

Numéro 6

Sixième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



NOVEMBRE-DECEMBRE

1937

TRASENTINE "CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque de l'acide diphénylacétique).

ANTISPASMODIQUE

agissant aussi bien sur la fibre nerveuse comme l'atropine, que la musculature lisse, comme la papavérine.

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

SUPPRIME LES SPASMES DE L'APPAREIL GASTRO-
INTESTINAL, DU SYSTÈME UROGÉNITAL ET
DES AUTRES ORGANES À MUSCULATURE LISSE.

POSOLOGIE :

Par voie orale: Avaler, sans les croquer, 1 à 2 dragées 2 à 3 fois par jour avec un liquide quelconque.

Par voie parentérale: 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION :

Dragées en flacons de 20 et 100, et ampoules en boîtes de 5 et 20 à 0.075 grm. (1 dragée = 1 ampoule)



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 6

Novembre-décembre 1937

AU FEU ! AU FEU !

« Loué soyez-vous, mon Seigneur, pour
notre frère le Feu! Par lui vous illumine
la nuit; il est beau et agréable à
voir, indomptable et fort. »

Amis lecteurs,

Vous aurez vite reconnu dans les mots qui me servent d'épigraphe un extrait « du plus beau chant d'amour qui soit sorti des lèvres humaines ». ¹

Mais il va paraître fort déplacé cet éloge du Feu, produit au moment même où gisent empilés sur les dalles d'une morgue toute proche des cadavres tellement outragés que devant eux l'inimaginable clairvoyance des mères reste perplexe, et que leurs bras avides d'étreindre demeurent ballants.

Non! elles n'étaient pas belles à contempler, ces flammes qui montèrent l'autre nuit vers les étoiles impassibles. Ceux qui les virent danser durent être secoués par le frisson de l'horreur sacrée lorsqu'ils se rendirent compte qu'elles s'étaient nourries avec de la chair et du sang.

¹ Je fais mien ce jugement que j'ai trouvé dans le *Saint François d'Assise* de M. Louis Gillet (Edition Bloud et Gay, page 47) — Le texte sur le Feu est reproduit du beau livre de Frédéric Ozanam: *Les petites fleurs de Saint-François d'Assise*. (Edition Payot, 1927, page 48).

Ce n'est donc pas, dira-t-on, le moment de citer des paroles prononcées il y a bien longtemps par un homme grisé d'une joie surhumaine.

Un hymne à la gloire du Soleil, qui brûle nos moissons? du Vent, qui nous glace? de l'Eau, qui nous inonde? de la Terre, qui trop souvent prend son repos dans la stérilité? du Feu qui... Ah! dérision.

Et pourtant, si l'auteur du *Cantique des Créatures* (2) avait à comparaître devant nous pour s'y disculper de l'accusation d'avoir prêché en état d'ivresse, quelque chose me dit qu'il se défendrait bien.

Il commencerait, je crois, par se confesser humblement d'avoir au sortir d'une extase dicté à Frère Pacifique des paroles trop joyeuses où il n'est tenu aucun compte de l'indicible passion des hommes.

Et puis, mis en demeure de se justifier devant la cendre de tant d'amour détruites, il s'exprimerait ainsi: « Frères affligés, il n'existe qu'une sagesse. Tous les êtres en dehors de Lui sont un peu fous, à commencer par moi, le Poverello. Pourquoi reprocheriez-vous à votre serviteur le feu d'être moins sages que vous-mêmes? Pensez un peu aux infâmes corvées que vous lui imposez trop souvent, pensez aux travaux immenses que vous lui laissez faire tout le temps, *sans le surveiller d'assez près*. Notre frère, croyez-moi sera toujours agréable à voir et fort, mais... plus que nous, parce que plus éloigné du Seigneur, *il est fou*. »

Ainsi parlerait François d'Assise, et sa douce voix ferait taire ceux qui blasphèment présentement; cependant je doute qu'elle consoleraît ceux qui, autour de nous, souffrent sans se plaindre.

Pour guérir les âmes ulcérées rien ne vaut un bain de larmes. Vous le savez, amis lecteurs, et n'avez pas attendu mon article pour pleurer sur les sinistrés du Collège du Sacré Cœur.

2 « Cantico de le creature, comunemente detto de lo frate sole » — C'est ainsi qu'on le désigne dans l'édition de Cologne (1849).

Du moins sachez que si les condoléances du *Journal de l'Hôtel-Dieu* sont tardives, le retard tient précisément à un accident qui leur confère un surcroît de valeur.

Sans comparer les petites douleurs aux grandes je veux rappeler ici que le Feu, quelques heures avant d'aller commettre à St-Hyacinthe les méfaits que l'on sait, avait ravagé l'atelier de nos imprimeurs et détruit toute une livraison du journal, prête à distribuer.

Cela s'est passé le 15 janvier, aux petites heures. Deux ouvriers électriciens étaient occupés à de nouvelles canalisations... Les travaux allaient bon train, grâce, un peu, à l'inépuisable complaisance de leur serviteur le Feu... Nous ne saurons probablement jamais à quel moment précis il put échapper à leur surveillance... Ils s'absentèrent, paraît-il. Quand ils revinrent les flammes couraient partout comme démentes et ils eurent tout juste le temps d'échapper à leur furie.

Frustrées elles se ruèrent sur les presses puissantes, sur ces incroyables machines à composer qu'il faut classer parmi les plus belles créations du génie inventif, sur les grands plateaux remplis de ces cristaux de vie humaine que sont les caractères, sur tout ce qui fait d'une imprimerie moderne un lieu où le miracle habite en permanence.

Bientôt l'outillage assoupi s'éveilla. Mais tous ses mouvements — les uns d'une insolite lenteur et les autres d'une brusquerie grotesque — tous ses mouvements préludaient à la dissolution finale. Sur le parquet tout noir il se fit d'amorphes coulées de plomb... Mais comment décrire avec des mots ce déchaînement de phénomènes? Seule, peut-être, la Musique pourrait ici suppléer aux impuissances du langage.

.....

L'après-midi de cette fatale journée du 15 janvier, Edouard Desjardins et moi, qui « faisons » le *Journal de l'Hôtel-Dieu*, sommes allés rue Notre-Dame, en pèlerinage

aux lieux que nous avions tant de plaisir à revoir quand sonnait — six fois l'an et depuis six ans déjà — l'heure de paraître.

La façade de l'immeuble était toujours debout. Oui, comme une immense carte de faire-part où le blanc et le noir en des contrastes violents racontaient éloquemment l'histoire du désastre.

Pendant que nous nous tenions là-devant, navrés, les frères Thérien parcouraient la ville à la recherche du gîte où, pour eux et pour leurs ouvriers, la vie recommencerait. Dès avant la nuit ils avaient trouvé. Deux jours plus tard nos bons amis les typos s'occupaient à recréer l'édition novembre-décembre de notre journal. Depuis lors, dans le petit atelier de la Place Jacques-Cartier, on a réalisé d'incroyables tours de force. L'heure n'est plus aux condoléances; bientôt les congratulations seront de mise.

Je me garderai donc de chanter un thrène sur ceux qui ressuscitent. Au nom de tous mes lecteurs je leur dis : *Courage!* Au nom de tous leurs clients, étonnés et ravis d'être si vite tirés d'embarras, je leur dis : *Bravo!* — Et au nom de mes collègues de la rédaction je leur dis : *Merci.*

LÉO PARISEAU

P. S. Prêcher la résignation et l'optimisme c'est toujours facile; mais vivre ses propres sermons, c'est parfois difficile. Un doute cruel obsède présentement le pauvre diable qui vient de signer. Il ne sait pas encore si la matière que les imprimeurs avaient bien voulu « tenir debout », en prévision de tirages projetés, est ou non détruite. Les *Miettes gastronomiques*, la monographie sur *Michel Sarrazin*, les pages inédites du *Journal de la Soeur Morin*, d'autres études qui devaient être réimprimées à la demande de l'Acfas, des Jeunes Naturalistes ou de nos historiens, tout cela doit être perdu.

LA COLIBACILLOSE AIGUË SEPTICÉMIQUE

Par **ROMUALD GATIEN**,

Médecin de l'Hôtel-Dieu

La colibacillose aiguë est une affection septicémique résultant du passage dans le sang, du colibacille, ou *bacterium coli* commune, le plus souvent au cours d'une infection gastro-intestinale aiguë ou chronique.

La distribution du colibacille à l'intérieur et en dehors de l'organisme, fait que ses localisations sont très variées et qu'il y a peu d'organes qui échappent à ses atteintes. En plus des affections les plus fréquentes qui lui sont imputées au niveau de l'arbre urinaire et des voies biliaires, on peut observer sa localisation aux poumons, aux plèvres, au cœur, au péricarde, aux oreilles, aux méninges, aux veines et même aux articulations.

Alors que les infections en général sont apportées du dehors, la colibacillose, au contraire, est le plus souvent d'origine endogène et son point de départ, l'intestin, au cours de toutes les affections gastro-intestinales, aiguës ou chroniques. (1)

Le colibacille peut cependant être apporté du dehors par des aliments infectés: viandes ou légumes, par l'eau polluée et dans certains cas en association avec d'autres microbes, le bacille d'Eberth par exemple, ou encore par un instrument ou les doigts, au cours de traitements ou d'examen des organes génitaux ou du rectum; enfin il peut être introduit dans l'organisme par une blessure ou une lésion cutanée.

Nous savons de plus que dans les conditions normales, la muqueuse intestinale possède une immunité qui la protège contre les saprophytes qui habitent normalement l'in-

(1) Blumer, George: Colon bacillus infections in Bedside Diagnosis.
Chiray, M., Bardennois, G., et Bauman, J.: Les colites chroniques.

testin et dont le colibacille serait le plus résistant. Pour certains auteurs, au cours des grandes hyperthermies il serait le seul de ces agents microbiens à ne pas être détruit. (1)

Deux causes principales peuvent donc permettre au colibacille de franchir la paroi intestinale. La première consiste dans une exaltation de sa virulence par des agents étrangers au cours des infections diverses du tube digestif. Les stomatites, les affections dentaires, les rhino-pharyngites, les oesophagites, les gastro-entérites, les angio-cholites, les colites, l'appendicite, les rectites et même les fissures anales et les hémorroïdes sont toutes des affections qui peuvent provoquer une pullulation du colibacille ou augmenter sa virulence.

La seconde cause est due à la perte par l'intestin de son immunité locale, à la faveur de troubles d'ordre mécanique: ptoses, coudures, étranglements, rétrécissements, volvulus, compressions, malformations telles que méga ou dolicho-côlon, atone ou stase intestinales; par troubles de sécrétion de la bile, du suc pancréatique ou intestinal; par lésions de la paroi, irritatives ou infectieuses, parasitaires ou chirurgicales; enfin par moindre résistance ou altération de l'état général de l'individu, par exemple chez l'enfant, le vieillard et la femme enceinte.

Une fois introduit dans le sang, le colibacille peut, s'il n'y est pas détruit, donner lieu à une septicémie d'emblée et faire éclore à distance des foyers infectieux, le plus souvent aux reins et au foie, comme nous l'avons déjà dit.

La septicémie à colibacilles, qu'un exposé du professeur Lemierre de Paris a résumée avec la clarté qui lui est habituelle (2), se présente quelquefois d'une façon brusque,

(1) Gernez, Ch.: La colibacillose in Encyclopédie Médico-Chirurgicale.

(2) in Quelques vérités premières ou soi-disant telles sur les maladies infectieuses.

mais généralement plutôt avec les caractères de l'état typhique.

Pendant l'invasion le malade accuse de la céphalée, de l'anorexie, des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales, des frissons et de la courbature, puis s'installent des symptômes propres à la période d'état : accès fébriles et diarrhée.

La température de la colibacillose aiguë septicémique diffère de celle de la typhoïde en ce qu'elle a tendance à ne pas être aussi soutenue et à évoluer par accès séparés par des rémittences durant de quelques heures à un et même deux jours. Ainsi on pourra voir la température qui se maintenait entre 102° et 104° F. tomber à certaines heures au voisinage de la normale et même à la normale. (1)

Ces accès sont précédés de frissons et suivis de transpirations profuses qui laissent le malade dans un état de grande faiblesse.

La diarrhée qui est un symptôme presque constant de la colibacillose aiguë, est profuse, quelquefois même dysentérique, franchement putride et s'accompagne comme celle de la typhoïde de météorisme.

On observe également de l'hypertrophie de la rate et même dans certains cas de l'herpès labial et des taches rosées lenticulaires.

La cytologie sanguine nous révèle le plus souvent, une hyperleucocytose à polynucléaires au-dessus de 15,000, mais quelquefois au contraire de la leucopénie. Les formes graves peuvent s'accompagner d'hémolyse. L'hémoculture est positive.

