4 et 12, mais d'une façon très minime. La médication ne fut pas discontinuée. Le malade no 22 présenta une réaction cutanée légère, sous forme d'un érythème discret, mais heureusement, ses urines étaient devenues négatives lors de l'apparition de ce phénomène. Une réaction de prurit, sans érythème, apparut chez le patient no 24.

Solubilité. Le laboratoire décela de la crystallurie chez 2 malades. Ces crystaux de sulfamidés furent décelés au tout début à l'examen des culots urinaires du malade no 12, mais les analyses microscopiques répétées des urines au cours du traitement ne révélèrent aucun autre épisode de crystallurie ou hématurie. Il en fut de même pour le malade no 25.

Les malades ayant subi une prostatectomie transuréthrale eurent des liquides en abondance, mais l'alcalinisation des urines ne fut pas nécessaire, le thiosulfil étant très soluble.

Comme pour les autres sulfamidés, le thiosulfil ne fut pas prescrit aux malades en insuffisance rénale — les sujets de notre série avaient tous une fnoction rénale relativement bonne.

Résumé et conclusions

L'efficacité d'un nouveau sulfamidé (sulfaméthyl-thiodiazol) connu sous le nom commercial de *thiosulfil,* est étudié chez 50 malades porteurs d'infection urinaire, due pour la plupart au colibacille E. Une infection à microbes variés ne fut décelée que chez un seul patient.

Nos malades reçurent la même dose quotidiene du médicament, soit 2 grammes, et la durée moyenne de traitement fut de 13 jours. La négativation des urines fut obtenue dans une moyenne de 7 jours.

Les résultats furent excellents chez 35 malades, soit 70%; bons, chez 8, soit 16% et médiocres chez 7, soit 14%. En d'autres mots, approximativement 86% de nos malades furent guéris ou nettement améliorés.

Le thiosulfil fut passablement efficace chez 7 malades sur 10 ayant subi une résection transuréthrale et des plus efficaces chez 7

patients porteurs d'infection urinaire non-associée à une lésion obstructive profonde.

Soixante-douze pour cent des infections colibacillaires furent améliorées ou guéries, l'entérocoque fut éliminé dans 75% des infections à ce microbe et l'alkaligène fæcalis, dans 100%. Le colibacille persista dans les urines du malade à infection mixte après la disparition de l'entérocoque.

Le thiosulfil fut toléré d'une façon remarquable; aucun effet fâcheux du médicament ne se manifesta. Quelques malades présentèrent des réactions légères du côté de l'appareil digestif ou de la peau.

Nous avons noté 2 cas de crystallurie, mais transitoire, celle-ci démontrant la grande solubilité de ce nouveau sulfamidé dans les urines, ne nécessitant donc pas l'administration de substances alcalines ou de liquides en abondance au cours du traitement.

L'agent pathogène infectant les urines de 3 de nos malades fut probablement sulfamido-résistant.

Nous pouvons conclure que le thiosulfil est un adjuvant précieux dans le traitement des infections urinaires non-associées à des lésions obstructives profondes et dans le traitement post-opératoire des malades ayant subi une intervention chirurgicale endoscopique.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MALFORMATIONS DU CŒUR ET DES GROS VAISSEAUX [1]

J. A. GRAVEL, F.R.C.S. (C), M.S.,
Consultant en Chirurgie Thoracique à l'Hôtel-Dieu de Québec,
Chirurgien thoracique à l'hôpital Laval, Québec,
Chirurgien à l'hôpital des Anciens Combattants, Québec.

Sous ce titre s'ouvre devant nous un chapitre encore bien neuf de la chirurgie thoracique. Si son progrès a été rapide et sûr, c'est qu'il reposait sur de solides bases pathologiques. C'est à une canadienne, Maud Abbott, que revient le crédit d'avoir posé ces bases. Une autre femme, Helen Taussig vint ajouter à ce travail et le compléter.

Malgré les pas de géant pris par les équipes chirurgicales depuis 10 ans, nous sommes encore dans un domaine changeant de jour en jour. Et ce qui était vrai hier l'est moins aujourd'hui; et ce qui est ridicule aujourd'hui semblera peut-être plein de sens demain.

Aussitôt qu'on eut compris les perturbations physiologiques du thorax ouvert et qu'on eut maîtrisé ses manifestations, plusieurs anomalies présentèrent un défi à la chirurgie, surtout les malformations vasculaires extracardiaques. Dès lors, il se passa peu de temps avant qu'on n'attaque ces conditions, maintenant mises à nu et prêtes à recevoir leur correction. Il n'en fut pas aussi simple des malformations intracardiaques qui, elles, ne pouvaient pas et d'ailleurs ne peuvent pas encore être exposées à la vue et leur nature corrigée directement. C'est là qu'un département de la physiologie, l'hémodynamie, vint au secours. Un médecin avait déjà prouvé en le pratiquant sur lui-même que les cavités cardiaques étaient susceptibles d'investigation. En effet, Forssman en 1929 s'introduisit un cathéter urétéral dans la veine cubitale gauche, puis se rendit en fluoroscopie afin de vérifier si la pointe du cathéter était bien dans une chambre cardiaque. Dès lors les physiologistes s'emparèrent de cette nouvelle arme, et le cathétérisme cardiaque devint un des modes d'investigation des malformations cardiaques.

Ce pionnier Allemand voulant aller plus loin s'injecta lui-même, plus tard, de l'urosélectan à travers le cathéter, afin de visualiser ses chambres cardiaques. Dû à des difficultés techniques, il ne réussit pas. Ce furent Moniz, Carvalho et Lima qui réussirent en 1931 à visualiser les vaisseaux pulmonaires. Puis en 1937, Castellanos mit plus au point cet autre mode d'investigation appelé angiocardiographie. Ces deux dernières méthodes demeurent encore aujourd'hui les seuls moyens pratiques d'étudier ce qui se passe à l'intérieur du cœur. Moyens indirects assez précis, mais qui deviendraient d'un intérêt académique si on parvenait à examiner, ouvrir et réparer un cœur exsangue.

Dans le présent exposé, nous voulons vous parler des malformations du cœur et des gros vaisseaux et de leur traitement chirurgical. Impossible toutefois de passer de la malformation au traitement chirurgical, sans passer par le diagnostic et les moyens de le faire. Nous vous présentons donc un tableau de ces malformations, puis nous parlerons des moyens de diagnostic en général, des malformations opérables en particulier, puis de leur traitement chirurgical.

1. Communication au XXIIème Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1952.

1. — Malformations avec cyanose:

a) *Opérables*:
1 — Tétralogie de Fallot
2 — L'atrésie tricuspidienne
3 — La stésose pulmonaire avec défaut interauriculaire
4 — Le Cor Biloculare
5 — Le Truncus Communis, donnant les artères systémiques et bronchiques
6 — La transposition complète des gros vaisseaux.

b) *Non-opérables*:
1 — Le complexe d'Eisenmenger
2 — L'atrésie tricuspidienne et la transposition des gros vaisseaux
3 — L'hypoplasie ou atrésie de l'aorte
4 — Le cœur de Taussig.

2. — Malformation sans cyanose:

a) *Opérables*:
1 — La persistance du canal artériel
2 — La coarctation de l'aorte
3 — L'arc aortique double
4 — La sténose pulmonaire pure.

b) *Non-opérables*:
1 — Le défaut interauriculaire
2 — Le défaut interventriculaire
3 — Le syndrome de Lutembacher
4 — La maladie d'Ebstein
5 — La sténose aortique ou sub-aortique.

Les moyens de diagnostic se sont enrichis au cours des années, mais ils sont encore basés sur l histoire de la maladie et l'examen clinique. Nous croyons que, pour arriver à établir un diagnostic précis, du type exact de la cardiopathie congénitale, il faille minutieusement passer à travers presque toute la gamme des examens que je vais énumérer.

Avec l'expérience, avec beaucoup d'expérience, un diagnostic pourra devenir assez précis sans, peut-être, tous ces examens. Toutefois, nous n'apprécions pas la méthode de certaines cliniques qui se passent volontiers de cathétérisme et d'angiocardiographie, se basant par exemple sur la prédominance prouvée de la tétralogie de Fallot chez les bleus. Je trouve difficile d'ajuster une balance contenant d'un côté 20% d'erreur et de mortalité subséquente et de l'autre le manque d'examens, par économie, surtout dans un siècle comme le nôtre ou l'on ouvre tout pour le progrès.

Le diagnostic des cardiopathies congénitales et des anomalies vasculaires est donc basé sur:

1. — *L'histoire de la maladie*
2. — *L'examen physique*
3. — *La radioscopie et la radiographie*
4. — *Le temps de circulation*
5. — *L'électrocardiographie*
6. — *Le cathétérisme cardiaque*
7. — *L'angiocardiographie*

I — L'histoire de la maladie

a) *La grossesse.*

On a parlé de la relation entre la rubéole au cours de la grossesse, et des anomalies congénitales. Cette relation existe, semble-t-il, mais elle n'est pas toujours constante. On a rapporté que seulement 5% des porteurs d'anomalies cardiaques provenaient d'une mère ayant fait la rubéole au cours de sa grossesse.

b) *Poids à la naissance*

Ne diffère pas des chiffres normaux.

c) *Temps de l'apparition de la cyanose*

Considérant toutes les malformations avec cyanose, dans 42,6% des cas, la cyanose est évidente à la naissance. Dans 40,6% elle apparaît durant les deux premières années, et dans seulement 16,8% apparaît-elle après deux ans.

Dans les cas de complexe d'Eisenmenger, la cyanose débute deux fois plus souvent après deux ans que dans les cas de tétralogie de Fallot. Plus la malformation est sévère, plus semble-t-il, la cyanose apparaît tôt.

d) *Attaques de dyspnée et d'inconscience*

Chez les enfants bleus surtout, ces crises peuvent se répéter assez souvent et la cyanose

devient alors très marquée. Chez les non cyanosés, c'est surtout la dyspnée qui est marquée.

e) *L'activité physique*

Chez la grande majorité de ces malades, l'activité physique est très réduite. Chez les porteurs de tétralogie de Fallot, par exemple, 60% ne peuvent marcher 300 pieds. On pourrait dire qu'au moins 40% de tous ces malades sont très limités.

f) *Le « squatting »*

Après effort, bien des bébés bleus s'accroupissent comme pour aller à la selle, le thorax repoant sur leurs genoux. La respiration semble plus facile ainsi. Sur 500 enfants bleus, Mme Taussig en a trouvé seulement 2 qui avaient une circulation pulmonaire réduite et qui ne s'accroupissaient pas; et seulement 2 aussi qui, ayant une circulation pulmonaire non réduite, s'accroupissaient.

g) *Maux de têtes et épistaxis*

Ces symptômes sont souvent révélateurs d'une coarctation de l'aorte.

h) *Difficulté à la déglutition*

Ceci se retrouve chez les patients porteurs d'une double arc aortique qui comprime l'œsophage.

II — L'EXAMEN PHYSIQUE

a) *Le développement physique*

Il est très souvent retardé, même s'il n'est pas tellement marqué. Chez les enfants cyanosés, ce symptôme est présent dans 80% des cas. Il se retrouve aussi chez les non cyanosés, comme dans la persistance du canal artériel.

b) *La cyanose*

C'est un symptôme très important chez les malades porteurs de lésions cardiaques. Cette cyanose est habituellemnet due au mélange de sang veineux et de sang artériel. Ce qui veut dire passage de sang de droite à gauche; ceci est communément appelé un « shunt ». Il fuat se souvenir que la cyanose sera beaucoup moins marquée chez un enfant anémique.

c) *L'hippocratisme et la polycythémie*

Ce sont deux symptômes qui en somme sont les résultats normaux de la cyanose. Le nombre de globules rouges augmente, afin de pouvoir permettre un plus grand transport d'oxygène. Nous connaissons beaucoup moins bien la raison d'existence de l'hippocratisme. Il est probablement dû à un état d'ischémie chronique des extrémités.

d) *L'évaluation du pouls dans les quatre membres*

Cet examen facile lorsque bien fait peut être suffisant en lui-même pour révéler un cas de sténose de l'aorte.

e) *La prise de la tension artérielle*

Cet examen doit être simple routine chez tous les cardiaques, même enfants. Il pourra laisser soupçonner la sténose de l'aorte, lorsqu'absent dans les jambes. Il pourra aussi donner des renseignement additionnels, lorsque différent dans les deux bras. Une maxima normale, avec une minima très basse, peut laisser soupçonner une persistance du canal artériel.

f) *L'examen du cœur*

On en était venu à dire, il y a quelques années, que cet examen n'avait pas grand valeur, parce que pas assez précis. Je ne crois pas que ces vues soient justes. Bien sûr, ce n'est pas avec le seul stéthoscope qu'on pourra régler tout le problème diagnostique, mais c'est un des premiers pas, dans une suite logique d'examens, qui nous conduira à la précision que nous cherchons. Souventes fois, il nous sera possible d'exempter des examens très compliqués aux malades, en établissant un daignostic facile. Par exemple, dans les cas de persistance du canal artériel, ce sera plutôt

rare que le stéthoscope ne suffira pas à poser avec suffisamment de certitude un diagnostic qui doit conduire à la chirurgie. En l'absence de cyanose, un souffle systolique marqué au 2e espace gauche réduira les possibilités de malformations à trois:

La sténose pulmonaire pure
Le défaut interauriculaire
Le défaut interventriculaire

III — L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

a) *La fluoroscopie*

Voilà surement le moyen de diagnostic le plus riche en renseignements et le plus commode. C'est le moyen d'investigation préféré du cardiologue moderne. La grosseur, la forme et la position du cœur sont déterminées, ainsi que l'état de pulsation de chacune de ses chambres. L'amplitude et la fréquence du rythme peuvent être notées; une bonne idée peut être faite au sujet du tronc artériel. L'état des poumons, du diaphragme, et les malformations du thorax peuvent être notés. Un des renseignements très précieux apporté par la fluoroscopie, c'est l'état de pulsation des hiles et des champs pulmonaires. Pour le chirurgien, ce renseignement est de toute première importance.

La fenêtre aortique qui est vue en position oblique gauche est l'endroit qui renseignera le mieux sur la pulsation hilaire. Il est possible de noter aussi si l'arc aortique descend à gauche ou à droite. Après déglutition de barium, on pourra évaluer la grosseur des cavités cardiaques.

b) *La radiographie*

Celle-ci vient infirmer ou confirmer les données fluoroscopiques. Dans toutes les radiographies cardiaques, il est nécessaire d'avoir des clichés dans les deux positions obliques antérieures. L'oblique antérieure droite donnera surtout des renseignements au sujet de l'artère pulmonaire, du conus, du bord postérieur de l'oreillette gauche, du bord postéro-inférieur de l'oreillette droite. Un peu de barium épais dans l'œsophage nous renseignera sur la relation de l'œsophage et de l'arc aortique. Le triangle de Holzknecht ou triangle rétro-cardiaque nous renseignera sur la grosseur des oreillettes. L'oblique antérieure gauche renseignera surtout sur la grosseur des ventricules, la largeur du tronc artériel, la luminosité de la fenêtre aortique.

IV — LE TEMPS DE CIRCULATION

Plusieurs méthodes de pratiquer cet examen ont été tentées. Les méthodes subjectives basées sur la coopération du malade sont trop riches d'erreur, surtout chez les enfants et les gens malades, pour être considérées. Les méthodes objectives basées sur une réaction visible sont plus sûres. Parmi celles-ci, mentionnons l'injection de substances radioactives, l'étiquetage des globules rouges avec du phosphore radioactif, les injections d'histamine, de décholine et de saccharine, d'éther, de cyanure de soude, d'alpha lobeline.

En 1922, Koch décrivit la méthode à la flurescine. Elle s'est avérée simple, sans danger, et objective. Chez un malade en état basal, i.e. reposant depuis de 20 à 30 minutes, 1/10 de cc. de sodium de fluorescine à 5% par kilo de poids est injecté. La dose maximale injectée en un seul coup ne dépasse pas 5 cc. Toutefois, elle peut être répétée après de 15 à 20 minutes, si nécessaire. L'injection est pratiquée dans une veine de l'avant-bras, en chambre noire, avec seule une lampe à ultra-violet dirigée sur les lèvres du patient. Un chronomètre enregistre le temps écoulé entre l'injection et l'apprition de la fluorescence aux lèvres. Ce temps est habituellement en moyenne de 10,7 secondes chez les enfants normaux. Chez les malades porteurs d'un shunt de droite à gauche, le temps de circulation sera beaucoup plus court, aux environs de 7 secondes. Et ceci s'explique facilement, puisque la fluorescine part du bras, suit la veine cave supérieure, l'oreillette droite, le ventricule droit et plutôt que de faire le tour du circuit pulmonaire, passe directement du cœur droit vers le cœur gauche (comme par exemple dans le cas

d'un défaut interventriculaire) et ainsi se rend plus tôt aux lèvres.

V — L'électrocardiographie

Il a été impossible d'établir des changements électrocardiographiques typiques et certains pour chaque groupe principal de malformations cardiaques congénitales; toutefois, 80% des bleus ont une déviation axiale droite. La sténose pulmonaire entraîne la déviation droite la plus marquée. Une position axiale normale éliminerait une sténose de l'orifice pulmonaire. L'électrocardiographie est un moyen indispensable de diagnostic dans toute cardiopathie, mais il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner.

VI — Le cathétérisme cardiaque

Ce mode d'investigation fut développé par André Cournand du Bellevue à New-York. Il consiste en l'introduction, sous écran fluoroscopique, d'un cathéter dans une veine du bras, puis, suivant le courant sanguin veineux, dans la veine axillaire, puis dans la veine cave supérieure, de là dans l'oreillette droite à travers l'orifice tricuspidien, dans le ventricule droit à travers l'orifice pulmonaire, puis dans l'une ou l'autre des deux branches de l'artère pulmonaire. Il est évident qu'à moins de malformation cardiaque ou vasculaire, il est impossible de passer le cathéter dans le cœur gauche et dans la circulation systémique.

Ce mode d'investigation permet deux choses:

1. — L'étude des pressions intracardiaques, i.e. la manométrie intra-cardiaque.

2. — L'étude du contenu gazeux, oxygène ou CO_2. Des échantillons sont prélevés dans les diverses chambres cardiaques et analysés au laboratoire.

Figurez-vous, par exemple, un simple défaut interventriculaire. La pression (celle-ci est enregistrée sur un électromanomètre en connection avec le cathéter) dans l'oreillette droite sera ormale, mais la pression dans le ventricule droit sera plus élevée. Ceci, dû au fait que la haute pression normale de gauche est transmise à droite par l'orifice. En même temps, il se transmet du sang artériel plus riche en O_2 et alors on aura un contenu en O_2 trop élevé pour un ventricule droit normal.

Un autre exemple serait un cas de sténose pulmonaire pure. Le cathéter une fois dans l'artère pulmonaire enregistrera une pression très basse, près de 0, alors que la normale est de 30 mm. Hg.; et dès que le bout du cathéter sera retiré dans le ventricule droit, on enregistrera une pression élevée de 60 à 100 mm. Hg. (La normale dans le ventricule droit est aussi de 30). Mais comme il n'y a pas de shunt de gauche à droite, le contenu de O_2 ne sera pas élevé. Avec les chiffres donnés par cet examen, le chiffre de consommation d'O_2 mesuré au spiromètre, et l'analyse de sang artériel, il est facile de calculer le débit cardiaque, le débit pulmonaire et le débit des shunts, ou de droite à gauche, ou de gauche à droite. Il y a très peu d'accidents avec cet examen, surtout quand on y a apporté quelques précautions élémentaires.

Chez un sujet normal, il y a une minime différence de 0,6 vol. % d'O_2, entre l'oreillette droite et le ventricule droit. Dans les cas normaux la pression systolique dans le ventricule droit et l'artère pulmonaire n'est jamais en excès de 30 mm. Hg.; et dans l'oreillette droite, elle est aux environs de 6 mm. Hg. Une différence dans le contenu d'O_2 de plus de 1 à 1,2 vol. % etre des échantillons consécutifs, provenant de différentes chambres cardiaques, est une indicatio d'un shunt de gauche à droite.

Il arrive que les résultats, soit de la gazométrie soit de la manométrie, soient inexplicable et confus. En dépit de ces limitations, le cathétérisme cardiaque est d'une valeur hors ligne dans le diagnostic de ces malformations.

VIII — L'angiocardiographie

Ce moyen de diagnostic consiste en l'étude radiologique des chambres cradiaques et des gros vaisseaux thoraciques durant leur opacification par l'injection d'une substance radio-opaque.

En général, on se sert de diodrast à 70% ou de néo-iopax à 75%. Chez l'adulte une quantité

de 40 à 50 cc. est insuffisante; chez l'enfant, on se servira d'un cc. par kilo de poids.

Au point de vue technique, il est nécessaire d'avoir une seringue automatique pouvant délivrer son contenu en quelques secondes. Puis il faut aussi un mécanisme changeur de cassettes, afin de pouvoir obtenir des radiographies à tous les 0,6 de seconde. C'est ainsi qu'on voit d'abord la veine axillaire, puis la veine cave supérieure. Ensuite apparaîtra l'oreillette droite, puis le ventricule et l'artère pulmonaire. L'interprétation de ces clichés n'est certes pas pour le novice, mais avec une bonne technique il est possible d'avoir de bons résultats. On pourra très bien mettre en évidence une sténose pulmonaire; et si, par exemple, sur un des premiers clichés alors qu'on est supposé voir seulement le cœur droit, l'aorte s'opacifie, c'est parce qu'il y a une communication interventriculaire sur laquelle chevauche l'aorte, comme dans la tétralogie de Fallot ou le Complexe d'Eisenmenger.

* * *

Les malformations avec cyanose

1° — Opérables

I — *La tétralogie de Fallot*

Comme son nom l'indique, elle consiste en une tétrade de malformations:

1. — Une sténose pulmonaire
2. — Un défaut interventriculaire
3. — Un chevauchement de l'aorte
4. — Une hypertrophie du cœur droit.

La sténose pulmonaire peut être valvulaire ou infundibulaire, i.e. que les feuillets seuls de la valvule peuvent être accolés, formant une sténose mince avec des conduits normaux en haut et en bas; ou bien, tout l'infundibulum peut être rétréci et entraîner aussi un rétrécissement de l'artère pulmonaire sur une certaine distance. Ceci aura de l'importance pour le traitement chirurgical.

L'aorte peut être plus ou moins à gauche ou à droite.

Le diagnostic

La cyanose est habituellement présente depuis la première enfance; ou encore, elle peut devenir évidente durant la 2e partie de la première année. Il existe une dyspnée s'accroissant avec l'exercice et pouvant aller jusqu'à l'inconscience.

Le squatting est commun. L'hippocratisme des doigts et des orteils est proportionnel au degré de cyanose et à la polycythémie.

Les conjonctives sont très vascularisées. Ces enfants ne sont pas arriérés mentalement; s'ils le sont, c'est plutôt dû à la façon dont ils ont été élevés. Il existe un souffle systolique fort aux 2, 3, 4e espaces intercostaux gauches, près du sternum.

L'examen radiologique

Celui-ci permet souvent de conclure au diagnostic. Le cœur est habituellement de grosseur normale avec une hypertrophie du ventricule droit. La forme du cœur a été décrite sous le vocable « cœur en sabot ». Les pulsations dans les champs pulmonaires, et au hile, sont très diminuées. La fenêtre aortique, en position oblique antérieure, est plus claire que normalement. La crosse aortique sera vue, descendant ou vers la droite ou vers la gauche. Il existe des fois une dilatation post sténotique de l'artère pulmonaire.

L'examen électrocardiographique

Il est caractérisé par une déviation droite et par un agrandissement de l'onde P. Si la déviation n'est pas à droite, le diagnostic de tétrade de Fallot pourra sûrement être mis en doute, ou il faudra penser à une autre malformation associée. Le temps de circulation est très raccourci démontrant ainsi la présence d'une communication avec shunt de droite à gauche.

Le cathétérisme cardiaque

Celui-ci prouve définitivement la sténose pulmonaire, par une pression trop haute dans le ventricule droit et trop basse dans l'artère

pulmonaire. Le cathéter peut parfois passer de droite à gauche par le défaut interventriculaire.

Calculé d'après le principe de Fick, le débit pulmonaire sera réduit. Le contenu d'oxygène dans le ventricule droit, si le sang est prélevé près du défaut interventriculaire, sera plus élevé en O_2 que dans le reste du cœur droit.

L'angiocardiographie

Elle nous révèle, dès les premiers clichés, qu'il y a défaut interventriculaire et chevauchement de l'aorte. La sténose pulmonaire et la dilatation post-sténotique pourront également être visualisées. On verra plus clairement aussi de quel côté descend l'aorte; ce qui sera plus difficile à mettre en évidence, c'est le type de sténose pulmonaire, i.e. s'agit-il d'une sténose valvulaire ou infundibulaire.

En résumé chez un enfant ayant dépassé la première enfance, bleu depuis sa naissance, avec de l'hippocratisme, une polyglobulie; chez qui on a vu en fluoroscopie que la circulation pulmonaire était très diminuée et qu'opacifie son aorte dès les premiers clichés, après injection de substance radio-opaque, nous pouvons conclure avec certitude à une tétralogie de Fallot.

Le traitement chirurgical

S'il s'agit de traitement, il n'y en a certes pas d'autres que le traitement chirurgical. Tous connaissent l'ère des bébés bleus à Baltimore. Le mérite de cette trouvaille revient à Mlle Taussig qui crut, et avec raison, que si on augmentait l'apport de sang dans le circuit pulmonaire de ces enfants, on diminuerait leur incapacité. C'est alors que le docteur Blalock intervint. Il disséqua l'artère sous clavière, la sectionna aussi loin qu'il pouvait la disséquer par voie endothoracique et en anastomosa le bout au côté de l'artère pulmonaire. L'effet fut au-delà de toute espérance, et l'on pratiqua cette intervention de par le monde chez des milliers d'enfants bleus. Chez les tout petits, cette opération présentait quelques difficultés techniques particulières, et c'est pour cette raison que le Dr Potts apporta sa modification à la technique. Il créa très ingénieusement le moyen d'effectuer une anastomose directe de l'aorte à l'artère pulmonaire. Les résultats furent absolument aussi bons que ceux obtenus avec l'autre opération.

Mais c'est à Brock et Holmes Sellors de Londres que revient le mérite et le courage de démontrer que l'on pouvait faire mieux. En somme, chez un enfant possédant déjà quatre malformations cardiaques, on en ajoutait une cinquième, un véritable canal artériel; et chez les enfants porteurs de canal artériel, on pratique la ligature ou la section de cette communication anormale. Ainsi on évite l'hypertension pulmonaire et ses changements irréversibles. Alors ne pourrait-on faire mieux avec la chirurgie que d'ajouter une autre malformation qui, il est vrai, soulageait les enfants, mais qui entraînerait quoi plus tard? Brock particulièrement se mit à étudier et inspecter le cœur de chaque enfant qu'il opérait pour une maladie bleue. Il en vint à la conclusion que dans la tétralogie de Fallot il existait deux sortes de sténose pulmonaire: la sténose valvulaire et la sténose infundibulaire. Etudiant aussi la situation de l'aorte et de l'artère pulmonaire par rapport au défaut interventriculaire, il en vint à la conclusion que s'il n'y avait pas d'obstacle au niveau de l'artère pulmonaire, le sang s'y engagerait facilement et qu'il ne serait pas nécessaire de créer un canal artériel artificiel. Quand il eut mis à point une technique, il pratiqua son intervention de valvulotomie pulmonaire, empruntant la route du ventricule droit il passa un valvulotome vers l'oreillette à travers la valvule pulmonaire. Les résultats furent aussi bons qu'il s'attendait; ils furent même tellement bons qu'il fut invité à aller pratiquer cette intervention à Baltimore et, depuis, dans ce centre, on la pratique beaucoup. On ne sait pas encore les résultats tardifs des enfants bleus qui ont eu une anastomose; nous savons toutefois que, de temps en temps, il en mourait d'œdème aigu du poumon. Il en serait mort plusieurs tardivement après leur opération.

Brock semblait donc avoir apporté la réponse et tout était facile, mais malheureusement, toutes les sténoses pulmonaires de la tétrade de Fallot ne sont pas valvulaires et aussi facilement sectionnables. Un pourcentage important de ces sténoses sont infundibulaires; et, alors, il faut aller ronger avec des pinces gouges à l'intérieur du cœur, opération qui n'est pas très élégante mais qui, dans les mains de son instigateur, donne de très bons résultats. Nous croyons que dans ces cas il est probablement mieux pour l'opérateur ordinaire de faire l'anastomose de Blalock.

En conclusion, il faut, quand on pratique cette sorte de chirurgie, être prêt à toute éventualité, posséder les connaissances nécessaires pour reconnaître le type de malformation, soit par la vue ou la palpation, et y appliquer le traitement de choix.

II — *L'atrésie tricuspidienne*

Dans cette malformation, il n'y a pas de communication entre l'oreillette droite et le ventricule droit. Le foramen ovale ou communication interauriculaire fœtale est perméable. Le ventricule droit est tout petit et ne fonctionne pas. Il est habituellement en communication avec le ventricule gauche par un défaut interventriculaire.

L'examen clinique: la cyanose est habituellement intense. Il est facile de comprendre qu'encore ici le problème capital est le manque d'apport sanguin aux poumons. La symptomatologie est très semblable à celle des cas de tétrade de Fallot; mais l'incapacité est plus marquée chez ces enfants et, souvent, le foie est augmenté de volume et pulsatile.

L'examen radiologique: il révèle un cœur plus gros que dans la tétralogie de Fallot, mais avec un ventricule droit hypoplasique. La circulation pulmonaire est aussi diminuée.

L'électrocardiogramme révèle une déviation vers la gauche. C'est un signe très important, parce que c'est la seule malformation bleue qui n'a pas une déviation vers la droite.

L'angiocardiographie montre l'entrée immédiate de la solution de contraste de l'oreillette droite vers l'oreillette gauche, le ventricule gauche et l'aorte.

En résumé, il s'agit d'un enfant intensément bleu, qui a un cœur un peu plus gros que le porteur d'un Fallot qui a un électro à axe gauche et dont l'angio démontre le passage de solution de l'oreillette droite vers l'oreillette gauche.

Le traitement

Il est basé sur les mêmes principes que le traitement de la tétralogie de Fallot. Il faut apporter un débit sanguin plus important aux poumons. Il n'y a que l'opération d'anastomose sous clavière-artère pulmonaire, ou aorte-artère pulmonaire qui puisse agir ici. On ne peut songer à une valvulotomie parce que, même après section, le ventricule droit ne reçoit pas assez de sang pour en expédier vers les poumons.

III — *La sténose pulmonaire avec défaut interauriculaire*

Pour qu'il y ait cyanose dans cette malformation, il faut qu'il y ait défaut interauriculaire; c'est-à-dire il faut que le sang puisse passer de droite à gauche. La cyanose sera plus variable que dans la tétralogie de Fallot. Les signes secondaires à la cyanose varieront avec celle-ci. Pour que la cyanose se manifeste, il faudra que la pression soit assez élevée dans l'oreillette droite pour passer de droite à gauche à travers le défaut interauriculaire. Ceci arrivera surtout après l'exercice. Le souffle systolique est très marqué vers les 2e et 3e espaces gauches. L'électrocardiogramme montre une déviation vers la droite. La radiologie démontrera encore des champs pulmonaires dépourvus de vascularisation et une dilatation post-sténotique de l'artère pulmonaire. L'angiocardiographie pourra nous démontrer l'ouverture du foramen ovale, la sténose pulmonainaire et la dilatation post-sténotique. Le cathétérisme cardiaque est celui des examens qui fait ce diagnostic avec le plus de certitude. La différence de pression dans l'artère pulmonaire et dans le ventricule droit démontrera la

sténose. La plupart du temps le sang de l'oreillette droite aura un plus haut contenu en O_2 que celui du ventriculaire et que celui de l'artère pulmonaire, démontrant ainsi le défaut interauriculaire.

Le traitement

Il est encore chirurgical et c'est la valvulotomie pulmonaire droite par voie transventriculaire droite qui sera la méthode de choix.

IV — *Le cor biloculare*

Cette malformation est beaucoup plus rare que celles déjà mentionnées. C'est celle qui représente à peu près le cœur le plus primitif de la série. Il n'y a qu'un seul ventricule et qu'une seule oreillette. De cet unique ventricule naît un seul tronc vasculaire, l'aorte. L'artère pulmonaire est atrésique. La circulation aux poumons se fait par le canal artériel; l'oreillette commune reçoit le sang des poumons par les veines pulmonaires et de la périphérie par les veines caves. La cyanose apparaît tôt et est progressive. Il n'y a pas de souffle cardiaque, ce qui est assez caractéristique. Le cœur est plus gros et globuleux. Le cathétérisme va révéler une pression artérielle systématique dès son entrée dans la seule oreilltete. L'angiocardiogramme va montrer qu'il n'y a que deux chambres cardiaques qui déversent immédiatement dans l'aorte.

Le traitement chirurgical n'est pas appliqué souvent parce que la majorité des cas meurent avant que le diagnostic ne soit porté. Toutefois, il consiste lui aussi en l'apport de sang aux poumons par une anastomose systémo-pulmonaire.

V — *Le truncus communis*

Dans cette malformation, un seul gros vaisseau, le tronc artériel, ou l'aorte, pompe le sang d'une chambre commune à la circulation systémique, et par les artères bronchiques aux poumons. Il s'établit en plus une circulation collatérale qui apporte un peu de sang aux poumons. L'artère pulmonaire est complètement atrésiée.

La cyanose est intense ainsi que la polycythémie et la dyspnée. L'état général demeure très faible; l'incapacité est habituellement sévère. Le cœur est augmenté de volume avec, même, une difformité de l'hémithorax gauche dans certains cas. Radiologiquement il est facile de voir que la circulation pulmonaire est insuffisante.

Durant le cathétérisme cardiaque, on peut observer que la pointe du cathéter est mobile sur une grande étendue. Les valeurs en O_2 sont égales à celles du sang de l'artère fémorale.

Le traitement est encore chirurgical et consiste aussi dans l'apport de plus de sang aux poumons. La difficulté sera de trouver un bout d'artère pulmonaire pour faire l'anastomose.

VI — *La transposition complète des gros vaisseau*

Cette malformation serait plus fréquente qu'on ne le croit. Il existe une transposition des gros troncs artériels sans transposition des veines. L'aorte naît du ventricule droit et l'artère pulmonaire du ventricule gauche; conséquemment, le sang du ventricule droit sort par l'aorte vers la circulation générale et revient par les veines caves à l'oreillette droite. Le sang du ventricule gauche sort par l'artère pulmonaire, va aux poumons et revient à l'oreillette gauche par les veines pulmonaires. Ces deux circulations sont donc séparées; et aussi, pour que la condition soit compatible avec la vie, il faut qu'il y ait une ouverture permettant un échange de sang entre la circulation pulmonaire et la circulation générale. Cet échange se fait généralement par le canal artériel, le foramen ovale, ou un défaut interventriculaire.

La cyanose est progressive ainsi que l'élargissement cardiaque. La cyanose sera moins marquée à la partie supérieure du corps, parce que le sang oxygéné du ventricule gauche passe par l'artère pulmonaire, puis par le canal artériel et prend l'aorte descendante. Radiologiquement, le cœur est élargi à droite et à gauche. Les gros vaisseaux ainsi transposés projettent une ombre particulière qui est étroi-

te en A.P. et plus large en oblique antérieure gauche. L'angiocardiographie révèlera l'origine antérieure caractéristique de l'aorte. Quoique cette condition soit traitable chirurgicalement, les résultats ne sont pas encore très bons. Il s'agit d'abord de créer un défaut interauriculaire, puis de réaliser une anastomose entre la circulation générale et la circulation pulmonaire. Ceci a été tenté entre l'artère sous clavière et l'artère lobaire supérieure. Ainsi du sang passera de gauche à droite par cette anastomose, mais pourra revenir par le défaut interauriculaire. Certes, quand il sera possible d'opérer sur un cœur exsangue, ce procédé sera abandonné pour une opération type plastie.

2° — Les malformations non opérables

I — *Le complexe d'Eisenmenger*

Lorsque nous classifions une condition cardiaque ou vasculaire comme inopérable, ceci ne veut pas dire qu'on n'a pas déjà tenté quelque traitement chirurgical, mais nous voulons simplement dire qu'il n'y a pas de traitement chirurgical définitivement accepté. Dans le complexe d'Eisenmenger, la malformation ressemble beaucoup à ce que nous trouvons dans la tétralogie de Fallot:

1. — Un défaut interventriculaire
2. — Un chevauchement de l'aorte.
3. — Une hypertrophie du cœur droit.
4. — Pas de sténose pulmonaire, mais même plutôt une dilatation de l'artère pulmonaire avec des valvules normales.

L'aorte chevauche sur les deux ventricules, étant implantée juste au-dessus d'un défaut interventriculaire. La cyanose est présente comme dans la tétrade de Fallot, mais très souvent elle début après l'âge de deux ans.

L'incapacité est moins marquée que dans la tétralogie de Fallot. Le squatting est aussi moins fréquent. La cyanose, la polycythémie et l'hippocratisme sont peut-être un peu moins marqués que dans la tétralogie de Fallot.

En résumé, dans un cas typique d'Eisenmenger, l'histoire est celle d'un bébé sans cyanose mais avec des signes cardiaques d'un défaut congénital. A mesure que grandit l'enfant, la cyanose commence, s'accroît graduellement. Le patient n'est que modérément handicappé. Plus tard, le patient devient plus dyspnéique et fatigué. Radiologiquement, le cœur est souvent augmenté de volume; il n'y a pas d'image de cœur en abot et les artères pulmonaires battent normalement avec une circulation normale dans les poumons.

L'angiocardiographie démontrera à peu près les mêmes lésions que dans le Fallot, mais sans sténose pulmonaire. De ce fait le cathéterisme cardiaque sera révélateur et par les pressions nous verrons qu'il n'existe pas de sténose pulmonaire, mais plutôt des fois, des signes d'hypertension pulmonaire.

Le traitement

Il n'existe pas encore de traitement chirurgical bien établi. L'on essaie de réduire la grosseur de l'artère pulmonaire et aussi d'empêcher le sang de passer de gauche à droite. C'est à réduire la pression dans le système pulmonaire qu'il faut viser, à cause des changements nocifs et irréversibles que ceci entraîne.

Nous pouvons encore citer ici quelques malformations très rares qui, à date, n'ont pas de traitement chirurgical adéquat:

1. — L'atrésie tricuspidienne avec transposition des gros vaisseaux.
2. — L'hypoplasie ou atrésie de l'aorte.
3. — Le cœur de Taussig ou transposition de l'aorte avec une artère pulmonaire qui chevauche.

Les malformations sans cyanose

1° Opérables

a) *La persistance du canal artériel*

Voici une des premières malformations vasculaires qui trouva un traitement chirurgical adéquat. Il s'agit de la persistance d'un canal normal à l'ère fœtale. Il naît de l'artère pulmonaire à la bifurcation des deux branches principales et s'ouvre dans l'aorte au-delà de l'origine de la sous clavière.

A la naissance, ce canal est habituellement perméable; tôt après, il commence à s'oblitérer et ce processus est habituellement complet vers la fin du 2e mois. Toutefois, cette fermeture peut être retardée de 6 mois et même d'une année. Après deux ans cette persistance est absolument anormale et doit être traitée. Cette malformation est trois fois plus fréquente chez les femelles que chez les mâles. Il n'y a pas de cyanose. Les signes sont peu marqués dans la première enfance; avec les années apparaissent la dyspnée et les palpitations. La croissance est affectée. La tension artérielle minima est habituellement basse, elle sera d'autant plus basse que le canal sera gros; ceci parce que cette communication de l'aorte avec l'artère pulmonaire représente un trou dans le plancher diastolique. Dans presque tous les cas, un simple examen stéthacoustique pourra révéler le diagnostic. Il existe avec une intensité maxima au 2e espace intercostal gauche un bruit de rouet, de machinerie systo-diastolique. Ce bruit, une fois bien entendu, est inoubliable; il dure toute la systole et toute la diastole, il nous rappelle le bruit d'un train filant à toute vapeur dans un tunnel.

Radiologiquement, l'on note avec les années un élargissement du cœur. Souvent apparaît une saillie au niveau du conus pulmonaire et nous trouvons une pulsation des hiles pulmonaires très marquée; c'est ce qui a été décrit sous le nom de danse hilaire.

Très souvent l'électrocardiagramme s'avère normal. L'angiocardiogramme qui n'est certes pas nécessaire pour établir le diagnostic, excepté dans des cas spéciaux, peut nous permettre de voir le canal. Le cathétérisme cardiaque, si nécessaire, sera révélateur. On trouvera une haute pression et un haut taux d'O_2 dans l'artère pulmonaire. Souvent il est possible de faire passer le bout du cathéter de l'artère pulmonaire à l'aorte par le canal. Dans ce cas le diagnostic sera prouvé avec grande certitude. Le traitement est chirurgicial. Il s'agit, avant que ne se répètent les attaques d'endocardite bactérienne et avant aussi que ne s'installe une hypertension pulmonaire irréversible, d'aller fermer ce canal soit par une ligature, soit par une section. Le choix dépendra du statut anatomique trouvé lors de l'intervention.

b) *La coarctation de l'aorte*

Il s'agit d'un rétrécissement de l'aorte qui siège ordinairement à la région d'insertion du canal artériel. En effet, d'après certains chercheurs, le processus de fermeture de ce canal aurait quelque chose à faire dans la production de la sténose aortique.

Cette condition est très facile à diagnostiquer, tant son tableau clinique est clair. Il découle des effets mécaniques de cette sténose, ce qui causera une hypertension en haut et une hypotension en bas; s'ajoutant à ceci, nous trouverons une circulation collatérale marquée.

Avant de penser à un autre diagnostic chez un enfant qui fait de l'hypertension, telle que prise aux bras, il faut penser à une sténose de l'aorte. La tension artérielle doit alors être prise aux jambes, ou tout au moins les pouls fémoraux recherchés. Avec les années, les enfants porteurs de cette malformation souffrent de maux de tête, d'épistaxis, d'étourdissement, de bourdonnements d'oreilles. Plusieurs font des accidents vasculaires cérébraux. Une circulation collatérale intense se produit autour du thorax et il est facile de voir battre les intercostales et leurs branches.

La condition est plus fréquente chez les mâles. Il n'y a pas de retard de croissance et le thorax surtout est habituellement très développé. Il n'y a ni cyanose ni hippocratisme. L'hypertension artérielle n'est pas toujours très haute et ce n'est pas tant sur elle que repose le diagnostic, mais plutôt sur la différence de tension entre les membres supérieurs et les membres inférieurs. Les patients se plaignent de fatigabilité aux jambes ainsi que de froideur aux pieds. L'examen du cœur révèle habituellement un cœur de grosseur normale, sans souffle. Si le valvule aortique devient insuffisante, dû à l'hypertension, il se développe un souffle diastolique. Sur toute l'étendue de la circulation collatérale, il est

possible d'entendre des souffles et de sentir des thrills. Ceci est un effet mécanique du grand développement de la circulation collatérale. L'examen radiologique peut révéler une aorte ascendante fortement pulsatile et une presque disparition de l'aorte descendante, avec une fenêtre aortique très claire.

L'érosion costale est très caractéristique, mais rarement vue avant 12 ou 14 ans.

Le cathétérisme cardiaque n'est pas indiqué dans cette condition; toutefois, la visualisation de la sténose est possible, soit par la technique d'angiocardiographie, surtout chez les enfants, ou encore par aortographie, i.e. par l'injection de diodrast à 70% directement dans l'aorte ou encore dans une de ses branches par cathétérisme rétrograde. L'électrocardiogramme montre habituellement une déviation gauche.

Le traitement est chirurgical. L'on estime que de ceux qui ne sont pas opérés, 75% meurent avant 40 ans, soit d'accidents cérébraux, de rupture de l'aorte, d'asystolie ou d'endocardite bactérienne.

Il revient à notre maître Crafoord d'avoir, à l'hôpital Sabbatsbergs de Stockholm, pratiqué pour la première fois au monde, en 1945, la résection du segment rétréci et l'anastomose des bouts restants.

Cette opération demeure encore la seule pleinement satisfaisante. Immédiatement, dans la plupart des cas, après l'exécution de l'anastomose, la tension artérielle tombe dans les membres supérieurs et s'élève dans les membres inférieurs.

Il est possible aujourd'hui, grâce à Gross de Boston, de remplacer un segment d'aorte par une greffe humaine conservée dans une solution salée balancée. Ceci permet d'opérer des cas de constriction très longue qui autrement n'auraient pu bénéficier de la chirurgie.

c) *L'arc aortique double*

Cette condition n'est pas très fréquente. Il s'agit de la persistance des deux 4ième arcs embryonnaires. La trachée et l'œsophage se trouvent comprimés entre deux crosses aortiques; il en résulte de la dysphagie et une gêne respiratoire. On doit penser à ce diagnostic chez l'enfant qui a de la difficulté à déglutir et qui fait des infections respiratoires répétées. Une visualisation de l'œsophage au barium révèlera une encoche double typique à l'œsophage, au niveau de la crosse aortique. Souvent cet arc est causé par une sous-clavière droite à trajet anormal, mais les symptômes sont beaucoup moins fréquents.

d) *La sténose pulmonaire pure*

Dans cette condition il n'y a pas de sténose. Quoique la quantité de sang passant aux poumons soit insuffisante, il n'y a pas de shunt de droite à gauche, il existe à gauche un souffle systolique marqué, l'axe électrique est dévié vers la droite, les champs pulmonaires sont trop clairs. Le signe le plus marqué est la dyspnée. Le cathétérisme révèle une grande différence de pression entre l'artère pulmonaire et le ventricule droit. Il n'est pas nécessaire de pratiquer l'angiocardiogramme; si on le fait, il sera possible de mettre la sténose en évidence, ainsi que la dilatation post-sténotique. C'est l'indication idéale pour la valvulotomie pulmonaire en passant par le ventricule droit.

2° Non opérables

a) *Le défaut interauriculaire*

Ce défaut peut siéger dans le haut ou dans le bas du septum. Il n'y a pas de cyanose; les infections respiratoires sont fréquentes et il existe une susceptibilité à la fièvre rhumatismale. Il existe un souffle systolique à la base. L'axe électrique est souvent dévié vers la droite. Radiologiquement, l'oreillette et le ventricule droits sont augmentés de volume. Le cathétérisme peut démontrer une pression augmentée dans l'oreillette droite avec une élévation du contenu d'O_2. Le cathéter peut même franchir le défaut et passer à gauche. L'angiocardiogramme pourra ou montrer une visualisation simultanée des deux oreillettes, ou une réopacification de l'oreillette droite venant

de l'oreillette gauche. Quelques procédés chirurgicaux ont été tentés dans cette malformation, mais aucun n'est encore accepté généralement.

b) *Le défaut interventriculaire* (Maladie de Roger)

Le site de ce défaut aussi est variable.

Il n'y a pas de cyanose; il y a un gros souffle systolique à la base. Il n'y a pas d'hippocratisme et le développement physique est normal. Le cœur est habituellement de grosseur normale. Souvent le malade est absolument sans symptômes. Le cathétérisme révèle une pression élevée dans le ventricule droit ainsi qu'un contenu d'O_2 au-dessus de la normale. L'électrocardiogramme est habituellement normal.

L'angiocardiogramme révèlera une visualisation trop hâtive du ventricule gauche. Il n'existe pas de traitement chirurgical bien établi non plus. Il serait bon d'en trouver puisque ces malades sont plus susceptibles aux attaques d'endocardite bactérienne. En attendant, il n'est même pas nécessaire de limiter l'activité des gens porteurs de cette lésion.

c) *Le syndrome de Lutembacher*

Il consiste en un défaut interauriculaire combiné à une sténose mitrale congénitale ou acquise et une dilatation énorme de l'artère pulmonaire.

Cette malformation est plus fréquente chez la femme. Au début, il n'y a qu'un symptôme, et c'est le souffle systolique de la base. Après quelques mois, l'enfant développe une arrythmie cardiaque, surtout une tachycardie paroxystique. Le gain de poids est très lent. Les infections respiratoires sont fréquentes. A mesure qu'avancent les années, que la tension artérielle monte et que se surajoute l'infection rhumatismale, un syndrome clinique caractéristique se développe. Le cœur augmente de volume; le cœur droit reçoit plus de sang, dû au shunt de gauche à droite. Le développement physique de l'individu est pauvre. Il y a tellement de sang versé de gauche à droite qu'on dirait que tout ce qui dépend de la circulation générale est affamé.

L'hypertrophie du cœur droit apporte une malformation thoracique gauche; il existe souvent du tirage sus-sternal. La tension artérielle est basse et la différentielle peu marquée. Si pour une raison le shunt est renversé, il y aura alors cyanose intense passagère. Quand la sténose mitrale est établie, il existe alors un souffle diastolique.

Radiologiquement, nous constatons une hypertension droite avec un conus pulmonaire proéminent et une dilatation de l'artère pulmonaire. Il existe une vraie danse hilaire. L'axe électrique est dévié vers la droite. La durée de la vie est en moyenne 40 ans.

Il n'existe pas encore de traitement chirurgical.

d) *La maladie d'Ebstein*

Elle consiste en un déplocement congénital de la valvule tricuspidienne vers le bas. Donc, celle-ci au lieu de siéger entre l'oreillette et le ventricule, est basse dans le ventricule droit. Il résulte de ceci que la partie supérieure du ventricule droit vient à faire partie de l'oreillette droite. Il n'y a pas de cyanose ni hippocratisme. La plupart du temps la condition est sans symptômes.

L'examen du cœur n'est pas révélateur. Il existe souvent une tachycardie paroxystique de longue durée. La mort subite est fréquente. La radiologie apporte peu de précisions au diagnostic. L'axe électrique est dévié vers la gauche.

Il n'y a pas de traitement chirurgical de cette lésion.

e) *La sténose aortique et sub-aortique*

Nous aimerions bien classer cette malformation dans les lésions opérables; c'est peut-être encore un peu prématuré. Expérimentalement, l'opération est un succès. On ne peut pas en dire tout à fait autant en clinique.

Lorsque cette lésion est trouvée il n'est pas

toujours facile de dire si elle est congénitale ou acquise.

La sténose sub-aortique, qui consiste en la persistance d'une bande fibreuse immédiatement au-dessous de la valvule aortique, est toujours congénitale.

Les symptômes sont habituellement peu marqués. Ils varieront avec le degré de la sténose. On peut avoir des attaques de perte de connaissance par anoxémie cérébrale.

Le développement physique est normal. Il n'y a ni cyanose ni hippocratisme. La pression différentielle est peu marquée. Le cœur gauche est un peu hypertrophié et son axe électrique dévié à gauche. Un thrill et un souffle systolique à l'ère aortique sont marqués. Si se surajoute une insuffisance, il y aura souffle diastolique en plus.

Radiologiquement, il n'y a rien de bien typique, ventricule gauche un peu hypertrophié, aorte moins grsose et moins pulsatile que normalement. La plupart des malades meurent d'endocardite bactérienne.

Le traitement vers lequel on vise à l'heure actuelle est la valvulotomie aortique et pour ce faire on a emprunté deux voies: la voie transthoracique et transaortique, et la voie du cou en passant par la carotide gauche. Une petite incision est pratiquée dans cette artère et un valvulotome descendu jusqu'à la crosse, puis jusqu'aux valvules qui sont incisées. Il est souhaitable de ne pas causer de régurgitation.

Ce travail est forcément incomplet. Nous avons voulu simplement vous dire quelques mots au sujet de quelques-unes des malformations cardiaques et vasculaires. Toute notre pensée pourrait se résumer ainsi: « La chirurgie a franchi bien des barrières et vaincu bien des obstacles. Aujourd'hui, elle est le traitement de choix de plusieurs affections cardiaques et vasculaires. La difficulté n'est plus chez elle, mais elle est dans la précision du diagnostic. Tout enfant porteur d'un souffle cardiaque ou de quelques symptômes d'affection cardiaque ou vasculaire devrait être référé à un centre de cardio-diagnostic, pour établir son état, préciser son diagnostic, classifier sa malformation, et, s'il y a lieu, lui offrir le traitement chirurgical approprié. Nous n'avons plus le droit de garder ces gens invalides pendant des années sur un simple diagnostic présomptif, si, bien entendu, nous sommes intéressés à rendre service à nos malades. »

ASPECT DE LA PATHOLOGIE DES CAPILLAIRES ET DES LYMPHATIQUES DES MEMBRES [1]

Jacques TURCOT, F.R.C.S. (C) (Québec).

Claude Bernard déclarait, il y a près d'un siècle: « La fixité du milieu intérieur est la condition de la vie libre, indépendante. Le mécanisme qui la permet est celui qui assure dans le milieu intérieur le maintient de toutes les conditions nécessaires à la vie des éléments ».

Cette constance du milieu intérieur, dite « homéostasie » est rendue possible parce qu'il existe des moyens d'échanges entre les liquides organiques et l'extérieur. A tout moment, des déchets, des surplus doivent être rejetés et des déficits sont à éviter par l'apport de matériaux nouveaux. Le mouvement perpétuel dans les liquides organiques se fait par le jeu de la circulation. Les liquides circulants sont peu abondants en face de la masse liquidienne organique; le tableau de Gamble (1) le démontre clairement. Cette infime proportion du contenu vasculaire démontre en même temps l'importance de toute perte réelle ou effective des fluides circulants, qui doivent venir au cours de la circulation, en contact avec les liquides tissulaires afin que les échanges puissent se faire. Ce contact intime a lieu au niveau du lit capillaire.

