BULLETIN

LE XVIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N.

Encore quelques jours et le XVIIe Congrès de l'Association sera en pleine activité.

Selon certains pronostics basés sur les indices les plus solides, le Congrès de cette année sera un succès d'assistance. Qu'on parcoure, dans le présent numéro, le programme des événements qui s'y dérouleront et on verra que ce succès sera mérité. Le comité a voulu donner à la réunion des trois jours un solide appui scientifique. Autour de ce noyau central graviteront des événements sociaux et médico-sociaux encore instructifs et, au surplus, distrayants.

Le but de nos Congrès, comme de tout congrès de médecine, est l'avancement de la science médicale, l'enseignement de ses acquisitions les plus récentes et la mise au point de quelques-unes de ses données.

Tout ce qui sort de ces cadres est superfluité. Notre Association est maintenant parvenue à un degré de maturité qui l'oblige à rivaliser par l'étendue et la variété de son programme scientifique avec les Congrès des Associations médicales canadiennes et américaines. Forcément, dans cette comparaison, certaines proportions quantitatives doivent être respectées. Mais pour ce qui est de l'atmosphère scientifique, du climat de nos Congrès, une impression de sérieux, de mûri et de bonne qualité doivent s'en dégager.

Voilà la véritable réclame, éminemment utile et profitable, que l'on doit s'efforcer d'attribuer à notre Congrès médical canadien-français. Voilà la seule façon de réaliser le rôle et la mission que nous avons à remplir, médecins de langue française, en Amérique. D'autres groupes puissants nous entourent, de langue et de formation différentes. Réjouissons-nous qu'il en soit ainsi. Nous apprendrons d'eux, nous pourrons assimiler ce qu'ils offrent de profitable, ils nous stimuleront à rivaliser.

Rivalité sereine. Rivalité pour le bien. Rivalité bienfaisante.

Roma AMYOT.

OFFICIERS

DE

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD



Docteur R.-E. Valin, F.R.C.S. (C)
Directeur Général
Ottawa



Docteur Donatien Marion, F.R.C.S. (C)
Professeur agrégé à l'U. de M.
Secrétaire-Trésorier Général
Montréal

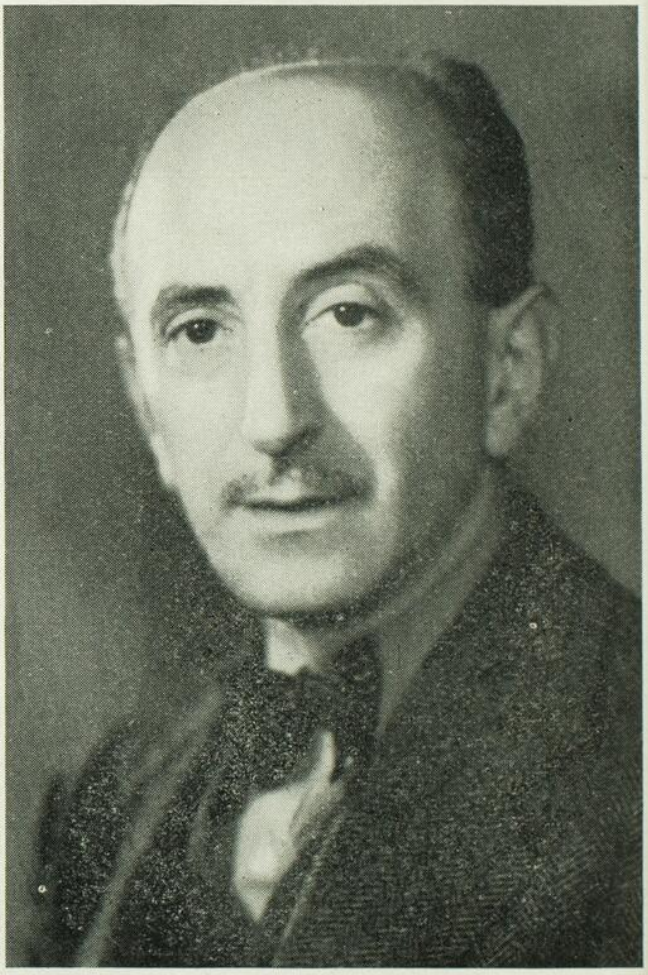


Docteur Oscar Mercier

Professeur à l'Université de Montréal

Président du Congrès

Montréal



Docteur Roma Amyot

Professeur agrégé à l'U. de M.

Secrétaire du Congrès

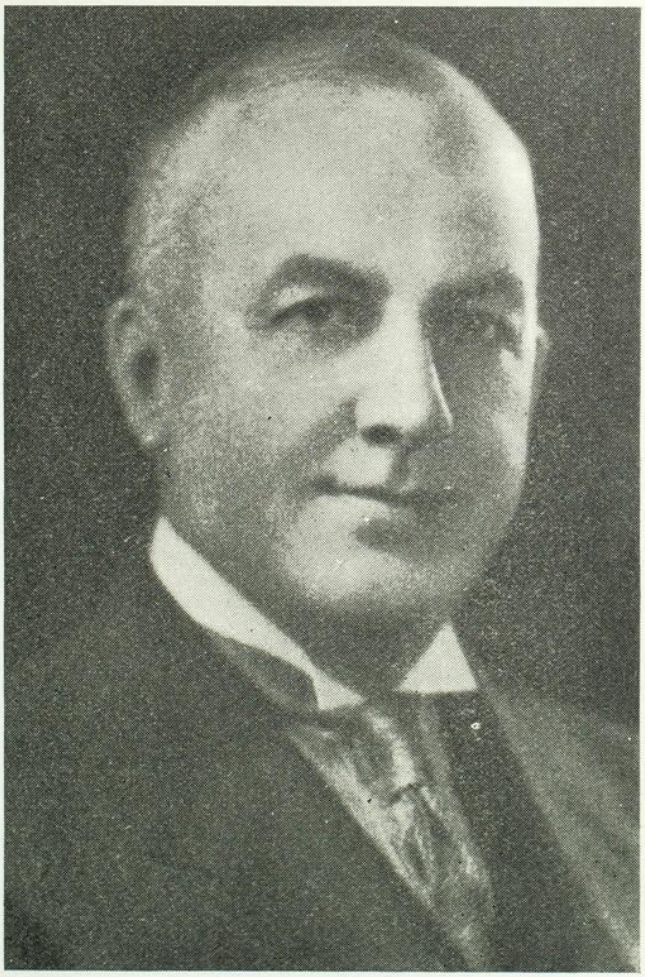
Montréal



Docteur Chs-N. De Blois

Membre de l'Exécutif

Trois-Rivières



Docteur Chs Vézina

Doyen de la Faculté de Médecine

de l'Université Laval

Vice-Président

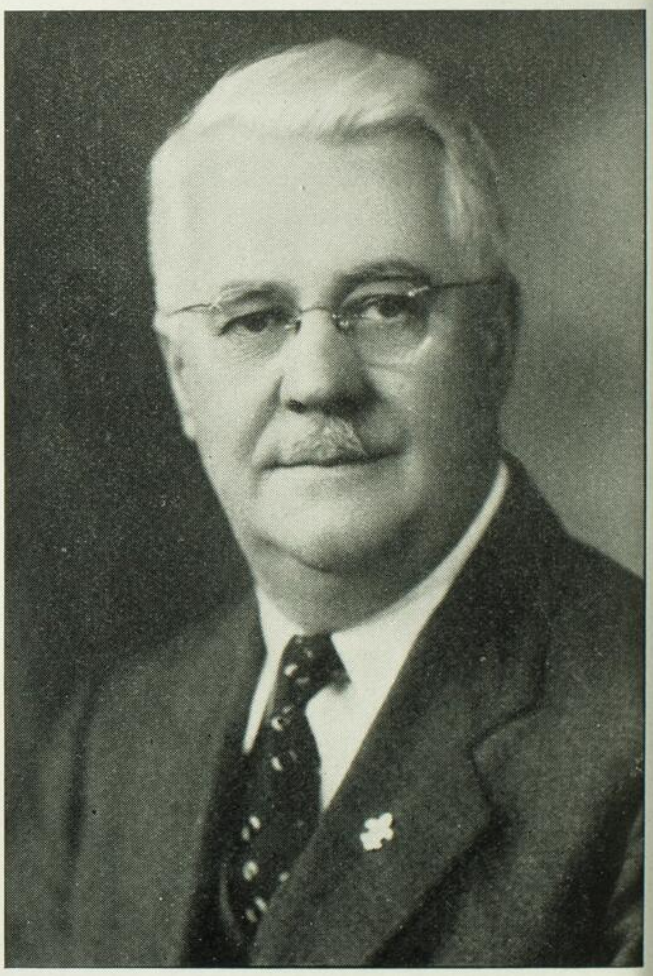
Québec



Docteur J.-A. Tardif

Vice-Président

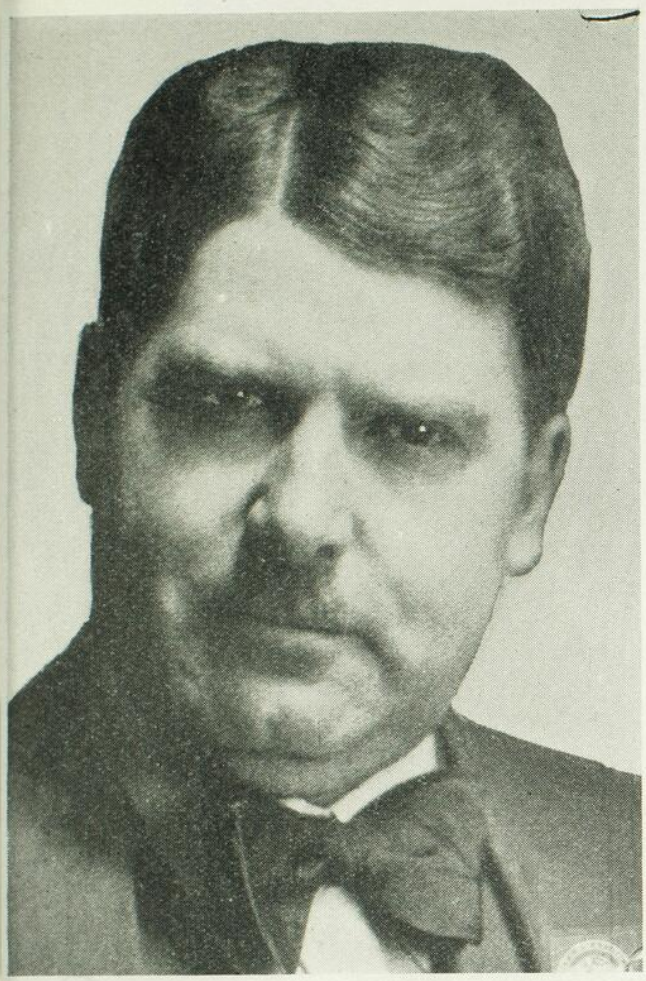
Lévis



Docteur A.-J.-B. Falcon

Vice-Président

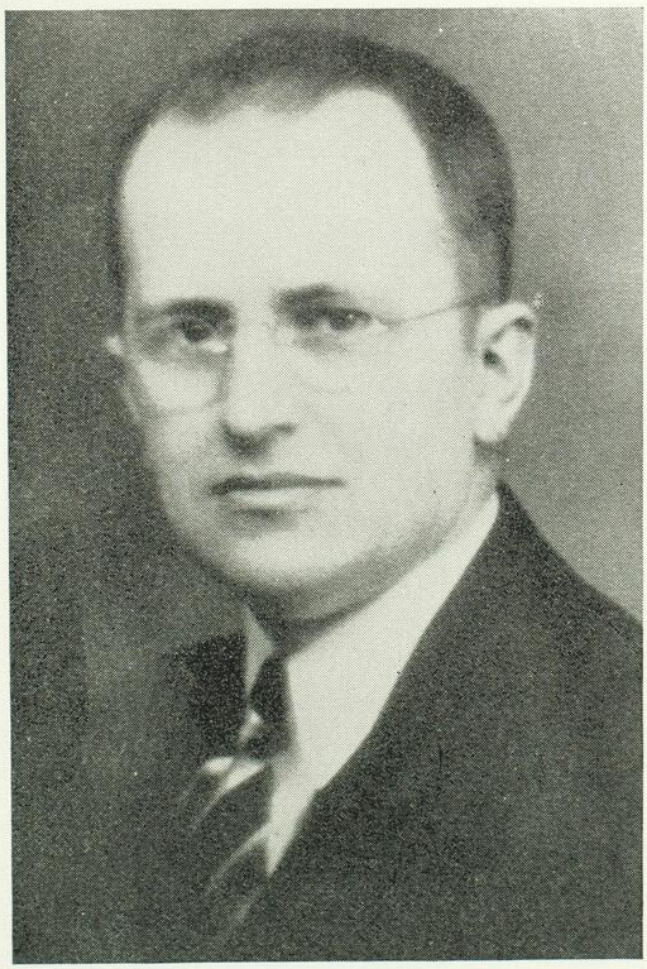
Pawtucket



Sénateur Gustave Lacasse

Vice-Président

Tecumseh



Docteur C.-E. Dumont

Vice-Président

Campbellton

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

MARDI, 15 SEPTEMBRE

Avant-midi

HÔPITAL SAINT-LUC.

1° *Les arthropathies*:

Roméo Boucher: « La périarthrite aiguë fibrosante de l'épaule. »

Gabriel Lafresnière: « Arthrite et rhumatisme goutteux. »

P.-René Archambault: « Arthrite tuberculeuse et érythème noueux. »

Paul Morin: « Rhumatisme articulaire aigu. »

Jean LeSage: « Polypose intestinale et arthropathies des membres. »

Gabriel Leroux: « Arthralgie de l'épaule et cancer du poumon. »

Rodolphe Lallemand: « Arthropathies gonococciques. »

Eugène Garceau: « Arthropathies syphilitiques. »

Alfred LeRoy: « Arthropathies de la grossesse. »

J. Panet-Raymond: « Arthropathies d'origine nerveuse. »

2° *Syndromes aigus de l'abdomen*:

Rosaire Lauzer: « Grossesse ectopique. »

Albert Couturier: « Fracture du bassin. »

Samuel Letendre: « Accident de l'ovulation simulant l'appendicite aiguë. »

Louis Bernard: « Appendicite aiguë. »

Paul Robin: « Péritonite pelvienne. »

J.-Arcade Labelle: « Occlusion du grêle. »

Pierre Smith: « Ulcère perforé de l'estomac. »

A. Hébert: « Traumatisme de l'arbre urinaire. »

P.-E. Chicoine: « Occlusions côlites. »

* * *

HÔPITAL PASTEUR.

Revue des données récentes en maladies contagieuses.

J.-Henri Charbonneau: « Les diverses causes de tirage et leurs traitements. »

J.-A. Leduc: « La sulfamidothérapie dans les maladies infectieuses. »

Après-midi

2.00 h. Antonio Martel: « Les troubles endocriniens de la puberté. »

2.20 h. J.-R. Gendreau et Origène Dufresne: « Importance de la radiothérapie pré-opératoire dans le cancer du sein. »

2.40 h. Emile Gaumond: « Les indications thérapeutiques des sulfamidés. »

3.00 h. Albert Bertrand: « Sang et substituts du sang dans la transfusion. »

3.20 h. Paul Dufault: « La part du praticien dans la lutte antituberculeuse. »

3.40 h. Eugène Gaulin: « L'éternelle prostate. »

4.00 h. Jean-Paul Dugal: « La côlite ulcéreuse d'étiologie inconnue. »

4.20 h. Guy Bertrand: « L'ulcère peptique. »

4.40 h. Ephrem Perras: « Ménorragies et Rayons X. »

9.00 h. SÉANCE DE MÉDECINE MILITAIRE:

Albert LaRoche: « La médecine dans la marine. »

Jules Mercier: « Le Service de Santé de l'armée. »

L.-M. Emard: « La médecine et l'aviation. »

MERCREDI, 16 SEPTEMBRE

Avant-midi

HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL.

Conduite du médecin civil en cas de bombardement aérien.

Gérard St-Onge: « Considérations générales sur le choc traumatique. »

Edouard Desjardins: « Le choc chez les brûlés. »

J.-P. Legault et J.-Paul Bourque: « Les traumatismes de la région rénale et de la région vésico-uréthrale. »

P.-Paul Gauthier: « Les gaz de combat. »

Antonio Barbeau: « Ce qu'il ne faut pas faire dans les traumatismes crâniens et rachidiens. »

Armand Paré: « Les traumatismes abdominaux. »

Donald Hingston: « Considérations sur les fractures. »

* * *

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE.

1° *Le diabète insipide*:

Henri Baril: « Les glucosuries chez l'enfant. »

Paul Martin: « Le diabète infantile vu par l'anatomo-pathologiste. »

2° *Les affections de la hanche chez l'enfant*:

Edmond Dubé et Christophe Bisson: « Affections aiguës. »

J.-Calixte Favreau: « Affections chroniques. »
J.-H. Rivard et Ernest Cabana: « Affections traumatiques. »

Après-midi

SYMPOSIUM:

SYNDROMES HÉMORRAGIQUES — DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

2.00 h. Richard Lessard: « Les hémorragies par dyscrasie sanguine. »
2.30 h. J.-A. Vidal et Louis Pilon: « L'hémoptysie. »
3.00 h. J.-A. Mousseau: « L'hématémèse. »
3.30 h. Léopold Mantha: « L'entérorragie. »
4.00 h. Paul Bourgeois: « L'hématurie. »
4.30 h. René Simard: « Les hémorragies génitales de la femme. »
8.30 h. SÉANCE MÉDICO-SOCIALE SUD-AMÉRICAINE.

M. Gudin, délégué du gouvernement brésilien: « Asepsie intégrale » (projection de films).

JEUDI, 17 SEPTEMBRE

Avant-midi

HÔPITAL NOTRE-DAME.

1° *Le problème de la stérilité*:

Georges Hébert: « Facteurs étiologiques généraux. »
Paul Bourgeois: « Le point de vue urologique. »
Arthur Magnan: « Le point de vue gynécologique. »
Charles Grignon: « Etiologies et traitements endocriniens. »

2° *Aspects nouveaux du problème de l'ulcère gastrique et duodénal*:

Yves Chaput: « Etiologie et traitement. »
Roger Dufresne: « Symptomatologie et diagnostic différentiel. »
Philippe Bélisle: « Radiologie. »
René Rolland: « Gastroscopie. »
B.-G. Bourgeois: « Chirurgie. »

* * *

HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR.

1° *Traitement médical de la tuberculose pulmonaire*:

J.-A. Millet: « Hygiène du tuberculeux. »
Yvon Laurier: « Cure de repos et d'alimentation. »
J.-P. Paquette: « Thérapeutique. »
Marcel Verschelden: « Résultat du traitement médical de la tuberculose pulmonaire. »

2° *Suppurations pulmonaires. Lobectomie. Pneumonectomie*:

Georges Deshaies.

3° *Traumatisme du cou-de-pied*:

Paul Potvin: « Rappel anatomique. »
Roger Gariépy: « Statistiques. »
C.-E. Lamoureux et Maurice Fortier: « Traumatismes récents: entorse et fracture molléalaires; fractures complexes. »
Arthur Frénette et J.-E. Samson: « Consolidations vicieuses: considérations anatomo-pathologiques; traitement des séquelles. »

Après-midi

2.00 h. Emile Rioux: « 10 années de lever précoce chez nos opérés. »
2.15 h. Georges et Charles Dumont: « Quelques considérations sur l'abdomen aigu. »
2.30 h. J.-Baptiste Jobin: « Les migraines. »
2.45 h. Ralph Pemberton (Philadelphie): « Rhumatisme chronique. »
3.15 h. J.-A. Denoncourt: « Méthode d'ostéo-synthèse du col du fémur. »
3.30 h. Chevalier L. Jackson (Philadelphie) et Maurice Bonnier: « Le bronchoscope et son rôle dans la médecine moderne. »
4.00 h. Oscar Garant: « Indications de la césarienne haute et basse. »
4.15 h. Guy Drouin: « Symptômes et traitement de l'angine de poitrine. »
4.30 h. Léonide Reid et F.-X. Demers: « La gonorrhée chez la femme. »

*
* *

SECTIONS

1° Section de l'Hygiène.

MARDI, 15 SEPTEMBRE

Avant-midi

9 heures à midi.

Séance consacrée à l'hygiène en générale.

J.-A. Baudouin: « L'enseignement de l'hygiène dans les écoles de langue anglaise du Canada. »
Ernest Couture: « Urgence d'un plan d'action défini dans les entreprises de santé publique. »
A.-R. Foley: « Pasteurisation du lait. »

J.-A. Landreville: « Fonctionnement du premier district sanitaire à Montréal. »

E. Sylvestre: « Nutrition. »

Alex. Marcotte: « Psycho-clinique au service de l'hygiène. »

F.-J. Tourangeau: « La médecine et la technique dans la présentation des maladies du travail. »

MERCREDI, 16 SEPTEMBRE

Avant-midi

9 heures à midi.

Séance consacrée aux maladies vénériennes.

Albéric Marin: « Traitement d'attaque de la syphilis récente. »

Emile Gaumond: « Traitements des syphilis anciennes et de la syphilis congénitale. »

E. Lalande et G. Choquette: « La lutte antivénérienne dans la province de Québec: organisation, législation, service social. »

Jules Archambault: « Le séro-diagnostic de la syphilis. »

Lucien Sylvestre: « Traitement de la blennorragie. »

JEUDI, 17 SEPTEMBRE

Avant-midi

9 heures à midi.

Séance consacrée à la tuberculose.

Lasalle Laberge: « Le dépistage de la tuberculose parmi les membres enseignant de la province de Québec. »

Paul Dufault: « Le rôle du sanatorium dans la lutte antituberculeuse. »

Léo Ladouceur: « La lutte contre la tuberculose à Montréal. »

Albert Guilbault: « Emploi du B.C.G. à Montréal. »

2° Section de l'Ophtalmo-oto-rhino-laryngologie.

MARDI, 15 SEPTEMBRE

Avant-midi

9.30 h. Jules Brault: « Dacryo-rhinostomie — voies combinées externe et endo-nasale. »

10.30 h. Philippe Panneton: « Nouvelle technique de correction pour symblépharon. »

9.30 h. Alfred Desloges: « Strabisme — problème de technique opératoire. »

9.30.h Lucien Gélinas: « Un cas d'angiome géant de la paupière supérieure; traitement. »

9.30 h. Valmore Latraverse: *a*) « Laryngoscopie directe — technique simplifiée applicable au bureau. » *b*) « Un cas de leucoplasie de la corde vocale droite — extraction endoscopique. »

MERCREDI, 16 SEPTEMBRE

Avant-midi

9.30 h. C.-T. Mathieu: « La diathermie dans les otites catarrhales. »

9.50 h. Antonio Godin et Gustave Dubuc: « Un cas de cataracte atypique. »

10.10 h. Paul Painchaud: « Stéréoradiographie lipiodolée d'un volumineux abcès du lobe temporo-spénoïdal gauche. »

10.30 h. Emile Blain: « Les céphalées d'origine réfractionnelle. »

10.50 h. Ernest Plante: « L'amygdalectomie à chaud. »

11.10 h. Lucien Gélinas: « Considérations sur la névralgie du tri-jumeau. Traitement et résultats éloignés. »

11.30 h. Léo Coté: « L'imprégnation tuberculeuse de l'amygdale. »

12.00 h. Film sonore: « L'otite moyenne en pédiatrie. »

Après-midi

2.30 h. Ernest Charron: « Le problème des dents incluses. »

3.00 h. Jean Saucier: « Les vertiges vus par un neurologiste. »

3.30 h. Chevalier L. Jackson (Philadelphie): « Le cancer du larynx. Critériums pour la sélection des méthodes de traitement. »

4.30 h. Albéric Marin: « Les cancers de la face. »

JEUDI, 17 SEPTEMBRE

Avant-midi

9.30 h. J.-E. Pelletier: « Un cas d'abcès cérébral d'origine otogène; opération-guérison. »

9.50 h. Jean Lapointe: « Suture totale après mastoïdectomie. »

10.10 h. Auguste Panneton: « L'incision cornéenne dans l'extraction extra-capsulaire de la cataracte sénile. »

10.30 h. Jules Brahy: « Les otites tuberculeuses. »

10.50 h. Jean Lacerte: « Quelques aspects du problème « glaucome et glaucomateux. »

11.10 h. Valmore Latraverse: a) « Nouveau traitement des suppurations broncho-pulmonaires par le sulfathiazol intrabronchique. » (3 cas.)
b) « De l'abcès de l'épiglotte à l'œsophagite phlegmoneuse. » (3 cas.)

11.30 h. Philippe Panneton: « Les blessures de la face. »

12.00 h. Film: « Sulfathiazol intrabronchique chez un enfant trachéotomisé souffrant de bronchite purulente. »

3° Section de l'Electro-radiologie.

MERCREDI et JEUDI, 16 et 17 SEPTEMBRE

Après-midi

2.30 heures à 5 heures.

Paul Brodeur: « Organisation de la lutte anticancéreuse dans la province d'Ontario. »

E.-P. Grenier: « Radiumthérapie dans l'épithélioma primitif du limbe. »

Albert Jutras: « Contribution radiologique au traitement non sanglant des cholécystopathies, avec ou sans calculs. »

E. Perras: « Ménorragies et Rayons X. »

J.-N. Allaire: « Maladie de Paget à son début localisée à l'aile iliaque. »

Origène Dufresne: « Base physiologique et résultat du traitement électro-radiothérapique de la maladie de Basedow. »

Hervé Lacharité: « Classification radiologique de la tuberculose pulmonaire. »

L.-A. Gagnier: « L'urographie chez l'enfant. »

Jean Bouchard: « Contrôle des métastases osseuses dans le cancer du sein. »

Henri Lapointe: « Aspects encélographiques de l'hydrocéphalie externe et interne. »

L.-P. Bélisle: « Certains aspects particuliers dans la technique radiologique de recherche de l'ulcère. »

Mathieu Samson: « Calcifications au niveau des bourses séreuses deltoïdiennes et des insertions tendineuses des muscles sus et sous-épineux, disparues sous l'action d'un traitement médicamenteux.

4° Section de la Phtisiologie.

JEUDI, 17 SEPTEMBRE

Après-midi

2.30 heures à 5 heures.

M. Giroux: « Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazol. »

G.-L. Coté: « Tuberculose de la glande de l'amygdale. »

J.-A. Couillard et Hermann Gauthier: « Diagnostic précoce et traitement de l'entérite tuberculeuse. »

R. Desmeules, L. Rousseau et P. Richard: « Tuberculose et diabète. »

A. Lespérance: « Présentation de quelques observations de pneumothorax bilatéral. »

J.-A. Couillard et J.-M. Filiatrault: « Traitement de l'empyème. »

A.-M. Cholette: « Quand faut-il interrompre un pneumothorax thérapeutique. »

5° Section des Films scientifiques.

Démonstrations filmées durant les 3 jours du Congrès.

6° Section des Exhibits scientifiques.

Nombreux exhibits scientifiques exposés durant les 3 jours du Congrès.

UNE OPÉRATION EN VOIE DE DISPARAÎTRE: LA PROSTATECTOMIE[1]

Par **Oscar MERCIER, F. R. C. S. (C)**,
Professeur d'Urologie à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Le but de ce travail est de faire part de l'évolution de nos idées sur les indications de la résection transurétrale de la prostate. Nous démontrerons ainsi que, au fur et à mesure de l'accroissement de notre expérience, nous avons continuellement transformé notre façon de faire vis-à-vis de cette opération, et que nous n'avons pas craint de changer continuellement nos indications dans les maladies de la prostate par rapport à cette intervention pour finalement proclamer que la résection transurétrale peut être utilisée dans la majorité des cas, et que la prostatectomie est une opération destinée à être rarement utilisée.

Nous illustrerons de plus, que la mortalité opératoire de la résection transurétrale tend à tomber à un taux très bas, le nôtre étant d'environ 1%, par l'accroissement de l'expérience.

Cette démonstration n'a pas d'autre but que celui d'inciter les jeunes urologistes à s'entraîner à la technique de la résection transurétrale, qui deviendra bientôt l'unique opération utilisée dans la majorité des cas d'hypertrophie de la prostate.

Nos premiers cas datent de novembre 1932. Au mois d'octobre 1933, nous avions opéré 42 malades de cette façon, et nous présentions une communication à l'Association française d'Urologie à Paris sur ce sujet.

Nos conclusions que nous croyions alors incurables étaient que cette opération devait être réservée à certains cancers de prostate souffrant de rétention complète d'urine, et dont la diffusion empêchait la prostatectomie, aux barres du col vésical et aux hypertrophies simples de la prostate de très petites dimensions.