La maladie évolue en trois à six semaines en moyenne, quoique exceptionnellement elle puisse se prolonger au delà de cette période et présenter une allure chronique. Sa défervescence se fait en lysis comme celle de la typhoïde.

(1) Philibert, Albert: La septicémie à colibacilles in *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*.

Les rares examens anatomo-pathologiques qui ont pu en être faits, n'auraient montré rien d'autre que les lésions propres aux entéro-colites infectieuses en général, sans ulcérations des plaques de Peyer.

Ajoutons, pour terminer ce tableau symptomatique, qu'en l'absence d'une hémoculture positive, si une localisation connue ne nous a pas orienté vers le diagnostic de septicémie à colibacilles, ce ne sera qu'après élimination des différentes affections qui peuvent être confondues avec elle: grippe, typhoïde, typhus, brucellose, dysenteries bacillaires et même le paludisme, que nous pourrons arriver à un diagnostic certain.

Le traitement de la colibacillose aiguë septicémique est, quant à ses indications d'ordre général, le même que celui de la typhoïde. La fièvre sera combattue par des bains ou tout simplement par des applications de glace sur l'abdomen. L'intestin est mis au repos par une diète liquide ou semi-liquide suffisamment élevée en calories pour soutenir le malade et lui permettre de lutter contre son infection et toutes les substances propres à favoriser la fermentation et la putréfaction intestinales sont soigneusement proscrites.

Pour combattre l'état septicémique lui-même, nous pourrons recourir aux agents spécifiques, tels que le sérum antibacillaire de Vincent, les vaccins en injections ou par la bouche, (entéro-vaccins), le bactériophage, le bacille lactique et le bacille acidophile, ou encore aux médicaments tels que l'hexaméthylène tétramine pure ou associée à l'iode, la tripaflavine, les métaux colloïdaux, (or, argent, rhodium, etc.), en injections intra-veineuses ou intra-musculaires, le carbone animal, en injections intra-veineuses, tel que préconisé par M. St-Jacques (1), et enfin le dernier venu, le Sulfanilamide, administré par la bouche ou en injections intra-veineuses.

(1) Voir L'Union Médicale du Canada, 1937 et janvier 1938.

LA COLIBACILLOSE*Symptomatologie et diagnostic*Par **JEAN-PAUL LEGAULT,**

Assistant au service d'urologie de l'Hôtel-Dieu.

La symptomatologie des infections urinaires à colibacilles varie avec le mode de pénétration, i. e.: infection par voie ascendante ou infection par voie descendante. L'infection ascendante ou secondaire fait toujours suite à une intervention chirurgicale ou à l'introduction d'instruments dans l'urèthre, la vessie ou les uretères.

Les débuts de l'infection sont insidieux et presque impossibles à préciser. Quelques heures après une intervention ou l'exposition au froid, le malade est pris d'un frisson avec une température à 102° F., 103° F., 104° F. Par contre, il peut être aussi en hypothermie. Il est affaîssé, se plaint de douleurs dorso-lombaires plus accentuées d'un côté. La peau est sèche et dure; le faciès ahuri. Le malade a soif et sa langue, rouge et sèche aussi, se couvre d'un enduit noirâtre. Il peut avoir aussi des nausées ou des vomissements. Il y a souvent de la constipation. Souvent aussi il a le hoquet. La douleur, qui était au début bilatérale, se localise d'un côté. Le rein alors augmente de volume. Les urines, très abondantes au début, se font plus rares; il peut même y avoir de l'anurie. La température persiste à 102° F. ou peut rétrocéder; ou bien elle oscille avec apparition de frissons. Si le malade ne s'améliore pas, la mort s'ensuit avec hoquet, respiration de Cheyne-Stokes, délire et coma. Habituellement la température reste à 102° ou 103° F. et s'accompagne d'un grand frisson, d'oligurie, de nausées ou de vomissements; le malade fait aussi de la cystite et souvent de la constipation. Puis tout s'améliore ou passe à la chronicité.

Le début est alors insidieux. Mais on peut toujours faire remonter l'accident à une crise aiguë antérieure. Quel-

quefois si l'obstruction qui siègeait plus bas est enlevée, le rein redevient normal.

Mais la forme chronique ou fièvre urinaire est celle que l'on rencontre le plus souvent. La peau est sèche et dure. Progressivement le malade perd du poids à la suite de son anorexie ou de sa dyspepsie. Il est habituellement constipé avec un état plus ou moins nauséux. Le matin surtout il se plaint de céphalée frontale. La nuit a été marquée par une polyurie abondante caractéristique. Les urines, pâles et troubles, sont neutres. L'examen microscopique révèle du pus et des bactéries. S'il y a de la douleur lombaire, les reins ne sont pas gros. La fonction rénale est diminuée. La température est normale ou subnormale coupée de crises aiguës ou suraiguës consécutives à des manoeuvres ou à des refroidissements, ou quelquefois sans cause apparente; c'est alors le tableau de la phase aiguë. Cela peut durer plusieurs années et la mort s'ensuivre subitement ou graduellement à la suite de la diminution progressive de la fonction rénale.

Mais il y a aussi d'autres manifestations cliniques de l'infection à colibacilles par contamination par le sang ou par voie descendante, telles que les pyélonéphrites, les pyélites ou les cystites, etc. Ces manifestations peuvent être aiguës, suraiguës ou chroniques.

La forme aiguë se manifeste par sa rapidité et sa durée variable. Subitement le patient est pris d'un frisson; il a « la chair de poule », grince des dents, voire même des tremblements violents de tout son corps. Il s'ensuit une sensation de grande chaleur par tout son corps avec une température variant de 100° à 104° F. Après un certain temps, une diaphorèse abondante apparaît et il est complètement détrempé par sa sudation. Il a en plus des nausées et même des vomissements. La langue et la bouche sont arides. La respiration et le pouls sont rapides. Le tout dure quelque temps. Seulement il peut arriver qu'une seconde crise s'a-

joute à la première; ou qu'une troisième crise s'ajoute à la seconde, augmente toujours en durée et en intensité.

La forme subaiguë a des prodromes assez vagues. Le malade se plaint de céphalée et de lassitude. Il a perdu l'appétit; les intestins sont plus ou moins réguliers; souvent il y a constipation. Quelquefois, au contraire, le patient fait une diarrhée profuse. On rencontre des mictions impérieuses et de la pollakiurie chez 5 sujets sur 80. Tous ces troubles peuvent durer de quelques heures à quelques jours. Puis subitement le malade est pris d'un frisson avec température entre 101° F. et 102° F. Il a de fortes douleurs lombaires. La palpation des reins est douloureuse, sans trouver toutefois de gros reins. Les urines sont pâles, abondantes et nauséabondes. La durée de la crise est d'environ 10 à 15 jours. Les urines peuvent alors se clarifier ou demeurer troubles. Avec du pus ou des bactéries, l'examen microscopique nous donne du colibacille. A cette phase, l'hématurie du début peut seule persister comme symptôme.

Mais malheureusement le tableau peut s'assombrir. Après un grand frisson et une température à 102° F., 103° F., le malade tombe dans une grande prostration et même peut faire du délire. La douleur lombaire est ici souvent précédée de douleurs dorsales ou abdominales. Cette douleur lombaire est unilatérale, souvent sous forme de colique néphrétique avec contracture musculaire. La palpation nous donne alors un gros rein douloureux. Les urines sont rares, de réaction acide — très rarement alcaline — avec du pus, du sang et des bactéries. La température oscille à grands clochers thermiques. Au bout de quelques jours le malade s'améliore ou fait une rechute due à une nouvelle infection dans l'autre rein ou même du même rein causée par la présence du colibacille dans le sang. Le cas est habituellement plus grave. Le malade fait du hoquet; il est subcomateux ou bien franchement comateux et la mort s'ensuit au bout de trois semaines.

Si le tableau précédent est déjà impressionnant, que dire du tableau suivant ! Un homme en bonne santé apparente est soudainement pris d'un grand frisson. La température grimpe à 104° F., 105° F. Le malade est prostré ou même comateux. Il vomit abondamment. Il se plaint de douleurs soit abdominales, soit lombaires. Les urines sont rares ou absentes avec des bactéries, des cylindres et du sang. Il peut arriver malheureusement que le patient peut mourir dans le coma sans autres manifestations cliniques que la condition pathologique de ses urines. Mais heureusement que tous n'en meurent pas, si presque tous en sont frappés ! A la suite d'une crise aiguë, le malade peut sentir de temps à autre de la douleur dans son rein qui n'est pas augmenté de volume. Les urines sont pâles, abondantes, légèrement acides avec présence de bactéries. Ce qui importune le malade, c'est sa vessie. Il a de la cystite, surtout caractérisée par une pollakiurie nocturne abondante. Plus rarement se plaindra-t-il d'une uréthrite; plus rarement encore une orchio-épididymite le fera souffrir. D'autres fois il n'y aura aucune manifestation vésicale. Uniquement un peu de douleur dans la loge rénale avec du pus et des bactéries dans ses urines. Une forme encore plus rare est la présence de douleurs lombaires avec des urines apparemment normales. Seulement la culture des urines donnera du colibacille.

Le diagnostic des infections à colibacilles se fait par l'analyse des urines, non seulement clinique et microscopique mais surtout bactériologique, par la culture plus précisément. Chez la femme, il est absolument indispensable de faire le prélèvement par prise directe dans la vessie.

Les infections suraiguës à colibacilles peuvent donner le change pour une septicémie grave, la malaria, l'endocardite aiguë, le début de la pneumonie lobaire. Mais l'examen des urines avec culture fera facilement la différenciation. D'autant plus que l'anamnèse joue ici un grand rôle. Dans les pyélonéphrites aiguës, on pourra se méprendre pour une

cholécystite, une appendicite aiguë, un abcès sous-phrénique, à cause de la douleur et de la rigidité de la paroi abdominale. Seulement la palpation, difficile à faire toutefois, nous fera découvrir un gros rein douloureux.

C'est surtout dans les cas chroniques que les erreurs se rencontrent. On oubliera souvent de remonter à la cause et d'examiner les reins dans les cystites sub-aiguës. C'est alors que la cystoscopie et la division des urines trancheront la question. Quelquefois les troubles digestifs de la pyélonéphrite chronique passeront pour de la dyspepsie.

Il ne faut pas oublier non plus que la suppuration urinaire comme les abcès urineux, l'abcès périnéphrétique, la péricystite, la prostatite suppurée évoluent sous le même jour qu'une infection urinaire. Ce sont surtout les pyélonéphrites et les pyélites à forme hématurique qui sont cataloguées « tuberculose rénale ». D'autant plus que ces pyélites se compliquent de cystite, de prostato-vésiculite, ou d'orchio-épididymite. Seulement si une culture des urines est faite, la différence existe par la présence de bactéries dans le premier cas et l'absence dans le second. Evidemment, on doit trouver le bacille de Koch dans les urines tuberculeuses, mais ceci arrive plus souvent théoriquement qu'en fait. Ceci est surtout vrai dans les tuberculoses fermées. Cliniquement ces deux affections ont des signes en commun, tels que gros rein, diminution de la fonction rénale; seulement l'évolution est différente. La cystite, si tenace et si récidivante dans la tuberculose, rétrocede avec le traitement dans la cystite secondaire à colibacilles.

L'abcès périnéphrétique sera éliminé par l'absence de pus et de bactéries dans les urines.

La colique néphrétique trouvera son diagnostic par l'examen clinique des points urétéraux aidés aussi par la radiographie.

En somme, l'examen complet des urines avec culture est le mode de diagnostic d'une infection urinaire à colibacilles.

LA COLIBACILLOSE

Son diagnostic bactériologique

Par **PIERRE-PAUL GAUTHIER,**

Médaille d'honneur (France),

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Pour faire l'étude bactériologique des colibacilloses, nous avons à notre disposition :

a) L'analyse des urines, b) l'hémoculture, c) le séro-diagnostic, d) les caractères culturels propres au colibacille.

A) LES URINES. Le diagnostic de colibacillose urinaire, une fois établi, le chirurgien et le médecin ont le choix ou de prélever aseptiquement l'urine ou de nous adresser le malade pour prise directe.

Les modifications que présentent les urines nous offrent la signature presque absolue de la colibacillose : la réaction est fortement acide, la couleur est jaune pâle, l'aspect a la transparence moirée spéciale.

L'examen microscopique offre les caractères suivants du pus. Ce pus est composé de polynucléaires agglomérés ou non, de nombreuses cellules épithéliales indiquant une desquamation marquée de la muqueuse de l'arbre urinaire. Quelquefois nous trouvons des cylindres leucocytaires. L'aspect moiré de l'urine est dû à la présence du grand nombre de colibacilles ; il arrive quelquefois qu'ils sont tellement nombreux qu'ils couvrent tout le champ microscopique.