Donc, de tout le système de canalisation qui assure le cheminement du sang à travers l'organisme, le segment microscopique capillaire est le plus important puisque c'est à ce niveau qu'à lieu la fonction même pour laquelle il existe.

Les vaisseaux macroscopiques, artères, veines et le cœur n'existent donc que pour assurer cette fonction d'échange. Il paraît donc extrêmement utile de savoir l'anatomie exacte et la physiologie du lit capillaire. De telles notions montreront comment se font les échanges et expliqueront certaines perturbations pathologiques.

Jusqu'à ces dernières années, l'on confondait dans un tout anonyme tous les vaisseaux infra-oculaires sous le nom vague de « capillaires ».

L'objet de ce travail est de mettre en lumière quelques aspects de la pathologie des capillaires et des lymphatiques, en faisant une étude basée sur l'anatomie et la physiologie de ces vaisseaux.

I — LES CAPILLAIRES

Anatomie

Depuis les travaux de Clark (2), de Chambers (3) et Zweifach (4), il n'est plus possible de désigner sous le nom générique de « capillaires » tous les vaisseaux sanguins visibles seulement à l'objectif du microscope.

Entre l'artériole et la veinule existe toute une échelle de petite canalisations à structure anatomique différente et ayant chacune leur fonction propre.

La musculature plus ou moins abondante ou absente déterminera la fonction de chacun des segments de cette canalisation microscopique.

Avec Chambers et Zweifach l'ont peut décrire ainsi la structure du réseau capillaire, de type nutritif.

1. Un vaisseau principal allant de l'artériole à la veinule. C'est le canal principal ou encore c'est la métartériole. L'extrémité proximale est musculaire. Graduellement, la musculature diminue; puis devient discontinue et enfin disparait. L'extrémité distale du canal principal n'est plus musculaire, mais n'est formée que par un endothélium soutenu par une gaine de tissu collagène qui forme la basale.

2. De la métartériole naissent de fins vaisseaux qui sont les capillaires vrais, non mus-

1. Travail du Service de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Québec et du Département d'Anatomie de l'Université Laval, présenté au Congrès des Médecins de Langue Française du Canada, Québec. 26 septembre 1952.

culaires, constitués seulement d'un endothélium vasculaire soutenu par une gaine collagène. Ces capillaires s'anastomosent entre eux et reviennent se jeter à l'extrémité veineuse du canal principal.

3. Au niveau de l'ouverture de ces capillaires vrais, à l'extrémité proximale de la métartériole, existent des sphincters musculaires, dits « sphincters pré-capillaires ». Tandis qu'à leur terminaison veineuse, il n'existe aucune musculature.

4. Finalement, l'on peut trouver dans le lit capillaire de fines anastomoses artério-veineuses unissant directement l'artériole à la veinule.

5. Le ciment intercellulaire est une substance qui accole les cellules endothéliales les unes aux autres et ne laisse entre elles que de fins pertuis qu'on appelle les pores.

Physiologie

A l'état normal, les tuniques musculaires possèdent un certain tonus et sont plutôt en état de contraction. Le flot sanguin passa rapidement dans le canal principal et gagne son extrémité distale ou veineuse pour arriver finalement à la veinule. Les sphincters pré-capillaires étant fermés, il n'y a pas ou peu de circulation dans les capillaires vrais.

Le courant axial rapide de la métartériole à son extrémité veineuse, là où débouchent les capillaires vrais, exerce sur ces derniers une aspiration qui favorise le vidage de tout le champ des capillaires non musculaires.

Puis survient un relâchement de la tonicité musculaire de la métartériole et des sphincters pré-capillaires. Le sang envahit rapidement tous les capillaires secondaires et crée l'hyperhémie tissulaire.

Les contractions et dilatations du lit capillaire se font d'une façon intermittente selon une fréquence plus ou moins rythmée allant de 30 secondes à 3 minutes. Le rythme de cette vaso-motricité semble réépondre aux besoins tissulaires.

Cependant, une agression, un stress général marqué donnera une réponse différente.

Dans une 1ère phase, il y a une vaso-motricité intense dans le sens de la contraction avec ischémie périphérique et passage rapide du sang vers le système veineux. Il semble y avoir une diminution de nutrition tissulaire périphérique en faveur des tissus nobles centraux.

Après un certain temps, cependant, si l'agression a été intense, le lit capillaire perd peu à peu son tonus et il y a relâchement des sphincters pré-capillaires avec envahissement de tous les capillaires vrais. Cette hyperhémie aboutit rapidement à une stase complète, favorisée d'ailleurs par l'augmentation du volume sanguin veineux, crée par le débit artério-veineux abondant de la 1ère phase. C'est ainsi qu'à un moment donné, il y a reflux sanguin dans les capillaires vrais par l'extrémité veineuse de la métartériole.

Nous sommes alors en face de l'état de choc irréversible.

Pourtant l'irréversibilité de cette stase capillaire n'est pas due à une déficience périphérique. En effet, Shorr (5) a démontré expérimentalement l'existence de substances vaso-pressive et vaso-dépressive, qui sont les régulatrices de la vaso-motricité capillaire. La substance vaso-pressive qu'il a appelé VEM *(Vaso-Excitor Material)* est produite au niveau du rein à la faveur d'une légère anoxie.

Au contraire, la substance vaso-dépressive appelée VDM *(Vaso-Depressor Material)* est produite par les muscles et détruits par le foie. Or, il arrive qu'une anoxie marquée au niveau du foie, renverse le rôle de ce viscère et il se met à fabriquer le VDM et cesse de le détruire. C'st à ce moment que l'état de choc devient irréversible.

On comprend alors pourquoi, chez l'animal expérimental, la viviperfusion (6) portale est plus efficace que la jugulaire pour prévenir la mort d'animaux soumis à des chocs; c'est que l'apport d'oxygène directement au foie, empêche la production de la substance vaso-dépressive.

Les recherches semblent prouver que ces substances sont des éléments de systèmes enzymatiques spéciaux.

Quittons pour un moment l'étude de la vaso-motricité pour considérer le mouvement liquidien qui a lieu au niveau du lit capillaire.

Les espaces inter-endothéliaux comblés par un ciment spécial, sont quand même perméables. Les pertuis appelés pores (7) sont de diamètre allant de 6 à 20 unités Angstron et même quelques unes jusqu'à 38 unités Angtron. A travers ces pores se fait normalement un mouvement liquidien sur toute la longueur de la métartériole et des capillaires vrais.

Dans le torrent circulatoire, il y a des éléments qui ne pouront passer à travers de si fins pertuis à l'état normal. Il en est ainsi pour les globules rouges et blancs, et aussi pour la plupart des protéines à grosses molécules comme les globulines et les albumines. Les cristalloïdes diffuseront librement. Les échanges à travers la paroi capillaire seront donc régis par deux facteurs principaux.

a) La pression hydrostatique intra-vasculaire.

b) La pression osmotique des colloïdes ou pression oncotique, selon la loi de Starling (8).

La pression hydrostatique aura tendance à pousser les liquides vers les espaces extra-vasculaires; tandis que la pression oncotique créera un appel d'eau vers la lumière capillaire.

Si l'on étudie ces deux facteurs aux deux extrémités de la métartériole par exemple, il deviendra facile de comprendre leur jeu.

A l'extrémité proximale, la pression hydrostatique est élevée de l'ordre de 30 mm. Hg. Cette pression doit vaincre en premier lieu la pression hydrostatique tissulaire évaluée à 8 mm Hg.; et en second lieu, la résultante des pressions osmotiques et oncotiques s'exerçant des deux côtés de la paroi capillaire. Cette résultante est une pression oncotique de 15 mm Hg. Il y a donc une prédominance des pressions intra-vasculaires qui pousse l'eau et les substances diffusibles vers les espaces lacunaires de Achard ou espaces interstitiels extra-cellulaires.

Mais cette perte d'électrolytes et d'eau fait immédiatement baisser la pression hydrostatique vers l'extrémité veineuse des capillaires; tandis que la pression oncotique se maintient plus stable parce que la paroi capillaire est pratiquement imperméable vis-à-vis les protéines. La pression oncotique devient alors supérieure à la pression hydrostatique et crée un appel liquidien vers la lumière vasculaire. Ce renversement du mouvement des fluides permet la complétion du cycle des échanges et le maintien de la masse sanguine.

Bien d'autres facteurs influencent la régulation du métabolisme de l'eau et des sels, mais leur étude dépasse le cadre de ce travail.

Physiopathologie

Devant la complexité de l'anatomie et de la physiologie du lit capillaire, il est facile d'imaginer que bien des perturbations pathologiques pourront en dérégler le fonctionnement.

1. Nous avons vu plus haut les modifications de la vaso-motricité qui surviennent à la suite d'une agression (infection, traumatisme... etc.) Il semble donc que le syndrome « choc » relève surtout de la perte de la propriété motrice du lit capillaire. Il existe cependant d'autres atteintes à l'intégrité capillaire qui se produisent également à la suite d'une agression.

2. Ainsi, la perméabilité des capillaires est augmentée de telle façon que les protéines pourront diffuser vers les espaces interstitiels. Aussitôt, la pression oncotique baisse rapidement avec la conséquence que le mouvement liquidien de retour vers la lumière vasculaire diminue. Le tout, conduit à la faillite de la circulation périphérique. L'augmentation de la perméabilité capillaire s'explique par la désintégration du ciment intercellulaire. Les pores voient alors leur diamètre augmenter considérablement et ne peuvent pas s'opposer à la diffusion des substances à grosses molécules.

3. De plus, la paroi capillaire constituée d'un simple endothélium et d'un support collagène

peut facilement perdre sa solidité. Il y aura alors fragilité capillaire. Cliniquement ce caractère pathologique peut-être apprécié par les tests d'augmentation de pressions capillaires, tests réalisés (9) par des compressions ou des aspirations à la face antérieure de l'avant-bras. Il se produit un nombre considérable de pétéchies, s'il y a fragilité capillaire. C'est surtout le support collagène qui est en cause dans ces cas.

En effet, la substance fondamentale (10) constituée de glyco-protéines à l'état de polymérisation maintient la fermeté du tissu conjonctif. Mais sous certaines influences hormonales, à la suite d'une agression par exemple, il y a sécrétion d'enzymes dépolymérisants (type hyaluronidase) qui modifient la substance fondamentale et la transforment en constituants nouveaux: substance hyaline, fibrinoïde et amyloïde. Il y a en somme: diminution de la viscosité de la substance fondamentale, donc perte de solidité.

Ces modifications de structure des parois capillaires, augmentation de la perméabilité et de la fragilité peuvent facilement co-exister; et aussi s'associer avec des troubles de la vaso-motricité. Ces associations ne font que rendre les problèmes plus complexes.

Quels sont les syndromes ou entités pathologiques ou se rencontrent surtout les modifications des capillaires?

Un bref résumé seulement en sera donné.

1. — L'inflammation est un processus de défense dans lequel on trouve une augmentation de la perméabilité capillaire. La « leucotoxie » de Menkin (11) serait dans ce cas la substance produisant l'augmentation de la perméabilité.

2. — L'allergie montre une augmentation brusque de la perméabilité capillaire le plus souvent localisée à certaines régions. La papule urticarienne en est le type classique. L'agent déclanchant la perméabilité capillaire dans ce cas-ci est l'histamine.

3. — Les traumatismes, les infections, les intoxications, les brûlures et toutes les agressions aiguës ou stress intenses sont susceptibles de produire le syndrome « choc »; dans lequel on trouve combiné une augmentation de la perméabilité capillaire et une perte de la vaso-motricité tel qu'exposé dans l'étude de la physiologie du lit capillaire.

De plus, certaines infections ou intoxications et maladies dégénératives donneront surtout une atteinte de la solidité du capillaire et se manifesteront par des hémorragies minimes, des pétéchies, des purpuras. Il semble que dans ces cas, certaines cellules ou agents microbiens ont produit des enzymes dépolymérisants qui sont venues dégrader la substance fondamentale de la gaine collagène soutenant l'endothélium vasculaire et ainsi cet endothélium se rupture-t-il facilement.

4. — Les engelures (12) produisent surtout une très grande augmentation de la perméabilité capillaire avec perte complète du plasma et conséquemment engorgement des capillaires par les éléments figurés du sang; et finalement arrêt de toute circulation capillaire dans les tissus gelés. Il s'ensuit une nécrobiose des tissus par faute d'irrigation.

Les mécanismes de production des lésions capillaires sont donc variés et en bien des cas, non encore bien expliquée. Les connaissances acquises au cours des dernières années, exposées ici, constituent des jalons qui permettent peu à peu de transformer une thérapeutique empirique en des traitements rationnels.

L'on sait maintenant que la leucotoxine, la chaleur, l'histamine, l'acidité, la diminution du calcium et certaines avitaminoses (C et P) sont des facteurs qui ont tendance a augmenter la perméabilité capillaire; tandis qu'au contraire les anti-histaminiques, les gluco-corticoïdes (cortisone), le calcium, l'alcalinité, le froid modéré, certaines vitamines (C et P) diminuent la perméabilité capillaire. En effet:

1. — Les anti-histaminiques et l'adrénaline s'opposent aux œdèmes allergiques et préviennent l'augmentation de la perméabilité capillaire provoquée par l'histamine.

2. — Les gluco-corticoïdes (13) qui sont anti-phlogistiques sont très efficaces pour prévenir l'augmentation de la perméabilité capil-

laire, surtout après les grands traumatismes, les brûlures.

3. — Le calcium et le PH élevé, aident à maintenir l'intégrité capillaire en préservant le ciment intercellulaire.

4. — Les flavonoïdes (15, 16, 17) parfois appelés vitamine « P » ou vitamine « perméabilité » ont une action certaine pour prévenir l'augmentation de la perméabilité produite par la leucotoxine et par les radiations. La rutine est de ce groupe.

5. — L'oxygène employé dans les déficiences circulatoires entrainant de l'anoxie, préviendra la formation de la substance vaso-dépressive au niveau du foie. En effet, sa production par le foie n'a lieu qu'en présence d'une anoxie importante.

Il existe donc des moyens efficaces de lutter contre les diverses modifications pathologiques des capillaires. Il est dès lors nécessaire de pousser les diagnostics non seulement à l'échelle clinique; mais aussi à l'échelle microscopique et biochimique parce que c'est à ce niveau que se trouvent les vraies réponses thérapeutiques capillaires.

II — LES LYMPHATIQUES

Anatomie

Les vaisseaux lymphatiques naissent dans les espaces interstitiels par une extrémité borgne. La paroi (18) de ces vaisseaux n'est alors constituée que par un simple endothélium. Les capillaires lymphatiques se collectent ensuite dans des vaisseaux réticulaires qui vont se déverser dans les ganglions lymphatiques par les canaux afférents. Des ganglions, les canaux se groupent pour constituer un canal unique; le canal thoracique qui draine toute la lymphe du corps, sauf celle du membre supérieur droit et du côté droit de la tête et du cou qui se déverse dans la grande veine lymphatique. Le canal thoracique s'abouche dans la sous-clavière gauche. Il est a noter que les lymphatiques sont munis de valvules qui empêchent un flot rétrograde.

Physiologie

La circulation lymphatique complète le système circulatoire sanguin en ramenant à ce dernier les liquides interstitiels qui n'ont pas pu y retourner immédiatement. La lymphe circulant dans les lymphatiques est un ultra-filtrat (19) du plasma sanguin. Il ne contient que peu de protéines à l'état normal, si ce n'est, au niveau des lymphatiques du foie. La lymphe en effet ne charie que les protéines qui ont pu quitter les capillaires sanguins, celles à petites molécules.

Le flot lymphatique (20) est dépendant du flot capillaire. Il augmente s'il y a hyperhémie tissulaire par ouverture des pré-capillaires et vice-versa. La circulation est assurée par les contractions musculaires, les mouvements, et aussi par les vibrations du pouls (21) artériel.

L'augmentation de la perméabilité capillaire se manifeste par une grande augmentation du flot lymphatique et aussi par une modification qualificative: l'apparition d'une lymphe riche en protéines, albumine, globuline, prothrombine... etc.

Physio-pathologie

1. — L'inflammation qui modifie la circulation capillaire sanguine amène des perturbations au niveau des lymphatiques.

Au début, il y a accélération du flot lymphatique. Cependant, les protéines sanguines y apparaissent, dont le fibrinogène. Rapidement se font des dépôts de fibrine et des thromboses (11) qui bloquent les lymphatiques autour du foyer d'inflammation qui devient alors isolé.

Pourtant, l'agent microbien qui provoque l'inflammation peut modifier ce mécanisme d'isolement du foyer inflammatoire. Avec un staphylocoque doré les thromboses se font en 30 minutes; tandis que le streptocoque hémolytique peut retarder les thromboses pendant 48 heures.

On s'explique alors facilement la possibilité de diffusion de ce microbe et de son transport dans les lymphatiques réticulaires et troncu-

laires même jusque dans les ganglions. Il y aura alors lymphangite aiguë et adénite aiguë.

2. — Les plaies traumatiques posent un autre problème.

Ici, des lymphatiques ont été brisés et ont une lumière qui reste béante. En effet, l'extrémité proximale des lymphatiques reste ouverte parce qu'elle ne peut plus recevoir le flot lymphatique inflammatoire qui serait venu la thromboser. Alors, les corps microbiens, les produits toxiques de la plaie, les venins et autres substances à grosses molécules qui ne peuvent entrer dans le capillaire sanguin, pénètrent facilement dans le lymphatique blessé, et sont transportés vers les ganglions et le système veineux.

Les mouvements, les pansements fréquents sont des manipulations qui favorisent cette diffusion néfaste.

Devant l'observation de ces faits, Trueta (22) a préconisé les pansements rares des plaies et l'immobilisation platrée.

3. — *Le cancer*

L'envahissement des tissus par un processus néoplasique ne provoque pas de réaction inflammatoire intense avec thrombose (23) des capillaires lymphatiques. Au contraire, le processus néoplasique progresse plutôt en produisant des enzymes dépolymérisants qui viennent dégrader la substance fondamentale des tissus et des capillaires surtout lymphatiques. C'est ainsi que la cellule cancéreuse est emportée par le courant lymphatique et va coloniser dans les ganglions pour donner les métastases ganglionnaires.

Mais l'étude des métastases cancéreuses dépasse les cadres de ce travail.

*
* *

4. — *Le lymphœdème*

Le lymphœdème est une rétention liquidienne dans les tissus et dans les capillaires lymphatiques par blocage sur la voie de drainage lymphatique principale d'une région surtout périphérique.

Etiologie

Ces blocages peuvent-être de diverses natures.

1. — Il y a des blocages congénitaux d'étiologie obscure.

2. — Il y a des blocages inflammatoires, ce sont les plus fréquents.

3. — Il y a des blocages mécaniques à la suite de traumatismes, d'interventions chirurgicales, de destruction des voies lymphatiques par des processus néoplasiques.

4. — Il existe enfin des blocages de causes inconnues.

Evolution

Plusieurs phases peuvent-être considérées dans l'évolution du lymphoœdème d'après Mowlem (24).

1ère phase: Il y a simplement un œdème. C'est un œdème dur qui ne donne pas en général d'ulcérations cutanées. A ce stage l'œdème cède à la gravité, à l'élévation du membre.

2e phase: L'œdème a augmenté, il devient très marqué, très dur. Il y a un godet évident.

La lymphe accumulée contient 4 à 5% de protéines. Cette lymphe provoque rapidement des dépôts de fibrine et des thromboses dans les capillaires lymphatiques. L'aboutissant est une prolifération fibroblastique et la sclérose. Il se produit alors des modifications des tissus et surtout de la peau. La peau devient lisse, les poils tombent. Il y a parfois lymphorragie importante à la suite de lésions minimes. C'est à ce stage que l'infection des tissus altérés devient très facile et se répète constamment.

3e phase: Il y a sclérose de tous les tissus, il y a kératose de la peau, c'est l'éléphantiasis. Il n'y a plus de godet. L'élévation du membre ne fait plus diminuer l'œdème ou très peu. Les lymphatiques sont dans une gaine de sclérose.

Le traitement médical

Le traitement médical est à conseiller dans la première phase de la maladie alors que le processus n'est pas encore irréversible. Il sera

aussi à conseiller comme préparation à une intervention, ou lorsqu'il y a contre-indication à faire de la chirurgie en raison de circonstances autres que le lymphœdème.

De Takats (25) a bien mis en évidence les principales mesures à prendre pour lutter contre l'œdème lymphatique.

1. — Le drainage du membre par gravité. Cette méthode empêche la progression de la maladie à la 1ère phase.

2. — Les mouvements actifs qui favorisent la circulation et s'opposent à la stase.

3. — La compression du membre pour prévenir les dilatations passives.

4. — La diurèse mercurielle en éliminant le sodium, s'opposera à l'accumulation des liquides extracellulaires.

5. — La sympathectomie aidera la circulation sanguine en éliminant les vaso-spasmes.

6. — Diverses méthodes d'actions directe sur le blocage ganglionnaire ont été tentées. On a essayé de favoriser:

a) L'écoulement de la lymphe à travers les ganglions en essayant de faire diminuer la prolifération fibroblastique par la radiothérapie.

b) En utilisant l'héparine qui préviendrait la coagulation de la lymphe dans les sinus ganglionnaires.

c) La pyréthothérapie a aussi été employée; c'est l'utilisation semble-t-il d'un stress qui agira par l'intermédiaire des gluco-corticoïdes.

Pour notre part, nous nous sommes demandés si les gluco-corticoïdes, la cortisone qui est lympholytique n'agirait pas comme débloquant au niveau des ganglions. Aucun usage à cet effet n'en a été fait par nous cependant.

Mais nous avons eu l'occasion d'utiliser l'hyaluronidase en vue d'effectuer un blocage ganglionnaire. Cet enzyme facteur de diffusion dépolymérise la substance fondamentale et aide à la diffusion à travers les tissus. L'hyalyronidase est employé dans l'hypodermoclyse (26) et aussi en vue d'accélérer l'absorption des injections intra-musculaires ou des substances anesthésiques (27) dans les anesthésies locales ou réginales.

Son usage dans les lymphœdèmes a donc été essayé par nous dans quelques cas. Une diminution de la tension de l'œdème apparaît rapidement et le malade se sent immédiatement soulagé. Cependant, son action semble éphémère et de nouvelles injections sont nécessaires afin de permettre une continuation des effets favorables.

Il ne s'agit donc pas d'un traitement curatif, mais bien d'une autre méthode médicale, adjuvante, qui aide à résoudre les problèmes soulevés par les diverses forme de lymphœdème. Il a été utilisé avec satisfaction dans le lymphœdème post mastectomie radicale et dans le lymphœdème éléphantiasique.

Le traitement chirurgical

Le principe du traitement chirurgical consiste à mettre en communication les lymphatiques superficiels bloqués avec une région voisine à écoulement lymphatique normal.

1. — C'est ainsi que Handley, Lexer, Walther, essaient de faire drainer la lymphe du membre inférieur vers les régions abdominales, le long de corps étrangers perdus dans les tissus.

Handley utilise la soie, Lexer le fascia et Walther le caoutchouc.

2. — Lanz essaie de faire communiquer les lymphatiques superficiels avec la moelle osseuse en trépanant l'os à 3 endroits.

Mais l'effort le plus important nous vient de Kondoléon qui résèque des lanières aponévrotiques afin de mettre les muscles au contact du tissu cellulaire œdématié.

Sistrunk (28) réalise cette communication en pratiquant une lymphadénectomie radicale avec aponévrectomie complète en 2 temps.

La peau vient s'appliquer sur le tissu musculaire. Cette méthode est généralement efficace pour contrôler le lymphœdème. Servelle (29) en France emploie la même méthode avec succès.

4. — Gillies (30) et Fraser réussissent à établir un nouveau pont de drainage lymphatique vers la région axilaire, en utilisant des migra-

tions de longs pédicules cutanés à drainage axillaire vers les régions fémorales. Cette méthode est surtout utile pour contrôler les cas encore à la 1ère phase de leur évolution.

A l'Hôtel-Dieu de Québec de 1945-1952, 6 cas de lymphœdème des membres inférieurs rendus au stage de l'éléphantiasis ont été observés.

Les cas de lymphœdème post-chirurgical, et par invasion néoplasique ne sont pas considérés ici.

De ces 6 malades, toutes du sexe féminin, 3 refusèrent l'opération, les 3 autres ont subi 8 interventions: lymphadénectomie de type Kondoléon-Sistrunk. Les résultats sont satisfaisants.

*
* *

Observation 1.

Une malade du sexe féminin, âgée de 55 ans et pesant 224 lbs, se pérsente à l'Hôtel-Dieu en novembre 1945. Elle souffre de lymphœdème depuis son enfance. Au début, l'élévation du membre favorisant la résorption, mais finalement il s'agit d'un œdème permanent irréductible. Il y a atteinte des deux jambes. Aucune ulcération n'est présenté. L'examen physique est par ailleurs négatif si ce n'est la cicatrice d'une cholécystectomie pour lithiase biliaire en 1945.

La malade subit une lymphadénectomie complète, type Kondoléon Sistrunk, des deux jambes en 3 interventions, au cours des deux années qui suivent. Le résultat est excellent, la malade en est très satisfaite. L'examen histo-pathologique a révélé une sclérose intense des vaisseaux artériels dans les tissus réséqués.

Observation 2.

Il s'agit d'une malade du sexe féminin âgée de 40 ans, obèse pesant 244 lbs. qui se présente à l'Hôtel-Dieu en juin 1948.

Elle a fait des poussées successives d'infections de type érésypèloïde avec haute température. Ses membres sont actuellement rendus à la 3e phase du lymphœdème c'est-à-dire l'éléphantiasis vrai.

L'examen physique est négatif, sauf la présence d'une hypertension essentielle à 220/140. La circonférence de ses membres à la jambe est de 20 pouces à droite et 21,5 pouces à gauche. L'emploi d'hyaluronidase permet de réduire la tension tissulaire et les douleurs. Les membres diminuent de 2 pouces. Une lymphadénectomie complète, type Systrunk, est pratiquée en 4 temps, en un peu moins d'un an. Les tissus enlevés présentent un aspect histologique de sclérose qui atteint les vaisseaux spécialement les artères.

Le résultat est très bon et permet à la malade le port de chaussures, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plus de 15 ans. Elle reste cependant avec son hypertension qui a tendance a devenir grave.

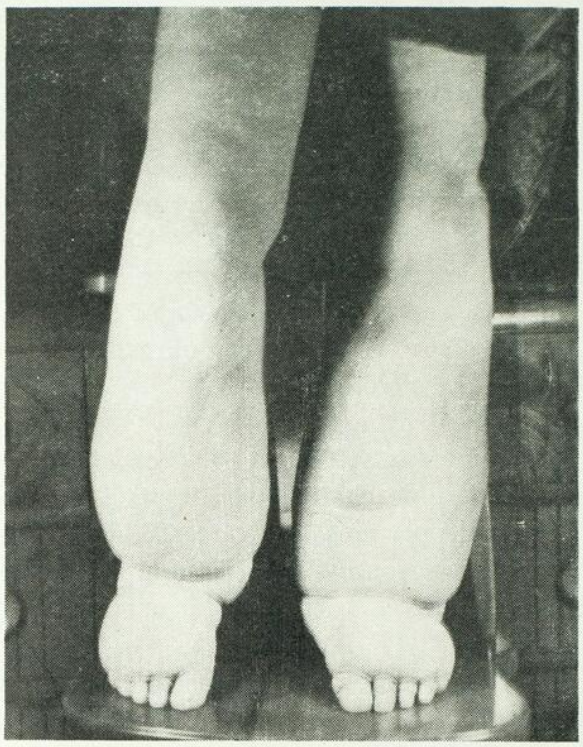
Elle est porteuse d'un lymphœdème marqué des deux membres inférieurs à évolution rapide accompagné de douleurs. Aucune ulcération de la peau. Une lymphadénectomie interne, type Kondoléon-Sistrunk, du côté droit est pratiquée. L'examen histologique ne révèle pas une sclérose encore intense. Cette malade revient en 1950, pour se faire opérer pour lithiase biliaire et cholédocienne. Elle refuse par la suite les autres interventions proposées pour complèter sa lymhphadénectomie.

Observation 3.

La patiente est du sexe féminin, âgée de 34 ans et pesant 135 lbs. Elle est hospitalisée à l'Hôtel-Dieu en 1950. Depuis bientôt 18 ans, elle présente un lymphœdème marqué de ses 2 membres inférieurs.

COMMENTAIRES

Ces 3 malades ont été grandement améliorées par le traitement chirurgical. A noter, chez 2 malades la coexistence de lithiase biliaire avec leur lymphœdème, et d'une hypertension chez la troisième. Dans 2 cas, il y avait à l'examen microscopique des tissus excisés, une sclérose artérielle marquée.



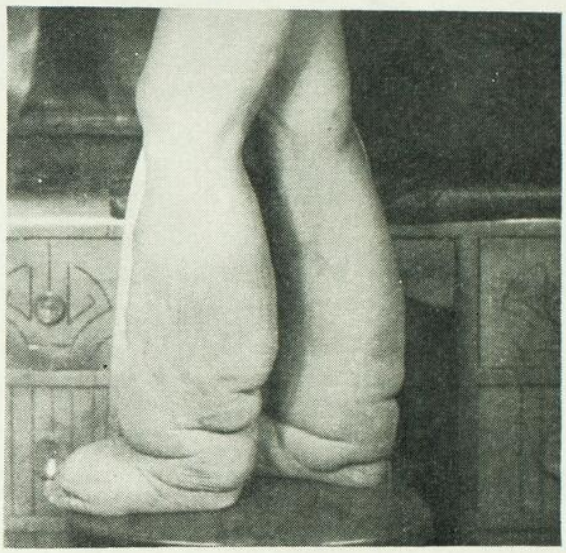
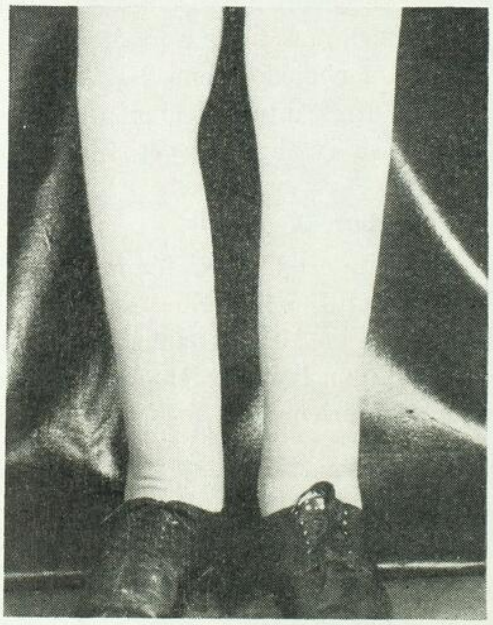


Fig. 1 et 2. — Lymphœdème éléphantiasique des jambes et des pieds.



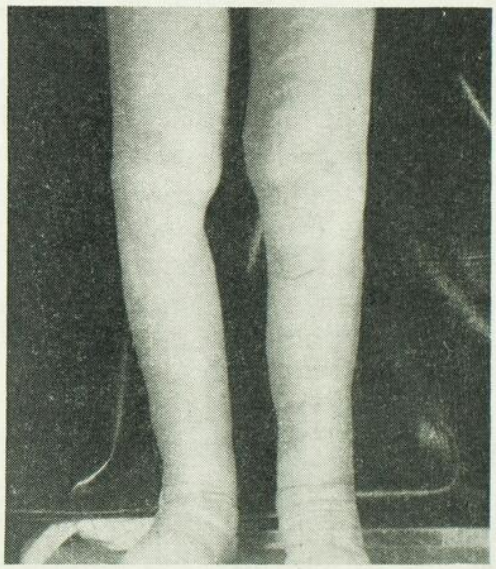


Fig. 3 et 4. — Même maladie, après le traitement chirurgical.

Résumé

1. — Une étude anatomique, physiologique et physio-pathologique des capillaires.

2. — Généralités sur la pathologie des lymphatiques et présentation des cas de lymphœdèmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. J. L. GAMBLE: « Chemical Anatomy, Physiology and Pathology of Extra-Cellular fluid. » 1942.

2. R. Clark ELIOT et Eleanor LINTON CLARK: « Microscopic Observation on the Growth of Blood Capillaries in the Living Mammal. » *American Journal of Anatomy,* **64**: 251, 1939.

3. R. CHAMBERS et B. W. ZWEIFACH: « Topography and Function of Mesenteric Capillary Circulation. » *Am. J. Anat.,* **75**: 173, (Sept.) 1944.

4. R. CHAMBERS et B. W. ZWEIFACH: « Functional Activity of Blood Capillary Bed with Special Reference to Visceral Tissue. » *Ann. New York Acad. Sc.,* **46**: 683, (sept.) 1946.

5. E. SHOOR, B. W. ZWEIFACH et R. F. FURCHGOTT: « On Occurence, site and Modes of Origin and Destruction of Principles Affecting Compensatory Vascular Mechanism in Experimental Shock. » *Science,* **102**: 489, (nov.) 1945.

6. H. A. FRANK, A. M. SELIGMAN et J. FINE: *J. Clin. Investigation,* **25**: 22, 1946.

7. Eugene M. LANDIS: « Capillary Permeability and the Factors Effecting the Composition of Capillary Filtrate. » *New York Academy of Sciences,* **46**: 713, 1946.

8. E. H. STARLING: *Physiol. J.,* **19**: 312, 1896.

9. G. F. GOTHLIN: « Outline of a Method for the Determination of the Strenght of the Skin Capillaries and the Indirect Estimation of the Individual Vitamin C Standard. » *J. Lab. and Clin. Med.,* **18**: 484, 1933.

10. J. DE BRUX: « Constitution Histochimique de la Substance Fondamentale et Maladies « dites du Collagène. » *La Presse Médicale,* **59**: 627, 1951.

11. V. MENKIN: « The Signification of Lymphatic Blockade in Immunity. » *Annals New York Ac. of Sciences,* **46**: 789, 1946.

12. Ramon QUINTANILLA, Frank H. KRUSEN et Hiran E. Essex: « Studies on Frost-Bite with Special Reference to Treatment and the Effect on Minute Blood Vessels. » *Am. J. of Physiol.,* **149**: 149, 1947.

13. H. SELYE: Stress Acta: 1950.

14. R. CHAMBERS et B. W. ZWEIFACH: « Intercellular Cement and Capillary Permeability. » *Physiol. Rev.,* **27**: 436, 1947.

15. H. SCARBOROUGH: « Deficiency of Vitamin C and P. and Man. » *Lancet,* **2**: 644, 1940.

16. B. SOKOLOFF, James B. REDD, Raymond DUTCHES: « Capillary Fragility and Vitamin P Protective Action Against Radiation. » *Proc. of the Society for Exper. Biol. and Med.,* **75**: 6, 1950.

17. Maurice BRUGER: « Capillary Fragility in Hypertension. » *M. Clin. North America,* **33**: 675, 1949.

18. P.D. McMASTER: *Am. Rev. Physiol.,* **5**: 207, 1943.

19. J. D. ROBERTSON et P. C. WILLIAM: *J. Physiol.,* **95**: 139-147, 1949.

20. J. D. McCARREL: *Am. J. Physiol.,* **128**: 349-354, 1940.

21. R. D. CREEMAN et A. BLALOCK: *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.,* **41**: 140-144, 1939.

22. J. TRUETA et J. M. BORNES: *Brit. Med. J.,* **11**: 46-48, 1940.

23. J. H. GRAY: *The Brit. J. of Surgery,* **26**: 462, 1939.

24. R. NOWLEM: *Brit. J. of Surgery,* **1**: 48, 1948-49.

25. G. DE TAKATS: *Angiology,* **1**: 73, 1950.

26. J. SCHWARTZMAN, A. T. HENDERSON et W. E. KING: « Hyaluronidase in Fluid Administration. » *J. of Pedait.,* **33**: 267, 1948.

27. C. K. KERBY, J. E. ECKENHOFF et J. P. LOOBY: « Hyaluronidase in Anesthesia. » *J.A. M.A.,* **140**: 7, 1949.

28. W. E. SISTRUNK: *J.A.M.A.,* **71**: 808, 1918.

29. M. SERVELLE: « Lymphographie Clinique et Expérimentale. » *J. de Radiologie et d'Electro.,* **26**: 165-169, 1944-45.

30. H. D. GELLIES et F. FRASER: *Brit. Med. J.,* **1**: 96, 1935.

Nous tenons à exprimer nos remerciements aux Maisons Wyeth et Rougier Frères qui ont mis à notre disposition l'hyaluronidase employée.

LES TROUBLES DE LA CIRCULATION VEINEUSE SUPERFICIELLE ET PROFONDE DES MEMBRES

Diagnostic et traitement

Georges-E. CARTIER,
Service de Chirurgie, Section des maladies de l'appareil circulatoire, Hôtel-Dieu (Montréal).

I diagnostic

— 1 —

Il existe des varices congénitales; c'est très rare.

— 2 —

Le plus souvent, il s'agit d'une hérédité de terrain: d'une prédisposition, d'une tendance aux varices qui s'extériorisent à la faveur de la rencontre de deux facteurs. Ou bien la structure intime de la veine est saine et les dérèglements endocriniens particuliers agissent sur elle par modifications humorales quantitatives (volume sanguin accru par exemple) et qualitatives.

Ou bien c'est la veine même qui est congénitalement faible mais pas assez pour que cela paraisse avant bien des années. Il manque alors des valvules importantes ou c'est une faiblesse de la paroi, une sorte de défaut de fabrication qui se manifestera sous forme de varices seulement le jour où d'autres facteurs normaux entreront en jeu. Ou bien alors ce seront les modifications humorales ordinaires des menstruations ou de la grossesse, ou bien le genre de profession, en fournissant à la pression hydrostatique l'occasion d'agir plus longtemps ou plus violemment que chez d'autres, finira par écarter définitivement des valvules suffisantes.

— 3 —

Dans le cas des varicules qui accompagnent si volontiers l'accroissement du tissu cellulo-adipeux sous-cutané ainsi qu'il arrive chez les jeunes filles vers la puberté et la vingtaine ou chez la femme à la ménopause, il intervient aussi un mécanisme endocrinien qui semble exiger, en plus, la participation des centres végétatifs hypothalamiques.

Des varicules et des varices peuvent encore survenir à la suite d'un traumatisme, probablement par formation d'une circulation collatérale compensatrice, peut-être aussi consécutivement à une thrombose profonde passée inaperçue lors de l'accident ou encore par destruction valvulaire.

— 4 —

Après une thrombo-phlébite ilio-fémorale ou fémoro-poplitée il apparaît toujours des varices localisées surtout à la jambe et plus rares que dans le cas des varices pures. Si elles sont nombreuses et occupent aussi la cuisse, elles préexistaient à la phlébite ou alors celle-ci a intéressé l'illiaque primitive ou la veine cave inférieure. De toutes façons, il faut bien préciser la nature post-phlébitique de ces varices ou, s'il y a lieu, dire troubles post-phlébitiques chez un malade préalablement variqueux. Car traitement et pronostic ne sont pas les mêmes dans les deux cas.

— 5 —

Une phlébite isolée de la saphène interne ayant atteint sa crosse laissera cette veine variqueuse.

— 6 —

Les angiomes caverneux, les fistules artério-veineuses s'accompagnent de varices. La chaleur locale, parfois un thrill sous-jacent quelque part, la consistance spongieuse des tissus,

1. Communication au Congrès des Médecins de Langue Française, Québec, 26 septembre 1952.

les plaques angiomateuses rouges ou pourpres y feront penser.

— 7 —

L'œdème chronique de la jambe est rarement un effet imporatnt des varices; par contre, il est toujours une conséquence grave de la phlébite profonde. Il se différencie aisément de l'œdème bilatéral des cardiaques ou des néphritiques. Dans la maladie de Meige-Milroy un seul côté est pris. Il apparaît dès le jeune âge et a un caractère familial héréditaire; le membre est gros, blanc, sans induration ni pigmentation ni ulcère. Le lymphœdème chronique idiopathique apparaît habituellement chez les jeunes filles de 20 ans à peu près; bilatéral, il est intermittent les premiers mois, ensuite, il progresse lentement. Il y a aussi un lymphœdème idiopathique localisé à la jambe et au pied.

— 8 —

Il existe quatre gros œdème du membre inférieur qu'on devrait pouvoir diagnostiquer rapidement. La thrombo-phlébite fémoro-iliaque, ou jambe de lait, avec son enflure rapide en 24 heures, sa douleur constante et son empâtement en regard de la veine fémorale au-dessous du ligament de Poupart, son fébricule et sa légère tachycardie et sa circulation collatérale superficielle qui indique assez exactement le niveau de l'oblitération. La phlébite bleue, dangereuse par sa menace de gangrène à cause du spasme des artères et des artérioles, qui l'accompagne et de la thrombose étendue des veines profondes et superficielles.

L'œdème progressif plus ou moins lent dû au blocage des ganglions inguinaux et pelviens soit par envahissement néoplasique, soit par résection chirurgicale ou fibrose radiothérapique. Enfin l'œdème rouge, chaud, douloureux, brûlant de la cellulite aiguë; il s'accompagne d'un état grippal sévère avec céphalée, état nauséeux et hyperthermie à 39-40° C. (102-104° F.)

— 9 —

L'eczéma n'est pas causé mais grandement favorisé par la stase veineuse. Les soucis, les tracas l'entretiennent volontiers ou peuvent le déclancher.

— 10 —

L'induration des varices provient de la sclérose qui entoure les grosses veines superficielles du dedans de la jambe de préférence; voilà pourquoi elle est verticale, sillonnée de rigoles déterminées par les veines et irrégulièrement échancrée en haut. L'induration post-phlébitique vient surtout de la profondeur. La pression hydrostatique s'est fait sentir d'abord dans les veines profondes de la jambe et dans leurs perforantes; plus tard dans les veines superficielles. De là sa tendance à la forme ovoïde, aux bords réguliers et à l'étranglement du bas de la jambe.

— 11 —

L'ulcère. Il y a l'ulcère variqueux et l'ulcère post-phlébitique, ce dernier beaucoup plus difficile à traiter. Les deux siègent presque toujours en dedans du bas de la jambe, dans la région malléolaire et plus fréquemment à gauche; la peau qui les entoure est atrophiée, luisante et fortement pigmentée en brun. L'ulcère post-phlébitique diffère toutefois de l'autre en ceci que sa base est plus large et surtout plus épaisse; plus profonde aussi. La sclérose sous-jacente peut envahir l'aponévrose et même la dépasser; enfin la couleur de la peau qui l'entoure a un fond de brun auquel sont mêlés des tons de rouge sombre ou de violet foncé.

— 12 —

Il y a d'autres ulcères. L'ulcère spécifique exceptionnel: sur plus de 1 500 malades j'en ai rencontré un cas, il y a un dizaine d'années. L'ulcère de l'érythème induré de Bazin: rare lui aussi; celui du pernio, de l'érythrocyanose sus-malléolaire; il y a l'ulcère de

Martorell à la face antéro-externe des jambes chez les hypertendus. N'oublions pas l'ulcère par artéfact des pithiatiques.

— 13 —

Le genre de douleur, sa localisation, son horaire, ses circonstances d'apparition ou de sédation peuvent aider grandement à orienter ou préciser un diagnostic. Les troubles par surcharge sanguine, c'est-à-dire les troubles de la stase veineuse s'accompagnent de démangeaisons ou picottements, de brûlures, de tension ou d'élancements habituellement escortés de fatigue. Ils sont toujours provoqués ou aggravés par la station debout ou assise, jambes pendantes. Par contre, la position horizontale du membre ou la marche les soulagent invariablement. Les douleurs ischémiques de l'artéritique ont constamment l'allure d'une crampe, d'un serrement, d'un écrasement; elles sont soulagées par l'attitude déclive des jambes et réveillées par une marche parfois très courte. Si le malade éprouve les deux genres de douleurs à la fois et dans des circonstances contraires, c'est que veines et artères sont malades en même temps ou alors il s'exprime inadéquatement, s'analyse mal ou essaie de tromper son entourage et son médecin.

— 14 —

Les crampes nocturnes forment une catégorie à part. Elles réveillent volontiers les variqueux dans la deuxième moitié de leur sommeil et coïncident fréquemment avec la cellulite chronique et l'obésité.

— 15 —

Règle générale, la douleur de l'artérite se fait sentir dans la région interne du pied, dans la profondeur de la cheville ou dans les masses musculaires antérieures de la jambe et plus fréquemment dans celles du mollet. Les douleurs de la stase veineuse: élancements, brûlures, etc. siègent à la jambe, de préférence en bas et en dedans.

— 15A —

J'ai vu deux hommes se plaindre de fatigue et de brûlure aux jambes surtout le printemps et l'automne. Ils portaient tout simplement trop de laine à ces époques-là.

— 16 —

Quand un malade localise ses douleurs en d'autres endroits que ceux désignés plus haut, c'est qu'il existe des troubles associés. Ainsi on a mal dans les cuisses pour les raisons suivantes: sept ou huit jours après une sympathectomie lombaire et pendant parfois plusieurs semaines consécutives il peut survenir de la névralgie dans le territoire des nerfs fémoro-cutané (régions externe et antéro-externe), crural (région antérieure jusqu'à la rotule) et obturateur (face interne de la cuisse et du genou.)

Chez la femme affligée de cellulite chronique, c'est en avant et en dehors des cuisses; parfois aussi à la face externe des jambes, aux bras et à l'abdomen. Le moindre choc, le plus petit pincement leur arrachent un cri et fait un bleu.

Si la douleur prend tout le membre en descendant par en arrière, même si elle n'intéresse que la région externe d'une jambe, rechercher la cause d'une sciatalgie dans une luxation discale, une arthrite vertébrale, un néoplasme de la moelle, voire une ostéite fibrokystique.

La douleur profonde doit faire penser à une affection du fémur.

Au genou, l'arthrite peut causer de la douleur; les paquets adipeux aussi; mais occasionnellement la stase veineuse intra ou périarticulaire peut être à l'origine des malaises.

Ne pas oublier les myalgies possibles chez les magasineuses enragées ou les alpinistes d'occasion. La pression des tendons des muscles adducteurs en haut et en dedans de la cuisse ou l'abduction forcée du membre réveilleront la douleur.

— 16 —

Parfois la douleur est rigoureusement loca-

lisée en un ou des endroits bien déterminés mais les signes extérieurs sont si peu impressionnants qu'on serait tenté de n'y pas croire et de passer outre. Il ne le faut pas. C'est peut-être un myo-neurôme, un glomus, un nodule rhumatismal, un neuro-fibrome ou l'une de ces petites, parfois presque microscopiques, nodosités qu'on appelle vasculite. On examine attentivement, on cherche et, parmi de nombreuses taches rose pâle souvent à peine plus grandes qu'une tête d'épingle et qui ont l'air de rien, on en choisit une qui ressemble aux autres sauf que, peut-être, elle est un tout petit peu plus foncée. En regardant comme il faut, de près, on la voit sillonnée par une fine varicule. On pèse alors exactement dessus et l'on réveille la douleur aiguë, fugace, dont nous entretenait la malade. A 3 mm. plus loin, rien. Qu'est-ce que cela signifie au juste? je l'ignore; mais ce que je sais c'est que ça n'est pas grave.

D'autres fois la malade nous pointe une unique petite varice bleu-pâle ou une touffe de varicules tétangiectasiques qui brûlent atrocement. C'est vraisemblable.

— 17 —

Les troubles de la statique accompagnant ceux des veines doivent être vus et traités s'il y a lieu. Les pieds plats sont très fréquents chez les variqueux. Une jambe peut être plus longue que l'autre. Ne pas laisser passer inaperçus le durillon, l'onyxis.

— 18 —

Il est des cas où, avec les moyens ordinaires, on n'arrive pas à établir un diagnostic correct; c'est alors qu'il faut recourir à la phlébographie. Ainsi, par exemple:

a) dans le cas de grosses varices où l'on soupçonne une insuffisance ou une absence valvulaires congénitales;

b) dans le cas d'un œdème inexpliqué qu'on appelle souvent idiopathique, afin de s'assurer s'il y a eu ou non phlébite profonde passée inaperçue;

c) en face d'une thrombo-phlébite profonde, si l'on désire en évaluer exactement l'étendue ou en préciser le niveau;

d) lorsque, en face de troubles associés, on veut départager la responsabilité des deux maladies v.g.: quand séquelles post-phlébitiques et troubles artériels en évolution coexistent;

e) pour trancher le débat entre deux médecins qui ne s'entendent pas.

— 19 —

Pour bien traiter les troubles de la circulation de retour superficielle et profonde et les ulcères qui les accompagnent, il faut comprendre le rôle et l'importance des valvules sur les veines profondes, à la crosse de la saphène interne et au niveau des veines communicantes.

Outre l'épreuve de Brodie-Trendelenburg qui met en évidence l'insuffisance valvulaire à la crosse de la saphène interne, il en existe d'autres qui visent à dépister le niveau des communicantes insuffisantes. Telles sont: l'épreuve de Perthes modifiée par Oschner et Mahorner (marche avec tourniquet appliqué à différents niveaux de la cuisse); l'épreuve de Ochsner et Mahorner modifiée par J. Belcher (au lieu de la marche, élévation sur la pointe des pieds jusqu'à apparition de douleur).

Ce sont, à mon sens, des épreuves un peu compliquées et ennuyeuses qu'il faut pratiquer quand même parce qu'elles nous forcent à réfléchir sur la physiopathologie des troubles veineux que nous traitons. Cependant, avec l'expérience, on finit par pouvoir s'en passer la plupart du temps.

Surtout pour les élèves je recours au Trendelenburg étagé pourrais-je dire. Je procède comme on le fait pour l'épreuve de Trendelenburg avec garrot et je répète l'expérience en appliquant celui-ci de plus en plus bas sur la cuisse et sur la jambe tant que des veines sous-jacentes se remplissent en moins de dix secondes, ce qui veut dire, en effet, qu'il y a encore une perforante qui laisse refluer le sang de la profondeur vers la superficie. Par-

fois, cela m'est déjà arrivé, il y a des perforantes insuffisantes à tous les étages, jusqu'au bas de la cheville.

Un bon truc expéditif consiste à créer avec les pouces et index des deux mains une sorte de cercle qu'on glisse sur la jambe. A l'endroit où se trouve une perforante insuffisante la varice se gonfle.

— 20 —

Enfin, il faut savoir aussi que les troubles vaso-moteurs périphériques réflexes au niveau des petits vaisseaux peuvent maintenir un état chronique de malnutrition.

II TRAITEMENT

Pour résumer le traitement des troubles de la circulation de retour nous verrons ce qui se fait aujourd'hui et je dirai en passant comment je procède.

Le traitement des varices a fait, ces dernières années, l'objet de publications de plus en plus encourageantes en ce qui concerne ses résultats.

Il est acquis et admis depuis Homans que la clef de voûte du traitement des varices dues à l'insuffisance valvulaire de la crosse de la saphène interne est la résection de celle-ci en incluant toutes les tributaires qui s'y jettent. Il est reconnu aussi, partout, depuis cinq ans au moins, que l'insuffisance valvulaire des perforantes joue un rôle également important dans la formation des varices. On admet aussi qu'il est des cas d'absence congénitale de plusieurs valvules importantes, parfois de presque toutes. On attribue encore depuis plus de trente ans au système endocrinien la responsabilité de déclencher l'apparition des varices. J'ai fait les mêmes constatations.

On sait enfin depuis toujours qu'il existe une tendance aux varices mais que tous ne l'ont pas.

Eh bien! c'est, appuyé sur ces constatations, que s'est bâti le traitement actuel des varices. Il faut empêcher le sang de retomber dans les veines ou l'aider à retourner au cœur. Si l'on pouvait trouver l'hormone ou les hormones réellement causes de l'hypotonie veineuse et surtout si l'on savait la dose exacte à administrer et le moment propice, on peut dire que le problème serait résolu dans les 2/3 ou les 3/4 des cas. Il existe, il est vrai, une infinité de produits anti-varices à formule intelligemment construits; ils ont malheureusement le tort d'être le fruit d'une bonne intention plutôt que d'une scientifique compréhension. D'après mon expérience leur effet est d'abord imaginaire.

La méthode sclérosante a rendu de grands services. On a trop exigé d'elle et les échecs ou accidents qui l'ont accompagnée étaient imputables avant tout à l'incompréhension de la pathologie veineuse, à la maladresse de l'opérateur ou à l'abus du dosage. Bien que violemment battue en brêche aujourd'hui par les partisans du strippage, elle restera toujours l'adjuvante indispensable pour compléter un traitement chirurgical, eût-il été le plus radical possible, pour bloquer une ou deux varices chez une jeune fille, pour soulager, en attendant l'opération, une femme dont l'insuffisance valvulaire n'est encore que fonctionnelle et intermittente. On utilisera de petits volumes à la fois: 0,5 à 1,5 cc. La malade étant debout, on poussera lentement une courte aiguille bien pointue, de calibre 26 ou 27, et l'on aura la patience d'attendre que le sang tombe de lui-même dans la seringue au lieu d'essayer de le forcer à y entrer en tirant sur le piston, ce qui pourrait aisément déplacer l'aiguille. Une fois celle-ci en bonne position, l'opérateur l'appuie sur la peau pour qu'elle ne bonge pas et introduit le liquide. A la fin de l'injection il est prêt à peser avec le pouce et l'index gauches au-dessus et au-dessous du point d'entrée de l'aiguille pour emprisonner le liquide et lui donner le temps de mordre à l'endo-veine. Une minute ou deux de compression suffisent.