Au fur et à mesure que le nombre de nos cas augmentaient et ainsi notre expérience, nous nous attaquâmes à des prostates dont le volume était plus considérable. De sorte qu'en 1938, au congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord à Montréal, nous agrandîmes le cadre des indications et nous conseillons alors d'une façon définitive de nous attaquer en plus aux prostates de grade « B », celles dont le poids allait jusqu'à 50 grammes environ. Enfin, depuis 16 mois, nous avons utilisé pratiquement la résection transurétrale, dans tous les cas d'hypertrophie de la prostate, ne réservant la prostatectomie qu'à ceux où il était nécessaire d'ouvrir la vessie à cause de la présence concomitante de calculs, de tumeurs ou de diverticules.

Si nous étudions notre statistique opératoire, nous voyons par le tableau 1, la diminution du nombre de nos prostatectomies et l'accroissement de celui de nos résections transurétrales.

TABLEAU 1

	Prostatectomies	*Résections transurétrales*
1932	124	6
1933	192	36
1934	216	40
1935	204	32
1936	123	71
1937	118	62
1938	177	93
1939	182	109
1940	169	122
1941	68	209
1942 jusqu'à avril	2	120

Maintenant, si nous examinons notre mortalité opératoire, nous tirons la conclusion qu'au fur et à mesure que le nombre de nos résections augmentent, la mortalité diminue

1. Communication à la *Société Médicale de Montréal*, le 18 juin 1942, à l'Hôtel-Dieu, lors des « Journées Médicales ».

progressivement pour tomber au taux d'environ 1%. Le tableau 2 vous illustrera cette affirmation.

TABLEAU 2

1 à 25	cas: 8	morts:	32%
26 à 150	cas: 9	morts:	7.2%
150 à 300	cas: 8	morts:	5.3%
300 à 500	cas: 5	morts:	2.5%
500 à 900	cas: 3	morts:	0.7%

Au début, notre mortalité opératoire a été assez élevée (32%), car chez les 25 premiers malades nous attaquions toutes les catégories de prostate, sauf les énormes; c'est ce qui au début nous a fait sans doute restreindre nos indications opératoires. Nous conseillons donc aux urologistes qui débutent, de commencer leur pratique sur les barres au col, et sur les hypertrophies légères de la prostate du grade « A ». Ils éviteront ainsi la casse du début, et en augmentant leur dextérité et leur expérience, ils pourront attaquer des prostates de plus en plus grosses sans atteindre une mortalité élevée.

Chez les 25 premiers malades, *huit* sont morts, dont *deux* d'abcès péri-vésical, *trois* d'hémorragies.

Quelques mots pour vous dire quelques détails sur notre technique. Nous avons toujours utilisé l'instrument de Mc Carthey, avec l'appareil coupant (Cutting Machine) de Wapler. Nous croyons que tous les instruments sont bons, et qu'il s'agit de s'habituer avec l'un ou l'autre. Avec le Mc Carthey nous parvenons à nettoyer l'hypertrophie jusqu'à la capsule, sans être obligé de mettre le doigt dans le rectum, pour soulever la tumeur, et de nous servir de l'instrument modifié de Stern. Dernièrement, dans deux cas où il existait une grosse hypertrophie de la prostate, nous avons pratiqué une métrotomie externe à la région du bulbe pour introduire l'instrument, et nous sommes parvenu à enlever dans un cas jusqu'à 182 grammes de tissu.

Dans 491 cas, nous avons employé la rachianesthésie; chez 402, nous avons utilisé le cyclopropane, avec l'appareil fermé de Connell. A propos de ce dernier, nous n'avons pas craint les explosions. Nous prenons les précautions d'avoir un système de prise de terre, et l'anesthésiste contrôle rigoureusement les fuites de gaz. Chez sept malades où il existait des prostates du grade « A », nous avons utilisé le penthotal sodium. Pour résumer les indications du choix de l'anesthésie, nous pouvons dire que nous employons la rachianesthésie chez les malades non nerveux et dont la pression artérielle est bonne, ou au-dessus de la normale. Chez les autres, nous avons recours au cyclopropane et occasionnellement dans dans les petites hypertrophies, au penthotal sodium.

Au sujet de la technique, nous voudrions ajouter un mot sur la tendance que le débutant a à pratiquer une coagulation trop étendue et trop profonde pour éviter l'hémorragie au cours de l'opération.

En coagulant trop, nous nous exposons à des hémorragies secondaires graves, qui surviennent vers le 10e ou 12e jour; de plus, la pression est ralentie par l'élimination de tissus coagulés. Nous ne coagulons maintenant que superficiellement et juste à l'endroit où une artère saigne, nous éviterons la coagulation des veines sauf où l'hémorragie est marquée.

Nous avons employé les sondes avec ballon compressif; nous les avons abandonnées, car elles sont inutiles si la coagulation a été bien faite, et de plus elles produisent fréquemment une ténesme vésical pénible. Nous nous servons de la sonde Marion en caoutchouc, qui a l'avantage de multiples ouvertures. Nous la laissons trois jours, sauf si le malade a une poussée de température auquel cas nous le laissons jusqu'à la chute de la fièvre. Dès le lendemain de l'opération, nous donnons au malade un produit sulfamidé. Le séjour à l'hôpital, après l'opération est de 7 jours, pour ceux qui habitent Montréal, et de 14 jours pour les autres.

Depuis l'emploi des sulfamidés, la clarification des urines et leur retour à la normale va-

rie de 15 jours à 8 semaines, il en est ainsi de la pollakiurie.

Parmi nos neuf cents malades, la quantité de tissu enlevé a varié de 3 grammes à 182 grammes. Le temps opératoire a varié de 3 minutes à 65 minutes dans le cas où nous avons enlevé 182 grammes de tissu. Nous n'avons jamais procédé en deux stages et dans tous les cas nous avons enlevé la quantité de tissu que nous croyons nécesaire en une seule séance.

Nous avons pratiqué la résection transurétrale après cystostomie chez 11 malades, et nous avons abandonné cette pratique.

Nous avons opéré 124 malades, soit 14.7% parmi 900 qui présentaient un carcinome de la prostate. Nous avons pu en retracer 78, et voici le tableau de nos résultats.

TABLEAU 3

Carcinome de la prostate: 124 malades, 14.7%.
78 ont été retracés.
8 morts après 6 ans.
14 morts après 4 ans.
11 morts après 3 ans.
9 morts après 2 ans.
24 morts après 1 an.
21 morts après la 1ère année.

Les 776 autres présentaient une hypertrophie simple de la prostate. Tous les diagnostics ont été contrôlés par un examen pathologique pratiqué par le professeur Pierre Masson. 482 ont répondu à notre questionnaire, ceux-ci qui restent se répartissent ainsi.

TABLEAU 4

13 en 1933.
22 en 1934.
28 en 1935.
46 en 1936.
38 en 1937.
44 en 1938.
53 en 1939.
58 en 1940.
79 en 1941.
81 en 1942.

De ce nombre, neuf ont dû subir une nouvelle opération. Quatre avaient été opérés en 1934, et ont été réopérés en 1936, deux en 1936, un en 1937 et deux en 1939: ces derniers ont tous été réopérés dans la même année de leur première opération. Il est probable que la quantité de tissu enlevé chez ces malades n'avait pas été suffisante. Sur ces 9 malades, nous avons nous-mêmes pratiqué une deuxième résection transurétrale. Chez 5 malades et nous avons constaté que les tissus n'avaient pas été enlevés en quantité suffisante.

Chez nos 482 malades, la pollakiurie et la douleur à la miction n'ont jamais persisté plus longtemps que 8 semaines, et chez 296, ces troubles ont disparu dans le mois qui suivit l'opération. Enfin, chez 182 malades, il persiste une pollakiurie qui survient une fois à la fin de la nuit.

CONCLUSION

Nous vous avons montré l'évolution de nos idées sur les indications opératoires de la résection transurétrale et l'amélioration de nos résultats avec l'accroissement de notre expérience.

Nous pouvons en tirer les conclusions suivantes:

1) Au fur et à mesure que l'expérience de l'opérateur augmente, celui-ci peut s'attaquer à toutes les hypertrophies de la prostate avec résection transurétrale.

2) La prostatectomie ne doit être réservée qu'aux malades dont il faut ouvrir la vessie pour des tumeurs, des calculs, ou des diverticules.

3) La mortalité opératoire, avec l'expérience tombe à environ 1%.

4) Les résultats éloignés de la résection sont excellents.

ABCÈS DU POUMON GUÉRI PAR LE SULFATHIAZOLE SODÉ EN INSTILLATION INTRABRONCHIQUE PAR VOIE BRONCHOSCOPIQUE OU LARYNGOSCOPIQUE

Nouvelle application de Sulfathiazole Sodé

Par **V. LATRAVERSE,**
Oto-rhino-laryngologiste et bronchoscopiste (Montréal).

Suivant l'école Jacksonnienne (1), nous pratiquons le drainage bronchoscopique associé au lavage antiseptique des bronches pour le traitement des abcès du poumon. Diverses solutions ont été préconisées: huile goménolée 10 ou 20%, lipiodol 20 ou 40%, mercresin 10%, métaphen 1/1000, etc. Les solutions chlorées sont irritantes et non conseillées (2).

Les sulfamidés sont devenus maintenant les agents antimicrobiens de choix. Ils sont appliqués à la plupart des affections purulentes. De plus, notre traitement des otites moyennes catarrhales (3) par la ponction aspiratrice suivie de l'injection de 3 à 5 gouttes de sulfathiazole sodé à 5 ou 10% s'est toujours montrée efficace, preuve de l'action peu nocive des sulfamidés sur les cavités muqueuses. Or, nous avons cru opportun de nous servir de la même méthode chez une malade moribonde qui souffrait d'un abcès putride du lobe inférieur droit.

Nous avons appuyé notre manière d'agir sur deux motifs: d'une part, les sulfamidés agissent mieux localement; d'autre part, il existe des malades dont le mauvais état général ne permet pas la sulfamidothérapie buccale ou intraveineuse, comme il arriva pour la malade dont nous rapportons le cas en collaboration avec le Dr Jules Prévost, du Service de médecine.

Observation.

Mme E. L. ..., âgée de 50 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame le 5 mai 1940. Elle se plaint des symptômes suivants consécutifs à un épisode grippal s'étant produit en décembre 1939. Voici en résumé: dyspnée, asthénie, diaphorèse, toux grasse, frissons, points de côté dans la région axillaire droite basse et la zone sus-hépatique, perte de poids (6 livres), crachats hémoptoïques. En mai et juin 1940, la malade atteint un état d'intoxication profonde due à un abcès putride du lobe inférieur droit dont elle ne peut se débarrasser. Il en résulte le tableau clinique que voici: anorexie, cachexie, vomissements incohercibles, expectoration muco-purulente fétide et abondante prenant allure de vomiques, température en clochers, 99° à 102°.

Examen objectif (16/5/40).

Nez: aucun signe de sinusite.

Cou: adénite, légère hypertrophie de la thyroïde.

Thorax: non déformé, ni œdématié.

Poumon droit: matité à la base — vibrations augmentées, râles crépitants et humides.

Radiologie (16/5/40).

Toute la région interne de la base droite paraît très sombre. Aspect de pneumonie localisée ou d'abcès pulmonaire. (Dr D. Léonard) (fig. 1).

Le lipiodol injecté le 20 mai met en relief l'opacité de l'image précédente.

Hémogramme: globules rouges, 3,100,000 — globules blancs, 11,250 — hémoglobine 55%.

Urine: albumine, oxalates de calcium — azotémie: 0.29; glycémie: 1.10.

Bacille de Koch absent dans les crachats.

Traitement médical appliqué jusqu'au 20 juillet 1940. Expectorants, huile goménolée 20% en injection I. M. Drainage postural. Toniques généraux. Repos au lit.

Le 20 juillet, nous voyons la patiente pour la première fois: elle est moribonde, en état de

cachexie profonde. Nous prescrivons une bronchoscopie diagnostique et thérapeutique que nous exécutons le 22 juillet.

Constatations endoscopiques.

Sténose partielle de la bronche du lobe inférieur droit, accumulation de sécrétions mucopurulentes très fétides, réaction inflammatoire hémorragipare de la muqueuse bronchique. Nous complétons l'examen par le drainage bronchoscopique après avoir fait un prélèvement des sécrétions pour analyse bactériologique.

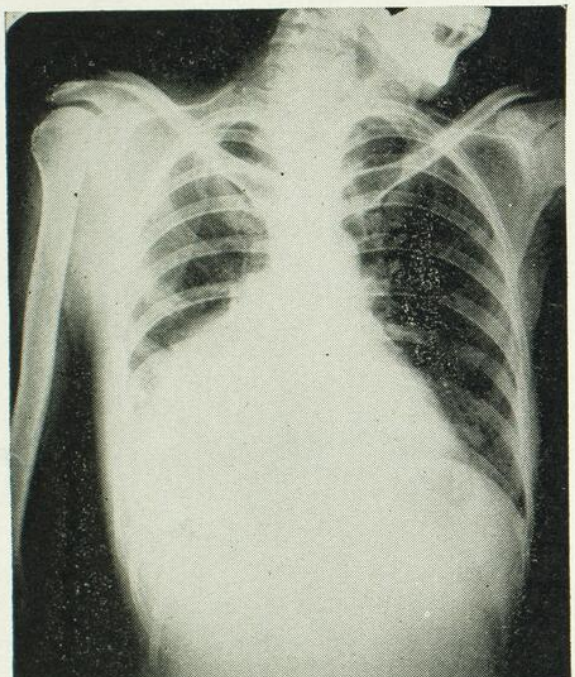


FIG. 1.

Evolution thérapeutique.

Drainages bronchoscopiques accompagnés de lavages avec 10 à 20 c.c. de Mercrésin 10%, les 23, 25 juillet, 1er, 8 et 10 août. A partir du 1er juillet, drainage postural quotidien sur la chaise de Schindler, une séance d'un quart d'heure vers 3 ou 4 heures p.m.

Résultat.

La température s'est maintenue autour de la normale depuis le 24 juillet. La patiente a repris du poids et quitte l'hôpital le 17 août pour revenir à la clinique externe. Nous continuons le drainage bronchoscopique bimensuel ou mensuel qui ne parvient pas à tarir complètement l'expectoration quoique les radiographies du 16 septembre 1940 et du 10 février 1941 (fig. 2 et 3) montrent une amélioration progressive et une guérison apparente. Toutefois, la malade se dit guérie ayant gagné du poids et crachant peu.

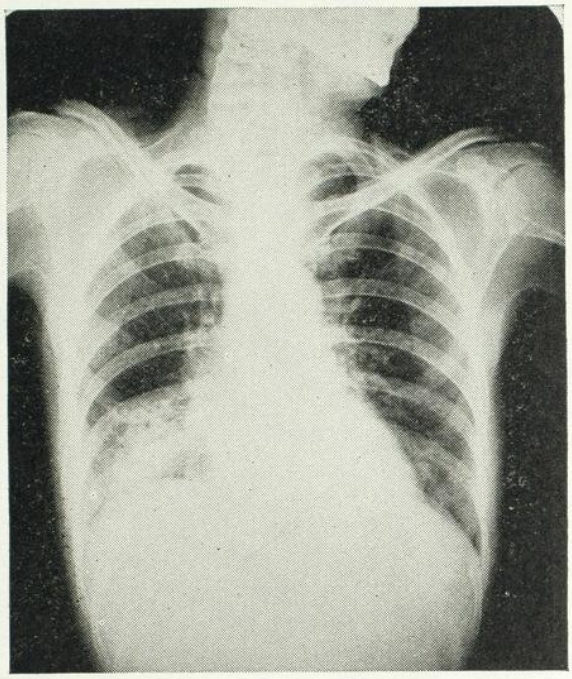


FIG. 2.

2*e hospitalisation* (1941).

Le 17 juin, la patiente nous revient à la clinique externe, accusant un coryza persistant depuis quelques semaines, coryza qui a engendré une reprise de l'expectoration mucopurulente assez abondante et un état fébrile intermittent. (fig. 4).

Nous pratiquons alors un drainage bronchoscopique associé à un lavage avec 20 c.c. de sulfathiazole sodé à 5%; nous en instillons ensuite 5 c.c. dans la bronche du lobe inférieur et hospitalisons la malade pour continuer le traitement complété du drainage postural sur la chaise inclinée de Schindler.

Pour éprouver l'efficacité du sulfathiazole intrabronchique, nous ne répétons pas les bronchoscopies, pour nous en tenir à l'instillation

transglottique de 2 à 5 c.c. de soluthiazamide à 5% sous laryngoscopie indirecte: les 18, 20, 23 et 26 juin, soit tous les 2 ou 3 jours pendant les 2 ou 3 premières semaines. Pour juillet et août, l'horaire hebdomadaire est adopté.

La malade quitte l'hôpital le 10 juillet pour ensuite fréquenter la clinique externe où nous appliquons notre méthode jusqu'au 26 août.

Nous constatons que les sécrétions muco-purulentes sont de moins en moins abondantes, plus fluides, moins jaunâtres; la flore microbienne peu prolifique et l'expectoration plus

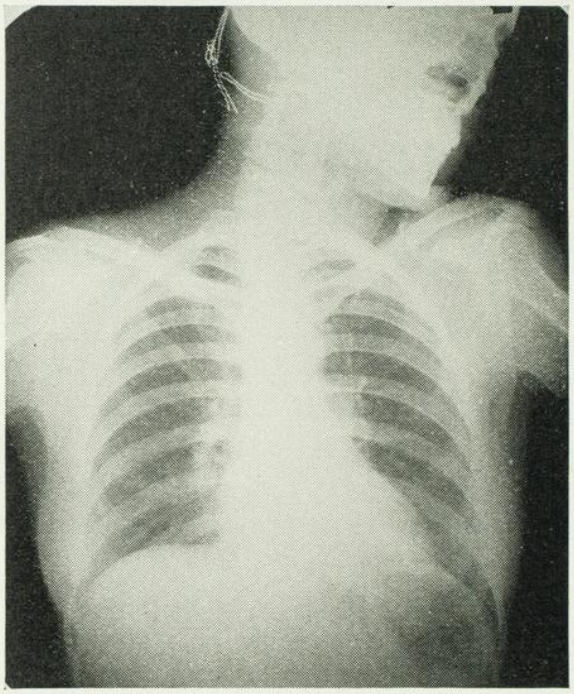


FIG. 3.

facile; le réflexe tussigène devient plus actif; le parenchyme pulmonaire est en voie de régénération.

Le 26 août 1941, nous nous rendons compte que l'expectoration bronchopulmonaire est tarie, les crachats normaux et l'analyse bactériologique d'un caractère banal.

Evolution en 1942.

Nous considérons la patiente guérie. De fait, le 23 mars 1942, elle pèse 115 livres (augmentation de 20 livres), ne tousse ni n'expectore pas. Aucun épisode fébrile n'est survenu au cours du dernier hiver. La radiographie du 30 mars (fig. 5) présente une image pulmonaire normale. L'exploration bronchoscopique du 2 mai 1942 nous montre une topographie atypique des orifices des bronches secondaires du lobe inférieur droit et la disparition de la sténose bronchique du début. Habituellement, nous voyons un éperon bronchique sagittal à

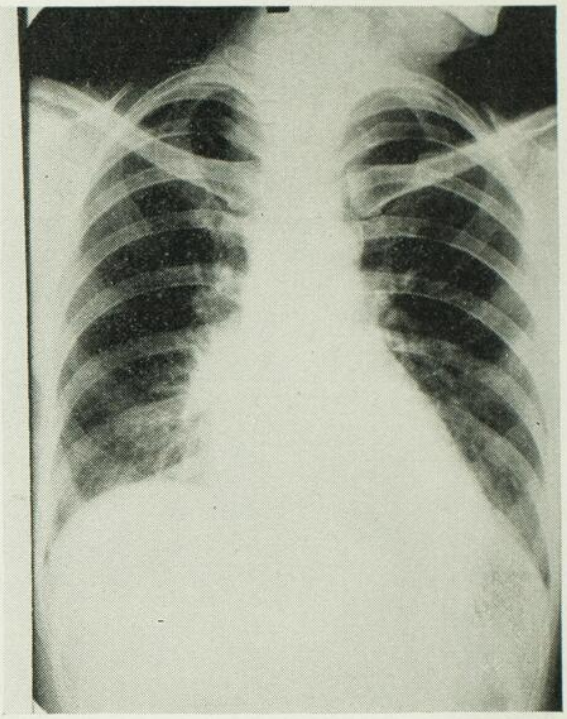


FIG. 4.

l'extrémité inférieure de la bronche du lobe inférieur; tandis que, chez notre malade, nous remarquons un large orifice juste en arrière des deux précédents. La muqueuse est rouge vif, non hémorragipare — absence de sécrétions et de néo-formations.

CONCLUSION

1) L'observation de notre malade prouve que la sulfamidothérapie intrabronchique est réalisable, partant efficace.

2) Le sulfathiazole sodé intrabronchique deviendrait la médication tout indiquée des suppurations broncho-pulmonaires [1] sub-aiguës

1. Le sulfathiazole sodé employé est la solothiazamide, solution originale à 20% de (2-sufanilylaminothiazole) sodique présentée en ampoules de 5 c.c. par les « Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée, Montréal ».

ou chroniques comme nous le prouverons dans une publication prochaine basée sur plusieurs observations. De plus, nous avons commencé une étude expérimentale de la question en nous servant des diverses solutions antiseptiques et des différents sulfamidés solubles.

3) Aucune zone d'atélectasie ou de cristallisation n'a été constatée.

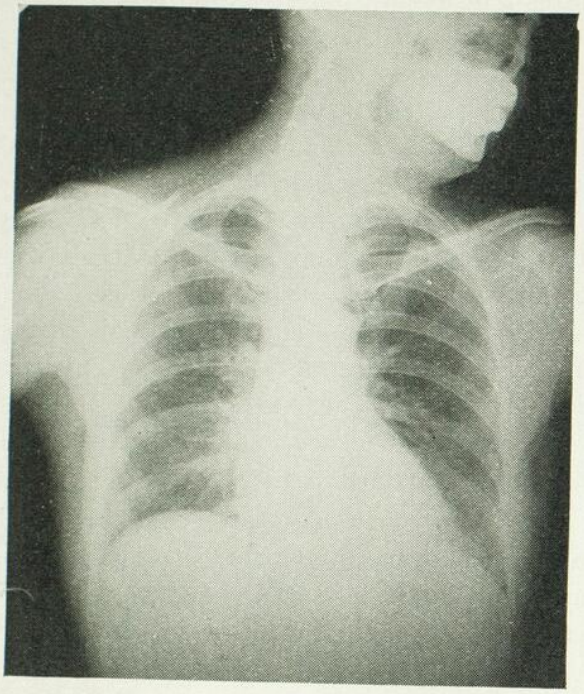


FIG. 5.

4) Le sulfathiazole s'est montré supérieur aux autres solutions antiseptiques et cela avec une quantité comparativement beaucoup plus petite.

5) Le sulfathiazole sodé en solution est bien toléré par la muqueuse bronchique. Son action antibactérienne et bactériostatique semble favoriser la régénération de la muqueuse bronchique puisque la sténose du début est disparue et le pouvoir productif de la cavité purulente complètement annihilé.

6) La table de Schindler (double plan incliné) nous paraît l'instrument idéal pour le drainage postural. A domicile, nous recommandons un chevalet rudimentairement construit d'après la même forme.

7) L'emploi du sulfathiazole intrabronchique offre des avantages sociaux appréciables: notre méthode raccourcit considérablement le séjour hospitalier; elle réduit le nombre des bronchoscopies à sa plus simple expression, est applicable à la consultation hospitalière ou privée. Son usage soustrairait plusieurs malades à l'infirmité résultant d'une pneumonectomie ou d'une lobectomie considérées jusqu'ici comme le traitement rationnel des abcès chroniques du poumon [2].

TECHNIQUE DE L'INSTILLATION

Instrumentation.

1 flacon d'une solution de sulfathiazole sodé à 5 ou 10% (Soluthiazamide Poulenc).

1 bouteille de pontocaïne à 2% pour l'anesthésie.

1 seringue de 5 c.c.

1 canule laryngée de Lukens.

1 miroir laryngé.

Technique.

a) Anesthésie: légère vaporisation du pharynx — instillation transglottique de 2 à 5 c.c. de pontocaïne 2% dans la trachée sous laryngoscopie indirecte.

b) Instillation: 2 à 5 c.c. de sulfathiazole sodé à 5 ou 10% dans la trachée sous laryngoscopie indirecte.

BIBLIOGRAPHIE

CHEV. JACKSON et CHEV. L. JACKSON: « Bronchoscopy, Esophagoscopy and Gastroscopy », pp. 313-320.

CHEV. JACKSON et CHEV. L. JACKSON: « Bronchoscopie et oesophagoscopie », Gaston Doin et Cie, Paris 1933, p. 270.

V. LATRAVERSE: « Nouveau traitement de l'otite catarrhale: ponction du tympan et sulfathiazole sodé en solution», *L'Union Médicale du Canada,* **70**: 1319 (déc.) 1941.

W. W. SPINK: « Sulfanilamide and related compounds in general practice », pp. 150-157.

2. Travail exécuté dans le service d'Oto-rhino-laryngologie et celui de Médecine de l'hôpital Notre-Dame. Faculté de médecine, Université de Montréal.

RECUEIL DE FAITS

ANGIOME DU VOILE DU PALAIS [1]

Par **Auguste PANNETON,**
(Trois-Rivières).

Observation.

C'est le cas d'un petit garçon de trois ans et demi qui fut conduit à mon cabinet de consultation en janvier dernier. L'enfant, pâle, peu développé pour son âge, nerveux et d'ailleurs difficilement maniable, n'a jamais accusé aucun trouble de la gorge. Il a été atteint de quelques maladies éruptives de l'enfance: rougeole, rubéole, etc., n'a jamais souffert d'amygdalite et quoique plutôt frêle, jouit d'une santé moyenne.

Cependant, depuis quelques mois, les parents ont remarqué qu'à l'occasion d'une course, d'un effort, d'une émotion violente, l'enfant était sujet, et cela de plus en plus fréquemment, à des crises d'étouffement qui ont fini par les alarmer. Depuis, tout dernièrement, des crises de suffocation, la nuit, ont décidé la famille à consulter un médecin. Après examen, leur laryngologiste a déclaré qu'il s'agissait d'une tumeur de la gorge et il a eu l'obligeance de me l'adresser avec le diagnostic d'angiome du voile du palais.

Examen.

La palpation ne décèle aucun ganglion cervical; il existe de l'obstruction nasale marquée et la prononciation est fort altérée. Un examen rapide du pharynx, l'enfant indocile étant maintenu par le père, permet de constater une énorme masse bleuâtre non pédiculée, englobant la luette et débordant à droite la ligne médiane, faisant corps et prolongeant le voile du palais. Malgré une forte pression sur la langue, il est impossible d'apercevoir la limite inférieure de la masse qui, comme nous devions le constater au moment de l'intervention, descend et remplit en grande partie l'espace glosso-épiglottique. A gauche, la tumeur fait corps avec le pilier postérieur, donnant l'impression de s'être développée primitivement au point d'union du voile avec le pilier postérieur gauche, pour de là, progresser, en distendant le bord libre du voile vers le bas et à droite jusqu'à dépasser d'environ deux centimètres la ligne médiane. Il ne restait donc, dans le pharynx, qu'un espace libre, à droite, d'environ trois centimètres et il n'était pas étonnant qu'à l'occasion d'une congestion céphalique, l'enfant ait présenté des crises d'étouffement. Les amygdales palatines sont plutôt petites et sans trace d'infection. J'ajouterai, que les parents n'avaient jamais remarqué la moindre gêne à la déglutition, ni trace d'hémorragie ou crachement de sang. Il s'agissait de toute évidence, d'un énorme angiome du voile du palais.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et tout particulièrement, je ne pus relever aucune histoire de nævus ou « tache de vin », etc., chez les parents ou les frères et sœurs.

Admis à l'hôpital, l'examen général ne décela rien d'anormal: formule sanguine, Wassermann, et tout particulièrement les temps de coagulation et de saignement furent trouvés normaux. Le système veineux de l'enfant ne présentait aucune anomalie.

Vu le développement considérable de la tumeur, il était évidemment indiqué d'en faire l'exérèse ou la destruction pour éviter: une ulcération et une hémorragie consécutive toujours à craindre; un accroissement de l'angiome; et faire cesser les crises d'étouffement qui ne pouvaient qu'augmenter en fréquence et en intensité.

C'était le premier cas d'angiome du voile du palais que je rencontrais au cours de vingt-huit ans de pratique active et, considérant l'âge du malade, l'étendue de la tumeur, son siège et sa nature toute vasculaire, j'étais un peu perplexe quant au mode opératoire à adopter.

1. Communication à la 3e Réunion de l'*Association des Ophtalmologistes et des Oto-rhino-laryngologistes,* le 9 mai, Trois-Rivières.

Je me rendis compte, aussitôt, que la littérature médicale est ce qu'il y a de plus sobre sur le sujet et que les angiomes prennent plutôt plaisir à fleurir sur la figure qu'à végéter, à l'ombre, dans le pharynx. En somme, l'angiome du voile du palais est une rareté clinique.