L'urine arrivée au laboratoire est traitée avec aseptie pour éviter toute contamination.

Après agitation, une partie est versée dans un culot de centrifugation, le sédiment est examiné au microscope entre lame et lamelle. Si nous trouvons des bactéries mobiles, nous procédons à un examen rapide, qui consiste à faire la coloration de ces microbes. Cet examen nous permet de reconnaître si la bactérie isolée est à Gram positif ou non.

Si nous trouvons une bactérie à Gram négatif, nous sommes en droit de penser que ce microbe mobile appartient à la famille des Bactériacées. Par ailleurs, nous savons que dans cette famille, seule la tribu des Bactereae est pathogène pour l'homme et de cette tribu, seul l'*Escherichia-coli* ou colibacille se rencontre dans les urines de l'homme. Mais ce qui précède ne nous permet pas de poser le diagnostic de colibacillose, il faut de toute nécessité les caractères cultureux qui sont propres au colibacille.

Au chapitre des urines, mentionnons la division des urines ou le cathétérisme des uretères, opération qui est réservée au clinicien et qui nous permettra de reconnaître de quel côté siège la lésion.

B) HEMOCULTURE. Outre l'analyse des urines, nous avons à notre disposition l'hémoculture. Cette méthode, qui doit être utilisée dans les périodes d'hyperthermie, consiste à ensemercer le sang du malade directement dans un bouillon de culture, sans que le sang vienne en contact avec l'air extérieur; après 24 ou 48 heures à l'étuve à 37° C., nous prélevons une goutte du milieu sang-bouillon et nous examinons entre lame et lamelle à l'état frais.

Si l'hémoculture est positive, nous trouvons un microbe mobile et comme pour le microbe trouvé dans les urines, nous aurons recours aux caractères cultureux pour établir un diagnostic certain.

IDENTIFICATION PAR LES CULTURES :

Pour établir les caractères différentiels du bacille trouvé, nous commençons par en faire l'isolement. L'iso-

lement se fera sur boîte de Pétri en milieu Endo; sur ce milieu le colibacille donne des colonies rouges à reflets métalliques.

Cet isolement nous ayant donné une partie de notre diagnostic, nous poussons plus loin notre recherche et ensemblons le microbe isolé sur bouillon lactosé pour faire l'épreuve de fermentation qui consiste à étudier le dégagement gazeux que produit le colibacille en présence du lactose.

Résumons: *a*) bacille mobile, *b*) bacille Gram négatif, *c*) bacille donnant une production de gaz en bouillon lactosé.

Voilà énoncés rapidement les procédés utilisés dans la pratique courante pour établir le diagnostic bactériologique de la *colibacillose urinaire*.

SERO-DIAGNOSTIC: Le séro-diagnostic rend des services bien limités, car l'agglutination est pour ainsi dire personnelle; en effet le sérum d'un malade agglutine fortement ses propres colibacilles, tandis que l'agglutination est pratiquement nulle avec un colibacille conservé en laboratoire. Ce procédé n'est pas, pour cette raison, utilisé dans la pratique.

TRAITEMENT BIOLOGIQUE : Sérothérapie et vaccinothérapie.

SÉROTHÉRAPIE : La sérothérapie détermine une immunité dite passive en fournissant à l'organisme des anticorps immunisants fabriqués dans l'organisme d'un animal inoculé avec le microbe en cause.

Le sérum doit agir spécifiquement en neutralisant l'action de l'agent pathogène ou en agissant sur le microbe lui-même.

Nous savons que dans la colibacillose, la sérothérapie n'a pas donné de résultats comparables aux succès obtenus dans la diphtérie par exemple. Certains auteurs, comme

Philibert, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, vont jusqu'à dire que la sérothérapie anti-colibacillaire n'existe pas.

P. Courmont de Lyon, de son côté, dans son dernier volume ne parle pas de sérothérapie anti-colibacillaire.

Dans ces dernières années le professeur Vincent a fait des expériences et préconisé un sérum qui porte son nom; ce sérum lui a donné certains succès, mais lui-même ajoute que l'usage de son sérum doit toujours être accompagné des traitements usuels.

VACCINOTHÉRAPIE. La vaccinothérapie comprend : le stock-vaccin, les auto-vaccins, le stock bactériophage, l'auto-bactériophage, le bouillon-vaccin, l'auto-bouillon-vaccin.

Les stock-vaccins sont des produits préparés à l'avance à l'aide d'un échantillon microbien de provenance X. Ils peuvent être mono ou polyvalents. Comme la sérothérapie, la vaccinothérapie par stock-vaccins n'a pas donné les résultats attendus.

L'auto-vaccin est encore celui qui a donné le plus de succès : il est préparé avec les microbes provenant du malade.

Le bactériophage est un principe filtrable non défini morphologiquement qui a cependant la propriété de lyser certaines bactéries.

Pour d'Hérelle, le bactériophage est un principe vivant qui est étranger à la nature de la bactérie qui subit la lyse. Toujours d'après d'Hérelle, le bactériophage est un ultramicrobe parasite spécifique des microbes vivants. D'Hérelle prouve son avancé par le fait que le bactériophage agit non pas par dilution mais bien par passage comme le ferait un microbe ordinaire.

D'Hérelle ajoute que si dilution il y avait, il arriverait un moment que cette dilution serait tellement étendue qu'elle n'agirait plus; tandis que dans le cas du bactériophage, plus il y a de passages, plus la lyse est marquée et rapide.

Comme pour les vaccins et pour les mêmes raisons, c'est encore l'auto-bactériophage qui donnera le meilleur rendement.

L'auto-bouillon-vaccin sera aussi utilisé de préférence au stock-bouillon-vaccin. Les insuccès de la sérothérapie et des stock-vaccins dans la colibacillose des voies urinaires sont dûs, croyons-nous, au polymorphisme des colibacilles; aussi pour traitement biologique de cette maladie, aurons-nous, de préférence, recours aux produits préparés au laboratoire avec les microbes provenant de notre malade.



À PROPOS DU TRAITEMENT DE LA COLIBACILLOSE URINAIRE

Par **OSCAR MERCIER** (F. R. C. S. Canada),

Professeur agrégé à la faculté de Médecine,

Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Les médecins et les urologues ont expérimenté les uns après les autres divers modes thérapeutiques dans la colibacillose urinaire. Et au fur et à mesure qu'un nouveau médicament apparaît, il est aussitôt mis au rancart et remplacé par un autre. La multiplicité et la diversité des méthodes thérapeutiques prouvent donc qu'il n'existe à l'instant même aucune panacée. Cependant, il serait faux de conclure à l'inefficacité et à l'inutilité du traitement de la colibacillose. Celui-ci porte ses fruits, si le médecin et le malade possèdent une certaine patience et une détermination à appliquer les diverses parties du traitement. Il faudra de plus, je dirais, éprouver la réceptivité du patient vis-à-vis certains médicaments. Efficace chez les uns, le même traitement sera d'un effet nul chez les autres.

L'ensemble du traitement comporte donc certaines parties que nous étudierons. Et nous terminerons cet exposé en indiquant la manière dont nous conduisons la thérapeutique chez nos malades.

Nous verrons donc successivement :

- 1° Hygiène et régime.
- 2° Les divers médicaments.
- 3° Les moyens biologiques : sérum, vaccins, bactériophage.
- 4° Le cathétérisme urétéral et le lavage des bassinets.

HYGIENE ET REGIME

Il est évident que dans les périodes aiguës le repos absolu au lit est nécessaire. Certains auteurs ont discuté longuement sur la position prise par le malade. Ce fait ne nous apparaît utile que dans les cas de *colibacillose gravidique*. Il importe alors de diminuer la traction et la compression des uretères par le fœtus : nous conseillons donc dans le cas de *colibacillose gravidique* la *position horizontale absolue* et alternée avec la *position oblique*, qui consiste à élever le pied du lit. Chez les malades atteints chroniquement, *le repos relatif*, c'est-à-dire le travail au ralenti est nécessaire : tout surmenage physique, intellectuel ou moral leur est défendu. De plus, il leur faut éviter le *froid*, et les changements brusques de température qui congestionnent les reins. Il sera utile pour activer la circulation périphérique de leur prescrire des frictions énergiques quotidiennes du corps. Enfin, puisque la colibacillose urinaire a pour point de départ l'intestin, les malades doivent veiller *au libre fonctionnement intestinal*, en évitant toutefois les purgatifs drastiques ou les laxatifs violents. Il leur faudra donc réduire les fonctions intestinales par l'établissement d'un régime approprié.

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Au cours des poussées aiguës, seul *le régime aqueux et au jus de fruits* est indiqué. Dès que la température vespérale aura atteint 100° F., des bouillies et des potages aux légumes peuvent être prescrits.

Dans les cas chroniques ou à la fin des poussées aiguës, il est nuisible de restreindre l'alimentation ; celle-ci sera abondante, afin de remonter au plus vite l'état général. D'ailleurs, il n'existe aucune contre-indication à une alimentation abondante et même carnée, puisque dans l'immense majorité des cas, l'infection siège seulement dans la muqueuse du bassin et des calices. La diète sera hypo-

azotée, seulement si la pyélite s'accompagne d'une déficience fonctionnelle rénale que la constante d'Ambard ou l'épreuve de la P. S. P. mettra en évidence.

L'alimentation sera reconstituante et tiendra compte du fait que les troubles intestinaux sont ordinairement à l'origine des pyélites. Comme il y a presque toujours stase intestinale, il faudra supprimer du régime, les aliments riches en résidues et ceux qui produisent de la fermentation intestinale, tels que les féculents. Il n'y a aucun inconvénient à prescrire de la viande, puisque l'infection n'atteint pas le parenchyme rénal. D'ailleurs, le régime carné a l'avantage d'être un stimulant.

Aliments défendus :

Potages et soupes. Poissons gras : anguille, saumon, thon, alose, goujon.

Les oeufs. Les oeufs de poissons.

Porc frais, veau, lapin, canard, pigeon, oie.

Perdreux, perdrix, faisans, lièvres, chevreuil, orignal.

Gras de jambon, saucisse, saucissons.

Gelée de viande, pâtés divers, charcuterie, abats.

Marinades, sauces piquantes.

Chou-fleur, choucroute, épinards, petits pois, pois cassés.

Fèves cassées, champignons, truffes, noix.

Fromages de Gruyère, Saint Nectaire, Oka, Kraft, Canadien, Chester. Les fromages forts : Brie, Camembert, Roquefort.

Toutes les pâtisseries sauf celles données comme « permises ».

Le lait. Le caviar.

Les boissons alcooliques, la bière.

Aliments permis :

Poissons maigres : truite, perche, brochet, achigan, sole.

Boeuf, agneau, poulet, maigre de jambon, lard fumé.

Haricots verts, artichauts, poireaux, oseille, asperges.

Tomates, chou de Bruxelles, salades cuites, endives.

Riz, pâtes alimentaires.

Pain sec et biscottes.

Fromages frais : à la crème, Petite Suisse, Gervais.

Fruits frais en saison : pomme, prune, melon, abricot, pêche.

Figues sèches, raisins de Corinthe.

Fruits cuits en compote, gelée de fruits.

Gâteaux secs, gélatines.

Les vins, le thé et le café faibles, en quantité modérée.

Remarque : Les aliments dont le nom n'est pas signalé dans cette liste peuvent figurer de temps à autre dans le menu.

Les viandes seront mangées de préférence grillées avec peu de beurre. Les légumes seront bouillis plutôt que rôtis. Eviter les sauces fortement épicées ou grasses.

Boire peu en mangeant, boire suffisamment entre les repas.

Comme nous verrons plus loin, plusieurs auteurs conseillent l'acidification intense des urines comme moyen thérapeutique.

L'expérimentation a permis de constater que la culture des microbes et principalement des colibacilles est impos-

sible dans un milieu acide. *Le régime cétogène* a pour but d'augmenter d'une façon notable l'acidité des urines et de lutter indirectement contre l'infection. Ce régime a le grand désavantage, dans le cas présent, de produire une constipation contre laquelle il faut lutter. La prédominance d'aliments gras le fait mal supporter par les malades. Pour éviter les nausées et les vomissements qui pourraient se produire, on augmente graduellement sa teneur en graisse.

ORDONNANCE DIÉTÉTIQUE :

Assurer la quantité de calories nécessaires aux besoins de l'organisme. Il importe de réduire les hydrates de carbone.