Le choix du lieu d'injection a son importance. Toujours commencer le plus haut possible afin d'atteindre le plus grand nombre de tributaires à la fois; comme les intercommunications sont nombreuses, il faut parfois injec-

ter une veine parallèle. Le port d'un bandage élastique pendant un ou deux jours, quelques comprimés d'aspirine atténueront les douleurs; rarement des applications humides seront nécessaires.

Pendant longtemps les chirurgiens ont recouru à l'injection dite rétrograde à l'aide d'un cathéter. Cette méthode comportait certains dangers en plus de donner parfois l'illusion de l'efficacité alors qu'une bonne quantité du liquide fuyait par les communicantes dans les veines profondes.

Un chirurgien d'Angleterre s'est fait fabriquer une olive hérissée à la façon d'une râpe à muscade (nutmeg grater needle) et montée sur une longue tige creuse. L'idée est d'érafler suffisamment l'endoveine pour qu'une quantité minime de glycérine phéniquée suffise. Il vaudrait la peine de l'essayer.

Un dernier mot sur ce sujet. De nombreux observateurs affirment que l'effet d'une sclérose veineuse ne dure pas plus de 10 mois. Au bout de ce temps-là, toute veine est reperméabilisée. C'est certainement possible quand on a injecté sans régler le cas des valvules insuffisantes mais je n'imagine pas que ce soit la règle lorsque l'injection a été faite là où la pression hydrostatique excessive a été supprimée par ce traitement adéquat des perforantes. Pour ma part, j'y recours régulièrement dans les cas suivants:

Au cours de la cure simple de varices, c'est-à-dire, après la résection de la crosse et de ses tributaires à l'aine et la section de la saphène interne au genou, j'injecte dans le segment jambier de celle-ci deux ou trois cc. de monolate ou de morrhuate de soude. Le sotradécol, qui a l'avantage d'être utilisable en dilutions variées, serait supérieur aussi par sa toxicité moindre et une efficacité plus grande.

S'il y a quelques grosses varices en dehors et en avant de la jambe, j'en introduis 0,5 à 1 cc. Lorsque la fémorale externe superficielle est variqueuse sur toute sa longueur jusqu'à mi-jambe, je l'injecte en plusieurs endroits. Enfin, à la face postérieure de la cuisse se trouve une autre longue veine qui suit un trajet semblable à celui de la précédente; quand elle est variqueuse, je ne sais pas quoi faire d'autre que de l'injecter. Dans tous les cas où les varices sont trop grosses et trop nombreuses, je ne recours pas à l'injection sclérosante mais à l'exérèse.

Enfin l'injection sclérosante à la demi-goutte peut atténuer ou supprimer des varicules.

Le traitement des varices n'est pas complet sans la chirurgie. C'est entendu: les 5 ou 7 derniers cm. de la saphène interne doivent être réséqués et celle-ci sectionnée et ligaturée ras son abouchement dans la fémorale.

Restent les perforantes. On en a raison, paraît-il, avec le procédé spécial d'injection-râpage et au besoin le port d'un bas élastique.

Plusieurs chirurgiens états-uniens et canadiens désenchantés de l'injection rétrograde ont mis leur espoir, depuis quelques années, dans le vieux procédé du strippage ressuscité mais rajeuni par l'adjonction de l'exérèse de la crosse de la saphène. Il s'agit d'enlever toute la veine saphène interne et parfois la saphène externe soit en inversant la veine à la façon d'un doigt de gant, soit en tirant dessus après avoir coupé ou arraché par en dehors ses perforantes au moyen d'un cercle tranchant qui glisse le long de la veine.

On affirme avoir obtenu avec cet instrument une grande amélioration dans les résultats. Ici encore, méfions-nous des enthousiasmes et des excès. Il y a un certain nombre de cas, sans doute, où le strippeur rend service; on peut alors l'utiliser. A la cuisse, par exemple, où la veine est assez rectiligne; mais c'est précisément l'endroit où les perforantes sont le plus rares. A la jambe, il règlera d'un seul coup le cas d'une saphène interne à condition toutefois que celle-ci ne soit pas trop tortueuse. Plus souvent on réussira à enlever la saphène externe du premier coup. Mais ce n'est pas toujours de cette façon aussi simpliste que le chirurgien peut disposer des perforantes. Il y a celles de la saphène interne mais il y a aussi celles de ses branches tributaires et je ne crois

pas qu'on va demander à l'instrument d'arracher deux ou trois collatérales en plus du tronc principal. Il y a des saphènes internes tellement tortueuses, tellement adhérentes par endroits que le plus habile homme ne saurait les enlever de la cheville au genou d'une seule manœuvre.

Il y a ces grappes variqueuses branchées sur la saphène interne communiquant ou non avec les veines profondes et qui resteront grosses, disgracieuses et nuisibles si l'on n'y touche pas avec le bistouri. Il y a toutes les varices situées en avant, en arrière et en dehors de la cuisse et du genou que la plus complète cure de varices mécaniques n'atteindra jamais.

Il faut donc reconnaître que la réutilisation du strippage associée à la résection de la crosse de la saphène interne est sans doute une bonne chose, mais qu'elle ne saurait l'être toujours, loin de là. Elle court le risque, à mon avis, de créer chez le chirurgien un état de confiance injustifié, injustifiable et dangereux.

Ces objections à l'emploi de cet instrument me sont dictées par une longue expérience de la dissection des perforantes. J'en ai retenu que les communicantes insuffisantes se trouvent dans la très grande majorité des cas dans les régions postéro-interne, antéro-interne mais surtout interne de la jambe. Quand, à l'examen, j'ai trouvé des perforantes insuffisantes, leur niveau et leur emplacement approximatifs sont inscrits. A l'opération, je pratique alors une ou deux incisions verticales de 5 à 8 cm. à mi-chemin du bord interne du tibia et de la saphène externe; l'une au haut du 1/3 inférieur de la jambe, l'autre à la jonction des 1/3 moyen et supérieur. En décollant la graisse en avant puis en arrière, ensuite vers le haut et le bas si c'est nécessaire, je répète du doigt ou de l'œil par éclairage direct ou par transillumination la ou les communicantes malades. Au cours de ces explorations j'ai pu constater que, parfois, deux communicantes se trouvaient sur un même plan horizontal, à deux ou trois cm. de distance; j'ai appris ainsi qu'elles peuvent s'attacher non seulement à la saphène interne mais à ses tributaires. C'est pourquoi, j'y reviens, il est possible que le procédé du strippage passe à côté des communicantes insuffisantes branchées sur des voies collatérales.

Par l'incision supérieure je peux atteindre des perforantes situées loin en arrière et par celle du bas il n'est pas rare d'atteindre la saphène externe. Dans certains cas, 10% environ, une troisième incision pour la saphène externe est nécessaire. Celle-ci, plus postérieure que son homologue, court entre le péroné et le tendon d'Achille. Aussi longue que les précédentes on peut l'agrandir vers le haut ou le bas à volonté.

S'il se trouve de gros paquets de varices, j'en enlève la majeure partie avec la peau qui les recouvre.

Les deux jambes sont traitées en une seule séance, le malade presque toujours sous rachianesthésie complétée au besoin par le penthotal.

Voilà la technique que je suis depuis 1947.

Sur ce même groupe de 149 malades pris au hasard, j'ai dû traiter 8 ulcères par une greffe de Thiersch dont 5 concomitamment à la cure de varices et trois en un second temps opératoire.

Le traitement des troubles post-phlébitiques est loin d'être aussi simple. Il y a là aussi insuffisance valvulaire des perforantes de la jambe, surtout dans le bas. Il y a fréquemment insuffisance valvulaire à la crosse de la saphène interne, mais il s'est ajouté l'insuffisance de la fémorale et de l'iliaque avec, en plus, quelque chose de nouveau: la recanalisation. Cette transformation d'une veine profonde d'importance capitale en un labyrinthe de canalicules entremêlés nuit considérablement au retour du sang, quelle que soit la position que l'on donne au membre. De plus, l'hypertension des petits vaisseaux du bas de la jambe et de la cheville favorise plus volontiers l'œdème de déclivité et la sclérose adventicielle de l'ancienne veine thrombosée provoque à distance — c'est la théorie de Leriche — des troubles vaso-moteurs réflexes

qui aggravent les dérèglements circulatoires déjà existants. Le tableau est sombre mais laisse de l'espoir. Il y a des dégats nuisibles qu'on peut supprimer, des troubles fonctionnels susceptibles d'être amendés.

Il serait trop long de détailler ici le traitement de l'ulcère post-phlébitique. Je me contente d'en tracer les grandes lignes. Section de la saphène interne au genou (rarement la résection de sa crosse). Section des perforantes à la jambe avec, en même temps, résection de l'ulcère et de sa base scléreuse jusqu'à, et y compris au besoin, l'aponévrose. Phlébectomie fémorale superficielle; sympathectomie lombaire. Enfin, après préparation de la plaie laissée par l'ulcère disparu, greffe de Thiersch. Je suis cette ligne de conduite depuis 8 ans en omettant tantôt une opération tantôt une autre. J'ai eu des échecs mais aussi de très beaux succès, et cela grâce aux malades qui voulaient bien m'écouter. Car il ne faut pas oublier que, si un ancien phlébitique est un infirme qui ne guérira jamais, nous pouvons l'améliorer grandement par la chirurgie à condition qu'il collabore à notre œuvre en luttant le reste de ses jours avec persévérance, avec patience et avec ténacité contre l'hypertension veineuse résiduelle inexorable. Cet homme, cette femme, s'ils tiennent à conserver une jambe devenue indolente et propre, devront à l'avenir coucher le pied du lit élevé de 6 pouces, porter continuellement des bas élastiques et éviter, dans la mesure du possible, de se tenir debout arrêtés ou assis les jambes pendantes. Si, je le répète, j'ai de ces malades qui se trouvent bien aujourd'hui, c'est qu'ils se sont conformés à ces prescriptions.

En terminant ce travail je réalise que les maladies veineuses des membres inférieurs sont une plaie telle pour ceux qui en souffrent et pour la société privée par là de leurs services, qu'elles méritent que l'on se donne la peine de les mieux comprendre afin de les traiter comme il convient.

BIBLIOGRAPHIE

G. DELATER: *Les Maladies des veines et leur traitement.* Masson et Cie, édit., 1937.

A. ENJALBERT, A. GEDEON et R. SOUM: »Le traitement chirurgicale des varices des membres inférieurs.« *La Presse Médicale,* **59**: 1175, 1951.

R. Rowden FOOTE: «Varicose Veins.» Butterworths Medical Pub., London, 1949. «Some Comments on the Repair of Surgical Failures.» *Postgraduate Med. Journal* **28**: 45, 1950.

Kenneth J. FRANKLIN: «A Monograph on Veins.» Chs. C. Thomas, U.S.A., 1935.

L. B. FRATKIN et H. L. JAACKES: *Canad. Med. A.J.,* **65**: 367, 1951.

John HOMANS: «Circulatory Diseases of the Extremities.» The MacMillan Company, New York, 1939.

R. LERICHE et J. KUNLIN: «Traitement des phlébites post-opératoires par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire.» *La Presse Médicale,* **76**: (sept.) 1934.

R. R. LINTON et I. B. HARDY: *Surgery,* **24**: 452, 1948.

R. A. NABATOFF: «Recent Trends in the Diagnostic and Treatment of Varicose Veins.» *Int. Abstr. of Surg.,* **90**: 521, 1950.

A. OCHSNER et H. MAHORNER: «Varicose Veins.» The C. B. Mosby Company, St-Louis, 1939.

F. W. QUATTLEBAUM: *Surg. Gynec. and Obstetr.,* **95**: 336, 1952.

J. A. SICARD te L. GAUGIER: «Le traitement des varices par les injections locales sclérosantes.» 3e. éd., Masson, Paris, 1931 (cité par Delater.)

A. E. SHERMAN et S. L. CASPAR: *J.A.M.A.,* **123**: 149, 1943 (cité par Foote.)

LA CYSTECTOMIE TOTALE ET LE CANCER DE LA VESSIE[1]

Roland CAUCHON (Québec).

Ce travail n'est pas un plaidoyer en faveur de la cystectomie à l'exclusion des autres méthodes de traitement. Je veux simplement établir les faits tels qu'ils sont actuellement à la lumière d'idées puisées ici et là dans la presse urologique et donner le crédit à une thérapeutique chirurgicale audacieuse qui a fait ses preuves.

Il est bon toutefois en commençant, de rappeler pour le bénéfice du praticien général, que les tumeurs de la vessie restent parfois bien longtemps ignorées avant d'être diagnostiquées et traitées comme il se doit. C'est en effet une exception de voir un malade dirigé vers un centre hospitalier à sa première hématurie. La faute est imputable à cette espèce d'apathie ou à cette crainte d'examens qui éventuellement mettront en évidence une maladie grave et peut-être aboutiront à des traitements onéreux ou à une opération redoutée et redoutable.

C'est justement parce qu'il n'est pas indifférent que le diagnostic précis soit précoce qu'il faut mettre tout en œuvre pour édifier à bonne heure les différents travaux nécessaires à la compréhension du cas et à son traitement.

Il n'est pas indifférent pour un médecin non plus, de savoir que chez l'ensemble des malades chez qui un diagnostic de tumeur vésicale est posé, au-delà de 85% ont vu évoluer des symptômes révélateurs depuis plus de six mois.

Il n'est pas moins bon que l'on sache que un peu plus de 50% des malades ayant présenté de tels symptômes ont été sous les soins de médecins depuis quelques mois sans qu'un examen urologique adéquat ait été effectué.

Il est bien naturel qu'un hématurique qui vit éloigné d'un centre équipé aux fins diagnostiques se refuse pendant longtemps au transport dans un hôpital éloigné, mais pendant ce temps sa maladie évolue peut-être jusqu à devenir incontrolable.

Et c'est justement chez une bonne proportion de ces individus ignorés qu'on sera appelé à instituer des traitements énergiques qui auraient pu être évités quelques mois plus tôt.

C'est de ces individus que je veux vous parler. Ils sont porteurs de l'une des deux lésions suivantes:

1 — ou bien une variété que les auteurs français appellent bénigne et qui se caractérise macroscopiquement par la présence d'une ou de plusieurs tumeurs le plus souvent pédiculées dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une orange. Leur situation est le plus souvent au bas-fond, dans la région du trigone, intéressant fréquemment un orifice urétéral;

2 — ou bien une variété maligne et qui se caractérise macroscopiquement par la présence quelquefois de plusieurs nodules, le plus souvent d'une seule tumeur, sessile ou pédiculée, située encore habituellement au bas-fond et intéressant parfois l'un, parfois les deux orifices urétéraux ou la prostate avec laquelle elle fait corps. Le volume varie avec l'âge de la tumeur.

Et c'est ici qu'entre en jeu pour l'efficacité thérapeutique la notion de pénétration dans les plans profonds ou l'extension extra-vésicale.

Jusqu'à il y a quelques années, on avait coutume de classifier les tumeurs selon la méthode de Broders, d'après leur degré de malignité.

Le grade I correspond aux papillômes dont les cellules sont pour la plupart régulières et dont moins de 25% des noyaux sont augmentés et hyperchromatiques; alors que pour le grade IV, la différentiation cellulaire est disparue, les cellules sont dispersées ou concentrées en paquets irréguliers et ont toutes un noyau hyperchromatique.

1. Communication au XXIIème Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1952.

Entre ces deux extrêmes, on trouve les groupes II et III avec des différentiations cellulaires plus ou moins marquées selon le degré.

Jusque là, il n'y avait pas d'indice de métastases sur lequel on pouvait se baser.

En août 1950, Hugh J. Jewett soutint qu'il y avait un moyen d'établir et le pronostic et la possibilité d'extension au-delà de la vessie en se guidant sur le degré d'infiltration tumorale dans la paroi vésicale.

Le degré de pénétration peut être assez bien reconnu par la palpation abdominale combinée au toucher rectal ou vaginal. Avec un peu d'expérience, on peut même déterminer assez correctement et la position des tumeurs dans la vessie et leur extension. C'est ainsi qu'on arrive à prévoir le degré de curabilité.

Si la pénétration de la tumeur ne dépasse pas la sous-muqueuse ou touche à peine à la musculeuse, le pronostic est bon; il est de plus en plus sombre à mesure que le processus tumoral s'infiltre plus profondément à travers la paroi vésicale. Au point que l'on considère comme très pauvres les chances de guérison chez un individu dont la paroi vésicale est dépassée et les tissus périvésicaux infiltrés.

L'état le plus grave est celui où la tumeur envahit des organes voisins soit le rectum, l'utérus, le vagin. On peut supposer chez ces malades des métastases déjà avancées et qu'il faut rechercher avant d'arriver à une décision thérapeutique.

Comme on le voit, l'examen clinique nous permet déjà de tirer des conclusions avancées.

Il va sans dire qu'il faut y ajouter la biopsie nécessaire à étayer un diagnostic précis et il doit être de règle, une fois la certitude établie d'un cancer de la vessie, de juger de la valeur éliminatoire des reins et de l'apparence des uretères. Il faut vérifier radiologiquement l'absence des métastases pulmonaires et osseuses.

Les traitements des tumeurs vésicales sont ou bien physiques, ou bien chirurgicaux.

Retenons en passant qu'un agent chimique, le podophyllin a été employé avec succès à réduire le volume parfois énorme de certaines tumeurs bénignes favorisant ensuite l'électrocoagulation d'un usage impossible auparavant.

Les traitements physiques sont: la radiothérapie, le radium, les isotopes et l'électricité. La radiothérapie s'avère encore présentement insuffisante à empêcher la progression des tumeurs malignes. On en est encore à l'état d'expérimentation avec la thérapie à 2 000 000 de volts appliquée en rotation. La radiumthérapie surtout sous forme d'aiguilles de radon implantées dans la ou les tumeurs à travers le cystoscope ou de visu après cystostomie a donné des résultats qui n'ont été que des succès incomplets. Il faut reconnaître que la statistique de Barringer impressionne: 23,6% de survie de 5 ans pour des cancers infiltrants et 52% pour des cancers papillaires. Et il est peut-être à souhaiter comme il le fait lui-même qu'un plus grand nombre de chirurgiens se familiarise avec cette méthode.

Le cobalt radioactif ou cobalt 60 a certains avantages sur le radium surtout avec les rayons gamma qui sont homogènes, mais les résultats obtenus par ceux qui l'ont employé semblent de loin inférieurs à la radiumthérapie. Il faut reconnaître qu'on est encore au début de son emploi. Il en est à peu près de même du sodium 24 et du brome 82.

La chirurgie nous semble actuellement le moyen thérapeutique le plus approprié à ces lésions. L'acte chirurgical peut être posé ou bien par voie endo-uréthrale ou bien par voie ouverte.

Par voie endo-uréthrale on pourra détruire au moyen d'un autre agent physique, l'électricité, de petits papillomes qui sont faciles à coaguler et encore mieux réséquer les tumeurs et coaguler la base. Cette méthode ne peut évidemment atteindre que les masses situées au bas-fond ou directement sur le col et nous n'en voyons l'indication absolue que dans les tumeurs de volume très restreint et n'ayant pas dépassé la sous-muqueuse. Encore faut-il être expert pour limiter son acte opératoire et ne pas trouer par une manœuvre trop enthousiaste la totalité de la paroi vésicale.

La voie ouverte nous permet trois sortes d'interventions: la cystectomie partielle, la cystectomie totale et l'exentération.

Trop de déboires ont suivi l'ablation simple ou accompagnée d'électrocoagulation de la base par systostomie pour que nous croyions encore à l'efficacité d'une telle chirurgie. Nous avons délibérément laissé de côté cette méthode.

Il y a des indications bien déterminées et à la cystectomie partielle et à la cystectomie totale.

La cystectomie partielle est indiquée surtout pour les tumeurs du dôme ou des parois latérales. Elle est même possible quand un orifice urétéral est envahi mais nous croyons que si la pénétration s'étend jusqu'à la musculeuse ou plus profondément elle doit céder la place à une intervention plus complète.

La cystectomie partielle doit viser à l'exérèse de la tumeur et d'un pourtour de tissu sain d'au moins un centimètre et demi. Tous les plans doivent nécessairement être réséqués en bloc. Si un orifice urétéral est touché, l'uretère est sectionné à deux ou trois centimètres de la vessie et abouché en tissu sain.

Les indications de la cystectomie totale sont bien précises. Elle doit être effectuée.

1° quand la tumeur maligne envahit la paroi vésicale assez largement sans être fixée aux plans anatomiques pariétaux;

2° quand elle ne pénètre pas dans le rectum ou le vagin ou au-delà de l'apex de la prostate dans l'urètre;

3° quand l'état général du sujet le permet. Il est évident que si la période de cachexie est déjà installée et avancée le malade n'est plus en puissance d'être guéri. Dans le même ordre d'idées, l'état d'organes tels le cœur, le rein, le poumon doit être assez bon pour supporter une intervention de cette envergure.

4° quand il y a absence de métastases éloignées;

5° quand il y a infiltration du col vésical chez la femme;

6° enfin, quand le nombre des papillomes est très grand ou que l'on a la maladie villeuse de la vessie.

Cette opération qui fut pratiquée la première fois par Bardenhauer il y a 65 ans a toujours été l'objet de discussions assez passionnées à cause de son peu de popularité.

Ceci est dû moins aux difficultés inhérentes à l'opération elle-même qu'aux complications immédiates et éloignées qui en découlent. L'évolution des méthodes anesthésiques, chirurgicales et thérapeutiques surtout le concours immense de la chimiothérapie, ont fait que les complications immédiates ont été vaincues. Espérons que dans un avenir prochain les complications éloignées cèderont du terrain à leur tour.

Il est un fait cependant qui sans aucun doute contribuera à améliorer la survie des cystectomisées. C'est la dissection plus soignée et l'exérèse des ganglions et du système lymphatique.

Dans une très belle étude de la question en 1950, Leadbetter et Cooper ont évalué le système lymphatique vésical et en sont arrivés à la conclusion suivante. Si la vessie est enlevée avec le tissu conjonctif et la graisse périvésicale qui contiennent le plexus lymphatique viscéral et les ganglions juxta-vésicaux, les troncs lymphatiques qui vont aux ganglions pelviens, soit les iliaques externes, internes et primitifs plus les présacrés moyens, on n'a laissé que des ganglions rétrocaves, iliaques postérieurs et sacrés latéraux qui sont un relai de deuxième zone et on peut considérer que la résection est adéquate. L'opération est évidemment plus longue et plus difficile mais diminue certainement les chances de récidive locale et de métastases à distance.

La technique opératoire elle-même n'est pas tellement compliquée. Il faut d'abord prévoir de quelle façon on fera la dérivation des urines. Elle peut être fait par abouchement des uretères à la peau ou au sigmoïde.

Des deux procédés il est reconnu que l'urétérostomie cutanée comporte moins de risques infectieux postopératoires, mais l'abouchement dans le côlon contourne élégamment le

problème social que comporte le port d'appareils incommodants et difficiles à stériliser. La cystectomie et l'abouchement à la peau se font facilement en un temps. Si on a opté pour l'anastomose colique, il est préférable croyons-nous, de la faire dans un premier temps, la cystectomie dans un deuxième.

Coffey a popularisé des méthodes d'anastomose directe qui semblent encore les plus employées. Récemment, une modification inventée simultanément par Nesbit et Cordonnier et qui prévoit l'anastomose urétéro-sigmoïdienne muco-muqueuse fait avantageusement échec aux procédés classique de Coffey.

La technique opératoire que nous préférons se fait par voie sus-pubienne par incision transverse de Pfannenstiel ou de Cherney. La dissection se fait de haut en bas commençant au dôme vésical qu'on libère par en arrière jusqu'à l'ouraque qui est sectionné entre deux pinces et ligaturé. Le péritoine est fortement adhérent à la paroi vésicale à ce niveau et il peut arriver qu'on soit obligé de l'ouvrir et d'en laisser un lambeau à même la vessie quitte à le suturer une fois la dissection terminée. La vessie est ensuite attirée du côté où se trouve la tumeur pour permettre la libération des pédicules latéraux, leur section et ligature sur place. La même manœuvre se répète de l'autre côté en ayant soin si la tumeur est infiltrante de libérer jusqu'aux muscles pariétaux, de mettre les vaisseaux iliaques à nu en rétractant vers la ligne médiane les tissus périvésicaux. Les deux uretères sont ensuite sectionnés s'il n'y a pas eu anastomose colique antérieure et laissés libres.

On sectionne ensuite les ligaments pubo-vésicaux, on libère au doigt les faces antérieure et latérales de la prostate. L'urètre membraneux devient sous la traction tendu comme une corde et on le sectionne entre deux pinces. Une ligature est posée sur le bout distal. Au moyen de la pince laissée sur le bout prostatique de l'urètre et qui sert de tracteur, on relève la vessie qu'on peut libérer du rectum par clivage au doigt. L'opération se termine en disséquant dans la concavité sacrée la face postérieure de la vessie, les tissus périvésicaux, les vésicules séminales et les déférents qui sont sectionnés sur pince et ligaturés. La pièce opératoire est enlevée en bloc. Puis les ganglions iliaques primitifs externes et internes sont disséqués. Le suintement n'est pas très considérable et ne trouble pas les suites opératoires si on a soin de tamponner la cavité. Les uretères sont abouchés à la peau aux deux coins de la cicatrice opératoire ou accollés l'un à l'autre au centre selon leur longueur et l'obésité du sujet.

Nous ne ferons que mentionner l'exentération indiquée quand la masse tumorale a déjà envahi la paroi rectale. Elle consiste à compléter la cystectomie par une résection abdominale ou abdomino-périnéale du rectum, et faire l'anastomose urétéro-colique dans un sigmoïde qui est abouché en anus contre-nature dans la région iliaque ou hypogastrique. Le port d'un sac approprié tel celui de Rutgens semble donner satisfaction à ces malades.

Nous n'avons aucune expérience de cette formidable opération. Les anastomoses intestinales donnent lieu à deux sortes de complications: les unes infectieuses, les autres bio-chimiques. En effet, la mise en communication du système urinaire et du côlon a toujours donné à plus ou moins brève échéance une infection secondaire des reins qui aboutit à la pyonéphrose et qui demeure la pierre d'achoppement de cette intervention. La modification par tunnellisation du Coffey no 1 qui agit un peu comme soupape de sûreté n'a pu encore trouver de remplaçant beaucoup plus avantageux. Associée à l'anastomose muco-muqueuse, elle semble être la méthode de choix actuelle.

Les complications bio-chimiques sont surtout l'effet d'un déséquilibre électrolytique qui se manifeste par de l'hypopotassémie, une azotémie élevée, une chlorurémie qui est augmentée.

L'urétérostomie cutanée donne lieu elle aussi à une infection tenace mais certainement moins grave que l'urétéro-sigmoïdostomie et

ne semble pas être la cause d'un déséquilibre électrolytique ayant la même importance.

Nous avons une très petite série de cas de cystectomie et d'anastomoses soit intestinales soit cutanées. Nous n'avons pas la prétention de croire qu'elle comporte en elle-même un très grand intérêt, mais les quelques renseignements qu'on peut en tirer nous permettent de confirmer certaines opinions déjà émises et de tirer quelques conclusions personnelles. Nous avons 7 cas opérés dont le premier remonte à 1945. Cinq ont eu un abouchement urétéro-cutané, deux ont subi une urétéro-sigmoïdostomie. Tous étaient porteurs d'épithéliomas. Un seul était du grade I et est en fait celui qui a vécu le plus longtemps soit 7 ans; les autres étaient du grade III et IV.

Deux opérés sont décédés; l'un opéré en 1947 d'une tumeur grade IV infiltrant la base de la vessie et ayant produit une pyonéphrose bilatérale par obstruction urétérale. L'état de ce malade était vraiment médiocre.

Les deux urétères furent abouchés à la peau et la cystectomie totale effectuée en un temps. Dans les suites opératoires le patient développa un abcès périnéphritique gauche qui fut drainé mais l'opéré mourut en état de cachexie infectieuse cinq semaines après l'intervention. Le second cas de décès se produisit dix-huit mois après l'opération de récidive et de généralisation cancéreuse chez un malade qui avait une tumeur envahissante de grade IV. La cystectomie faite en 1948 ne fut pas accompagnée de l'ablation des ganglions pelviens. Les uretères furent abouchés à la peau.

Les autres opérés présentent une survie qui va de trois mois à sept ans. Trois ont des dérivations cutanées et ont repris leur travail. Les sondes laissées en place en permanence dans les uretères sont changées une fois la semaine et on en profite pour faire des lavages des bassinets à une solution faible de nitrate d'argent. Il n'y a pas de trace de récidive locale ou métastase éloignée dans ce groupe.

Les deux autres opérés ont eu une anastomose colique. Le premier il y a un peu plus d'un an en un temps par la méthode de Coffey no 1.

Les suites opératoires immédiates ont été assez compliquées à cause d'un état d'anurie que nous avons attribué à l'œdème de la bouche anastomotique et qui a duré 36 heures. Cependant à compter du moment où la diurèse s'établit les phénomènes d'intoxication disparurent et l'opéré est resté bien depuis. Son azotémie se maintient entre 0,40 et 0,50 gramme pour 1 000.

Le second malade subit il y a 5 mois une anastomose gauche Coffey no II dans un premier temps, et au cours du deuxième temps la vessie et les ganglions pelviens furent enlevés et une anastomose de type muco-muqueux avec tunnellisation fut faite à droite. De sorte que chez cet individu nous pouvons comparer les réactions différentes des reins à ces deux variétés d'abouchement.

A cinq mois de l'intervention, il y a hydronéphrose marquée à gauche, très peu de dilatation à droite. Ce qui semble indiquer ici moins de tension par reflux avec la méthode Nesbit-Cordonnier.

Tous les opérés ont présenté une dilatation des bassinets et des calices avec signes évidents d'infection confirmés par des analyses d'urines.

Ceux qui sont dérivés à la peau semblent être porteurs d'infection moins maligne que les autres et semblent aussi réagir mieux aux thérapeutiques antiseptiques instituées. L'hydronéphrose est certainement moins importante chez eux.

Nous avons à déplorer nous aussi un déséquilibre électrolytique dans les cas de dérivation colique. Nous avons eu chez nos deux malades de l'hypopotassémie transitoire cédant bien aux injections de potassium ou de solution de Ringer, une chlorurémie augmentée, même une calcémie élevée. L'azotémie s'est maintenue à au-delà de 0,60 gm pour 1 000 chez l'un d'eux environ deux mois après l'intervention.

En résumé, nous n'avons pas eu de mort immédiate à l'opération mais chez le premier décédé, nous sommes convaincus que l'indication opératoire fut mal posée chez un cancé-

reux déjà prêt à mourir. Les suites opératoires relativement simples portent à croire qu'on peut obtenir des résultats qui seront supérieurs, aux conditions suivantes:

1. — Dépistage précoce du cancer;

2. — Anastomose colique réalisant un large drainage urétéral tout en visant à éviter le reflux urétéro-pyélique;

3. — Contrôle plus adéquat de l'équilibre électrolytique.

Enfin il ne faut pas perdre de vue que la dérivation cutanée est mieux supportée et qu'elle n'est peut-être pas effectuée aussi souvent qu'elle est indiquée.

BIBLIOGRAPHIE

1. R. BAKER et G. H. MILLER, Jr.: « Physiology of Uretero Intestinal Anastomosis. » *J. of Urrol.*, **67**: 638-644, 1952.

2. B. S. BARRINGER: « Radium Therapy in Cancer of Bladder. » *J. of Urol.*, **67**: 280-283, 1952.

3. W. R. BOYCE et S. A. VEST: « Role of Ammonia Reabsorption in Acid — Base Imbalance Following Ureterosigmoidostomy. » *J. of Urol*, **67**: 169-179, 1952.

4. F. H. COLBY et R. C. SNIFFEN: « Carcinoma of the bladder. » *J. of Urol.*, **57**: 133-140, 1947.

5. W. M. COPPRIDGE, L. C. ROBERTS et D. A. CULP: « Tumors of the Bladder. » *J. of Urol.*, **65**: 540 ,1951.

6. J. J. CORDONNIER: « Uretero Sigmoid Anastomosis. » *J. of Urol.*, **63**: 276-286, 1950.

7. J. J. CRANE, F. A. BENNETTS, H. G. GUMNESS et J. F. CRANE: « Complications and End results following Uretero-Intestinal Anestomosis. » *J. of Urol.*, **65**: 571-578, 1951.

8. D. A. DUCKWORTH: « Treatment of Papillomatosis by Podophylinn. » *J. of Urol.*, **64**: 740-743, 1950.

9. C. D. GOODHOPE: « Total Cystectomy. » *J. of Urol.*, **63**: 294-299, 1950.

10. R. C. GRAVES et W. T. BUDDINGTON: « Uretero-Intestinal Anostomosis. » *J. of Urol.*, **63**: 261-276, 1950.

11. H. S. JEWETT et G. H. STRONG: « Infiltrating Carcinoma of the Bladder: Relation of depth of penetration of the bladder Wall to incidence of local extension and metastases. » *J. of Urol.*, **55**: 366-372, 1946.

12. H. J. JEWETT: « Carcinoma of Bladder. » *J. of Urol.*, **67**: 672-681, 1952.

13. W. F. LEADBETTER et J. F. COOPER: « One stage cystectomy, gland dissection and bilateral uretero-enterostomy. » *J. of Urol.*, **63**: 242-261, 1950.

14. LOWSLEY et KIRWIN: *Clinical Urology*. Edition 1944.

15. MARION: *Traité d'Urologie.*

16. V. F. MARSHALL: « A comparison of radiation and surgery for cancer of the bladder. » *J. A. M. A.*, **134**: 501-507, 1947.

17. Victor F. MARSHALL et W. F. WHITMORE, Jr.: « Simple Cystectomy for cancer of urinary bladder. » *J. of Urol.*, **63**: 232-241, 1950.

18. W. R. METZGER, L. T. WRIGHT, F. R. De LUCA, C. E. FORD et F. KATSKE: « Aureomycin in urinary tract infections. » *J. of Urol.*, **67**: 374-390, 1952.

19. QUENU: *Précis de Technique Chirurgicale.*

20. L. W. RIBA: « Uretero Intestinal Anastomosis. » *J. of Urol.*, **67**: 284-309, 1952.

21. C. RUSCHE: « Uretero-Intestinal Anastomosis. » *J. of Urol.*, **65**: 550-553, 1951.

22. J. W. SCHULTE, F. HINMAN, Jr et B. V. A. LOW-BEER: « Radio Cobalt in Treatment of Bladder Tumors. » *J. of Urol.*, **67**: 916-925, 1952.

23. G. J. THOMAS, D. C. MALCOLM et A. J. BISCHOFF: « Cystectomy and urinary diversion in carcinoma of bladder » *J. of Urol.*, **65**: 553-564, 1951.

24. J. I. WALLER et H. G. HAMER: « Bladder Tumors. » *J. of Urol.*, **64**: 651-657, 1950.

25. H. M. WEYRAUCH et B. W. YOUNG: « Uretero-Intestinal anastomosis. » *J. of Urol.*, **67**: 880-891, 1952.

26. J. M. WUISENAND et V. MOORE: « Hydrodynamics of upper urinary treat after ureterosigmoidostomy. » *J. of Urology*, **65**: 564-571, 1951.

27. B. WILSON, D. D. REISMAN et C. A. MOYER: « Fluid Balance in Urologic patients. » *J. of Urol.*, **66**: 805-816, 1951.

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 82, No 1 — Montréal, Janvier 1953

NOUVEAU CONTRASTE CHOLÉCYSTOGRAPHIQUE: TÉLÉPAQUE

Dès l'avènement, en 1924, de la cholécystographie par voie intraveineuse, un grand pas avait été réalisé au profit du diagnostic radiologique de la pathologie vésiculaire. Par la suite, cependant, l'opacification de la vésicule biliaire, par voie orale, supplanta la méthode endoveineuse et, depuis les dix dernière années, « Priodax » se mérita la réputation de l'agent cholécystographique oral de choix. Mais Priodax n'était pas sans présenter pour le malade certains inconvénients, tels : nausées, vomissements, diarrhée et dysurie.

Un nouveau colorant de la vésicule, « Télépaque » fut récemment mis à l'épreuve dans nos principaux centres radiologiques et on lui reconnaît, jusqu'ici, de multiples avantages . . .

Télépaque est un produit synthétique à base d'Iode inorganique [1]. Il est absorbé au niveau du petit intestin par le système porte et dirigé vers le foie d'où il est excrété dans la bile. Radiologiquement, la cavité vésiculaire commence à s'opacifier 2 à 3 heures après l'ingestion du colorant pour atteindre son maximum de visibilité 10 à 12 heures après.

Sur la majorité des cas étudiés, nous avons signalé la présence de résidus punctiformes de colorant au niveau des côlons, mais rarement ces résidus ont-ils obstrué l'image vésiculaire, et nous croyons même que ce fait implique un certain avantage puisque ces images résiduelles corroborent l'ingestion par le patient de la dose prescrite pour l'examen.

Télépaque est excrété en grande partie par le tube digestif. Environ 85 pour cent de l'ingestion totale se retrouve dans les selles, 2 à 5 pour cent sont excrétées dans les urines.

Des récents travaux rédigés en majorité par des auteurs américains [2], ont signalé la supériorité incontestable de Télépaque comme nouveau contraste cholécystographique:

1. Augmentation du pourcentage de la mise en évidence des vésicules.

2. Meilleure opacification avec administration d'une seule dose de colorant (3 grammes, 6 comprimés).

3 Répétition de la dose rarement nécessaire.

4. Diminution importante des symptômes accusés par le patient après ingestion du colorant. Soit: absence de vomissement, rare dysurie et incidence des nausées et diarrhées considérablement réduite.

5. Forte augmentation du pourcentage de visibilité des canaux biliaires, cystique et cholédoque, coïncidant avec une évacuation rapide et adéquate de la vésicule biliaire.

Durant ces deux derniers mois, nous avons étudié une série de 316 malades

1. William H. Shehadi: *The Amer. Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Med.*, **68**: 360 (septembre) 1952.

2. William R. Christensen et M. C. Sosman: *The American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine*, **66**: 764 (nov.) 1951.
E. F. Dunne, E. H. Henson et C. R. Hughes: *Cleveland Clinic Quart*, **18**: 98 (août) 1951.
Russel H. Morgan et H. B. Stewart : *Radiology*, **58**: 231 (février) 1952.
Auguste Nemours : *Radiologie de la vésicule biliaire*. Page 106.
P. E. Russo et C. J. Cavanaugh: *South Med. Journal*, **45**: 232 (mars) 1952.
Wendell G. Scott et W. A. Simril: *Journal of Missouri Med.. Association*, **48**: 866 (nov.) 1951.

auxquels avaient été administré trois grammes de Télépaque. Ces patients n'ont pas été choisis et appartenaient au flot courant des examens cholécystographiques réalisés chaque matin dans le département de radiologie de l'hôpital Notre-Dame.

Voici brièvement notre façon de procéder: 6 comprimés de Télépaque (3 grammes) sont administrés au malade après le repas du soir (repas hypograisseux). Le patient doit rester à jeun le reste de la soirée ou tout au plus boire un peu d'eau ou de jus de fruits. Le lendemain matin (10 à 14 heures après l'ingestion du colorant) le malade se présente au département de radiologie.

1. Cliché en procubitus abdominal.

2. *Spot films* sélectifs (4) — patient en station verticale.

3. Repas gras (Boyden) (3 jaunes d'œufs battus dans un verre de crème à fouetter — 35 pour cent).

4. 30 à 45 minutes après le repas gras, prise d'un dernier cliché en procubitus abdominal.

Sur un total de 316 cas, environ 81 pour cent des vésicules se sont bien colorées, 6 pour cent se sont faiblement opacifiées et 13 pour cent sont demeurées exclues. Notre attention a spécialement été attirée sur la fréquence avec laquelle furent mis en évidence les canaux biliaires. Le Priodax avec les conditions de technique courante (procubitus abdominal) ne nous donnait que de rares images d'opacification des canaux biliaires. C'est d'ailleurs pourquoi le diagnostic radiologique de l'atonie vésiculaire est fréquemment mis en doute. Certains radiologistes ne croient même plus devoir parler de l'évacuation vésiculaire et prétendent qu'une vésicule qui s'opacifie bien est une vésicule qui doit s'être préalablement bien évacuée.

Benjamin Copleman [3], en 1946, avait signalé le retard de l'évacuation vésiculaire et la diminution dans l'incidence d'opacification des canaux biliaires avec Priodax. Il affirmait alors qu'en comparaison avec le tetraiodophtaléine, le Priodax agissait comme un médicament sympaticomimétique et diminuait le tonus vésiculaire. Avec le Télépaque, sur notre série de 316 examens, 116 canaux cystiques et 41 cholédoques se sont opacifiés sur les clichés tirés après repas cholékinétique et, cela, toujours dans les mêmes conditions de technique ci-haut mentionnées.

Enfin, dans 14 cas nous avons signalé un reflux de substance opaque dans le canal hépatique, soit une moyenne d'environ 4 pour cent, et tous ces derniers cas ont été interprétés comme étant le résultat d'une dyskinésie biliaire: la grande majorité de ces malades présentant d'ailleurs une histoire clinique facilement reliable à un tel diagnostic. L'étude comparée des signes cliniques et radiologiques chez tous les patients présentant à la suite d'une cholécystographie par Télépaque un reflux de substance opaque dans le canal hépatique fera l'objet de nos futurs travaux.

Il semble tout de même qu'il soit maintenant possible de parler de cholangiographie non opératoire par contraste avec la cholangiographie per ou postopératoire, et nous avons l'impression que cette nouvelle application précisera davantage les conceptions radiologiques souvent imprécises que nous avions sur la valeur fonctionnelle de la vésicule et des voies biliaires.

Paul BRODEUR,
Maurice DUFRESNE.

3. B. Copleman: *Radiology*, **47**: 30 (juillet) 1946.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LA SEMAINE NATIONALE D'IMMUNISATION [1]

G. CHAREST, M.P.H.,
Surintendant, Division des maladies contagieuses,
Service de Santé, Ville de Montréal.

Nous savons que, si la durée moyenne de la vie a été prolongée de plus de vingt années, depuis le début du XXème siècle, c'est dû au fait que les maladies contagieuses ont été enrayées surtout dans le jeune âge, ce qui a permis à un plus grand nombre d'enfants d'atteindre l'âge adulte et, par la suite, à augmenter la proportion des gens qui vivent jusqu'à un âge assez avancé.

La première mesure de prévention est la vaccination contre la variole parce qu'elle est déjà connue depuis 1798 alors qu'Edward Jenner, un médecin anglais, grâce à son esprit d'observation, avait remarqué que le pus de la vaccine, maladie propre à la vache, préservait contre une atteinte d'une maladie beaucoup plus grave, la variole.

La vaccination est obligatoire dans la province de Québec depuis 1885 et les résultats d'une telle législation furent si appréciables que, depuis 1930, nous n'avons rencontré aucun cas de variole à Montréal. Il n'est pas nécessaire d'insister auprès des parents pour que cette mesure soit acceptée comme telle, puisque tous ont pu en apprécier les bienfaits. Cependant, la revaccination s'impose de temps à autre en certaines circonstances, tels les voyages à l'étranger ou lorsque certains règlements municipaux comme celui de la carte de santé pour travailler dans les aliments ou comme barbiers et coiffeurs, exigent que cette mesure soit appliquée pour préserver le public.

La deuxième maladie contre laquelle nous possédons un agent spécifique de prévention est la diphtérie, maladie à la fois grave et sournoise parce qu'elle évolue sans provoquer de signes importants au début et ce n'est qu'après trois ou quatre jours qu'on réalise que l'enfant est sérieusement atteint et qu'il faut instituer un traitement d'urgence qui souvent ne peut réparer le mal déjà fait.

Cette année, à date, nous avons enregistré à Montréal, 19 cas de diphtérie et 1 décès, en comparaison de 26 cas et 4 décès l'an dernier, à la même époque. Le seul décès, cette année, est survenu ces jours-ci, chez une fillette de 7 ans, non immunisée.

La densité de la population de notre ville et l'exiguité des logements sont autant de facteurs qui favorisent la propagation de cette maladie et tant que tous les nourrissons, les enfants préscolaires et ceux d'âge scolaire de moins de 10 ans ne seront pas immunisés, il subsistera toujours des cas isolés de diphtérie quoique avec un pourcentage relativement élevé d'enfants immunisés, nous soyons à l'abri d'épidémies aussi graves que celles survenues dans le passé.

Depuis le mois de juin 1951, la Service de Santé a préconisé l'emploi du vaccin trivalent contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos dès l'âge de 3 mois, alors que l'on attendait auparavant que l'enfant ait atteint 6 mois avant de donner la première injection. Il faut administrer au moins trois injections à un mois d'intervalle et deux doses de rappel, l'une vers l'âge de 2 ans, l'autre vers l'âge de 6 ans.

Il existe une autre maladie, la coqueluche, qui est également très grave surtout chez les enfants de moins de 3 ans parce qu'elle est encore plus contagieuse que la diphtérie et se transmet facilement au sein d'une famille.

1. Causerie prononcée à « La Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia » par le docteur G. Charest, lundi, le 13 octobre 1952.

Cette maladie procède par poussées épidémiques éloignées les unes des autres d'environ 3 à 5 ans et cause alors un plus grand nombre de décès et, cette année, durant les neuf premiers mois, il y eut 1 163 cas de coqueluche rapportés à la division des maladies contagieuses et 2 décès, soit deux fois plus que l'an dernier à pareille date, où l'on avait enregistré 427 cas et 1 seul décès.

Alors qu'il est rare de voir survenir un cas de diphtérie chez un nourrisson, c'est-à-dire un enfant âgé de moins d'un an, dans la coqueluche cette éventualité est assez fréquente.

C'est pourquoi, il importe de ne pas attendre pour faire injecter le vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos mais faire immuniser l'enfant dès l'âge de 3 mois, soit chez son médecin de famille, soit dans une consultation de nourrissons. Très peu de parents s'opposent à l'immunisation, mais un grand nombre remettent à plus tard et oublient de faire protéger leurs enfants contre la diphtérie et la coqueluche. Malheureusement, cela survient dans des familles nombreuses où le premier et le deuxième enfant sont immunisés, mais, à partir de ce moment, les autres ne l'ont pas été et les années passent, souvent sans encombre, mais quelquefois c'est un réveil brutal car la triste réalité met soudainement les parents en présence d'un cas grave de diphtérie ou de coqueluche, au sein de leur famille.

Enfin, le vaccin trivalent protège également contre le tétanos qui est une maladie grave, survenant à la suite d'introduction sous la peau d'un microbe que l'on retrouve dans le sol.

L'enfant est exposé, en notre siècle de vitesse, à être victime d'un grand nombre d'accidents ou à s'infliger des blessures corporelles comme la pénétration de clous rouillés dans le pied ou des écorchures par des broches ou piquets de clôture.

Il suffit d'injecter une dose de rappel d'anatoxine tétanique pour être assuré que l'enfant ne développera pas la maladie s'il a été préalablement immunisé, comme l'ont démontré les observations des soldats blessés durant la deuxième grande guerre mondiale de 1939-1945.

Il existe également un vaccin contre la scarlatine, mais son emploi est conseillé dans des cas particuliers. Il faut administrer 5 injections à une semaine d'intervalle vers la fin de la première année et la bénignité relative de la scarlatine depuis l'emploi des sulfamidés et de la pénicilline a limité l'usage de ce vaccin qui est cependant fourni gratuitement par le Service de Santé à tous les médecins praticiens.

Enfin, la tuberculose, surtout dans sa forme pulmonaire, a causé en 1951, 35 décès par 100 000 de population à Montréal. Si ce taux de mortalité représente une amélioration notable depuis les 15 dernières années, il faut néanmoins employer tous les moyens mis à notre disposition pour combattre cette maladie.

Ce sont surtout des jeunes adultes qui paient le plus lourd tribut à cette maladie mais les enfants peuvent également être atteints d'une forme ganglionnaire ou adénite tuberculeuse, d'une ferme méningée ou méningite tuberculeuse et même d'une forme généralisée ou tuberculose miliaire. Ces deux dernières formes de tuberculose sont rapidement fatales chez l'enfant.

Le vaccin B.C.G. ainsi nommé parce qu'il est préparé avec un bacille tuberculeux bovin isolé et rendu inoffensif par deux savants de l'Institut Pasteur, Calmette et Guérin, est recommandé chez le nourrisson dans les 10 premiers jours de la vie. Il se donne par voie buccale, c'est-à-dire qu'il est ingéré par le bébé le matin à jeun, à trois reprises, en versant le contenu d'une ampoule dans une cuillère et en le faisant avaler avec une peu de lait, après avoir mélangé le vaccin.

Si l'enfant n'a pas reçu le vaccin B.C.G. à la naissance ou si l'on veut renforcer l'immunité du jeune enfant vacciné antérieurement, on peut introduire le B.C.G. dans l'organisme par la méthode de scarification, procédé qui ressemble à celui dont on se sert pour la vaccination contre la variole.

Cependant, il faut faire, au préalable, une épreuve à la tuberculine pour voir si l'enfant est déjà venu en contact avec le bacille tuberculeux ou si une vaccination antérieure le protège encore suffisamment. Cela signifie qu'on peut commencer la vaccination contre la tuberculose aussi bien chez l'enfant d'âge préscolaire que celui d'âge scolaire ou chez l'adolescent et que la revaccination s'impose à différentes époques de la vie jusqu'à l'âge adulte.

Introduite dans la province de Québec en 1926, la vaccination par le B.C.G. a été plus répandue depuis que la nouvelle technique de la scarification a été préconisée par les chercheurs de l'Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal, sous la direction du docteur Armand Frappier.

En effet, 100 000 nouvelles vaccinations ont été pratiquées dans la province en 1951.

On a prouvé, hors de tout doute, l'innocuité du vaccin B.C.G.; alors qu'autrefois, on semblait limiter son emploi à des enfants placés dans un milieu contaminé, aujourd'hui il est reconnu que son emploi doit être généralisé car personne ne peut répondre de son entourage même dans le cadre restreint de la famille.

Quant à la protection conférée par le vaccin B.C.G., des expériences concluantes faites aux Etats-Unis par Aronson et ses collaborateurs ont prouvé qu'il est survenu moins de décès chez les individus vaccinés avec le B.C.G. que dans le groupe témoin, c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas vaccinés.

Le vaccin B.C.G. doit donc être placé au premier rang de nos moyens de défense contre la tuberculose, même si le dépistage précoce par les radiographies pulmonaires faites en série et l'hospitalisation plus rapide dans les sanatoria ont facilité la lutte contre cette maladie.

VARIÉTÉS

QUELQUES MYTHOMANES CÉLÈBRES [1]

C.-A. MARTIN (Québec).

La mythomanie provient de l'usage excessif de deux dons naturels départis, à dose variable, à tous les hommes: le mensonge et la crédulité.

Dupré, qui a créé le terme de mythomanie en 1905, la définit « une tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires...

« Si tout homme, précise-t-il, peut être, en certaines circonstances, un menteur, l'individu qui, sans motif pressant ou durable, manifeste toute sa vie, dans les occasions les plus diverses, le plus souvent sans utilité et, même, contre ses intérêts et ceux d'autrui, des tendances à mentir, est un anormal, c'est un mythomane. »

Pour mieux différencier le mythomane des politiciens, des arracheurs de dents et de tous les blagueurs que nous sommes, on peut préciser qu'il est un pervers qui exploite la bonne foi, la crédulité ou la naïveté des gens, en imaginant et en jouant un rôle qui ne correspond pas à celui de sa personne réelle, pour satisfaire ses besoins égoïstes de vanité, de sécurité, de cupidité, de lubricité, d'agressivité, etc., ou tous ces besoins à la fois.

Tout homme est menteur, comme disait le saint roi David. Mais, lui, c'est un exagérateur d'une exagération exagérée. La littérature en a immortalisé plusieurs exemples tels que le baron Munchausen, Dorante, Scapin, Tartarin, Numa Roumestan, l'illustre Gaudissart, etc.

Le nombre des mythomanes est incalculable, parce que l'association de l'égoïsme morbide, de la fourberie et des aptitudes théâtrales est fréquente et parce que la crédulité publique est si avide de mystification qu'elle demeure chroniquement insatiable.

Les types de mythomanie réalisables sont aussi très variés, parce que les besoins à satisfaire ne sont pas toujours les mêmes et, souvent, parce que les faux personnages qu'on adopte de jouer sont très divers et, même, cumulables et interchangeables chez le même individu: héritiers somptueux, revenants historiques, financiers icariens, héros intrépides, explorateurs audacieux.. enfants de Marie, Anges de vertu, saints possédés de Dieu, sorciers possédés du diable, entremetteurs omnipotents, vendeurs de lune, religieux édifiants, professeurs infaillibles, médecins omniscients, malades incurables, victimes pitoyables, incompris lamentables, gueux enguignonnés, oiseaux blessés, etc., etc.