Scrutant volumes et revues de ma petite bibliothèque, voici ce que je pus découvrir sur le sujet:

Bourgeois, Liebault et Lemoine, dans les « Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx », année 1929, page 960, rapportent le cas d'une patiente âgée de vingt-huit ans qui présentait un angiome congénital du voile du palais. Les auteurs ne mentionnent ni le volume, ni les troubles accusés par la malade. Traitée par la diathermie, elle fut guérie en quatre séances avec conservation du voile et de la luette.

Dans les mêmes « Annales », année 1936, page 706, J. Lemoine et R. Fayance présentent à la « Société de Laryngologie des hôpitaux de Paris », un malade (pas d'âge spécifié), porteur d'un angiome du voile. Il s'agit d'un tuberculeux et il a consulté à la suite de deux hémorragies abondantes. Temps de coagulation: cinquante minutes. Le cas est soumis pour connaître l'opinion des membres présents sur la conduite à tenir. Tous sont d'avis de ne pas intervenir.

Woodward dans « The Laryngoscope », 1936, page 32-41, publie une étude sur le sujet. Il a pu relever, à date, cinquante cas d'angiome du voile du palais, des piliers, du larynx. Il insiste sur le danger d'hémorragies et comme traitement, recommande le radium.

A la page 327 de leur petit traité: « Disease of the Nose and Throat », Imperatori and Burman mentionnent les hémangiomes du voile du palais et indiquent comme traitement « probablement efficace », le radium et l'électrodessication.

Dans « les Maladies du Pharynx », de G. Canuyt, page 741, je trouve huit lignes. Comme traitement indiqué: l'exérèse (?) quand la tumeur est limitée, « mais sans contredit, c'est la diathermo-coagulation qui en constitue le traitement idéal ».

Philipps: « Diseases of the Ear, Nose and Throat », page 739, rapporte un cas, chez un adulte âgé de trente et un ans, qu'il décrit comme un angiome limité de la luette. Il fit l'ablation, sans incident ni hémorragie, à l'anse chaude. Il se dit partisan de l'ablation à l'anse chaude lorsque la tumeur est pédiculisable et limitée; de séances de ponctions au galvano-cautère lorsque l'envahissement est considérable. Il termine en disant que « l'étranglement par une série de ligatures, suivi d'électrolyse, a été recommandé ».

Enfin Lœb, dans son traité: « Operative Surgery of the Nose, Throat and Ear », volume deux, page 234, consacre un court paragraphe à la question. Selon cet auteur, lorsque la tumeur cause une gêne respiratoire, il est indiqué d'intervenir en pratiquant des ligatures suivies d'électrolyse. Il ajoute que souvent: « la ligature de chaque vaisseau sanguin, séparément (?) fera disparaître seule la tumeur ».

En résumé, la majorité des auteurs consultés préconisaient, soit le radium, soit surtout l'*électro-thérapie* sous forme de électro-coagulation, électrolyse, galvano-cautérisation, etc., seule ou après ligatures des vaisseaux efférents ou du pédicule.

Choix du procédé opératoire.

Ce choix, dans le cas présent, devait tenir compte: de l'âge du patient, de la forme et du volume de la tumeur, et permettre une ablation totale, tout en évitant une cicatrice vicieuse du voile et des troubles de la phonation et de la déglutition.

Vu l'âge du malade, trois ans et demi, et d'ailleurs je l'avouerai, par manque absolu de foi, je rejetai d'emblée l'idée même de radium.

J'ai, ou plutôt, j'ai eu, il y a quelques années, l'occasion comme bien d'autres, d'expérimenter intensivement la diathermie et l'électro-coagulation en rapport avec notre spécialité. Il m'en est resté une grande déception et... un outillage fort coûteux. Chez le jeune enfant,

même docile, le grand nombre de séances nécessaires, l'incertitude du résultat et dans le cas qui nous occupe, le siège de la lésion, la nature de la tumeur, le danger d'hémorragies immédiates ou secondaires me décidèrent à ne pas considérer davantage la diathermie ou l'électro-coagulation, *employées seules*, comme procédé opératoire.

La forme et le volume de l'angiome qui, non seulement n'était pas pédiculé ni limité à la luette, comme le cas rapporté par Philips, mais avait envahi les deux-tiers du bord libre du voile du palais, me parurent une indication bien définie de l'emploi de sutures avant l'exérèse. Quant à l'exérèse elle-même, le bistouri diathermique était ici tout indiqué.

Technique opératoire (opération le 25 janvier 1942).

Sous anesthésie générale, je pus pour la première fois, explorer à mon aise le pharynx de mon petit malade. Inutile de décrire de nouveau la forme et l'étendue de l'angiome, mais je constatai, qu'à son point d'implantation sur le voile, il ne s'était infiltré que sur une étendue bien limitée de un demi centimètre en hauteur, le reste du voile ne présentait aucune dilatation veineuse suspecte. Cependant les anses vasculaires étaient beaucoup plus saillantes au pôle supérieur du pilier postérieur gauche.

Il fut facile d'inclure, dans une pince courbe à forcipressure, la surface entière d'implantation de la tumeur; comme toujours, dans ces cas, la pression des mors, en arrêtant la circulation, diminua de moitié le volume de l'angiome.

Il ne pouvait être question de tenter de ligaturer séparément les vaisseaux: sur toute la base d'implantation, qui s'étendait aux deux-tiers du bord libre du voile du palais, de même qu'au niveau du pôle supérieur du pilier postérieur gauche, aucun vaisseau isolable, mais un lacis inextricable. Je pratiquai donc à quelques millimètres au-dessus de la limite supérieure apparente de l'angiome, une ligne horizontale de points séparés, au catgut chromé no 00, aussi rapprochés que possible, dépassant, à droite, la limite de la tumeur et renforcie, à gauche, au niveau du pôle supérieur du pilier postérieur, par un point plus profond englobant la totalité du pilier au-dessous de sa jonction, avec le voile du palais, de manière à couper toute circulation. La pose de ces points de sutures perforantes, pratiquées avec une aiguille courbe, se fit avec facilité et provoqua l'affaissement de l'angiome.

Il ne restait plus qu'à sectionner au ras des mors de la pince, soit à environ cinq millimètres de la ligne de suture. Je devais me servir pour cette section du bistouri électrique mais comme il arrive encore quelquefois, le dit-bistouri, refusant pour une raison à lui de fonctionner, je dus me servir du bon vieux galvano-cautère, chauffé au rouge sombre. A mon grand soulagement, il ne se produisit aucune hémorragie, et je n'eus à aspirer que quelques gouttes de sang perlant le long de la ligne de suture.

Les suites opératoires furent on ne peut plus simples. J'avais craint une très oorte réaction inflammatoire du voile, mais elle ne fut que modérée et, dès le lendemain, le petit malade n'éprouvait aucune gêne à s'alimenter. Comme soins médicaux, je me contentai d'un rinse-bouche et d'un collier de glace pendant les quatre premiers jours.

Le malade quitta l'hôpital au bout de quinze jours. Quelques points de catgut tenaient encore, mais l'œdème était négligeable; le voile déjà assez mobile ne présentait aucune tache bleuâtre suspecte. La respiration nasale était redevenu normale; aucune gêne de la parole et de la déglutition.

Etat actuel.

Examen le 21 avril 1942 par le laryngologiste de la famille, le docteur P.-E. Julien des Chutes Shawinigan, qui me permet bien aimablement de citer son rapport.

Examen objectif.

Architecture pharyngée parfaitement conservée: présence d'une luette tronquée.

Voile du palais: cicatrice centrale (teinte

légèrement bleutée). Absence de tissu variqueux net.

Pilier postérieur gauche: grappe de tissu angiomateux probable, de la grosseur d'une fève au tiers inférieur du pilier postérieur gauche.

A part ces constatations, le pharynx buccal de cet enfant est de constitution et de couleur normales.

Examen subjectif.

Parler plus franc. Respiration nasale silencieuse, le jour et la nuit.

La déglutition s'accomplit de façon parfaite: aucun aliment ne refluant vers le nez. L'appétit grandement développé: l'enfant a beaucoup engraissé.

Le nervosisme est à peu près entièrement disparu.

En résumé, ce qui nous frappe chez cet enfant, c'est son apparence extérieure bien conformée, une respiration nasale parfaite (l'enfant tient constamment sa bouche fermée), et une articulation des sons tout à fait de son âge. Le père raconte que son enfant ne manifeste plus aucun symptôme d'étouffement la nuit.

Conclusion

En somme, je crois qu'il faut être satisfait du résultat. Sans doute, il existe au niveau du pilier postérieur gauche un bourgeon angiomateux sur lequel il y aura lieu d'intervenir par une suture profonde suivie de section, mais, étant donné la facilité de récidive sur place das angiomes, je ne crois pas que ce bourgeon isolé, loin du siège d'implantation de la tumeur et qui a bien pu passer inaperçu lors de l'opération, puisse faire naître ou autoriser la moindre crainte d'une récidive.

De toute manière, je crois que dans les angiomes du voile du palais, pédiculés ou non, la suture profonde et en masse du point d'implantation, suivie de la section au bistouri diathermique ou au galvano-cautère, est un procédé opératoire facile et sûr, offrant toutes les garanties de succès.

Il est vrai qu'il est illogique de tirer une conclusion générale basée sur un seul cas, mais il faut bien, en l'espèce, se servir de l'expérience des autres — et qui de nous a eu l'occasion de traiter plusieurs cas d'angiomes du voile du palais?

TORSION DU TESTICULE

Par **Antoine PETTIGREW**,
Assistant du service de Chirurgie, hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

J'ai cru intéressant de vous rapporter deux cas de torsion du testicule survenus brusquement: l'un chez un enfant de neuf mois et l'autre chez un adolescent de seize ans; et je profiterai de l'occasion qui m'est donnée pour vous rappeler les grandes lignes de cette affection peu fréquente.

Ce sont deux observations de torsion du testicule chez des enfants d'âge différent et dont la symptomatologie du début diffère totalement, l'une pouvant nous faire croire a un syndrome de lithiase rénale et l'autre a un syndrome d'orchite aiguë.

Observation I.

L'adolescent J.-L. D., seize ans est admis à l'hôpital, au mois d'avril, pour une douleur spontanée dans le bas ventre accompagnée d'un phénomène de choc. Ce patient fut pris d'une douleur subite sans crise antérieure, sur le coup du matin alors qu'il se levait pour sa toilette. L'intensité de cette douleur est telle qu'il s'écrase et devient lipothimique. A l'examen, on constate alors un état de choc profond. Il n'y a plus de pouls et les sueurs froides abondent. Les jambes sont séparées et fléchies sur l'abdomen. Il y a présence d'une

hyperesthésie cutanée de la région scrotale avec douleur lombaire droite. Le diagnostic est à faire entre la colique néphritique et la torsion testiculaire; ce dernier est posé vu les symptômes suivants: gonflement du scrotum gauche, testicule augmenté de volume, dur, rouge et douloureux, une température de 100° F. Un quart de grain de morphine ne calme pas le patient et l'opération a lieu deux heures après le début de la crise. On trouve alors une sérosité sanguignolente abondante dans la vaginale et une torsion du testicule et de l'épididyme d'un tour complet. L'infarctisation est telle qu'on doit castrer. Les suites opératoires sont normales et le patient quitte l'hôpital trois jours après. Le rapport du laboratoire donne: un infarcissement hémorragique s'étendant à tout le testicule et à l'épididyme.

Observation II.

En octobre dernier, bébé Jean-Yves ..., âgé de neuf mois, est hospitalisé pour tuméfaction scrotale douloureuse et température. La mère raconte que l'après-midi du premier octobre, l'enfant s'est traîné sans couche sur un plancher de bois et le soir dans son lit il s'est mis à pleurer. Elle constata alors que le scrotum du petit était rouge et quelque peu gonflé; elle cru que le bébé s'était piqué sur une écharde. Ce n'est que 12 jours après que la maman, désespérée d'entendre pleurer son enfant, et voyant la tuméfaction importante, décide de l'amener à l'hôpital. A l'examen, on trouve un enfant bien développé, couché en position dorso-lombaire, au facies pâle, les cuisses pliées sur l'abdomen et les jambes écartées; le scrotum est gonflé, transparent, le testicule droit est normal; la bourse et le testicule gauches sont douloureux, durs, augmentés de volume, rouges et chauds, et la peau de ce côté est cartonnée; la température rectale est à 102° F.; l'enfant est constipé et urine peu.

Le diagnostic de torsion du testicule est alors porté à cause de l'apparition brusque de tous les symptômes tels: rougeur, chaleur, douleur, et tumeur chez un enfant normal sans ectopie ni hernie.

La tuberculose est mise de côté vu l'âge du patient et la douleur; d'ailleurs on ne retrace pas d'antécédents. Il aurait fallu pour diagnostiquer une tuberculose que celle-ci fut congénitale et, dans ce cas, la localisation se serait faite plutôt au foie, aux os, aux ganglions et aux capsules surrénales. Quant à la torsion de l'hydatide de Morgagni, les symptômes subjectifs sont les mêmes mais, à la palpation de la tête de l'épididyme, on ne sent pas le nodule dur et douloureux qu'on doit trouver dans ce cas.

A l'intervention après incision verticale et antérieure de la bourse gauche, la peau, le tissu cellulaire et la vaginale sont œdématiés et, à l'ouverture de cette dernière, un liquide séro-sanguinolent en sort. Le testicule est augmenté du double de son volume, asphyxié, en voie de nécrose et tourné deux fois sur la queue de l'épididyme. Vu la nécrose déjà installée, l'ablation du testicule est nécessaire. Le laboratoire montre un infarcissement hémorragique s'étendant à tout le testicule mais à une partie seulement de l'épididyme.

Historique et commentaires

Ces accidents de torsion du testicule comme de l'hydatide sont bien connus actuellement: c'est en 1840 que Delasiauve (1) rapporta le premier cas, puis Lauenstein (2), en 1894, en publia 2 cas et dans la suite parurent les observations de Legueu (3), Lejars (4) et Lapointe (5).

En 1913, Ombredanne (6) montra que les prétendues orchites tuberculeuses aiguës de l'enfant décrites par Hutinel et Broca, orchites spontanément curables et suivies d'atrophie testiculaire, étaient en réalité des torsions testiculaires. Il en publia 7 cas. En 1923, Mouchet (7) a démontré que ce syndrome est réalisé aussi par la torsion de l'hydatide sessile de Morgagni, où la douleur est aussi forte mais avec des manifestations inflammatoires locales moins bruyantes.

Depuis, les Italiens Veneti et Vitale (8) ont présenté quelques cas. Les Américains

Whittmore et Wilkie (9); Varner et Green (10) en publièrent 5 cas en 1935. Il y eut aussi quelques publications anglaises en janvier 1938 (11).

Si nous additionnons tous ces cas publiés, nous arrivons à un total assez élevé, mais il ne faut pas oublier que plus des 2/3 de ces cas n'ont été diagnostiqués qu'à l'intervention. Ces accidents sont toujours relativement rares puisque dans les principaux centres de chirurgie infantile on n'en opère pas un cas par an; et en passant, il faut noter qu'il s'agit le plus souvent de torsion du testicule ectopique. Ces torsions de testicule ectopié ne sont pas faciles à distinguer d'un étranglement herniaire; de même lorsque le testicule est en place, on peut prendre pour une torsion une orchite aiguë qui, pour être rare, n'en existe pas moins.

Les torsions de l'hydatide sont plus faciles à reconnaître avec leurs crises très douloureuses à répétition; mais avec un minimum de phénomènes inflammatoires locaux, un peu d'hydrocèle et un peu de rougeur de la peau.

C'est le syndrome décrit autrefois par Gosselin sous le nom d'orchite des masturbateurs.

Nos deux observations sont surtout curieuses, l'une par sa symptomatologie rénale: point lombaire spontané, persistant, tenace avec irradiation à la région interne des cuisses, lipothimie, sueurs profuses; et l'autre, par sa symptomatologie d'orchite aiguë, avec douleur, température, rougeur et gonflement scrotale.

Étiologie.

Cette affection n'est pas seulement observée chez l'enfant, mais aussi chez l'adulte et le vieillard: de 8 mois à 75 ans et les 3/4 des cas se rencontrent entre 15 et 25 ans. Aussi fréquente à droite qu'à gauche, la torsion accompagne souvent l'ectopie testiculaire et cela peut arriver à la sortie du testicule de l'abdomen.

Cependant, en 1893, Owen (12) a démontré que la torsion n'est pas fonction d'ectopie. D'après Lapointe (5), dans 50% des cas de torsion, il n'y avait pas d'ectopie.

Les vraies causes sont les dispositions anatomiques telles: la forme discoïde du testicule, son aplatissement, la brièveté du cordon ou sa bifidité, l'isolement anormal des vaisseaux spermatiques et du canal déférent et surtout la pédiculisation avec mobilité anormale du testicule.

Il y a aussi une cause occasionnelle: l'effort abdominale, au saut, à la marche, à la course; l'effort à la miction, à la défécation et au vomissement.

Toutefois, il y a des malades atteints pendant leur sommeil. Il faudrait ici faire intervenir une contraction sub-consciente du crémaster.

Il est impossible de juger sur la valeur de ces hypothèses et surtout les conditions anatomiques.

Pathogénie.

Nous savons que le testicule est fixé à son pôle supérieur par le cordon et son hile à la région postéro-inférieure des bourses par la vaginale s'étalant largement et faisant méso; c'est le ligament scrotal. Donc, normalement, le testicule n'est pas libre. Pour qu'il y ait torsion il faut quatre conditions: 1) torsion dans l'espace scrotal par rotation de l'appareil funiculo-testiculaire dans la couche celluleuse; 2) long méso scroto-testiculaire permettant la torsion intravaginale; 3) absence de méso, l'appareil épididymo-testiculaire flotte librement; 4) déchirure du méso par la force imprimé au testicule.

Nous voyons donc que la torsion se fait soit extravaginale, soit intravaginale.

A ce point de vue, nous trouvons des bourses tendues, œdématiées, rouges, adhérentes aux organes profonds.

La vaginale est ecchymotique, renfermant un exudat séro-sanguignolent. Les lésions du testicule et de l'épididyme sont semblables, parfois ce dernier est plus touché. On y voit une tuméfaction doublant ou triplant le volume normal, d'un rouge sombre avec pointillés noirs parfois sphacellés; à la coupe, il y a infarctisation.

L'évolution se fait par résolution s'il y a détorsion spontanée, sinon il y a suppuration, et nécrose ou dégénérescence et atrophie.

La torsion du testicule sur le cordon n'interrompt que la circulation veineuse; voilà la raison de la congestion et de l'infarctus, la circulation artérielle étant conservée.

Symptomatologie.

La torsion débute brusquement par une violente douleur parfois syncopale à la région scrotale. Elle peut se produire après un effort ou au repos. Cette brusquerie d'apparition et l'intensité de la douleur doit nous faire porter d'emblée le diagnostic.

Il y a alors tuméfaction douloureuse du testicule, de l'épididyme, du cordon et distention de la vaginale; après quelques heures le tout devient phlegmoneux, le scrotum est rouge et le tissu cellulaire s'œdématie, la peau s'indure et il y a légère hyperthermie de 99-101° F.

Le système nerveux abdominal fournit ses réactions habituelles: le facies est pâle, grippé, le cœur est agité, le pouls est petit et fréquent, il y a nausées, vomissements, l'intestin se paralyse et le ventre se ballonne ou se rétracte.

L'évolution comme nous l'avons vu est variable. Il y a détorsion spontanée et tout rentre dans l'ordre, ou bien la torsion est tenace et il y a atrophie ou phlegmon. Il est à noter que des attaques bénignes passent souvent inaperçues.

Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas souvent fait. Certains auteurs rapportent que sur 57 cas on a fait que 3 fois le diagnostic clinique. Il ne faut pas oublier que chez les 3/4 des sujets le testicule était normalement descendu.

L'erreur fréquente se fait avec:

1) les accidents herniaires dans l'étranglement et souvent les deux peuvent exister ensemble;

2) les accidents ectopiques: on rapporte même un cas pris pour une appendicite suppurée; alors que le testicule était tordu dans le ventre au-dessus de l'arcade;

3) l'orchite tuberculeuse aiguë rare chez l'enfant à début lent, indolore avec épididyme volumineux et bosselé et présentant un sillon entre le testicule et l'épididyme;

4) la torsion de l'hydatide de Morgagni souvent impossible à faire, mais ici on peut au palper sentir un nodule dur, sur la queue de l'épididyme;

5) l'hématome congénital de l'épédidyme et du cordon où il y a suffusion sanguine. Ici, on a pas de douleur et la résorbtion se fait très vite, et il y a toujours eu application de forceps.

Traitement.

Dès le début on essaiera la détorsion externe, sinon on la fera par voie interne avec orchidopexie. Si le testicule est en voie de nécrose, il faudra faire la castration.

BIBLIOGRAPHIE

1. DELASIAUVE. « Descente tardive du testicule gauche prise pour une hernie étranglée. » *Revue Méd. franc. et étrang.*, p. 363, 1840.
2. LAUENSTEIN. « La torsion du testicule. » *Sammlung Klin, Vortrage,* nº 94, 1864.
3. LEGUEU. « Etranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. » *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1896; *Presse Méd.*, 1896.
4. LEJARS. « Torsion du cordon spermatique. » *Chir. d'urgence,* p. 635, 3e éd., 1901.
5. LAPOINTE. « La torsion du cordon spermatique et l'infarctus hémorragique du testicule. » Paris, 1904.
6. OMBREDANNE. « Torsions testiculaires chez les enfants. » *Bul. de la Soc. de Chir.*, p. 779, 1913.
7. MOUCHET. « Torsion de l'hydatide sessile de Morgagni. » Paris, avril 1923.
8. VENETE et VITALE. « Torsion du cordon spermatique chez l'enfant. » *Gior, Veneto, di, se med.* 9-470-487, juin 1935.
9. C. B. WITTMORE et H. T. WILKIE. *American Jour. Surg.*, 1930-1935.
10. H. H. VARNER et J. S. GREEN. « Torsion du testicule non descendu. » *Amer. Jour. Surg.*, août 1938.
11. J. LAMBERT et R. E. SMITH. « Torsion du testicule. » *Brit. Jour. Surg.*, janvier 1938.
12. OWEN. « Sur un cas d'étranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. » *Soc. Roy. de Méd. et de Chir.*, Londres, 20 nov. 1893.

PERFORATION TRAUMATIQUE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Par **J.-Antoine LECOURS,**
Service de Chirurgie, hôpital Général (Ottawa).

Les péritonites d'origine biliaire sont celles qui deviennent le plus rapidement septiques. Seule l'intervention chirurgicale immédiate peut sauver ces malades: un sur deux dans les cas infectés, un sur cinq dans les cas non infectés.

D'autre part, s'il est possible de faire un diagnostic de péritonite par perforation d'organe, il devient très difficile, et souvent impossible de définir le siège exact de cette perforation. De fait, la littérature révèle que des vingt-huit cas de perforation de la vésicule biliaire traités au « London General Hospital » en vingt-cinq ans, un tiers seulement ont pu être diagnostiqués; pendant que Gosset n'a pu reconnaître la perforation que neuf fois sur cent onze cas.

Il est encore plus rare de rencontrer un traumatisme à l'origine de la perforation et de la péritonite. Nous croyons intéressant de rapporter le cas suivant.

Observation.

Le matin du 11 février 1941, nous nous trouvons dans la salle publique en présence d'un patient d'une cinquantaine d'années, M. Samuel C., à la physionomie béate, et reposant tranquillement dans son lit.

C'est un vieil amputé de la jambe droite, porteur d'un appareil artificiel en bois de sa fabrication, avec support d'échasse, et dont le montant se fixe au flanc par une courroie.

Lorsque nous lui demandons de quoi il a surtout à se plaindre, il pointe du doigt son flanc droit et déclare: « Il y a deux semaines, ma jambe de bois a glissé sur mon moignon, et le montant m'a « rentré » dans le côté; depuis ce jour j'ai mal là et j'ai vomi quelques fois ».

Les réponses à l'interrogatoire indiquent toutes une bonne santé habituelle, et ne révèlent aucun trouble digestif, aucune répugnance pour les graisses; de fait le patient se montre très fier de son bon appétit et de sa « bonne digestion ». Actuellement sa température est à 100 F., son pouls à 54 et sa respiration à 30.

La palpation de l'abdomen rencontre une défense musculaire et une douleur modérées dans tout le côté droit de l'abdomen, un peu plus marquées dans la fosse iliaque.

La notion de traumatisme alliée à la sensibilité et à la rigidité de la paroi abdominale et mise en regard de l'absence de troubles digestifs dans le passé, nous font envisager la possibilité d'une contusion musculaire simple, avec résorption de polypeptides suffisante pour expliquer la température sub-fébrile. Nous décidons, après consultation, de garder le patient sous observation pour 24 ou 36 heures.

Ce délai vit une amélioration dans l'état du malade, et les deux ou trois jours suivant amenèrent une rémission complète de tous les symptômes. Le patient quitta l'hôpital le 8e jour après son admission.

Un mois après, le 23 mars, nous nous trouvons de nouveau, d'urgence cette fois, en présence du même malade. Le tableau n'est plus le même cependant.

Le patient est immobile sur le dos, le visage anxieux, exprimant la souffrance, et les deux mains posées sur son abdomen qu'il tente d'immobiliser par une respiration toute superficielle. Il nous implore de le soulager. La température est à 96 F., le pouls à 76 et la respiration à 22.

Nous apprenons qu'il a demandé son hospitalisation à la suite de nombreuses crises de douleurs et de vomissements qu'il a eues depuis sa sortie de l'hôpital. Ces crises sont toujours survenues après les repas et jamais à jeun.

Actuellement, l'abdomen a une rigidité de bois et laisse voir la contracture de ses muscles. La douleur de tout le côté droit est plus marquée au point de McBurney. Le cul-de-sac de

Douglass est très sensible au toucher rectal. La leucocytose est de 18,400.

Cette fois nous faisons le diagnostic de péritonite par perforation appendiculaire.

Opération.

Sous anesthésie rachidienne, nous ouvrons l'abdomen par une incision para-rectale droite. A peine avons-nous ébréché le péritoine, qu'un flot de bille « B » sourd d'entre les anses intestinaux, dans la plaie opératoire; la perforation biliaire est évidente.

Nouvelle incision, sus-ombilicale et paramédiane cette fois, afin de respecter l'innervation du grand droit à ce niveau et diminuer les chances de hernie post-opératoire chez ce patient émacié et miséreux.

La région biliaire est enfouie sous une masse d'adhérences, dont une bonne partie est constituée par l'« intelligent omentum ». Les adhérences sont libérées et la vésicule biliaire apparaît, très épaissie, portant sur un fond, tout près du bord du foie, une perforation à l'emporte-pièce.

Nous enlevons 4 ou 5 calculs de la vesicule, un drain y est inséré et fixé en bourse, un autre est laissé dans la poche pré-rénale de Morrison, et l'abdomen est refermé. Le patient eut une convalescence normale.

COMMENTAIRES

Cette observation, à côté des problèmes de diagnostic différentiel qu'elle pose, suggère les conclusions suivantes:

1. — La perforation semble bien avoir été en rapport direct avec le traumatisme; en effet, l'absence d'antécédents gastriques ou biliaires suggère plus qu'une simple coïncidence.

2. — Pour expliquer le fait que la péritonite septique ne s'est pas développée, il faut bien admettre une perforation en deux temps, comme en témoignent les adhérences assez fermes. Il n'y a eu, lors du traumatisme, qu'une blessure de la paroi vésiculaire qui s'est ulcérée dans la suite.

3. — Ce cas démontre une fois de plus, que certains calculs peuvent être « silencieux » pendant longtemps, comme on le constate d'ailleurs souvent à l'autopsie.

BIBLIOGRAPHIE

MONDOR, H.: « Diagnostics urgents de l'abdomen ».

APHASIE ET HÉMIPLÉGIE PAR HYDROMA[1]

Par **Jean SIROIS,**
Neuro-Chirurgien,
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Observation.

Le 28 mai 1942, nous arrive à l'hôpital de l'Enfant-Jésus conduit par sa mère, un jeune enfant de 8 ans.

A son arrivée, nous obtenons l'histoire suivante.

Cet enfant aurait toujours joui d'une parfaite santé. Le 20 mai 1942, alors qu'il était à jouer avec ses petits frères, il reçoit un coup de fourche à l'angle interne de l'œil gauche. Il serait tombé immédiatement par terre, devenu inconscient. Il est transporté chez lui par son frère et l'état d'inconscience persiste durant environ 24 heures. La plaie cutanée causée par la fourche est à peine marquée. A son réveil, la mère constate que l'enfant ne peut parler et qu'il ne fait aucun mouvement avec ses membres droits. Durant la semaine qui suivit le traumatisme, l'enfant est demeuré tel quel, et même de temps en temps il aurait eu des petites crises de vomissements. En maintes occasions il essaya de parler et il lui fut même impossible d'émettre un son.