Les graisses, au contraire, sont augmentées dans la proportion de 4 à 1, et même davantage, par rapport aux glucides. Ces glucides sont fournis par l'addition des hydrates de carbone naturels avec les glucides dérivés des protides dans la proportion de 58%.

Viandes : viandes ordinaires d'animaux et de volaille.

Poissons : Surtout les poissons gras.

Légumes : A 5%.

Fruits : A 10% en petite quantité.

Graisse : Elle est fournie par la crème, le beurre frais ou le beurre d'arachides, l'huile, la mayonnaise, les viandes grasses.

Pain et farineux : Supprimés en raison de la restriction des hydrates de carbone.

Dessert : Se compose de noix, d'amandes, de crème fraîche ou fouettée : mousses, parfaits, crème anglaise (substituer la crème au lait), fromage à la crème, conserve sans sucre.

LES DIVERS MEDICAMENTS

Comme nous le disions au début, la multiplicité des médicaments utilisés dans la colibacillose urinaire est grande. Pour éviter une confusion dans une liste si longue, nous les classifions ainsi :

- 1° Les médicaments alcalinisants.
- 2° Les médicaments acidifiants.
- 3° Les antiseptiques chimiques.
- 4° Les colorants.
- 5° La granulothérapie.
- 6° Les balsamiques.
- 7° L'hexylrésorcinal.
- 8° L'acide Mandélique.
- 9° Le sulfanilamide et ses composés.

1° *Les médicaments alcalinisants :*

Cette médication préconisée par Kidd n'est utilisable que dans les cas aigus. Pour cet auteur, le colibacille serait incapable de vivre dans un milieu très alcalin; il aurait obtenu d'excellents résultats. Il consiste à *faire prendre au malade à toutes les 2 heures un grand verre d'eau avec 2 grammes de citrate de potasse*; ce dernier peut être remplacé par du citrate de soude plus assimilable à l'estomac ou par du carbonate de soude. Nous avons employé cette médication jusqu'au jour où ayant eu la curiosité de voir si les succès ne devraient pas être attribués aux larges quantités d'eau. Nous avons alors prescrit un grand verre d'eau au malade à toutes les 2 heures, sans aucun médicament alcalinisant. Nos résultats ont alors été aussi bons que ceux obtenus avec le citrate de soude. De plus, il est démontré par des recherches expérimentales que les sels alcalins ont une

action rapide, mais *passagère*. La médication alcalinisante ne semble plus maintenant avoir de partisan.

2° Médication acidifiante :

Celle-ci a remplacé avantageusement la précédente. Elle est utilisée dans les cas chroniques et a pour but de maintenir le P. H. urinaire à 6 ou au-delà ; elle est nécessaire comme nous le verrons dans l'emploi de l'acide mandélique.

L'acidification des urines peut facilement être réalisée, comme nous l'avons vu, par la diète cétogène. Cependant, ce régime tend à la constipation, ce qui est un inconvénient marqué dans la colibacillose. De plus, il est difficilement supporté pendant une période suffisamment prolongée pour obtenir des résultats définitifs. Rapidement, les malades présentent des nausées, de l'inappétence et un dégoût complet aux aliments. Il faut donc retourner après quelques jours au régime normal, avant que la colibacillose soit entièrement subjuguée. Chez plusieurs malades nous avons expérimenté ce fait. Soumis à la diète cétogène, les urines de ces malades devenaient stériles, comme le démontrait la culture, et dès que le régime normal était repris le colibacille poussait de nouveau dans les milieux de culture.

Les auteurs ont alors eu recours à la médication pour augmenter le P. H. urinaire.

Parmi les médicaments utilisés il faut citer l'acide benzoïque, l'acide phosphorique, le *chlorure d'ammonium*, et le *nitrate d'ammonium* ; ce dernier est celui actuellement le plus souvent utilisé. Il doit être administré, ainsi que le chlorure d'ammonium, en comprimés glutinisés pour éviter les troubles gastriques ; il sera prescrit à la dose quotidienne de 3 à 4 grammes.

Certaines maisons pharmaceutiques ont combiné à la médication acidifiante un antiseptique urinaire : ainsi l'*uriclarine* comprend l'urotropine et du chlorure d'ammonium,

la *pyocoline* du chlorure d'ammonium, du chlorhydrate d'Oxyquinoléine et de terpine, le sirop amédélate du nitrate d'ammonium et de l'acide mandélique. La médication acidifiante, sans avoir la prétention de guérir tous les cas de colibacillose, est d'une grande efficacité.

3° *Les antiseptiques chimiques :*

Le plus ancien de cette liste, peu employé maintenant, est le *Salol* qui se dédouble en acide salicylique et phénol. Il doit être administré à la dose de 2 à 6 grammes par jour. Ce produit chimique, depuis longtemps utilisé, demeure un bon médicament.

Un autre produit médicamenteux ancien est l'*hexaméthylène tétramine* ou urotropine. Il est l'antiseptique urinaire, classique, le plus connu et le plus utilisé soit pur, soit sous forme de mélange. Ce corps se décompose dans l'urine en ammoniaque et en aldéhyde formique dont l'action est antiseptique. Cette action antiseptique, tel que le prouvent les expériences de Poroudonunsky, se produit à la surface de la muqueuse urinaire et non dans le sang ou le liquide céphalorachidien. L'efficacité de l'urotropine dépend de deux facteurs, d'une part de sa concentration et d'autre part de la nécessité d'agir dans un milieu acide. Levy et Strauss ont démontré que pour tuer le colibacille la concentration de l'hexaméthylène tétramine dans l'urine doit être au taux de 1 pour 5000. Or avec la dose habituelle de 0 gr. 50, trois fois par jour, cette concentration n'est pas atteinte. Il faudrait recourir à des doses de 4 à 8 grammes par jour. Nous verrons que ces quantités sont dangereuses. En plus, il est prouvé que l'urotropine ne se dédouble que dans un milieu acide. Helmholtz a démontré que la décomposition en aldéhyde formique n'a lieu que lorsque le P. H. urinaire est à 5 ou plus. Il est donc de toute nécessité d'ajouter à ce médicament un acidifiant urinaire pour lui fournir son efficacité.

Plusieurs spécialités couramment utilisées, sont des mélanges divers à base d'hexaméthylène tétramine. Parmi ceux-ci, nous trouvons l'*uraseptine*, mélange d'urotropine et de benzoate, l'*urisanine*, composé d'urotropine et de stigmaté de maïs, le *formocarbine*, mélange d'urotropine et de charbon, l'*uriclarine* où est joint à l'urotropine, le chlorure d'ammonium, le *formohydrion* (urotropine et phosphate acide de soude) etc.

L'hexaméthylène tétramine s'emploie en injection intraveineuse. Il existe dans le commerce des ampoules d'*Urométine* et d'*Uroformine*. Utilisé fréquemment aussi par la voie endoveineuse est la *septicémine*, qui est un di-formine iodo-benzométhylée, c'est-à-dire un produit liquide injectable d'urotropine et d'iode; elle doit être administrée à la dose quotidienne de 10 à 40 c.c.

En résumé, l'*urotropine* demeure un excellent médicament. Cependant, il ne faut pas oublier son action irritante, qui vient d'une part du fait qu'il doit être prescrit à haute dose pour être efficace et d'autre part qu'il n'agit qu'en milieu acide où alors l'acidité marquée irrite la muqueuse urinaire. Il est susceptible de provoquer des hématuries et de la pollakyurie. Il sera donc donné avec prudence et son usage ne devra pas se prolonger dans les cas chroniques où il serait nuisible d'irriter le parenchyme rénal.

Les préparations colloïdales d'argent ont été utilisées comme antiseptique urinaire. Marion et Kummer emploient le *Collargol*. La dose est de deux cuillerées à soupe trois fois par jour d'une solution à 2%. Il a le grave inconvénient d'irriter rapidement l'estomac, mais il est à la fois un puissant antiseptique urinaire et intestinal.

4° Les colorants:

Depuis quelques années, sous l'influence des travaux des chimistes allemands et américains, différentes substances colorantes sont utilisées comme antiseptique urinaire.

Ce sont : l'*acriflavine*, le mercurochrome, les sels de pyridine (pyridium).

Cependant, le bleu de méthylène a été employé bien avant ceux-ci et fait partie de l'arsenal urologique depuis 40 ans. C'est en 1891 que Einhorn se servit pour la première fois du bleu de méthylène comme antiseptique urinaire. Depuis déjà longtemps Blanc (1924) prouva son inefficacité sur les bactéries; il n'admit alors qu'une action analgésiante et non bactéricide. J. W. Churchman par des travaux de laboratoire confirme les idées de Blanc en niant le pouvoir antiseptique. Le bleu de méthylène n'est donc plus employé que comme analgésique vésical dans la tuberculose urinaire.

L'*acriflavine* ou gonacrine a été mis à jour par Browning et Gulbrausen en 1917. Mais son réel défenseur a été Davis. Son action antiseptique apparaît deux heures après l'absorption et persiste pendant huit heures. Son effet est donc fugace. De plus, absorbé par la bouche, il provoque rapidement des troubles digestifs, si bien qu'il n'est plus utilisé maintenant que par injection intra-veineuse. L'*acriflavine* est un médicament rarement prescrit dans la colibacillose à cause de son action éphémère.

Le mercurochrome 220 a été chaleureusement recommandé par Young. Cet urologue utilise une solution à 1% et injecte intra-musculaire 3 milligrammes de produit par kilogramme d'individu. On s'en sert aussi dans les lavages du bassinnet. Par voie intra-musculaire, il n'est guère prescrit que par Young. Nous l'utilisons journellement comme traitement local pour les lavages de vessie ou du bassinnet et nous croyons son efficacité considérable.

Le pyridium et les autres sels de pyridine connaissent avec raison une vogue considérable. Jusqu'à l'an dernier, cet antiseptique était celui le plus fréquemment ordonné. En 1930 dans l'Union Médicale nous publions le résultat

de notre expérience sur l'emploi du pyridium. Nous étions venu à la conclusion que 58.9% des cas de pyélite aiguë à colibacilles avaient été guéris par le pyridium tandis que 31.2% des cas chroniques étaient revenus à la normale. Walther, en 1937, conclut après enquête auprès de plusieurs urologistes que le pyridium a un effet curatif dans 46% des cas de colibacillose. Nous n'hésitons pas à dire que le pyridium reste encore un des plus puissants antiseptiques urinaires malgré l'apparition de nouveaux médicaments que nous étudierons plus loin.

5° *La granulothérapie :*

En 1934, le professeur St-Jacques de Montréal, dans une communication à l'Académie de Médecine de Paris, proposait un nouveau traitement des infections en général, la *granulothérapie*. Celle-ci consiste en l'injection intra-veineuse de carbone animal activé et sélectionné en suspension aqueuse. Son action est double. D'une part, le carbone stimule la phagocytose qui double entre la sixième et la dixième heure et d'autre part, il possède un pouvoir absorbant qui fixe ou neutralise les toxines. Cette thérapie très intéressante n'a été utilisée par nous que depuis peu; il nous est donc impossible de conclure actuellement.

6° *Les Balsamiques :*

Les balsamiques, tels le santal, le Copahu sont peu indiqués dans les pyélites; ils peuvent même avoir une action nuisible à cause de leur effet congestionnant. Cependant, si des troubles vésicaux douloureux existent, le santal associé au bleu de méthylène peut être efficace contre la douleur; il sera alors prescrit à dose faible et son absorption sera surveillée et suspendue, si des pesanteurs rénales apparaissent.

7° *Hexylrésorcinol :*

C'est en 1924 que Veader Léonard trouva un produit synthétique qu'il appela l'hexylrésorcinol. La maison Sharp et Dohme le mit sur le marché sous le nom de *Capro-*

kol. Ce médicament a le grand inconvénient de produire rapidement des troubles gastriques. Nous l'avons utilisé chez plusieurs malades avec un certain avantage, mais son absorption difficile nous l'a fait abandonner. Walter en a discontinué l'usage à cause de son inefficacité.

8° *L'acide Mandélique* :

En 1935, Rosenheim annonce sa découverte de l'acide mandélique. Son but était de remplacer la diète cétogène par un médicament spécifique capable de tuer le colibacille. L'acide mandélique est excrété en totalité et sans décomposition dans l'urine. Après plusieurs travaux, Rosenheim trouva le sel de l'acide mandélique, le *mandelate de soude*. Et il conseilla de l'administrer sous forme de sirop. La maison Abbott mit alors sur le marché *le sirop amédélate*, la maison Lederlé le sirop mandelate et la maison française Théraplix *le mandélium*. A ces produits, il est rarement nécessaire d'ajouter du nitrate d'ammonium pour augmenter l'acidité urinaire. L'inconvénient de tous ces produits est leur absorption très difficile par la voie buccale. Rapidement des troubles gastriques : nausées, vomissements surviennent. Aussi la maison Squibb lança sur le marché un produit sous le jour pilulaire « *le Mandam* ». Comme ce produit est de l'acide mandélique il acidifie peu les urines. Aussi est-il nécessaire d'y ajouter du nitrate d'ammonium. Cependant, l'ingestion de ces deux médicaments est bien tolérée par l'estomac.