On m'a demandé de vous parler de mythomanes célèbres. Ils ne le sont pas tous, pour deux raisons opposées: soit qu'ils soient trop habiles, soit qu'ils ne le soient pas assez. Un faux personnage peut être si bien camouflé qu'il le reste indéfiniment. Ce qui me fait croire qu'un bon nombre de mythomanes ne sont jamais dévoilés, c'est que certains autres ne sont reconnus que fortuitement, et même longtemps après leur mort. D'autres, par contre, mentent si bêtement et jouent si mal, qu'ils sont trop vite déjoués pour mériter la moindre notoriété. Témoin cette québécoise érotomane qui fit courir les policiers, les journalistes et la foule des badauds à la chute Montmorency en s'accusant d'y avoir lancé son amoureux. Elle nous valut des reportages sensationnels, accompagnés de la photographie

[1]. Conférence prononcée au cours du XXIIème Congrès de l'A. M. L. F. C., Québec, septembre 1952.

classique de « la Vache », agrémentée de cercles, de croix, de flèches, de lignes pointillées et elle fut démentie le lendemain quand la victime cria de l'Abitibi qu'elle était saine et sauve.

Parmi les célébrités, il y a même de faux mythomanes. La foi populaire a ses caprices. Par exemple Mendez Pinto, compagnon de voyage de saint François-Xavier, et James Bruce, l'explorateur de l'Abyssinie, qui découvrit la source du Nil Bleu, ont été accusés d'imposture, par les lecteurs de leurs comptes rendus, pourtant vérifiés exacts subséquemment.

La célébrité de la plupart des mythomanes est une célébrité d'actualité et ne fait pas long feu.

Dans quelques années, personne ne parlera plus du docteur Cyr. En effet, il a eu bien des devanciers, dont on ne sait plus même le nom. La leur n'est souvent qu'une célébrité d'anecdotier, de petite histoire, de chroniques judiciaires, de médecine légale psychiatrique. On n'en parle qu'entre spécialistes, comme on parle des vedettes sportives, des chansonniers français et des romanciers canadiens d'autrefois.

Les plus célèbres sont ceux qui ont récolté la plus belle moisson de dupes, même sur le plan international, et qui ont été démasqués assez clairement pour que les gobes-mouches se rendent compte qu'ils ont été servis à souhait et qu'ils en ont eu pour leur appétit.

Le mensonge du mythomane n'est pas seulement verbal; c'est une véritable histrionie, comportant un maquillage de toute la personne. Aussi arrive-t-il, le plus souvent, que le mythomane mente sur sa propre identité.

Il tente parfois de personnifier un notable dont on a perdu la trace. A part Hervagault, Mathurin Bruneau, Richemont et Naundorff, dont l'histoire est connue, on ne compte pas moins de vingt revenants de Louis XVII. Ou encore, le fourbe s'efforce de devenir un individu quelconque, pour assurer sa sécurité, ou pour se soustraire à ses obligations et à ses responsabilités.

Je laisse la parole à l'annaliste de l'Hôtel-Dieu de Québec: « Il vint en ce païs, par les vaisseaux de l'année 1714, un jeune homme fort modeste qui se faisoit appeler Mr du Pont. Il se logea dans la meilleure auberge de Québec. On remarquoit en luy quelque chose de gêné, qui fit qu'on le soubçonna d'être un moine défroqué; il s'en deffendoit de son mieux et menoit icy une vie assez réglée. Il s'informoit de toutes les coutumes de Canada et laissoit entrevoir qu'il avoit envie d'y fonder un monastère...

« Cet aventurier, qui demeura quatre ans en Canada, après avoir un peu connu la ville, se retira proche de Kamouraska a la rivière des Trois-Pistoles. Il se fit dresser dans le bois une petite cabane, environ a une lieuë et demye des habitations; il y mena une vie tres dure... Quand il eût demeuré quelques temps la bas, sa cabane brûla, et cet accident, qui n'étoit peut-être pas arrivé par hazard, le contraignit de revenir à Québec. Il y fut fort bien reçu; on le régala dans plusieurs maisons; on luy prêta des livres et on tâchoit de deviner qui il étoit sans y réüssir. On ne pût scavoir que deux ans apres que c'êtoit un Benedictin, nommé Dom Georges François Poulet. Son superieur, ayant appris de ses nouvelles, écrivit a Monsieur le Marquis de Vaudreüil, gouverneur général de Canada, pour le luy recommander comme un de ses religieux qui avoit plus de foiblesse d'esprit que de malice. Ile le pria de luy faciliter son retour en France... Il avoit été quelque tems en Hollande soûs le Père Quénel, ou il s'êtoit fortifié dans le jansénisme dont il faisoit profession ouverte. Il s'êtoit enfüit de son couvent parce qu'on le cherchoit pour l'emprisonner, et il vint en Canada déguisé en seculier. On ne voulut pas le souffrir davantage sans son habit. Monsieur Begon, intendant, luy en fit faire un de drap noir, a peu près comme celuy de cet Ordre; mais comme personne ne sçavoit au juste comment il falloit qu'il fut, il êtoit fort éloigné de la maniere dont les Benedictins sont vêtus. Il le porta cependant et trouva moyen d'eluder en 1717 son embarquement. L'année suivante 1718, étant tombé malade, on l'amena

dans nos sales ou on le traita fort proprement et charitablement. Il y êut le pourpre... Il s'embarqua sur le Cheval marin, vaisseau marchand, arriva heureusement en France, et ne manqua pas de se faire mettre l'année suivante d'une manière pompeuse dans la Gazette de Hollande comme un homme qui avait été persécuté en Canada et banni de ce païs pour la foy, parce que les Jesuites n'avaient pû souffrir l'éclat des vertus de ce grand anacorette. »

Enfin, un mythomane peut personnifier un sujet imaginaire fabuleux et fantastique, pour en réclamer les droits et prérogatives.

Connaissez-vous Don James Addison de Peralta, baron d'Arizonac et Caballero de los Colorados? C'est vrai qu'on n'en parle pas, même dans l'Encyclopédie Britannique. Pourtant, c'est un mythomane célèbre.

Les habitants de la ville de Phoenix ne le connaissaient pas eux non plus, quand, en 1883, ils apprirent par avis public, puis par la Gazette, qu'il était le seul propriétaire de 20 000 milles carrés de Territoire, dans l'Arizona et le Nouveau Mexique. Quand il comparut devant le comité institué pour enquêter sur la validité de ses droits, chacun fut impressionné par sa haute stature, sa noble élégance, ses manières courtoises, son langage raffiné, musical, agrémenté d'un petit accent espagnol, par son assurance convaincante et son sourire conquérant. Les septiques les plus obstinés durent se rendre à la lucidité de ses explications et à l'imperméabilité de sa documentation.

Ce royaume, dans les limites des Etats-Unis, avait été donné en cadeau, par le gracieux roi Ferdinand d'Espagne, le 20 décembre 1748, à son bien-aimé chevalier Don Miguel de Peralta, grand personnage de sa cour. Les détails qu'il donna de la vie de ses ancêtres, tant en Espagne qu'au Mexique, s'avérèrent authentiques, à l'examen des archives des deux continents, fait par des spécialistes, des avocats, des historiens, des experts en écriture, des détectives privés, qui s'aidèrent même d'analyses chimiques et d'investigations microscopiques. Don James montrait une lettre autographe de l'ancien président du Mexique, Santa Anna, où il disait qu'il avait examiné personnellement les actes mentionnés dans les titres de la baronie d'Arizonac et qu'il en corroborait l'exactitude.

La chose était claire. Le roi Ferdinand avait fait la concession. L'inquisition l'avait confirmée. Le vice-roi du Mexique l'avait reconnue. Les héritiers de Don Miguel y avaient droit, en vertu d'une clause du traité de Guadalupe Hidalgo, par laquelle le gouvernement américain reconnaissait la validité des concessions faites par la cour d'Espagne, avant la déclaration d'indépendance du Mexique.

Parmi les derniers descendants de Don Miguel, un pauvre mexicain, José Peralta, avait vendu ses droits, pour mille dollars, à un certain docteur Harold Williams, qui les avait vendus à Don James pour trente milles. Des actes authentiques assuraient la validité de ces transactions. Au cours de ses recherches, Don James avait découvert que la seule autre héritière, Sofia Loreta Micaela, était née le 14 septembre 1859, à San Bernardina, Californie, et il avait fait sa généalogie en détail. Quand le journaliste Bill Stuart, le plus acharné des méfiants, lui demanda comment il s'était débarassé de Dona Sofia, Don James répondit avec un affable sourire: « Dona Sofia est ma femme. »

Avec l'appui de célébrités, comme le conférencier Robert Green Ingersoll et le Sénateur Roscoe Conkling, Don James triomphait. Le chemin de fer Southern Pacific lui paya $50,000.00 d'acquittement; la mine Silver King lui versa $25,000.00 d'accompte. Tous les petits et grands manufacturiers établis sur son domaine durent prendre arrangement.

Devenu subitement millionnaire, ce roi de conte de fée se mit à vivre plus somptueusement que Don Miguel lui-même eût pu le rêver. Il dépensait cent mille dollars par an seulement pour ses voyages. Il s'acheta un palais à Saint-Louis, un à Washington, un à Mexico et un autre à Madrid. Pour continuer d'ébahir ses amis de l'aristocratie, il loua, à New-York, une suite royale à l'Hôtel

Fifth Avenue, où sa femme, dans un mouvement de munificence, lui donna deux princes du même coup. Quand ils eurent cinq ans, Don James les amena à Madrid visiter la famille royale et les petits Peralta jouèrent avec l'infant Alphonso.

Après cette consécration, survint un petit incident imprévu. Le journaliste incrédule Bill Stuart, malgré ses déboires, continuait, avec l'acharnement d'un délirant, l'examen microscopique, chimique et graphologique des milliers de vieux parchemins du dossier Peralta.

Aux archives de Mexico, il étudiait une pièce datée du 3 septembre 1759. La regardant par hasard à contre jour, il reconnut, dans la transparence de la feuille, le filigrame d'une papeterie du Wisconsin qu'il connaissait bien et qui avait été fondée près de cent ans après la date du document. Avec cet indice, il fut facile de reconnaître que tous les documents se référant à la concession Peralta étaient écrits sur le papier du Wisconsin et que toutes les autres feuilles n'y faisaient aucune allusion. Une nouvelle enquête du gouvernement révéla que le favori Miguel de Peralta n'avait jamais existé et que, pour cette raison, il était peu probable qu'il lui survive des héritiers.

On apprit le reste au procès. James Addison Reavis était un pu Américain, né au Missouri, sans une goutte de sang espagnol dans les veines. C'est durant la guerre civile qu'il avait découvert son talent pour contrefaire les écritures, en forgeant des permissions, pour lui et ses compagnons de régiment. Devenu *wattman* à Saint-Louis, il avait continué de s'exercer les doigts, comme un virtuose, pour devenir faussaire professionnel. Il opéra d'abord comme agent d'immeuble, puis comme employé du bureau fédéral d'investigation établi à Santa Fé pour étudier la validité des réclamations introduites en vertu du traité de Guadalupe Hidalgo. Il devient ainsi familier avec la géographie des Etats de l'Ouest, avec l'histoire de plusieurs nobles familles espagnoles, avec les archives et surtout avec les procédés employés par les faussaires et les techniques permettant de les détecter.

Après s'être donné la peine d'apprendre l'espagnol ancien et moderne et d'acquérir l'attitude culturelle correspondante, il se fabriqua une généalogie bien blasonnée. Il ne lui restait plus qu'à voyager au Mexique, dans l'Amérique du Sud, au Portugal et en Espagne pour introduire tout ce roman merveilleux dans les documents officiels.

En chemin, il avait trouvé, sur un ranch, Carmelita, une enfant abandonnée, née de parents inconnus, employée comme esclave, dont il décida de faire l'héroïne de son aventure. Il lui donna un nom, une famille, une culture, un mari, des enfants et l'ambition de devenir reine. Après s'être laissée duper docilement, elle eut quelque mal à se défaire de sa foi en l'honnêteté et l'origine illustre de son mari. Pendant qu'il purgeait sa sentence de six ans d'emprisonnement au pénitencier de Santa Fé, elle obtint son divorce et retourna à l'obscurité pour laquelle elle était née. Ses enfants n'eurent plus l'occasion de jouer avec Alphonso.

Reavis était au fond un romancier, mais au lieu d'écrire son œuvre, il avait préféré la vivre. Heureusement, pour la tranquilité publique, que tous les auteurs n'ont pas l'audace d'en faire autant.

* * *

Une autre façon, pour le mythomane, de mentir sur son identité, c'est de se déguiser sous les apparences extérieures du sexe opposé. Pour certain, la substitution n'est que passagère et la sexualité alternative. Tel est le cas du chevalier D'Eon, qui passa pour une femme tant qu'il porta des vêtements masculins et, pour un homme, après que la cour l'eut obligé à porter des vêtements féminins, pour en finir avec les complications entraînées par cet imbroglio. On a eu tort de le considérer comme le type du mythomane travesti, parce qu'il le fut malgré lui et protesta, toute sa vie, de son exacte masculinité, tout en refusant obstinément, cependant, de laisser voir les documents irréfutables qui étaient en sa possession.

Le cas de l'abbé de Choisy est plus typique. Le travestissement, il est vrai, lui fut inspiré par la comtesse sa mère, pour plaire à Anne d'Autriche qui, elle aussi, habillait en fille le duc d'Orléans, pour éviter que ce joli garçon porte ombrage à son aîné Louis XIV. Bien avant la période de danger, la comtesse avait pris soin de traiter le visage de son fils, avec un mélange d'eau de veau et de pommade de pied de mouton, pour faire mourir le poil dans sa racine. L'eau de veau, qui empêche de pousser, ne pouvait cependant tout faire et, à 18 ans, l'abbé dut recourir à d'autres artifices. Il s'appliqua sur la poitrine une gorge à ressort, comportant deux jolies petites vessies de cochon habillées de satin, précurseur des suppléments synthétiques en faveur chez les dépourvues et les ambitieuses de ce siècle.

Ainsi transformé, l'abbé, qui n'avait de ce titre que les bénéfices, devint orphelin et choisit, comme part d'héritage, les bijoux, les dentelles et les bibelots de sa mère. Après le deuil, il tint maison, sous le nom de comtesse de Sancy et, pour éviter le scandale, ne s'entoura que de jolies filles. Malheureusement, la plus sage et la plus assidue d'entre elles se trouva bientôt dans l'obligation de se marier d'urgence, pour sauver sa réputation. L'affaire fit quand même beaucoup de bruit et l'abbé fut invité à quitter Paris. Il disparut si bien, qu'on en perdit la trace.

Un an plus tard, dans un château du Berry, la séduisante comtesse des Barres, jolie, aimable, spirituelle et cultivée faisait tourner toutes les têtes. Comme on ne lui connaissait pas d'amoureux, une voisine songea à la marier à un ami de Paris, M. Bergeret, homme de confiance de Colbert. Elle fit tant d'éloge de la comtesse, que le premier commis du ministre accepta à être présenté. Par hasard, il avait déjà dîné chez la comtesse de Sancy et il n'eut pas de peine à reconnaître l'abbé de Choisy. Après avoir ravalé sa demande en mariage, il le sermona si bien qu'il le décida à recevoir les ordres et il l'enleva vers Rome, avant qu'il eut le temps d'enlever sa robe et sa gorge à ressort.

Devenu un prêtre exemplaire et savant, il alla convertir, chez elle, la reine du Siam. Il se lança dans la composition de grands ouvrages doctrinaux et écrivit une histoire de l'Eglise en 12 volumes. Une *Vie de Salomon,* qui lui avait fourni l'occasion de faire l'éloge du roi, lui mérita un siège à l'Académie. Par hasard, il y fut reçu par son ex-prétendant, Bergeret, circonstance qui ne s'est pas répétée depuis, entre académiciens. Pour se distraire, il écrivit encore, anonymement, *l'Histoire de Madame la Comtesse des Barres.*

Devenu vieux, blanchi et repentant, il voulut, pour rompre avec des souvenirs qui embarrassaient encore sa mémoire, revêtir une dernière fois ses chiffres et se donner un spectacle mortifiant de sa propre décrépitude. Rendu devant le miroir, il ne put s'empêcher de sourire, en soupirant: « Il y a de jolies vieilles quand même! »

* * *

Le travestissement peut durer toute la vie. Quand il n'est découvert qu'après la mort, il est bien souvent impossible d'en établir la motivation, qui peut n'avoir rien de commun avec la mythomanie.

A tout évènement, en voici un exemple qui nous touche de plus près. Il s'agit du docteur James Miranda Stuart Barry.

Il naquit en 1795, peut-être en 1790, peut-être d'un lord écossais, mais on ne sait à quel endroit. Il fut bientôt orphelin et confié à des inconnus de haut rang. En 1812, il gradua à l'école de médecine d'Edimbourg, avec une thèse intitulée *De Merocele.*

Le 5 juillet 1813, il entrait dans le service militaire comme infimier et, le 7 décembre de la même année, il fut promu assistant chirurgien. Le 2 novembre 1827, il devenait chirurgien chef. On le retrouve au Cap de Bonne Espérance, où il apprend le français et le latin, avec les enfants du Gouverneur Général, le duc de Somerset. En 1832, il est stationné à la Jamaïque et plus tard à l'Ile Sainte-Hélène. Il faillit mourir à Antigua. Il fut transféré ensuite aux îles Barbados et Trinidad. Nommé vice inspecteur général, le

16 mai 1851, il fut envoyé à Corfou, puis à Balaclava en Crimée.

Le 25 septembre 1857, il obtint la charge d'Inspecteur Général des hôpitaux du Canada, la plus haute charge du corps médical de l'armée, en cette colonie.

Il mesurait cinq pieds à peine et avait la taille mince. Avec ses cheveux roux, avec ses pommettes hautes et saillantes, il avait l'air d'un Ecossais de pure race. Il était entièrement glabre, ce qui était remarquable, à une époque où les barbes et les favoris étaient à la mode. Ses manières avaient quelque chose d'efféminé, qu'il essayait de dominer. On a dit de lui qu'il était le plus adroit des médecins et le plus bourru des hommes. Il pourtait les plus longues épées et les plus gros éperons qu'il pouvait se procurer. Sa voix haute et aigre s'accordait bien avec son caractère prétentieux et susceptible, impulsif et querelleur. Il se battit deux fois en duel, avec des individus qui avaient manqué au respect dû à son rang et l'un des adversaires y laissa sa peau.

Cependant, ceux qui le connurent plus intimement en parlent comme d'un agréable compagnon. En tous les cas, sa conversation dépassait de beaucoup en tenue, celle qui avait cours alors dans les *mess* d'officiers. Il aimait les bêtes et on le voyait souvent accompagné d'un serviteur nègre et d'un petit chien.

Il ne vécut pas longtemps au Canada, parce qu'il fut promu Inspecteur Général de tous les hôpitaux britanniques, à la tête de tout le service médical de l'armée. En 1859, soit deux ans après sa venue au pays, il fut mis à sa retraite, à demi-solde, après 46 ans de service militaire.

Il mourut à Londres, le 15 juillet 1865. Une surprise attendait les personnes chargées de son ensevelissement. L'une après l'autre, elles se frottèrent les yeux, regardèrent une deuxième fois, se consultèrent du regard et n'ouvrirent la bouche que pour convenir qu'il était indiqué d'aviser le *War Office*. L'autopsie officielle ordonnée confirma que l'Inspecteur Général était, en tout et partout et incontestablement, une femme garantie authentique. Le certificat d'autopsie, explicite et précis sur ce point, est maintenant disparu, mais le colonel Rogers et bien d'autres l'ont vu, quand il était dans les dossiers du *War Office*. On a rapporté que le corps portait les signes d'une grossesse antérieure, mais ceci est moins sûr.

Ce fut une surprise pour les contemporains, choqués d'apprendre qu'une femme avait pu occuper pareille situation. Seul, le chirurgien général, Sir Thomas Longmore, était au courant. Il avait fait cette découverte accidentellement, à Trinidad, en 1844, au cours d'une maladie de son supérieur le docteur Barry et il avait juré et gardé le secret.

On comprit mieux pourquoi le docteur Barry, malgré les aspérités de son caractère et ses fréquents manquements à la discipline, avait obtenu des promotions rapides, en sautant les étapes réglementaires, et pourquoi, malgré plusieurs actes de bravoure signalée, il n'avait obtenu aucune des décorations habituelles. On comprit que cette mascarade n'avait pu réussir qu'avec la connivence d'un puissant protecteur. On supposa que ce pouvait être le résultat d'une aventure sentimentale d'un personnage influent. La rumeur souffla même le nom du Régent, mais l'énigme n'a jamais été éclaircie.

Un fait demeure: c'est que la première femme, qui ait occupé une situation médicale, avec un doctorat en bonne et due forme, au Canada et peut-être dans tout l'empire, fut le docteur James Miranda Stuart Barry.

* * *

Sans mentir autant sur leur identité, les mythomanes peuvent mentir sur les caractères de leur personne, en jouant un rôle qui socialement ne leur appartient pas. Les exemples sont plus nombreux et généralement mieux connus. On en a relaté deux cas dans *Sélection* cette année: celui de Charles Ponzi et celui de Clifford Weyman. D'autres célébrités dans ce genre furent le marquis de Champaubert, Gaston Means et Thérèse Humbert.

Quand le rôle adopté est celui de victime et d'accusateur, les conséquences peuvent être néfastes pour les personnes faussement impliquées. L'abbé Louis Gaufridy, brave homme, saint prêtre, et vicaire des Accoules à Marseille fut mis à la question, torturé et brûlé vif, en 1610, à cause des accusations de Madeleine de la Palud, novice histérique, vaniteuse à l'excès et d'une dévotion extravagante, qui se disait et qu'on croyait possédée de démons sur lesquels les exorcismes n'avaient pas de prise. Elle resta possédée et excentrique, même après cet holocauste. Dans la région, on la surnoma Madame Belzébuth et on dut la mettre au cachot.

En 1835, le lieutenant La Roncière fut condamné à dix ans de prison, pour une accusation de tentative de viol, portée par une mythomane, qui s'était mutilée elle-même pour fabriquer des preuves. Il mourut au bagne, avant qu'on ait la preuve que cette accusation n'était qu'une pure invention.

Le reportage judiciaire naquit de la cause Fualdès, qui passionna l'Europe et les Amériques, de 1817 à 1819, surtout à cause du rôle joué par une accusatrice célèbre, Clarisse Manson. Romanesque, séparée de son mari, elle demeurait à Rodez, où Fualdès avait été tué. Pendant l'enquête, elle laissa entendre qu'elle en savait long. Demandée chez le préfet, elle proteste de son ignorance et, de retour chez elle, pour ne pas déconcevoir un si bon homme, elle lui écrit qu'elle sait tout. Elle ment pour s'accuser d'avoir menti. Sur les lieux du crime, elle s'évanouit et murmure ensuite « oui » à toutes les questions qu'on lui pose. Revenue à elle et chez elle, elle écrit au préfet qu'elle l'a trompé. Au procès l'attention se concentre sur l'énigmatique Clarisse. Qu'allait-elle dévoiler? A la barre, son premier geste fut de s'évanouir. Médusée par l'épée d'un général empressé à la secourir, elle s'évanouit de nouveau. Le premier mot sympathique du président du tribunal a le même effet que l'épée du Général. Ranimée, elle se raidit et pointant le doigt vers le plus gros des accusés elle s'écrit « Mais avoue donc malheureux » et elle s'effondre de nouveau. Tout ce qu'on put tirer d'elle, ensuite, fut qu'elle n'avait jamais été à l'endroit du crime.

Les mêmes scènes reprirent à Albi, l'année suivante, après la cassation du verdict de Rodez. D'un évanouissement à l'autre, Madame Manson distribua les accusations, les insinuations et les démentis, au gré de son inspiration. Trois inculpés furent exécutés, plusieurs autres fut envoyés au bagne, mais on ne sait pas encore qui a tué Fualdès.

* * *

Une autre façon de changer son personnage, c'est d'alléguer des hauts faits et de prétendre à des mérites extraordinaire. C'est une technique qui sied particulièrement bien à certains mystiques et à certains explorateurs. A beau mentir qui vient de loin.

Henri Louis Grin arrivait des antipodes. C'était un australien de Sydney, amateur d'histoires de marins. Il avait travaillé comme serveur, dans un restaurant, où il devint l'auditeur assidu de l'explorateur Harry Storkdale, qui lui avait même prêté le journal de ses expéditions.

Après plusieurs faillites et bien des excès alcooliques, il abandonna sa famille et à 60 ans il parvint à se rendre à Londres. Se faisant passer pour un Français, du nom de Louis de Rougemont, il intéressa l'éditeur du *Wide World,* puis toute la presse, puis les géographes et les ethnologistes, puis toute la nation et toute l'Europe, avec une deuxième version de Robinson Crusoe. On en oublia l'affaire Dreyfus.

Rejeté sur une île, seul avec un chien, après un naufrage, il s'était construit un bateau, avec lequel il avait atteint le district Kimberley, dans l'ouest de l'Australie. Là, durant 30 ans, il avait vécu comme chef d'une tribu de cannibales, avec toutes les aventures qu'une telle situation comporte.

Ce nouveau Robinson fut invité partout, et même comme conférencier de l'Association Britannique pour l'Avancement des Sciences et il resta très populaire, jusqu'à ce que sa femme fournisse des renseignements supplémentaires à la presse de Sydney. Grin s'enfuit en Suisse, puis aux Indes, où il s'illustra dans

un *music-hall,* comme « le champion du monde des menteurs ».

Pour revenir à notre siècle et rester en famille, résumons maintenant la brillante aventure d'un confrère de Brooklyn, N. Y., le docteur Frederick Albert Cook, qui atteignit le Pôle Nord, le 21 avril 1908, soit un an avant le capitaine Peary.

Il naquit en 1865, à Callicoon Depot, New-York, et gradua en médecine à l'Université de New-York, en 1890. Il abandonna bientôt sa clientèle de Brooklyn, pour s'engager comme chirurgien, dans l'expédition artique de Peary, au cours de l'hiver de 1891 - 92. Il s'enrôla aussi dans la célèbre expédition antarctique Belgica, en 1897-99. En 1903, il conduisait une équipe à l'assaut du Mont McKinley, en Alaska, et il prétendit en avoir atteint le sommet en 1906.

L'année suivante, il joignit une expédition arctique prête à tenter d'atteindre le Pôle, si l'opportunité s'en présentait. Il abandonna ses compagnons, au début de 1908, avec deux Esquimaux. Après mars, on n'entendit plus parler de lui et on supposa qu'il avait péri.

Le premier septembre 1909, arriva des Iles Shetland un court message télégraphique, qui fit rapidement sont tour du monde: « Le Pôle Nord a été atteint. » Il fut suivi d'un autre, provenant du capitaine du navire danois Hans Egede: « Nous avons à bord le voyageur américain, Dr Cook, qui a atteint le Pôle Nord, le 21 avril 1908. »

Quand le bateau arriva à Copenhague, il fut escorté, filmé et salué par des fanfares. Le Prince héritier monta à bord. A terre, le docteur se fit arracher une bonne partie de son linge par les collectionneurs de reliques. Avant qu'il fut complètement dépouillé, les journalistes de tous les coins du monde, firent cordon, pour empêcher que la chaleur de la réception ne soit fatale au héros qui avait survécu aux rigueurs de l'Arctique et ils le pilotèrent vers l'édifice de la Société Royale de Géographie.

Rendu là, il raconta son odyssée, depuis son départ secret de Gloucester, Mass., avec l'expédition John R. Bradley, jusqu'à sa course éclair jusqu'au Pôle Nord, seul avec deux Esquimaux, 36 chiens, et précisément tout et seulement l'équipement voulu, pour se tirer de multiples « imprévus », au fur et à mesure qu'ils se présentaient. La Providence l'avait suivi pas à pas et favorisé de quasi miracles, aussi souvent que nécessaire, comme il arrivera, paraît-il, à Buck Rogers au prochain siècle.

Le *New York Herald* cabla $25,000.00 pour les droits de reportage exclusif. *Le Matin,* de Paris, offrit $50,000.00 pour les droits de traduction. Un impressario new-yorkais garantit la somme d'un quart de million pour une série de conférences. En tout, on lui offrit un million et demi en quelques jours. Son séjour au Danemark fut agrémenté d'une réception du roi, d'un banquet de la Société Royale de Géographie et de parades d'étudiants. Il reçut un doctorat de l'Université de Copenhague et des médailles des sociétés savantes. Enfin, il fut l'invité d'honneur à un banquet donné aux correspondants étrangers.

C'est à l'issu de ce dîner qu'arriva, de Indian Harbor, Labrador, le cablogramme de Robert E. Peary, annonçant qu'il avait atteint le Pôle Nord, à 10 heures du matin, le 6 avril 1909. L'affable Dr Cook se déclara charmé de la nouvelle et il ajouta qu'il y avait bien assez de gloire pour deux, le pôle s'étant si longtemps dérobé.

Ce geste sportif fut fort admiré des Américains et, quand Cook arriva à New-York, le 21 décembre 1909, il fut ovationné. Au cours d'une cérémonie à l'Hôtel-de-ville, il reçut les clefs de la Métropole. Il eut toute les peines du monde à se frayer un chemin jusqu'à sa chambre, au Waldolf-Astoria.

Par contre, le rude Peary, manquant d'esprit sportif, fut sifflé. Une enquête de la presse de Pittsburgh révéla que sur 76 000 personnes interrogées, 73 000 étaient convaincues que Cook était le vrai découvreur. Et le même journal commenta la demande d'une enquête scientifique en disant: « Cook a gagné le cœur de ses compatriotes. Le peuple américain peut se permettre de rester indifférent

à toute décision des scientistes. » Au Congrès, on dut retirer un bill reconnaissant les droits de Peary, devant les charges des politiciens qui le traitaient de menteur délibéré et d'âne méprisable. Le journaliste Philip Gibbs, du *Daily Chronicle*, de Londres, qui avait eu l'occasion et la finesse de soupçonner la fraude, dès le triomphe de Copenhague, fut lui aussi accusé de mensonge et mis au rancart.

Cependant, les scientistes n'arrivaient pas à gober toutes les invraisemblances du récit de Cook. De plus, il n'avait pas d'autres témoins que deux Esquimaux inaccessibles qui avaient juré à Peary, quand il les avait rencontré à son retour, que le docteur avait passé l'hiver avec eux sur la terre ferme. Enfin, le journal et les observations astronomiques, que Cook prétendait avoir confiés à un ami dans le nord, n'arrivaient toujours pas

Pendant que Peary insistait pour que son adversaire produise des preuves scientifiques de ses prétentions, ce dernier ne s'intéressait qu'à faire une tournée de conférence aux Etats-Unis, pour mille à dix mille piastres de la soirée. Il se rendit enfin et désigna pour juger sa cause un comité d'experts de l'Université de Copenhague qui venait de lui décerner un doctorat d'honneur. Pendant qu'on étudiait ses documents, deux individus, dont un capitaine au long cours, déclarèrent sous serment que Cook les avait payés pour préparer une série d'observations astronomiques, correspondant à celles d'un explorateur qui se serait rendu au Pôle et que c'était bien ces papiers qu'il avait expédiés aux experts.

Le docteur Cook dut fuir les Etats-Unis, même avant que la commission décide que ses cahiers ne contenaient pas la moindre preuve de son voyage au Pôle. Un soir qu'il donnait une conférence à Missoula, Edward Barrill, qui lui avait servi de guide au Mont McKinley, déclara publiquement qu'il n'avait jamais atteint le sommet et qu'il avait fraudé le public en réclamant le crédit de cette ascension. La réaction qui s'en suivit l'obligea à aller se promener incognito en Amérique du Sud et puis en Angleterre. Il publia, dans le *Hampton's Magazine*, une confession de ses bourdes, ce qui lui fit retrouver le courage de rentrer au pays.

Ce courage crût, avec les années, jusqu'à la hardiesse et, en 1923, il finit par se trouver en sérieuses difficultés avec la justice. Engagé comme publiciste par des compagnies d'huile du Texas, il se livra à des manœuvres frauduleuses qui lui valurent une sentence de 14 ans de pénitencier. Le Président Roosevelt le gracia en 1933. Le grand âge le rendit inoffensif, sans altérer son charme et son affabilité. Pour satisfaire le Major Tic qui survivait en lui, il se remit à prétendre qu'il était réellement allé au Pôle et à ressasser ce qu'il avait si admirablement écrit, en 1909, au sujet de sa découverte, que le professeur Williams Lyon Phelps en avait dit: « C'est un plus grand mérite de bien écrire au sujet d'une chose que vous n'avez jamais vue, que d'écrire platement au sujet de celles que vous avez vues. »

Et ceci me fait songer à tout ce que le docteur Cook aurait pu raconter à ses clients, des découvertes faites dans leur ventre, s'il s'était orienté plutôt vers la chirurgie. Tous les docteurs Cook n'abandonnent pas leur profession.

* * *

Ce n'est pas seulement dans le domaine des explorations géographiques qu'on falsifie des découvertes. On peut encore fabriquer de la documentation historique, pas autant pour devenir célèbre que pour s'amuser de la crédulité des experts.

Il y a cent ans, l'académicien Michel Chasles était, dans le domaine des mathématiques, un de ces experts renommés. Il avait même publié un travail sur « L'attraction exercée sur un point extrême par une ellipsoïde homogène ». Ceci lui avait valu tous les titres et tous les honneurs qu'un mathématicien puisse envier. Son travail scientifique avait cultivé au maximum la lucidité de son esprit, la discipline de son imagination et la prudence de son sens critique. Son dada était l'histoire et la collection des documents.

En 1861, se présenta chez lui un petit homme obséquieux, qui disait s'appeler Vrain-Lucas. Il était le fils d'un journalier des environs de Châteaudun. Obligé de gagner sa vie dès le jeune âge, il avait travaillé comme copiste au greffe du Tribunal de Châteaudun, puis dans les bureaux d'un généalogiste de Paris. Il venait d'acheter à vil prix, de quelqu'un qui désirait conserver son anonymat, un lot de documents provenant d'une ancienne famille noble, les Boisjourdain. Ce trésor avait été expédié en Amérique, durant la Révolution, et il était longtemps resté en sécurité à Baltimore. Le bateau qui le ramenait en France fut avarié et une grande partie de ces papiers, abimés par l'eau, étaient de lecture difficile.

Vrain-Lucas apportait comme échantillon quelques lettres détériorées, pour que le grand savant exprime son opinion sur leur valeur éventuelle. Il s'agissait par hasard de lettres autographes de Pascal, où il exposait au chimiste anglais Robert Boyle, dès 1648, les lois de l'attraction universelle, que Newton ne devait publier à son crédit que vingt ans plus tard. Tout ce qu'il y avait de français, de savant et d'historien dans M. Chasles se mit à frétiller. Toujours affable, Vrain - Lucas ajouta que, si ces documents intéressaient, il pourrait en fournir d'autres semblables. L'enthousiaste M. Chasles voulait toute la collection. Le complaisant Vrain-Lucas l'avertit qu'il serait imprudent de tout livrer d'un seul coup, parce qu'il y en avait bien pour remplir trois voitures de déménagement. Le modeste copiste voulut bien s'entendre pour apporter tous les jours un petit lot de pièces prises au hasard, que l'illustre mathématicien déchiffrait, démêlait et classait, en attendant la suite des feuilletons. Ce travail prit bientôt tout son temps, car le fonds Boisjourdain était inépuisable et varié de façon à satisfaire tous ses goûts!

Autres lettres de Pascal dont l'authenticité est admise, lettre de Jacques II à Newton, lui reprochant royalement son indélicatesse, communications inédites de Galilée à Pascal, rapport du grand inquisiteur de Florence, autographes de Cassini, de Huyghens, de Leibnitz, d'Antoine de l'Hôpital, de Bernouilli, etc., de quoi satisfaire le savant. Lettres d'Alexandre le Grand à Aristote, d'Archimède à Néron, de Pythagore à Sapho, de Lazare le Ressuscité à saint Pierre, billets doux de Cléopatre et de Marie-Madeleine, de quoi satisfaire l'historien. Ces lettres, écrites en vieux français, était une traduction d'Alcuin, revues et corrigées, sept siècles plus tard, par notre confrère Rabelais.

Le 8 juillet 1865, M. Chasles rayonnant, pouvait présenter à l'Académie des Sciences la série des lettres de Pascal établissant sa découverte de la gravitation universelle. Ce fut un rude coup pour les Anglais, une révélation inattendue pour le monde savant et la perspective d'un grand ménage à faire dans l'histoire des sciences. Il y eut bien quelques sceptiques. Leverrier parla de faux. Mais, au cours de la discussion qui s'ensuivit, on trouva réponse à toutes les objections, dans de nouveaux extraits de la collection Boisjourdain, Pascal ayant pris la précaution de répondre à ses contradicteurs 200 ans à l'avance. L'abondance même de ces références opportunes permit au bout de huit ans de dévoiler la fraude.

Vrain-Lucas tardant à livrer 3 000 pièces promises. M. Chasles, inquiet, le fit surveiller et l'on découvrit qu'il était en train de les écrire, comme il avait fabriqué le reste au fur et à mesure, en se laissant orienter par le courant des événements. En huit ans, il avait fournit 27 000 pièces qui lui avaient rapporté 140.000 francs.

En février 1870, son procès fut désopilant. Maintenant qu'on en savait la provenance, tout le monde, sauf M. Chasles, se tordait à la lecture des lettres de Socrate, de Cicéron, d'Hérode et des Mémoires de Vercingetorix. Il ne manquait qu'une lettre de menaces de Caïn à Abel. Vrain-Lucas, l'érudit pince-sans-rire, allégua son désintéressement comme excuse, mais il écopa de deux ans de prison.

Personnellement, je suis porté à discuter pareil jugement. Si le seul mal commis par Vrain-Lucas fut bien de montrer comment il

est facile de tromper le monde et même les savants, j'estime qu'il a mérité son salaire, encore plus que les *great* hypnotiseurs, qui exploitent la crédulité des naïfs, sans les tirer de leurs erreurs et sans rien démontrer du tout, sinon qu'il est possible de passionner les gens avec les plus grandes platitudes, en leur disant qu'il y a du mystère dessous. Qu'on pense à la formidable érudition dépensée par Vrain-Lucas, pour hypnotiser son auditoire de sommités et pour satisfaire leurs désirs les plus compliqués. Bien des gens ont reçu la Légion d'honneur pour des exploits de bien moindre envergure. Si on y substitua deux ans d'emprisonnement, ce dut être pour dédommager un membre de l'Institut des accrocs faits à son amour-propre.

Ce cas, comme bien d'autres, fait voir tout le mal que le mythomane peut se donner pour réussir sa duperie. Ce rôle qu'il adopte devient la grande entreprise de sa vie et engloutit toutes ses aptitudes et ses énergies. Les solutions simples et directes n'ont pas d'intérêt pour lui et les détours qu'il imagine ne sont jamais assez compliqués.

Ce dernier cas démontre, encore mieux que les autres, que dans toutes ces fumisteries les responsabilités sont partagées. Si le mensonge est régulièrement utilisé comme technique d'ajustement, c'est qu'il s'est avéré une méthode profitable. Pour remplir son office, il faut que le mensonge soit cru. Son efficacité se mesure à la crédulité de ceux à qui il est servi. Or la crédulité humaine est un abime sans fond que tous les mensonges passés et futurs n'arriveront jamais à combler. Il n'y a rien que les gens soient mieux disposés à admettre que ce qui n'a pas de sens, que ce qu'ils ne comprennent pas du tout. Les esprits omnivores, dépourvus de sens pratique, avalent la bêtise à plein gosier. Le mensonge est respecté parce que, selon la remarque d'Erasme « l'esprit de l'homme est ainsi fait que le mensonge a cent fois plus de prise sur lui que la vérité ». Si les mythomanes sont coupables de fourberie, leurs victimes sont souvent coupables d'imprudence et de naïveté. Le vice des uns n'excuse pas celui des autres. Aussi, l'auteur du Livre des Proverbes a-t-il cru bon de dire: « L'homme simple croit à toute parole, mais l'homme prudent veille sur ses pas. Les jugements sont prêts pour les railleurs et les coups pour le dos des insensés. »

POUR LA CLARTÉ ET LA SAUVEGARDE DE LA LANGUE MÉDICALE FRANÇAISE[1]

Professeur Pierre MAURIAC (Bordeaux).

J'ai parfois rêvé d'assises médicales où siégeraient les représentants de toutes les classes de la profession, depuis l'étudiant jusqu'à l'académicien, et où seraient présentés des cahiers de doléances d'ordre scientifique. Bien des requêtes pourraient y être portées. Mais aujourd'hui, après avoir rejeté rageusement deux publications médicales qui m'offraient une pâture inassimilable, il me paraît que certains sujets de plainte devraient faire l'accord de la grande majorité des médecins. Je veux parler des travaux forcés auxquels les soumet la lecture de leurs journaux.

Tant de choses nouvelles paraissent tous les jours, et nous sont proposées comme définitives, que notre pauvre cervelle en est tourneboulée. D'une capacité limitée, elle se vide d'un côté pour se remplir de l'autre; et dans un tohu-bohu étourdissant, on en arrive à jeter par dessus bord ce qui paraissait essentiel, pour engranger une moisson où l'ivraie l'emporte trop souvent sur le bon grain.

C'est là, dira-t-on, la rançon du progrès, trop rapide, trop étendu pour notre entendement, et à quoi nous ne pouvons rien.

Nous pourrions peut-être alléger le surmenage cérébral, en renonçant à certaines traditions aujourd'hui périmées, et en renouant avec le souci de la clarté d'expression qui fut celui de nos pères.

Je trouve d'une hypocrisie qui ne trompe personne, ce brevet de détachement que chacun se donne en ne jamais citant dans un article le nom d'une spécialité. Seule l'appellation scientifique doit désigner le médicament.

J'ai sous les yeux un travail sur le traitement de la maladie de Basedow. De la thiourée au thiobarbital, une longue liste de drogues me sont proposées, en passant par le thiouracil, l'aminothiazol, le 5 méthyl thiouracil, le 4 méthyl thiouracil, le 6 propyl thiouracil, le 4 méthylthionine, le 1-méthyl-2-mercapto amidazol, toutes plus efficaces les unes que les autres.

Comment le praticien, et aussi le professeur, s'y reconnaîtraient-ils, si le nom de la spécialité ne suit pas le nom scientifique? Il m'importe peu de savoir qu'un malade s'est bien trouvé du tartrate de phényl-1-amino-2 propane, si l'on ne me dit que dans l'officine du pharmacien, ce monstre a nom Maxiton. C'est aux vertus du priscol que je m'intéresse et non à celles du 2-benzyl-4,5-imidazoline.

Bien plus, aujourd'hui, par un raffinement qui trouve sans doute son excuse dans la longueur démesuré des étiquettes chimiques, on affecte à trop de drogues un numéro suivi d'une lettre; à nous de savoir à quel corps à quelle spécialité ce chiffre correspond. J'ai connu un aimable imbécile qui se vantait de dire l'origine et l'âge de toutes les automobiles d'Europe par le simple déchiffrage de leur plaque d'immatriculation.

Ainsi célèbre-t-on les bienfaits du 2987 RP, du 2249 F ou l'inconstance du H 365, du 3356 RP, etc., à quoi nous préférerions qu'on nous parlât de Diparcol, de Dilvasène, de Frenantol, de Parsidol.

Qu'il y ait des acrobates de la mémoire pour jongler sans erreur avec ces chiffres et ces appellations chimiques, je le sais, mais ne les admire guère. Je les plains seulement de se croire obligés à une gymnastique inutile alors que tant d'autres vrais secrets les appellent.

La seconde doléance que j'exprimerais, si ma voix avait quelque chance d'être entendue dans les hauts consistoires de la médecine, c'est la gêne qui s'empare du lecteur devant

1. Extrait du *Bulletin* de l'Association des Médecins de Langue française, Tome 2, No 3, p. 31, 1952.

l'abus des noms propres en biologie et en pathologie.

J'écoutais il y a quelques mois une discussion sur les diverses réactions biologiques proposées pour dépister les troubles fonctionnels du foie. Le test de MacLagan était comparé à celui de Hanger, celui-ci à l'épreuve de Quick, ou à celle de Henckel, puis à celle de Gros. On en vint ensuite à la réaction de Takata et à celle de Wunderly et Wechmann; et quand, en fin de séance, on arriva au B. S.P. et au P.T.C.P. la discussion tourna court; les bancs de l'amphithéâtre étaient vides.

Malheureusement le même abus des noms propres gagne la pathologie. Il en sera bientôt comme de la Légion d'Honneur; il aura manqué sa carrière le clinicien qui n'aura pas donné son nom à une maladie.

Je m'en voudrais de faire de la peine aux heureux pères qui ont tenu une maladie sur les fonds baptismaux et lui ont légué leur nom. C'est une immortalité relative qui durera bien autant que la maladie découverte... et que la mode des patronymes.

Ainsi tout serait pour le mieux, si la médecine ne s'en trouvait un peu plus obscurcie. Je veux bien qu'on me parle des maladies de Plummer-Vinson, de Ritter, de Schamberg, de Steinert, de Sternberg, etc... et du syndrome de Felty, de Megs, de Sjogren, etc... Je trouve encore mieux qu'on fasse une place au syndrome de Mauriac; mais je ne verrais que des avantages à ce qu'on donne la priorité aux signes principaux du syndrome (diabète hépatomégalie, nanisme, obésité par exemple). Tout le monde y trouverait son compte, le lecteur et le bienheureux Patron.

Enfin, l'Association des Médecins de langue française se devrait d'être la gardienne vigilante du trésor dont elle se réclame.

Le temps est passé hélas! où tous les médecins écrivaient correctement. Aujourd'hui les néologismes poussent à foison dans un galimatias attristant. Sans compter l'agent *stressant* américain qui se fait tous les jours plus agressif.

Mais il y aurait trop à dire, et trop de soumissions complices à dénoncer...

« Caveant consules ne quid detrimenti lingua capiat ».

La langue médicale française, celle de Laënnec, de Claude Bernard, de Trousseau est en danger.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

L'OPHTALMOLOGIE ET LE MÉDECIN PRATICIEN[1]

René CHARBONNEAU,
Ophtalmologiste à l'hôpital Notre-Dame (Montréal),
Ophtalmologiste consultant à l'Hôtel-Dieu de Sorel.

Le titre de ma causerie, ce soir, sera : « L'ophtalmologie et le médecin praticien ».

Je n'ai pas l'intention de vous donner un cours car vous connaissez tous, très bien, les points que je toucherai, mais je crois qu'il est bon, de temps en temps, de rafraîchir sa mémoire et, par conséquent, si vous me le permettez, je me contenterai de vous faire un bref rappel anatomique de l'œil et de ses annexes, en appuyant sur les principales lésions pathologiques susceptibles d'attaquer les différents tissus oculaires et intéressant le praticien en général. Quelques applications pratiques seront faites au fur et à mesure.

Ayant de procéder, il existe trois termes ou applications que j'aimerais à définir, non que vous ne les sachiez pas, mais bien pour vous y faire penser afin d'éclairer vos clients. Il s'agit de la distinction entre *opticien, optométriste* et *ophtalmologiste* ou oculiste.

L'*opticien* est l'individu qui s'occupe de la préparation des verres et du montage de la lunette pour la vente au public agissant d'après la prescription du médecin oculiste ou de l'optométriste.

L'*optométriste* est celui qui a le pouvoir et le droit d'examiner la vue pour prescrire des verres et qui, en plus, vend ses lunettes. En aucun temps, il n'a le droit de prescrire des médicaments ou de s'en servir, et ne peut traiter les pathologies oculaires.

L'*ophtalmologiste* (du grec) ou oculiste (latin) est le médecin spécialisé dans les maladies de l'œil et de ses annexes ayant fait des études post-universitaires tant au point de vue de la pathologie oculaire qu'au point de vue réfraction, ou examen de la vision et prescription de lunettes. Il est le seul des trois à avoir droit au titre de « docteur » surtout dans notre Province où la loi réserve ce titre à la profession médicale. D'habitude, surtout dans les grands centres, l'oculiste ne vend pas de lunettes mais réfère son client, avec une prescription, à un opticien compétent et ne devrait pas exiger de ristourne sur le prix des verres . . .

D'après ces courtes définitions sur lesquelles je ne veux pas m'étendre, je crois qu'il est de notre devoir et de notre droit d'éduquer le public sur l'importance de faire examiner ses yeux par un oculiste compétent qui fera un examen *médical* complet des yeux et ne prescrira des verres que si nécessaires.

Ceci dit, passons à notre sujet. Mon intention est de vous décrire les différents tissus allant d'avant en arrière.

D'abord nous avons les paupières dont le rôle est de protéger l'œil en autant qu'elles puissent se bien fermer. La musculature de la paupière est double. Le releveur de la paupière supérieure innervé par le moteur oculaire commun, sert à fermer les paupières. Une paralysie du releveur provoque une ptose ou chûte de la paupière supérieure qui peut être complète ou partielle, de même qu'une paralysie du facial empêche les paupières de se fermer et expose le globe oculaire, surtout la cornée à des dégâts qui peuvent être très graves et sur lesquels je reviendrai plus loin.

Sur le rebord palpébral, en plus des cils, il y a les ouvertures des différentes glandes, de Zéis (glandes sébacées ciliaires) ou de Moll

1. Communication au Bureau médical de l'Hôtel-Dieu de Sorel, mai 1952.

(glandes sudoripares) dont l'inflammation aiguë nous donnera un « hordéolum » ou orgelet, très souvent appelé « ordilleux » par le peuple.

Les glandes de Meibonius, situées dans le viennent aussi s'ouvrir au rebord palpébral tarse ou squelette cartillagineux des paupières, et une inflammation de ces glandes nous donnera un « chalazion » apparaissant sous forme de tuméfaction plus prononcée soit sous la peau à l'extérieur ou sous la conjonctive à l'intérieur.

L'orgelet, dont le microbe est ordinairement le staphylocoque, dure 3 ou 4 jours et aboutit d'habitude, seul, sans incision. Le traitement sera celui des infections localisées, soit: de la chaleur humide sous forme de compresses humides chaudes pendant 15 à 20 minutes 4 fois par jour suivies d'application d'une pommade contenant un antiseptique tel le sulfathiazol à 5 pour cent.

Les orgelets à répétition peuvent être dus à un déséquilibre d'ordre général ou, très souvent, à une erreur de réfraction.

Le chalazion peut être traité de la même manière, en ajoutant les massages, mais ordinairement lorsque le kyste est formé, il faut l'enlever chirurgicalement sous anesthésie locale.

Le rebord palpébral peut être le siège d'une *blépharite* soit chronique simple ou squameuse, soit ulcéreuse.

Dans le premier cas, lorsqu'on enlève les squames, il n'y a pas d'ulcération et si les cils tombent, ils repoussent.

L'étiologie des blépharites peut-être d'origine générale ou locale chez les gens exposés à la lumière vive, aux poussières, à la fumée, etc.

Dans tous les cas de blépharites, il faut faire une réfraction minutieuse afin de déceler la moindre erreur de vision surtout l'astigmatisme.

Le traitement sera, ici, d'ordre général: régime, tonique, etc., et local, par application de fomentations chaudes 4 fois par jour suivie d'une pommade antibiotique. Il est important que les croûtes soient enlevées après détersion avant d'appliquer le médicament.

Une condition pathologique assez fréquente de la peau des paupières est l'eczéma qui peut faire partie d'un eczéma généralisé ou simplement localisé. Souvent, c'est une condition allergique aux cosmétiques ou même à la monture des lunettes. Le traitement est surtout causal et le meilleur résultat est obtenu en se contentant d'applications humides chaudes sans aucun médicament.

Il existe d'autres anomalies pathologiques du rebord palpébral tel l'entropion, où la paupière tourne en dedans vers l'œil qui est lésé par les cils: ou l'ectropion où la paupière tourne en dehors. Ces conditions relèvent, je crois, de l'oculiste.

Le ptosis, ou chute de la paupière supérieure, dont j'ai fait mention plus haut, peut être congénital, héréditaire, ou acquis. Cette anomalie peut intéresser le praticien, surtout lorsqu'il s'agit d'un ptosis absent le matin et apparaissant à la fin de la journée après fatigue. Cette condition est très souvent le premier symptôme d'une *myasthénie grave* dont la présence peut être confirmée par le test à la *prostigmine* à raison de 15 mgm. de 3 à 10 fois par jour.

Une fermeture incomplète des paupières ou *lagophtalmos* peut être due à une paralysie du facial, à une protusion du globe oculaire ou à une malformation congénitale telle l'absence des paupières partielle ou totale. Dans ces cas, il faut surveiller la cornée qui s'ulcère facilement et peut causer la perte de l'œil.

Bien d'autres conditions pathologiques des paupières peuvent se rencontrer, tels le trichiasis, le symblépharon, les tumeurs, etc.

Je pense que ces cas doivent être référés à qui de droit.

Passons maintenant à l'appareil lacrymal composé de glandes lacrymales principales et accessoires, les premières situées à l'angle supéro-interne de l'orbite, les accessoires dans les paupières mêmes et les canaux ou voies lacrymales par où s'écoulent les larmes. Les voies lacrymales comprennent d'abord les ca-

nalicules s'ouvrant à la partie interne des paupières supérieures et inférieures par le point lacrymal et cheminant dans l'épaisseur des paupières en convergeant vers l'angle interne où ils s'unissent pour entrer dans le sac lacrymal lequel s'ouvre à son tour dans le canal lacrymo-nasal qui se termine dans le méat inférieur du nez.

Une obstruction des voies lacrymales provoque de l'épiphora ou débordement des larmes.