1. Communication à la *Société Médicale de Québec,* réunion de juin 1942.

A l'examen, nous constatons l'aphasie complète, une hémiplégie droite flasque, une paralysie faciale droite du type central. Les réflexes tendineux sont abolis du côté droit et par contre il existe un signe de Babinski franchement positif à droite de même qu'un signe d'Hoffmann. Un examen détaillé des paires crâniennes ne révèle rien de particulier.

Nous faisons immédiatement prendre une radiographie du crâne (latérale gauche et droite, antéro-postérieure), de même que de la cavité orbitaire gauche. Ces radiographies ne montrent aucune lésion osseuse visible. Par contre les os du crâne sont minces et il existe quelques empreintes digitiformes claires à la table interne.

Nous ne voulons pousser plus loin l'investigation clinique et un diagnostic probable d'hématome sous ou extra-dural à la région pariéto-temporale gauche est posé.

Nous nous décidons de pratiquer d'abord une trépanation exploratrice à cette région.

Intervention.

Trépanation à la région temporale gauche. Rien de particulier n'est constaté au-dessus de la dure-mère. La palpation digitale de la dure-mère laisse tout de même percevoir une tension sous-dure-mérienne assez marquée. Il n'existe aucune coloration particulière. Nous incisons. Aussitôt il s'écoule en jet un flot de liquide clair. Nous en aspirons à la seringue environ 30 c.c. Tout le liquide évacué peut s'évaluer à 50 c.c. L'arachnoïde nous apparaît alors normale, non lésée, sur le champ opératoire. Le cortex est délicatement déprimé tout le tour de la trépanation et plusieurs c.c. de liquide s'écoulent encore. Immédiatement après nous commençons à percevoir les pulsations cérébrales. Le tout est fermé de la façon usuelle.

L'examen du liquide retiré nous donne la formule suivante: « Liquide sanguinolent. Après centrifugation ce même liquide est xanthochromique. Le culot formé de globules rouges s'élève à 3 millimètres.

L'albuminorachie pratiquée sur le liquide centrifugé est de 1 gramme par 1000.

L'examen cytologique montre des hématies en nappe continue avec des éléments blancs dans la proportion hématologique. »

(Wilfrid Leblond.)

Les suites opératoires sont des plus normales: spasmodicité de quelques heures des deux membres inférieurs; puis, la deuxième journée, le malade remue très bien la jambe droite. La 4e journée, il se met à parler et la 10e journée, l'enfant marche et court partout dans sa chambre.

La 15e journée, il quitte l'hôpital; il est guéri.

Commentaires

L'hydroma, ou ce que certaines écoles américaines appellent « Hypertensive meningeal hydrops », est connu depuis plusieurs années. Règle générale un traumatisme crânien est le point de départ des troubles du malade qui consistent en céphalées, étourdissements, fatiguabilité, lassitude, parfois quelques changements de l'humeur et du caractère. Ces symptômes subjectifs forment le syndrome ordinaire étiqueté: « Syndrome post-commotionnel » et plusieurs de ces malades sont la plaie des praticiens ou l'embêtement des expertises. Il est bien rare que nous ayons tout un syndrome bien organisé et aussi important que celui rencontré ici.

La ligne de conduite à suivre dans ces troubles post-commotionnels est la suivante.

Si nous avons tout lieu de croire les symptômes subjectifs, nous devons tenter d'éliminer la possibilité d'un hydroma en pratiquant une encéphalographie. Lors de cet examen, nous laissons pénétrer l'oxygène dans les ventricules, puis par des mouvements appropriés de la tête, nous permettons à l'oxygène injecté en dernier lieu de se répandre dans l'espace sous-arachnoïdien. Nous trouvons alors des lacs clairs d'oxygène bien délimités plus ou moins considérables, suivant l'importance de l'hydroma, toujours situés au cortex.

Il suffit alors d'une simple trépanation localisée au centre même de cet hydroma pour évacuer le liquide. Afin d'éviter toute nouvelle formation, le bouton osseux n'est pas remis en place, le périoste n'est pas suturé mais seul le plan sous-cutané et la peau, par où la résorbtion ultérieure se fera au fur et à mesure que le liquide voudra se récollecter.

Cette intervention n'est pas traumatisante, demande un temps très court d'hospitalisation et donne un excellent résultat.

Depuis 2½ ans à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, j'ai rencontré 13 cas d'hydroma, tous vérifiés à l'opération.

Une lettre circulaire fut adressée à ces malades.

Dix ont répondu et un seul, un accidenté du travail, se plaint encore de céphalées et d'étourdissements. Les 9 autres sont très bien, et ont vu leurs symptômes disparaître.

L'explication la plus rationnelle de la formation de ces « poches liquidiennes » sous dure-mériennes est, à mon avis, la suivante, quoique nous ayons jamais pu vérifier ces avancés à l'opération: lors du traumatisme, il doit se faire une ou plusieurs petites ouvertures de l'arachnoïde; le liquide sous-arachnoïdien se répand brusquement ou par poussées successives et demeure collecté entre la dure-mère et l'arachnoïde; il manifeste sa présence par des petits phénomènes compressifs intermittents: céphalées, petits étourdissements à la moindre cause d'augmentation de la tension intracrânienne, comme lorsque le sujet se penche la tête, force, travaille manuellement, etc., il faut nécessairement qu'il y ait une communication constante et définitive entre les espaces sous-arachnoïdiens et la dure-mère, puisque nous pouvons au moment de l'encéphalographie évacuer ce liquide et le remplacer par l'oxygène.

Conclusions

Ne jamais traiter à la légère les céphalées et les étourdissements post-commotionnels. Si nous avons des raisons suffisantes, faire subir à ces malades une encéphalographie suivie de la trépanation s'il y a lieu. Nous aurons alors améliorer le sort d'une quantité de traumatisés qui trop souvent traînent leurs troubles de médecin en médecin pour à la fin devenir excessivement aigris de leur sort.

MYCOSES DES PIEDS (PIEDS D'ATHLÈTE)

Diagnostic et traitement

Par **Aimé DESFORGES,**
Dermatologiste à l'hôpital Saint-Luc,
Dermatologiste consultant à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

L'affection communément appelée pieds d'athlète ou épidermophytie interdigitale des pieds est sans aucun doute la maladie de peau le plus répandue aux Etats-Unis, puisque des millions d'individus en sont atteints et qu'elle existe à l'état endémique. Au Canada également, tous les praticiens sont consultés pour cette maladie des doigts de pieds qui se manifeste par de la démangeaison d'abord, laquelle est cause d'excorations et d'infections secondaires en surface et en profondeur. A cause de sa grande fréquence, de ses complications ennuyeuses et de la simplicité relative du traitement, il m'a semblé intéressant de la décrire en peu de mots.

Elle est due presque toujours non à un microbe, mais à un champignon microscopique qui affecte souvent la face interne des cuisses et qui s'appelle « épidermophiton inguinale ». Elle débute habituellement par des lésions fissuraires entre les doigts de pieds, le 4e et le 5e

1. Communication faite aux « Journées Médicales » de la *Société Médicale de Montréal,* à l'hôpital Saint-Luc, le 17 juin 1942.

de préférence, surtout après la marche et s'accompagne de prurit et de sensation de tension.

Le malade éprouve des démangeaisons et quand il frotte avec les doigts entre les doigts de pieds, il enlève des lamelles épidermiques moites. Le fait s'accentue durant la saison chaude et s'atténue l'hiver ou encore persiste-t-il au cours de l'année sans trop incommoder le malade. Néanmoins les symptômes peuvent subitement s'accentuer à la suite d'exercices inaccoutumés ou de port de chaussettes souillées, de souliers trop lourds ou à cause d'un manque d'hygiène. Alors le malade s'amène chez son médecin avec du mal à marcher et nous montre des doigts de pieds tuméfiés dont la rougeur tente à gagner tout le pied. Lorsqu'on écarte délicatement les orteils, on constate sur leur face interne un épiderme blanchâtre macéré qui tombe par endroit et laisse à nu un derme rouge infiltré. Mais surtout, l'on voit que les plis au fond des espaces et en arrière des orteils sont le siège de fissures marquées. Il existe également des soulèvements vésiculeux en perles sur les parties nouvellement envahies. Ces perles qui contiennent le parasite se succèdent au fur et à mesure qu'elles se rompent par la marche ou qu'elles se résobent.

Ce champignon prolifère en surface mais plus spécialement dans les replis cutanés et il n'est pas rare de le constater chez le même malade entre les doigts des mains, sous les seins et dans les aines. Cette affection à l'état aigu, bien que de cause purement externe et relativement superficielle, peut immobiliser sa victime pendant des mois, et le malade trouve l'existence pitoyable, ne pouvant le jour vaquer à ses occupations et la nuit dormir à cause de prurit.

Le traitement alors qui s'impose est relativement facile d'application et ne nécessite pas d'hospitalisation dans la plus grande majorité des cas. Il consiste en de grands pansements humides chauds et le repos. Mais il y a mieux. Il m'a été donné de tenter un traitement pragmatique qui n'est décrit nulle part et dont la valeur scientifique s'appuie sur la théorie suivante que les champignons et les levures pathogènes ne vivent pas en symbiose avec les levures comestibles. En effet, il suffira de se procurer chez l'épicier quelques cubes de levure de bière et d'en faire en les mélangeant à l'eau une pâte semi-solide. A l'aide d'un abaisse-langue, on l'appliquera sur les surfaces malades et surtout dans les plis et l'on recouvrira de pansements humides chauds renouvelés plusieurs fois par jour. Vous aurez vite fait de constater une diminution de l'inflammation et graduellement une épidermisation normale, grâce à la destruction de l'agent pathogène.

Lorsque le malade pourra se porter sur ses pieds, l'iode ou la pommade acide de Witfield seront d'application plus pratique et parachèveront la guérison aparente. Mais cette dernière ne sera complète que lorsque le malade aura durant plusieurs mois appliqué matin et soir une solution alcoolique d'iode à 1%. Il existe également sur le marché deux bonnes préparations [2] à base de mercure et d'un analgésique, qui toruvent leur utilité dans les états sub-aigus.

Il est fréquent de voir les malades nous revenir à des intervales irréguliers pour le même mal ou accompagnés d'autres membres de la famille qui en sont atteints. Cette constatation ne devra pas vous étonner, car ce champignon reste à l'état latent dans les serviettes de bain ou les carpettes de piscines publiques; conséquemment, le malade devra prendre soin de revêtir des chaussettes propres chaque jour afin de ne pas entretenir son mal. Enfin, le médecin peut s'attendre à trouver chez son sujet des lésions à distance sous forme de cercles ou plaques érythémato-squameux et susceptibles de disparaître rapidement à la suite d'applications iodées.

2. Le Mersogel et le Micosol.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER DU LARYNX PAR THYROTOMIE [1]

Par **Emile PELLETIER,**
Hôtel-Dieu de Québec.

L'ouverture du cartilage thyroïde sur la ligne médiane est indiquée dans certains cas de tumeurs du larynx; plus rarement est-on obligé d'avoir recours à ce procédé pour extraire un corps étranger intralaryngé. Il peut arriver qu'il soit impossible de réussir l'extraction d'un corps étranger du larynx par les voies naturelles, aussi doit-on alors avoir recours à la thyrotomie. Cette intervention garde ici sa place et pour avoir une allure dramatique, elle n'en est pas moins le procédé de choix, pourvu que les détails de la technique soient rigoureusement suivis.

Si les corps étrangers des voies aériennes sont nombreux par ailleurs, ceux restant localisés au larynx sont beaucoup moins fréquents. En effet, un corps étranger brusquement aspiré, après avoir devancé le réflexe permettant l'occlusion laryngée, peut s'arrêter au niveau de la trachée ou dans les bronches. Mais si celui-ci en raison de sa forme, de son mode de pénétration oblique, de ses aspérités, de ses dimensions, se refuse à progresser plus avant dans les voies aériennes, il peut alors s'accrocher dans des sinuosités du larynx.

Le cas suivant remplit à merveille les indications d'une thyrotomie: sa localisation laryngée, ses aspérités multiples, son volume considérable, l'impossibilité de l'en extraire par les voies naturelles firent qu'il ne restait plus qu'une seule alternative, ouvrir le larynx et l'en extraire.

Observation.

Le patient, âgé de 14 ans, arrive à l'hôpital 6 heures environ après l'accident et présentant l'histoire suivante.

Pour amuser son jeune frère, l'enfant faisait pénétrer dans sa bouche pour ensuite l'en faire sortir, une roue métallique dentelée de 11 mm. de diamètre, avec un essieu (axe) au centre, long de 18 mm. Et voilà que le corps étranger dépasse subitement la base de la langue pour aller se loger dans le larynx. Quoique d'un volume considérable, il ne provoque cependant qu'une gêne respiratoire modérée, sans dyspnée marquée. Aucune douleur vive, mais le malade présente un léger trouble de la déglutition. Par contre la voix est changée considérablement et il ne réussit à se faire entendre qu'après certains efforts. Vu immédiatement par son médecin, celui-ci juge bon de nous le confier.

Aussitôt arrivé à l'hôpital, il subit un examen radioscopique qui fait voir très nettement la roue dont l'essieu est situé presque verticalement dans le larynx, et accompagnant les mouvements de la déglutition.

L'extraction, au moyen de la laryngoscopie directe est tentée, mais sans succès. En effet, le laryngoscope, après avoir chargé l'épiglotte, laissait très bien voir une grande partie de l'essieu, mais la roue à laquelle il était attaché résistait à toute traction au point qu'il devenait dangereux de continuer cette manœuvre. Un essai de l'extraire en tirant obliquement ne fut pas plus fructueux.

Une seule ligne de conduite s'imposait: pratiquer la thyrotomie. Ainsi l'extraction du corps étranger était assurée puis la mutilation de la muqueuse laryngée et des cordes vocales était évitée.

Quoique l'anesthésie locale soit souvent employée, le malade fut opéré sous anesthésie générale. L'incision va de l'os hyoïde au bord inférieur du cartilage cricoïde. Après hémostase totale, les membrannes thyro-hyoïdienne

1. Travail présenté à la Réunion de l'Association des Ophtalmologistes et Oto-rhino-laryngologistes Canadiens-français à Québec, le 11 octobre 1941.

et crico-thyroïdienne sont mises à nu ainsi que le bord antérieur du cartilage thyroïde. Il faut prendre soin de ne pas dénuder le périchondre du cartilage thyroïde. La pince à cartilage Jackson, introduite dans cette ouverture, sectionne d'un seul coup et de bas en haut le bord saillant du cartilage thyroïde, exactement sur la ligne médiane, de manière à passer entre les cordes vocales, dans la commissure antérieure de la glotte. L'introduction de la branche inférieure de la pince à cartilage dans le larynx et l'écartement des deux bords cartilagineux facilitèrent la progression du corps étranger qui passa dans le rhino-pharynx et il fallut un instant pour l'en déloger et l'en retirer.

La membranne crico-thyroïdienne fut fermée à l'aide de 2 points séparés. Un seul point de suture fut placé au centre des deux bords du cartilage thyroïde, de manière que les deux cordes vocales soient bien au même niveau, afin d'éviter des troubles de la voix. Les plans furent refermés et la peau accollée au moyen de quelques agraffes métalliques. Une médication antiseptique des voies respiratoires fut appliquée, et quelques jours plus tard, l'enfant quittait l'hôpital sans avoir présenté de signes de gêne respiratoire. Seule la voix était changée à ce moment. Mais examiné un mois plus tard, à la laryngoscopie indirecte, les cordes vocales présentaient une motilité normale, avec leur couleur blanche habituelle, et la voix était très sensiblement améliorée.

MALADIE DE VAQUEZ

Par **A. TETREAULT,**
Ex-assistant étranger des hôpitaux de Paris,
Chef du Service de Médecine de l'hôpital Saint-Joseph (Trois-Rivières).

C'est une maladie de l'âge adulte, à début insidieux et à évolution lente et longue.

Principaux symptômes

1) *La coloration de la peau*: rouge vineux; le facies paraît floride et enluminé. Les muqueuses sont aussi d'une rougeur anormale. Le fond de l'œil présente, à l'examen ophtalmoscopique une dilatation veineuse, extrêmement marquée, et qui offre une grande valeur diagnostique.

2) *La splénomégalie est* fréquente, mais non constante, non douloureuse.

3) *Hématologie.*

Globules rouges: leur nombre pouvant monter jusqu'à 14 millions; mais il oscille entre 7 et 10 millions. Ils sont morphologiquement normaux.

Globules blancs: leucocytose entre 15 et 20,000 et parfois au delà. Il existe toujours, d'autre part, une polynucléose de 75 à 90% qui n'est pas exclusivement neutrophile, mais qui s'accompagne en général d'éosinophilie et de basophilie.

Autres caractères du sang.

Le volume total du sang est augmenté. La viscosité sanguine est très exagérée. La coagulabilité est très diminuée.

4) Trois autres phénomènes fréquents et importants sont à retenir:

a) *Douleurs*: localisées surtout aux extrémités. D'autres fois ce sont des crises névralgiques violentes, ou des douleurs généralisées, simulant le rhumatisme.

b) *Hémorragies*: ce sont surtout des épistaxis ou gingivorragies, quelquefois des hématuries ou métrorragies.

c) *Les thromboses* veineuses surtout aux membres inférieurs et les thromboses artérielles ne sont pas rares.

L'examen des autres appareils peut révéler des symptômes moins fréquents et moins caractéristiques.

Le foie est généralement augmenté de volume. Le cœur le plus souvent normal. La tension artérielle n'est pas élevée. Les troubles digestifs sont fréquents: inappétence, lenteur des digestions, vomissements. L'albuminurie est

fréquente, parfois élevée, mais intermittente.

Troubles nerveux: bouffées de chaleur et somnolence sont fréquemment observés.

L'état général reste bon longtemps.

TRAITEMENT

Radiothérapie sur la rate ou chlorhydrate de phenylhydrazine à la dose de 0 gr. 10 une à trois fois par jour. C'est un traitement qui assure une survie; mais la maladie est incurable.

*
* *

Il me fut donné d'observer à l'hôpital St-Joseph des Trois-Rivières un cas de cette maladie.

Observation.

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans entré à l'hôpital le 19 mai 1942.

Antécédents héréditaires. Père mort à 54 ans de tuberculose pulmonaire. Un frère mort à 22 ans de tuberculose pulmonaire. Mère âgée de 52 ans, en bonne santé. Six sœurs vivantes en bonne santé.

Antécédents personnels. Aucune grave maladie.

Histoire clinique. Envoyé à l'hôpital parce qu'il vomit tous ses aliments depuis trois jours. La maladie aurait débuté il y a six mois par une céphalée frontale fréquente, perte de l'appétit, pas d'entrain au travail, épistaxis souvent. Il y a un mois, il fait une chute en bas d'une chaise et les vomissements auraient commencé à se manifester 6 jours après sa chute. Cependant, il a toujours travaillé. Depuis huit jours il a eu trois hématémèses.

Il se plaint d'une douleur à la hanche droite surtout le matin. Il marche en boîtant le jour; il attribuait cette douleur à sa chute.

Examen du malade. Temp. 98° 1/5. Pouls 80. Respiration 16. P.A. 120/80. Facies vineux. Aspect général bon. Poumons et cœur: normaux. Rate percutable sur une longueur de 4 pouces. Foie: légère hypertrophie. Cyanose des extrémités s'il marche ou s'il laisse ses membres supérieurs pendants.

22 *mai* 1942:

Glycémie	0 gramme 91
Azotémie	0 gramme 40
B.-Wassermann	négatif
Analyse d'urine	rien à noter.

26 *mai* 1942

Ponction lombaire: position couchée — liquide clair. Tension 19 mm. au manomètre de Claude, baissée à 9. La compression des jugulaires ne révèle rien d'anormal.

Examen du liquide C. R. — Aspect limpide.
Cytologie: éléments 2.6 par mm. c.
Très rares gl. rouges.
Albumine: 0 gr. 22.
B. W. négatif à tous les antigènes.

Radiographie:

Thorax	
Estomac	Normal
Colonne vertébrale	

Les réflexes sont normaux.

29 *mai* 1942:

Sang.

Hémoglobine	116%
Globules rouges	7,780.000
Globules blancs	14,450
Valeur globulaire	0.75
Eosinophiles	6%
Basophiles	1%
Juvéniles	1%
Stabs	7.5%
Segmentes	60.5%
Lymphocytes	22.5%
Monocytes	1.5%
Mégaloblastes orthochromatiques	0.5%

30 *mai* 1942:

Temps de coagulation	5 minutes.
Temps de coagulation	5 minutes.

31 *mai* 1942:

Examen du fond de l'œil par le docteur J. Lamoureux.

Aspect normal.

Veines centrales de la rétine très dilatées aux deux yeux.

En présence de toutes ces constatations, nous avons porté un diagnostic de maladie de Vaquez et nous avons institué le traitement à la phénylhydrazine.

Ce qui est intéressant à retenir c'est qu'il venait consulter pour des troubles consécutifs à sa chute il y avait un mois. Les malaises antérieurs, ils les attribuait au surmenage physique.

UN CAS DE FRONTO-ETHMOÏDITE SURAIGUË AVEC ABCÈS ORBITAIRE SOUS-PÉRIOSTIQUE [1]

Par **Hubert-Wilfred TOUGAS** [2],
Interne en chef dans le service d'Oto-rhino-laryngologie,
New York Polyclinic Medical School and Hospital.

L'agent pathogène capable de causer une infection, peut agir de diverses manières. Tantôt il agit lentement, tantôt rapidement mais rarement revêt-il un caractère fulminant comme dans le cas présent qui dut être opéré quatre heures et demie après le début des symptômes. C'est la raison qui nous a poussé à présenter ce cas.

Afin de mieux suivre l'évolution ultra-rapide de cette infection, passons brièvement en revue l'anatomie et les anomalies des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales.

Anatomie

Les sinus frontaux, absents à la naissance, se développent aux dépens de petits bourgeons venant des cellules ethmoïdales antérieures. Le prolongement supérieur de ces bourgeons vers l'os frontal formera une cavité de chaque côté de la ligne médiane qui sera plus tard le sinus frontal. Une radiographie en antéro-postérieur ou position de Waters chez un enfant de trois ans nous montre un sinus frontal ayant les dimensions d'un petit pois. Lentement, la cavité s'étend dans l'os frontal, devenant assez considérable à l'âge de six et huit ans. Ce n'est cependant qu'entre les âges de dix-sept et vingt-deux ans que le sinus atteint son plein développement (Law).

Les cavités frontales peuvent s'étendre également de chaque côté de la ligne médiane, ou elles progresseront plus rapidement d'un côté que de l'autre entraînant la formation de cavités à contours variés. En moyenne, d'après Hajek, le sinus frontal s'étend de la ligne médiane jusqu'à l'échancrure sus-orbitaire, la limite supérieure constituant une arche de forme régulière. Les cellules ethmoïdales apparaissent à la naissance. Elles sont situées entre la lame criblée de l'ethmoïde, le mur interne de la cavité orbitaire et le bord inférieur du cornet moyen. On les divise en antérieures et postérieures de nombre et de volume variables. Dans la majorité des cas, on trouve huit cellules antérieures et six postérieures, ces dernières étant les plus étendues.

Anomalies

Les sinus frontaux présentent souvent des anomalies dont voici les plus fréquentes:

1. — Plusieurs sinus frontaux. On en a trouvé jusqu'à six, séparés les uns des autres par des cloisons osseuses.

2. — Absence des deux frontaux.

3. — Absence d'un sinus frontal.

4. — Présence de bourgeons frontaux sans cavité.

---

1. Observation présentée par l'auteur à la *Société Médicale* du « New York Polyclinic Medical School and Hospital », le 2 fév., 1942.

2. Actuellement enrôlé dans l'armée américaine, et stationné à Fort Dupont, Delaware, avec le grade de lieutenant.

5. — Extension des cavités entre la table horizontale et verticale de l'os frontal.

6. — Extension et envahissement de l'os sphénoïdal.

7. — La continuation du sinus jusqu'au nerf optique entre le plafond de l'orbite et la table interne de l'os frontal. C'est là l'anomalie en évidence chez notre petit patient.

Les cellules ethmoïdales, véritables vagabondes, peuvent envahir les sinus frontaux, les sinus maxillaires, les ailes du sphénoïde, le plancher de la fosse cérébrale moyenne et le processus ptérygoïde. On les rencontre souvent au-dessus et au-dessous de la cavité orbitaire.

Observation.

Voici maintenant l'histoire pathologique de notre bambin et l'intervention que nous avons dû pratiquer dans ce cas.

A. D., âgé de huit ans, est admis à la salle d'urgence le soir du 15 septembre, 1941. Il se plaint d'obstruction nasale, de fièvre et d'extrême faiblesse. Il porte un plâtre recouvrant tout le thorax et le cou. La mère nous raconte que deux semaines auparavant l'enfant avait été opéré pour torticolis congénital droit. Soupçonnant une infection des voies respiratoires supérieures, nous enlevons le plâtre afin de compléter l'examen physique. L'enfant apparaît malade, sa température est à 103° F. L'auscultation des poumons ne révèle aucun signe pathologique. La gorge présente des amygdales très hypertrophiées et recouvertes de minces membranes blanchâtres. La muqueuse pharyngée est hyperémiée et envahie de petits nodules lymphoïdes infectés. La muqueuse nasale, surtout à gauche, est congestionnée et œdématiée. Le méat moyen gauche laisse s'échapper une mince couche d'exsudat verdâtre. Une vive douleur est provoquée à la palpation de la région frontale gauche au point de Ewing. L'enfant est hospitalisé dans le service de médecine. Le lendemain matin à neuf heures, la température est normale et le patient semble en voie de guérison. A onze heures, aucun changement. A onze heures et demie, trente minutes plus tard, l'enfant a un frisson qui dure trente-cinq minutes et pendant ce temps, la température s'élève à 105 F°. En même temps, on note à gauche un œdème des paupières supérieures et inférieures avec légère proptose du globe oculaire. A deux heures de l'après-midi, le service médical fait voir l'enfant dans le service de rhinologie, où les constatations suivantes sont faites. Le nez révèle une muqueuse rouge et tellement congestionnée qu'elle adhère à la cloison nasale. Un pus épais et verdâtre s'écoule des méats supérieur et moyen gauches. Les paupières du même côté sont devenues rouges et œdématiées au point qu'elles ne peuvent être ouvertes. La proptose du globe oculaire est exagérée et les excursions des mouvements de l'œil sont limitées. Nous diagnostiquons une fronto-ethmoïdite suraiguë avec abcès orbitaire sous-périostique. Ce diagnostique est confirmé par la radiographie qui fait voir une pansinusite gauche.

Devant un tel cadre, l'acte chirurgical s'impose et l'enfant est immédiatement transporté à la salle d'opération.

INTERVENTION

Un incision curviligne est pratiquée longeant le bord supérieur de l'orbite, depuis l'angle interne jusqu'au trou sus-orbitaire. Tous les téguments sont traversés jusqu'au périoste qui est relevé, nous donnant une complète vue du plafond et du mur interne de l'orbite. L'incision du périoste fait jaillir un drachme environ de pus nauséabond. L'os planum présente une petite superficie de nécrose, à travers laquelle s'écoule le pus prenant naissance dans les cellules ethmoïdales antérieures. Ce tissu de nécrose est enlevé et par l'ouverture, les cellules ethmoïdales sont drainées au moyen d'un drain-cigarette. Le curettage des cellules ethmoïdales est remis à une date ultérieure.

L'hémoculture revient négative bien que les cultures du pus prélevé au niveau du nez et l'abcès orbitaire, aussi bien que les frottis révèlent la présence de staphylocoques dorés en abondance. Une thérapeutique sulfaminée est immédiatement instituée, la concentration

sanguine varient entre 6 et 8 milligrammes pour cent.

Deux jours plus tard, nouveaux frissons, aussi marqués qu'à l'arrivée de l'enfant et la température monte à 106° F. L'œdème de la paupière a tendance à diminuer mais le pus est très abondant aussi bien au niveau du méat moyen qu'au niveau de l'ouverture.

Une semaine plus tard, l'œdème et la proptose sont presque disparus, mais il y a encore écoulement abondant de pus. L'enfant se comporte à peu près de la même manière jusqu'à sa seconde apparition dans la salle d'opération, où l'opération de Lynch est pratiquée deux semaines plus tard.

C'est cette opération qui nous a fait voir une anomalie du sinus frontal gauche, rare à cet âge. Les dimensions de ce sinus étaient en effet hors de proportions avec tout ce que nous avions imaginé. La cavité s'étendait en haut jusqu'à la limite antérieure des cheveux, en dehors, jusqu'à l'angle externe de l'orbite, en arrière, jusqu'à l'angle postérieur de cet orbite. Le sinus était rempli de tissu polypoïde nageant dans un pus épais et abondant. Le sinus est curetté sur toutes ses surfaces, à l'exception d'une petite superficie de la muqueuse qui échappe à l'opérateur. Les cellules ethmoïdales et sphénoïdales qui présentent les mêmes troubles pathologiques sont curettées du même coup. Un drain-cigarette est plongé dans l'orifice pratiqué et communique avec le méat moyen, alors que l'incision orbitaire est suturée.