Clark, Young, Lowsley, Hinman se déclarent tous enthousiastes de l'emploi de l'acide mandélique. Cependant, Edwin Davis et Walther sont plus circonspects et n'hésitent pas à déclarer que ce médicament n'est pas une panacée. Helmholz de la clinique Mayo compare dans un article l'effet de l'acide mandélique, de celui du sulfanilamide conclut, en donnant la préférence à ce dernier, que les deux produits sont excellents et marquent un progrès dans la thérapeutique urinaire.

Pour notre part, nous avons utilisé depuis 10 mois le mandam combiné au nitrate d'ammonium. Et sans pouvoir fournir de statistique précise, nous pouvons conclure que cette médication a dans l'immense majorité des cas de colibacillose chronique fourni des résultats excellents. Cependant, des cas, dans une proportion qui nous semble être de 30%, n'ont subi aucune amélioration par l'acide mandélique.

9° *Le sulfanilamide et ses composés :*

Au cours de travaux sur les colorants, Meitzch et Klaren en 1932 découvrent un hydrochlorure de 4-sulfamido 2 de 4 diamino azobenzène, poudre cristalline rouge soluble dans l'eau froide. Ils nomment ce composé chimique *le sulfanilamide*. Peu à peu le produit est expérimenté chez l'animal, puis sur l'être humain. Colebrook et Kenny remarquent qu'il possède une action élective sur la souris atteinte d'infection à streptocoques. Imbauser l'utilise pour les colibacilloses. Le sulfanilamide a d'abord été employé dans les infections streptococciques et gonococciques. Il est d'ailleurs admis que dans ces deux variétés d'infection son pouvoir bactéricide est très grand et que presque tous les cas infectés par le streptocoque et le gonocoque sont guéris par ce produit. L'indication thérapeutique est vite élargie et Helmholz de la clinique Mayo prône sa valeur dans la colibacillose urinaire. Il aurait l'avantage sur l'acide mandélique d'agir aussi bien dans les urines alcalines que dans les urines acides. De plus, il peut être utilisé dans les cas aigus. Enfin, il est facilement toléré par l'estomac.

De nombreuses maisons américaines et la maison française Poulenc ont mis sur le marché ce produit sous différents noms brevetés. Tous sont aussi efficaces les uns que les autres. Ce médicament doit être administré aux doses suivantes.

La dose initiale sera de 3 grains par 10 livres de poids, par jour. La dose d'entretien qui sera prescrite vers la 5e

ou 7e journée sera de moitié c'est-à-dire de 1 grain $\frac{1}{2}$ par 10 livres de poids par jour.

Il n'existe que peu de médicaments qui aient aussi attiré l'attention de la profession médicale et même du grand public que le sulfanilamide.

D'une part, de nombreux articles ont été écrits pour vanter son efficacité. D'autre part, plusieurs écrits ont été publiés pour mettre en garde contre ses dangers. Il nous faudrait seulement pour analyser le pour et le contre écrire des pages. Les journaux quotidiens ont dernièrement rapporté des cas de mort à la suite de l'absorption d'un élixir de sulfanilamide. Il est maintenant démontré que les accidents mortels ne découlaient pas du sulfanilamide, mais du véhicule qui constituait l'élixir. En l'occurrence, il s'agissait d'un dissolvant, le diéthyl-glycol, produit éminemment toxique.

Cependant, il faut savoir que la thérapie par le sulfanilamide peut produire des accidents sinon mortels, du moins ennuyeux.

Parmi les manifestations toxiques il faut noter le vertige, la dépression, l'irritation gastro-intestinale. Ces accidents sont sans danger et disparaissent dès la cessation de l'absorption du médicament. Cependant, d'autres symptômes d'intoxication plus graves ont été signalés. Ce sont: l'acidose, la cyanose à cause de la formation de la méthéomoglobine, la fièvre, la sulphémoglobinémie, l'anémie hémolytique, l'agranulocytose, les éruptions cutanées; ces manifestations toxiques peuvent devenir assez graves pour provoquer la mort. Ainsi Borst rapporte un cas de mort par agranulocytose à la suite de l'absorption du sulfanilamide. Bucy publie un cas de névrite optique consécutif à l'usage du médicament.

Malgré ces accidents et ces manifestations toxiques, la médication par le sulfanilamide est-elle assez efficace dans

la colibacillose pour que nous y recourions? L'efficacité de ce corps chimique est réelle dans les infections streptococciques et gonococciques. Il est donc indiqué de le prescrire dans ces genres d'infection. Dans la colibacillose son emploi est trop récent pour en tirer des conclusions. Helmholz de la Clinique Mayo où le sulfanilamide a été employé dans les infections à colibacilles tire les conclusions que ce médicament est très utile sans donner de statistique. Pour notre part, nous l'avons utilisé chez 16 malades atteints de colibacillose aiguë ou chronique. Nous n'avons obtenu des résultats brillants et la guérison complète que chez quatre malades; cinq autres ont été améliorés et chez les sept autres aucune modification n'a été notée. *Il ne nous semble donc pas que dans la colibacillose le sulfanilamide soit plus efficace que plusieurs autres antiseptiques urinaires.* Il est conseillé de ne prescrire aucun médicament, surtout les sulfates pendant l'administration du sulfanilamide.

LES MOYENS BIOLOGIQUES

Le traitement biologique des colibacilloses a été l'objet de nombreux travaux.

Il comprend:

La Sérothérapie.

La Vaccinothérapie.

La Bactériophagothérapie.

Nous ne présenterons ici que quelques réflexions personnelles sur le traitement biologique, le Docteur Gauthier traitera la question dans un autre chapitre.

Il ne semble pas que la sérothérapie ait donné des résultats encourageants dans la colibacillose. Il est admis que le seul sérum qui ait des chances d'efficacité *soit celui de Vincent.* Ce dernier conseille d'ailleurs d'ajouter à son

sérum un traitement local; ce qui met en doute sa valeur. Quant à la *vaccinothérapie*, elle ne produit en général aucune guérison; seul l'auto-vaccin pourrait donner des résultats. Et nous sommes de l'avis de notre maître M. Marion qui dit: « Pour mon compte, bien que j'ai employé fréquemment les vaccins les plus variés dans les affections multiples, je n'ai jamais observé un fait absolument démonstratif de l'action d'un vaccin appliqué aux infections de l'appareil urinaire ». *Le bactériophage* a été dans la colibacillose une faillite complète et tous concluent avec Lepoutre: « Dans aucun cas je n'ai pu obtenir la disparition du pus et des microbes ».

LE CATHETERISME URETERAL ET LE LAVAGE DES BASSINETS

La mise à demeure de sondes dans les uretères est très utile et nécessaire dans les cas aigus de colibacillose où le traitement médical bien dirigé ne donne aucune amélioration. Il s'agit généralement d'une rétention d'urine purulente dans le bassinets. Ce fait s'observe dans les pyélites gravidiques. La sonde urétérale vide alors cette rétention pyélique; elle sera laissée à demeure jusqu'à ce que le malade soit trois jours apyrétique.

Le lavage des bassinets trouve son indication dans les cas de colibacillose chronique où le traitement médical est inefficace. Il sera pratiqué deux fois la semaine. Les sondes ayant été introduites jusqu'au bassinets, 5 ou 10 c.c. d'une solution antiseptique y seront injectés puis les sondes seront retirées rapidement. Les solutions employées sont le nitrate d'argent (solution à 1 ou 3%, la collargol (15%) et le mercurochrome (1/500). Ces lavages du bassinets, qui ne demandent pas l'hospitalisation, sont d'une réelle efficacité.

CONDUITE DU TRAITEMENT

Le traitement varie selon qu'il s'agit :

- 1° D'un cas aigu.
- 2° D'un cas aigu prolongé.
- 3° D'un cas chronique.

Dans les cas aigus : les malades seront d'abord mis au repos au lit. Durant les premières 48 heures l'eau et le jus de fruits seront les seuls aliments permis. Localement, des grands cataplasmes de farine de lin leur seront appliqués pour réduire la douleur et provoquer des contractions pyé-
liques qui favoriseront l'évacuation du bassinnet. Les intestins seront évacués quotidiennement par des grands lavements intestinaux ; ceux-ci aideront ainsi à l'asepsie intestinale. Nous pouvons d'ailleurs réaliser cette dernière par l'ingestion de bacille acidophilus, de bacille de yoghourt ou de bacille lactique. Dans ces cas aigus nous utilisons habituellement la *septicémine*, par voie intraveineuse pour réaliser l'antisepsie urinaire. A sa place, le sulfanilamide pourra être employé.

Dans les formes prolongées : Chez quelques malades, les accidents généraux et la fièvre persistent malgré une diète appropriée et une médication attentive. Il faut alors varier la chimiothérapie, changer la septicémine pour du sulfanilamide, le régime acide pour le régime alcalin, le pyridium pour des composés d'urotropine. Malgré ces changements des malades sont réfractaires. C'est alors qu'il faut recourir au cathétérisme thérapeutique des urètres, soit la sonde urétérale à demeure, soit le lavage des bassinets.

Dans les cas chroniques : Avant d'instituer une thérapeutique dans les cas chroniques, il faut s'assurer de l'état des voies urinaires. En effet, il sera inutile de traiter une

colibacillose, si le malade est porteur soit d'un calcul rénal ou urétéral, soit d'une hydronéphrose. Il est donc important de mettre en état l'appareil urinaire. Dès que le calcul est enlevé ou si aucune lésion anatomique n'est trouvée, il faut instituer le traitement médical. D'abord, prescrire le régime et les directives hygiéniques dont nous avons parlé au début de cet article. Puis, tous les médicaments antiseptiques seront prescrits à tour de rôle. Si l'un semble agir mieux, on persistera à le faire absorber. Cependant, il importe dans les cas chroniques de varier la chimiothérapie et de ne pas trop s'attarder sur le même médicament (15 ou 18 jours). Enfin, il sera absolument nécessaire de veiller au fonctionnement et à l'asepsie intestinale; des bacilles acidophiles, des bacilles lactiques, des bacilles de yoghourt pourront être prescrits.

Il faut savoir qu'aucun cas de colibacillose ne peut être étiqueté guéri avant qu'une culture des urines ait été négative. Tant que les urines continueront à fournir des colibacilles sur les bouillons de culture, même si elles ne renferment pas de pus, le malade n'est pas guéri et doit être traité.

Nous disions au début de cet article que le traitement de la colibacillose était varié. L'exposé succinct que nous venons de donner indique la véracité de notre assertion. Nous avons voulu passer en revue tous les moyens qui se présentent à nous pour guérir les malades dont les voies urinaires sont infectées de colibacilles.

En effet, il importe de tous les connaître, car chacun a son pouvoir électif chez un individu; un médicament nul chez l'un sera excellent chez l'autre. Les connaissant tous, nous pourrons les varier chez nos malades et parvenir ainsi à la guérison.

N. D. L. R. — Les nécessités d'une mise en pages faite dans des conditions exceptionnelles nous obligent à reporter au bas de la page 340 la bibliographie qui doit faire suite à cet article.

REVUE DES LIVRES

LES DIVERTICULES DU DUODENUM (1)

Ce beau volume de 316 pages est l'oeuvre d'un de nos meilleurs amis de Paris. Jacques Mialaret a été durant son temps d'externat et le début de son internat le camarade recherché et sympathique des médecins canadiens. Ceux d'entre nous qui ont vécu à Paris de 1923 à 1930 ont été en mesure d'apprécier ses qualités de coeur et d'esprit. Ils ont admiré son ardeur au travail, son appétit scientifique et la noble ambition qui l'animait.

S'il y avait beaucoup d'appelés, il y eut peu d'élus. Mialaret, après de brillantes années d'internat chez Lejars, Lapointe, Basset, Pierre Duval et Cunéo, gagna au concours la médaille d'or des hôpitaux de Paris, honneur très recherché qui donne, en plus, droit à une nouvelle année d'internat qu'il passa dans le service de Jean Berger. Il est, depuis, prosecteur d'anatomie à la Faculté.

L'ouvrage considérable, que nous avons l'agrément de présenter aujourd'hui, est le fruit de plusieurs années de travail et constitue sa thèse de doctorat.