Une inflammation du sac nous donne une dacryocystite qui peut être aiguë, suppurée, ou chronique et due ordinairement à une obstruction du canal nasal. *La dacryocystite aiguë* se présente sous forme d'abcès dans le coin interne de l'œil avec température élevée, réclamant l'intervention chirurgicale si les moyens habituels ne suffisent pas au bout de 24 heures ou 48 heures.

La dacryocystite chronique se manifeste par du larmoiement et la pression du sac provoque l'apparition d'une sécrétion mucopurulente par les points lacrymaux.

Le traitement est du domaine du spécialiste qui fera des lavages répétés, des sondages et une dacryocystorhinostomie si indiquée.

Passons maintenant à la conjonctive, cette membrane mince, transparente, très vascularisée, qui recouvre la face postérieure des paupières, se recourbe pour former les culs de sac palpéraux du globe oculaire et s'arrêter au pourtour de la cornée.

Parmi les maladies de la conjonctive susceptibles d'intéresser le médecin praticien, il faut d'abord noter la *conjonctivite* purulente caractérisée par la présence d'une inflammation aiguë, purulente, généralement due au gonocoque plus souvent qu'à tout autre organisme. Chez l'adulte, elle est habituellement unilatérale au début et s'accompagne presque toujours d'une arthrite localisée.

Chez le nouveau-né, elle peut être bilatérale. Elle se manifeste par la présence rapide et profuse d'une sécrétion purulente dont l'examen microscopique confirme le diagnostic. C'est une affection très grave, contagieuse, mais qui, heureusement répond très bien à la médication antibiotique locale et générale. Il est très important de la prévenir chez le nouveau-né, en instillant dès la naissance dans les deux yeux soit de l'argyrol à 10% ou à 20% ou encore de l'onguent sulfathiazole ou pénicilline.

Une autre forme de conjonctivite assez fréquente est l'infection *catharrale aiguë*, où la conjonctivite palpébrale est gonflée, veloutée et plus ou moins rouge selon l'intensité de cas. Les paupières sont collées le matin et il existe une sécrétion mucoïde marquée. Plusieurs microbes peuvent être en cause et les plus fréquents sont le Morax Axenfeld, le Koch-Weeks, le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque.

Cette condition peut devenir chronique et alors la sécrétion est moins abondante.

Avant d'instituer un traitement, il est bon de faire un prélèvement des sécrétions oculaires afin de faire une identification microbienne et un test antibiotique.

Le traitement consistera, encore ici, en application 4 fois par jour de pansements humides chauds suivis de l'antibiotique approprié. Le port de verres fumés est conseillé . . .

Il existe bien d'autres formes de conjonctivites telles: 1. la conjonctivite folliculaire; 2. le trachome; 3. la conjonctivite de Parinaud qui s'accompagne d'une hypertrophie du ganglion préauriculaire; 4. le catharre printanier avec sensation intense de grattage; 5. le pemphigus; 6. la conjonctivite phlycténulaire sur lesquelles je ne crois pas devoir m'étendre davantage.

Le ptérygion est aussi une affection de la conjonctive bulbaire et consiste en une excroissance triangulaire dont la base est d'habitude au canthus interne de l'œil et dont l'apex se dirige vers la cornée pour finalement l'envahir. Le seul traitement est strictement l'intervention chirurgicale.

Plusieurs maladies de la conjonctive rendent l'œil rouge et il est important de faire le diagnostic différentiel entre la rougeur oculaire due à une conjonctivite et celle due aux

maladies des tissus plus profonds tels l'iris, le corps ciliaire ou la choroïde.

Les maladies de la cornée, appelées kératites, peuvent se présenter sous forme d'ulcères soit superficiels, soit profonds; ou de lésions du tissu propre de la cornée, dans les kératites interstitielles qui sont presque toujours ou tuberculeuses ou syphilitiques.

Dans toutes les kératites, il existe de la photophobie et du larmoiement et leur traitement est sûrement réservé au spécialiste d'autant plus que le diagnostic précis se fait par l'examen à la lampe à fente, souvent après une instillation de fluorescéine qui colore en vert toute lésion de l'épithélium cornéen.

La sclérotique peut aussi être le siège d'inflammation qui nous donnera des sclérites ou des épisclérites avec un œil plus ou moins rouge et dont la cause est presque toujours obscure.

L'iris, le corps ciliaire et la choroïde forment le tractus uvéal dont l'inflammation appelée uvéite, excepté lorsqu'elle est due à un traumatisme, est une manifestation toxémique. Elle peut être causée par une maladie générale telle la syphilis, la tuberculose, ou le diabète; une infection locale, telle une carie dentaire, de mauvaises amygdales ou une sinusite, peut la déclancher. Il faut aussi se méfier du rhumatisme ou de la goutte.

Lorsque l'iris seul est pris, il s'agit d'un iritis. Si le corps ciliaire est pris, on aura une cyclite, mais la plupart du temps, l'iris et le corps ciliaire sont touchés et l'on a alors une iridocyclite.

Les signes principaux des iridocyclites et des uvéites consistent d'abord en une forte douleur oculaire, avec photophobie et larmoiement. La pupille est contractée, irrégulière; l'œil est plutôt *mou* et plus ou moins rouge présentant ce qu'on appelle une « injection ciliaire » et il est temps, ici, de donner les caractères distinctifs entre la rougeur due aux conjonctivites et celle due à l'uvéite:

Injection conjonctivale	*Injection ciliaire*
1) Provient des vaisseaux postérieurs de la conjonctive.	1) Provient des vaisseaux antérieurs ciliaires.
2) Accompagne les maladies de la conjonctive.	2) Maladies de la cornée, iris et corps ciliaire.
3) Sécrétions plus ou moins abondantes, muco-purulentes ou purulentes.	3) Fréquent écoulement de larmes, pas de suppuration.
4) Très accentuée dans le fornix de la conjonctive.	4) Très marquée immédiatement autour de la cornée.
5) Couleur brillante, rouge brique.	5) Couleur rose ou lilas.
6) Vaisseaux volumineux, tortueux, anastamoses, superficiels.	6) Vaisseaux petits, rectilignes, profonds.
7) Vaisseaux mobilisables.	7) Vaisseaux immobilisables.

Le traitement de l'iritis est d'abord causal. Rechercher et faire disparaître tout foyer d'infection. Faire radiographier les gencives et les sinus, etc.

Pansements humides chauds. Antibiotiques. Pénicilline, 400 000 u. S. P., une fois par jour. *Protéinothérapie*, lait. Vaccins antityphiques. *Cortisone*. Verres fumés. Repos. Aspirine 4 fois par jour.

Il faut dilater la pupille pour empêcher les synéchies postérieures et la soudure de l'iris au cristallin ce qui nuirait considérablement à la vision.

Le meilleur mydriatique (dilatateur de la pupille) est l'atropine que l'on instille 3 fois par jour.

Il faut se souvenir que l'atropine est un médicament dangereux qui élève la tension oculaire; c'est pourquoi il faut surveiller l'œil au point de vue tension afin qu'il ne se produise pas de glaucome.

Je ne m'étendrai pas sur les maladies de la choroïde et de la rétine, ce qui pourrait faire un volume complet. Je me bornerai à vous dire que l'examen minutieux du fond de l'œil peut aider le médecin dans l'évolution

et le traitement de l'hypertension, le diagnostic et le traitement du diabète.

Il reste plusieurs points sur lesquels nous pourrions discuter, mais il en est deux en particulier qui intéressent tout le monde: ce sont le glaucome et le strabisme.

Le glaucome est une maladie oculaire fréquente qui a pour signe caractéristique une augmentation de la tension oculaire.

Le glaucome peut être: 1. primitif, quand il n'a pas été précédé par une maladie antérieure de l'œil; 2. secondaire quand il est le résultat d'une maladie pré-existante de l'œil, i. e. iritis, kératite, traumatisme, cataracte, etc.

Le glaucome primitif peut être: 1. congestif ou inflammatoire; 2. non congestif ou simple.

Le glaucome congestif aigu se divise en trois stades: *a*) prodromique, *b*) actif, *c*) absolu.

a) Le stade *prodromique*, non constant, est caractérisé par une *diminution de l'acuité visuelle*: arc-en-ciel autour des lumières (cornée double). Sentiment de *pesanteur* ou douleur légère dans l'œil et la tête. *Pupille* un peu dilatée, paresseuse. *Tension* augmentée et souvent rougeur péri-cornéenne.

b) Le stade *actif ou aigu*: attaque soudaine, obscurcissement subit de la vue. *rétrécissement du champ visuel* surtout du côté nasal: *douleur sévère* dans l'œil avec irradiation le long du cinquième nerf crânien, violente céphalée. Nausées, vomissements, quelquefois confondus avec coliques hépatiques. Augmentation de la tension, gonflement des paupières, chémosis. Cornée trouble, insensible. Injection péricornéenne. Chambre antérieure basse. Pupille dilatée, immobile, présentant souvent un reflet verdâtre qu'il ne faut pas confondre avec une cataracte. Le fondus ne peut être vu.

Laissée à elle-même, la crise peut se passer mais en laissant des dégâts considérables dans l'œil. Vision moins nette. Champ visuel rétréci. La pupille reste dilatée.

Il peut se produire plusieurs attaques qui laisseront l'œil de plus en plus endommagé jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de vision et, alors, on a *c*) le stade de *glaucome absolu.*

Dans le *glaucome simple,* les symptômes extérieurs font défaut, il n'y a ni attaque inflammatoire, ni douleur. Le diagnostic se fait au cours d'un examen sérieux des yeux avec étude du champ visuel et du fond de l'œil.

Le traitement du glaucome est, d'abord, médical, puis, chirurgical.

Lors d'une crise aiguë, il faut mettre le malade au repos, lui prescrire des sédatifs et instiller de l'éserine à un demi pour cent associée à la pilocarpine 1 pour cent, au moins à toutes les deux heures avec des pansements humides chauds. Si, au bout de douze heures, il n'y a pas de rémission complète, il faut opérer d'urgence.

S'il y a rémission, le glaucome aigu devient chronique. Alors il faut prescrire un myotique (pilocarpine à 1%) qui devra maintenir la tension normale.

Si un myotique instillé 4 fois par jour ne maintient pas la tension normale, la vision, le champ visuel et la papille dans les limites normales, il faut opérer si l'on veut éviter *la cécité.*

Au sujet de la *cataracte*, il n'y a que l'intervention chirurgicale qui puisse être efficace et je ne connais aucun médicament capable de l'enrayer.

Quant au *strabisme*, il est un point bien important qu'il faut retenir et c'est le suivant: « Les enfants souffrant de strabisme doivent être traités le plus tôt possible, si l'on veut développer chez eux l'usage des *deux* yeux. »

CONGRÈS

XIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINE

29 OCTOBRE 1952

La tendance est définitivement établie, chaque année octobre nous ramène le congrès de Boston depuis 1936, année de la fondation de l'Association et de la première rencontre. C'est aussi la tradition que l'A. M. L. F. C., puisqu'elle contribuait à la naissance de cette organisation, manifeste à nos confrères franco-américains toute sa sympathie et leur offre sa collaboration.

Le président de l'Association Médicale Franco - américaine, le docteur Girard, de Manchester, et le docteur Robert Beaudoin, secrétaire, avaient préalablement demandé à notre association le nom de quelques conférenciers et c'est avec plaisir que le Directeur Général et le secrétaire-trésorier général de notre groupement acceptaient cette aimable invitation. C'est à l'hôtel Kenmore que les dentistes et les médecins franco-américains se réunissaient le 29 octobre, pour discuter de leurs problèmes respectifs.

Au début de la séance, le docteur Girard, après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes, déclare le XIVème congrès ouvert et présente le premier conférencier, le docteur Louis Phaneuf, de Boston. Le président attire notre attention sur l'insigne honneur qui rejaillit sur le docteur Phaneuf, à l'occasion du doctorat *honoris causa* que lui décernait récemment l'Université Laval de Québec, en reconnaissance de son travail et de sa haute réputation.

A la suite de l'historique de la question du prolapsus utérin, le professeur Phaneuf décrit cette opération de Manchester, qui consiste à amputer le col et à aviver en forme de triangle sur la ligne médiane de la paroi du vagin afin d'en provoquer le rétrécissement, après le rapprochement des surfaces avivées. C'est une opération simple, qui est pratiquée en dehors de la cavité péritonéale et les résultats portent sur son expérience de la période comprise entre le premier janvier 1933 et le premier juin 1952. Toutefois, des complications possibles, adhérences du col, hémorragies secondaires du col, rétrécissement accentué du vagin, sont minimes en regard des avantages retirés par la patiente et les résultats sont constamment bons, ne laissant place qu'à 8 pour cent de récidive et encore s'agit-il ici de traumatisme par poussée intérieure, à la suite d'efforts. Aucune mortalité n'a été enregistrée.

Le président présente ensuite le docteur Roma Amyot, professeur à l'Université de Montréal, rédacteur en chef de *L'Union Médicale du Canada,* chef du service de neurologie de l'hôpital Notre-Dame de Montréal. Le docteur Amyot, qui avait participé aux assises de l'Association Médicale Franco-américaine en 1942, traite des données récentes sur les algies du membres supérieur. Autrefois, ces douleurs du membre supérieur étaient mises au compte du rhumatisme, parce que l'on ne trouvait pas alors d'autres causes. Aujourd'hui, ces affections sont définies sous le nom d'acroparesthésie, de périarthrite de l'épaule, de hernie discale cervicale ou de syndromes de la côte cervicale et du scalène antérieur. Le rapporteur donne l'étiologie et la description des troubles qui comportent des symptômes variés conduisant d'une manière sûre au diagnostic et au traitement médical d'abord, puis chirurgical si le premier ne peut corriger la situation.

Le docteur Paul Robert, présenté à l'auditoire, est président actuel de la Société Médicale de Montréal, professeur de médecine à l'Université de Montréal et médecin de l'Hôtel-Dieu. Les cholécystites calculeuses et non calculeuses fut le sujet de la conférence et le rapporteur expose habilement le mécanisme de la formation des calculs dans la vésicule ou l'étiologie de la cholécystite chronique.

Après de nombreuses questions posées par l'auditoire aux conférenciers, le président remercie ces derniers et s'excuse de jeter une note triste sur l'assemblée en nous apprenant le décès, survenu la semaine dernière, de notre confrère le docteur Aurèle Savoie, de Springfield, Mass.

De leur côté, les dentistes, sous la présidence du docteur Bertrand - L. Chabot, de Lewiston, Maine, avec comme vice-président le docteur Fernand-B. Hamel, le docteur Normand-J. Paquette, secrétaire - trésorier, tenaient deux séances: celle de l'avant-midi du 29 octobre, où le clinicien, M. A. Desnoyers, de Fitchburg, Mass., traitait de « la cure sèche pour dentiers en acrylique », et celle de l'après-midi, avec un conférencier de l'Université de Montréal, le docteur V.-A. Dubé, qui parlait de « la prothèse complète », en exposant « les facteurs essentiels dans la fabrication d'une pièce de prothèse complète afin d'en obtenir les services désirés ».

Le programme des dames fut une attraction bien goûtée par les épouses des congressistes. Conviées à un déjeuner dont les présidentes étaient Mesdames Chabot et Girard, elles fraternisaient ensemble, pour ensuite écouter la conférencière, Madame William Ulmer, de Boston, qui les intéressa sur l'« empaquetage et décors de Noël ».

Après la séance scientifique de l'après-midi, l'Association Médicale Franco-américaine tint son assemblée générale pendant laquelle furent discutés les intérêts de l'Association et eurent lieu les élections qui ont donné les résultats suivants pour le terme 1952-53:

Président: M. le docteur Auray Fontaine, de Woonsocket, R. I.; vice-président: M. le docteur Fred Dupré, de Worcester, Mass., qui avait été pendant de nombreuses années secrétaire de l'Association. Au secrétariat et à la trésorerie, furent nommés pour un nouveau mandat les docteurs Robert Beaudoin, de Manchester, et le docteur Fernand - H. Hamel, de Laconia, N. H. Les dentistes réélurent leurs mêmes officiers.

A six heures, le coquetel réunissait tous les congressistes, tant dentistes que médecins, et leurs épouses. A sept heures, tous étaient conviés au banquet traditionnel dont le ma'tre de cérémonie était le docteur Chabot. A l'issue du banquet, le docteur Chabot présenta les orateurs et, tout d'abord, le président de l'Association Médicale Franco-américaine, le docteur Girard. Ce dernier salue la présence des officiers de l'A. M. L. F. C., les docteurs Emile Blain, directeur général, et H. Trudel, sec.-trésorier général, à qui il souhaite la plus cordiale bienvenue, ainsi qu'aux autres délégués du Canada, les docteurs Denoncourt, Leblanc et Bédard, des Trois-Rivières, les docteurs Larose, de Waterloo, et J.-B.-A. Michaud, de Drummondville. Le docteur Girard remercie ses confrères pour l'honneur qu'ils lui firent en lui confiant la présidence de 1951-52.

Le docteur Emile Blain, dans son allocution, apporte les saluts et amitiés de l'A. M. L. F. C. « Les deux associations, dit-il, ont lieu d'être fières de nos relations que nous voulons de plus en plus étroites. Plusieurs d'entre nous nous ont fait l'honneur de venir au XXIIème congrès à Québec en septembre, et votre présence a été profondément appréciée. Nous avons voulu vous remettre votre généreuse politesse. Votre accueil est bien senti et nous vous adressons nos plus chaleureuses félicitations pour le succès que vous remportez aujourd'hui. Le délégué de la France au Canada a été empêché de se joindre à nous en raison de circonstances malheureuses, mais M. Raoul Kourilsky est ici ce soir en esprit au milieu de nous. Avant son départ pour la France, il m'a prié de vous présenter ses hommages et ses vœux » En terminant, le docteur Blain dit, en des paroles sincères, que

« l'Association, en vous remerciant de vos délicatesses, vous offre toujours son entière collaboration. Nous vous lançons, ajoute-t-il, l'invitation d'assister à notre XXIIIème congrès de Sherbrooke, les 16, 17, 18 et 19 septembre 1953, et le docteur DuBerger, qui en est le président, se fera un grand honneur de vous y recevoir. »

Et le docteur Girard fait part à l'assemblée d'un télégramme de bons vœux envoyé par le docteur Eugène Thibault, de Verdun, empêché d'assister à cet événement.

Le docteur Chabot présente ensuite le docteur Victor Dubé, conférencier de l'après-midi. Ce dernier, touché des félicitations dites à son endroit par le président du banquet, le félicite ainsi que les autres officiers dentistes, de leur élection et du succès de leur journée. C'est une bonne occasion, dit le docteur Dubé, de renouer les amitiés, pour triompher ensemble des difficultés à surmonter.

Le conférencier invité à apporter la parole au banquet ne fut autre que M. Gérard Delage, artiste bien connu, qui nous parle sur un ton humoristique des divers genres d'éloquence dans un sujet intitulé : « Bien faire et laisser braire ». Si l'éloquence est l'art de convaincre, dit M. Delage, elle est différente de la rhétorique, qui est l'art de bien dire. Eloquence de la chaire, c'est le prédicateur qui s'adresse aux gardes-malades; éloquence de la tribune ou éloquence de la politique où, dans une assemblée contradictoire, le candidat proclame l'égalité des deux sexes et son adversaire soutient le contraire; éloquence du fonctionnaire enthousiaste comme un Marseillais, de la suprématie de ses fonctions; éloquence modernisée; éloquence commerciale, ridiculisant l'annonce, pour le moins contagieuse du publiciste de la radio. Ces divers genres d'éloquence sont soulignées par de petites histoires appropriées. Mais M. Delage, mettant du sérieux dans le ton, trouve que l'éloquence la plus efficace est celle du cœur, que doivent avoir le dentiste et le médecin; servez-vous-en, dit-il, et vous montrerez à votre client que vous lui voulez du bien.

Au son de la musique, les couples évoluent dans une danse qui clôt la journée.

Hermile TRUDEL.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

C. O. HAAGENSEN. — **Examen personnel de la glande mammaire.** *(Self examination of the breast.)* "J. A. M. A.", **149:** 356 (juin) 1952.

Il est évident que les méthodes actuelles sont encore déficientes pour dépister le cancer du sein au moment où celui-ci est encore curable par une mastectomie totale.

Malgré que les cliniciens soient plus conscients que jamais de ce problème, il faut penser que peu de femmes se font examiner assez souvent pour permettre un diagnostic précoce du cancer du sein. L'auteur est d'avis qu'un examen périodique à tous les deux mois est nécessaire. Cependant, il n'existe pas assez de médecins, d'argent et de temps pour parvenir à ce but. A la clinique du docteur Haagensen, 4,9 % des cas de carcinomes du sein furent découverts chez des patientes qui n'accusaient aucun symptôme de ce côté mais qui subirent tout simplement un examen de routine.

C'est pour ces différentes raisons que l'auteur recommande aux femmes d'examiner elles-mêmes périodiquement leurs seins. Il a pensé, au début, que le fait de prêcher cette méthode amènerait peut-être la cancérothérapie chez certaines femmes ou que celles-ci ne seraient peut-être pas assez habiles pour découvrir elles-mêmes de petits cancers. L'expérience a toutefois démontré que ces craintes étaient mal fondées.

Si l'on considère que les métastases sont sept fois plus fréquentes chez celles où la tumeur mesurait environ 4,8 cm. de diamètre lors de sa découverte que lorsqu'elle n'en mesurait que 1,5 cm., on aura fait un grand pas de la lutte contre le cancer du sein si on peut enseigner aux femmes à découvrir elles-mêmes leurs tumeurs pendant qu'elles sont encore d'un volume plutôt restreint.

C'est pourquoi, depuis deux ans, un film illustrant la méthode personnelle de l'examen des seins a été réalisé. D'après les demandes pour ce film à travers les Etats-Unis, il semble de plus en plus populaire.

Pour récapituler brièvement cette méthode, disons que la palpation doit se faire de préférence couchée avec un oreiller sous l'épaule, afin que le sein soit mieux balancé sur le thorax. La palpation se fait évidemment avec la main opposée et en deux temps: portion externe et portion interne.

Les jours qui suivent la menstruation constituent le temps idéal pour cet examen.

L'auteur en conclue que si les femmes sont capables de découvrir par hasard en se déshabillant ou en se lavant des tumeurs qui sont parfais assez petits, l'examen personnel des seins est une méthode réalisable qui améliorera nos chances de succès dans la lutte contre le cancer du sein.

Jean-Paul MILOT.

Louis D. HAYMAN et Robert E. HUNT. — **Fibrose pulmonaire dans la sclérodermie généralisée.** *(Pulmonary fibrosis in generalized sclerodermia.)* "Diseases of the Chest", **21:** 691 (juin) 1952.

La relation entre la fibrose pulmonaire et la sclérodermie généralisée semble avoir été établie pour la première fois en 1941 par Murphy, Krainiss et Gerson. Depuis ce temps, la littérature médicale en rapporte des cas de plus en plus souvent. Les auteurs rapportent un cas et font une revue des caractères généraux de la maladie.

La sclérodermie généralisée est une fibrose progressive du tissu collagène et les symptômes varieront suivant l'organe qui est le plus touché. La peau est presque toujours touchée mais pas nécessairement toujours la première atteinte. La maladie peut apparaître de deux manières différentes. Premièrement, des phénomènes de Raynaud intéressant les mains et même les pieds apparaissent d'abord, ou deuxièmement, une maladie subaiguë caractérisée par des arthralgies de l'arthrite ou des myalgies accompagnées d'éruptions cutanées et de malaises généraux. Puis, plus tard, apparition des phénomènes de Raynaud. Enfin apparaissent les véritables manifestations cutanées: épaississement de la peau des mains, des avant-bras, de la face et de la poitrine et même des pieds. Puis la peau devient reluisante, atrophique et comme fixée aux tissus sous-jacents. Puis sur ces régions déjà atteintes, apparaît une pigmentation de plus en plus prononcée ou, dans quelques cas, un manque de pigmentation. Du côté des viscères, ce sont les poumons, le cœur, l'œsophage et le tube digestif qui sont le plus souvent atteints, puis les auteurs donnent les symptômes différents selon que chacun de ces viscères est atteint.

Puis les auteurs rapportent les données complètes d'un patient de 36 ans qu'ils ont eu à observer. Evolution de la maladie, examen physique, laboratoire, biopsie, R. X., et évolution de la maladie.

Puis les auteurs présentent une revue de 27 cas similaires qu'ils ont pu relever dans la littérature.

Les radiographies de tous sont à peu près très superposables. Au début, celles-ci montrent des images anormales bien délimitées ressemblant à des mailles de filets surtout localisées aux bases. Puis ces images s'étendent de plus en plus vers les sommets. Quelquefois, ces images donnent l'apparence de kystes. Les diaphragmes et les contours du cœur sont mal délimités et les bronchographies ne donnent habituellement rien de particulier. L'autopsie révèle une sclérose mutilante soit généralisée soit localisée à certains organes.

Le traitement est symptomatique. Aucun médicament ne semble, à date, avoir arrêté l'évolution lentement progressive de la maladie.

Fernand HEBERT.

M. L. GELFAND. — **L'administration de la cortisone par la méthode aérosol dans le traitement de l'asthme bronchique.** *(Administration of Cortisone by the Aerosol Method in the treatment of Bronchial Asthma.)* "New England Journal of Med.", **245:** 293 (23 août) 1951.

L'auteur a traité cinq malades souffrant d'asthme bronchique par des inhalations de cortisone. On a dilué 5 millig. de cortisone dans 1 cc. de sérum physiologique et, à chaque quatre heures durant 10 jours, on a pulvérisé cette solution, à l'exclusion de toute autre médication. On a obtenu du succès chez 4 malades après le quatrième jour. Au septième jour, tous les bronchospasmes ont disparu, mais le traitement a été continué durant deux autres semaines.

Aucun incident n'est survenu durant cette thérapeutique. Chez trois de ces quatre malades, les mêmes troubles sont réapparus. Ils cessèrent au bout de deux autres semaines du même traitement.

Paul-René ARCHAMBAULT.

PHTISIOLOGIE

K. BALL, H. JOULES et W. PAGEL. — **La septicémie tuberculeuse avec leucopénie.** *(Acute Tuberculosis Septicemia with Leucopenia.)* "British Medical Journal", 4736: 869 (13 octobre) 1951.

La septicémie tuberculeuse aiguë présente une entité clinique très obscure. On note de l'hyperthermie, une leucopénie très marquée et une évolution rapide vers la mort. Jusqu'à présent, il a été impossible d'en faire le diagnostic du vivant. C'est dommage, puisqu'avec la chimiothérapie à notre disposition, il semblerait possible d'en faire profiter tous ceux qui en sont atteints.

La septicémie tuberculeuse aiguë, c'est une manifestation autonome de la tuberculose, c'est une dissémination rapide de foyers nécrotiques, sans présenter de signes habituels de la tuberculose, si ce n'est la présence dans le sang de bacilles acide gras. Jusqu'à maintenant, on a été incapable de prouver la possibilité d'une dyscrasie sanguine primitive.

Un fait certain est à noter: cette forme de tuberculose existerait plus souvent qu'on ne le croirait. Or les auteurs en rapportent trois cas en moins de quatre ans, tous constatés à l'autopsie. Dans toute la littérature, on en compte au moins 30.

Les trois cas soumis par les auteurs avaient tous une leucopénie variant entre 250 à 2050. On a retrouvé ces mêmes chiffres que chez 8 cas auparavant. A chaque fois, on a noté que la moelle osseuse sternale était touchée d'une façon très importante.

Enfin, pour aider au diagnostic de cette terrible maladie, il est indiqué de toujours pratiquer une biopsie de la moelle sternale et d'entreprendre, au moindre doute, la chimiothérapie qui, logiquement, devrait se montrer efficace.

Paul-René ARCHAMBAULT.

M. JAMBON et L. BERTRAND. — **La tuberculose miliaire autonome du foie (granulie hépatique portogène d'allure primitive).** "La Presse Médicale", **59:** 1631 (8 déc.) 1951.

C'est Gilbert qui, le premier, a entrevu la tuberculose miliaire du foie en 1898. Depuis, on en a trouvé de très rares cas à l'autopsie. C'est grâce à la biopsie du foie par ponction que l'on peut maintenant isoler cette forme particulière de granulie tuberculeuse miliaire localisée au foie. Sa découverte a provoqué de nombreuses controverses quant à l'histogénèse du tubercule. Sergent, en 1895, Gilbert, en 1888-1898, ont exprimé leur opinion sur la tuberculisation du foie par voies porte, biliaire et artérielle.

Les auteurs rapportent deux cas qui permettent d'accorder l'autonomie à une granulie hépatique isolée d'allure primitive. Son tableau clinique est fait des trois constatations fondamentales suivantes: comportement général altéré avec amaigrissement, fièvre prolongée, hépatomégalie plus ou moins forte et indolente. Il y a en plus les signes suivants: réaction tuberculinique positive et tests hépatiques variables. Enfin, ce qui est très important: image pulmonaire normale à la radiographie, rate non hypertrophiée, non palpable, absence de signes d'entérite tuberculeuse. C'est la ponction-biopsie du foie qui a permis de faire la description histologique: lésion inflammatoire banale, nodules épithélioïdes, lésions folliculaires avec cellules géantes ou tuberculeuses avec caséification; stéatose variable et B. K. très souvent absents.

Une granulie hépatique localisée évolue favorablement grâce à la streptomycinothérapie faite d'une façon prolongée. Il faut se méfier d'une atteinte méningée et d'une récidive toujours possibles L'origine portogène de la maladie semble logique. Elle peut être causée par une tuberculose ganglio-mésentérique, latente, primitive ou secondaire.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Marvin HARRIS et Charles SHORE. — **Le sarcoïde de Boeck: observations sur l'emploi du vaccin B C G.** ***(Boeck's sarcoid: observations on the use of B C G vaccine.)*** "Diseases of the Chest", **22:** 159 (août) 1952.

On peut définir la sarcoïdose comme une réaction granulomateuse non caséifiante à un ou plusieurs agents. Il est très probable que la réaction de l'hôte est plus importante que la spécificité du facteur étiologique. Il n'est pas prouvé actuellement que ce facteur soit le bacille tuberculeux.

L'allure de la maladie est très variable au point de vue topographique et clinique. Certains considèrent cette maladie comme bénigne, d'autres comme maligne. Pour toutes ces raisons, il est difficile d'évaluer les essais qui ont été faits pour enrayer le cours de cette affection.

La vaccination par le B C G a été employée pour prévenir le développement de la tuberculose dans les cas de sarcoïdose anergique

à la tuberculine, comme moyen possible de diagnostic et finalement dans un but thérapeutique.

En ce qui concerne l'effet thérapeutique du B C G, on a remarqué fréquemment l'absence d'une réaction cutanée typique au vaccin, celle-ci apparaissant en effet entre cinq à sept jours. De plus, il arrive souvent qu'il ne se développe aucune sensibilité cutanée après vaccination ou qu'elle disparaisse rapidement si elle survient.

On s'est donc servi de l'hyaluronidase pour essayer d'intensifier la réaction au vaccin, en se basant sur les expériences de Duran-Reynolds, qui a montré que l'hyaluronidase augmentait l'intensité d'une infection locale sans exacerber la virulence de l'organisme infectant.

Chez deux patients, la seule réaction visible au vaccin fut notée à l'endroit de l'épreuve cutanée à l'hyaluronidase. Sept patients montrèrent une réaction plus intense, mais, après 4 semaines, il n'y avait plus de différence notable. Chez le dernier vacciné, les deux réactions furent d'intensité égale. Ce patient incidemment réagit subséquemment à la tuberculine.

La sensibilité à la tuberculine est apparue chez cinq des sept patients, pour disparaître au bout de deux mois chez deux patients et diminuée d'intensité chez un troisième.

Quant à l'effet thérapeutique, en voici les résultats chez ces patients et trois patients additionnels: amélioration de l'état général, diminution de la toux et de dyspnée dans 4 cas. Aucun changement ne fut noté au point de vue radiologique ou physique.

Chez deux patients, qui reçurent 0.05 mgm. P. P. D. 48 heures avant la vaccination, on vit apparaître, une semaine plus tard, de l'érythème avec induration à l'endroit où le test cutané était auparavant négatif. L'espace d'une semaine est insuffisant pour le développement de la sensibilité à la tuberculine, et des tests subséquents n'ont pu donner aucun degré de réaction comparable. Ceci laisse croire que ces patients anergiques avaient une allergie latente à la tuberculine qui fut activée par l'introduction dans l'organisme d'un antigène viable, en l'occurence le B C G. La relation de ce phénomène avec une étiologie possiblement tuberculeuse de la sarcoïdose nous fournit une base de recherches intéressante quoique non concluante.

Jean-Paul MILOT.

Etienne BERNARD. — **Le pneumothorax différé.** "Acta Phtisiologica", **3:** 9 (mai) 1952.

Les auteurs étudient ce mode de collapsothérapie dans les différentes formes de tuberculose.

Dans les formes bénignes, ils conseillent le repos et les antibiotes (aux trois jours) pour une période probatoire de six semaines. La persistance ou l'absence de lésions cavitaires, visibles à la tomographie, déterminent si l'on doit amorcer le pneumothorax ou continuer les antibiotes seuls.

Dans les formes sévères, après deux à trois semaines de repos absolu et d'antibiotes, on amorce un pneumopéritoine. Après deux à trois mois de ce régime, on fait le bilan des lésions restantes et l'amorce du pneumothorax s'il y a indication.

Les antibiotes, la cure et le pneumopéritoine comme modes de préparation à l'amorce du pneumothorax ont permis de réduire le taux des complications de 17 pour cent (1947) à 1 pour cent (1951).

Maurice DORAY.

P. CHADOURNE, P. RENAULT, L. DUCHET-SUCHAUX, J. IOANNOU et A. PINELLI. — **Tuberculomes et noyaux caséeux persistants (confrontation anatomo-clinique).** "Revue de la Tuberculose", **16:** 355, 1952.

L'étude chirurgicale technique des résections pulmonaires partielles paraît très poussée; par contre, l'étude médicale des indications en est à son début. Les méthodes d'explorations actuelles présentent des défaillances.

Les auteurs présentent huit cas où, après examen anatomo-pathologique des pièces enlevées, ils analysent ce que chaque moyen d'exploration a pu fournir. Les huit malades présentaient des noyaux caséeux assez volu-

mineux n'ayant donné aucun signe d'amélioration par des traitements divers: cure, antibiotiques ou pneumo. Sept avaient présenté des bacilles; un seul avait toujours été négatif.

La radiologie est satisfaisante pour montrer la lésion majeure mais imprécise pour les lésions parenchymateuses associées constituées par des nodules caséeux de plus faible dimension. Il est à noter qu'une cure antibiotique peut effacer des images radiologiques que l'examen anatomique retrouve intégralement.

En conséquence, pour apprécier une lésion, il faut la totalité du dossier radiologique, sa lecture attentive et des documents radio-tomographique sous toutes incidences. Quant à la topographie des lésions, il est indispensable d'associer d'endoscopie, radio-tomographie et la bronchographie.

Quant aux lésions bronchiques péri-lésionnelles, les moyens de leur investigation sont nettement insuffisants. Cinq cas sur huit présentaient des lésions endobronchiques à la bronche qui drainait le foyer principal; les trois autres présentaient des lésions des bronches drainant des foyers accessoires. Même la palpation peropératoire n'est pas sans risque d'erreur.

En conclusion, toute indication d'exérèse pulmonaire doit être précédée d'une longue observation et tous les moyens d'investigation doivent être mis en œuvre afin d'établir un diagnostic précis de nature, de localisation et d'étendue.

Fernand HEBERT.

H. V. SMITH, H. STEVENS et C. G. L. PILE. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire compliquée de méningite.** *(Treatment of pulmonary tuberculosis complicated by meningitis.)* "Lancet", **2:** 424 (8 sept.) 1951.

Les auteurs rapportent que la mortalité par méningite est plus élevée chez les malades souffrant concomitamment de tuberculose pulmonaire. Chaque fois qu'un tuberculeux pulmonaire est atteint de méningite, on doit considérer son état comme très grave. Ce qui est curieux, c'est de voir guérir la tuberculose méningée sans pouvoir prévenir la mort par la tuberculose pulmonaire. Il y a plus: des métastases nouvelles peuvent partir des poumons pour aller vers les méninges.

Les A. suggèrent de traiter ces cas conjointement avec un médecin, un neurologue et un chirurgien. Quant au traitement: il faut donner durant un an la streptomycine par voie intramusculaire. Durant certaines périodes, il est indiqué d'injecter, dans le canal rachidien, de la strepto. Le P. A. S. est un médicament très précieux. Enfin, s'il y a des foyers actifs accessibles, il faut les traiter localement chaque fois que la chose est possible.

Pour illustrer cet exposé, les A. racontent, entre autre, que, chez un cas, la méningite a guéri alors que la tuberculose pulmonaire est devenue active. Aussi, a-t-on fait, avec succès, une pneumonectomie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

D. T. O'DRISCOLL. — **La tuberculose génitale avec une atteinte pulmonaire.** *(Genital Tuberculosis with Pulmonary development.)* "Lancet", **2:** 476 (15 sept.) 1951.

L'auteur, en examinant 25 patients souffrant de tuberculose pulmonaire, a pu mettre en évidence six cas de tuberculose génitale. Il y avait atteinte de l'endomètre chez cinq des patients. On a donné de la streptomycine (1 gramme par jour) avec du P.A.S. à la dose de 15 grammes par jour et cela durant 90 jours chez quatre patients. Chez les deux autres, la même médication a été donnée moins longtemps. Chez 3 malades, on a pratiqué l'hystérectomie totale avec succès. Chez les 3 autres, l'intervention chirurgicale n'a pas été nécessaire, puisque la guérison clinique s'est produite. L'auteur conclue comme suit: dans les cas où l'endomètre est seul atteint, la thérapeutique employée s'est montrée efficace. Mais lorsque l'atteinte est plus profonde, à la région tubo-ovarienne, on doit avoir recours à la chirurgie. Pour permettre une opération facile et sans danger, la thé-

rapeutique mentionnée est une aide précieuse qu'il ne faut pas négliger.

Paul-René ARCHAMBAULT.

J. H. FORSEE, C. W. TEMPLE, J. M. SALYER. — **Les récents progrès de la résection pulmonaire dans le traitement de la tuberculose.** *(Recent advances in Pulmonary resection in the treatment of Tuberculosis.)* "Annals of Internal Medicine", **35:** 417 (août) 1951.

Avant 1945, le taux de la mortalité était de un pour quatre tuberculeux lobectomisés. Les principales complications: l'essaimage ou la réactivation de la maladie entre 20 à 60 pour cent. L'empyème, entre 15 à 25 pour cent. La fistule broncho-pleurale, entre 15 à 20 pour cent. Mais dans un hôpital de Denver, Colorado, chez 94 lobectomies, on a assisté à 2 mortalités. L'essaimage ou la réactivation de la maladie est survenue chez 5 patients, l'empyème chez deux et la fistule broncho-pleurale chez cinq.

En somme, chez 124 patients tuberculeux qui ont subi des exérèses pulmonaires (pneumonectomie, résection segmentaire ou partielle d'un lobe, ou lobectomie totale) le taux de la mortalité récente ou éloignée s'est chiffrée à quatre pour cent. A quoi peut-on attribuer ce revirement extraordinaire? C'est à la streptomycine et à tous les antibiotiques, puis au P.A.S.

D'autres travaux sont venus, depuis ce temps, jeter de la lumière sur ces faits vraiment remarquables.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Raoul KOURILSKY. — **Etude sur la primo-infection tuberculeuse.** "Revue de la Tuberculose", **16:** No 3; 1952.

L'auteur, de renommée internationale, a déjà établi dans 3 numéros précédents, que dans la majorité des primo-infections tuberculeuses chez l'adolescent et chez l'enfant le complexe ganglio-pulmonaire radiologique ne correspond pas au chancre d'inoculation, avec son adénopathie satellite, parce que le chancre d'inoculation est invisible. Ce qui, autrefois, était pris pour le « chancre » correspond plutôt à des modifications pulmonaires d'origine bronchique (œdème inflammatoire ou fistule) consécutive à la tuméfaction des ganglions.

Le problème fondamental c'est de connaître le mécanisme de contamination tuberculeuse chez les humains.

Au point de vue clinique, adolescents comme jeunes adultes, l'atteinte des voies respiratoires produit une réaction ganglionnaire constante. Mais chez l'adolescent et chez l'adulte, cette localisation pulmonaire est secondaire au retentissement bronchique de la tuméfaction des ganglions.

A l'autopsie, l'adénopathie tuberculeuse de la primo-infection est presque toujours constante, alors que l'atteinte intraparenchymateuse est toujours difficile à trouver. L'auteur considère que le nom de « chancre » devrait être banni pour désigner les lésions de primo-inoculation pour retenir celui « d'alvéolite tuberculeuse ». Dans la majorité des cas de primo-infection, il n'existe aucun indice direct de la porte d'entrée. L'auteur conclut comme suit:

1) « La tuméfaction ganglionnaire de la primo-infection tuberculeuse est constante et non nécessairement accompagnée de localisation radiologiques d'atteinte pulmonaire. »

2) « Les lésions anatomiques de primo-inoculation manquent rarement, mais elles sont le plus souvent invisibles radiologiquement chez l'adolescent et le jeune adulte et qu'elles peuvent être recouvertes ou simulées par des images d'origine bronchiques. »

3) « L'alvéolite tuberculeuse de primo-inoculation est extrêmement variable vraisemblablement selon les conditions différentes de dose à répétition ou de mode de pénétration dans lesquelles se fait la contamination d'un malade à l'autre. »

4) « Le poumon peut être atteint par différentes voies. La plus fréquente est en rapport avec la voie oro-naso-pharyngée, sans qu'on puisse définir le mécanisme exact de pénétration au poumon. »

4) « Il est des cas précis où les ganglions

peuvent être pris sans que l'on puisse déceler les lésions anatomiques du poumon. »

L'auteur continue son mémoire par une étude critique des réalisations expérimentales.

On fait des expériences en injectant de fortes doses de bactéries, soit par la voie pulmonaire directe soit pas la voie aérienne pulmonaire directe, soit par la voie aérienne (instilation, inhalation, poussières humides), soit par voie digestive, soit par les muqueuses.

La clarté de ce travail est utile à tous ceux que la question de la tuberculose intéresse.

Paul-René ARCHAMBAULT.

UROLOGIE

M. A. PECK et D. A. NEWLAN. — **Un substitut à la vessie.** *(Substitute for Urinary Bladder.)* "J. A. M A", **150:** 3 (20 sept.) 1952.

Dans cinq cas, les auteurs ont employé l'opération de Gilchrist comme substitut artificiel à la vessie. Cette opération a l'avantage sur l'urétéro-sigmoïdostomie de diminuer l'intensité et la fréquence des infections urinaires ascendantes, des hydronéphroses et hydro-urétères avec pyélonéphrites. De plus, par cette opération, l'on conserve un semblant de sphincter. Il s'agit d'isoler le côlon ascendant, le cœcum et l'iléon-terminal en maintenant intact l'apport vasculaire. La partie terminale de l'iléon est amenée à la fosse iliaque droite et la partie proximale du côlon sectionné, est suturée. Les deux urétères sont implantés dans le segment du côlon. La continuité intestinale est rétablie par une coloctomie iléo-transverse. La valvule iléo-cœcale demeure compensatrice jusqu'à ce que le cœcum soit complètement distendu. De plus, la portion terminale de l'iléon, ayant une certaine propriété d'absorption, prévient l'écoulement d'urine à l'extérieur et cet urèthre artificiel peut être facilement cathétérisée. Le type d'anastomose urétéral a peu d'importance dans cette opération. Cette intervention supplée aux désavantages de l'urétéro-sygmoïdostomie et de la transplantation à la peau tout en conservant leurs avantages. Des cinq patients opérés de cette façon, un seul est décédé, et la cause du décès fut attribuée à une faute de jugement admise par les auteurs.

Paul-Marcel BELANGER.

NEURO-PSYCHIATRIE

J. LEBEAU et J. GACHES. — **Sur la chirurgie pré-frontale sélective et en particulier sur la cingulectomie.** "La Presse Médicale", **60:** 1192 (12 sept.) 1952.

La psycho-chirurgie est maintenant passée dans la routine de la thérapie de certains syndromes mentaux et des manifestations algiques irréductibles. L'intervention la plus ancienne et la plus répandue est la lobotomie pré-frontal qui, semble-t-il, produit ses effets en isolant le lobe pré-frontal du thalamus et plus particulièrement de l'hypothalamus. Cette méthode chirurgicale est difficilement sélective, bien que l'on puisse par des sections étagées atteindre des groupes de faisceaux nerveux à l'exclusion des autres, déterminant ainsi une interruption plus ou moins globale dans le circuit fronto-thalamo-hypothalamique.

Cependant, LeBeau croit que des topectomies ou résections corticales effectuées dans des aires circonscrites, opèrent une sélection anatomique et physio-psychologique beaucoup plus précise avec des indications assez formelles pour des résections dans chacune de ces régions du cortex.

Aussi, son expérience lui permettrait d'affirmer que le traitement d'algies tenaces comme celles de certains moignons d'amputation, que le complexe anxiété-dépression de certaines psychoses et psycho-névroses devrait comporter la résection sous-corticale ou encore mieux corticale des aires 9 et 10 de la convexité du lobe pré-frontal.

Il conseille, d'autre part, la résection du cortex pré-calleux antérieur qu'il dénomme cingulectomie dans les cas de syndromes mentaux où dominent l'agitation et l'irritabilité, et dans les névroses obsessionnelles.

Ces topectomies de la convexité et surtout ces cingulectomies, bilatérales, provoqueraient

des troubles moins profonds de la personnalité tout en substituant l'euphorie à la dépression et à l'anxiété, tout en corrigeant les troubles du comportement et du caractère. Par dessus tout, elles ne seraient pas suivies de manifestations démentielles ou pour le moins régressives dans le champ de l'intelligence, comme elles peuvent se montrer après une lobotomie pré-frontale.

Roma AMYOT.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

John W. GRAVES. — **L'otite externe et son traitement avec une nouvelle préparation antibiotique.** "American Practitioner", **3:** 420 (mai) 1952.

Dans le passé, on a cru longtemps que l'agent étiologique de l'otite externe était un champignon. En 1950, Gill et Gill ont rapporté que sur 250 cultures faites dans des otites externes, ils ont trouvé du pseudomonas dans 104 cas; ils n'ont jamais trouvé de champignons seuls. Pour eux, l'otomycose est, en réalité, une infection mixte de pseudomonas et de champignons qui jouent un faible rôle. En se basant sur ces découvertes, il est logique d'avoir un agent pour le traitement de ces infections ayant un pouvoir bactériostatique sur le pseudomonas. Cet agent se trouve dans l'onguent Polycine, lequel contient 8 000 unités de polymixine et 480 unités de bacytracine par gramme.

Depuis que l'on se sert de Polycine, plus de 100 cas d'infection du canal externe de l'oreille ont été traités avec cet onguent. La durée de ces cas était de quelques jours à vingt ans. Dans 89 de ces cas où l'on a pu obtenir un *follow-up* adéquat, les résultats furent excellents. Un seul cas a montré une réaction à l'emploi de Polycine.

La méthode d'emploi.

Il est obligatoire, avant d'employer cette médication, de laver l'oreille parfaitement à plusieurs reprises avec de l'eau chaude; dans plusieurs cas, les débris ne peuvent être enlevés qu'avec des applicateurs plongés préalablement dans le peroxide. On laisse assécher le canal externe de l'oreille et l'on applique le médicament. On doit enlever complètement ce qui reste d'une première application avant d'en faire une nouvelle. Au commencement du traitement, on fait plusieurs applications par jour dans les cas d'inflammation très grave jusqu'à ce que la douleur n'empêche pas la pénétration facile de cet onguent. Parfois lorsque l'application d'onguent est impossible, on emploie Polycine liquide dont l'administration est moins douloureuse et avec lequel la pénétration de toutes les surfaces du conduit est plus facile.

Marcel LABOSSIERE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Frank R. JOHNSON. — **L'anoxie, cause de la fibroélastose de l'endocarde du nouveau-né.** *(Anoxia as a cause of endocardial fibroelastosis in infancy.)* "Arch. of Path.", **54:** 237 (septembre) 1952.

Sur les vingt-trois cas de fibroélastose de l'endocarde étudiés, toous porteurs d'une lésion congénitale quelconque, l'auteur trouve un dénominateur commun qui est l'anoxie cellulaire.

1. Dans deux cas d'implantation d'une coronaire sur l'artère pulmonaire, le myocarde gauche était le siège de dégénérescence attribuable à l'anoxie et l'endocarde était épaissie.

2. Dans les autres cas, l'auteur émet l'hypothèse d'une fermeture prématurée du trou de Botal.

L'élastose serait due à une anoxémie toujours, consécutive à un débit sanguin diminué à cause d'une oblitération du trou de Botal durant la vie utérine. (Le sang des coronaires n'est pas oxygéné durant la vie fœtale si le trou de Botal n'existe pas.)

3. Les malformation cardiaques comme les sténoses mitrale et aortique entraînant une anoxie par stagnation provoquent une élastose de l'endocarde. Cette élastose serait une cicatrisation d'un tissu entrée en nécrose.

Simon LAUZE.

H. W. WADE. — **La mise en évidence des bacilles acido-résistants dans les préparations histologiques.** *(Demonstration of acid-fast bacilli in tissue section.)* "The American Journal of Pathology", **28:** 157 (janvier-février) 1952.

Les difficultés éprouvées par l'histo-pathologiste à mettre en évidence les acido-résistants dans les lésions dites spécifiques, seraient dues à l'extraction du complexe lipidique responsable de l'acido-résistance, par certains solvants, utilisés au cours des opérations d'inclusion et de déparaffinage. D'où l'auteur préconise une technique basée sur deux observations:

Premièrement: La gazoline *high test* est le moins nocif de tous les solvants de la paraffine.

Deuxièmement: L'huile de paraffine semble avoir un pouvoir restaurateur sur les bacilles dégénérés.

On immerge les coupes à la paraffine dans un mélange de gazoline et d'huile de paraffine avant la coloration dans laquelle on évitera l'emploi d'alcool ou de toluol.

L'auteur suggère également l'inclusion au « carbowax » de préférence à la paraffine, ce qui évitera l'emploi de réactifs nuisibles, au cours de la circulation des pièces.

Par ces divers procédés, l'auteur aurait obtenu la mise en évidence d'un nombre étonnant de bacilles dans des lésions qui n'en montraient que très peu après les techniques ordinaires.

Henri DESROSIERS.

LABORATOIRE

O. RUZICZKA et E. ORTH. — **Altérations morphologiques du bacille tuberculeux consécutives à l'action de divers médicaments. Etude au microscope électronique.** "Annales de l'Inst. Pasteur", **82:** 334 (mars) 1952.

Depuis l'introduction des substances douées de propriétés antibiotiques et chimiothérapiques dans le traitement de la tuberculose, de nombreux auteurs ont étudié le mode d'action de ces médicaments.

Dans le présent travail, les auteurs ont observé les altérations morphologiques, perceptibles au microscope électronique, subies par les bacilles tuberculeux de la souche H_{37} R_v, lorsqu'on soumet ces bacilles à l'action de la streptomycine, la néomycine et la para-amino-salicylate de phényle (FR-7).

Les jeunes bacilles d'une culture normale de 6 à 9 jours sont généralement des bâtonnets droits, homogènes, nettement délimités, parfois légèrement coudés. Chez un grand nombre d'entre eux, on peut reconnaître facilement, à la partie externe, une zone bien délimitée qui correspondrait à la capsule de cire. Les bacilles des cultures de quelques semaines à 6 mois n'ont plus une structure interne homogène et la zône considérée comme correspondant à la coque de cire ne se voit plus aussi régulièrement que chez les jeunes bacilles.

Des études morphologiques sont faites de nouveau après que le médicament a exercé son action pendant 8 à 9 jours.

Dans le cas de streptomycine et de la néomycine, on observe des altératioons qui ressemblent beaucoup à celles observées dans les cultures de 1 à 6 mois à la suite du simple vieillissement. On n'a pu mettre en évidence de différence marquée entre l'action de chacun de ces médicaments. En revanche, les modifications apportées par l'action du FR-7 sont d'une toute autre nature, i. e. que la capsule cireuse est nettement délimitée, rectiligne, d'épaisseur égale, mais le protoplasme, tout en apparaissant presque homogène, est reparti de façon irrégulière.

De ces altérations morphologiques diverses, on peut conclure à un mode d'action différent de ces médicaments, antibiotique d'une part et chimique d'autre part, qui n'interviendraient pas dans la même phase du métabolisme bactérien.

Si l'on emploie simultanément ces produits, on lésera les bacilles plus facilement et plus profondément que par l'usage d'un seul d'entre eux. Les auteurs, et ils ne sont pas les seuls, ont obtenu une meilleure action du médicament en traitant les tuberculeux de cette façon.

Paul DIONNE.

SOCIÉTÉS

"L'Union Médicale du Canada" publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 21 octobre 1952

Tenue à l'Hôtel-Dieu de Montréal

Présidence de M. Paul Robert

La formation et la structure des spermatozoïdes.

M. C.-P. LEBLOND

Ce travail, présenté par le professeur C.-P. Leblond, de l'Université McGill, en collaboration avec le docteur C. Clermont, traite de l'histogénèse des spermatozoïdes.