Les suites opératoires cette fois sont normales, bien que des décharges purulentes moins abondantes persistent au niveau du méat moyen pendant les trois semaines, alors que l'enfant est revu à tous les deux jours à la clinique. Nous décidons alors de faire un examen de contrôle de cet immense sinus frontal, de crainte que quelques parcelles de muqueuses infectées soient à l'origine de l'écoulement. Nos craintes sont justifiées par la présence de tissu de granulation infecté et caché sous le rebord orbitaire antérieur. Ce tissu est de nouveau curetté, la cavité est examinée dans tous ses recoins au moyen d'un petit miroir pharyngé et le cornet moyen est enlevé pour assurer un drainage complet.

Cette troisième intervention a, cette fois, les résultats les plus heureux. Tout écoulement cesse, la plaie se ferme normalement, ne laissant qu'une légère dépression à l'angle interne de l'orbite.

Conclusion

Ce cas nous invite donc à être en garde:

1. — Contre les infections suraiguës et ultrarapides des sinus frontaux et ethmoïdaux.

2. — Contre les anomalies des sinus frontaux chez des jeunes.

3. — Contre tout tâtonnement dans le diagnostic.

4. — Contre tout délai dans l'acte chirurgical.

5. — Contre la possibilité d'une récidive, si quelque particule de muqueuse est oubliée par le chirurgien.

REVUE GÉNÉRALE

LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË ÉPIDÉMIQUE
(Paralysie infantile)

Par **Albert LeSAGE.**

I. Définition. Je désire attirer l'attention des médecins sur une *maladie grave* sévissant à l'état épidémique durant certains mois de l'année, et suivie, presque dans chaque cas, de séquelles graves, permanentes et incurables trop souvent. Il s'agit de la *poliomyélite antérieure aiguë épidémique* que l'on désigne, à tort, sous le nom de *paralysie infantile*, car il s'agit, avant tout, d'une *maladie infectieuse, contagieuse* et épidémique *dite de Heine-Médin, due à un virus filtrant situé dans les cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière et dont l'évolution peut se terminer par la guérison complète*, ce qui est rare, *ou s'accompagner d'une paralysie affectant un ou plusieurs membres.*

Telle est, en peu de mots, la définition qui convient le mieux à cette maladie.

Il y avait, le 20 août, 42 cas à Montréal, dont 21 morts, et 7 cas ailleurs dans la province de Québec.

II. Symptômes. Le début ressemble à un rhume banal, ou à de la grippe, ce mot commode qui masque notre ignorance, nous dispense d'un long effort ou de la moindre enquête. Avant tout, la notion d'épidémicité doit nous *guider*. On songe, alors, à la *poliomyélite*; on s'empresse de prescrire le traitement approprié et *d'imposer l'isolement*, car la période d'incubation s'étend de quelques heures à un ou trois jours.

Le malade, au début, présente les signes d'un coryza ou d'une *trachéobronchite*, que tous connaissent. En même temps, apparaissent les troubles digestifs: anorexie, stomatite, angine, vomissements, diarrhée dans certains cas.

Bien entendu, la fièvre est très élevée, mais elle oscille; le pouls est rapide, la céphalée existe au front, à la nuque et à la colonne vertébrale. A ces signes, qui évoluent rapidement, s'ajoutent bientôt de l'hyperesthésie cutanée et musculaire, de la photophobie, un peu de raideur de la nuque, de l'exagération des réflexes. Mais le signe le plus grave, c'est *l'arrêt de la respiration* due à une paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme à cause de l'envahissement du bulbe, siège du centre respiratoire.

Le docteur Kenny, de Minneapolis, a publié certains travaux démontrant que la période de paralysie flasque est précédée d'une étape presque toujours ignorée constituée par les signes suivants:

1° *Une fibrillation musculaire* due à une irritabilité excessive des muscles dont la contraction peut être suivie d'un état spasmodique tel que la flexion exige une grande force. Ce spasme comprend les muscles de la nuque et du dos, les muscles pectoraux et ceux de la respiration, le quadriceps et les biceps du bras. Il s'étend aux fléchisseurs de la hanche.

2° *Une incoordination partielle* due à une contraction douloureuse de certains groupes de muscles provoquant une arythmie dans l'accomplissement d'un acte intentionnel. Dans ces cas un muscle se substitue à un autre pour accomplir un mouvement. C'est de l'arythmie de contraction musculaire.

3° *Un trouble mental* qui consiste dans une impossibilité de la part du malade, d'accomplir un acte conscient avec un certain groupe de muscles en dépit de l'intégrité des racines nerveuses. Il s'agit d'un « block » physiologique plutôt qu'organique appelé « aliénation mentale ».

III. Evolution. L'évolution est rapide. Au bout de trois ou quatre jours, la paralysie fait son apparition. Elle est diffuse ou localisée, mais il arrive aussi qu'elle constitue la première manifestation évidente de la maladie. Ignorée, la veille, de l'entourage de l'enfant qui ne se plaignait guère, on constate, le matin, qu'il est impotent dans son lit, à la grande

surprise de tous. Ceci démontre que le moindre malaise, chez l'enfant, doit être l'objet d'une enquête sommaire: le *thermomètre rectal*. Voici une précaution essentielle que nos médecins

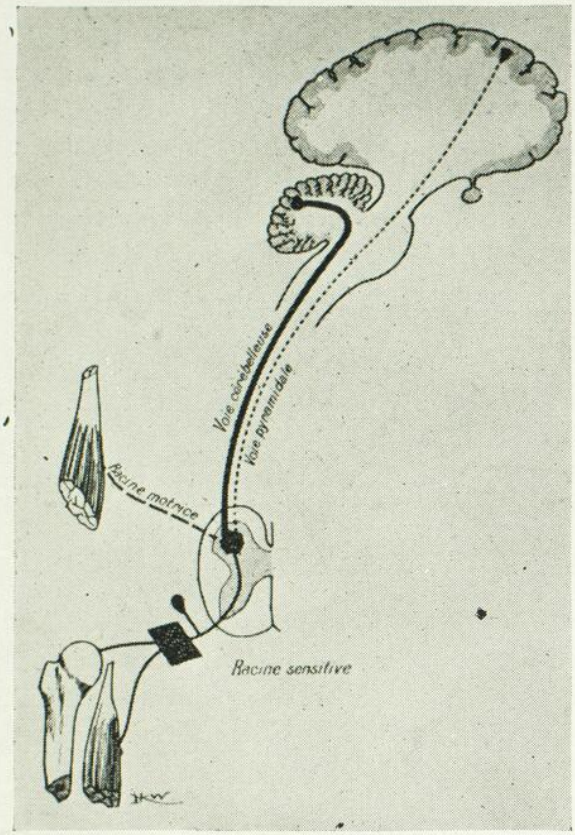


FIG. 1.
Renflement bulbaire face au cervelet, siège du centre respiratoire.

doivent enseigner à toutes les mères. Nous pourrions, ainsi, prévenir des complications graves. Souvenons-nous que l'enfant, surtout s'il est jeune, ne se rend pas compte des malaises qu'il ressent. Cela exige beaucoup d'attention, dans son entourage, surtout en cas d'épidémie. Soyons avertis.

Nous voici donc à la période des paralysies. L'enfant conserve sa lucidité d'esprit. Il y a abolition des réflexes: la sensibilité est conservée, peut-être exagérée; les sphincters sont intacts. La paralysie peut être généralisée ou localisée: paraplégie, monoplégies atteignant les membres supérieurs ou inférieurs: le cou, le tronc, les muscles abdominaux, dont l'atrophie progressive entraîne une impotence partielle ou complète, passagère ou permanente.

Je ne veux pas discuter, ici, chacune de ces formes. Ce serait mettre de la confusion là où je veux simplement rappeler certaines notions essentielles qui éveillent l'attention de nos médecins. Il s'empresseront, nul doute, de donner aux mères les conseils utiles pour préserver les enfants.

IV. PATHOGÉNIE. J'ai dit, plus haut, que la cause de cette maladie grave est un *virus filtrant* recueilli par l'appareil naso-pharyngien d'où il peut passer bientôt dans le sang pour se loger, en dernier lieu, dans les cornes antérieures motrices de la moelle épinière. Les cellules qui s'y trouvent sont infectées, sidérées, partiellement ou complètement, et définitivement détruites.

Si on veut bien consulter les figures 2 et 3, on pourra facilement comprendre la genèse de cette lésion pathologique...

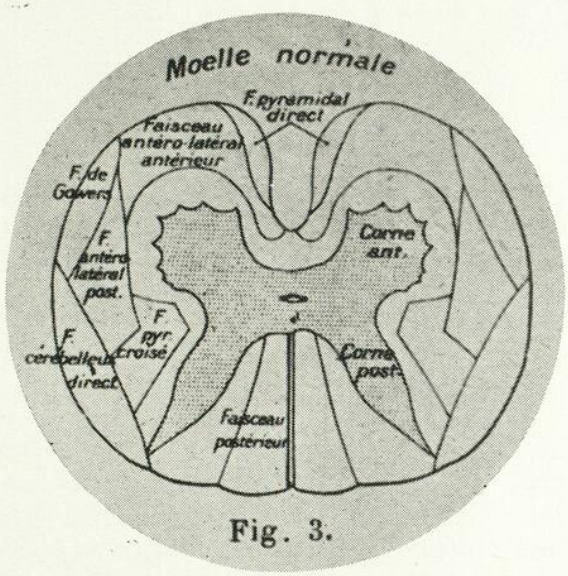


FIG. 2.
Moelle normale
Région antéro-latérale, motrice,
Région postérieure, sensitive.

V. DIAGNOSTIC. 1) On peut confondre la poliomyélite aiguë avec la *méningite cérébro-spinale épidémique*. Celle-ci apparaît surtout au printemps; elle s'accompagne d'herpès; le liquide céphalo-rachidien est trouble, il contient des polynucléaires et des méningocoques. Elle cède rapidement avec le sérum antiméningococcique. La poliomyélite apparaît surtout en été; le liquide est clair; il contient des lymphocytes, mais aucun germe.

2) *La méningite tuberculeuse* évolue, d'autre part, très lentement: des semaines, des

mois même. Elle s'accompagne surtout de troubles mentaux, au début, puis, plus tard, de lésions oculaires graves. La température peut atteindre, à la période aiguë, des chiffres de 105-106 ou davantage. La céphalée est intense et l'enfant pousse des cris. Le liquide C.R. renferme des lymphocytes en si grande

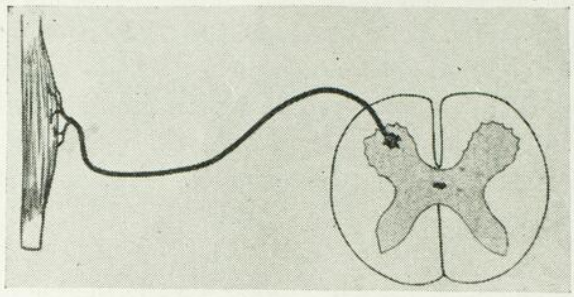


FIG. 3.
Moelle normale
Corne antérieure — racine — nerf — muscle.

abondance que le champ du microscope apparaît bourré de grains de plomb. Peu à peu le petit malade entre dans la période de contractures: position de chien de fusil, opisthotonos, etc. D'ailleurs, l'évolution rapide de la poliomyélite aide à trancher le diagnostic.

3) *La méningite syphilitique* est révélée par le B. W.

Inutile de charger le tableau, cela suffit.

VI. TRAITEMENT.

1) *Préventif.* S'il s'agit d'une épidémie ou d'une endémie, il faut, sans hésiter, isoler les enfants de la masse, soit à domicile ou à la campagne, en vue de la contamination possible de l'entourage, car *l'adulte peut aussi en être atteint*: *écoles,* couvents, collèges, voisinage, etc. On fait d'abord l'examen de la bouche: dents cariées, amygdales infectées ou hypertrophiées, adénoïdes; ceci concerne aussi tous ceux qui sont indemnes.

Puis, le médecin ou notre garde-malade procède à la désinfection locale: gargarisme, si l'enfant peut le pratiquer, sinon lui faire absorber des limonades, sucer des tranches de citron dont il imprègne sa bouche plusieurs fois par jour. On peut, aussi, pratiquer des badigeonnages à l'*argyrol* à 10%, au *bleu de méthylène* en solution concentrée, une ou deux fois par jour sans craindre de provoquer la nausée ni de teinter la langue et les joues. Ce traitement s'applique à tous les membres de la famille, malades ou non.

Le nez doit aussi être l'objet d'une investigation. On doit pratiquer des attouchements légers trois ou quatre fois par jour aussi haut que possible avec un petit tampon de coton hydrophile monté sur une tige et plongé préalablement dans une solution d'*argyrol,* de *sulfanilamide* (important), de *métaphédrine,* de *goménol* ou autres préparations similaires annoncées partout dans les journaux de médecine. J'ajoute qu'en cas d'épidémie, l'enfant qui a de la fièvre *doit être maintenu au repos au lit.* Ceci est très important, qu'il s'agisse de poliomyélite probable ou de toute autre maladie. C'est de la prévoyance. Avis donc à nos médecins et aux parents. De plus, l'isolement doit être prolongé durant 14 jours après la disparition constante de la fièvre, pour prévenir la contamination.

2) *Actif.* Je n'ose pas écrire *curatif.* Nous possédons, à l'heure actuelle, à l'hôtel de ville de Montréal, du sérum des convalescents que les médecins peuvent se procurer sur demande. Nous en conseillons l'emploi à une dose élevée. Il n'y a pas de limite pour un sérum. On ne doit pas craindre de donner des doses élevées: 200 à 300 c.c. en *24* heures ou *36* heures, pour neutraliser les toxines; on procède plus lentement avec un vaccin.

Il y a aussi le *sérum de Pettit,* autrefois de l'Institut Pasteur, en injections intrarachidiennes de 10 c.c. durant quatre jours consécutifs, associées à des injections intramusculaires de 50 à 60 c.c. par jour durant 4 à 5 jours pour atteindre la dose de 300 c.c. Approuvé par l'Académie de Médecine de Paris, il a réussi, en France, à abaisser la mortalité à 5%. Malheureusement, nous ne pouvons pas nous en procurer. C'est dommage.

Les sulfamidés constituent un essai nouveau dans le traitement de cette maladie. Nous savons peu de chose des résultats, mais son emploi est justifiable en pareil cas.

La thérapeutique contre cette maladie est donc purement empirique. C'est ce qui m'incite à conseiller l'emploi du sérum salé et sucré en injections épidurales chaque jour, à une dose aussi considérable que possible, 10 à

20 c.c., après avoir soutiré la même quantité de liquide C.R., afin de constituer un milieu favorable pour revivifier la cellule malade.

On peut aussi associer les injections sous-cutanées à la dose de 150 c.c. chaque jour

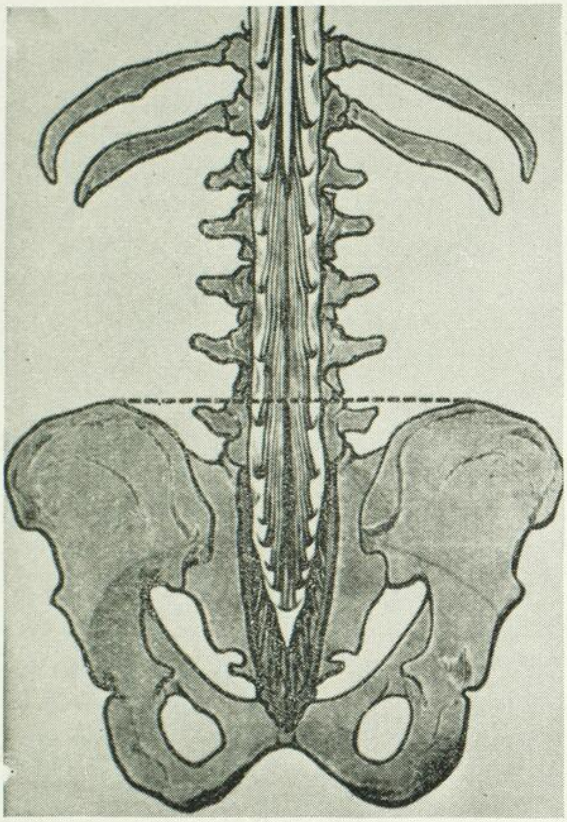


Fig. 4.
Canal médullaire, ligne pointillée indiquant l'endroit où enfoncer l'aiguille.

durant 3 ou 4 jours. Le sérum constitue un milieu physiologique qui nourrit la cellule malade. C'est une conception personnelle dans le traitement. Elle peut être très utile.

Note: Un autre point de la plus haute importance, c'est *le repos au lit durant* 15 *jours au moins,* sinon davantage, *pour éviter les secousses exercées sur les cellules malades,* par les mouvements spontanés ou provoqués — massages, électrothérapie, dont on use et abuse tant. *On doit attendre,* et ne pratiquer aucune de ces deux méthodes, si répandues et si dommageables. Si la cellule se récupère, le mouvement va réapparaître; si elle est détruite, c'est inutile et cela contribue à aggraver la contracture musculaire. Il faudra alors s'adresser à un orthopédiste. Le médecin doit, aussi, surveiller et prévenir *l'apparition des escarres* aux endroits qui appuient longuement sur le lit ou la dure: frictions légères à l'alcool, coussins sous le siège ou le talon. Ne jamais

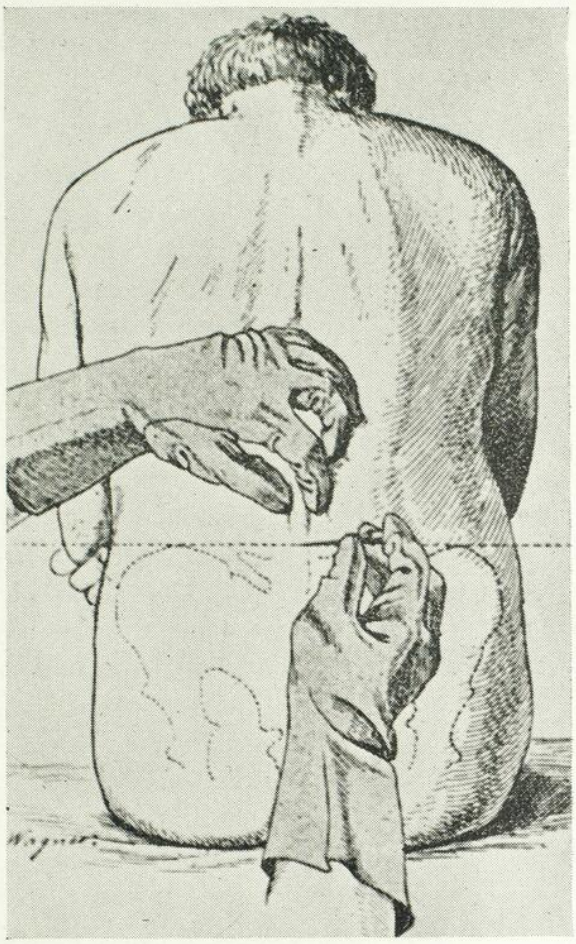


Fig. 5.
Ponction lombaire médiane — position assise, ligne de repère pointillée.

appliquer de compresses humides qui ramollissent l'épiderme et favorisent les escarres.

Eviter à l'enfant toute cause d'agitation.

Enfin, s'il y a menace d'asphyxie à cause de troubles bulbaires, on conduit, d'urgence, l'enfant dans un hôpital où on le place dans un appareil spécial: le *pulmo-respirateur,* lequel maintient le rythme de la respiration grâce à un mécanisme très ingénieux.

Telles sont les notions et directives essentielles sur ce sujet.

TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE AIGUË [1]

Par **Jean LAPOINTE,**
Ancien Moniteur de la Faculté de Médecine de Paris,
Fellow of the American Academy of Ophtalmology and Oto-Rhino-Laryngology,
Assistant à la Faculté de Médecine (Université de Montréal),
Médecin à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal).

I. Considérations thérapeutiques générales.

Il est bien difficile d'établir une thérapeutique d'emblée pour tous les cas d'infection de l'oreille moyenne. Malgré les moyens de prévention qu'on vient de vous énumérer et qu'on a observés, ignorés ou plus ou moins négligés d'appliquer, soit de la part du médecin soit de celle du malade, l'otite moyenne est constituée; et quoique l'on ait minutieusement épuisé, observé ou appliqué tous les procédés de diagnostic, l'on croirait peut-être le problème résolu. Une fois le diagnostic établi, ce n'est pas un effort scientifique bien extraordinaire, ce n'est pas encore un exercice de mémoire bien rigoureux, et ce n'est pas d'un praticien bien averti et soucieux de l'intérêt de son malade, consciencieux et prudent que de recourir spontanément à la glycérine phéniquée et de laisser guérir le malade sans plus de considération; et encore sait-il de quelle façon il faut l'employer et qu'elle a fait plus de mal que de bien chez de nombreux malades. Or, il n'y a pas de traitement unique, spécifique de l'otite moyenne; c'est un traitement infiniment variable dans certaines conditions et d'après certaines considérations d'ordre séméiologique ou anatomo-clinique; c'est un complexe médico-chirurgical qui demande, qui entraîne une interprétation clinique sérieuse, une collaboration étroite et désintéressée entre le praticien et l'otologiste. Il n'y a pas des maladies, mais des malades. Ce n'est pas la première fois qu'on le répète et l'expérience nous le rappellera souvent encore; le traitement variera donc dans chaque cas particulier.

On traite convenablement et admirablement une affection générale, une pneumonie ou une typhoïde, et quelquefois, trop souvent on néglige ou on ignore le traitement d'une complication otitique. La glycérine phéniquée, panacée universelle, et la pommade mentholée autrefois; aujourd'hui les sulfamidés malgré leur efficacité reconnue (il ne faut pas oublier leur danger également) ne sont pas toute la thérapeutique. Ce sont d'excellents moyens, mais encore faut-il savoir les utiliser, quand s'en servir, leur substituer une thérapeutique plus énergique, ne pas oublier que le traitement de l'otite n'est pas nécessairement et essentiellement un traitement médical, mais que la chirurgie, en otologie, a sa raison d'être, n'est pas une science à part et peut lui venir en aide et éviter des complications graves, qui, traitées à temps et non pas des semaines et des mois après l'accident du début, auraient pu être épargnées au malade. Les moyens thérapeutiques que nous possédons sont très nombreux, ils sont d'ordre médical ou chirurgical.

A) *Traitement médical.*

Ce sont tantôt des injections dans le conduit auditif dans le but de le désinfecter ou de le désobstruer, soit pour l'examen otoscopique, soit en vue du traitement ultérieur; tantôt des bains d'oreille ou des instillations, des collutoires ou des insufflations de poudre modificatrice, des lavages de la caisse ou de l'attique dans les suppurations qui se prolongent, tantôt l'aspiration mécanique du conduit et le drainage du conduit par la méthode des pansements secs ou des pansements humides; l'application du froid ou de la chaleur. Tous ces procédés constituent une partie du traitement de l'otite moyenne aiguë par voie externe; ils s'adressent surtout au conduit, à la membrane

1. Travail présenté à la *Société Médicale de Montréal,* le 19 mai 1942, lors d'un « Symposium sur l'otite moyenne aiguë ».

tympanique ou la caisse. D'autres procédés s'adressent aux voies tubo-tympaniques, surtout dans l'otite chronique; tels que le nettoyage, la désobstruction et la désinfection du rhino-pharinx, l'aération et le cathétérisme de la trompe d'Eustache, le toucher rhino-pharyngé appuyé ou massage de l'adénoïde, la cautérisation, la radiumthérapie ou la radiothérapie, selon certaines indications.

B) *Traitement chirurgical.*

Si l'infection s'est propagée et a dépassé la caisse, le traitement médical est presque toujours inefficace et nous aurons recours à la ponction aspiratrice de la caisse, à la paracentèse ou myringotomie, à l'antrotomie ou à la mastoïdectomie suivant les indications opératoires qui peuvent se présenter.

II. But du traitement.

On recommande de porter une attention particulière au traitement de l'otite pour deux raisons principales. 1. *Pour conserver la fonction auditive;* éviter le passage de l'otite aiguë à la chronicité, c'est-à-dire la suppuration interminable, des bourdonnements incontrolables avec ou sans vertige ou la surdité progressive ou souvent définitive. 2. *Pour éviter des complications sérieuses et même mortelles.* Les complications otogènes sont innombrables, particulièrement, la mastoïdite et la méningite.

III. Application thérapeutique clinique.

L'otite peut évoluer suivant la nature des microbes, leur virulence, leur terrain de résistance variée, suivant la forme clinique qu'elle présente, suivant l'âge où elle évolue, ou la constitution anatomique du milieu où elle s'est localisée ou propagée.

A. *Formes cliniques.*

1. L'otite moyenne aiguë congestive ou catarrhale.
2. L'otite moyenne aiguë exudative.
3. L'otite moyenne aiguë suppurée.

Ces formes peuvent se substituer l'une à l'autre ou s'individualiser; il est parfois difficile de les différencier, mais surtout au point de vue thérapeutique il est préférable de les étudier séparément.

B. *Evolution suivant l'âge.*

L'âge du malade donne une otite spéciale qui varie suivant qu'elle se manifeste chez le nourrisson, chez l'enfant, chez l'adulte ou chez le vieillard.

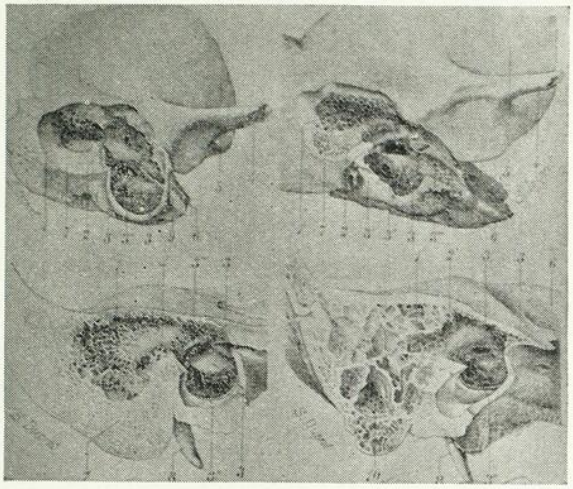


Fig. 1. — L'antre aux différents âges (Testut). De haut en bas et de gauche à droite; chez le nourrisson, l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

a) *Nourrisson.* Elle est fréquente, méconnue et grave. On n'y songe pas assez souvent, presque jamais. Et puis le signe de l'oreiller, la tache de pus sera le premier indice révélateur de l'otite. C'est la fièvre inexpliquée, l'amaigrissement, la diarrhée, les cris de l'enfant, et l'ensemble de troubles antérieurs dont une exploration minutieuse n'avait pu vous donner la cause (Lamoyez). Pas de glycérine phéniquée si l'oreille suppure, mais de l'eau oxygénée, boratée ou adrénalinée, de la sulfanilamine à 2%, du lysol ou du Soludagenan. Si l'otite est au stade congestif ou catarrhal, on peut employer la glycérine phéniquée ou mieux l'Auralgan; mais, se rappeler que cette otite ne se manifeste pas toujours par des signes otoscopiques apprécia-

bles, même par le spécialiste, qu'il faut parfois la rechercher systématiquement, la dépister, ne pas l'ignorer ou la négliger mais y penser toujours (Renaud). C'est que la paracentèse précoce et répétée même dans les cas douteux est indiquée, car le tympan épais du nourrisson se perfore difficilement et tard. Le bain

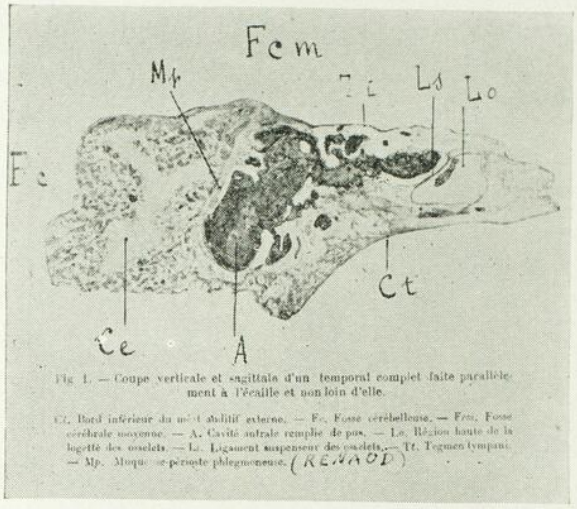


Fig. 1. — Coupe verticale et sagittale d'un temporal complet faite parallèlement à l'écaille et non loin d'elle.