C'est rendre mauvaise justice à une oeuvre qui vaut mieux qu'une analyse forcément restreinte et incomplète. Mais le cadre de notre Journal ne se prête pas de longues dissertations; aussi notre but sera-t-il uniquement d'attirer l'attention de nos lecteurs sur un livre mettant au clair la question des diverticules du duodénum et n'en négligeant aucun détail.

Les spécialistes y trouveront ample matière à glaner et les profanes — si nous pouvons qualifier ainsi ceux qui ne

(1) Les diverticules du duodénum, par Jacques Mialaret, Librairie Maloine, Paris, 1936.

s'intitulent pas gastro-entérologues — y verront en blanc et en noir ce qu'il faut retenir d'une affection à fréquence relative, mais nécessaire à connaître.

Les diverticules du duodénum doivent à la radiologie digestive leur diagnostic aisé et précis. Longtemps trouvées d'autopsie, ils sont maintenant décelés avec certitude par l'examen radiologique du tube digestif et traités chirurgicalement depuis 1915.

« Les diverticules du duodénum sont des formations sacculaires développées aux dépens de la paroi intestinale, constituées par une ou plusieurs de ses tuniques et communiquant avec sa lumière par un orifice plus ou moins rétréci. » (Diez et Murtagh).

Leur fréquence est moindre que celle des diverticules du colon. Ils se rencontrent habituellement chez l'adulte et le vieillard et semblent avoir une préférence légère pour les sujets du sexe féminin. Bien que leur siège de prédilection semble être la deuxième portion, ils s'implantent quand même dans les autres parties du duodénum.

Leur classification est assez compliquée, car ils se nomment d'après leur aspect anatomopathologique des diverticules vrais ou des faux diverticules; d'après leur siège d'implantation, ils s'appellent des diverticules de D¹, du genu superius, de D², de D³, de D⁴, etc.; ils se disent, d'après leur pathogénie, des diverticules congénitaux ou des diverticules acquis.

Cliniquement, il y a « des diverticules secondaires à une affection duodénale ou extra-duodénale manifeste, dont l'importance prime celle du diverticule », et des diverticules « essentiels qui, à l'autopsie ou à l'intervention, apparaissent comme une lésion isolée ou, du moins, ne semblent pas en relation directe avec une autre affection qui en puisse expliquer l'origine ».

Avant d'aborder l'étude critique des manifestations cliniques, citons ces lignes reproduites de Sabatini: «Une question essentielle se pose — et je m'étonne que tous ceux qui ont écrit sur ce sujet s'en soient à peine occupés; le diverticule suffit-il à expliquer les troubles observés?»

Mialaret se pose la même question et croit que la comparaison entre l'histoire clinique et le résultat post-opératoire est le théorème à développer pour en obtenir la meilleure réponse.

Bariéty a écrit que «lorsque les diverticules s'expriment cliniquement, c'est par le retentissement qu'ils provoquent sur les organes de voisinage qui sont en rapports anatomiques et physiologiques avec eux; c'est dire le polymorphisme des signes cliniques pour lesquels le malade vient consulter.»

Les manifestations cliniques sont de deux catégories: *a*) des troubles chroniques, à types dyspeptique, pseudo-ulcéreux, de sténose pylorique ou duodénale, intestinale, hépato-vésiculaire ou pancréatique et *b*) des complications proprement dites: aiguës ou inflammatoires et néoplasiques.

Mialaret a compilé 148 observations, dont 24 à lui propres et à la faveur de cette expérience acquise par l'étude comparée et les recherches personnelles, il note avec soin les manifestations gastro-intestinales où «il faut se garder d'attribuer *a priori* au diverticule les troubles observés. Son rôle est très souvent tout à fait accessoire sinon nul.» Il détaille les manifestations hépato-biliaires pour en «conclure que, proportionnellement à leur fréquence, les diverticules du duodénum, contrairement aux opinions admises, ne s'accompagnent que rarement de troubles hépato-biliaires (avec ou sans ictère) et que, plus exceptionnellement encore, ils peuvent en être rendus responsables.»

Il rappelle les manifestations pancréatiques et à la lumière des cas opérés, il admet la pancréatite comme complication du diverticule, s'il y a existence des deux lésions et disparition des troubles après opération et s'il n'y a pas de lithiasé ou d'ulcère.

Il s'attache ensuite à l'étude des complications proprement dites des diverticules du duodénum; qui sont les diverticulites, la perforation d'un diverticule, la pancréatite aiguë hémorragique ou la transformation néoplasique.

« Il est certain, dit Mialaret, que, par rapport à la fréquence des diverticules latents, les complications graves sont l'exception. Leur possibilité ne peut être considérée comme une menace suffisante pour constituer un argument sérieux en faveur du diagnostic chirurgical systématique de tout diverticule diagnostiqué. »

La thérapeutique chirurgicale forme l'objet de quatre chapitres: les interventions pratiquées et leur mortalité opératoire, l'étude critique des résultats fonctionnels, les indications thérapeutiques et la technique du traitement chirurgical.

Les opérations portent sur le diverticule lui-même — résection simple ou élargie, invagination ou sont combinées à une pyloréctomie, à une gastro-entérostomie ou à une duodéno-jéjunostomie.

La gravité opératoire est assez sérieuse: 3 décès sur 61 résections simples; 1 décès sur 9 invaginations; 4 morts sur 19 cas d'opérations combinées.

L'étude des résultats fonctionnels post-opératoires est satisfaisante. Les résultats éloignés donnent 10 échecs et 22 guérisons. Mais sur 17 cas vérifiés personnellement par Mialaret, il a trouvé 8 échecs et 9 guérisons, ce qui lui fait dire que si « les dangers des diverticules sont très minimes, l'opération, par contre, peut être grave et ses résultats fonctionnels sont dans l'ensemble médiocres et incertains. »

Les indications thérapeutiques ne sont pas impérieuses, mais elles se posent tout de même en présence d'un gastralgique porteur d'un diverticule duodénal révélé par la radiologie.

Les clichés permettent d'apprécier la forme, le volume, le point d'implantation, la direction, la mobilité, le siège par rapport au pancréas, l'existence ou l'absence de contractions péristaltiques, la durée de la rétention barytée et la sensibilité ou l'indolence du diverticule.

Les porteurs de diverticule, qui présentent un amaigrissement progressif et considérable, des troubles digestifs augmentant et intenses, irréductibles au traitement médical ou un ictère par rétention, semblent seuls justifiables de l'intervention. Le traitement médical doit être loyalement essayé dans les cas moins graves et longtemps pratiqué. L'opération doit être rare, car selon d'Allaines, « par lui-même, le diverticule du duodénum paraît rarement justiciable d'une intervention ».

Le traitement du diverticule comporte l'examen minutieux de toute la région épigastrique et la tactique opératoire exige trois temps particuliers: la découverte du diverticule, son isolement et sa résection.

C'est un chapitre spécialement étudié et dont les détails ne sont pas ménagés. La technique n'est pas toujours sans dangers, car la découverte et l'isolement de certains diverticules sont difficiles et demandent une dissection très soignée et hyperdélicate.

Notre analyse ne serait pas complète, si nous omettions de signaler la présentation de 148 observations, dont 24 personnelles. La plupart sont résumées, mais les comptes-rendus opératoires sont détaillés. Leur lecture est instructive et convaincante.

Enfin une magnifique bibliographie de 26 pages termine cette thèse qui a tout ce qu'il faut pour faire autorité.

Les chercheurs de l'avenir n'auront pas besoin de remonter plus haut dans l'histoire de la littérature médicale quand il s'agira des diverticules du duodénum.

La monographie de Mialaret est complète et d'une documentation sérieuse. Ses recherches personnelles sont précieuses et croyons-le sans peine, quand il nous dit que le traitement des diverticules du duodénum ne doit pas être chirurgical systématiquement et que, lorsqu'il y aura intervention, ce sera « moins dans l'espoir de guérir le malade en supprimant le diverticule que par crainte de méconnaître et de laisser évoluer une lésion chirurgicalement curable ».

C'est la notion essentielle qu'il faut retenir, grâce à l'auteur, qui a droit à nos félicitations les plus sincères.

Edouard DESJARDINS

(suite de la page 332)

A PROPOS du TRAITEMENT de la COLIBACILLOSE URINAIRE

OUVRAGES CONSULTES

- LEPOUTRE: Bactériuries, pyérites, pyélonéphrites. G. Doin, éditeur, Paris.
- FRANCFORT: Traitement des colibacilloses urinaires. G. Doin, éditeur, Paris.
- DALSACE, R.: Le bactériophage de d'Hérelle. Thèse de Paris, 1925.
- POROUDONUNSKY: Etudes expérimentales sur l'action de l'urotropine. *Ourologia* III, avril et juin, 1926.
- WALTHER, Henry: Urinary Antisepsis. *The Journal of the American Medical Association*, Sept. 1937, vol. 109, no 13.
- BUCY, Paul: Toxic Optic Neuritis Resulting from Sulfanilamide. *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, Sept. 1937, vol. 109, 13.
- HELMHOLZ, Henry: Mandelic Acid and Sulfanilamide. *The Journal of the Amer. Med. Assoc.* Sept. 1937, vol. 109, no 13.
- BARER: *Lancet*, 23 oct. 1937, p. 964.
- ARCHER: *Lancet*, 21 août 1937, p. 432.
- BORST: *Lancet*, 26 juin 1937, p. 1519.

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Périnée et vagin						
Cloisonnement vaginal	1	1				
Colpopérinéorrhaphie	58	58				
Colporraphie	15	15				
Colpotomie	5	5				
Cure radicale :						
Fistule recto-vaginale	1	1				
Dilatation vaginale	12	12				
<i>Exérèse :</i>						
Epithélioma de la grande lèvre	2	2				
Glande de Bartholin	4	4				
Kyste de la grande lèvre	1	1				
Kyste de la vulve	1	1				
Kyste du vagin	2	2				
Papillome de la vulve	1	1				
<i>Ouverture et drainage :</i>						
Bartholinite suppurée	1	1				
Résection nerveuse: Prurit vulvaire	1	1				
Utérus						
Amputation du col utérin	4	4				
Biopsie du col: Epithélioma	10	1	5	3		1
Métrite	12	12				
Curettage utérin	70	66			1	3
Dilatation du col utérin: Sténose ..	2	2				
<i>Exérèse :</i>						
Kyste du ligament large	1		1			
Polype du col	7	7				
Fibromyomectomie	4	4				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Hystérectomie sub-totale	116	99	1		7	9
Hystérectomie totale	20	19			1	
Hystéropexie	28	27			1	
Ligamentopexie	13	13				
Trachélorraphie	4	4				
Annexes						
<i>Ovariectomie :</i>						
Annexite chronique	17	16				1
Epithélioma de l'ovaire	1	1				
Kyste dermoïde	1					1
Kyste hématique	6	6				
Kyste ovarien	2	2				
Résection du pré-sacré	20	20				
Résection partielle des ovaires .. .	11	10				1
<i>Salpingectomie</i>	14	12				2
<i>Salpingo-ovariectomie uni-latérale</i>						
Grossesse ectopique	8	7				1
Hydro-salpinx	1	1				
Kyste ovarien	25	24				1
Néoplasme de l'ovaire	4	2	2			
Pyo-salpinx	11	10				1
Salpingite aiguë	5	2		1		2
Salpingite chronique	17	17				
Salpingo-ovarite chronique	17	16				1
Salpingo-ovarite scléro-kys- tique	4	4				
Salpingo-ovarite tuberculeuse..	2	2				
<i>Salpingo-ovariectomie bi-latérale</i>						
Annexite tuberculeuse	4	3	1			
Epithélioma des ovaires	2	2				