Le conférencier nous projette sur l'écran les diverses phases de la formation de ces cellules en passant par les spermatogonies, les spermatocytes et les spermatides. Il nous illustre les seize stades, tous différents, lui permettant de reconnaître à quel degré de maturité les descendants de la cellule souche sont arrivés. Ces travaux furent tous exécutés à partir du testicule d'animaux de laboratoire et il est à remarquer, disait l'auteur, que quoique le processus général de la formation des spermatozoïdes humains fut identique, les images présentées par ces derniers sont tout à fait différentes et il importerait beaucoup, pour continuer ce travail de recherches, de recevoir de vous tous — pardon de nous tous — des échantillons de testicules. C'est par ce plaidoyer que se termina cette intéressante causerie.

La moelle osseuse dans les anémies.

M. Léo LONG

Sous cette rubrique, le docteur Léo Long, du laboratoire d'hématologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, nous montre les avantages de la ponction de la moelle osseuse pour les diagnostics différentiels des anémies. Ce travail, il l'illustra de nombreux transparents en couleur, en nous pointant les différentes cellules caractéristiques des anémies, leur forme, leur teinte, leur concentration, de même que la présence ou l'absence de leur noyau. Il termina cette présentation en nous montrant de très belles images de la cellule L. E. (du lupus érythémateux).

Dysentérie bacillaire.

Prof. J. DUMAS

C'est le chef de service à l'Institut Pasteur de Paris, de même que son directeur du cours de bactériologie, le professeur J. Dumas, qui vient nous faire part de sa très grande expérience en matière de dysenterie bacillaire.

Il nous décrit les trois formes principales de cette maladie, la forme cholérique, la forme typhique et la forme gangréneuse, après quoi il nous entretient sur l'étiologie bien vague, puisque multiple, des différentes formes de dysenterie.

Après avoir parlé des différents microbes mis en cause, il conclut que la dysenterie bacillaire, en fait, n'est qu'une entité, puisque la symptomatologie et l'anatomie pathologique de toutes ses formes sont identiques. Il termine en nous rappelant qu'il est difficile de vacciner contre la dysenterie, que cette maladie, en général, n'apparaît jamais en hiver, et que ce qui oriente le médecin vers ce diagnostic c'est l'aspect particulieer des selles des dysenteriques; elles sont muqueuses.

Quant à la thérapie, il préconise les antibiotiques les plus résents: l'auréomycine, la terramycine et la chloromycétine, conjointement ou non avec un sulfamidé, tel le sulfaguanidine.

Cette intéressante leçon fut illustrée de transparents de préparations histo-pathologiques où on pouvait voir les lésions macroscopiques des formes de la dysenterie bacillaire.

N'ayant pas d'avis de motion, ni de motion, pas plus que d'affaires nouvelles, la séance fut levée à minuit moins cinq.

* * *

Séance du 4 novembre 1952

Tenue à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu

Présidence de M. Paul Robert

Rôle du praticien en pathologie mentale.

Dr F. CÔTÉ

Le docteur Côté, le premier conférencier de la soirée, nous fait part du rôle prépondérant que peut jouer le praticien de médecine générale, en reconnaissant rapidement les symptômes des névropathes et des psychopathes.

Ces différents symptômes, il les énumère rapidement et il nous relate des exemples d'observations personnelles se rattachant à ces cas types. La physiopathologie, basée sur la connaissance du développement normal de l'individu, nous aidera à situer dans un cadre bien spécial les différentes sortes de manifestations des troubles de la personnalité et du comportement. Il nous décrit les caractéristiques de la période de l'enfance, de la période pubertaire, de la période de l'adolescence et, finalement, de la période de maturité.

Le conférencier termine son travail en nous demandant à tous d'être sur le qui-vive pour le dépistage précoce des maladies mentales, afin que les traitements appropriés puissent être donnés immédiatement à ces cas pour les empêcher de tomber dans les phases irréversibles des troubles mentaux.

Facteur social dans les névroses et les psychoses.

Dr Paul LARIVIÈRE

Ce deuxième travail fut présenté par le docteur Paul Larivière. Il traita spécialement du rôle de l'entourage immédiat dans la genèse des troubles mentaux. La surprotection est néfaste à l'individu et elle seule est responsable, pour une grande part, des psychoses que l'on rencontre aujourd'hui. En Russie, disait-il, là où la surprotection de l'Etat est minime, il serait plausible que l'on vit moins de psychopathes et névropathes et effectivement, c'est là le cas qui, d'ailleurs, est bien connu de ceux qui s'occupent de la santé mentale des individus. Le contact continuel de ces facteurs de conflit peut, à la longue, engendrer chez les individus qui y sont soumis, affecter la physiologie fonctionnelle de cette personne, voire même y causer des changements histopathologiques.

Parlant du traitement de ces cas, le conférencier appuie sur le fait que ce qu'il faut obtenir de la part du malade, c'est de guérir et que, si on n'obtient pas cette motivation, le succès de la psychothérapie est indéniablement perdu.

Rôle de la neurologie en psychiatrie.

Dr Jean PANET-RAYMOND

Cette troisième causerie, donnée par le neurologue Panet-Raymond, est un plaidoyer pour montrer que la psychiatrie est vouée à un échec si elle ne vient pas s'appuyer tôt ou tard sur des assises scientifiques solides. C'est ainsi qu'il fait une revue historique, à partir de la Grèce antique jusqu'à nos jours, pour démontrer le rôle du neurologue dans la recherche des troubles neuro-anatomiques à la base des troubles du comportement. C'est, disait-il, l'équipe du psychiatre, du neurologue, ainsi que du biochimiste qui pourra, dans l'avenir, démontrer les facteurs lésionels des troubles mentaux, lesquels, à date, sont supposés naître de perturbations de nature bien différentes.

Après ces trois causeries, les auditeurs devaient se voir présenter quelques cas cliniques, mais, étant donnée l'heure tardive, il fut décidé de supprimer cette partie du programme; c'est ainsi que les médecins furent convoqués à descendre au réfectoire, goûter un délicieux *lunch* préparé par les autorités de l'hôpital.

Le secrétaire des séances.
Pierre-A. TURGEON.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 30 octobre 1952

Présidence de M. Raymond Simard

Epithélioma des fosses nasales de type intestinal avec métastases à distance

MM. L.-C. SIMARD et André JEAN

Observation.

Un homme de 69 ans, R. R..., se présente à la clinique externe de l'hôpital Notre-Dame le 8 janvier 1946, pour obstruction de la cavité nasale droite. L'examen révèle la présence d'une masse rouge, friable, remplissant complètement la cavité. On porte le diagnostic de polype nasal et une polypectomie est pratiquée le même jour. (Docteur V. Latraverse).

L'examen anatomo-pathologique se lit comme suit:

« Les débris sont constitués par des végétations papillaires présentant une infiltration inflammatoire sub-aiguë et chronique avec quelques îlots de suppuration franche. L'épithélium, qui revêt ces végétations, est cylindrique, pseudo-stratifié et offre parfois une bordure en brosse. Quelques cellules sont caliciformes. La méthode de Fontana révèle la présence de nombreuses cellules argentaffines de type intestinal. Cette tumeur est certainement inhabituelle et bien qu'on ne puisse pas affirmer sa nature maligne de façon catégorique, il semble s'agir d'un épithélioma végétant papillaire. »

Au mois de mai 1946, les polypes avaient récidivé et obstruaient le méat moyen. Le mésopharynx était intact. Le point d'implantation de la tumeur paraît être le méat moyen.

Un examen aux rayons X montre l'absence de lésion dans l'antre de Highmore et une antrotomie exploratrice ne révèle pas d'envahissement de ce côté.

En août 1946, la tumeur avait récidivé et plusieurs biopsies successives, qui vont de cette date jusqu'en septembre 1947, montrent une image histologique toujours semblable. Un traitement rœntgentherapique est institué entre temps, qui paraît avoir arrêté, du moins temporairement, les récidives.

(200 K.V., H.V.L. 2,3; 1ère série, du 25-6-47 au 26-9-47, cinq champs, dose 13 010 *r;* 2ème série, du 29-4-48 au 28-5-48, deux champs, dose 2 871 *r;* dose totale, 15 881 *r.*) Docteur P. Brodeur.

A la fin de 1949, quatre ans après l'apparition des premiers symptômes, l'état général du patient est bien. Il existe, cependant, une anémie hypochromique normocytaire.

En décembre 1950, cinq ans après le premier examen, le patient commence à se plaindre de céphalée frontale. A ce moment, les deux cavités nasales sont remplies de végétations.

En février 1951, le patient a perdu du poids. Son état général se détériore graduellement et il est admis à l'hôpital Sainte-Anne, le 26 juin 1951.

Au mois de juillet de la même année, on curette les deux cavités nasales qui sont, à ce moment, complètement remplies par des végétations dont la structure histologique est toujours la même.

Dix jours après l'intervention, le patient est aveugle de son œil gauche, puis dans les quelques jours qui suivent, de son œil droit. L'état général devient de plus en plus mauvais et le patient meurt le 16 janvier 1952, exactement 6 ans après la première biopsie.

A l'autopsie, les cavités nasales sont remplies par des caillots et un tissu nécrotique très friable. Le septum est partiellement détruit, mais les sinus maxillaires ne sont pas envahis. La lame criblée est partiellement nécrotique et envahie par un tissu néoplasique de couleur grise. Les nerfs optiques sont atrophiques. La face inférieure des lobes frontaux est recouverte d'une couche épaisse de 6 à 8 millimètres de tissu néoplasique et qui va jusqu'à 1 cm. en avant du chiasma. L'hypophyse paraît normale et le reste du cerveau est intact.

Les poumons et les plèvres viscérales sont diffusément envahis par d'innombrables petits nodules grisâtres de 3 à 4 millimètres de diamètre. Le foie est criblé de petites métastases

de même dimension. Les deux surrénales sont augmentées de volume et, à la coupe, renferment chacune une métastase d'environ 1 cm. de diamètre.

A l'examen microscopique, la tumeur primitive et les métastases ont toutes une même structure qui est exactement superposable à celle des biopsies. Il s'agit de formations papillaires ou glandulaires revêtues par un épithélioma cylindrique avec bordure en brosse. Plusieurs cellules caliciformes renferment du mucus muci-carménophile. Aucune cellule argentaffine ne peut être retrouvée, cependant, dans ces métastases.

Cette observation est présentée pour deux raisons:

1. Il s'agit probablement de la seule observation d'épithélioma des cavités nasales présentant des métastases à distance, pulmonaires, hépatiques et surrénales.

2. C'est le quatrième cas, rapporté jusqu'ici, d'épithélioma des fosses nasales de type intestinal, contenant des cellules argentaffines.

Cette dernière observation permet de préciser peut-être la participation de l'endoderme dans la genèse de la muqueuse des fosses nasales.

Discussion.

M. V. Latraverse. Est-ce que les opérations multiples ont pu favoriser l'apparition des métastases?

M. L.-Charles Simard. Non, car ces patients sont opérés à plusieurs reprises pour récidives, et les métastases, ainsi que je l'ai indiqué, sont plutôt rares.

Mélano-cancer de la jambe avec métastase à la cuisse.

MM. Albéric MARIN, L.-C. SIMARD, F. ARCHAMBAULT et Geo. LECLERC

Histoire.

Madame J. P. Lav..., femme âgée de 32 ans, a été admise à l'hôpital Notre-Dame le 5 septembre 1952, pour une petite tumeur framboisiforme de la jambe gauche et une tuméfaction de la cuisse gauche.

La malade dit avoir noté une tache brune de quelques mm. de diamètre à la face postérieure de la jambe gauche depuis environ dix ans. Elle est sous l'impression que cette tache a légèrement augmenté de volume au cours des années.

En mai 1952, elle s'est égratignée la peau du voisinage de cette tache, en descendant d'un escabeau. Il s'est formé une petite plaie qui n'a pas guéri. Au bout de quelques semaines, la plaie s'est transformée en une petite tumeur bourgeonnante qui saignait facilement.

Au début d'août, la malade a noté une tuméfaction inflammatoire et douloureuse à la face antérieure de la cuisse gauche.

Examen.

(a) Jambe gauche (le 5 septembre 1952): A la limite inférieure du tiers moyen de la gauche, en arrière, on note une petite tumeur rouge framboisiforme mesurant 1,5 x 1 x 0,2 cm. et recouverte d'une croûte noire. La tumeur est molasse et ressemble à un granulome pyogénique.

(b) Cuisse gauche: A la partie antéro-interne de la cuisse gauche, au niveau du tiers supérieur, on note une tuméfaction sous-cutanée ayant un diamètre d'environ 4 à 5 cm.

Evolution.

Le 9 septembre 1952: Biopsie de la tumeur de la jambe, électrodessiccation et curettage.

Du 5 septembre au 11 octobre, la tuméfaction de la cuisse a augmenté de volume graduellement.

Le 11 octobre, la tumeur de la cuisse est extirpée chirurgicalement. La tumeur mesure 6 x 4 x 3 cm. et est située à environ 1,5 cm. au-dessous du niveau de la peau.

Examen histo-pathologique.

a) Tumeur de la jambe: mélanome pigmenté;

b) Tumeur de la cuisse: mélanome achromique sarcomatoïde.

Discussion.

M. L.-Charles Simard explique pourquoi on emploie, parmi les médecins les noms de

mélano-sarcome et d'épithélioma mélanique. Ceci est dû au fait que certains mélanomes ont l'aspect de sarcomes alors que d'autres ont une structure d'allure épithéliomateuse. Certains mélanomes primitifs peuvent être achromiques alors que les métastases sont pigmentées; d'autres, comme dans le cas présent, pigmentés dans leurs premières manifestations donnent des métastases achromiques. Dans le cas actuel, la tumeur primitive avait un aspect épithéloïde et les métastases ressemblaient à un sarcome fibroblastique.

M. J.-P.-M. Ricard. Y aurait-il eu avantage d'enlever chirurgicalement au début?

M. Albéric Marin. La lésion fut biopsiée et coagulée ce qui est la procédure habituelle à employer en pareil cas.

Un cas pour diagnostic où les symptômes mentaux sont de pathogénie et d'importance secondaires.

MM. Roma AMYOT, Julio VASQUEZ, Roger DUFRESNE et André DAVID

Mlle H. P., âgée de 17 ans, est admise dans le service de neuro-psychiatrie le 4 octobre 1952, pour hallucinations auditives avec idées d'auto-accusation et de persécution.

Les débuts de la maladie actuelle remontent à il y a environ trois mois. Vers la mi-juillet, la patiente commence à présenter de l'œdème aux membres inférieurs, qui augmente graduellement. Quand elle consulte son médecin, il se trouve devant une malade présentant un œdème blanc, mou, très marqué aux deux membres inférieurs remontant jusqu'aux organes génitaux avec ascite très abondant. Elle ne présente alors aucun autre symptôme ni signe décelable. Croyant à une néphrose lipoïdique, le médecin lui donne du chlorure d'ammonium et une régime carné; finalement, au bout de quatre ou cinq jours, la fait admettre dans un hôpital de l'extérieur, le 22 juillet 1952. A son entrée, on constate les faits suivants: subjectivement, la patiente ne se plaint d'aucune douleur, ni malaise. Elle présente un œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen. Le foie déborde les fausses côtes de quatre travers de doigts et la rate est très augmentée de volume. Cœur et poumons sont normaux et sa température est de 99 4/5 degrés. Après traitement au chlorure d'ammonium, l'œdème disparaît presque complètement en deux jours.

Le 24 juillet, un hémogramme montre les résultats suivants: G. R., 2 783 000; G. B., 3 487; hémoglobine, 73%; valeur globulaire, 1%; polynucléaires, 58%; lymphocytes, 38%; monocytes, 2%; éosinophiles, 2%; l'azotémie est normale et les protéines sanguines sont de 6,60 mgm. pour cent.

L'analyse des urines se lit comme suit: densité, 1 014; coloration: citrin; aspect trouble; rares leucocytes et présence d'épithélium.

Le 25 juillet. A cause de son anémie, on administre à la patiente une transfusion de 500 cc. de sang (0 positif); elle présente, à la fin de cette journée, une température de 101 degrés.

Le 26 juillet, la patiente est très agitée, a des idées délirantes; l'ictère apparaît accompagné d'urines acajou et de selles diarrhéiques. L'index ictérique monte alors à 57,5 unités.

Le 29 juillet, l'hémogramme est le suivant: G. R., 4 700 000; G. B., 4 375; Hb., 80%; V. G., 0,8.

Le 30 juillet, la malade présente toujours le même tableau psychique. On lui administre une nouvelle transfusion de 500 cc. de sang et une troisième, cinq jours plus tard.

Le 1er août, les urines ont toujours une coloration bilieuse: il existe un dépôt abondant; l'aspect est trouble; on note de légères traces d'albumine et la présence de pigments biliaires, de cristaux d'urates, de sang, de leucocytes et d'épithélium.

Le 8 août, la température revient finalement à la normale et persiste ainsi jusqu'au départ: trois jours plus tard, l'index ictérique est de 44 unités.

Le 18 août, la patiente quitte l'hôpital, peu améliorée; elle est moins ictérique, mais les troubles psychiques persistent toujours.

Depuis sa sortie de l'hôpital, la patiente est toujours ictérique, de façon variable (nous dit son médecin). Elle mange peu et a maigri de 60 livres. Elle parle peu et semble indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle. Elle a des hallucinations auditives, des idées de persécution marquées, avec sentiment de culpabilité s'exprimant par de l'auto-accusation.

La malade a toujours eu une assez bonne santé. A 12 ans, elle eut des maux de gorge qui disparurent après amygdalectomie à 13 ans. Depuis, elle n'a jamais eu de maladies graves; elle n'eut que quelques grippes: alors elle faisait beaucoup de fièvre. Les seules particularités que nous relevons dans son histoire jusqu'à l'été 1951, sont les suivantes:

1. Tendance marquée aux épistaxis depuis l'âge de 13 ans; elle saignait tous les mois ou tous les deux mois; 2. nycturie régulière depuis l'âge de 13 ans; 3. aménorrhée primaire pour laquelle elle est traitée par son médecin depuis un an.

A l'été 1951, elle présenta durant 1 ou 2 jours, de l'œdème malléolaire qui disparut spontanément. Vers la même période, elle présente une crise douloureuse au flanc droit qui disparaît spontanément et sa mère nous raconte qu'elle a des urines rouge foncé qui persistent depuis ce temps. Elle présente aussi, de temps en temps, un léger œdème des paupières et de la face.

En décembre 1951, elle présente une nouvelle crise douloureuse au flanc droit, qui persiste durant une journée puis disparaît et en mai 1952, elle a de nouveau une crise douloureuse à la partie basse de l'abdomen cette fois, qui la force à se mettre au lit.

La patiente a, depuis l'âge de 13 ou 14 ans, des légères tendances paranoïdes avec absence de spontanéité; elle parle peu et se confie peu. Depuis un an, elle est plus fatiguée, nous dit la mère.

Son père, cultivateur, est âgé de 46 ans et en bonne santé. Sa mère, âgée de 42 ans, a toujours joui d'une excellente santé de même que ses cinq frères et 6 sœurs. On ne retrouve ni diabète, ni tuberculose, ni troubles mentaux, ni ictère dans la famille, sauf chez son grand père maternel qui est décédé après avoir présenté de l'ictère à 68 ans.

N.-B.: la patiente n'a pris aucun médicament, sauf ceux prescrits par les médecins et le père a caché le poison (arsénic) dont il se sert pour soupoudrer ses plants de patates quand elle est revenue de l'hôpital.

A l'examen, nous sommes en présence d'une patiente au teint jaune verdâtre, amaigrie, faisant 98 3/5 de température avec respiration à 20 par minute. Elle est affaissée, hésitante, l'expression du visage est le plus souvent fixe. Elle ne parle pas spontanément et ne répond qu'à un nombre limité de questions, toujours les mêmes: celles qui expriment ses idées dépressives de persécution et d'auto-accusation. Elle coopère très peu et même résiste à l'examen physique.

L'examen des yeux révèle des pupilles égales, réagissant bien à la lumière. Les mouvements oculaires et l'accommodation sont normaux. Les conjonctives sont ictériques et pâles. L'audition est normale. Le nez est perméable. La bouche laisse s'exhaler une odeur fétide. La langue est saburrale, sauf en deux points de quelques centimètres chacun, mais bien papillée et humide. Les muqueuses et l'arrière-gorge sont pâles et ictériques. Les dents sont saines. Au cou, nous ne découvrons pas d'adénopathie et la thyroïde semble de volume normal.

Le thorax est bien développé et symétrique. Il n'y a pas de développement mammaire, cependant les poils axillaires sont présents. L'examen pulmonaire est cliniquement normal. Les bruits cardiaques sont bien frappés, aucun souffle n'est perçu et le rythme est régulier à 85 par minute. La tension artérielle est de 120/70.

L'abdomen est souple et on ne trouve aucun point douloureux. La matité hépatique est remplacée par une submatité de 4 cm. Le foie ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas palpable. La rate est percutable sur 14 cm., déborde les fausses côtes de 4 cm. et est facilement palpable. Les loges rénales sont

négatives. On met facilement en évidence les réflexes cutanés abdominaux. La peau est sèche, desquame abondamment et il existe un degré de déshydratation.

La région pubo-vulvo-périnéale est normale. L'orifice vaginal ne permet que l'introduction incomplète d'un doigt et le toucher rectal est impossible à cause de l'état psychique de la patiente.

Les membres ne présentent pas d'œdème et l'examen neurologique sommaire est négatif.

Devant ce tableau clinique, nous avons cru à un syndrome confusionnel secondaire à l'état physique de la malade; aussi le problème médical devenait beaucoup plus important que le problème psychiatrique.

Nous contrôlons la couleur des selles de la malade: elles sont très brunes et ses urines sont toujours très foncées.

Demandé en consultation, le docteur Roger Dufresne a l'impression qu'il s'agit d'un ictère hémolytique dont la nature congénitale ou acquise est à déterminer.

L'hémogramme nous revient : G. R., 2 500 000; G. B., 3 750; Hb., 79% (?); V. G., 1,5 (?); baso, 1; polynucléaires, 60%; grands mono., 6%; lymphocytes, 32%; éosinophiles, 1%.

Les urines sont foncées; troubles; densité 1022 (?); albumine, xx; présence d'urobiline et de bilirubine; nombreux oxalates de calcium; nombreux leucocytes; présence de sang et de pus. On remarque aussi de nombreuses cellules et de nombreux cylindres granuleux; rares cylindres leucocytaires, hématiques et hyalins. La culture des urines est cependant négative.

L'urée et le glucose sanguins sont normaux.

La radiographie pulmonaire dénote une ancienne atteinte ganglionnaire médiastinale droite supérieure: lésions cicatricielles.

La sédimentation globulaire est à 29 après une heure.

Les temps de saignement et de coagulation sont respectivement de 2 et 3 minutes 15 secondes.

Van den Bergh : la réaction directe est positive et les dosages, au bout de 10 minutes et de 30 minutes, sont respectivement de 2,55 et 2,70; la réaction indirecte est aussi positive et le dosage est de 4,00 mgm. pour cent.

La céphaline (floculation: 48 heures) est positive à xxx.

La résistance globulaire est de 3,5/00.

Une nouvelle analyse sanguine montre une absence de microsphérocytose, légère anisocytose et réticulocytes 2 pour cent.

L'épreuve de Coombs est négative et la protrombine à 72 pour cent.

Le Van den Bergh indirect positif avec un dosage à 4 mgm. pour cent était bien en faveur d'un ictère hémolytique, cependant les autres tests viennent jeter un doute sur ce premier diagnostic. Il existe cependant une atteinte indubitable de la fonction hépatique.

Evolution.

Durant la première semaine de son hospitalisation, la patiente demeure toujours dans le même état psychique. Elle mange avec un appétit variable, a toujours des selles brunes liquides et semi-liquides et des urines foncées. Son ictère régresse un peu tous les jours et sa rate diminue aussi de volume.

Le 13 octobre, nous trouvons une rate percutable sur 11 cm. et la patiente est moins ictérique mais très pâle. Dans les jours qui suivent, la patiente fait fréquemment de l'incontinence fécale et vésicale; elle est toujours renfermée dans un mutisme jaloux.

Le 16 octobre, elle est prise d'une crise subite de douleur abdominale: nous ne parvenons pas à lui faire préciser le siège exact de sa douleur; la patiente est très ballonnée: nous ne pouvons percuter sa rate.

En raison de la première formule sanguine, semblant indiquer une anémie à tendance macrocytaire, nous pratiquons une ponction sternale qui donne les résultats suivants: poly. neutro., 27; baso., 0; éosino., 0; lymphocytes, 5; grands mono., 0; métamyélocytes, 15; myélocytes, '0; C. souches, 5; normoblastes, 25;

mégaloblastes, 2; plasmocytes, 1; moelle très pauvre en éléments blancs.

Une nouvelle formule sanguine ne montre aucune amélioration sur la précédente: G. R., 2 725 000; G. B., 2 500; Hb., 62%; V. G., 1,1.

Le 18 octobre, la patiente est encore très ballonnée, et pour la première fois, nous pouvons mettre en évidence une matité qui se déplace et démontre la présence d'ascite. Aucun changement dans l'état mental de la malade, au contraire, elle est plus renfermée et tient presque toujours les yeux clos. Elle continue de faire de l'incontinence vésicale et fécale. Elle mange moins bien qu'au début.

Le 22 octobre. On note toujours la grande pâleur et le subictère de la patiente; un nouveau Van den Bergh montre une très légère amélioration; réaction directe positive, dosage après dix minutes: 1,85; dosage après 30 minutes: 2,05; la réaction indirecte est aussi positive et son dosage est de 3,05. L'ascite semble augmenter un peu tous les jours. En vue d'une péritonéoscopie, nous demandons un nouveau dosage de la protrombine: le résultat revient à 83%. Un test à la vitamine K est alors pratiqué: aucune augmentation du taux de prothrombine, 16 heures après injection intramusculaire de 10 mgm. de vitamine K.

Le 26 octobre, la patiente est soudainement prise de douleurs abdominales intenses et vomit un liquide vert, visqueux. Elle présente un œdème considérable des membres inférieurs et l'ascite a considérablement augmenté. La température est montée à 101 degrés et le pouls se maintient à 100 à la minute.

Le 27 octobre, la patiente a maintenant un œdème qui envahit les membres inférieurs, la paroi postérieure du tronc jusqu'aux aisselles et la paroi abdominale antérieure qui est distendue par un liquide d'ascite très considérable. Le matin, la température est redescendue à 99 degrés, le pouls est de 100 à la minute et la respiration à 25 à la minute. La patiente, qui urine peu depuis quelques jours, n'a pas uriné de la nuit.

Nous présentons ce cas pour diagnostic.

Epilogue. La péritonéoscopie et la biopsie du foie ont démontré qu'il s'agissait d'un processus de cirrhose. Nous ne sommes pas plus avancés qu'auparavant sur l'origine de cette cirrhose.

La question qu'on a posée sur la possibilité d'une maladie de Wilson à forme exclusivement hépatique et portale demeure pertinente sans que l'on puisse en admettre la réalité faute d'arguments cliniques.

Discussion.

M. Paul Dontigny. Est-ce qu'on peut éliminer la maladie de Wilson?

M. Julio Vasquez. Oui, car nous n'avons ni cirrhose, ni tremblements.

M. Simon Lauzé. L'œdème est-il causé par l'hyponutrition?

M. Roger Dufresne. Par l'abondance et la disposition de l'œdème nous ne le croyons pas.

M. J.-P.-M. Ricard suggère qu'on fasse un examen gynécologique sous anesthésie et une péritonéoscopie.

M. Roger Dufresne nous parlera de cette patiente après avoir eu le rapport de ces examens.

Le secrétaire adjoint du Bureau Médical,
Jean GRIGNON.

BUREAU À LOUER POUR MÉDECIN

Site très avantageux — bureau autrefois occupé par feu le docteur Henri Baril. Pour renseignements, s'adresser à sa résidence: FRontenac 1630.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR HENRI BARIL

Le départ d'une personne, d'un confrère, provoque toujours, chez ceux qui ont vécu dans son entourage, des réactions, des sentiments dont ils peuvent difficilement se départir. Le vide causé par cette absence les étreint, au point que chaque instant leur rappelle des souvenirs les plus et même les moins marquants. Et ce passage à une vie meilleure atténue en quelque sorte l'épreuve de l'arrachement que l'on vient de subir.

Ce sont là les réflexions que suscite le décès récent de notre ami à tous, le docteur Henri Baril, pédiatre de l'hôpital Sainte-Justine. Est-ce que l'on prévoyait un départ si précoce? Le docteur Baril menait une vie légèrement moins active ces derniers temps, obligé qu'il était de restreindre ses activités à cause de son état de santé. Il n'en continuait pas moins de se dépenser encore largement au service de l'humanité, mais il ne laissait aucunement prévoir, ni deviner ce qui se passait dans son for intérieur, cachant sous des dehors agréables, dans un sourire bienveillant, ses propres souffrances, ses nombreuses préoccupations. Cette quiétude qu'il manifestait constante, nous faisait ignorer qu'il pouvait nous quitter si prématurément.

En relisant son *curriculum vitae* et en suivant ce confrère sur le chemin qu'il a parcouru depuis qu'il obtînt le diplôme de docteur en médecine en 1918, l'on se convainc tôt que l'homme a besoin de plus qu'une nourriture terrestre, il lui faut un aliment intellectuel et même spirituel que l'on nomme la science et la charité. Et le docteur Baril n'a pas épargné les services à son prochain, le sourire à lui rendre en tout temps, la douceur de parole pour convaincre. Aussi, c'est avec mansuétude qu'il a accepté en pleine connaissance le suprême sacrifice accompli dans l'abnégation et la confiance en Dieu. Les amis de ce confrère se rencontrent avec les membres de la famille sur ce terrain et éprouvent les mêmes joies qu'ils ont d'avoir vécu en sa compagnie aussi bien que les mêmes peines de se séparer de lui.

C'est avant la fin du siècle dernier que naissait le docteur Baril, à Sainte-Geneviève-de-Batiscan. Après son cours classique suivi au Collège des Trois-Rivières, il avait le plaisir d'être reçu, en 1912, à l'Université de Montréal — l'Université Laval du temps — comme élève en médecine et, cinq ans plus tard, il terminait avec un grand succès ses études universitaires.

A partir de ce temps, le docteur Henri Baril va s'identifier avec une institution fondée quelques années plus tôt par un groupe de dames charitables et déesireuses de soulager les enfants malades. Il fera son internat à Sainte-Justine, il sera résident un an et, aussitôt, sera attaché à titre de médecin bénévole d'abord, puis régulier au service de laboratoire où il passera sept ans. Puis, est acceptée sa demande de permuter dans l'un des deux services de médecine infantile dont il deviendra le chef en 1933, après la mort du docteur Bourgoin. En 1929, la capitale française le reçut et, à la suite d'études sérieuses, le docteur Baril décrochait le diplôme de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris. De retour au pays, il est nommé assistant-professeur en pédiatrie de l'Université de Montréal, pour devenir professeur agrégé en 1939.

Combien de malades ont bénéficié de son expérience et de sa science durant tout ce temps et même dans la suite de sa carrière! Le docteur Baril se donne à gauche, à droite, à tous les malades qui requièrent ses soins, oublie ses propres fatigues, la maladie qui l'a terrassé, reçoit toujours ses assistants sans jamais laisser voir qu'ils pourraient l'importuner, leur répond d'une voix calme et enga-

geante. Ses contacts avec les chefs de service et tous ses confrères, avec l'administration de l'hôpital, sont aussi amènes. Et c'est une même expression de sympathie qui vole spontanément vers lui, sympathie qu'il a suscitée par son attitude, par son dévouement et par son désintéressement. Les révérendes Filles de la Sagesse, les infirmières de l'hôpital Sainte-Justine, les révérendes Sœurs du Saint-Nom de Jésus et de Marie ont tout spécialement bénéficié de sa science médicale.

Pourtant, la vie du docteur Baril débordait encore les cadres expressément médicaux et touchait des aspects médiats de la médecine: membre du comité des gardes-malades, du comité de la pharmacie, membre du conseil médical de l'hôpital Sainte-Justine, la chose ne vaudrait pas la peine d'être signalée si sa participation à la vie de ces différents comités eut été de quelques années seulement. Cette activité était en surplus.

Ce modeste aperçu de sa carrière ne peut donner un meilleur compte-rendu de tout l'effort fourni par ce travail infatigable. Le soussigné a tenu à lui rendre hommage et s'excuse de ne pouvoir produire toute l'éloquence qui illustrerait davantage les sentiments qu'il éprouve envers son chef estimé.

Nous nous faisons un devoir de prier sa dévouée famille d'accepter l'humble témoignage de sympathies de toute la profession médicale.

Hermile TRUDEL.

NOUVELLES

SEMAINE DU CANCER À L'INSTITUT DU CANCER DE MONTRÉAL

Pendant la deuxième semaine du mois d'avril, au cours de l'avant-midi, auront lieu à l'Institut du Cancer de Montréal, hôpital Notre-Dame, des démonstrations pratiques sur les cancers de la peau, de la bouche, de l'utérus, du sein et du rectum, suivies d'une courte causerie sur les acquisitions les plus récentes des recherches sur le cancer.

Ces démonstrations s'adressent particulièrement aux médecins de pratique générale et aux médecins des unités sanitaires. Elles porteront sur le diagnostic précoce de ces divers cancers, facilement accessibles à l'examen de la pratique courante, sur les méthodes de traitement et leurs résultats et seront accompagnées de projections de films cinématographiques et de présentation de malades.

Le nombre des inscriptions est limité à trente. Les frais d'inscription ainsi que le programme détaillé seront annoncés prochainement.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Le bureau de la Société Médicale de Montréal pour 1953 vient d'être élu à la séance de décembre. Les officiers sont: président, le docteur Henri Charbonneau; 1er vice-président, le docteur René Rolland; 2ème vice-président, le docteur Paul Dumas; secrétaire général, le docteur Georges Leclerc; trésorier, le docteur Pierre Marion; secrétaire des séances, le docteur Pierre Turgeon; conseiller, le président sortant de charge, le docteur Paul Robert.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

A la séance de décembre 1952 de la Société de Chirurgie de Montréal eurent lieu les élections pour le bureau de 1953. Le docteur Calixte Favreau a été élu président; le docteur Albert Couturier a été choisi comme vice-président; le docteur Guy d'Argencourt devient secrétaire général; le docteur Jean Charbonneau a été nommé secrétaire annuel; le docteur Gérard Rolland a été maintenu en fonctions comme trésorier. Le docteur Paul-Maurice Ricard est le président sortant de charge.

SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

La Société de Phtisiologie de Montréal s'est réunie récemment conjointement avec le chapitre canadien du Québec de l'*American College of Chest Physicians* au Sanatorium Saint-Joseph de Rosemont.

Le programme comprenait un symposium sur le traitement de la tuberculose par les dérivés de l'acide isonicotinique avec comme participants les docteurs Gougoux, M. Doray, P. Dionne, Roland Guy, Fernand Hébert, G. Leduc, B. Carasso, G. Préfontaine et Marcel Verschelden.

HOMMAGES RENDUS AUX DOCTEURS JEAN-BAPTISTE PRINCE ET LÉO TASSÉ

Jeudi le 20 novembre 1952, les autorités de l'Hôpital Général de Verdun organisèrent un grand banquet en l'honneur des docteurs Jean-Baptiste Prince et Léo Tassé; le premier reçut le titre de chirurgien émérite et, le second, celui de médecin émérite.

LE DOCTEUR GÉRARD SAINT-ONGE ÉLU PRÉSIDENT DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU

Le 20 décembre 1952 eurent lieu à l'Hôtel-Dieu de Montréal les élections pour le bureau médical et pour le Comité exécutif conjoint. Le docteur Gérard Saint-Onge a été élu président du bureau médical avec comme vice-président le docteur Hervé Legrand et, comme secrétaire, le docteur Gérard Casgrain. Les officiers du Comité exécutif conjoint sont les docteurs Rolland Blais, président; Paul Dumas, secrétaire-trésorier, J.-Roméo Pépin, Roland Dussault, Paul Letendre, P.-Luc Riopelle, C. Lefrançois, Jean-Paul Legault et Paul Poirier.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST

L'assemblée générale de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal s'est tenue au Club Canadien, mardi le 9 décembre 1952. Le conférencier invité était le docteur Louis Roux qui traita d'un sujet d'actualité: « Médecins et hôpitaux ». Les élections confirmèrent en fonction le même exécutif.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL DE SAINT-JEAN

Le bureau médical de l'hôpital de Saint-Jean a tenu sa réunion de décembre au cours de laquelle on a procédé à l'élection de l'exécutif pour 1953.

Le docteur Roméo Marcoux, président sortant, a fait part des activités de l'année. Sous la présidence du docteur Hervé Lacharité, le résultat des élections a été le suivant: président, le docteur Louis-P. Savoie; vice-président, le docteur Gérard Archambault; secrétaire, le docteur Guy Bédard.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GRANBY

Lors de l'assemblée du 5 décembre 1952 de la Société Médicale de Granby, le docteur René Bruneau a été élu président, le docteur François Despars a été choisi comme vice-président, et le docteur Marc Paradis a été désigné comme secrétaire.

LE DOCTEUR PIERRE HUBERT RÉÉLU PRÉSIDENT

Le Bureau médical de l'hôpital Cloutier, du Cap-de-la-Madeleine, vient de réélire son président, le docteur Pierre Hubert, pour un nouveau terme d'office.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-CHARLES DE SAINT-HYACINTHE

Les élections ont eu lieu récemment pour le choix des membres du bureau exécutif de l'hôpital Saint-Charles de Saint-Hyacinthe. Le docteur Guy Pothier a été élu président du bureau médical en remplacement du docteur Antonio Perrault. Les autres membres du conseil sont les docteurs Gabriel Phaneuf, vice-président; Roméo Archambault, secrétaire-trésorier; Guy Saint-Pierre et Antonio Perrault, directeurs.

CONFÉRENCE, À SAINT-HYACINTHE, DU DOCTEUR JULES GILBERT

Le docteur Jules Gilbert, directeur de l'enseignement de l'hygiène au ministère provincial de la Santé, secrétaire de l'Ecole d'Hygiène de l'Université de Montréal, a prononcé une conférence à l'hôpital Saint-Charles, de Saint-Hyacinthe. Il y a parlé de sa mission dans le Pacifique Occidental comme expert-conseil de l'Organisation Mondiale de la Santé.

XVème CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE

La Société Internationale de Chirurgie tiendra son prochain congrès, le quinzième, à Lisbonne, au Portugal, du 14 au 20 septembre 1953, sous la présidence du professeur Reynaldo Dos Santos. Le docteur Léo Dejardin, 141, rue Belliard, à Bruxelles, est le secrétaire général de la Société Internationale de Chirurgie. Le secrétaire du congrès est le docteur A. Luzes, 95 avenida da Republica, Lisbonne.

Le conseil scientifique de la Société est composé des membres suivants: M. K. H. Bauer, Heidelberg; Cl. Crafoord, Stockholm; R. Danis, Bruxelles; J. Diez, Buenos-Aires; P. Duarte, Madrid; Evarts Graham, St. Louis, Mo.; C. Heuschen, Bâle; M. Kostic, Belgrade; H. Kunz, Vienne; A. Jirasek, Prague; Sir A. Learmonth, Edimbourg; René Leriche, Paris; J. F. Nuboer, Utrecht; R. Paolucci, Rome; R. Dos Santos, Lisbonne; P. Valdoni, Rome.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du congrès de Lisbonne: 1. La régénération des tissus, et 2. Les anévrysmes.

CONGRÈS SUR LA FERTILITÉ ET LA STÉRILITÉ

Le premier congrès mondial sur la fertilité et la stérilité se tiendra à New-York, à l'hôtel Henry-Hudson, du 25 au 31 mai 1953. Ce congrès se tiendra sous les auspices de l'*International Fertility Association* et de l'*American Society for the study of Sterility*.

SOCIÉTÉ DE RÉHABILITATION DES INFIRMES

La Société de Réhabilitation des Infirmes a l'honneur de vous faire part de l'inauguration de son nouveau Centre de Réhabilitation à 6265, Hudson Road.

Le Centre met à la disposition de vos clients privés et publics les facilités suivantes: Surveillance médicale, physiothérapie, *Occupational Therapy*, orthophonie, service médico-social, tests psychologiques, orientation professionnelle et placement, de même qu'un atelier de rééducation.

A la suite des traitements et du processus de réhabilitation, vos clients vous seront dirigés avec un rapport.

Le docteur Gustave Gingras est le directeur médical de la Société de Réhabilitation des Infirmes.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE

Lors de sa dernière assemblée régulière du 10 décembre 1952, la Société d'Obstétrique s'est choisi un nouveau conseil. Les membres élus sont:

Docteurs Alfred Leroy, président; A.-A. Mignault, vice-président; Léon Journet, secrétaire; Jacques Fortier, trésorier. Directeurs: les docteurs Robert Cailloux, A. Manseau, Gérard Bélanger, Hervé Gibeault et A. Lacombe. Secrétaire des séances, le docteur Berthol Bourgie.

RECHERCHES CLINIQUES À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

L'Hôtel-Dieu de Montréal annonce la création d'un nouveau département de Recherches cliniques, qui sera sous la direction du docteur Jacques Ge-

PROPI-VAGINAL

INDICATIONS :

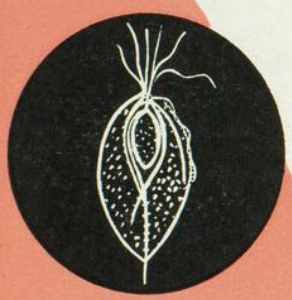
Vaginites à trichomonas, à monilia et à flores mixtes. Prurit et leucorrhée.

La connaissance des données modernes sur la physiologie vaginale nous ont permis d'élaborer un traitement objectif et rationnel des conditions pathologiques qui jusqu'ici avaient défié les agents thérapeutiques les plus divers pour ne pas dire les plus disparates.

FORMULE (pH 4)

Propionate de sodium	**20 %**
n-Propanol	**12.5 %**
Acide propionique	**5 %**
Diiodohydroxyquinoléine	**7.5 %**

Plus lactose, dextrose, acide borique et acide lactique, dans une base hydrosoluble appropriée.



1.



2.



3.

1. **Trichomonas vaginalis**
2. **Monilia albicans**
3. **Escherichia coli, streptocoques, staphylocoques.**



SUPPOSITOIRES VAGINAUX: Boîte de 12 — 1 à 3 par jour.
CRÈME: Tube de 3 onces avec applicateur — en application trois fois par jour.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE

nest, F.A.C.P., F.R.C.P.(C)., autrefois de Johns Hopkins Hospital et du Rockefeller Institute for Medical Research.

Ce département comprend un laboratoire de cinq pièces, une unité de malades de 24 lits, une clinique externe et une animalerie.

Le travail sera consacré surtout aux problèmes se rapportant au mécanisme de l'œdème et des maladies hypertensives, et de leur relation avec le facteur de rétention sodique des surrénales.

VŒUX AU CARDINAL P.-E. LÉGER

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada a présenté au cardinal Léger ses hommages et ses vœux. Le Cardinal nous a aimablement remercié et accordé sa bénédiction à tous nos membres.

CINÉMA MÉDICO-CHIRURGICAL

Prix de "La Presse Médicale"

Le « Prix annuel du Cinéma Médico-Chirurgical », doté de 100.000 francs en espèces (pouvant éventuellement être partagé) et de divers autres prix, sera attribué (comme en 1952) lors de la dernière séance du « Concours d'Actualité médico-chirurgicales » à la Faculté de Médecine de Paris, le mardi 24 mars 1953.

Ne pourront être primés que les films d'amateurs qui ne sont pas déjà édités, subventionnés ou réalisés par un laboratoire ou une firme.

Le Jury s'attachera autant à la valeur didactique du film qu'à sa qualité proprement cinématographique. Aucune restriction ne sera faite en ce qui concerne la qualité du film, sonore ou muet, couleur ou noir, mais sera seul admis le format de 16 mm.

Les candidatures devront être adressées au secrétariat du Journal, Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain à Paris (VIe), avant le 1er mars 1953.

En raison du succès obtenu l'an dernier et pour éviter l'afflux de la dernière heure, nos confrères sont d'ores et déjà invités à adresser leur candidature, les films devant parvenir, au plus tard, le 10 mars 1953.

Nos confrères des pays étrangers sont invités à user de la voie de l'attaché culturel pour l'expédition de leurs bandes.

SUBVENTION FÉDÉRALE DE $75,500 À L'INSTITUT NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL

L'honorable Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce que le Gouvernement fédéral vient d'accorder une subvention de $75,000 à l'Institut Neurologique de Montréal, en vue de l'acquisition d'un matériel spécial et technique, ce qui porte à $468,483 le montant que le Gouvernement fédéral a versé jusqu'ici afin de permettre à cet Institut d'acheter le matériel nécessaire à des facilités de traitement qui ont pris de l'expansion.

L'Institut Neurologique de Montréal se classe parmi les meilleurs du monde, déclare le ministre fédéral de la Santé. Ses recherches principales portent sur l'étude du cerveau, de la moelle épinière et du systerme nerveux. Les autorités médicales croient, dit M. Martin, que l'on trouvera la solution d'un grand nombre de maladies mentales, quand on connaîtra mieux les effets des poisons et des extraits glandulaires sur le cerveau. A l'Institut, d'éminents médecins spécialistes poursuivent un programme de recherche intensive sous la direction du docteur Wilder Penfield, et des médecins qui viennent chaque année s'y spécialiser font sentir son influence en maints endroits de l'univers.

Une subvention fédérale de $222,880 a été versée en 1950 afin d'aider à l'accroissement du nombre de lits à l'Institut.

Les personnes qui ont des tumeurs du cerveau exigeant une intervention médicale et chirurgicale spécialisée représentent 14 pour cent environ des malades qui entrent à l'Institut. Environ 29 pour cent souffrent de désordres mentaux ou d'affections dont ces désordres constituent la caractéristique principale. Près de 16 pour cent sont des épileptiques. Les deniers fédéraux ont permis d'obtenir un matériel spécial pour le département de l'anesthésie, matériel au moyen duquel on surveille constamment, durant les opérations, la tension artérielle des épileptiques. Un montant important a servi à outiller un nouveau laboratoire d'isotopes qui utilisera les produits de l'ère atomique en vue de nouvelles recherches médicales. Le reste de la subvention permettra de se procurer un matériel coûteux et très complexe pour les départements suivants: anatomie et pathologie, neuroradiologie, neurophysiologie, électroencéphalographie, neurochimie et chirurgie. Une bonne partie de ce matériel est fabriquée spécialement à l'intention de l'Institut.

Les comprimés

"DAINITE"

soulagent

jour et nuit

PROTECTION CONTINUE CONTRE

L'ASTHME

FORMULE DES COMPRIMÉS DAINITE

Pour le jour:		Pour la nuit:	
Pentobarbital de sodium	¼ gr.	Phénobarbital	⅜ gr.
Aminophylline	3 gr.	Pentobarbital de sodium	½ gr.
Ephédrine HCl	¼ gr.	Aminophylline	4 gr.
Benzocaïne	¼ gr.	Benzocaïne	¼ gr.
Hydroxide d'alumine	2½ gr.	Hydroxide d'alumine	2½ gr.

POSOLOGIE: La dose moyenne est de un ou deux comprimés de jour "Dainite" trois fois par jour avant les repas et de un ou deux comprimés du soir à 10 heures p. m.

PRÉSENTATION: Boîte de 36 comprimés pour le jour et de 12 comprimés pour le soir.

Documentation et échantillon envoyé sur demande.

DAINITE

Une spécialité Irwin, Neisler & Co., U.S.A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal.

REVUE DES LIVRES

A. VACHON, prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des Hôpitaux. — **Précis des maladies de l'appareil digestif.** Un vol. de 682 pages, avec 169 fig. (4 200 fr.). — G Doin et Cie, édit., Paris, 1952.

Ce précis, consacré à l'étude clinique et au traitement des maladies de l'appareil digestif, s'adresse au médecin et à l'étudiant qui trouveront, réunis en un seul volume divisé en trois parties: la description des symptômes fonctionnels et des grands syndromes; l'exposé des moyens d'investigation clinique, radiologique, endoscopique et biologique; l'étude des affections du tube digestif, du foie, des voies biliaires et du pancréas.

Pour éviter la sécheresse d'une excessive condensation et garder à l'ouvrage son orientation pratique, tout ce qui ne présentait pas de réelle utilité clinique — bibliographie, historique, données pathogéniques quand elles ne servent pas de base à un traitement — a été exclu de propos délibéré.

Les notions d'anatomie pathologique qui ont paru nécessaires à la bonne compréhension des symptômes et de l'évolution, précèdent toujours l'étude clinique des maladies. Celle-ci a été essentiellement axée sur le diagnostic; ce qui explique le groupement de certains chapitres qui, à première vue, pourrait sembler discutable.

L'énumération, si souvent artificielle et fastidieuse des formes cliniques et des diagnostics différentiels a été volontairement limitée à celles qui se voient et à ceux qui se posent en pratique gastro-entérologique courante.

Plus que l'exposé de l'arsenal médicamenteux et la reproduction de formules magistrales, c'est la part des différents traitements médicaux et la place respective de la chirurgie et de la médecine qui, dans le domaine de la thérapeutique, a été l'objectif principal.

L. MARCHAND et R et H. MIGNOT, médecins des Hôpitaux Psychiatriques. — **Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques.** A l'usage des candidats aux diplômes d'infirmiers de ces établissements. 5ème édition revue, corrigée et augmentée. Un vol. de 416 pages, avec 107 fig. (1 700 fr.). — G. Doin, et Cie, édit., Paris, 1952.

Depuis sa première édition, ce manuel a toujours eu deux buts: servir à l'enseignement et à la formation technique des Infirmiers des hôpitaux psychiatriques; permettre aux élèves des Ecoles d'Infirmiers de reviser leurs cours en vue de la préparation aux examens dont les épreuves deviennent de plus en plus complexes.

Depuis quarante ans d'immenses progrès ont été accomplis dans la formation professionnelle des infirmiers, dans l'organisation des hôpitaux psychiatriques, dans les nouvelles méthodes thérapeutiques des affections mentales, dans la création de certains services spéciaux en vue de la récupération sociale des malades.

Le contact infirmier-malades est donc devenu dans les hôpitaux psychiatriques de plus en plus important. Outre ses connaissances concernant les soins courants médicaux et chirurgicaux, outre son rôle de surveillance, l'infirmier psychiatrique doit savoir adapter ses capacités aux différentes catégories de malades. Par exemple, son rôle au cours de la malariathérapie, de la convulsothérapie, des cures de sommeil, de la psychothérapie de groupe, a nécessité la création d'équipes spéciales, composées d'un personnel expérimenté. Sa collaboration avec les médecins, comme agent de traitement, est devenu indispensable et très étroite.

Cette cinquième édition, qui suit de près la quatrième, a été complétée sur de nombreux points. Après chaque session d'examens, les auteurs se sont renseignés sur les questions

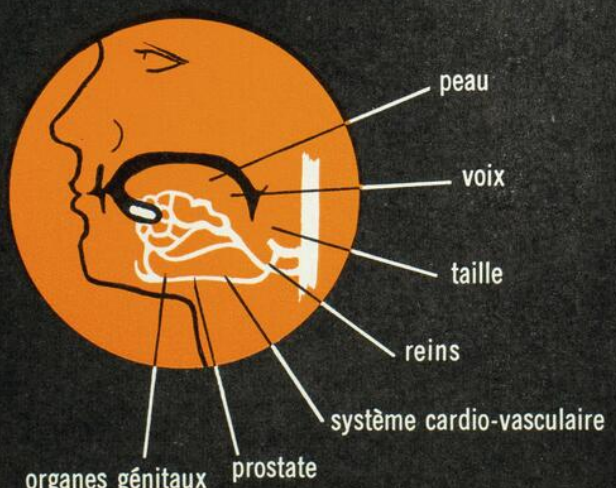
Ciba

plus d'efficacité

Linguettes* Métandrène*

Chaque fois que l'androgénothérapie est indiquée les LINGUETTES METANDRENE s'imposent. Elles offrent aux médecins et aux malades les avantages de la thérapie parentérale tout en éliminant la nécessité des injections. Le contenu hormonal des LINGUETTES METANDRENE est complètement absorbé par le réseau capillaire de la muqueuse orale et atteint les organes visés par une route directe. Ainsi les LINGUETTES METANDRENE évitent · l'inactivation gastro-hépatique, ne nécessitent que la moitié de la dose orale, et offrent une forme d'androgénothérapie à la fois simple, sûre et économique.

*MARQUE DÉPOSÉE



à plus bas prix

posées par les examinateurs et ont développé les textes qui étaient trop succincts. Ils espèrent que lui sera réservé le même accueil qu'aux précédentes.

P. GALY et L. PEROL. — **Séquelles et complications tardives locales de la primo-infection tuberculeuse : "La maladie du hile d'origine ganglionnaire".** Un vol. de 120 pages, avec 31 fig. (850 fr.). — G. Doin et Cie, édit., Paris, 1952.

Les conséquences pathologiques locales de la primo-infection tuberculeuse ne se limitent pas aux quelques mois qui en suivent l'établissement, mais se prolongent chez l'adulte, parfois pendant toute l'existence.