Ct. Bord inférieur du méat auditif externe. — Fc. Fosse cérébelleuse. — Fcm. Fosse cérébrale moyenne. — A. Cavité antrale remplie de pus. — Lo. Région haute de la logette des osselets. — Ls. Ligament suspenseur des osselets. — Tt. Tegmen tympani. — Mp. Muqueuse-périoste phlegmoneuse. (RENAUD)

Fig. 2. — Coupe verticale et sagittale d'un temporal complet faite parallèlement à l'écaille et non loin d'elle.

Ct. Bord inférieur du méat auditif externe. — *Fc.* Fosse cérébelleuse. — *Fcm.* Fosse cérébrale moyenne. — A. Cavité antrale remplie de pus. — *Lo.* Région haute de la logette des osselets. — *Ls.* Ligament suspenseur des osselets. — *Tt.* Tegmen tympani. — *Mp.* Muqueuse-périoste phlegmoneuse. (*Renaud.*)

à l'eau oxygénée est suffisant et le nettoyage à l'aide de l'ouate stérilisée ou d'une poire caoutchoutée. Si des lavages sont nécessaires, avec la canule de Hartmann, ils seront pratiqués par l'otologiste lui-même en vue d'un examen otoscopique. Pas de mèche ni poudre dans le conduit.

b) *Chez l'enfant.* L'otite est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte à cause des infections rhino-pharingées telles que fièvres éruptives, adénoïdites aiguës, hypertrophie et infection amygdaliennes. Les accidents nerveux méningés marquent souvent le début de l'otite: agitation, raideur de la nuque, convulsions, vomissements, qui sont des signes d'irritation méningée. Ils cèdent très souvent par une paracentèse pratiquée à temps et qui peut aussi prévenir une méningite ou mastoïdite, et on pourra croire que ces malades sont des rescapés de méningite. C'est la cause la plus fréquente et la plus méconnue des convulsions. Toute fièvre inexpliquée peut avoir une cause dans l'oreille. Il faut rechercher le signe de Lallée ou douleur provoquée au niveau du tragus.

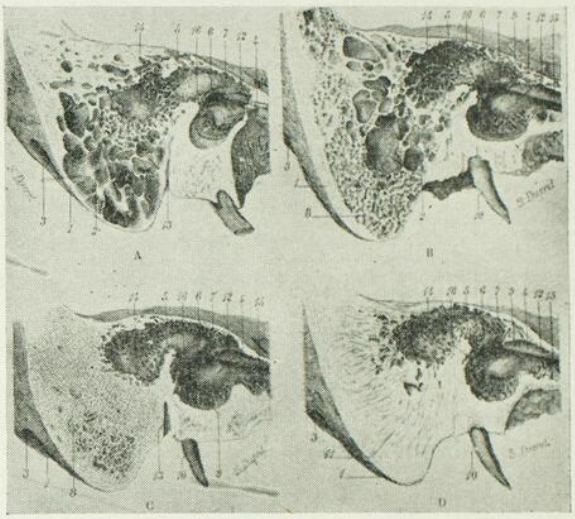


Fig. 3. — Les principaux types d'apophyse mastoïde — (*Lermoyez*).

Comme chez le nourrisson, le tympan ne donne pas toujours des signes révélateurs d'abcès. Quelquefois bombé ou vascularisé, souvent grisâtre ou blanc jaunâtre. Chez l'enfant, l'infection se localise, se manifeste plus facilement, la résistance est plus grande, on peut attendre quelques jours, quelques semaines, attendre que l'orage soit passée, attendre aussi les résultats d'une ou plusieurs paracentèses ou d'un traitement médical énergique. Après trois ou quatre semaines il faut que l'otite soit guérie et l'expérience a démontré qu'après cette période jugée raisonnable par tous les otologistes, on s'expose à la chronicité et aux complications mastoïdienne et cranio-encéphalique; dans ces cas la persistance d'un seul symptôme indique une trépanation mastoïdienne. Les parents se tourmentent peu pour des rages d'oreilles que les enfants présentent parce qu'on leur a dit que tous les enfants y

sont sujets; elles sont mises sur le compte de la dentition ou, si les oreilles présentent un écoulement éphémère, elles sont attribuées à de l'otite externe dont le médecin ne se préoccupe pas. « Or, ces petites otites à répétitions sont très graves; elles se répètent et se rapprochent et chacune d'elles pousse l'oreille d'un degré sur la pente qui l'amène au fond de la surdité, sans possibilité de ne pouvoir jamais la remonter ». (Lermoyez, Lubet-Barbon et Moure.) N'oublions pas que 60% des sourds le sont par suite d'une otite négligée dans l'enfance.

c) *Chez l'adulte ou le vieillard.* Il faut se rappeler qu'à cet âge le tympan se sclérose. 1) Il ne rougira pas et restera blanc, quelques vaisseaux filiformes cheminant le long du manche du marteau. 2) Il résistera à la pression du pus et ne cédera pas, il faudra se guider sur les phénomènes subjectifs et les troubles généraux, et pratiquer une paracentèse précoce; d'une part, si l'infection se manifeste plus difficilement pour des raisons histologiques, pour les mêmes raisons, d'autre part, l'infection aura tendance à se localiser, évoluera moins facilement dans le tissu osseux et se propagera, se diffusera moins facilement. L'oto-mastoïdite est moins fréquente à cet âge que dans l'enfance. L'otite du vieillard réserve des surprises plutôt désagréables. Elle est comme la pneumonie, grosse de dangers mais maigre de symptômes.

C. *Aspect histologique.*

Pour qu'il y ait mastoïdite, il faut trois conditions essentielles:

1° Antrite compliquée de rétention résultant de l'imperméabilité de l'aditus.

2° Cellulipe résultant de la diffusion de l'empyème aux groupes de cellules péritympaniques, péri-antrales, mastoïdiennes et paramastoïdiennes.

3° Réaction inflammatoire de la trame osseuse: périostite, ostéite et ostéomyélite.

Ces conditions seront d'autant mieux réalisées suivant la structure histologique du tissus osseux de la mastoïde. La diffusion de l'infection est très grande et rapide surtout chez le nourrisson et l'enfant, et l'on doit aux travaux de Renaud nos connaissances actuelles sur la question si discutée de l'oto-mastoïdite chez le nourrisson, dont l'existence a été démontré dans 90% des cas à l'autopsie des enfants morts de broncho-pneumonie ou gastro-antérite.

D. *Etiologie.*

La nature de l'affection en cause pourra aussi donner lieu à certaines variétés cliniques telles que l'otite grippale, l'otite scarlatineuse et l'otite diabétique.

1) *L'otite grippale.* Elle présente un caractère particulier, une tendance aux hémorragies du conduit et aux phlyctènes. Le tympan est recouvert de vésicules séreuses ou sanguinolantes, d'ecchymoses. Elle est souvent accompagnée de mastoïdite. Il ne faut pas recourir immédiatement à la paracentèse; il est préférable d'attendre quelques jours et si les phénomènes persistent et que la suppuration semble vouloir se produire, il faudra alors paracentèser, surveiller et interroger la mastoïde.

2) *L'otite scarlatineuse.* Celle-ci détermine les lésions osseuses mastoïdiennes et sa caractéristique, c'est sa grande rapidité; volatilisant le tympan et les osselets, elle produit des nécroses étendues et compromet l'audition. Son pronostic est extrêmement grave. Elle demande la paracentèse précoce, l'amygdalectomie et l'adénoïdectomie à chaud vers la deuxième semaine de la maladie et bien souvent une mastoïdectomie ou une cure radicale.

3) *L'otite diabétique.* Se méfier de cette forme car elle entraîne presque toujours une mastoïdite sans grandes réactions locales; il faut donc une intervention précoce: paracentèse ou mastoïdectomie et ne pas perdre un temps précieux par un traitement médical trop prolongé.

*
* *

TRAITEMENT PROPREMENT DIT.

I. *L'otite moyenne aiguë catarrhale.*

C'est la plus fréquente et la moins soignée, elle ne tue jamais, mais elle est la cause la plus fréquente des surdités progressives. Le traitement consiste à suivre trois indications principales (Lermoyez.) :

1° Calmer les douleurs.

2° Rétablir l'audition en favorisant la résolution spontanée afin de: a) racourcir la durée de l'otite; b) prévenir la formation d'un exulat séreux ou purulent; c) empêcher la production d'adhérence.

3° Ultérieurement, éloigner les récidives.

1) *Traitement local.*

A) *Calmer les douleurs.* Plusieurs moyens s'offrent à notre disposition. Ce sont d'abord: 1° les instillations intra-auriculaire, 2° les applications péri-auriculaires, 3° la physiothérapie.

1° Instillations. Elles consistent à maintenir dans l'oreille une solution médicamenteuse chaude, car la chaleur est un excellent analgésique. On pourra recommander d'abord une solution de sérum physiologique aussi chaude qu'elle peut être supportée, qui peut être employée soit sous forme d'instillation ou soit sous forme d'un bain d'un quart d'heure. On aura soin de s'informer de la susceptibilité individuelle de la peau avant de prescrire la glycérine phéniquée qui est indiquée à cette période de l'otite. Cette solution est caustique et peut entraîner une otite externe médicamenteuse, (c'est-à-dire une pyodermite par inoculation des microbes, sur les points érodés du conduit,) ce qui rend le traitement difficile et accroît les souffrances du patient. Employée généralement chez l'adulte à 5%, on doit la réduire chez l'enfant à un pour 40. Elle peut même être employée jusqu'à 10% par l'otologiste qui peut suivre son malade attentivement. Il ne faut pas l'employer, si le conduit a été irrigué préalablement, s'il existe la moindre sécrétion séreuse venant de la caisse ou du conduit, à plus forte raison, s'il y a suppuration où elle est contre-indiquée. Surtout il ne faut pas commettre l'erreur de l'étendre d'eau pour atténuer sa causticité car la glycérine hydratée libère ses ions caustiques et peut amener l'irritation et même la nécrose du conduit ou du tympan. Enfin, avant de l'employer, il est à recommander d'enduire tout le pourtour du pavillon et du conduit avec une légère couche de vaséline stérilisée et de la renouveler au besoin. Une solution de chloral et de résorcine pourra peut-être la remplacer, on la recommande dans l'otite grippale. Enfin, l'Auralgan, médication récente, semble donner d'excellents résultats. Elle est légèrement antiseptique, surtout non irritante, et agit surtout par déshydratation. Son action décongestive, jointe à la chaleur, semble un médicament idéal à cette phase de l'otite.

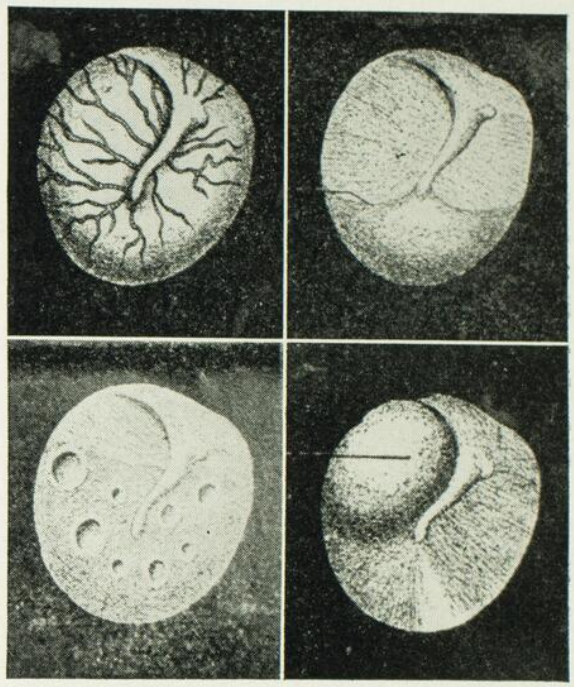


FIG. 4. — Otite catarrhale; otite exudative; otite grippale; otite suppurée. (*Laurens.*)

2° Applications péri-auriculaires. Si les moyens précédents ne sont pas suffisants, on aura recours à la chaleur. Ce sera d'abord des enveloppements humides du pavillon, de la région mastoïdienne et des zones environnan-

tes du crâne et du cou. On aura soin d'interposer de l'ouate entre le pavillon et la mastoïde ou en avant du tragus, pour éviter des compressions douloureuses, et de recouvrir le tout d'une toile huilée pour éviter l'évaporation et compléter par ouate hydrophile. Ce pansement devra être renouvelée aussi souvent que nécessaire ou y maintenir la chaleur à l'aide d'un sac d'eau chaude.

3° Physiothérapie. Le sac d'eau chaude, le coussin électrique, la diathermie, les ondes courtes et même la radiothérapie semblent être indiqués dans cette phase de l'otite.

2) *Traitement général.*

A ce traitement local il sera bon d'associer:

1° Une médication sédative. Un des nombreux anti-pyrétiques auquel on ajoutera 0.25 ctgs. de sulfate de quinine pour décongestionner l'oreille. Il faut faire dormir le malade et on lui prescrira le chloral de préférence; et on s'abstiendra des opiacés qui provoquent une congestion céphalique et accentuerait la douleur au réveil.

2° Une médication dérivative.

a) D'abord les laxatifs qui ne risquent pas de faire vomir et de réveiller les douleurs. On recommande le sulfate de soude.

b) Des bains de pieds chauds.

c) Des tisanes chaudes pour faire transpirer le malade.

3° Une médication anti-infectieuse. C'est ici qu'on pourra employer au choix les sérums, les vaccins, les sels d'argent, la Septicémine, le Lantol et toute la série des produits sulfamidés qui, de nos jours, font des merveilles, mais qu'il faut savoir utiliser, surtout à l'hôpital, à l'aide d'un contrôle du laboratoire et de l'état général.

4° Des soins hygiéno-diéthétiques sévères. Dans les cas bénins, garder la chambre, surtout en hiver. Repos et diète, dans les cas sérieux, garder le lit de préférence la tête haute, position demi-assise, le cou libre, couché sur l'oreille saine et dans une chambre fraîche. Il ne faudra pas oublier l'antiseptie du nez et de la gorge, laquelle sera strictement effectuée pendant et après l'otite.

B) *Rétablissement de l'audition.* Il ne faut pas compter toujours sur une issue favorable, quoique cette otite si elle est bien traitée évolue généralement vers la guérison spontanée. Il existe des moyens d'empêcher des lésions de se produire: enfoncement du tympan, synéchie, rigidité des osselets qui sont la cause de troubles auditifs définitifs:

1° L'aération de la caisse par le procédé de Politzer dont l'efficacité est grande.

2° Le massage du tympan.

3° Les ondes courtes.

4° La radiothérapie.

Comme ces différentes méthodes font partie d'un chapitre de thérapeutique spéciale nous n'insisterons pas davantage, et nous ne ferons que les signaler et vous recommander de diriger votre malade vers un confrère de votre choix, pour entreprendre le plus tôt possible un traitement qui doit être commencé aussitôt que les phénomènes aigus sont totalement disparus.

C) *Prévenir les récidives.* Cette affection est sujette aux récidives; elle est toujours liée à l'existence d'une lésion nasale ou rétro-nasale. C'est ici que le traitement prophylactique a son indication particulière.

II. *L'otite exudative.*

L'otite moyenne a franchi le stade congestif ou simplement catarrhal pour en arriver à la formation d'un exudat; c'est la deuxième étape de l'injection qui tantôt s'y arrête, tantôt la brûle pour aller jusqu'à la suppuration (Larmoyez). Cet exsudat a une action antiseptique et quoique positif au début, il devient stérile (Lannois). Il n'y a pas à redouter ni mastoïdite ni accidents septiques, ni complications cérébrales, mais c'est la tendance à la chronicité ou la tendance aux récidives. Le pronostic doit être réservé. Le malade, comme son médecin, doit être mis en garde et au courant de la question. Il ne faut lui promettre ni

une prompte guérison, ni l'absence de récidives, ni la disparition complète de sa surdité ou des bourdonnements. On peut lui promettre que, s'il se soumet à des règles d'hygiène et s'il peut suivre un traitement convenable, il ne présentera pas de suppuration et n'aura pas de complications. Ce traitement comprend la douche d'air ou le cathétérisme selon leurs indications respectives et la paracentèse du tympan ou la ponction aspiratrice ou thérapeutique de la caisse, qui semble aujourd'hui présenter certains avantages quoiqu'elle ne soit pas encore de pratique courante et qui, d'ailleurs, comme la précédente, ne peut et ne doit être pratiquée à tous propos, mais qui semble ici bien indiquée et fortement recommandée dans cette forme. La décongestion de l'oreille par l'Auralgan, le régime hygiéno-diététique, les traitements physiques (ondes courtes et radiothérapie à petites doses et longtemps continues), amèneront sans doute une amélioration sinon la guérison; enfin on n'aura recours aux traitements chirurgicaux que si l'on n'a pas obtenu de résultats.

Toutefois, il faut être prudent, le moins interventionniste possible, dit Laurens. « Il en est des épanchements catarrhaux et séreux intra-tympaniques comme de celui de toutes les cavités closes où le trocart doit être pris seulement dans des conditions déterminées; mais il faut savoir attendre, il faut savoir agir à temps, et si après avoir tenté un traitement résolutif rigoureux, l'épanchement persiste, ainsi que la surdité, il faudra pratiquer la paracentèse », et nous croyons que nous devons nous en tenir aux mêmes indications quant à la ponction de la caisse qui semble vouloir se substituer à la paracentèse.

III. *L'otite moyenne aiguë suppurée.*

Le traitement comporte deux indications:

a) prévenir les accidents immédiats dus à la rétention du pus, par l'incision et le drainage;

b) prévenir les accidents tardifs dus à l'infection secondaire.

Toute otite moyenne purulente aiguë ne condamne pas le malade à la paracentèse. « Le radicalisme de ceux qui incisent systématiquement le tympan, et l'absolutisme de ceux qui s'en abstiennent par routine, laissent dans leur intervalle, une place pour un sage opportunisme auquel nous devons nous rallier. Très différente sera notre manière d'agir selon que nous interviendrons avant ou après la perforation du tympan. Avant, nous sommes maître de la situation, après nous ne pouvons que subir le cours des événements. »

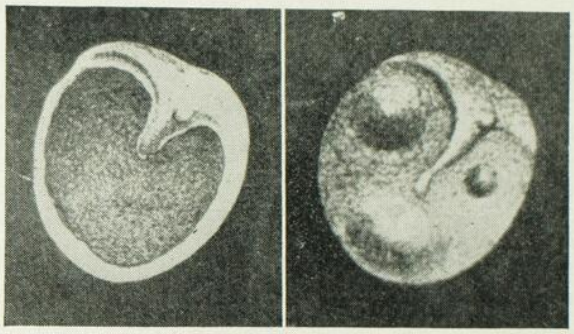


FIG. 5. — Tympan dans l'otite scarlatineuse — nécrose. Otite grippale. Phlyctènes. (*Laurens.*)

Le traitement différera complètement:

1° si le tympan n'est pas encore perforé;

2° si la tympan est perforé.

1° *Le tympan n'est pas encore perforé.*

Il y a indication d'évacuation du pus. Pour ce qui est des médecins, la majorité est abstentionniste, soit par négligence ou insouciance, soit systématiquement. Elle redoute toute intervention active et institue un traitement par instillations et une médication calmante et laisse à la nature le soin de guérir leur malade. Leur argument se comprend: a) pourquoi recourir aux soins d'un otologiste lorsque le tympan se perfore seul; b) l'otite guérit spontanément bien souvent; c) la paracentèse faite par un auriste n'empêche pas toujours les complications. Il existe dans cet argument une petite part de vérité et une grande part d'erreur.

Contre-indications de la paracentèse. Elle ne doit pas être pratiquée même si le tympan est

rouge et paraît bombé: a) lorsque les douleurs d'oreilles sont modérées; b) lorsque l'audition n'est pas notablement diminuée; c) lorsque la fièvre est modérée; d) lorsque les réactions labyrinthiques et encéphaliques sont nulles. Mais pour justifier l'abstention il faut que toutes ces conditions soient simultanément remplies. Il faudra agir comme dans l'otite catarrhale; les applications humides chaudes et la glycérine phéniquée ou de l'Auralgan et activer la résolution de l'otite. On verra le tympan pâlir et se rétracter, l'audition revenir et les douleurs diminuer d'intensité. C'est une affaire de sens clinique que de savoir quand cesser ce traitement.

Indication de la paracentèse. Elle doit toujours prévenir la perforation spontanée. Si l'on hésite à la pratiquer, il vaut mieux se décider à la faire que de s'abstenir, car une paracentèse inutile n'a peu d'inconvénient, tandis que l'omission peut entraîner la mort. Il faut la considérer dans deux cas particuliers.

A) Otites simples.

a) *Les douleurs* sont violentes, empêchent toute occupation, sont dues à la compression des nerfs de la caisse par l'exulat abondant sous forte pression. Il y a généralement dans ces conditions des douleurs mastoïdiennes, si les douleurs sont continues et croissantes. Quant à la rage d'oreilles, mal nocturne des enfants qui est vite oublié au réveil, elle n'appelle pas toujours l'aiguille à paracentèse.

b) *La surdité.* Elle doit être très accentuée, surtout si elle est labyrinthique.

c) *La fièvre* et le mauvais état général relevant de la lésion auriculaire et non de l'affection causale ou à une affection concomitante.

Pour justifier la paracentèse, il suffit d'un seul de ces symptômes. Quant aux indications autoscopiques elles sont utiles mais occupent souvent le second rang. « S'il y a discordance entre l'objectif et le subjectif, ce n'est que dans les enseignements fournis par le spéculum qu'il faut placer sa confiance. N'oublions pas que tel tympan simplement grossi par un œdème inflamatoire peut faire croire à tort à une caisse remplie de pus sous pression et qu'inversement tel tympan épais scléreux peut ne pas manifester à l'extérieur ce qui se passe derrière lui; aussi bien résulte-t-il de ces considérations que tous médecins attentifs appelés auprès d'un auditif aigu peut et doit même, en toute ignorance de l'examen du tympan, peser les indications d'une paracentèse ».

Sa valeur est incontestable. C'est une opération admirable qui a bien des fois sauvé la vie des malades. Trop timides ou peu au courant de la technique autoscopique, les plus anciens en méconnaissent les mérites. Certains la considèrent comme dangereuse et craignent la surdité secondaire. Ils s'abstiennent par ignorance ou déconseillent par préjugés et deviennent les fauteurs de graves accidents.

B) Otites compliquées.

a) Les symptômes cérébraux tels que céphalée, abrutissement, somnolence, stase papillaire, vomissements, raideur de la nuque et convulsions réclament la paracentèse d'urgence. Il se présente surtout chez le nourrisson et dans la seconde enfance. Tous ces signes disparaissent rapidement après la paracentèse. b) Les signes d'inertie du labyrinthe peuvent être mis en évidence par l'examen acoumétrique et l'examen vestibulaire. c) Complications péri-auriculaires. Dans ces cas, il est souvent trop tard pour amener la disparition des accidents. d) Dans l'otite aiguë au cours de la scarlatine et de la thyphoïde, on doit s'attendre à des lésions graves et rapides qui ne se manifestent pas généralement dans ces cas.

2° *Le tympan est déjà perforé.*

a) Perforation suffisante. On s'en assurera, par la cessation des douleurs, par la température normale; s'il n'y a aucun signe de réaction labyrinthique, par un examen autoscopique et de la suppuration.

b) Perforation insuffisante. Si les douleurs persistent, ainsi que la fièvre, et la réaction méningée, si après nettoyage du conduit, le pus réapparaît immédiatement et se reforme rapi-

dement, le drainage est insuffisant. Elargir la perforation et recourir à la mastoïdectomie, l'aiguille devant faire place à la gouge ou au maillet. Une fois la paracentèse faite, deux indications à remplir comme traitement consécutif:

1° éviter la rétention purulente;

2° éviter l'infection secondaire.

Les soins post-opératoires comprennent plusieurs méthodes.

1° Les bains d'oreilles généralement appliqués par le malade lui-même.

2° La méthode des pansements humides, c'est-à-dire les injections et lavages du conduit qui doivent être généralement pratiqués par l'auriste.

3° La méthode de pansements secs, c'est-à-dire le drainage du conduit par une mèche stérilisé accompagné d'un pansement occlusif.

De toute façon, les conditions d'un bon drainage c'est un nettoyage parfait du conduit auditif, et son asseptie et comme ces conditions sont difficiles à remplir par le malade lui-même, il faut souvent recourir à l'aide de l'otologiste.

Conclusions

1° Les affections aiguës de l'oreille se montrent avec une fréquence extrême. Il faut toujours y penser et les traiter avec beaucoup de soins.

2° Les affections de l'oreille sont extrêmement graves.

3° Elles entraînent des complications souvent mortelles ou alors des lésions chroniques qui, à leur tour, demanderont ou détermineront des complications analogues, ou des interventions chirurgicales sérieuses qui auraient pu être évitées si le traitement n'avait pas été négligé dans la période aiguë.

4° Elle guérit souvent sinon toujours si elle est reconnue et traitée convenablement et à temps.

5° L'otite n'est pas un symptôme, mais une maladie et son traitement a une répercussion immédiate sur tous les autres signes et la proposition inverse reste inopérante.

6° L'opération précoce précédée d'un dépistage précoce surtout chez le nourrisson et l'enfant peut sauver la vie à de nombreux enfants.

7° Le nombre d'otites méconnus chez le nourrisson est considérable et c'est trop souvent au laboratoire d'autopsie que l'on confirme ces « affirmations audacieuses » ou que l'on constate malheureusement la conclusion des travaux de Renaud et de bien d'autres auteurs qui ont suscité et trouvent encore de nombreux sceptiques.

8° En cas de soupçon de mastoïdite chez le nourrisson, on doit intervenir même en l'absence de signes locaux.

9° Les symptômes qui vous mênent au diagnostic d'otite chez les enfants sont plus souvent d'ordre pédiatrique qu'otologique.

10° Egalement la décision dans le choix du traitement est plutôt d'ordre pédiatrique qu'otologique. Le refus d'aliments, la déshydratation, la diarrhée, la fièvre sont des facteurs qui peuvent marquer soit une myringotomie, soit une trépanation mastoïdienne.

« Il faut la dépister quand elle est méconnue ou latente, la reconnaître à sa juste valeur quand elle est manifeste et ne pas la négliger ou l'ignorer mais la traiter convenablement et précocement. »

« Nous souhaitons une étroite collaboration entre l'otologiste et le pédiatre. »

Le traitement de l'otite comprend donc un ensemble de moyens thérapeutiques soit d'ordre médical ou chirurgical qui devraient être judicieusement appliqués et adaptés dans chaque cas particulier.

MOUVEMENT MÉDICAL

VERRES OPHTALMIQUES TEINTÉS[1]

Par **Emile BLAIN,**
Hôpital Notre-Dame (Montréal).

En ophtalmologie, cette question des verres teintés a toujours été reléguée au second plan. Encore, de nos jours, on semble s'en désintéresser facilement et la tendance veut que seuls, les lunettiers s'en chargent, au meilleur de leurs connaissances et de leur profit.

Pourtant, le problème en est un d'oculistique. Et l'on s'en rend bien compte, surtout à cette saison-ci de l'année, où tant de gens nous demandent conseil à ce sujet.

Pour être en mesure de formuler des directives dans ce domaine, il convient d'en connaître, au moins, les principes élémentaires. On s'aperçoit vite, en abordant cette étude, que c'est un nid à controverse, où la concurrence commerciale vient en conflit avec les exigences scientifiques. Hélas! le mercantilisme l'emporte, trop souvent, sur le bon sens physiologique et l'hygiène tout court.

Les grandes firmes d'optique inondent le marché d'une foule de produits, tous plus vantés et exploités les uns que les autres. Les consommateurs en voient de toutes les couleurs (c'est le temps ou jamais de le dire), et paient parfois, de leur confort visuel, la tapageuse réclame qu'on leur impose.

Pour s'y comprendre, un tant soit peu, il faut établir une théorie de base, sur laquelle on peut s'appuyer pour discuter; on doit, ensuite, étudier les qualités et défauts des spécimens en cours; puis, on peut alors, tirer des conclusions médicales pratiques au point de vue oculaire.

Raison d'être des verres teintés.

On peut dire, en principe, que la lumière solaire se compose de 39 pour 100 de radiations visibles (violet, bleu, vert, jaune, orange et rouge); de 60 pour 100 de radiations infra-rouges, et de 1 pour 100 de radiations ultra-violettes, ces deux dernières catégories, invisibles à l'œil.

Les radiations visibles sont salutaires, et l'on ne doit les estomper que lorsqu'elles deviennent trop intenses, ou qu'elles touchent des appareils visuels malades. Inversement, les rayons ultra-violets et infra-rouges sont dommageables pour le vision; les premiers, à effets chimiques, en irritant surtout les couches externes du globe oculaire; les autres, à effets thermiques, en agissant plutôt sur les membranes profondes. On admet que les ultra-violets peuvent causer des brûlures jusque sur la rétine; on soupçonne les infra-rouges des mêmes méfaits, sans cependant en avoir la certitude.