O P E R A T I O N S :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Grossesse extra-utérine	1					1
Kyste ovarien	6	6				
Pyo-salpinx	7	7				
Salpingite chronique	4	4				
Salpingo-ovarite aiguë	2	1			1	
Salpingo-ovarite scléro-kys- tique	4	4				
Libération d'adhérences annexielles	4	4				
CHIRURGIE GENERALE						
Tête et cou						
Autoplastie: Cicatrice vicieuse de la face	1	1				
Biopsie: Adénite cervicale	1		1			
Encéphalogramme:						
Céphalée post-traumatique	2	2				
Névrose post-traumatique	1		1			
<i>Exérèse:</i>						
Adénite cervicale	7	2	5			
Adénome de la thyroïde	8	8				
Anthrax de la nuque	13	12			1	
Epithélioma de la lèvre	2	2				
Fistule thyro-hyoïdienne	2	2				
Kyste branchial	1	1				
Kyste de la glande sous-maxil- laire	1	1				
Kyste de la glande parotide	1	1				
Kyste du plancher de la bouche	3	3				
Kyste de la glande thyroïde ..	1	1				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Kyste thyroéo-glosse	2	2				
Kyste sébacé de la joue	2	2				
Kyste sébacé du cou	5	5				
Lipome de la nuque	2	2				
Tumeur de la parotide	1	1				
Tumeur oseuse du maxillaire ..	1	1				
Grefte osseuse: Mal de Pott cervical	1		1			
<i>Ouverture et drainage:</i>						
Absès du cou	2	1	1			
Adénite cervicale suppurée .. .	6	4	2			
Furuncle de la région temporale	1	1				
Phlegmon cervical	1					1
<i>Suture:</i>						
Plaie chirurgicale, rég. cerv. ..	3	3				
Plaie contuse du cuir chevelu ..	1	1				
<i>Thyroïdectomie:</i>						
Goître kystique	7	7				
Goître toxique	23	20		2	1	
Membres supérieurs						
<i>Amputation de la main:</i>						
Traumatisme	1	1				
<i>Amputation des doigts:</i>						
Brûlures	1	1				
Endartérite oblitérante	1		1			
Ostéite	1	1				
Section traumatique	2	1	1			
<i>Autoplastie:</i>						
Cicatrice vicieuse de la main ..	1		1			

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés []	Décédés	31 décembre
Désarticulation des doigts :						
Amputation traumatique	1	1				
<i>Exérèse :</i>						
Fibro-xanthome du doigt	1	1				
Hygroma de l'épaule	1	1				
Lipome de l'épaule	1	1				
Neuro-fibrome de l'épaule	1	1				
Ostéo-chondrome du doigt	1	1				
<i>Ostéo-synthèse :</i>						
Fracture de l'humérus	1	1				
Fracture de l'olécrane	1	1				
Fracture du radius	1	1				
Fracture des métacarpiens	1	1				
<i>Ostéotomie :</i>						
Luxation ancienne de l'épaule..	1	1				
<i>Ouverture et drainage :</i>						
Absès de l'épaule	1	1				
Phlegmon du bras	1	1				
Phlegmon de la main	13	8	4		1	
Phlegmon du doigt	2	1	1			
<i>Réduction sanglante :</i>						
Fracture de la clavicule	1					1
Fracture du cubitus et du radius	2	1	1			
Luxation ancienne de l'épaule	2	1				1
<i>Section de l'aponévrose palmaire :</i>						
Rétraction	1	1				
<i>Suture tendineuse : Section traumatique de l'avant-bras</i>	1	1				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Membres inférieurs						
Ablation:						
Corps étranger de la cuisse . . .	1	1				
Amputation de la jambe:						
Gangrène diabétique	7	1		4	2	
Gangrène gazeuse	1			1		
Gangrène du pied	3	3				
Gangrène sénile	1	1				
Traumatisme	2	1		1		
Amputation du pied:						
Artérite oblitérante	1		1			
Gangrène diabétique	3	3				
Amputation d'orteils: Ostéite	1	1				
Trombo-angéite	1	1				
Arthrodèse: Pieds bots	1		1			
Ankylose du tarse	1	1				
<i>Biopsie:</i> Epithélioma du pied	1			1		
Cure radicale: Onyxis	20	20				
Curettage et drainage:						
Plaie infectée de la jambe . . .	3	2	1			
Curettage osseux	1	1				
Ostéite du tibia	4		3		1	
Ostéo-myélite du tibia	1	1				
Désarticulation de la hanche:						
Amputation traumatique de la cuisse	1				1	
<i>Exérèse:</i>						
Bursite du calcanéum	3	3				
Epithélioma de la jambe	1	1				
Hygroma du genou	10	9			1	

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Kyste séreux du creux poplité	1	1				
Lipome de la fesse	1	1				
Lipome de la cuisse	3	3				
Injections sclérosantes :						
Varices de la jambe	2	2				
Ménisectomie	5	5				
Nettoyage chirurgical :						
Plaie de la jambe	2		2			
Ostéo-synthèse :						
Fracture du fémur	1		1			
Fracture de la rotule	4	3			1	
Fracture ouverte du tibia et du péroné	4		3		1	
Ostéotomie: Pieds bots	1					1
<i>Ouverture et drainage :</i>						
Abscess de la cuisse	2	2				
Abscess du genou	2	2				
Abscess du pied	3	1		1	1	
Hématome de la cuisse	2			2		
Phlegmon de la jambe	5	3			2	
Plaie infectée de la jambe	5	4	1			
Résection osseuse :						
Fracture d'orteils	1	1				
Hallux-Valgus	7	7				
Résection veineuse :						
Varices de la jambe	2	1			1	
Section du nerf tibial :						
Névrose de l'orteil	1	1				
Suture: Plaie de la jambe	5	4			1	
Suture de la saphène: Varices	1	1				
Tarsectomie: Pieds bots	1	1				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Dos						
<i>Exérèse :</i>						
Epithélioma cutané du dos .. .	1	1				
Lipome du dos	1	1				
Paroi abdominale						
<i>Exérèse :</i>						
Lipome de la paroi abdominale	1	1				
Lipectomie: Adipose abdominale ..	6	6				
Omphalectomie: Phlegmon	2	2				
<i>Ouverture et drainage :</i>						
Abcès de la paroi abdominale ..	5	2	1			2
Rectauration des plans abdominaux	23	21	1		1	
Hernie						
<i>Cure radicale :</i>						
Hernie épigastrique	2	2				
Hernie crurale	8	7				1
Hernie crurale étranglée	4	2			2	
Hernie inguinale	175	163				12
Hernie inguinale étranglée	13	10			3	
Hernie inguino-scrotale	16	16				
Hernie ombilicale	6	6				
Hernie ombilicale étranglée	5	3			2	
Hernie post-opératoire	9	9				
Hernie ventrale	16	15			1	
Hernie ventrale étranglée	2	1				1
Bassin						
<i>Exérèse :</i>						
Coccyx, Luxation	15	15				
Fistule sacrée	10	10				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés
Kyste sacré congénital	4	4			
Lipome de la hanche	1	1			
Lipome de la fesse	1	1			
<i>Grefte osseuse d'Albee:</i>					
Mal de Pott lombaire	2		1		1
Mal de Pott dorso-lombaire ..	1		1		
<i>Ostéo-synthèse: Fracture des vertèbres lombaires</i>					
	1				1
<i>Ouverture et drainage:</i>					
Abcès de la fesse	3	3			
Abcès du psoas	2	2			
Abcès région sacrée	1	1			
Abcès ischio-rectal	1	1			
Abcès lombaire	2	2			
Adénite inguinale	1		1		
Paroi abdominale					
<i>Exérèse: Tumeur abdominale</i>					
	1	1			
<i>Laparotomie: Cirrhose atrophique</i>					
Epithélioma de l'estomac	4		1		1
Epithélioma du pancréas	1			2	2
Epithélioma de l'intestin	1			1	
Occlusion intestinale	1	1			
Péritonite généralisée	2				2
Péritonite tuberculeuse	3		3		
Périviscérite	1		1		
Rupture de la vésicule biliaire	1	1			
Splénomégalie	1				1
Tuberculose génitale	1				1

31 décembre

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
<i>Ouverture et drainage :</i>						
Absès, région abdominale	3	3				
Absès appendiculaire	7			3	4	
Absès sous-phrénique	1	1				
Absès pelvien	4	2		1	1	
Estomac et foie						
<i>Cholécystectomie :</i>						
Cholécystite aiguë calculeuse ..	4	4				
Cholécystite aiguë suppurée ..	2	1			1	
Cholécystite chronique	12	12				
Cholélithiase	50	45			5	
<i>Cholécystostomie :</i>						
Cancer du foie	2			1	1	
Cholécystite aiguë	4	3			1	
Cholélithiase aiguë	13	8	2		3	
Epithélioma du pancréas	1			1		
<i>Cholécysto - duodénostomie : Néo-</i>						
<i>plasme de l'ampoule de Vater..</i>	2	1			1	
<i>Cholédocotomie: Cholécystite cal-</i>						
<i>culeuse</i>	3	3				
<i>Exérèse: Ulcère de l'estomac</i>						
<i>Gastrectomie: Ulcère de l'estomac</i>	1	1				
<i>Gastro-entérostomie:</i>						
Cancer de l'estomac	8		4		4	
Néoplasme du pylore	2		1		1	
Sténose du pylore	2	2				
Ulcère perforé de l'estomac ..	1				1	
Ulcère du duodénum	7	4	1		2	
Ulcère perforé du duodénum ..	1				1	
Ulcère pyloro-duodéal	1	1				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Entéro-anastomose: Néoplasme du caecum	3	1		1		1
Entérostomie: Occlusion intestinale	3			3		
<i>Exérèse :</i>						
Fistule appendiculaire post-opératoire	1		1			
Fistule stercorale	2		2			
Libération d'adhérences intestinales	20	15		3		2
Résection intestinale :						
Cancer de l'intestin	2					2
Epithélioma du colon	1					1
Gangrène	2					2
Obstruction intestinale	1					1
Occlusion intestinale	2					2
Suture: Fistule intestinale	2	1	1			
Rectum et anus						
Biopsie: Epithélioma du rectum . . .	1		1			
Cure radicale: Fistule anale	22	21				1
Dilatation anale: Fissure anale . . .	15	13	2			
<i>Exérèse :</i>						
Papillome anal	1	1				
Polype rectal	4	4				
Hémorroïdectomie	75	74				1
<i>Ouverture et drainage :</i>						
Abcès péri-anal	12	12				
Rectopexie: Prolapsus	1	1				
Rectoscopie	20	12	6			2
Suture du périnée: Traumatisme . .	1		1			

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Epithélioma de la prostate .. .	8	6			1	1
Fistule vésico-vaginale	2	2				
Hypertrophie de la prostate ..	84	64			12	8
Traumatisme urétral	1					1
Décapsulation rénale:						
Duplicité pyélique	2	2				
Hydronéphrose	9	9				
Néphrite hématurique	1	1				
Epididymectomie:						
Epididyme chronique	2	2				
Epididymite tuberculeuse	17	15				2
<i>Exérèse:</i>						
Cancer de la vessie	1				1	
Kyste de la glande de Skene .. .	2	2				
Lithotritie: Calcul de la vessie ..	4	4				
Libération d'adhérences péri-né- phrétiques: Hydronéphrose	17	17				
Lombotomie exploratrice	2	1		1		
Abcès péri-néphrétique	2	2				
Méatotomie: Rétrécissement uré- tral	3	3				
Hémi-néphrectomie: Calcul du rein						
Rein en fer à cheval	4	4				
Néphrectomie:						
Calcul du rein	1	1				
Duplicité pyéolo-urétérale	1	1				
Epithélioma du rein	6	4			1	1
Furunculose du rein	2	2				
Fistule urétéro-abdominale	1	1				
Hydronéphrose	23	22				1

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Hydronéphrose. Rein en ectopie pelvienne	1	1				
Hydro-pyo-néphrose calculeuse	1				1	
Kyste hématique	1	1				
Pyo-néphrose	7	7				
Pyo-néphrose calculeuse	7	6			1	
Rein en fer à cheval	1	1				
Rupture du rein	2	1			1	
Tuberculose rénale	29	24			2	3
Urétéro-hydronephrose	1	1				
Urétéro-pyo-néphrose	1	1				
Néphropexie :						
Hydronephrose	42	39			2	1
Ptose rénale	10	10				
Néphrotomie :						
Calcul du rein	4	3	1			
Pyo-néphrose calculeuse	1				1	
Op. Ségond: Epispadias et exstrophie vésicale	1		1			
Orchidopexie: Ectopie testiculaire	2	2				
Ouverture et drainage :						
Abscess péri-néphrétique	5	3	1		1	
Abscess fistuleux du scrotum .. .	1	1				
Abscess urinaire	16	13			2	1
Prostatectomie :						
Epithélioma	4	2			1	1
Hypertrophie	83	59			16	8
Pyélotomie :						
Calcul du rein	10	9				1
Calcul du bassinet	2	2				
Calcul de l'uretère	1	1				

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Fracture du col de l'humérus ..	1		1			
Fracture de l'humérus	6	2	4			
Fracture de l'olécrane	2	2				
Fracture du radius	6	6				
Fracture du poignet	3	1	1			1
Fracture du col du fémur	2		1		1	
Fracture du fémur	2	1	1			
Fracture du tibia et péroné .. .	20		20			
Fracture du tibia	2		2			
Fracture du péroné	1	1				
Fracture de la malléole externe	1		1			
Fracture bi-malléolaire	2	1	1			
Fracture du calcanéum	3		3			
Luxation de l'épaule	3	1	2			
Ostéo-arthrite du poignet	1		1			