Les séquelles bronchiques et médiastinales des adénopathies caséeuses hilaires envahissantes peuvent ne se révéler parfois que plusieurs dizaines d'années après leur constitution. Les altérations anatomiques ou les troubles cliniques alors décelés sont trop souvent considérés comme primitifs sans lien avec une primo-infection ancienne inapparente ou inaperçue que, seule, une calcification ganglionnaire vient signer de sa marque.

L'étude clinique de nombreux malades, les constatations faites au cours d'exérèses pulmonaires montrent que le rôle de cette adénite hilaire et de ses complications que nous savons si souvent latentes (péribronchite, fistules, sténoses) est considérable dans la genèse ou la localisation de maintes affections bronchiques ou parenchymateuses rencontrées plus ou moins tardivement chez l'adulte.

Nous retrouvons dans les manifestations ou les épisodes révélateurs de cette « maladie du hile d'origine ganglionnaire séquellaire » beaucoup de syndromes de la pathologie pulmonaire ou médiastinale dite inflammatoire: bronchectasies, hémoptysies, abcès, condensations rétraciles ou non, bronchites circonscrites, maladies du lobe moyen, diverticules et fistules œsophagiens...

La place étiologique ou le rôle de ces séquelles de primo-infection dans chacun de ces divers syndromes est plus ou moins important et plus ou moins facile à déceler.

Cette monographie illustrée de nombreuses reproductions radiologiques et microphotographiques envisage, dans leur ensemble, ces conséquences tardives locales de l'adénopathie primaire tuberculeuse. Elle montre leur fréquence et leur variété. Elle apporte des documents permettant d'en discuter le diagnostic clinique avec d'autres maladies bronchiques hilaires et d'envisager dans la pathogénie le rôle primordial de la bronchite et de la péribronchite séquellaire.

Elle apporte par la mise en évidence d'une étiologie précisée un démembrement de divers syndromes bronchopulmonaires qui gardaient encore le mystère de leur genèse.

La mise en évidence d'une telle étiologie n'a pas qu'un intérêt didactique et spéculatif. Elle est parfois à l'origine de précisions d'ordre pronostique et thérapeutique.

J. DELMAS et G. LAUX, prof. à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **Système nerveux sympathique — Etude systématique et macroscopique. Introduction à la physio-pathologie du sympathique.** Un vol. de 338 pages, avec 146 fig. en noir et en couleurs et 10 planches hors texte. (4 200 fr.) — Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Alors que le territoire d'action du système cérébra-spinal est uniquement limité aux éléments moteurs et sensitifs du soma, on sait maintenant que celui du système nerveux sympathique comprend tout l'organisme jusque dans ses moindres parties. Les éléments somatiques se trouvent donc avoir une double innervation, cérébro-spinale et sympathique, tandis que les éléments viscéraux ont la seule innervation autonome et peuvent ainsi échapper à l'action directe des centres volontaires et conscients.

Cette diffusion du système sympathique devait en conséquence solliciter de plus en plus l'attention des physiologistes et des cliniciens, par la part que prend désormais ce système dans les syndromes nerveux autrefois

AGRIPPOL

FORMULE POUR ENFANTS :
Aminoxide d'Atropine: 1/600 grain — Acide acétylsalicylique: 1 grain
Phénacétine: 3/8 grain



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE



INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Comprimés pour adultes → Acétophénétidine 0.100 Acide acéthylsalicylique 0.233
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine 0.0005

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

considérés comme uniquement cérébro-spinaux.

Mais si la conception générale que l'on peut se faire du système autonome paraît théoriquement claire, elle se complique étrangement dès que l'on passe dans le domaine de sa description macroscopique, de sa systématisation histologique et fonctionnelle, et plus encore de ses manifestations pathologiques et de la légitimité (et partant de l'efficience), des interventions médicales ou chirurgicales dont on voudrait espérer la possibilité d'un diagnostic exact et d'une guérison définitive.

Toutes les disciplines scientifiques, anatomique, embryologique, histologique, physiologique, pathologique, chimique, physique et même psychologique, avec leurs techniques spéciales et leurs objectifs limités, ont cependant apporté, au cours de ces dernières années, une riche moisson de faits indiscutables et d'hypothèses provisoires dont la confrontation autorise la possibilité d'une mise au point tout au moins momentanée.

Cette étude vient reprendre tous ces travaux, anatomiques et systématiques, en n'en conservant que l'essentiel. Elle représente surtout un effort de simplification et de synthèse destiné à faciliter à ceux qui n'ont pu vivre dans son intimité, l'étude de ce chapitre particulièrement délicat de l'anatomie.

Elle débute par quatre courts chapitres (38 pages) qui donnent les notions de base indispensables à la connaissance et à l'interprétation de l'anatomie systématique et descriptive du sympathique: 1° grandes lignes de la morphologie macroscopique du sympathique périphérique, permettant la définition des termes classiques qui servent à en individualiser les éléments; 2° résumé des connaissances sur le développement du système autonome, l'embryologie constituant le meilleur instrument de la connaissance et de l'interprétation définitive; 3° bref rappel des bases histologiques sur lesquelles repose tout essai valable d'individualisation et de systématisation des voies nerveuses; 4° exposé des notions essentielles et classiques de la chronaxie et de la transmission de l'influx nerveux par les médiateurs chimiques.

Les trois chapitres suivants constituent l'essentiel de l'ouvrage: 5° exposé de la forme, de la structure et de la topographie des voies nerveuses et des centres gris intra-axiaux autonomes (28 pages); 6° systématisation des voies sympathiques périphériques et centrales (62 pages); 7° description macroscopique détaillée du système sympathique extra-axial (178 pages) — ce dernier chapitre constituant en quelque sorte la synthèse et la conclusion pratique du précédent.

Guy LAZORTHES, prof. à la Faculté de Méd. de Toulouse, docteur ès Sciences. — **Les hémorragies intracrâniennes traumatiques, spontanées et du premier âge.** Préface du prof. D. Petit-Dutaillis. Un vol. de 256 pages, avec 82 figures. (1 850 fr.) — Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

L'auteur groupe dans cette monographie les différentes variétés d'hémorragies intracraniennes, car elles posent des problèmes comparables et nécessitent la même décision opératoire, souvent urgente. Pendant longtemps, seules les hémorragies d'origine traumatique ont bénéficié de la chirurgie. On sait depuis peu que les hémorragies spontanées dites médicales relèvent parfois aussi de l'acte chirurgical, par le fait qu'il y a fréquemment à leur origine une malformation vasculaire ou une tumeur. De même on a reconnu récemment que beaucoup d'accidents neurologiques du premier âge sont dus à des hémorragies intracraniennes.

Dans la première partie, les divers types d'hémorragies post-traumatiques, hématomes extradural, sous-dural, sous-arachnoïdien, intracérébral, sont étudiés sous leurs aspects anatomiques, cliniques et thérapeutiques.

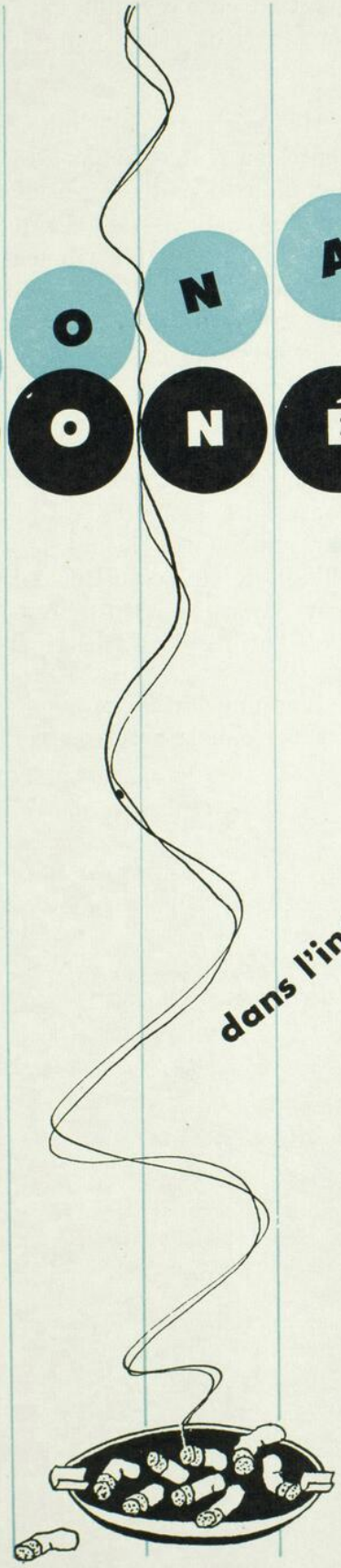
La deuxième partie a trait aux hémorragies spontanées. Sont envisagés successivement: l'hématome sous-dural, l'hémorragie méningée, l'hématome cérébral, les anévrysmes cérébraux, les angiomatoses cérébrales, les hémorragies d'origine tumorale, toutes questions qui viennent de passer récemment dans le

SONALGIN

SONÉRYL

dans l'insomnie d'origine nerveuse

dans l'insomnie associée à la douleur



le **SONÉRYL** est depuis vingt-cinq ans
l'hypnotique préféré des médecins
EFFICACE, SÛR, RAPIDE et exempt de toute
réaction DÉSAGRÉABLE
présenté en: COMPRIMÉS–SUPPOSITOIRES–ELIXIR
et AMPOULES de Sonéryl Sodium particulièrement
indiquées dans la médecine psychosomatique

le **SONALGIN** contient 65 mg. (1 grain) de
Sonéryl, 230 mg. (3½ grains) de phénacétine
et 16 mg. (¼ grain) de phosphate de codéine
HYPNOTIQUE-ANALGÉSIQUE-SÉDATIF
efficace à soulager la douleur à cause de
l'action synergique de ses constituants

Poulenc

POULENC

Limitée Montréal

domaine pratique, grâce à l'angiographie cérébrale.

Dans la troisième partie, les hémorragies intracraniennes du premier âge sont étudiées en tenant compte des précisions récemment acquises relativement à leur fréquence, leur diagnostic et leur traitement particulier.

L'ouvrage est une mise au point qui tient compte de la masse considérable des travaux parus sur ces questions dans les dernières années. Il présente et classe pour les médecins praticiens, les chirurgiens, les neurologues, les neurochirurgiens, les pédiatres, des idées encore éparses sans jamais perdre de vue le côté pratique.

Les observations, les figures, les radiographies sont nombreuses et choisies.

Divisions de l'ouvrage

1. — *Hémorragies intracraniennes traumatiques*: Hématome extradural traumatique. — Hématome sous-dural traumatique. — Hémorragies et hématomes sous-arachnoïdiens traumatiques. — Hémorragies et hématomes cérébraux traumatiques.

II. — *Hémorragies intracraniennes spontanées*: Hématome sous-dural spontané (Pachyméningite hémorragique). — Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne spontanée. — Hématome cérébral spontané. — Anévrysmes cérébraux. — Angiomatoses cérébrales. — Hémorragies d'origine tumorale.

III. — *Hémorragies intracraniennes du premier âge*: Hématome extra-dural du premier âge. — Hématome sous-dural du premier âge. — Hémorragie sous-arachnoïdienne du premier âge. — Hémorragies cérébrale et intraventriculaire du premier âge.

Index alphabétique.

L. SABADINI, prof. de Clinique urologique à la Faculté de Méd. d'Alger, chirurgien de l'hôp. de Mustapha, membre de l'Académie de Chirurgie, et J. DUCASSOU, urologue des Hôpitaux (Alger). — **Les contusions du rein.** Un vol. de 109 pages, avec 65 figures. (750 fr.) — Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

La question des contusions du rein en est restée aux conceptions et aux règles d'il y a un demi-siècle.

Les auteurs ont voulu reprendre cette question en s'écartant du dogmatisme, et en fondant leur étude sur une expérimentation poussée.

Ils précisent particulièrement que toute contusion rénale, quant à la clinique et quant aux indications thérapeutiques, doit s'appuyer sur des examens radiologiques postcontusionnels. L'utilité de ces examens ne se différencie pas, selon eux, de celle des clichés radiologiques au cours de fractures, et s'apparente à celle des examens radiologiques au cours des ruptures urétrales et vésicales.

Les auteurs distinguent deux sortes de contusions rénales: les contusions isolées et les contusions associées à d'autres lésions, et particulièrement à des lésions abdominales. Elles diffèrent complètement par leur clinique, leur pronostic et surtout leur thérapeutique: d'où l'utilité de les décrire séparément.

L'argumentation s'appuie sur près de 50 cas personnels précis et complets.

Divisions de l'ouvrage

Avant-propos.

Les contusions rénales isolées: Les lésions. L'hémorragie. La réparation spontanée et la contusion. Clinique. Contusion rénale plus grave. Contusion rénale isolée. Diagnostic des contusions rénales isolées.

Importance de la raliodogie.

Clichés de pyélographies seules: Contusions intrarénales. Contusions extrarénales.

Clichés d'urographie intraveineuse au cours des contusions rénales: Urographie intraveineuse avec mustisme rénal unilatéral. Urographie intraveineuse avec amputations pyélocalicielles. Contusion avec anomalies rénales préexistantes. Tactique thérapeutique des contusions rénales isolées. Traitement chirurgical des contusions isolées du rein. Evolution des contusions isolées du rein.

Complications et séquelles des contusions du rein: Les contusions du rein du point de vue médico-légal. Les contusions du rein associées.

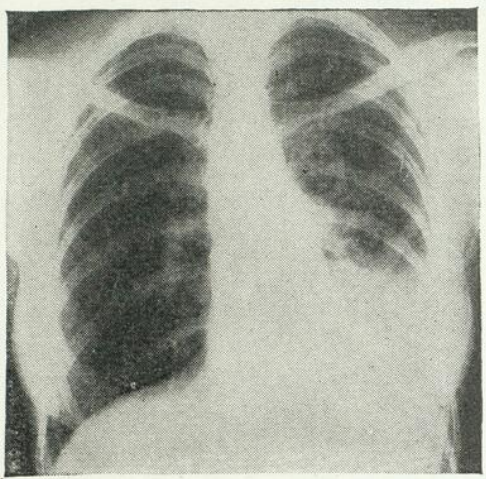
Conclusions.

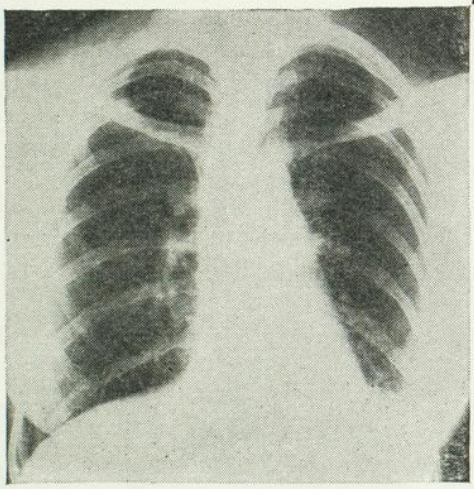
Sulfate de Dihydrostreptomycine

Un médicament de choix en phtisiothérapie

De nombreuses études faites par des cliniciens réputés confirment que le sulfate de dihydrostreptomycine possède la même efficacité que la streptomycine, qu'il réduit au minimum la douleur et l'enflure au siège de l'injection et qu'on peut l'administrer même à certains malades allergiques à la streptomycine. Des enquêtes comparatives très poussées ont prouvé de plus que le sulfate de dihydrostreptomycine était moins toxique pour le système vestibulaire. En plus de sa forme sèche habituelle, ce produit se présente maintenant en un soluté commode, prêt à être injecté et connu sous le nom de SOLUTION DE SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK.

L'ACIDE PARA-AMINOSALICYLIQUE MERCK (PAS), employé en conjonction avec le Sulfate de Dihydrostreptomycine Merck, prolonge la période d'efficacité de l'antibiotique en empêchant ou en retardant l'apparition de la résistance bactérienne.





▲ AVANT LE TRAITEMENT
(9 jours avant le traitement à la dihydrostreptomycine) Pneumonie tuberculeuse lobaire diffuse, partie inférieure du poumon gauche; caverne para-hilaire à paroi mince (3 x 3.5 cm.).

◀ APRÈS 3 MOIS DE TRAITEMENT
(2 jours après avoir discontinué la dihydrostreptomycine) Dégagement considérable de la phase exsudative aiguë dans le poumon atteint; réduction de la caverne et amincissement de la paroi.

SULFATE DE DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants
MONTRÉAL · TORONTO · VANCOUVER · VALLEYFIELD

L. JUSTIN-BESANÇON, prof. à la Faculté de Méd. de Paris, et P. MAURICE, assistant des Hôp. de Paris. — **La pression veineuse périphérique.** Préface du Prof. C. Laubry. Un vol. de 98 pages, avec 28 figures. (600 fr.). — Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Les auteurs ont résumé d'une fçaon aussi claire que possible la question de la pression veineuse, de son mécanisme et de son intérêt clinique. Leur but a été de faire entrer davantage la mesure de la pression veineuse, qui est simple et facile, dans la pratique médicale courante.

Il est aisé de se représenter la circulation artérielle, le sang partant du ventricule gauche sous pression élevée et se dirigeant ensuite de la forte vers la faible pression. Le problème du retour du sang au cœur droit, par contre, apparaît d'emblée plus complexe. La pression, à l'origine de l'arbre veineux, est en effet peu importante — de quelques centimètres d'eau — alors que dans l'aorte la pression artérielle se chiffre en centimètres de mercure. De plus, pour les veines situées au-dessus du cœur, c'est-à-dire pour la majorité du système veineux, dans la position debout, l'effet de la pesanteur doit être vaincu. Problème difficile qui nécessite, pour être résolu, l'étude successive: de la mesure de la pression veineuse périphérique; des facteurs influençant le flux sanguin dans les veines périphériques.

C'est la pression sanguine dans les veines superficielles des membres qui fait l'objet de cette étude.

Dans l'étude des forces qui déterminent la pression veineuse périphérique, chacun des éléments en cause est appelé, contrôlé et jugé: contraction du ventricule gauche et *vis a tergo*, action des terminaisons périphériques, artérioles, capillaires et veinules, tonus veineux, rôle adjuvant des muscles squelettiques, de la pression intrathoracique, du ventricule droit, de la circulation pulmonaire, aide et obstacle de la pesanteur.

Les nombreux appareils imaginés pour saisir la mesure sont passés en revue. Les différentes manifestations pathologiques sont ensuite étudiées: hypertension et hypotension veineuse, généralisées ou localisées.

Le souci majeur des auteurs reste tout au long de leur étude la physiologie pathologique. Ils en ont poussé l'analyse avec les ressources les plus nouvelles et les plus inédites de la technique. L'intérêt de leurs constatations a ses prolongements dans la clinique et dans la thérapeutique. Celles-ci soulignent l'intérêt primordial que présente désormais, grâce aux procédés modernes de mesure, la pression veineuse dans la pratique médicale et chirurgicale de l'appareil circulatoire.

Divisions de l'ouvrage

Physiologie de la pression veineuse périphérique. Mesure. Facteurs. Influence de la p. v. sur la répartition de la masse sanguine; sur l'écoulement du sang capillaire; sur la pression lymphatique; sur la tension artérielle; sur le rythme cardiaque; sur le débit cardiaque. — La mesure de la pression veineuse périphérique. Méthodes indirectes. Méthodes directes. Inscription de la pression veineuse. Epreuves fonctionnelles. — La pression veineuse périphérique normale et ses variations physiologiques. — Les modifications pathologiques de la pression veineuse périphérique. Hypertensions veineuses généralisées: solitaires ou essentielles; au cours de l'insuffisance cardiaque; des péricardites. Hypertensions veineuses localisées. Hypotensions veineuses généralisées: de la défaillance circulatoire périphérique; des cirrhoses hépatiques; des glomérulo-néphrites aiguës; généralisée permanente. Hypotensions veineuses localisées. — Thérapeutique. Traitement de l'hypertension veineuse généralisée. Traitement de l'hypertension veineuse localisée. Traitement de l'hypotension veineuse généralisée. — Bibliographie.

Maurice DE LAET, prof. de médecine légale à l'Univ. de Bruxelles, membre correspondant de l'Acad. royale de Médecine de Belgique. — **Les séquelles traumatiques — Pathogénie, diagnostic, évaluation médico-légale.** Préface du docteur Pierre Mazel, prof à l'Univ. de Lyon. Un vol. de 430 pages, avec 11 figures et de nombreux tableaux. (3.500 fr.). Masson et Cie, édit., Paris, 1952.

Depuis longtemps, la littérature médicale classique manquait d'un guide complet et à jour, destiné à documenter les médecins-experts et à les aider dans leur tâche, parfois

RHUMATISME

SALICYLOTHÉRAPIE PERCUTANÉE
CONFIRMÉE SCIENTIFIQUEMENT

PÉNÉTRATION ULTRA-RAPIDE

●

CONCENTRATION MASSIVE "LOCO-DOLENTI"
EN ACIDE SALICYLIQUE NAISSANT

●

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

●

DÉCONGESTION PROGRESSIVE



BAUME
ANALGÉSIQUE
ANTIPHLOGISTIQUE
DERMOPHILE
INODORE

Plusieurs frictions par jour

LATÉMA

LABORATOIRES DE THÉRAPEUTIQUE MODERNE

31, RUE DE LISBONNE — PARIS-8

HARVEY

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC., 2027, Avenue du Collège McGill, Montréal

complexe, d'apprécier et de motiver, à la lumière d'acquisitions scientifiques récentes, la pathogénie, le diagnostic et l'évaluation médico-légale des séquelles traumatiques. Ces séquelles intéressent au moins autant la pathologie médicale que les aspects chirurgicaux des lésions accidentelles.

Le livre du Professeur De Laet, en comblant ces lacunes, apporte un instrument de travail de première valeur, non seulement aux experts belges et français — puisqu'il expose les données juridiques et reproduit les barèmes officiels respectivement en Belgique et en France, mais aussi à tous ceux qui s'intéressent à la pathologie traumatique, à la médecine légale, à la jurisprudence des accidents.

Dans la préface qu'il a écrite pour cet ouvrage, le Professeur Mazel s'exprime comme suit:

« Dans les ouvrages antérieurs, il est facile de relever l'influence dominante d'une inspiration chirurgicale. Or, s'il est certain que les séquelles des traumatismes relèvent en grande majorité de la pathologie dite externe, il est non moins avéré que les expertises les plus difficiles à conduire à bonne fin ont trait à des maladies médicales. Cette lacune, le Prof. De Laet l'a heureusement comblée: les pages qu'il consacre — introduction nécessaire — à l'expertise médicale et au médecin expert sont suivies d'un exposé particulièrement intéressant et documenté des séquelles traumatiques générales, puis de celles concernant les organes viscéraux, le système nerveux, les organes des sens. Ces exposés, où sont présentées les données étiologiques et pathologiques nouvelles, seront lus par tous avec intérêt et profit. Suffisants pour établir le mérite et l'utilité de l'ouvrage, ils sont complétés par l'étude des séquelles traumatiques affectant l'appareil moteur. L'auteur a jugé utile de réunir et de mettre en parallèle les prescriptions légales et juridiques observées en Belgique et en France.

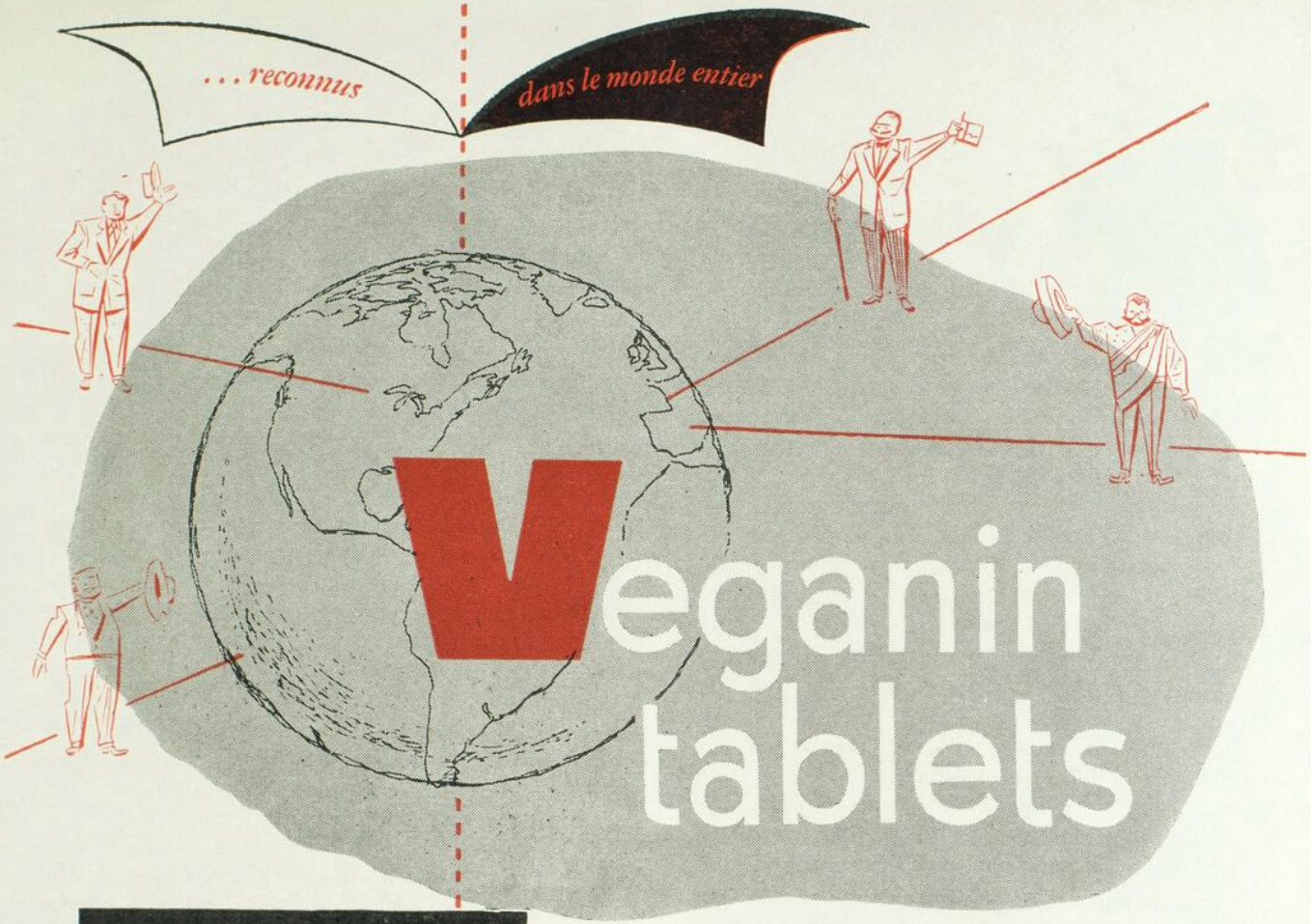
« Le Prof. De Laet a voulu orienter, éclairer et guider le médecin expert dans sa tâche difficile. A cela il a pleinement réussi, fournissant des faits et des chiffres mais aussi des directives générales, toujours nécessaires. »

Après une première partie consacrée aux conditions juridiques de l'expertise médicale, et aux détails de leurs applications, l'ouvrage comprend dans une seconde partie d'importants chapitres sur les troubles généraux (shock, sénilité prématurée), le diabète, le syndrome d'Addison, la tuberculose, la syphilis, les cicatrices et les néoplasmes dans leurs rapports avec les traumatismes.

Une troisième partie, qui envisage les séquelles traumatiques des fonctions et appareils, les passe en revue successivement pour l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire, la cavité abdominale, l'appareil digestif, l'appareil urinaire, les organes génitaux, le système nerveux central, le syndrome de Parkinson, les névroses, les psychoses-démences, la moelle épinière, les nerfs rachidiens, le système nerveux sympathique, le zona, l'appareil de la vision, l'appareil de l'audition et l'appareil moteur.

Une table onomastique, en fin d'ouvrage, permet de repérer rapidement l'explication d'un fait, d'un symptôme, le libellé d'un barème.

Cet ouvrage, fruit d'une documentation considérable, est d'une présentation particulièrement claire; il rendra aux médecins experts et aux juristes d'inappréciables services. Du point de vue plus spécialement médical, il constitue sur toutes les questions de pathologie envisagées une mise au point qui intéressera les médecins.

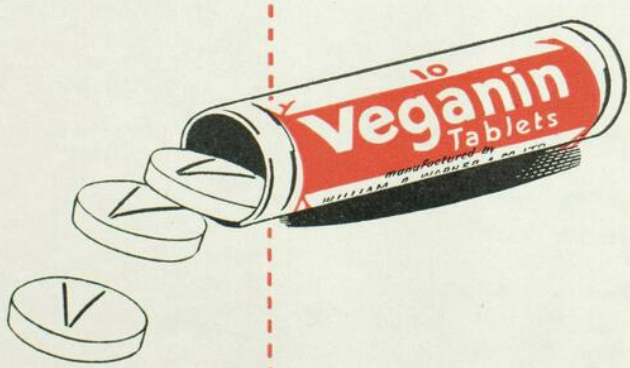


se gagnent de nouveaux amis au Canada

En Angleterre et dans d'autres parties du monde, les médecins ont utilisé avec satisfaction les propriétés analgésiques et sédatives du Veganin. Maintenant prescrits par les médecins canadiens, les comprimés Veganin apportent un soulagement rapide et sûr de la douleur. Les comprimés Veganin assurent une sédation douce, sans dépression ni langueur secondaires. Ils ne sont ni toxiques ni narcotiques et possèdent une grande marge de sécurité.

CHAQUE COMPRIMÉ VEGANIN CONTIENT:

Acide acétylsalicylique . . **3.86** *gr.*
Phénacétine . . . **3.86** *gr.*
Codéine . . . . . **0.16** *gr.*



Les indications de Veganin sont aussi nombreuses que les maladies ou affections qui s'accompagnent de douleur. Littérature et échantillons sur demande.

WARNER-CHILCOTT LABORATORIES 727 King St. West-Toronto, Ontario

Division de William R. Warner & Co. Ltd.

"L'Union Médicale du Canada" en 1884

1884

Janvier 1884.

Avec la présente livraison, *L'Union Médicale du Canada* entre dans sa treizième année d'existence. On avouera que c'est là un âge déjà assez respectable pour une publication qui ne s'est maintenue jusqu'à ces dernières qu'à force de sacrifices de la part de ses éditeurs, et dont l'existence, parfois menacée au point de donner des inquiétudes à nos meilleurs amis, a souvent semblé un problème plus ou moins difficile à résoudre.

Cette période critique est déjà bien loin de nous et, même à défaut de toute autre preuve, l'année qui vient de finir est là pour dire que désormais nous pouvons envisager l'avenir avec la plus grande confiance. *L'Union Médicale du Canada* repose aujourd'hui sur une base solide et peut rivaliser avantageusement avec la plupart des revues mensuelles de ce genre publiées sur ce continent.

Les améliorations faites au journal en janvier 1883, et grâce auxquelles nous pouvons, depuis lors, donner à nos lecteurs quarante-huit pages très compactes — non interlignées — de matière à lire chaque mois (dix pages de plus, par mois, que les années précédentes) nous ont nécessairement imposé un surcroît de dépenses, mais par contre, en même temps que le nombre des abonnés s'est élevé proportionnellement durant l'année, nous avons également vu grossir les rangs de nos collaborateurs actifs. C'est là, pour nous, un encouragement auquel nous ne pouvons rester insensibles et qui seconde trop bien nos vues pour que nous n'y répondions pas par un égal surcroît de zèle et de travail. Aussi, voulons-nous, cette année, soutenir ce qui est fait, et même faire davantage, dans les limites du possible.

Mais nos progrès ne se bornent pas aux seuls faits matériels. Dans le but d'être le plus possible utiles à ceux qui nous lisent, et de faire de *L'Union Médicale du Canada* une publication qui puisse rencontrer les besoins réels du praticien, nous avons publié, aussi souvent que cela a pu se faire, quelques-unes des leçons cliniques qui se donnent dans les hôpitaux, des rapports de cas, notes de traitement, etc. Or, nous sommes aujourd'hui en mesure d'annoncer à nos lecteurs que, cette année, une part plus grande encore sera faite aux publications cliniques. Des arrangements spéciaux nous assurent, mieux que par le passé, le puissant et utile concours des médecins et chirurgiens de nos hôpitaux, et vont mettre à notre disposition un choix très varié de communications, lectures, etc. Les leçons que nous publions en tête de la présente livraison inaugurent une série de cliniques, tant chirurgicales que médicales, dont notre journal aura la primeur et qui seront, nous n'en doutons pas, hautement appréciées de nos lecteurs.

Cette portée pratique que nous voulons donner ainsi aux travaux originaux, nous la donnerons également dans la même mesure, aux reproductions de la presse médicale. Non que nous voulions négliger ou méconnaître l'importance et la nécessité des études purement théoriques, mais il nous a toujours semblé que, ne pouvant disposer que d'un espace assez limité de notre journal pour mettre le lecteur au courant des progrès de la médecine à l'étranger, il fallait nécessairement, dans la revue des journaux, choisir les articles les mieux en rapport avec l'idée qui a présidée à la fondation de *L'Union Médicale du Canada* et avec le but pratique que ses rédacteurs se sont toujours efforcés d'atteindre.

On ne nous en voudra pas, osons-nous l'espérer, de sacrifier un peu de la sorte les théories plus ou moins abstraites, les études expérimentales physiopathologiques, etc., pour nous attacher plus spécialement à la clinique, c'est-à-dire à ce qui peut, à notre point de vue, rendre le plus immédiatement service au médecin que le devoir met tous les jours aux prises avec les innombrables difficultés de la pratique.

La revue des journaux embrassera, comme l'an dernier, plusieurs branches très importantes de la médecine telles que la pédiatrie, la syphiligraphie, la dermatologie, qui avaient été forcément négligées ou omises dans les précédentes années, faute d'espace suffisant.

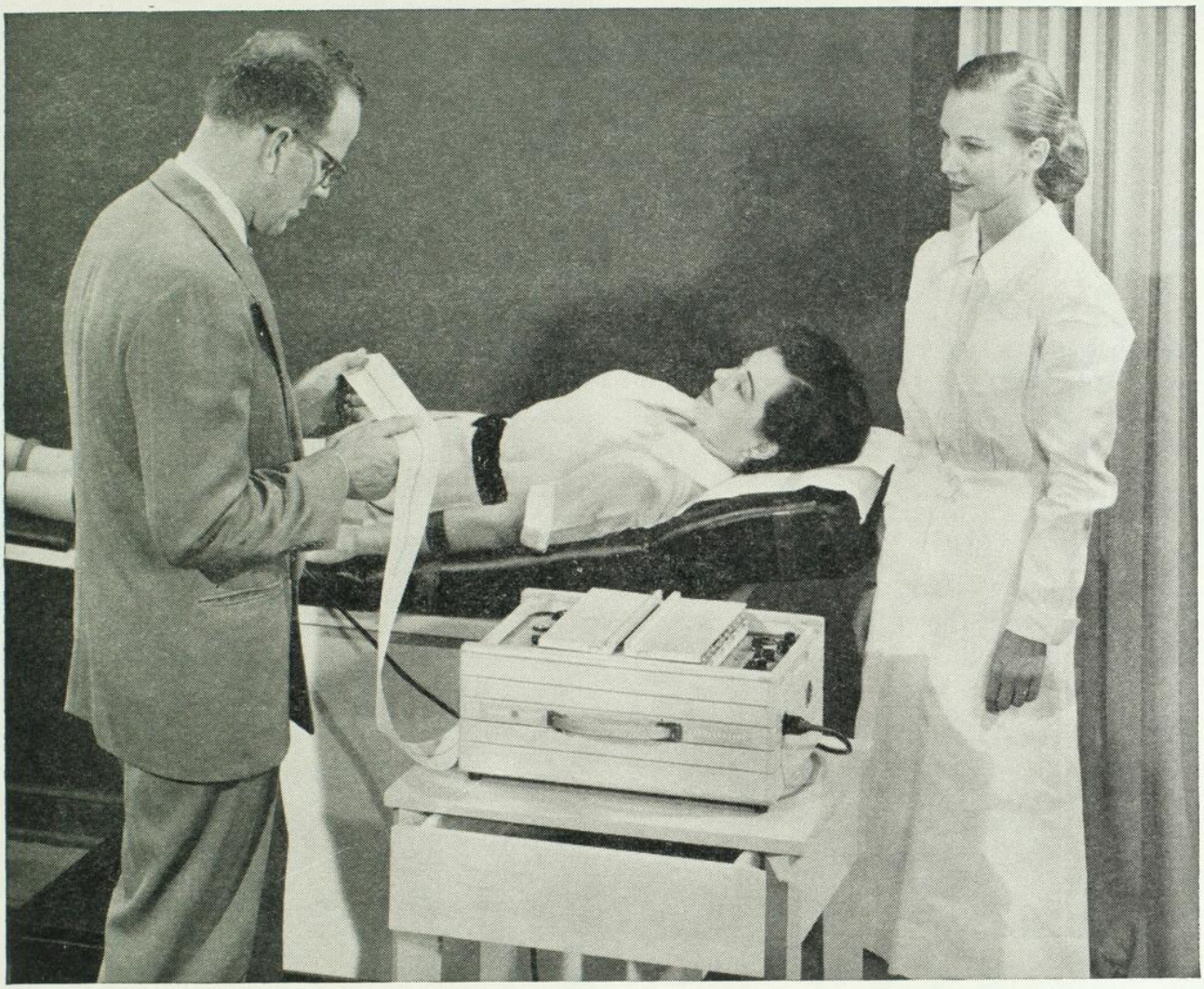
* * *

L'enseignement de la médecine en Canada

Nos écoles de médecine ont passé dans un calme apparent, si non réel, les derniers jours d'une année bien orageuse. Nos luttes ont à certains moments absorbé l'attention et divisé l'opinion publique. Après tout, nous avons chassé de race; on ne saurait exiger que nos médecins soient moins chicaniers que tous leurs compatriotes de race latine, et en y mettant un grain de charité, il est facile de supposer que de part et d'autre on était animé des meilleurs intentions. Et puis, il y a eu dans cette lutte certains avantages qui, sans équivaloir à une compensation, n'en sont pas moins réels: l'élève a eu tout le bénéfice de l'émulation qui en est résultée, chaque professeur ayant à cœur de ne pas se laisser surpasser par son congénère du côté opposé, comme

Nouvelle précision . . . *nouvelles* commodités

avec le **nouveau** CARDIOSCRIBE G E



Vous pouvez maintenant bénéficier de tous ces avantages en électrocardiographie à inscription directe

Le fameux nouveau Cardioscribe GE vous procure tout ce que vous avez toujours désiré pour une meilleure électrocardiographie. Avec une fréquence dépassant les standards de l'"A.M.A." par une forte marge, il ouvre de nouveaux horizons, en précision... vitesse... et en versatilité. Contrôlez ces améliorations:

1. 30 DÉRIVATIONS — Sans déplacer les électrodes sur le malade, vous pouvez obtenir 30 dérivations simplement en manipulant les manettes du contrôleur.

2. CONTRÔLEUR THORACIQUE EXCLUSIF — Vous connectez les électrodes thoraciques individuelles — 6 positions contrôlées — en 10 minutes!

3. STANDARDISATION AUTOMATIQUE — Plus de tracés illisibles à cause de fluctuations dans le voltage. Et le temps de standardisation entre les dérivations a été réduit au minimum, facilitant les épreuves d'effort.

4. DISPOSITIF D'ENREGISTREMENT AMÉLIORÉ — Indépendant du stylet, le papier enregistreur est facile à charger, et la tension peut s'ajuster à volonté.

5. PROTECTION CONTRE L'HUMIDITÉ — Un dispositif de construction prévient la condensation quand le courant passe dans l'appareil, même si le moteur n'est pas en action.

Pour la littérature sur le nouveau Cardioscribe DWB, téléphoner ou écrire au bureau le plus rapproché de la General Electric X-Ray Corporation, Limited, Montréal, Toronto, Vancouver, Winnipeg.

Vous pouvez vous fier en —

GENERAL ELECTRIC

on dit en anatomie. L'étudiant est devenu moins bruyant et plus assidu au travail, et plus d'un carabin *temporis acti* est édifié par ses arrières neveux.

Tout cela pourtant, qu'on l'envisage sous l'aspect le plus favorable, est bien insuffisant; comme nous venons de le dire, il n'y a pas compensation. En définitive, avec ces luttes nous restons stationnaires, c'est-à-dire qu'on nous dépasse. Il nous faut une solution définitive, il nous faut de l'union, car si nombreux que nous soyons, la tâche est égale à nos forces réunies. Sera-ce au moyen de l'Université indépendante, de l'Université Laval ou d'Ecoles indépendantes que nous atteindrons notre but? Nous déclinons tout droit et toute compétence de juger en pareille matière, et pour notre part, nous nous soumettons d'avance et sans réserve à la décision du chargé de pouvoir du Saint-Siège.

On peut, sans amour propre, affirmer qu'il est possible de réunir à Montréal un personnel enseignant, possédant toute la compétence nécessaire; mais à côté de ce fait non contesté s'en place un autre qui l'est encore moins: le professeur, si compétent qu'on le suppose, ne saurait donner à l'élève tout le bénéfice de sa science, s'il n'a à sa disposition un matériel scientifique approprié. Or, n'est-ce pas là ce qui nous a toujours fait défaut. Nous avons, il est vrai, plusieurs hôpitaux et dispensaires où le médecin a ses coudées plus ou moins franches, mais nos écoles! Vous le savez, confrères vieux et jeunes! Qu'on ne vienne pas nous répéter que les revenus d'une institution médicale *bien achalandée* suffisent à parer à pareille éventualité; les institutions qui possèdent un matériel d'enseignement et les professeurs de celles qui n'en ont pas sont prêts à répondre à cette objection. Allons donc! il y a des bornes à l'abnégation! Peut-on raisonnablement exiger que deux, trois ou quatre générations de professeurs se sacrifient pour fournir des matériaux d'enseignement à leurs survivants. Non! Nous ne craignons pas de l'affirmer, le système des professeurs non rétribués ne produira jamais que des institutions mal affermies. Le médecin, comme l'ouvrier, tire de son travail le pain de sa famille, et plus que ce dernier, et autant que tout autre, il fait la charité; tant pis s'il est charitable malgré lui, il ne lui reste qu'à l'être par intérêt.

Il nous faut, à Montréal, une seule faculté médicale canadienne-française. Ce n'est pas là notre opinion personnelle mais l'expression de l'opinion unanime de la profession. Mais d'après nous, cette institution doit débuter dans un très court délai avec un matériel d'enseignement complet, et on doit fournir à ses professeurs les moyens de se soustraire aux exigences les moins pressantes de la clientèle, sous peine d'avoir des professeurs en théorie ou... en herbe.

"Ce que le médecin a recommandé"

pour traiter l'hyperacidité gastrique et l'ulcère peptique



'Gelusil' — un adsorbant antiacide — fournit tous les avantages désirés pour ce genre de traitements. Il renferme de l'alumine d'une stabilité incomparable et qui ne provoque pas de constipation. L'alumine contenue dans l'Adsorbant Antiacide 'Gelusil' n'est pas détruite par l'acidité gastrique, ce qui signifie qu'elle ne perd aucunement la forme colloïdale qui en fait une substance protectrice et qu'elle ne se transforme pas en chlorure d'aluminium, un composé qui irrite et constipe. L'Adsorbant Antiacide "Gelusil' contient également du trisilicate de magnésium uniformément disséminé au sein du gel d'alumine, ce qui a pour but de maîtriser l'hyperacidité au moyen d'une neutralisation et d'une adsorption continues.

Les médecins prescrivent

"GELUSIL"

l'adsorbant antiacide

— sous les deux formes: liquide et comprimés afin de satisfaire aux exigences du malade.

CHAQUE CUILLERÉE À THÉ d'Adsorbant Antiacide 'Gelusil' renferme 7½ grains de trisilicate de magnésium uniformément disséminé au sein d'un gel à 6½% d'hydroxide d'aluminium inerte.

CHAQUE COMPRIMÉ contient 7½ grains de trisilicate de magnésium et d'un gel d'hydroxide d'aluminium inerte, en partie déshydraté, correspondant à 4 grains d'hydroxide d'aluminium et équivalant à une cuillerée à thé d'Adsorbant Antiacide 'Gelusil' liquide.

L'Adsorbant Antiacide 'Gelusil' continue la politique de Warner, dite de l'*élégance pharmaceutique*. Commandez-en du vendeur Warner ou écrivez directement à

OMNIS ORBIS
WARNER
ESTABLISHED 1856

WARNER-CHILCOTT LABORATORIES

Division de William R. Warner & Co. Ltd.

727 KING ST. W., TORONTO, ONT.

Pharmaciens fabricants — seuls fabricants et distributeurs au Canada pour Vince Laboratories Limited, propriétaires de Vince Waterbury Chemical Company of Canada, Limited, Propriétaires de Waterbury's Compound et Lorate.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

GEIGY PHARMACEUTICALS PRÉSENTE BUTAZOLIDIN, UN NOUVEAU ET PUISSANT ANTI-ARTHRITIQUE

Le Butazolidin, un anti-arthritique de synthèse absolument nouveau, est maintenant offert par Geigy Pharmaceuticals en quantités assez abondantes pour remplir les ordonnances médicales.

Selon un rapport soumis tout dernièrement à la California Medical Association par le docteur Ralph Schaffarzick, de l'Université de Stanford, le Butazolidin se montre d'une grande efficacité dans plusieurs formes d'affections rhumatismales. Dans les cas de goutte, ses effets ont été supérieurs à ceux de la colchicine, les symptômes aigus disparaissant complètement chez la grande majorité des cas en une période de 2 à 7 jours. Dans l'arthrite rhumatoïde, l'ostéo-arthrite, la spondylite et autres affections arthritiques, on a rapporté des résultats extrêmement heureux allant dans certains cas, jusqu'à la rémission complète. Les rapports sur la toxicité la décrivent comme étant très peu élevée si on la compare à d'autres drogues anti-rhumatismales ayant une activité similaire.

Du point de vue chimique, le Butazolidin dérive d'une pyrazolone et n'a aucun rapport avec les hormones stéroïdes. Sa synthèse a été réussie pour la première fois en 1948 dans les laboratoires de la compagnie Geigy. Après avoir subi de nombreux tests pharmacologiques dans les laboratoires Geigy, on en distribua à un groupe choisi de rhumatologues pour qu'ils en déterminent la valeur clinique.

Ces expériences durent maintenant depuis trois ans dans de nombreux centres de recherches. Au cours d'assemblées récentes de la *New York Rheumatism Association,* on a fait des rapports cliniques favorables et l'on est en train d'en préparer de nouveaux.

Le Butazolidin se présente sous forme de comprimés de 100 et de 200 mg. La dose moyenne pour adulte est de 600 à 800 mg. par jour. De façon générale, il faut continuer indéfiniment l'administration du médicament afin de maintenir l'amélioration clinique; on peut occasionnellement réduire le dosage et administrer des doses d'entretien variant entre 200 et 400 mg. par jour.

UN NOUVEAU PRODUIT

Nom du produit: 'ANECTINE', marque du chlorure de succinylcholine en solution injectable; chaque cc. en contient 20 mg.

Description: Produit le relâchement ultra-rapide des muscles du squelette. Après l'injection intraveineuse de doses légères (10 à 20 mg.), le relâchement persiste environ trois minutes. Vu la courte durée de son action, l'*Anectine* a l'immense avantage d'être plus maniable et, par conséquent, plus sûr que les substances relâchantes moins rapides qui sont d'emploi courant aujourd'hui.

Indications: Pour produire le relâchement des muscles au cours des opérations chirurcales et être employé en conjonction avec le traitement à l'électro-choc. On peut obtenir un relâchement prolongé en répétant les injections ou, encore mieux, en maintenant un goutte-à-goutte intraveineux.

Administration: La Néostigmine et les autres anticholinestérases ne s'opposent pas à l'action de l'*Anectine;* au contraire, ils prolongent son action. Conséquemment, ils sont contre-indiqués comme antidotes de l'*Anectine.* On devrait toujours avoir à sa portée ce qui est nécessaire pour contrôler la respiration ou donner de l'oxygène. Pour ce qui est de la posologie, voir la documentation.

Présentation: Flacons multi-doses de 10 cc. (pour usage intraveineux).

Fabriqué par: Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.).

UN NOUVEAU

spécifique

DE LA

VAGINITE

À TRICHOMONIAS

ET MONILIA

(non gonococcique)



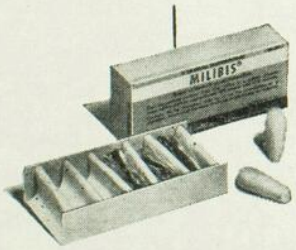
Milibis®

SUPPOSITOIRES VAGINAUX

Très efficaces - Bien tolérées

Dose moyenne: Insérer un suppositoire tous les deux soirs au moment du coucher, pour une période de cinq doses. Une douche acide devrait être administrée les soirs alternants. Dans certains cas, il peut être nécessaire de prolonger ou de répéter le traitement.

Présentés en boîtes de 5.



Winthrop-Stearns OF CANADA, LTD
WINDSOR, ONTARIO

Milibis est le nom déposé au Canada et aux E.-U. de la marque de glycolylarsonilate de bismuth.

443 Sandwich Street West, Windsor, Ontario

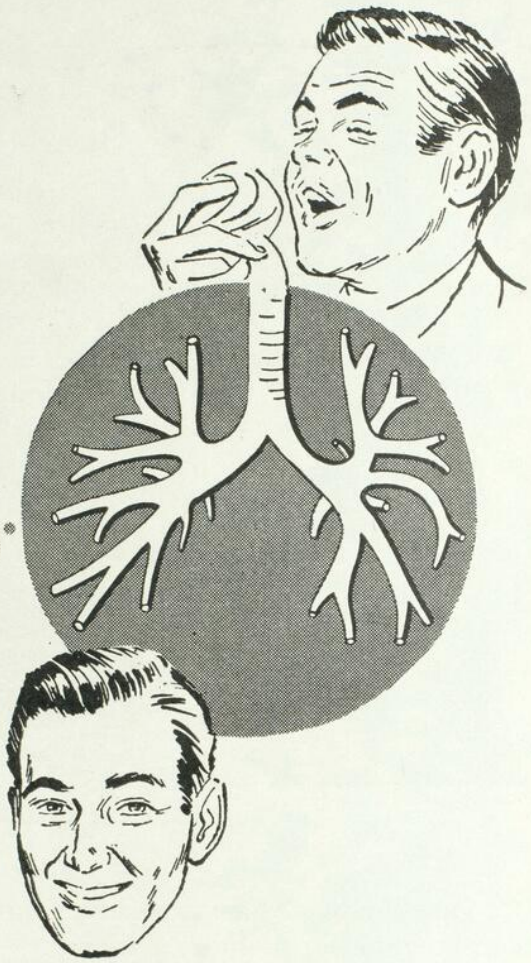


Rien de ce que vous prescrivez n'est fait plus soigneusement que l'Aspirin

"Aspirin" est, au Canada, la marque déposée de The Bayer Company Limited

POUR UN CONTRÔLE ADÉQUAT DE LA TOUX SPÉCIFIEZ

Scilexol E.B.S.



UN SÉDATIF RESPIRATOIRE EFFICACE SOUS FORME LIQUIDE

Scilexol augmente activement le volume et la fluidité des sécrétions de l'appareil respiratoire, ce qui facilite leur expulsion. Par son action sédative, il apaise temporairement le centre de la toux, empêchant ainsi la toux fatigante et inutile qui nuit au sommeil et au repos normal.

ANALYSES BIOLOGIQUES

Scilexol avec teinture camphrée d'opium fut administré en doses de 0.1 ml. par kilo de pesanteur, à quatre espèces différentes de mammifères dans un laboratoire indépendant. Dans chaque cas, il s'est produit une augmentation de la sécrétion dans l'appareil respiratoire, et ce résultat confirme les découvertes cliniques précédentes démontrant que le Scilexol est une préparation très efficace pour la toux.

DISPONIBILITÉ

Scilexol est généralement disponible sur ordonnance, à l'état simple ou combiné avec l'un ou l'autre des sédatifs suivants: Codéine, Méthadon, Teint. Camphrée d'Opium, ou Héroïne.

Renseignements imprimés et échantillon sur demande.

THE E.B.S. HUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q. M. J.-A. Le Febvre, 4995 Hampton Ave., N.D.G., Montréal, P. Q.
M. J.-L. Vallerand, 23, rue de l'Église, Québec, P. Q. M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, Saint-Hyacinthe, P. Q.
M. Maurice Quesnel, 917 est, boul. Saint-Joseph — apt 3, Montréal, P. Q.



CECI

Faites-vous usage du NOUVEL ADHÉSIF?