En général, dans les latitudes et altitudes moyennes, la lumière est incapable d'action nocive. Au contraire, c'est un élément stimulateur appréciable. Il en découle que l'illumination ordinaire n'exige aucune protection contre l'éblouissement. Si elle semble parfois en requérir, c'est qu'elle tombe sur des yeux anormaux, atteints la plupart du temps, d'un vice de réfraction. Et alors, les mêmes yeux se réconcilient avec la lumière, dès que l'erreur visuelle est compensée par une correction adéquate.

Il existe, pourtant, des conditions spéciales d'éclairage, où l'œil sain se trouve exposé à des excès lumineux qui dépassent ses moyens. Tel est le cas dans les hautes montagnes, où le soleil brille d'un éclat inaccoutumé; ou encore, sur les surfaces miroitantes de la mer, des plages, des déserts, des plaines tropicales, des

1. Communication à la 3e Réunion de l'*Association des Ophtalmologistes et des Oto-rhino-laryngologistes*, le 9 mai 1942, Trois-Rivières.

champs de neige ou de glace, où la réverbération intensifie l'action solaire.

De même en est-il, dans certaines industries, où les sources d'éclairage sont portées à une très haute température: fonderies de métaux ou de verres, ateliers de soudure électrique, studios de prise de vues, cliniques de rayons ultra-violets, etc.

Il est incontestable que dans tous ces endroits, l'œil doit se protéger, à la fois, contre l'éblouissement des radiations visibles, et contre les longueurs d'ondes destructives des radiations ultra-violettes et infra-rouges.

En pathologie oculaire, on rencontre aussi des circonstances où l'œil accuse une hypersensibilité marquée à la lumière. Il en est ainsi chez les albinos, essentiellement dépourvus de défense pigmentaire; chez les opérés de cataracte, dont les troubles de diffusion sont accrus par la perte du cristallin opacifié; et dans les yeux longtemps soumis à une dilatation pupillaire par l'atropine. Le même phénomène se produit encore dans certaines lésions de la rétine et de la choroïde, où le repos fonctionnel obligatoire demande une atténutation profonde de la lumière.

En somme, ce qui offense l'œil, dans toutes ces éventualités, c'est l'éblouissement. Et, au fait, qu'est-ce donc que l'éblouissement, sinon un ensemble d'interférence et de malaise visuels résultant d'un éclairage indu?

Pour parer à cet inconvénient, l'optique a imaginé des verres teintés, chargés d'absorber l'excès des radiations visibles, et d'intercepter du même coup, les rayons ultra-violets et infra-rouges du spectre. Si les lentilles colorées répondent à ce besoin, elles ont leur raison d'être. Et, c'est à cette condition expresse, qu'elles cessent d'être une simple aventure commerciale, pour entrer dans les cadres de la thérapeutique.

Valeur des verres teintés actuels.

Les manufacturiers d'aujourd'hui cherchent une formule idéale, qui assure le maximum de visibilité, avec la vision nette de toutes les couleurs.

Pour y arriver, ils mélangent, au verre blanc en fusion, divers oxydes métalliques, qui donnent au matériel terminé, des teintes correspondantes. De cette façon, ils parviennent à créer presque toute la gamme des couleurs: fumé, ambre, marron, orangé, vert, bleu, mauve, améthyste, et tous leurs dérivés possibles.

Autrefois, le docteur Fieuzal, à Paris, et Sir William Crookes, en Angleterre, avaient réalisé chacun pour son compte, une innovation qui n'était pas sans mérite.

La première, jaune-orangé, interceptait bien les ultra-violets, et transmettait assez fidèlement le coloris visible. Dans sa migration vers l'Amérique, le verre Fieuzal a modifié sa couleur pour passer au verdâtre, mais n'a pas, pour cela, perdu ses principales caractéristiques.

La deuxième, d'un fumé neutre, arrêtait aussi les ultra-violets. Elle a joui d'une grande réputation, pour un temps, mais on lui a reproché par la suite, d'interdire le passage du jaune, et de déformer ainsi le champ des couleurs.

Puis, le verre Uro-Punctal, de fabrication européenne, se vanta de combattre effectivement les infra-rouges. Sa popularité n'a guère dépassé l'Europe, malgré sa prétention d'être l'article de choix contre les radiateurs calorifiques extrêmes des jours d'été.

Le succès de ces trois découvertes n'y suffisant plus, on s'ingénia partout, à inventer une composition ralliant tous les suffrages. On en arriva à mieux standardiser les produits, et à donner une lentille plus stable, faite de bons ingrédients.

On baptisa cette trouvaille de tous les noms imaginables (chaque compagnie a le sien), et on la gratifia, d'une fabrique à l'autre, de toutes les nuances de l'arc-en-ciel: Ultrasin, Phylax, Filtrays, Roviex, Cruxite, Soft-Lite, Aninfra, Azurine, Macbeth Delight, etc., etc. Et grâce à une politique nouvelle, on ne vendit plus ces modèles que sur ordonnance. (Du moins, pour la plupart.)

Ces dernières années, de nouveaux types américains sont apparus, qu'on appelle Calo-

bar, Chromat et Ray-Ban. Ce sont autant d'appellations différentes pour désigner une valeur sensiblement équivalente. D'un joli vert-pâle, ces créations ont été l'objet d'une savante réclame. On les a même trouvés dignes de figurer officiellement dans l'armée, la marine, et l'aviation de certains pays de notre hémisphère.

Plus récemment encore, le Polaroïd a fait sa trouée. C'était, en couleur neutre ou verte, la mise au point d'une originalité. Le Polaroïd offre comme particularité, d'absorber les ondulations horizontales de la lumière réfléchie, cause reconnue d'éblouissement. Mais, sous sa forme primitive, cette nouveauté a créé des déceptions. Sa valeur filtrante devient compromise, dès que la tête s'incline de côté. De plus, la matière plastique interposée entre ses deux lamelles de verre ne conserve pas indéfiniment sa surface lisse, et perd de son effet. On a depuis, remédié à ces lacunes, et l'ont peut maintenant inclure dans le composé, la correction optique pour la distance.

Enfin, depuis toujours, le verre fumé simple a continué d'exister. Et présentement, bien des ophtalmologistes le considèrent l'égal de n'importe quel autre compétiteur.

Tous ces verres spéciaux sont assortis en trois ou quatre tons gradués, (I-II-III-IV, ou A.B.C.D.), qui agissent proportionnellement sur l'apport lumineux et les rayons invisibles.

INDICATIONS DES VERRES TEINTÉS.

Munis des renseignements qui précèdent, sur la nocivité de la lumière, et sur les moyens disponibles pour la combattre, que doit-on répondre à ceux qui s'informent de l'opportunité des verres absorbants et du choix à faire?

Sans crainte d'erreur, on peut affirmer d'abord que la très grande majorité des gens n'en ont pas besoin, sauf dans de rares occasions. Dans les conditions usuelles des climats tempérés, le verre teinté doit être proscrit. Je sais bien que c'est un refuge commode pour ceux, qui, en mal d'originalité, y trouvent une façon élégante d'accentuer leur personnalité. Mais, ce n'est pas une raison suffisante pour priver l'œil de sa part de lumière saine, et le rendre, par la suite, incapable de la supporter sans photophobie.

A ceux qui se plaignent, sans raison apparente, de la crudité de l'ensoleillement, il convient de recommander un examen de vue. Une simple réfraction révélera souvent la cause de l'anomalie. Une amétropie banale est au fond de toute l'affaire. Il s'agit de la neutraliser immédiatement par des lunettes blanches appropriées, et l'intolérance disparaît comme par enchantement.

Quand on est susceptible de porter des verres teintés, on doit se procurer des verres ponctuels (Punctal), qui corrigent dans toutes les directions du regard. Ce sont des transparents sérieux, surfacés et polis comme il convient. On n'a pas le droit de recourrir à de la marchandise d'occasion, faite de celluloïde et de vitrerie commune, prescrite à tort et à travers par le marchand de tabac ou le bazar du coin. Ces accessoires boîteux ne feraient qu'augmenter les malaises. Et ce n'est pas sans raison, que dans un certain état américain, la vente de cette camelote est prohibée.

Les amétropes véritables, à qui les lentilles absorbantes s'imposent, doivent incorporer leur correction optique dans leurs verres teintés. Ceci est une loi fixe qui joue dans la majorité des cas. En effet, comment voulez-vous qu'un œil en tire avantage, s'il doit lutter en même temps, et de par ses seules forces, contre l'insuffisance visuelle co-existante?

Mais, dira-t-on, si le verre teinté renferme la correction optique, peut-on s'en servir à l'intérieur? ou vaut-il mieux à cette fin, utiliser une lentille blanche? L'expérience veut que le port des lunettes colorées soit interdit dans la maison. Il va de soi que la visibilité est moins taxée avec un verre blanc, et qu'il faut profiter complètement des radiations visibles déjà pas trop intenses dans nos foyers, nos bureaux ou nos usines.

Il peut se glisser ici, une objection d'ordre économique. Si le patient ne peut se procurer deux paires de lunettes, une pour l'extérieur et une autre pour l'intérieur, il se tirera d'affaire en ajustant, pour sortir, à sa monture

ordinaire, un petit écran teinté d'ailleurs peu dispendieux. Que de comptables, commis ou couturières ont souffert de leur vue, pour s'être obstinés à porter constamment, des lunettes teintées, incompatibles avec leur travail!

La loi générale ne reconnaît que deux exceptions.

La première concerne les métiers spéciaux déjà mentionnés, où précisément, la besogne s'accomplit devant des éclairages très puissants: fonderies, studios de cinéma, etc. Dans ces cas, les verres teintés et corrigés sont de mise, tant que dure la corvée.

La seconde exception comprend la classe de ceux qui souffrent de la lumière, soit à cause d'une maladie oculaire, soit à la suite d'une intervention chirurgicale sur l'œil. Sans aucun doute, ceux-là ont besoin de protection à l'intérieur comme à l'extérieur. Si la chose est possible, ils se trouvent mieux de combiner à leurs verres teintés, leur prescription optique. Quand la fusion des deux n'est pas pratique, comme après l'opération de cataracte ou dans les crises d'iritis, on se sert commodément de verres noirs qui tiennent les yeux au repos.

Mais, en dehors de ces contingences peu communes, il faut s'en tenir à la vieille formule: pas de verres teintés, ailleurs que dans les illuminations excessives ou dangereuses.

C'est l'avis unanime, recueilli par le docteur Arno E. Town, de New-York, lors d'une enquête menée par lui, auprès d'un grand nombre d'ophtalmologistes en vue. Cinquante pour cent des médecins consultés déclarèrent alors, que les verres teintés, employés dans d'autres circonstances, étaient nusibles. Ils se montrèrent tous d'accord pour ne recommander que les lentilles absorbantes élaborées. Et vingt-cinq pour cent n'affichèrent aucune préférence pour une marque particulière [2].

Quant à savoir quel ton de coloris il sied d'adopter, parmi les trois ou quatre variétés de chaque modèle, l'usage prévu doit seul servir de guide. Pour les exercices en montagnes, sur les plages, ou sur les cours d'eau, les teintes plus foncés (III-IV ou C.D.) sont indiquées. Pour la rue, les degrés plus pâles (I-II et A.B.) dominent, surtout si l'œil opère le moindrement.

Il serait inconvenant et d'ailleurs difficile, de discuter des mérites individuels de chaque verre breveté. Qu'il suffise de dire que la plupart des échantillons récemment endossés par les maisons fiables sont de bonne qualité, et qu'il s'agit d'y choisir judicieusement.

Ce qui importe, avant tout, c'est de savoir s'en priver, quand ils ne sont pas strictement nécessaires.

---

2. Extrait de *Sight Saving Review,* juin 1940

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

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 71 — N° 9 Montréal, septembre 1942

LA MÉDECINE ET LA GUERRE

Séance de médecine militaire au prochain Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

La médecine et la guerre, le médecin et l'armée ont été associés étroitement au cours des âges. Cette association cependant a été encore plus intime et mieux organisée depuis le début du XIXe siècle. On ne peut penser au médecin à la ligne de feu, à l'arrière ou dans les hôpitaux de base, sans évoquer la figure du baron Larrey, illustre médecin aux armées de Napoléon et qui institua les ambulances volantes; sans rappeler le rôle éminemment humanitaire du Suisse Dunant, qui réalisa la fondation de la Croix-Rouge au cours de la bataille de Solférino entre Autrichiens, Italiens et Français; sans mettre en relief la noble personnalité de Florence Nightingale, qui s'illustra en se dévouant aux blessés sur le champ de bataille, durant la guerre de Crimée. Mais combien d'autres dévouements! Combien d'autres héros inconnus de la médecine au cours des hostilités entre les nations! La médecine est toujours là où se trouvent la souffrance et la mort. On doit estimer et comprendre son rôle aux armées.

Ce rôle devient de plus en plus complexe et étendu à mesure que la médecine elle-même évolue et que les engins de guerre se compliquent et se multiplient. Autrefois, la médecine s'efforçait à ramener la guérison. De nos jours, elle se fait, en plus, préventive et recourt à une technique de plus en plus compliquée. L'hygiène des camps, la vaccination des soldats et leur sélection nécessitent toute une science spécialisée.

Les exigences énormes de l'aviation obligent à une sélection sévère des aspirants, à une surveillance de tous les instants de la santé des aviateurs et à un arsenal technique d'une grande complexité. La marine comporte également ses besoins médicaux. Aussi, faut-il que le médecin civil soit instruit, au moins dans les grandes lignes, des éléments de ces rapports entre les médecins et les armées. Le public même ne doit pas s'en désintéresser complètement.

Le Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, qui tiendra ses assises du 14 au 17 septembre à Montréal, a organisé une séance de médecine militaire qui, par son intérêt, son haut patronage et par la distinction des invités d'honneur, sera un événement de grande importance. Les médecins qui assisteront à ce Congrès pourront, de la sorte, s'instruire de la médecine de guerre, qui est véritablement devenue une spécialité avec ses techniques, ses notions d'épidémiologie, de physiologie normale et pathologique.

Cette séance aura lieu le mardi 15 septembre, à 9 heures P. M., à l'hôtel Mont-Royal. Trois conférences y seront prononcées respectivement par le docteur A.-G. La Roche, Surgeon Commander, R.C.N.V.R., Senior Medical Officer, Pacific Coast; par le docteur Jules Mercier de Québec, Lieutenant-Colonel R.C.A.M.C., Médecin Chef de la 5e Région Militaire, et par le docteur L.-M. Emard, Commandant d'Escadre, Officier Médical principal de la Région d'Entraînement No 3. Ces trois médecins, militaires distingués, traiteront des rapports de la médecine avec la marine, l'armée et l'aviation.

La séance sera présidée conjointement par le Colonel R.-M. McGibbon, D.M.O., M.D. No 4; par le Colonel P. Gaboury, Commandant de l'Hôpital Militaire No 17; par le docteur A. Marin, vétéran de la der-

nière guerre, médecin du 22e Régiment.

Elle a été placée sous le haut patronage de Sir Eugène Fiset, Lieutenant-Gouverneur de la province de Québec; Commodore R.-W. Ryan, D.M.S./Aviation; Brigadier R.-M. Gorssline, D.G.M.S./Armée; Surg. Capt. A. McCallum, Med. D.G./Marine.

Sans aucun doute, cette séance consacrée à la médecine de guerre constituera une des activités les plus importantes du XVIIe Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Elle mettra en vedette trois médecins canadiens-français qui occupent, dans la marine, les armées de terre et de l'air, des situations d'importance et de responsabilité. Ces trois médecins nous instruiront de données médicales dont ils ont une connaissance acquise dans l'exercice de leurs fonctions.

Nous devons leur être reconnaissants qu'ils aient consenti à contribuer aux activités du Congrès; leur coopération rehaussera assurément sa qualité.

R. A.

"LE SECOURISME"

« Le plus que son possible » a toujours été de mise pour la médecine canadienne-française et doit actuellement être un mot d'ordre de toute première considération; et ce n'est pas parce que l'on croit faire beaucoup que l'on doive pour cela ne pas faire davantage.

En regard de l'article intitulé « La médecine et l'œuvre secouriste » par le Dr Armand Rioux, médecin très qualifié en la matière, article que l'on pourra lire attentivement dans le présent numéro, nous croirions à propos d'offrir les quelques considérations suivantes, non pas tant pour compléter, que pour souligner l'importance du sujet traité.

Le médecin se rend facilement compte qu'une partie de plus en plus importante de la population canadienne-française est devenue très au courant des éléments du « secourisme »; l'intérêt « de nos gens » est éveillé à ce sujet et de plus en plus le médecin est assailli de questions, de demandes d'explications, et de « problèmes secouristes » à élucider; il doit répondre à tout cela de façon pertinente et « dans le ton » ou si l'on veut « à la manière de ». Il doit accompagner ses explications de toute une série de petits trucs tout aussi surprenants qu'efficaces. Encore faut-il les connaître, ces trucs, ou y penser, et c'est là que l'on peut avoir une petite surprise embarrassante si l'on a négligé de se tenir au courant des « nouveautés » dans ce domaine des activités paramédicales.

D'une manière générale, le médecin ne peut se permettre de négliger cet aspect de la médecine préventive; prévention de complications coûteuses et pénibles à la suite d'accidents qui auraient pu évoluer rapidement vers la guérison; prévention de la mort dans bien des cas où des mesures appropriées n'ont pas été appliquées par un public jusqu'à date ignorant.

Le médecin se doit de se tenir à la page de tous ces petits secrets, à plus forte raison au cours des époques que nous traversons.

Mais cela n'est pas suffisant, et précisément à cause des temps que nous vivons, à cause de l'intérêt croissant manifesté par le public canadien-français vis-à-vis de ces activités secouristes, à cause des obligations sociales inhérentes à notre profession, à cause de notre responsabilité qui doit être comprise dans le sens pratique, à cause de l'abnégation et du dévouement qui resteront toujours notre gros lot, et finalement, parce que l'enseignement fondamental du « secourisme » *est du ressort médical et doit rester tel,* à cause de tout cela et de que sais-je encore, le médecin canadien-français

doit s'occuper *activement* du « secourisme », et s'il peut partager les séances de démonstrations pratiques avec des aides bénévoles et qualifiées, il doit se réserver, à notre sens, l'enseignement et l'explication des principes de base, des notions anatomo-physiologiques, des « pourquoi », du « faire » ou du « ne pas faire » en tel ou tel cas; et cela sera toujours de son domaine. L'abstention de la médecine canadienne-française dans ce cas serait, nous en sommes convaincu, une erreur très grande et dont les effets seront directement imputables à notre négligence ou incompréhension. Et l'on peut facilement se représenter la multiplicité des conséquences désastreuses sous des aspects très divers.

Négligence ou abstention, sans parler de la critique qui, elle, a très mauvaise grâce surtout quand elle provient de personnes qui ignorent tout de la question ou refusent leur concours.

Le Dr Antonio Barbeau, dans son livre intitulé *Sous les platanes de Cos,* disait dans des termes beaucoup plus élégants que l'on pouvait toujours trouver quelque chose de bon un peu partout en prenant la peine d'y bien regarder.

Dans le domaine du « secourisme », ayons la curiosité de parcourir le petit manuel de l'*Association Ambulancière Saint-Jean* et demandons-nous : « Pouvons-nous trouver mieux? » Le jugement à rendre sera facile; on constatera de quelle façon l'expérience a su simplifier les choses. Et si l'on veut trouver le blessé dans les meilleures conditions possibles *en attendant le traitement,* on se rendra vite à l'évidence qu'il y a là pour le médecin un appel qu'il ne peut ni ne doit ignorer s'il veut conserver son rôle et « se consacrer aux besoins des temps ».

C.-A. GAUTHIER.

VARIÉTÉS

ORIGINE ET ÉVOLUTION DE L'ANATOMIE DESCRIPTIVE

Par **Eugène ST-JACQUES,**
Professeur honoraire de l'Université de Montréal.

I

Des temps anciens à la Renaissance

La médecine antique fut essentiellement empirique. Il y avait des raisons à cet état primitif: c'est qu'elle manquait de bases anatomiques et physiologiques.

Hindous, Assyro-Babyloniens et Egyptiens ne procédaient que par traditions, bien rudimentaires, et par empirisme.

A la vérité, les Assyro-Babyloniens consultaient les cadavres d'animaux sacrifiés, mais c'était plutôt pour étudier le prognostic de la maladie et l'avenir du malade. C'était le foie qu'ils étudiaient, ainsi qu'en témoignent les modèles en bronze et en terre cuite portant des inscriptions liturgiques trouvés dans les fouilles orientales.

Il est étonnant que les Egyptiens ne nous aient pas laissé de données précises en anatomie, puisqu'ils ouvraient les cadavres pour les embaumer. Mais cette insuffisance s'explique bien. L'incision pour l'ouverture du cadavre était faite près du pubis et c'est par elle qu'ils éviscéraient les organes internes sans se rendre compte de leur position respective.

Quant au cerveau, on le vidait par le nez à l'aide d'un crochet. Ceci fait, on remplissait les cavités avec des aromates et de la gomme; puis on enroulait autour du cadavre de la tête aux pieds des bandelettes enduites de gomme qui le mettaient à l'abri de l'air et de la putréfaction.

C'est ainsi que tant de momies sont venues jusqu'à nous, des tombeaux égyptiens, entre autres celles du grand Sesostris et du sympathique Tut-An-Kamen si bien conservées.

Il faut venir jusqu'à l'Ecole d'Alexandrie qui fleurit durant les trois derniers siècles avant l'ère chrétienne.

Alexandrie, fondée en 332 av. J.-C. par Alexandre le Grand, au cours de son expédition au désert de la Lybie où il était allé pour honorer et sacrifier au dieu Amon, était devenue sous les Ptolémés le grand centre intellectuel du monde. Sa bibliothèque célèbre par tous les pays de la Méditerranée, contenait les traductions de toutes les œuvres grecques. Elle continuait les traditions helléniques et l'influence des grandes écoles d'Athènes.

Aristote en était le grand patron. N'allez pas croire qu'il ne fut que philosophe. Il était fils de médecin et médecin lui-même et se distingua hautement en Sciences naturelles. Il était d'une connaissance encyclopédique pour le temps. C'était l'époque où vivaient ces grands mathématiciens que furent Euclide et Archimède et Ptolémé le grand géographe.

C'est à Alexandrie que des connaissances anatomiques un peu précises commencent à se dessiner avec Aristote pour le règne animal et avec Hérophile et Erasistrate pour l'homme.

Hérophile

Il naquit 300 ans av. J.-C. et avait pris son éducation à l'île de Cos. Il semble avoir acquis son expérience sur des cadavres humains, ceux des suppliciés et des condamnés à mort. Galien nous dit que Hérophile fut le premier à disséquer le cadavre humain. Il découvrit ce confluent veineux à la base du cerveau auquel il a laissé son nom: le pressoir d'Hérophile. Il aperçut les vaisseaux chylifères que, beaucoup plus tard, Aselli dévait décrire. Il étudia le système nerveux et décrivit les nerfs et montra le retour de l'arc nerveux des extrémités au

centre et du centre aux extrémités.

Il plaça le siège de l'intelligence au cerveau alors que Aristote le plaçait au cœur et il distingua le cerveau du cervelet. C'était déjà beaucoup pour l'époque.

Erasistrate

Il est né en 310 av. J.-C. Il avait étudié à l'école du Cnide. Il montra la continuité des artères aux veines « par des vaisseaux très-ténus » devançant Malphigi, sans la belle précision de ce dernier.

* * *

Si de l'Alexandrie des Ptolémés nous passons à Rome, nous y trouvons une chose étrange. Les Romains ne produisirent aucun médecin distingué: tous ceux qui pratiquèrent à Rome furent des grecs de naissance et de formation. Ainsi en fut-il de Archagatus, de Asclépiades, de Celse, Diomède et Galien.

Galien

Le plus fameux d'entre eux fut Galien qui pratiqua à Rome au 11e siècle de l'ère chrétienne. Il avait aussi étudié à Alexandrie. Très entendu en dissection animale, il expérimenta en physiologie sur les animaux. Il établit la distinction entre le cerveau et le cervelet ainsi qu'entre les deux hémisphères et différentia les nerfs.

Avec beaucoup de prescience, il signala qu'à des lésions d'organes correspondaient des viciations de fonction. En fait, il fut un pionnier en physiologie expérimentale, devançant ainsi Servet, Harvey et Claude Bernard. Mais son malheur fut qu'il ne semble avoir disséqué que des animaux et ainsi ses erreurs anatomiques se sont-elles prolongées jusqu'à la Renaissance, à Vésale, car durant plusieurs siècles ses travaux firent loi.

Après Galien, il y eut une éclipse avec les dépradations et les massacres par les barbares germains venus de leurs forêts d'Outre-Rhin: les Huns, Gots, Visigoths et Vandales qui firent table rase de tout.

Heureusement que les savants de Bysance nous transmirent leurs œuvres gréco-romaines et, à leur tour, les Arabes par leurs grands traducteurs, surtout Johannitus et Janus, tous deux de Bagdad, ainsi que les Juifs, dont quelques-uns étaient parmi les plus instruits de l'époque, les aidèrent à nous transmettre les traditions des siècles précédents.

* * *

Les Arabes ajoutèrent-ils aux connaissances anatomiques? Peu ou pas. C'est en mathématiques, chimie et pharmacologie qu'ils se distinguèrent. Ils inventèrent l'algèbre, les balances de précision, la courbe des miroirs et importèrent la boussole de Chine. Chercheurs de la pierre philosophale, ils furent amenés à découvrir la cornue, la distillation et l'alambic et nous donnèrent des préparations médecinales et des nouveaux médicaments: tels le camphre et la myrrhe, le séné, le santal et le cubeb, la rhubarbe et le quassia, l'aconit et le mercure...

C'est à eux que nous devons les premières ordonnances pharmacologiques, comme aussi le papier qui supplanta le papyrus et le parchemin, fort dispendieux, et devait aider ainsi à la diffusion des connaissances humaines, en attendant l'imprimerie que Guttenberg devait découvrir au XV siècle.

On comprend que les Arabes n'aient rien ajouté à l'anatomie humaine, car le Coran leur défend de porter une main sacrilège sur le cadavre humain, voire même de reproduire l'être humain, les animaux et les fleurs.

Malgré tout, on demeure aussi étonné qu'admirateur quand on voit les merveilles de la Mosquée de Cordoue, du palais de l'Alhambra à Grenade et de l'Alcazar de Séville où seules des arabesques et des versets coraniques font les frais de ces décorations merveilleuses; quel éclat de couleurs: or, bleu, rouge, jaune, orange dans ces arabesques aux volutes étranges!

Pendant que les Arabes développaient la médecine à leur manière par leurs grands cli-

niciens, Rhazes et Avicennes, Janus et Johannitus, à Bagdad, d'autres à l'université d'Al-al-Zar au Caire ainsi que Albucasis, Averroes et Avenzoar en Espagne poussaient haut la réputation de la médecine arabe.

* * *

Cependant, vers le VIe siècle, se développait au fond du golfe merveilleux de Salerne une école qui allait servir en Occident de transition entre le passé et l'avenir: c'était l'ÉCOLE DE SALERNE.

Nous ne connaissons pas de paysage plus enchanteur que ce golfe de Salerne, comme nous l'avons vu sous un soleil radieux. Salerne, à proximité de Ravallo et Amalfi, est tapi à mi-montagne au fond de sa baie radieuse. Protégé au sud par le promontoir de Pœstum, il est garni au nord par la pointe de Sorrente.

Développé autour d'un couvent et d'un hôpital fondés par les Bénédictins, Salerne devint bientôt la première *école laïque* du monde occidental, où l'on enseignait en quatre langues: le grec, le latin, l'hébreu et l'arabe. Son professeur le plus distingué fut *Constantin l'Africain,* un polyglotte remarquable.

On y venait de toutes les parties de l'Occident et de la Méditerranée. C'est ce qui y attira les Normands, ces coureurs des mers, qui ont laissé de leur passage en ces parages des merveilles architecturales telles que la cathédrale de Monréale et la chapelle Palatino, ainsi que la cathédrale de Palerme et les églises d'Amalfiet de Salerne.

Salerne fut plus célèbre par son *Regimen Salernitum* que par sa contribution à l'anatomie. Cependant, il semble que ce fut à Salerne que fut faite la première démonstration de dissection humaine en publique, autorisée qu'elle fut tous les cinq ans par Frédéric II, roi de Naples.

Mais l'anatomie de l'époque continuait toujours les erreurs de Galien.

Ceci nous amène à la Renaissance où l'esprit humain va commencer à se libérer de ses entraves et prendre son envol.

(*à suivre*)

LA MÉDECINE ET L'ŒUVRE SECOURISTE

Par **Armand RIOUX,**
Président de la section de Québec de l'Association Ambulancière St-Jean.