RADIUMTHERAPIE

Epithélioma de la peau : région frontale	1		1			
Epithélioma de l'angle de l'oeil .. .	3		2	1		
Epithélioma de la joue	2			2		
Epithélioma de la lèvre inférieure	3		1	2		
Epithélioma de la langue	1		1			
Epithélioma de l'oesophage	1		1			
Epithélioma du rectum	3		3			
Epithélioma de la prostate	1		1			
Epithélioma de l'utérus	25		18	4	1	2

TRANSFUSIONS

Anémie pernicieuse	20		20			
Mérite puerpérale	20		18	2		

OPERATIONS :	No. d'opérat.	Guéris	Améliorés	Non améliorés	Décédés	31 décembre
Pyohémie	3	3				
Septicémie	2			2		
Grand total						
Chirurgie générale	2541	2041	190	71	160	79
Gynécologie	610	559	10	5	16	20
	<u>3151</u>	<u>2600</u>	<u>200</u>	<u>76</u>	<u>176</u>	<u>99</u>
Grand total	3151					
Guéris	2600					
Améliorés	200					
Non améliorés	76					
Décédés	176					
31 décembre 1937	99					

Un assortiment complet de LIVRES MEDICAUX ET SCIENTIFIQUES, comportant les dernières éditions et les ouvrages les plus récents en provenance des Editeurs suivants:

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

se trouve chez

J. EDDE Limitée, Edifice New Birks. — MONTREAL



*Page(s) manquante(s)
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BANQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

TABLE DES MATIÈRES pour l'année 1937

Table alphabétique par noms d'auteurs

	Pages
B	
BADEAUX, FRANÇOIS :	
Kératite bulleuse secondaire à une iritis chronique d'allure tuberculeuse, traitée et guérie par le « Cinnozyl »	245
BADEAUX, GEORGES :	
Le docteur Paul-Ernest Bousquet	181
BARIL, GEORGES :	
Les eaux minérales	258
BOLTE, RENE :	
Sur la présence de nodules ganglionnaires intercalés sur le trajet des lymphatiques des muscles du dos de l'homme	5
BRUNET, ADRIEN :	
La constipation	159
D	
DANDURAND, RENE :	
L'association glucose-insuline dans la maladie post-opératoire	159
Le problème de l'alimentation à la Société des Nations (Rapport)	40
Revue des Livres: « Foie et Parathyroïde »	47
DAVID, A.:	
Une appréciation sur « La Diététique »	294
DAZE, FERNAND :	
Un cas de hernie diaphragmatique	89
A propos de deux cas d'asthme saisonnier guéris par l'auto-hémothérapie (<i>en collaboration avec Paul Dumas</i>)	145

	Pages
DESJARDINS, EDOUARD :	
L'iléus biliaire	153
Revue des livres: « La Diététique »	175
Revue des livres: « Les diverticules du duodénum »	333
DUMAS, PAUL :	
A propos de deux cas d'asthme saisonnier guéris par l'auto-hémothérapie (<i>en collaboration avec Fernand Dazé</i>) ..	145
G	
GATIEN, ROMUALD :	
La colibacillose aiguë septicémique	301
GAUTHIER, PIERRE-PAUL :	
Etude comparative de trois masques chirurgicaux	218
La colibacillose. Son diagnostic bactériologique	310
L	
LANGENBAHN, CARL :	
Conduite à tenir dans le traitement des petites hydronéphroses	78
LEBEAU, RENE :	
Revue des Revues	44
LEGAULT, JEAN-PAUL :	
En marge du diagnostic des calculs de l'uretère	92
La colibacillose - Symptomatologie et diagnostic	305
LEGRAND, HERVE :	
Contribution au diagnostic de glaucome aigu	204
Sur la tombe du professeur Paul-Ernest Bousquet	291
M	
MATHIEU, CHARLES :	
Considérations sur un cas de mastoïdite compliquée d'abcès cérébral	277
Un cas de sarcome mélanique du corps ciliaire	61
MERCIER, OSCAR :	
A propos du traitement de la colibacillose urinaire	315
La radiographie dans la tuberculose rénale fermée	284
Les tuméfactions périnéales chez l'homme	166
L'hypertrophie musculaire du col vésical	14

Pages

P

PARISEAU, LEO :

Au feu! Au feu!	297
A propos d'un manuel de diététique qui va paraître	51
Discours prononcé lors de l'inauguration de l'ACFAS en 1925	97
Les médecins du Canada Français et quelques autres devant Sa Majesté la langue française	228
Lettre ouverte au Docteur Longpré	143
Notice bibliographique	105
Pages inédites du premier écrivain canadien	121 et 185

POIRIER, PAUL :

Syphilis et rein	35
--------------------------	----

PRUD'HOMME, ERNEST :

Deux cas de cancer de l'ampoule de Vater	72
--	----

R

REDACTION, LA :

Une circulaire de l'Institut Dioscoride	12
---	----

RIOPELLE, JOSEPH-LUC :

Anévrysme disséquant avec syndrome d'embolie périphérique	207
---	-----

ROCHETTE, ROMEO :

Le docteur Adrien Larose	1
----------------------------------	---

T

TROTTIER, ERNEST :

Statistiques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu pour l'année 1937	339
--	-----

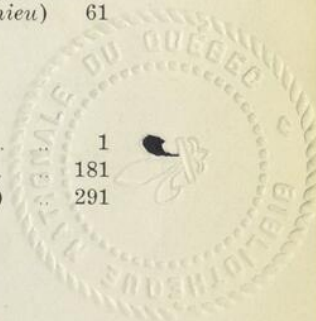


TABLE DES ARTICLES PAR ORDRE ALPHABETIQUE

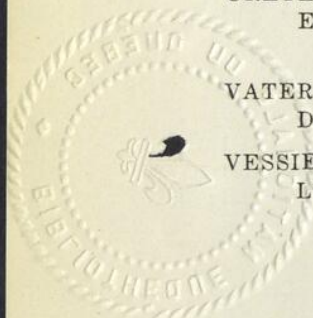
	Pages
A	
ABCES CEREBRAL :	
Considérations sur un cas de mastoïdite compliquée d'abcès cérébral (<i>Mathieu</i>)	277
ACFAS :	
Discours prononcé lors de l'inauguration de l'ACFAS en 1925 (<i>Pariseau</i>)	97
ALIMENTATION :	
Le problème de l'alimentation à la Société des Nations (<i>Dandurand</i>)	40
AMPOULE DE VATER :	
Deux cas de cancer de l'ampoule de Vater (<i>Prud'homme</i>) ..	72
ANATOMIE :	
Sur la présence de nodules ganglionnaires intercalés sur le trajet des lymphatiques des muscles du dos de l'homme (<i>Bolté</i>)	5
ANEVRYSME :	
Anévrysme disséquant avec syndrome d'embolie périphérique (<i>Riopelle</i>)	207
ASTHME :	
A propos de deux cas d'asthme saisonnier guéris par l'auto- hémothérapie (<i>Dazé et Dumas</i>)	145
AUTOHEMOTHERAPIE :	
Voir « asthme »	
B	
BACTERIOLOGIE :	
Le colibacille. Son diagnostic bactériologique (<i>Gauthier</i>) ..	310

	Pages
BIBLIOGRAPHIE :	
A propos d'un manuel de diététique qui va paraître (<i>Pariseau</i>)	51
Foie et parathyroïde (<i>Dandurand</i>)	47
La Diététique (<i>Desjardins</i>)	175
Les diverticules du duodénum (<i>Desjardins</i>)	105
Notice bibliographique sur Léo Pariseau	294
Une appréciation sur « La Diététique » (<i>David</i>)	294
BILIAIRE :	
L'iléus biliaire (<i>Desjardins</i>)	153
C	
CALCULS URETERAUX :	
En marge du diagnostic des calculs de l'uretère (<i>Legault</i>)	92
CHIRURGIE :	
Etude comparative de trois masques chirurgicaux (<i>Gauthier</i>)	218
Statistiques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu pour l'année 1937 (<i>Trottier</i>)	339
COLIBACILLOSE :	
La colibacillose aiguë septicémique (<i>Gatien</i>)	301
La colibacillose. Son diagnostic bactériologique (<i>Gauthier</i>)	310
La colibacillose — Symptômes et diagnostic (<i>Legault</i>) ..	305
La colibacillose — Thérapeutique (<i>Mercier</i>)	315
COL VESICAL :	
L'hypertrophie musculaire du col vésical (<i>Mercier</i>) ..	14
CONSTIPATION :	
La constipation (<i>Brunet</i>)	169
CORPS CILIAIRE :	
Un cas de sarcome mélanique du corps ciliaire (<i>Mathieu</i>) ..	61
CRENOTHERAPIE :	
Les eaux minérales (<i>Baril</i>)	258
D	
DIAPHRAGME :	
Un cas de hernie diaphragmatique (<i>Dazé</i>)	89
DIETETIQUE :	
A propos d'un manuel de diététique qui va paraître (<i>Pariseau</i>)	51
Revue des Livres: La Diététique (<i>Desjardins</i>)	175
Une appréciation sur « La Diététique » (<i>David</i>)	294

	Pages
IRITIS :	
Kératite bulleuse secondaire à une iritis chronique d'allure tuberculeuse, traitée et guérie par la « Cinnozyl » (F. Badeaux)	245
K	
KERATITE :	
Voir « Iritis »	
L	
LANGUE FRANÇAISE :	
Les médecins du Canada Français et quelques autres devant sa majesté la langue française (Pariseau)	228
LETTRE OUVERTE :	
Lettre ouverte au Docteur Longpré (Pariseau)	143
LYMPHATIQUES :	
Sur la présence de nodules ganglionnaires intercalés sur le trajet des lymphatiques des muscles du dos de l'homme (Bolté)	5
M	
MALADIE POST-OPERATOIRE :	
L'association glucose-insuline dans la maladie post-opératoire (Dandurand)	150
MASQUES :	
Etude comparative de trois masques chirurgicaux (Gauthier)	218
MASTOÏDITE :	
Considérations sur un cas de mastoïdite compliquée d'abcès cérébral (Mathieu)	277
MELANIQUE :	
Un cas de sarcome mélanique du corps ciliaire (Mathieu)	61
N	
NECROLOGIE :	
Le docteur Adrien Larose (Rochette)	1
Le docteur Paul-Ernest Bousquet (G. Badeaux)	181
Sur la tombe du professeur P.-E. Bousquet (H. Legrand)	291



	Pages
NODULES GANGLIONNAIRES :	
Voir « lymphatiques »	
O	
OPERATOIRE, MALADIE POST-:	
L'association glucose-insuline dans la maladie post-opératoire (<i>Dandurand</i>)	159
P	
PAGES INEDITES :	
Pages inédites du premier écrivain canadien (<i>Pariseau</i>) ..	121
PERINEE :	
Les tuméfactions périnéales chez l'homme (<i>Mercier</i>) ..	166
R	
RADIOGRAPHIE :	
La radiographie dans la tuberculose rénale fermée (<i>Mercier</i>)	284
REIN :	
Syphilis et rein (<i>Poirier</i>)	35
S	
SARCOME :	
Un cas de sarcome mélanique du corps ciliaire (<i>Mathieu</i>)	61
SYPHILIS :	
Syphilis et rein (<i>Poirier</i>)	35
T	
TUBERCULOSE RENALE :	
La radiographie dans la tuberculose rénale (<i>Mercier</i>) ..	284
U	
URETERE :	
En marge de diagnostic des calculs de l'uretère (<i>Legault</i>)	92
V	
VATER, AMPOULE DE :	
Deux cas de cancer de l'ampoule de Vater (<i>Prud'homme</i>) ..	72
VESSIE :	
L'hypertrophie musculaire du col vésical (<i>Mercier</i>)	14



**VOUS AVEZ BESOIN
D'UN NOUVEAU PALETOT
OU HABIT ?**



Monsieur JEAN FORTIER
Gérant

Consultez M. FORTIER,
spécialiste en élégance
maseuline.

Et pour former un ensem-
ble de bon goût, nous
avons tous les accessoires
nécessaires : chemises,
cravates, gants, souliers
et chapeaux.

Lechasseur, limitée

281 est, rue Ste-Catherine

SÉCURITÉ



Durant le traitement per os des infections génito-urinaires les principales considérations que doit envisager le médecin sont

la SÉCURITÉ et l'EFFICACITÉ

Le Pyridium est reconnu comme un médicament sûr et efficace des infections des voies génito-urinaires.

Le Pyridium, per os, fait rapidement disparaître les signes douloureux de la cystite, de la pyélite, de la prostatite et de l'urétrite, tels que le ténésme vésical, les douleurs lombaires, la pollakiurie et la dysurie.

MERCK & Co. Limited

Fabricants Chimistes

Montréal, P. Q.