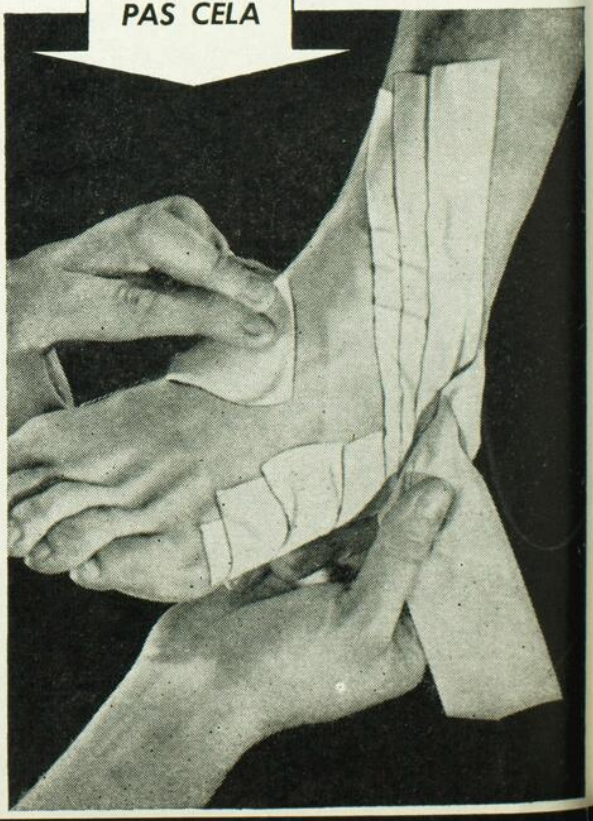
Préparé suivant une formule entièrement nouvelle, par les techniciens des laboratoires Curity, ce nouvel adhésif Curity, supérieur même à l'ancien Curity, réduit au minimum les risques d'irritation de l'épiderme.

Ce nouvel adhésif Curity ne coûte pas plus que l'ancien adhésif Curity.

Ce nouvel adhésif Curity assure l'application rapide et sûre d'un bandage parfaitement uniforme et lisse . . . il est renforcé d'un tissu spécial qui réduit au minimum la formation de plis. Une nouvelle couche adhésive *augmente* ses qualités adhérentes.

Les techniciens des laboratoires Curity ont travaillé sans relâche et n'ont épargné aucun effort pour découvrir ce nouvel adhésif. Il en est résulté un produit de la science moderne supérieur à tout autre.

PAS CELA



ADHÉSIF

Curity
MARQUE DÉPOSÉE

BAUER & BLACK

DIVISION DE KENDALL COMPANY
(CANADA) LIMITED

nouvelle pénicilline orale

PGA 500

Concentration sanguine initiale élevée

Lorsqu'une dose suffisante de pénicilline
est administrée par la bouche,
la concentration s'élève rapidement dans le sérum,
atteignant un sommet en une heure.
Le niveau thérapeutique est maintenu
au moins six heures.

Pas d'effets secondaires

La pénicilline orale cause
rarement des réactions d'hypersensibilité.
Les graves réactions qui ont été rapportées
ont toujours été causées par
l'administration intramusculaire, et l'on
en a jamais observé à la suite
d'administration orale en doses adéquates.

Babione et al: U. S. Armed Forces Medical
Journal, **3**: 1952, page 973.

COMMODE • ECONOMIQUE • EFFICACE

P G A 500 contient 500,000 u. i. de pénicilline G
ammoniacale par comprimé.

Présentée en flacons de 12 et de 100 comprimés.

THE
BRITISH DRUG
HOUSES

plusieurs agents thérapeutiques s'offrent à vous pour le traitement des pneumonies à diplocoque . . . ou de la pharyngite, la sinusite et l'otite moyenne dues au streptocoque . . .

mais vous obtiendrez des résultats *supérieurs* avec . . .

Maladie	Sulfonamides	Pénicilline	Streptomycine ou dihydro-streptomycine	Auréomycine ou terramycine	Chloramphenicol	
Pneumonie à diplocoques	B	A		B	B	
Pharyngite (à streptocoques)	B	A		B	B	
Sinusite (à streptocoques)	B	A		B	B	
Otite Moyenne (à streptocoques)	B	A		B	B	

A—Médicament préféré B—Efficace

Pénicilline—*l'antibiote préféré* pour le traitement des maladies infectieuses les plus courantes.

La pénicilline, par voie orale, en doses tri-quotidiennes, s'absorbe aisément, sans gêner les repas du malade ou interrompre son sommeil. Epargne le temps du médecin et du personnel infirmier. Keefer* prescrit la pénicilline en doses orales de 200,000 unités, trois fois par jour. Le coût n'atteint même pas le ⅓ de celui des antibiotiques plus récents.

*KEEFER, C.S., POSTGRAD. MED. 9:101, FÉV. 1951

formulée pour un dosage tri-quotidien profitable

Pentids

Comprimés de pénicilline Squibb de 200,000 unités

En flacons de 12

SQUIBB

PENTIDS* MARQUE DÉPOSÉE DE E. R. SQUIBB & SONS OF CANADA, LTD., 2245, RUE VIAU, MONTRÉAL.

Une Nouvelle Arme

dans le traitement des affections

ARTHRITIQUES et RHUMATISMALES

AMBERMIDE

La Formule Améliorée du Salicylate

Il nous fait plaisir de présenter aux médecins canadiens une formule de salicylate grandement améliorée — AMBERMIDE (Succinate-Salicylamide).

Le Salicylamide, l'un des principaux ingrédients de cette formule unique, est connu depuis 1890. Des recherches pharmacologiques récentes apportent de nouvelles preuves de sa supériorité indéniable sur les autres salicylates...

ANALGÉSIE AUGMENTÉE — La valeur analgésique de l'Ambermide par rapport à l'acide acétylsalicylique est de 7.5 fois plus élevée.[1]

TOLÉRANCE MEILLEURE — Contrairement à d'autres salicylates, le salicylamide est bien toléré même à forte dose.[2]

CONCENTRATION SANGUINE PLUS ÉLEVÉE — Trois à quatre heures après l'administration orale, la concentration sanguine en composé d'acide acétylsalicylique est plus élevée qu'après l'administration de salicylates.[3]

Ces avantages importants du salicylamide sont augmentés par l'inclusion de succinate de calcium dans la formule unique d'Ambermide — car il constitue un catalyseur physiologique qui apporte une stimulation marquée au métabolisme tissulaire.

Pour obtenir un soulagement rapide des symptômes dans les affections arthritiques et rhumatismales, la fièvre rhumatismale, la sciatique, la bursite, la névrite, la fibrosite et la myosite, employez AMBERMIDE (Succinate-Salicylamide).

Fabriqué sous licence. AMBERMIDE est le nom déposé de ce produit.

1. Hart, R. E.: Fed. Amer. Soc. exper. Biol., vol. 5, p. 182, 1946.

2. Wegman, T.: Schw. Med. Woch., No 3, p. 62, 1950.

3. Erich, E., Remy, R.: The Medical Clinic, No 37, p. 1178, Sept. 15, 1950.

The PAN PHARMACALS LIMITED

TORONTO 10, CANADA

le Bitartrate

L'Aramine

le Pulvérisateur

et le 'Mijit'

vous apportent les developpements les plus recents dans la therapeutique intranasale . . . un vaso-constricteur efficace . . . et le mode d'application le plus facile et le plus rapide



Le 'Mijit' en position verticale s'emploie comme pulvérisateur!

Le 'Mijit' en position renversée s'emploie comme compte-gouttes!

Ce que l'Aramine ne fait pas aussi bien que ce que l'Aramine fait en font un decongestif de premier ordre

Il *procure* une vaso-constriction efficace mais, à doses appropriées, ordinairement il *ne provoque pas* d'engorgement secondaire. Il *a* une durée d'action désirable, mais *ne produit pas* d'effet vaso-dilatateur apparent. Il *exerce* une action douce et *ne gêne pas* appréciablement l'activité ciliaire.

Il *procure* un soulagement efficace et durable, mais apparemment *ne produit pas* de stimulation centrale.

SHARP & DOHME

A cause de la douceur de son action l'Aramine peut êret employé par les malades de tout âge.

Au cours de l'emploi de l'Aramine on n'a pratiquement pas rencontré d'effets secondaires tels que les palpitations.



Indications:

Pour le soulagement de la congestion nasale qui accompagne le coryza, la rhinite, la sinusite et la naso-pharyngite.

Posologie:

1 ou 2 "bouffées" du 'Mijit' ou 2 ou 3 gouttes d'Aramine dans chaque narine toutes les trois heures.

Presentation:

En emballage combiné contenant demi-once de Décongestif Intranasal au Bitartrate d'Aramine (0.25 pour cent dans une solution isotonique) et un Pulvérisateur 'Mijit'. Présenté aussi en flacon de ½ once avec compte-gouttes. Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

Inhibition de l'excès de stimulation parasympathique dans l'ulcère peptique, par la Banthine

La littérature médicale contient actuellement plus de 200 références sur l'efficacité du Bromure de Banthine (bromure de méthanthéline) démontrée par une cicatrisation des ulcères peptiques. Une amélioration symptomatique rapide, particulièrement en ce qui a trait à la douleur, est suivie par une disparition radiologique de la niche.

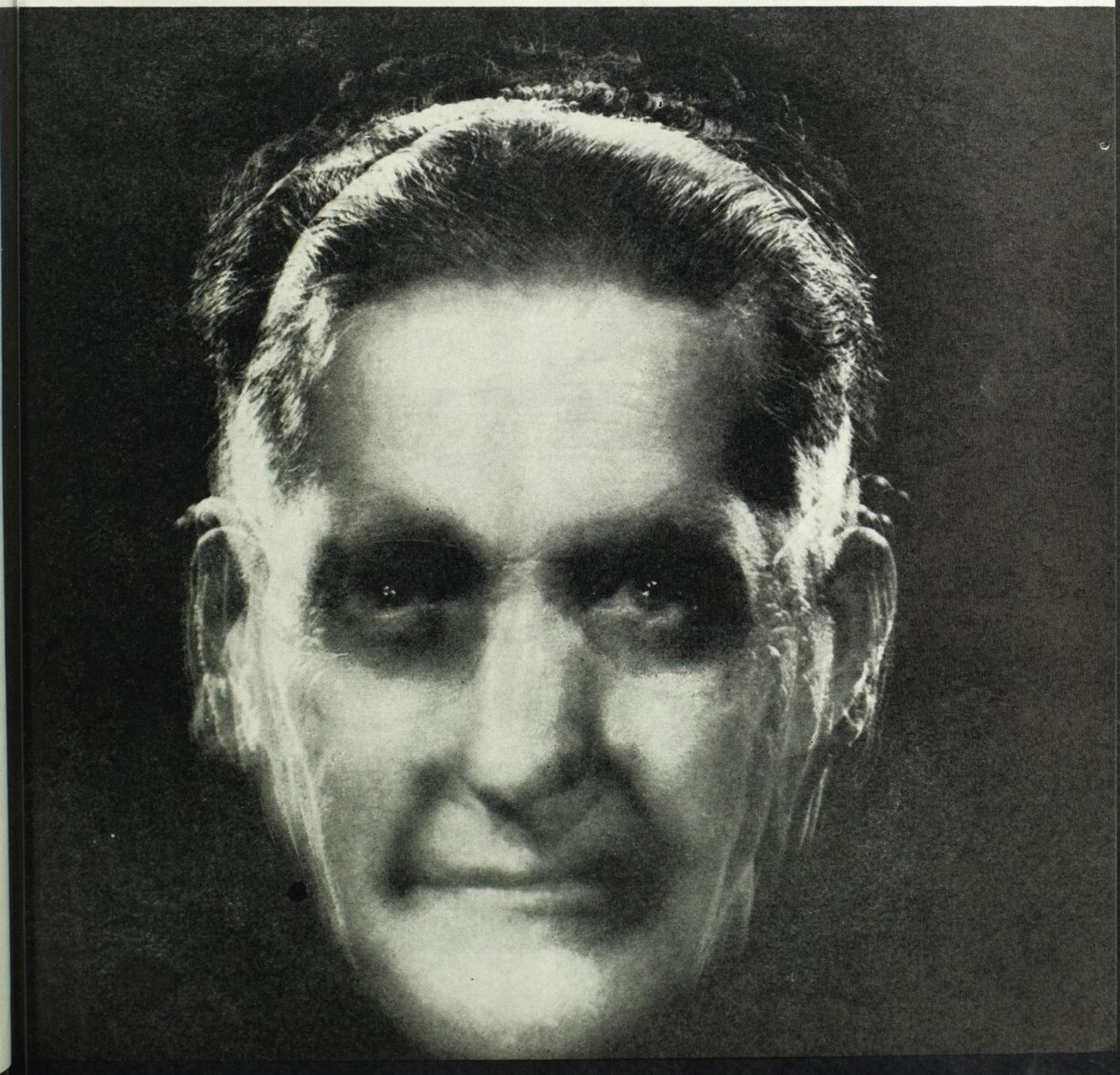
L'action thérapeutique du médicament, qui diminue l'hypermotilité et l'hyperacidité, s'associe à une amélioration subjective marquée pour constituer un traitement adéquat de l'ulcère.

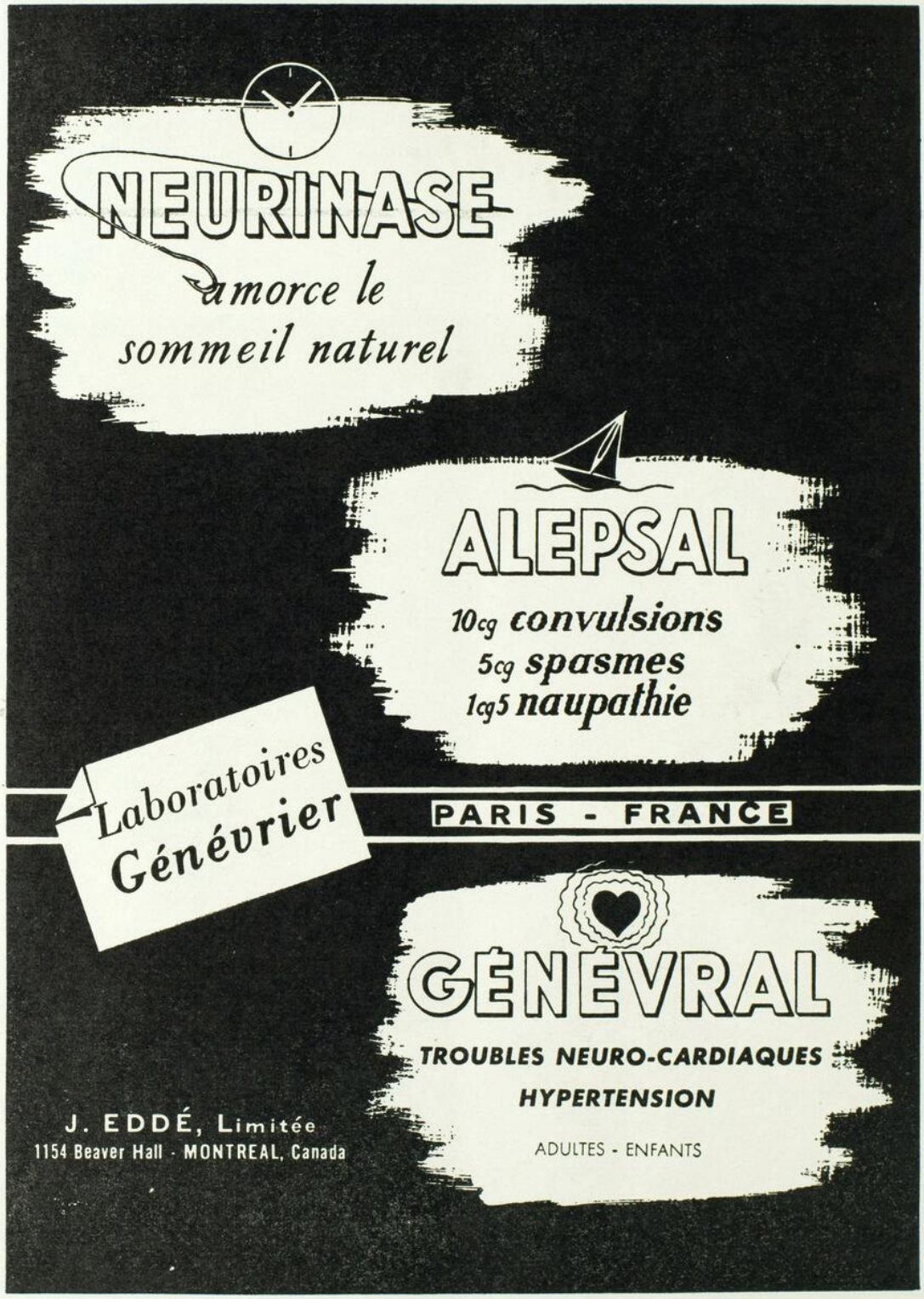
Le traitement varie selon les besoins de chaque individu. Un ou deux comprimés (50 ou 100 mg.) sont administrés à toutes les six heures, associés à un contrôle diététique approprié et à une médication antiacide telle qu'indiquée.

La Banthine est reconnue par "The Council on Pharmacy and Chemistry of the American Medical Association". Searle: La recherche au service de la Médecine.

G. D. Searle & Co. of Canada, Ltd., 390 Weston Road, Toronto 9, Ontario.

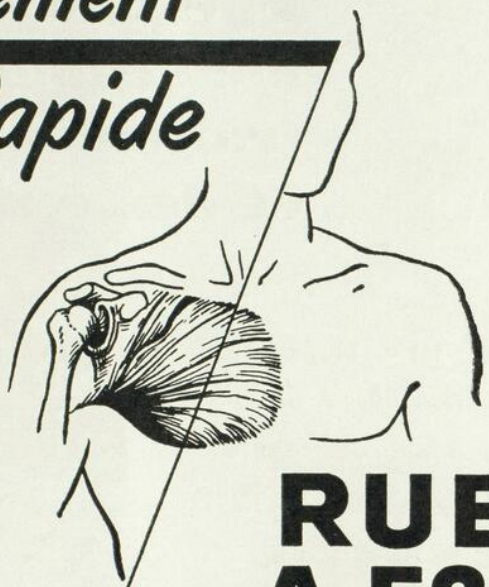
Composition: faciès ulcéreux.




NEURINASE
amorce le
sommeil naturel
ALEPSAL
10cg convulsions
5cg spasmes
1cg5 naupathie
Laboratoires
Génévrier
PARIS - FRANCE
GÉNÉVRAL
TROUBLES NEURO-CARDIAQUES
HYPERTENSION
ADULTES - ENFANTS
J. EDDÉ, Limitée
1154 Beaver Hall - MONTREAL, Canada

Soulagement Rapide

Douleur
Musculaire
Squelettique



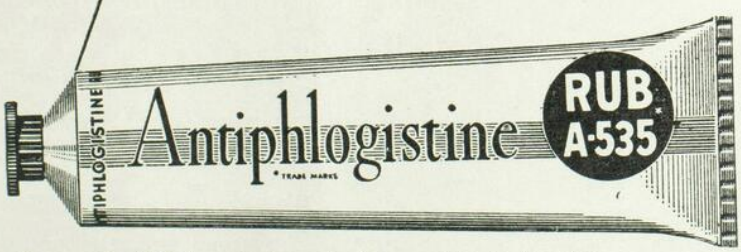
RUB A-535

Arthrite
Rhumatisme
Bursite
Myosite
Névrites
Sciatique
Lumbago

Les ingrédients éprouvés par le temps, contenus dans Rub A-535, pommade émolliente dans un excipient genre nouveau, qui ne tache pas et ne graisse pas, facilitent l'action analgésique rapide dans le traitement symptomatique d'un grand nombre d'affections musculo-squelettiques.

Rub A-535 peut être employée après des traitements par diathermie, rayons infrarouges, bains de chaleur et autres formes de physiothérapie.

Rub A-535 renferme quatre ingrédients actifs: camphre 1%, menthol 1%, huile d'eucalyptus ½%, salicylate de méthyle 12%.



Préparée par les fabricants du cataplasme d'Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MFG., CO., MONTRÉAL, P. Q.

Plexonal

Une nouvelle association médicamenteuse pour le traitement des insomnies et des états d'excitation

- ACTION INITIALE PROFONDE RENFORCEE—*Début d'action plus rapide.*
- ACTIVITE ELARGIE—*Sûreté de l'effet.*
- MARGE THERAPEUTIQUE ETENDUE—*Bonne tolérance, pas d'effets secondaires ou tardifs.*
- COMPOSITION—*Chaque dragée contient:*

Natrium diaethylbarbituricum (barbital) . . . . . *45 mg.*
Natrium phenylaethylbarbituricum (phénobarbital) . . . . . *15 mg.*
Natrium allylisobutylbarbituricum (sandoptal) . . . . . *25 mg.*
Dihydroergotaminum methansulfonicum (d.h.e. 45) . . . . *0.16 mg.*
Scopolaminum hydrochloricum . . . . . *0.08 mg.*

- POSOLOGIE MOYENNE—Insomnies:

1-3 dragées ½ heure avant le coucher
Sédatif de jour:
1-2 dragées 2 à 3 fois par jour.
Dose maximum par jour: *8 dragées.*

SANDOZ

Littérature et échantillons sur demande

SANDOZ PHARMACEUTICALS
Division de Sandoz (Canada) Ltd.
286 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.



"The Land of Plenty", par Pieter Brueghel (l'Ancien)
"courtoisie de la New York Graphic Society."

SUICIDE ALIMENTAIRE

L'obésité est plus qu'un simple problème d'alimentation surabondante qui peut être résolu seulement par la "volonté". C'est le résultat d'un ensemble d'habitudes dont les causes sont à la fois physiologiques et psychologiques.

Un traitement rationel de l'obésité doit fournir au malade plus qu'un soutien à sa volonté défaillante. Il doit corriger les insuffisances nutritives dérivant d'un régime alimentaire anormal[1] et surmonter la "dépression de régime" causée par la restriction d'aliments.[2]

1. Blazer, A.: The Obese Character (Le Caractere de l'Obese) M. Times, 79:187, 1951. 2. Hudgins, A. P.: Counseling the Overweight Patient (Conseils au Malade obese) Amer. Prac., 2:336. 1951, p. 336.



AM PLUS

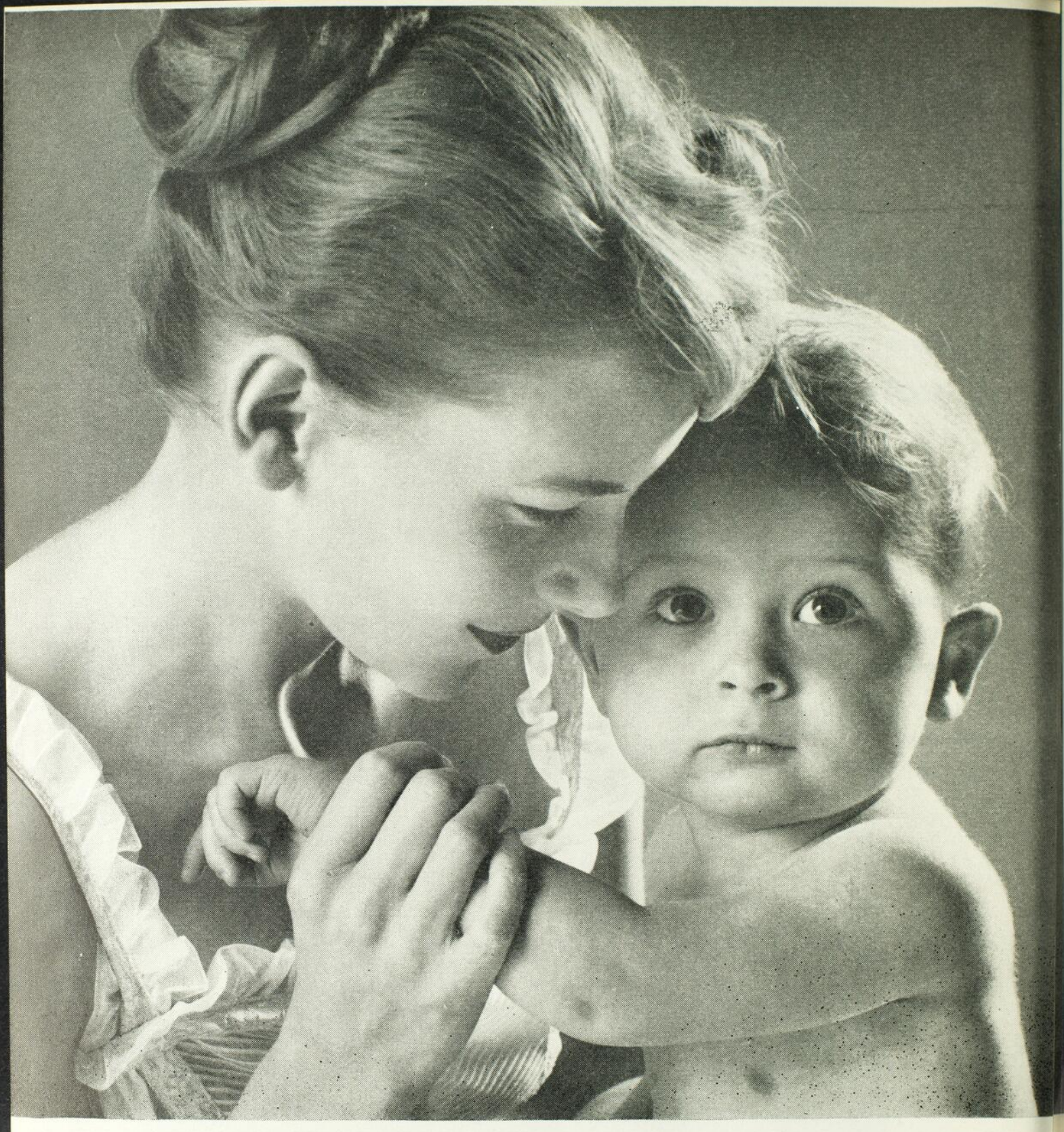
prévient les insuffisances alimentaires
freine l'appétit exagéré
surmonte la "dépression de régime"

chaque capsule renferme

SULPHATE DE DEXTRO-AMPHETAMINE	5 mg.
CALCIUM	242 mg.
COBALT	0.1 mg.
CUIVRE	1 mg.
IODE	0.15 mg.
FER	3.33 mg.
MANGANESE	0.33 mg.
MOLYBDENE	0.2 mg.
MAGNESIUM	2 mg.
PHOSPHORE	187 mg.
POTASSIUM	1.7 mg.
ZINC	0.4 mg.
VITAMINE A	5,000 Unites Int.
VITAMINE D	400 Unites Int.
VITAMINE B_1	2 mg.
VITAMINE B_2	2 mg.
VITAMINE B_6	0.5 mg.
NIACINAMIDE	20 mg.
VITAMINE C	37.5 mg.
*d-PANTOTHENATE de CALCIUM	3 mg.

*La signification de cette vitamine dans l'alimentation humaine n'est pas encore établie.

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LTD.
7861, boulevard ST-LAURENT, MONTREAL, CANADA



Protection entière

infantol

MULTIVITAMINES POUR LES JEUNES MODERNES

FRANK W. HORNER LIMITED

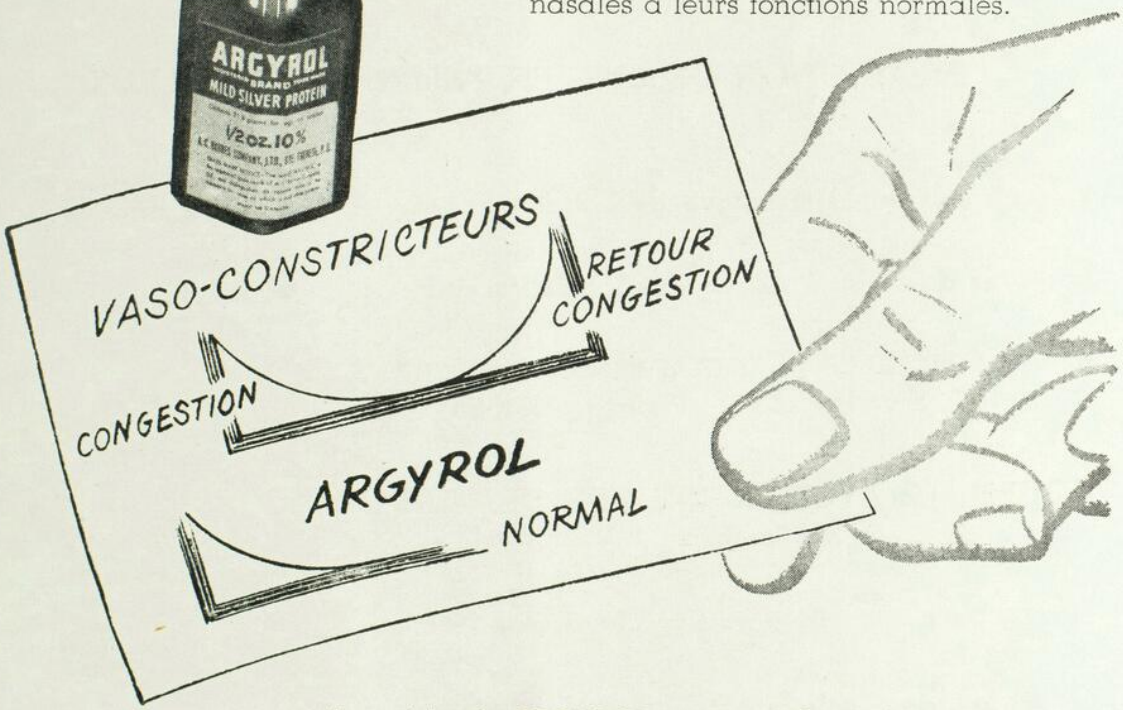


Avec l'emploi de l'**ARGYROL**
dans les infections para-nasales, il n'existe

Aucun retour de la congestion, Aucune stimulation CNS

Il n'existe pas de sensation désagréable à la suite de la congestion . . . situation embarrassante et familière à bon nombre de personnes qui emploient des vaso-constricteurs usuels.

ARGYROL agit directement, simplement et efficacement . . . en donnant un ensemble d'actions décongestives, adoucissantes, détergentes et bactériostatiques. Son emploi signifie le retour le plus rapide possible des membranes nasales à leurs fonctions normales.



Maintenant en vente au Canada—ARGYPULVIS, nouveau moyen efficace de vaincre le Trichomonase. Sur demande, nous vous enverrons des échantillons professionnels d'ARGYPULVIS (sous les deux formes: en poudre à insuffler, pour l'usage du praticien, et en capsules, pour l'usage complémentaire de la malade), ainsi que des prospectus.

La méthode ARGYROL

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20% dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10%.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10%.

Décongestion et Soulagement sans retour

Son triple effet

1. Décongestionne sans irriter la membrane et sans nuire à la protection ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les secrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

Décongestion sans Dysfonction

—le médicament de choix pour le traitement de l'infection para-nasale.

Exigez ARGYROL dans L'emballage Authentique

ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par
A. C. BARNES COMPANY, LTD., STE-THÉRÈSE, QUÉBEC

La marque déposée ARGYROL *est la propriété de A. C. Barnes Company, Limited*

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX *

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies : BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863-1933

*J. A. BEAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

PASSITONYL

FORMULE
pour 100 grammes:

Thiamine (B_1)	6 mgm.
Riboflavine (B_2)	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q.s.p.	100 gms

Adultes: 1 cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.

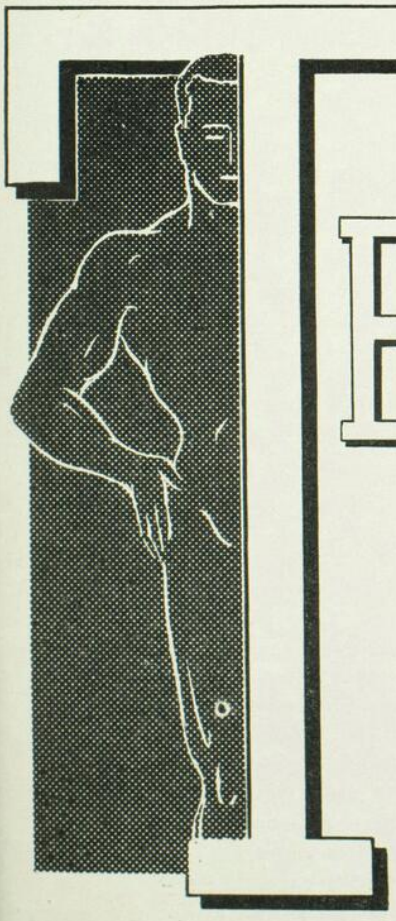
Enfants: 2 cuillerées à thé par jour.

SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

CALME et TONIFIE

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.



ADMINISTRATION CONJOINTE
DE LA TESTOSTÉRONE ET
DE LA VITAMINE B_1

ESTOVIT B

chaque ampoule ou comprimé contient:
Testostérone — Vitamine B_1 — Amide nicotinique

HYPOGONADISME-
HYPERFOLLICULINIE

Ampoules de 1 cc. — vials de 10 cc. —
Comprimés sublinguaux (Tonguets).

EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**

Un rappel

au sujet de vos plus jeunes patients

LES PROTÉINES :

pour la croissance de l'enfant

En plus de vitamines et de sels minéraux, les bébés ont besoin de protéines pour une croissance optimum. Ces protéines se trouvent plus abondamment dans la viande maigre, le foie de poulet, l'agneau et le bœuf; le lait, les œufs, les céréales et les légumes.

Afin de procurer une plus grande variété de protéines au régime alimentaire du bébé, les viandes tamisées et les soupes à la viande de Aylmer sont préparées avec des légumes ou de la farine.

Les viandes tamisées, les légumes et les desserts de crème aux œufs de Aylmer, sont tamisés à un 27/1000ème de pouce, afin de fournir les protéines aux bébés sous une forme très digestible.

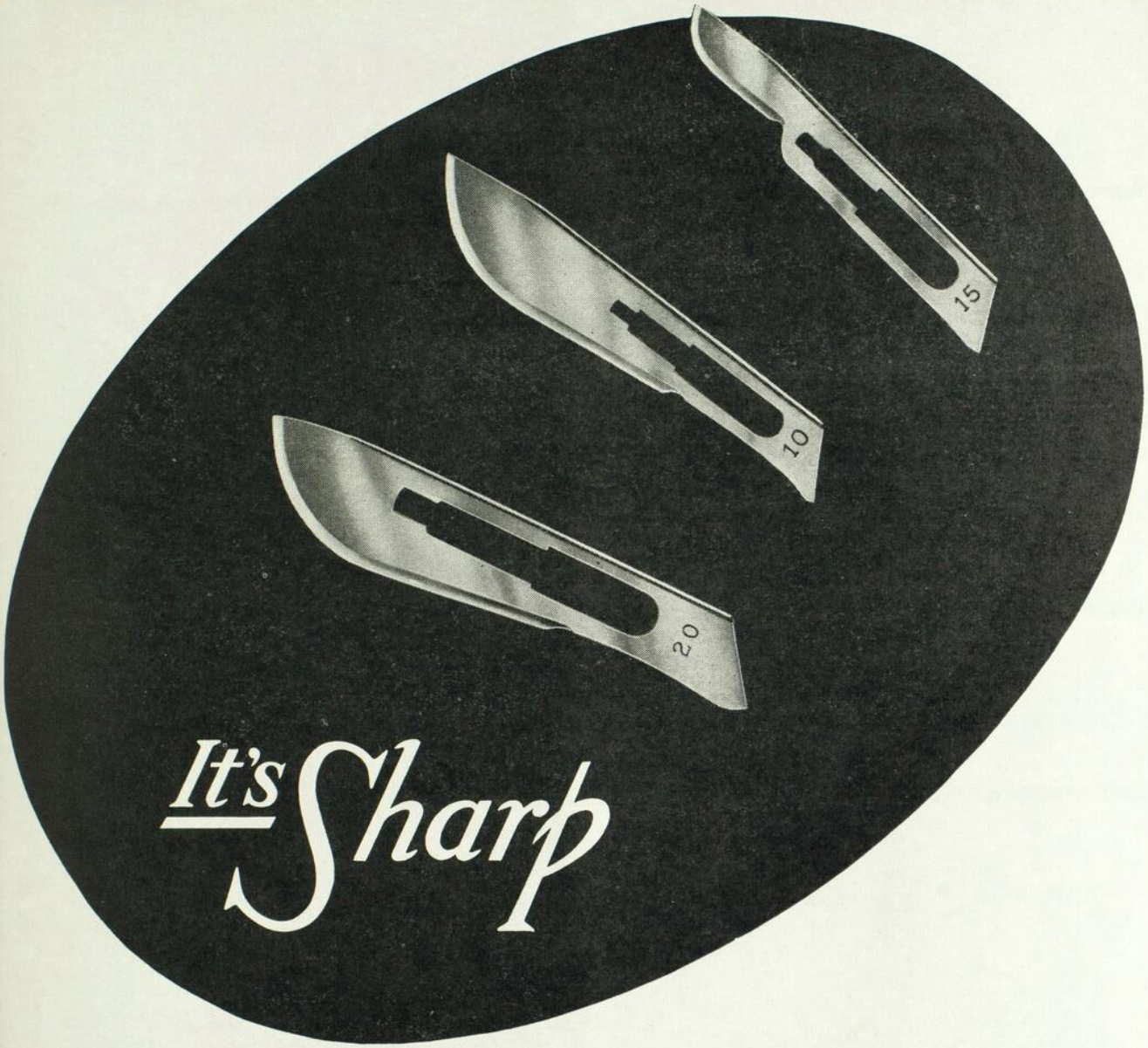


Ces aliments tamisés de Aylmer pour bébés offrent une excellente source de protéines qui favorisent la croissance.

Soupe au foie, bœuf et légumes Aylmer
Poulet, légumes et farine Aylmer
Agneau et légumes Aylmer
Bœuf gratté avec farine Aylmer
Haricots verts tamisés Aylmer
Pois tamisés Aylmer
Epinards tamisés Aylmer
Soupe aux tomates Aylmer
Desserts de crème aux œufs Aylmer

ALIMENTS AYLMER POUR BÉBÉS

PRODUITS AYLMER CANADIAN CANNERS LTD., Hamilton, Ont.
CANADIAN CANNERS (Western) LTD., Vancouver B.C



Voilà, en trois mots, toute l'histoire des

LAMES RIB-BACK B-P

Les fabricants des LAMES RIB-BACK B-P ne ménagent aucun effort pour produire des lames de qualité, possédant un pouvoir tranchant uniforme et une grande résistance sur toute la longueur de leur taillant: le chirurgien peut avoir toute confiance qu'elles lui donneront le maximum de service. C'est pourquoi . . . lorsque vous envisagez vos achats de lames sous l'angle *épargne véritable* . . . il n'y a pas à hésiter, la solution vous est apportée par les LAMES RIB-BACK B-P.

Demandez-les à votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.

Danbury, Connecticut

TOUT DÉPEND DE L'OPÉRATEUR ET LE SUCCÈS DE CELUI-CI DÉPEND DES LAMES RIB-BACK B-P

AMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées dosées à 0 Gm. 10 d'Aminophylline

Médicament de fonds chez les Cardio-rénaux

AMINOBAÏNE

Insuffisances cardiaques

Association d'Aminophylline (5 cg.) et de Ouabaïne (1 mg.)
par dragée glutinisée de 0 Gm. 30 et
par Suppositoire — boîte de 10

AMINO-PAPAVÉRINE

Suppositoires de 2 Gm. (Aminophylline 5 cg. et Papavérine 2 cg.)

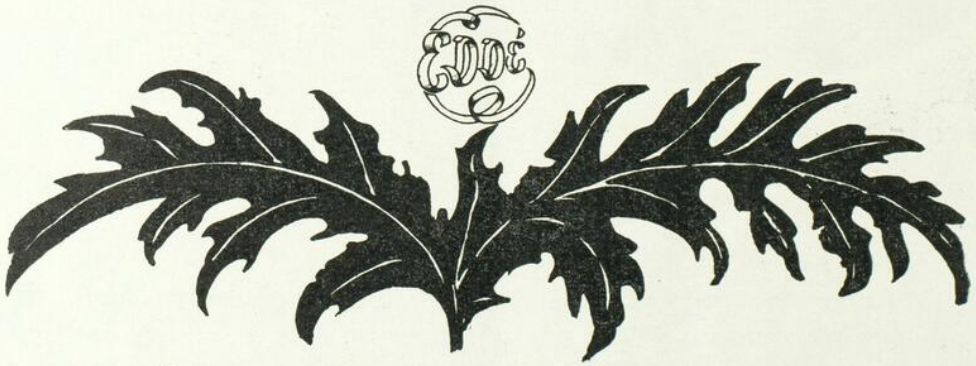
Anti-spasmodique vasculaire

SEDAMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées Aminophylline 0 Gm. 10 et Phénobarbital 0 Gm. 01

Sédatif Cardio-pulmonaire

ARTICHOBYL



MÉDICATION HÉPATIQUE, CHOLAGOGUE ET DIURÉTIQUE
à base d'extrait de feuilles d'artichaut

L'Artichobyl se caractérise par l'extrême douceur de son action. Il n'a pas de contre-indication, et les hépatiques, pourtant si sensibles aux médicaments, peuvent en ingérer des doses élevées sans inconvénient.

4 à 12 dragées par jour, réparties sur la journée.

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., MONTRÉAL.

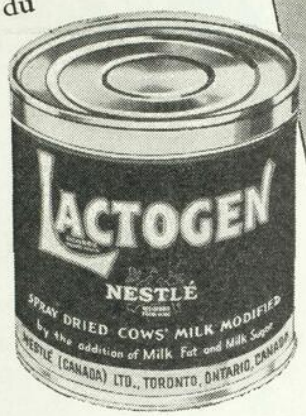
LACTOGEN

est une poudre de lait complet se rapprochant étroitement du lait humain

Lactogen est composé de lait de vache complet modifié par addition de lacto-lipide et de lactose. Il ne contient aucun succédané.

La composition de Lactogen se rapproche très étroitement de celle du lait humain sous tous rapports, mais elle est plus riche d'un tiers en protéines.

On prépare Lactogen en le délayant simplement dans de l'eau chaude préalablement bouillie. On le prépare aussi facilement pour un seul repas que pour plusieurs.



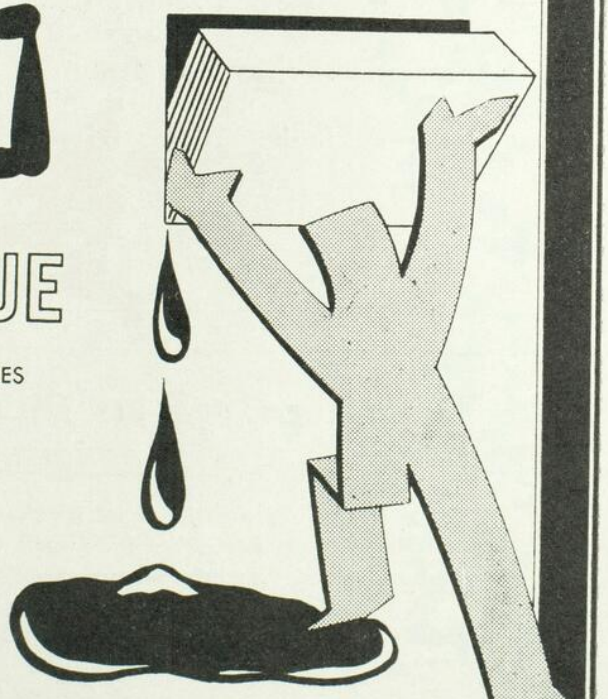
NESTLÉ (CANADA) LTD.

AMPOULES BUVABLES

K·HÉMO

ANTIHÉMORRAGIQUE

HÉMORRAGIES INTERNES, EXTERNES et POST-OPÉRATOIRES



- PECTINE • GÉLATINE •
- CALCIUM • VITAMINE "K" •

APPLICATION ORALE ou LOCALE

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200 RUE VALLÉE, MONTRÉAL

PAVERAL

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

COQUELUCHE

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

•

Littérature sur demande

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

CHANGEMENT D'ADRESSE

•

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse sans retard au secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph — LAncaster 9888, afin de faciliter l'exactitude de la liste d'inscription.

Les médecins sont cordialement invités à venir consulter et feuilleter les nombreux nouveaux ouvrages de médecine, qui sont envoyés chaque mois au secrétariat du Journal. On pourra prendre connaissance de ces volumes à: 326 est, boul. Saint-Joseph — 9 heures a.m. à 5 heures p.m.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

On fait maintenant passer les examens pour le diplôme d'associé (Fellow) en médecine et en chirurgie, et pour le certificat des spécialités médicales et chirurgicales approuvées.

Les demandes d'admission aux examens de 1953 seront acceptées jusqu'au 30 avril 1953.

Les règlements et les conditions régissant les examens, listes des hôpitaux canadiens approuvés, et des formules de demande peuvent être obtenus du :

Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories (Erythrocine) XXV

Abbott Laboratories ..... XLI - XLII
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) XXIII

Anglo-French Drug Co. (Propi-vaginal) XLIII

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée ("Béminal" Plus) — (Maturex) ..... XXI - XXII

Bard-Parker Company, Inc. (Rib-backs) LXXII

Barnes Company, Limited, A. C. (Argyrol) — (Argypulvis) LXVIII

Bayer Company Limited, The (Aspirin) LV

Bauer & Black (Curity) LVII

Bell-Craig Limited (Probese A-B-C) — (Dexobese A-B-C) LXXVII

Berex Pharmacal Company (Berex) XXXIX

British Drug Houses (Canada) Limited, The (P. G. A. - 500) LVII

Burroughs Wellcome & Co. (Polysporine) XXXVII

Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) XXVI

Canada Drug Company (Paveral) LXXV

Canadian Canners Limited (Aliments Aylmer pour bébés) LXXI

Canadian Kodak Company Limited (Produits photographiques) XXXIII

Compagnie Ciba Limitée (Linguettes Métandrène) XLV

Davis & Lawrence Company (Canada) Limited LXXIV

Denver Chemical Mfg. Company, The (Antiphlogistine — Rub A-535) LXIV

Dohow Chemical Company Limited (O-Tos-Mo-San) XXXV

Eddé, J., Limitée (Neurinase) — (Alepsal) — (Génévral) LXIII

Eddé, J., Limitée (Aminophyl Eddé) — (Aminobaïne) — (Artichobyl) — (Amino-papavérine) LXXIII

Eli Lilly and Co. (Canada) Limited (Ilotycin) XXXIV

Fellows Medical Mfg. Company Limited (Hydrate de chloral) XXVII

Frosst, Charles E. & Company (Trufalcillin) — (Beforte) ..... VII - VIII - IX - X

Frosst, Charles E. & Company (Ferro-catalytic) IV

General Electric X-Ray Corporation Limited (Cardioscribe G. E.) LI

Herdt & Charton, Inc. (Algesal) XLIX

Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLVI

Herdt & Charton, Inc. (Dainite) XLIV

Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II

Hofmann - La Roche Limitée (Gantricillin) XXVIII

Horner Limited, Frank W. (Infantol) LXVII

Pages

Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LXIX

Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) XL

Laboratoire Desbergers Limitée (Iodogentizin) — (Nouricol) ..... Quatrième page de la couverture

Laboratoires Jean Olive (Egosalyl) — (Désensyl) XXX

Laboratoires Jean Olive (Passitonyl) — (Testovit B) . LXX

Laboratoires Jean Olive (Revitalosa) XIV

Laboratoires Jean Olive (K-Hémo) LXXIV

Lederle Laboratories (Auréomycine) XIII

Lederle Laboratories (Auréomycine) ..... XXXI - XXXII

Librairie Beauchemin Limitée XXXVI

Mead Johnson & Company of Canada Limited (Poly-Vi-Sol) — (Tri-Vi-Sol) — (Ce-Vi-Sol) 3ème page de la couverture

Merck & Company Limited (Sulfate de dihydrostreptomycine) XLVIII

Merck & Company Limited (Produits pénicilliniques Merck) III

Merrell (Merrell) XXIX

Millet, Roux & Compagnie (Néo-Spasmyl) XI

Nestlé (Canada) Limited (Lactogen) LXXIV

Pan Pharmacals Limited, The (Ambermide) LX

Pfizer Canada Limited XIX

Poulenc Limitée (Previdil "M") XII

Poulenc Limitée (Sonalgin) — (Soneryl) XLVII

Roerig and Company (Canada) Limited, J. B. (Am-Plus) LXVI

Rougier Frères (Lipotrope) V

Rougier Frères (Natisédrine) Première page de la couverture

Sandoz Pharmaceuticals (Canada) Limited (Plexonal) LXV

Searle & Company, G. D. (Banthine) LXII

Sharp & Dohme (Canada) Limited (Aramin) — (Mijit) LXI

Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Scilexol) LVI

Smith and Nephew Limited (Elastoplast) — (Gypsona) XVIII

Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Quotane) XXXVIII

Squibb & Sons of Canada Limited (Pentids) LIX

Vinant Limitée (Rhinamide) — (Pulmo-Bailly) XX

Vinant Limitée (Thiodérazine) XXIV

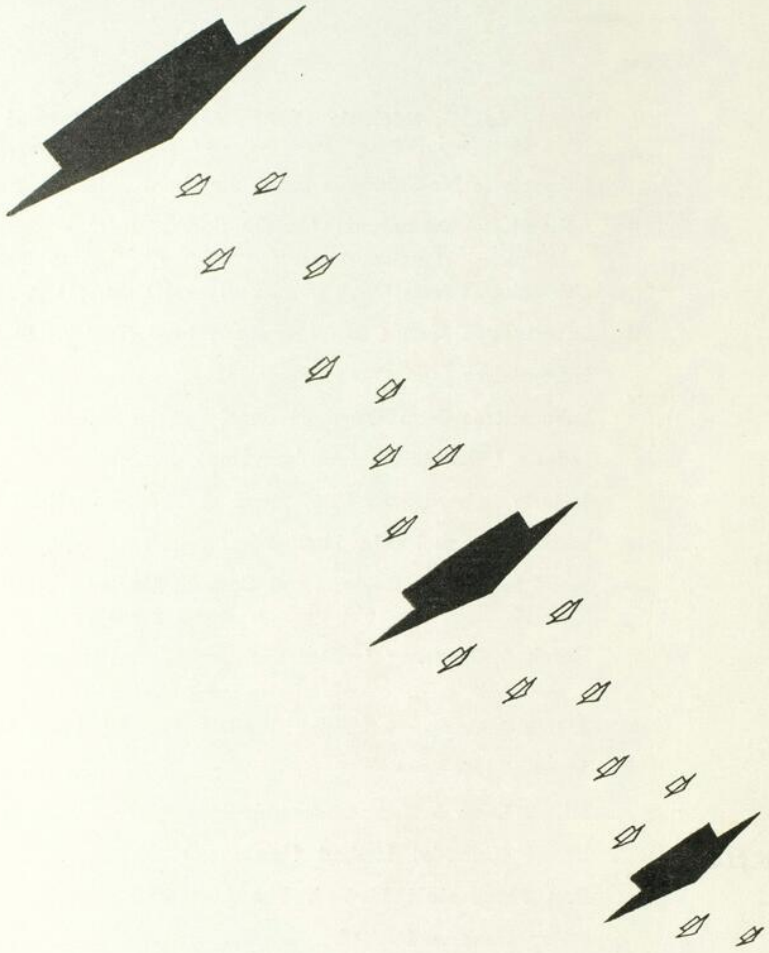
Warner-Chilcott Laboratories (Veganin Tablets) L

Warner-Chilcott Laboratories (Gelusil) LII

Winthrop-Stearns Inc. (Milibis) LIV

Wyeth & Bros (Canada) Limited, John (Vitules) I

Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Propajel) XVII



PROBESE A-B-C
DEXOBESE A-B-C

Médication de base pour le contrôle de l'obésité.

Préparé selon les besoins au moment de l'ingestion.

Contrôle l'appétit.

Triple formule contrôlée (matin, midi et soir).

Sur ordonnance seulement.

Echantillons et littérature sur demande.

2-53 E

BELL-CRAIC Limited
TORONTO 2



. . . et d'une stabilité supérieure

Son efficacité garantie et soutenue n'est que l'un des facteurs de supériorité de Poly-Vi-Sol.*

Les 3 préparations vitaminiques hydrosolubles de Mead, pour dosage au compte-gouttes, sont stables sans réfrigération; elles peuvent sans danger être chauffées à l'autoclave avec la préparation de lait.

Commodes et d'un goût particulièrement agréable, elles se mêlent rapidement à la préparation de lait, aux jus de fruits ou à l'eau; elles peuvent aussi être administrées directement dans la bouche du bébé.



Poly-Vi-Sol

MEAD

MEAD JOHNSON & CO.
of Canada, Ltd., Belleville, Ontario

	Vitamine A	Vitamine D	Acide ascorbique	Thiamine	Riboflavine	Niacinamide
POLY-VI-SOL* 0.6 c.c. fournissent	5000 unités	1000 unités	50 mg.	1 mg.	0.8 mg.	5 mg.
TRI-VI-SOL* 0.6 c.c. fournissent	5000 unités	1000 unités	50 mg.			
CE-VI-SOL 0.5 c.c. fournissent			50 mg.			



Toutes les vitamines sont sous une forme synthétique (provoquant le minimum de réactions allergiques).

*Marque déposée

Dragées

IODOGENTIZIN

DESBERGERS

Les mêmes indications,
La même posologie que les Salicylates
sans les inconvénients

FORMULE :

Gentisate de Piperazine	200 mgm.
Salicylamide	200 mgm.
Iodaminol (DESBERGERS)	100 mgm.

pour une dragée.

INDICATIONS GÉNÉRALES :
DOULEURS MUSCULAIRES et ARTICULAIRES

POSOLOGIE :

Au début du traitement, prescrire quatre à cinq dragées d'IODOGENTIZIN par jour, puis augmenter d'une dragée par jour jusqu'à huit dragées, si nécessaire.

PRÉSENTATION : Flacons de 50 dragées.

DESBERGERS LIMITÉE

Pharmaciens — Chimistes — Biologistes
MONTRÉAL **CANADA**

NOURICOL

GOUTTES VITAMINÉES pour ENFANTS