« C'est le propre des grands cœurs de découvrir le principal besoin des temps, là où ils vivent et de s'y consacrer. »

LACORDAIRE.

Comme après tout choc sismique de quelque gravité, l'on se trouve en face de transformations multiples qui donnent une nouvelle apparence aux choses et créent des obligations pour le moins temporaires aux êtres et aux sociétés qui s'alimentent aux sources de la philantropie et dont les œuvres de miséricorde remplissent toutes les clauses de la charte; de même l'humanité, depuis la guerre, subit des perturbations troublantes qui imposent aux générations montantes de nouveaux devoirs et qui sont le point de départ de très impérieux appels.

A peine en 1914, venions-nous de terminer nos humanités, qu'il nous a bien fallu nous rendre à l'évidence et constater que, de tous les dieux mythologiques, Mars était celui qui portait le sceptre et la couronne et que les peuples ne connaissaient plus le charme des bucoliques et des pastorales, trop tôt remplacé par le sillon foulé aux pieds et qui reste stérile et le bruit de ces engins de guerre qui ne laissent même plus les forêts et les montagnes sans écho. En effet, il était décrété que le sang n'avait pas encore assez abreuvé le sol de nos pères, que les hameaux qui venaient à peine de reconstruire leurs clochers, devaient s'ensevelir sous de plus vastes décombres, que les armes qui avaient servi à abattre le Goliath européen, devaient céder le pas à des monstruosités mécaniques faites pour une plus rapide destruction et construite pour le carnage. « 1939 » se leva sur un monde encore en haleine qui n'avait pas encore relevé toutes ses ruines et dispersé toutes ses cendres...

La philantropie qui, bien des siècles auparavant, avait donné naissance au secourisme, imposa aux nations en guerre la nécessité urgente de lever une armée de secouristes, porteurs de la Croix de Malte et fiers d'une devise devant laquelle toutes les autres doivent s'incliner: « Ayons foi et travaillons pour le bien de l'Humanité. » L'Association Ambulancière Saint-Jean trouva alors un terrain fertile à l'expansion de ses activités et les résultats merveilleux obtenus par son labeur ne peuvent que nous excuser de vous parler de ses origines, de ce qu'elle est encore en ces jours endeuillés et de ce qu'elle devrait être pour la grande famille médicale.

*
* *

L'Ambulance Saint-Jean, pour ceux qui ne la connaissent pas, est une œuvre que nous pourrions appeler essentiellement de miséricorde; elle a des ramifications dans tous les pays du monde, du moins dans ceux où l'homme n'est assimilé à la bête et où son corps a encore la noblesse que lui confère une âme immortelle, directrice de tous ses mouvements et inspiratrice de nobles et impérissables actions.

Ses origines remontent à la première croisade; elle fut alors militaire et française par le nombre de ses chefs et de ses chevaliers. Favorisée par les successeurs de Pierre, elle fut mêlée à tous les événements de la Palestine durant les quatre siècles qui suivirent sa fondation. Puis en 1864, cet ordre, religieux au début, subit certaines transformations qui, à la suite de la conférence internationale de Genève, amenèrent la fondation de l'Association Ambulancière Saint-Jean, en 1877, par le Grand Prieuré, dans le Royaume Britannique de l'Ordre Vénérable de l'hôpital Saint-Jean-de-Jérusalem. Au Canada, elle existe depuis un quart de siècle environ. Cette œuvre vint à son heure et elle se chargea d'enseigner les rudiments nécessaires pour soi-

gner convenablement ces blessés qui avaient dû payer leur tribut à une modernisation obligatoire, mais combien exigeante. Elle ne faisait que répondre à un besoin pressant et très rapidement elle vit son palmarès couvert des noms de ceux qui lui durent une vie, sans elle tranchée trop prématurément, avant d'avoir produit des œuvres stables et nécessaires.

A chaque période de la vie, ont vu le jour de ces organisations nées du besoin du moment et de la charité de ceux qui ont trouvé une terre propice à sa germination. Elles surent, au cours des âges, apporter un appoint nécessaire pour contre-balancer les effets d'un égoïsme nocif et d'un individualisme déprimant: elles apportèrent aux miséreux de la vie et de la fortune, ces rayons sans lesquels la route à suivre serait trop sombre et les fleurs trop uniformément dépourvues de leur satin!

Si tout mouvement tire sa noblesse de la grandeur du but à atteindre et de la misère profonde de ceux pour qui il est mis en branle, il semble que nous devrions nous incliner bien bas devant ceux qui ont pensé, un jour, qu'en se penchant sur la misère humaine, l'on se relève grandi, qu'en versant le baume sur un corps ensanglanté, l'on se rapproche du Voyageur de Samarie et que l'on mérite les paroles élogieuses décernées à son acte par le Grand Thaumaturge.

Les années passèrent durant lesquelles le chercheur se penche fièvreusement sur sa table de travail pour y trouver sinon la pierre philosophale, du moins de quoi rendre l'homme plus heureux en multipliant les oasis et en aidant à la poursuite d'un farniente qui devait enfin combler les aspirations des plus exigeants, mais les humains se lassèrent un jour d'être heureux et ils firent servir à leur destruction, ce que le laboratoire avait trouvé de mieux pour diminuer l'usure consécutive à une vie trépidante, et les outils que l'usine avait forgés pour aider à son confort et mettre plus de soleil dans son existence.

Cette orgie de sang, de massacre et de destruction à laquelle il nous faut de nouveau assister, trouva toute préparée l'Association Ambulancière Saint-Jean, qui s'avéra alors l'un des moyens les plus efficaces pour contrebalancer les effets de ce carnage universel et pour limiter à leur stricte minimum, les tertres et les croix qui menacent de transformer tout le sol de notre planète en un vaste et macabre tumulus. Ses aides multiplièrent et multiplient encore leurs efforts et partout où se trouve l'un de ses centres, se trouvent des écoles de secouristes qui prêtent main forte aux hommes de l'art débordés par l'ampleur du cataclysme. Ils relevèrent les blessés de Londres et pansèrent ceux de Coventry. On vit leurs brassards dans les mansardes comme dans les palaces; ils furent les premiers dans les abris effrondrés comme dans les caves, où se devinait la souffrance. L'ampleur et les dangers de la lutte les trouvèrent toujours aguerris et fiers de servir de rempart à l'éternelle faucheuse. Ce qu'ils font aujourd'hui, sous les bombes, à la lueur des incendies, avec une trousse d'urgence et des gazes à pansements, vaut bien l'effort du fantassin devant les obus et la mitrailleuse. Leur héroïque sacrifice mérite certes que nous nous inclinions devant eux, que nous buvions à la même coupe un courage identique et que nous nous préparions au pire, comme s'il devait arriver demain, avec l'aurore. Eloignés de tant de milles, me dira-t-on, séparés du carnage par l'étendue des océans et par des espaces presque infinis, comment peut-on croire un instant, que ces attilas modernes verront leur horde saccager nos villes et détruire nos campagnes? Ce n'est pas vous dire une chose que vous ignorez que de croire en la possibilité d'un nouveau Coventry en terre canadienne. Il ne faut plus parler d'éloignement pour excuser une inertie coupable ou pour masquer une inquiétude croissante. Il ne s'agit pas d'être comme l'autruche dont l'on connaît la réaction devant le danger; il faut regarder le péril bien en face pour essayer d'en conjurer les désastreux effets. Il nous faut nous rendre à l'évidence et ouvrir les yeux que ferme encore le calme d'une vie tranquille, mais que le vrombissement des avions et le sifflet des usines de guerre de-

vraient éclairer de toute la lumière que comporte l'évidence même. Il y a, à n'en pas douter, des lenteurs qui deviennent des crimes, des négligences qui peuvent être bientôt mortelles.

Le Centre de Québec de cette association née de la philantropie et qui a pris de si fortes racines dans le champ de nos œuvres de bienfaisance, a cru qu'il incombait à ses directeurs et aux médecins chargés de l'enseignement secouriste, de faire leur part pour que, si un tribut doit être, sur nos rives, payé à Mars, il soit le moins lourd et le moins inhumain possible. Ils ont commencé à préparer sur une grande échelle, la population de la ville et des environs afin qu'elle soit prête devant tout ce que cette guerre peut nous ménager de hasard. Ils ont fait plus, et avec l'assentiment du Centre Provincial de l'Association, avec l'aide du sous-ministre de la Santé et des médecins des Unités Sanitaires, avec le concours d'aides bénévoles devant lesquels nous devons nous incliner bien bas, ils se sont rendus, il y a quelque temps, organiser la côte gaspésienne. Ils ont fait en sorte que soient enseignés aux pêcheurs échelonnés le long d'un rivage sur lequel il y a peu de médecins, les éléments nécessaires pour traiter un choc nerveux et traumatique, une hémorragie grave, une asphyxie par immersion ou une fracture et une luxation. En ce faisant, ils ont la conviction d'avoir aidé à la sauvegarde de la vie des nombreux marins que la guerre a déjà échouer sur ces grèves, depuis quelques semaines. Les cours cependant sont donnés de telle sorte, que les prérogatives normales du médecin sont en tous points protégées. Il est d'abord et surtout enseigné au futur secouriste qu'il ne doit jamais outrepasser certains droits qui lui sont conférés par les circonstances; on ne lui parle que de blessures graves qui peuvent rapidement mettre la vie d'un malade en danger quand et parce que le médecin ne peut être immédiatement rejoint; encore en est-il que son premier devoir reste celui de faire prévenir l'homme de l'art en tout premier lieu; son aide reste toujours, de ce fait, motivé par ces trois choses: gravité immédiate de la blessure, menace pour la vie, si un traitement urgent n'est pas institué et absence de tout médecin. On ne peut que féliciter un secouriste qui remet, à qui de droit, un corps endolori peut-être, mais non un moribond pour qui les secours de la science sont devenus inutiles et qui ne sera plus bon que pour les dalles de la morgue ou la table de dissection.

Il semble que cette œuvre, qui rallie les suffrages médicaux dans plus d'un pays d'Europe, devrait trouver plus d'êtres de bonne volonté au sein de notre famille esculapienne. Il serait logique de penser que cette besogne ne devrait plus rester l'apanage de quelques cœurs mieux outillés et de quelques âmes plus nobles... Il faut, au contraire, que l'on nous aide, par tous les moyens, à la faire grandir, à lui faire donner cent pour un. Le but à atteindre, l'urgence de ce mouvement, l'intérêt physique des nôtres en font une nécessité et un devoir impérieux. Aucun obstacle ne peut vraiment nous séparer de ce que la gravité du moment a transformé en une obligation urgente. Il faut bien songer que la vie étant le plus grand bien qui soit ici-bas, après la vie de l'au-delà, il s'en suit que tout ce qui peut servir à la protéger doit être assimilé aux connaissances les plus précieuses et à la plus précieuse de toutes les philosophies et que c'est à nous surtout que devrait appartenir l'obligation de vulgariser ces connaissances para-médicales; tant de choses s'ingénuent à la détruire, qu'il ne peut y avoir de meilleur mécène que celui qui travaille à la sauvegarder et à la faire s'épanouir plus vivace et plus forte.

Le sentiment que l'on aura de ne pas avoir reculé devant un devoir impérieux et nécessaire, sera une récompense, sinon adéquate, du moins satisfaisante et, pourquoi ne pas le dire, tout à fait philantropique.

MÉDECINE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE DU NOURRISSON

Les aliments de régime. - Diète hydrique. Préparations amylacées. Cure de fruits. Les régimes sans lait.

Diète hydrique

La diète hydrique consiste à supprimer tout aliment et à ne faire ingérer que de l'eau bouillie pure. Il faut donner au moins 150 grammes d'eau par kilo de poids.

La diète hydrique est indiquée à la phase aiguë toxique du choléra infantile. Elle doit durer tant que les phénomènes toxiques ne sont pas disparus, soit une moyenne de trois jours. En cas d'hypothrepsie sérieuse et surtout d'athrepsie, elle ne devra jamais durer plus de 12 à 24 heures. Si l'enfant vomit, on donnera l'eau bouillie glacée à la cuillère; s'il refuse l'eau pure, ce qui est rare, on pourra remplacer l'eau bouillie par une infusion extrêmement légère de thé ou de menthe (½ litre d'eau bouillante sur une pincée de feuilles de thé ou de menthe) ; ces infusions peuvent être, au besoin, édulcorées avec un peu de saccharine (1 comprimé de 0gr,05 pour un demi-litre).

Préparations amylacées

Pour passer de la diète hydrique au régime normal, on se trouvera bien d'employer les décoctions de substances amylacées, surtout les décoctions de riz, qui ont des propriétés antidiarrhéiques connues depuis les temps hippocratiques.

On peut également utiliser des préparations complexes, comme le bouillon de légumes. Ces décoctions, dans les cas de diarrhées, peuvent remplacer avec avantage l'eau bouillie dans la formule des 24 heures ou encore, comme le bouillon de légumes, servir à la préparation des bouillies claires.

Ne jamais oublier que le bouillon de légumes est une préparation qui contient 5 grammes de chlorure de sodium par litre; il faudra donc éviter, au moment de son emploi, les injections à doses massives de sérum physiologique, et en cesser l'usage en cas d'œdèmes.

Cure de fruits

La cure de fruits dans l'alimentation des nourrissons est de date relativement récente. On emploie soit la purée de pommes crues ou de bananes crues, soit la poudre de pommes ou de bananes.

C'est principalement dans les syndromes dysentériques que la cure de fruits est indiquée, en particulier chez les enfants de plus d'un an, capables d'ingérer une quantité appréciable d'aliments solides. Les résultats sont excellents. Une diète hydrocarbonée, additionnée de babeurre, permettra de passer sans difficulté de la cure de fruits au régime normal. [1]

Les régimes sans lait

Dans ces dernières années, des essais ont été faits pour alimenter avec succès les nourrissons avec des régimes sans lait. Les formules proposées renferment des protéines, des graisses, des hydrates de carbone, des sels minéraux, des acides aminés, des vitamines et des calories en quantité suffisante; mais l'expérience clinique a montré que l'emploi prolongé de ces préparations avait un retentissement fâcheux sur la nutrition et la croissance et qu'il fallait un minimum de lait de vache pour permettre le développement harmonieux et intégral de l'enfant.

Paul LETONDAL.

---

1. Voir *L'Union Médicale du Canada*, avril 1937, p. 437.

"L'Union Medicale du Canada" en 1873

Nos journaux

Septembre 1873.

Sous ce titre, le *Naturaliste Canadien* publie dans sa livraison du mois d'août, un article dont nous extrayons le passage suivant:

« La médecine a un bien digne organe dans *l'Union Médicale,* et il serait à souhaiter que cette utile publication fut mieux appréciée et plus connue. Quoique spécialement dévouée à l'art de guérir, le choix des matières et la manière dont elles sont exposées font de cette publication un journal des plus intéressants pour toute personne instruite.

On se forme généralement, en ce pays, de fausses idées sur les spécialités. La plupart des personnes lettrées en en voyant les productions, se hâtent de passer outre, comme à la porte d'un sanctuaire réservé aux seuls adeptes. C'est certainement là une erreur. Initiés aux clefs des sciences par nos études tant collégiales que particulières, nous devons, sans doute, laisser aux spécialistes la tâche de scruter les coins obscurs de leurs domaines respectifs, d'approfondir les questions encore contestées, de reculer les bornes de l'inconnu; mais nous devons aussi nous faire un devoir de nous mettre en état d'apprécier les succès obtenus, d'applaudir avec connaissance au progrès, et par cela même de bénéficier des conquêtes de ceux qui s'en constituent les champions, pour le bien général de la communauté. La médecine d'ailleurs étant l'art de conserver, de restaurer la santé, peut-elle ne pas nous intéresser d'une manière toute spéciale? Et sans vouloir usurper les fonctions de l'homme de l'art, voulons-nous, lorsqu'il faudra nous prévaloir de ses services, dans des cas où peut-être il ne s'agira de rien moins que de nous conserver la vie, voulons-nous nous constituer *patients* dans toute la force du terme, et remettre nos intérêts les plus chers entre les mains d'un homme dont on ne pourra pas même juger de la capacité, sans pouvoir apprécier par nous-mêmes, jusqu'à un certain point, l'opportunité des procédés dont on fera usage?

Nous ne saurions donc trop encourager nos lecteurs à prendre des abonnements à *l'Union Médicale.* Ses articles sur les charlatans, dans ses derniers numéros, sont tellement frappés au coin du bon sens et de la morale publique, qu'ils auraient dû être répétés par tous les autres journaux pour être lus de tout le monde.

Il va sans dire que cette publication est de rigueur pour tous les médecins, particulièrement ceux des campagnes, où l'isolement, le manque d'auteurs et mille autres distractions faisant perdre le goût de l'étude, laissant souvent en peu d'années, nos Esculapes avec une médecine fort *rouillée,* se renfermant dans une étroite routine qui peut à peine les faire distinguer de nos plus vulgaires charlatans. »

* * *

Nouvelles médicales

— Le journal « The Clinic », de Cincinnati, à la date du 16 août dernier, nous apprend que le choléra a presque disparu de cette ville et que l'on entretient aucune crainte qu'il ne devienne épidémique. Deux ou trois cas mortels seulement sont rapportés chaque jour au Bureau de Santé.

— Le même journal rapporte un triste accident arrivé dans le bureau du docteur Wm M. Mussey, de la même ville. Un jeune homme, en apparence d'une bonne santé, se présenta au médecin pour faire panser une blessure qu'il avait reçue aux doigts, par suite d'un accident. Le chloroforme ayant été administré, le jeune homme succomba subitement avant d'être complètement sous l'effet de l'anesthésique.

— Le « Medical Record » nous apprend qu'il existe 14,000 pharmacies aux Etats-Unis et que le nombre de personnes engagées dans le commerce s'élève au chiffre de 135,000.

— L'audace des industriels malhonnêtes est inconcevable. Le prof. Davis se plaint dans le « Medical Examiner » de Chicago, qu'une foule de charlatans éhontés prétendent qu'il approuve le traitement prôné dans leurs annonces. Mais le propriétaire du « Bloom of Youth », préparation destinée à réparer des ans l'irréparable outrage, va encore plus loin. Il fait annoncer que le prof. Sayre, de New-York, après une analyse soignée, a prononcé qu'il n'y avait aucun danger à se servir de cette préparation, tandis que le fait est que ce même professeur a lu, il y a quelques années, un travail devant « l'Association Médicale Américaine », pour mettre le public en garde contre cette même préparation qui avait déjà produit, à sa connaissance, plusieurs cas sérieux de paralysie saturnine. La loi ne peut-elle mettre un terme à de tels abus?

— Le docteur Agnew a été nommé professeur d'Hygiène au Victoria College, Toronto.

— L'élément saburral domine généralement dans la caractéristique de l'état médical actuel. Les diarrhées infantiles sont nombreuses et se font remarquer par leur gravité habituelle. Toutefois, le nombre de décès chez les enfants tend à diminuer depuis que les grandes chaleurs sont disparues. Il existe encore beaucoup d'embarras gastriques et quelques dysenteries.

— Nous reproduisons l'entrefilet suivant du « Pionnier de Sherbrooke » pour l'avantage de ceux qu'il pourrait intéresser.

« Un jeune médecin trouverait une bonne position à Sainte-Catherine de Hatley, en ce district. La population du canton de Hatley est considérable; les canadiens français de la localité sont déjà très nombreux et il y a là chance d'avancement sous tous les rapports. Nous recommandons cette localité aux jeunes médecins en voie de s'établir. Ils feront bien de remarquer aussi qu'il n'y a point de médecin à neuf milles à la ronde. Ceux qui désireraient d'autres renseignements peuvent s'adresser à M. Fleury de Lagorgendière, notaire et maître de poste du lieu. Son adresse est comme suit: Kate-Vale, via Hatley-nord. »

— M. le docteur Beaubien, d'Ottawa, vient d'être nommé Coroner conjoint avec M. le docteur Vancortland pour la ville d'Ottawa et le comté de Carleton. C'est une nomination du Gouvernement local d'Ontario.

— Il a plu à Son Excellence le Lieutenant-Gouverneur de nommer Alexis Charbonneau, écuyer, médecin de la paroisse de l'Assomption, à la charge de Coroner du district de Joliette, conjointement avec Laurent Désaulniers, écuyer, de la ville de Joliette.

— Dans un ouvrage récent, M. Albert Puech consigne quelques chiffres intéressants sur les naissances multiples. Après avoir établi la statistique de Nimes, puis celle du département du Gard, l'auteur applique la même étude à la France entière et constate que pendant une période de huit années, c'est-à-dire de 1858 à 1865, il y a eu en France:

8,298,226	accouchements	simples;
83,729	"	doubles;
1,005	"	triples;
4	"	quadruples.

Si, prenant une carte de France, on la divise par deux lignes transversales en trois grandes régions, on reconnaît bien vite que les accouchements doubles sont plus fréquents dans la région du Nord que dans la région du centre, et plus rares dans la région du Midi que dans les deux autres.

— Il paraît que les doctoresses ne sont pas vues d'un bon œil par Sa Majesté le Tsar de toutes les Russies. En effet, le Gouvernement russe a lancé un ukase défendant aux étudiants du sexe féminin de l'Université de Zurich de rentrer en Russie, parce que leur affiliation avec les projets des radicaux et la vie immorale qu'elles mènent, seraient propres à corrompre la jeunesse du pays. Cet ordre a eu pour résultat de disperser les élèves qui vont maintenant chercher leur instruction à Paris, à Munich et aux autres Universités. Le Sénat de l'Université de Zurich a protesté par voie diplomatique contre les assertions du gouvernement russe. D'un autre côté, les cours de justice ont prohibé l'entrée de l'Université d'Edinbourgh aux élèves du sexe féminin. Pourquoi les femmes qui possèdent ordinairement de si puissants moyens de faire ouvrir la bourse de leurs maîtres et seigneurs, ne fondent-elles pas des écoles où elles pourraient acquérir, si elles le jugent à propos, l'instruction requise pour faire de bonne gardes-malades, des accoucheuses utiles, voire même des doctoresses en règle.

— Les trois Facultés Médicales de Montréal ouvriront leurs cours à la même époque, cette année, mercredi, premier octobre prochain. A l'Ecole de Médecine, M. le docteur D'Orsonnens est chargé de la lecture d'introduction qui aura lieu à 3 heures, p. m. Au Collège McGill, la séance de rentrée commencera à 11 heures, a. m. M. le docteur Trenholme donnera le discours d'ouverture au Collège Bishop.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prie de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd-psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

Henry Ashley CARR. — **Traitement de l'attaque aiguë d'asthme bronchique par l'injection intraveineuse d'aminophylline.** "The Journal of Laboratory and Clinical Medicine", **25**: 1295 (septembre) 1940.

Un des premiers exemples de l'action thérapeutique des corps puriques dans le traitement de l'asthme est la disparition de la crise à la suite de l'ingestion d'une tasse de café chaud. Le fait a été noté en particulier par Sollmann qui attribue ce phénomène à un mécanisme tant psychique que bronchial. On connaît depuis longtemps l'action antispasmodique et dilatatrice de la caféine sur l'appareil bronchique et son action stimulante sur les centres nerveux respiratoires.

Récemment d'autres corps puriques se sont montrés actifs dans la crise d'asthme, en particulier la théophylline ou aminophylline. Dans de nombreux cas, on a constaté que l'aminophylline relève notablement la capacité vitale des poumons, abaisse la pression veineuse et intratrachéale, sans provoquer de modifications du pouls et de la pression artérielle. De plus, l'aminophylline faciliterait l'absorption de l'adrénaline chez les sujets réfractaires à cette drogue.

Dans cet article l'auteur rapporte ses observations recueillies dans 41 cas d'asthme traités à la « Fourth Medical Division of Bellevue Hospital ». Sur ce nombre, vingt-deux cas étaient nettement réfractaires à l'adrénaline; ils furent traités par des injections intraveineuses d'aminophylline. Dans tous les cas, l'aminophylline fut administrée par voie intraveineuse à la dose de 0.48 en solution dans 2 c.c. d'eau distillée. Dans un tiers des cas on observa quelques réactions telles que: vertiges légers, nausées, vomissements, céphalée, douleurs thoraciques; il n'y eut cependant aucun incident ou accident alarmant.

Vingt-deux malades ont reçu un total de 78 injections d'aminophylline. Il ne fut tenu compte ni du poids, ni de l'âge, ni du sexe des malades traités.

Dans la moitié des cas la sédation de la crise fut immédiate; chez les autres malades la sédation n'apparut que 20 à 30 minutes après l'injection. La sédation à la suite de l'injection de l'aminophylline se maintint de une heure à quelques jours. Dans aucune il ne fut nécessaire de renouveler l'injection en moins de deux heures. Dans aucun cas on observa une réactivation à l'adrénaline. Plus de la moitié de ces malades ne reçurent qu'une seule injection d'aminophylline et ne présentèrent aucune crise dans la suite.

De ses observations, l'auteur formule les conclusions suivantes:

1° L'aminophylline, administrée par voie intraveineuse, s'est montrée le médicament le plus efficace dans le traitement des crises d'asthme bronchial rebelles.

2° L'aminophylline s'est montrée particulièrement précieuse dans les cas d'asthme réfractaires à l'adrénaline.

Honoré NADEAU.

Ernst P. BOAS. — **Quelques causes immédiates de l'infarctus du cœur.** "The American Heart Journal", **23**: 1 (janvier) 1942.

A la suite des travaux de Fitzhugh et Hamilton, l'auteur rapporte une série d'observations personnelles qui démontrent que l'infarctus cardiaque survient souvent à la suite de circonstances facilement reconnaissables et paraissant avoir une relation de cause à effet.

1) Les traumatismes non-pénétrants du thorax peuvent être en cause; le mécanisme pourrait s'expliquer par une contusion du thorax, entraînant une contusion du cœur avec hémorragie dans le myocarde ou blessure d'une ou de plusieurs artères coronaires. Un coup de poing pourrait avoir le même effet.

2) Bien que l'infarctus du myocarde se produise souvent au repos ou pendant le sommeil, l'effort peut être la cause, ce qui est d'autant plus possible que l'on sait que l'infarctus peut se produire sans thrombose des coronaires. Ceci est important, parce que l'infarctus peut se produire à la suite d'un effort survenu au cours du travail, et alors il faut décider si l'employé a droit à la compensation. Pour qu'il y ait droit, il faut que les symptômes cardiaques accompagnent ou suivent immédiatement l'effort, ou bien il faut qu'il y ait suite continue dans les symptômes entre le moment de l'effort et celui du début de l'incapacité.

3) D'après plusieurs observations, il semble bien que les émotions soient capables de produire un infarctus; peut-être est-ce en provoquant une décharge d'adrénaline dans le sang, ce qui déclencherait de la fibrillation ventriculaire.

4) Certains travaux expérimentaux et des observations cliniques portent à croire que dans certaines circonstances, des réactions allergiques produisent des attaques d'angine de poitrine ou un infarctus du myocarde; ainsi au cours d'attaques d'asthme, de crises d'urticaire, de maladies sériques, de crises d'œdème angioneurotique.

5) Le froid (ingestion de liquide, température extérieure...) peut être en cause, probablement par spasme d'origine réflexe.

6) C'est souvent à l'occasion d'une infection intercurrente (grippe, bronchite...) que se produit un infarctus.

7) A la suite d'une opération, le choc ou l'hémorragie peut diminuer le flot sanguin coronarien et causer un infarctus; s'il ne survient que quelques jours après l'opération, il faut penser au point de vue du mécanisme à une modification de la coagulation du sang.

8) D'autres facteurs semblent possibles: repas trop abondants, choc électrique, crise d'hypoglycémie, hautes altitudes, chaleur ou humidité exagérées.

L'auteur conclut en disant que nos connaissances actuelles sur la physiologie et la pathologie de la circulation coronaire sont à l'effet que le flot sanguin coronarien doit pouvoir satisfaire les besoins du muscle cardiaque; sous l'influence de certaines causes (l'effort, les émotions, le froid et les excès alimentaires sont les plus fréquentes), cet équilibre est rompu par un spasme ou la production d'une hémorragie dans l'épaisseur de la paroi du vaisseau coronarien.

Guy DROUIN.

PHTISIOLOGIE

C. K. ROBERTSON. — **Tumeurs primaires du poumon.** "Edinburgh Medical Journal", **49**: 110 (février) 1942.

L'auteur fait la revue de la littérature sur les néoplasmes du poumon, des points de vue symptomatologie et clinique. Il fait de plus la revue de 22 cas personnels.

L'âge moyen de ses patients était de 63 ans, mais le plus grand nombre s'est trouvé entre 55 et 60 ans.

Il y a eu 12 hommes et 10 femmes. Le poumon droit a été atteint plus souvent que le gauche (13-9).

Une enquête patiente a été faite auprès de chaque patient pour découvrir le premier symptôme thoracique. Les résultats de ces investigations ont démontré que la douleur thoracique a été le premier trouble chez 10 patients. Six ont eu une douleur de type pleural. Deux ont décrit une lourdeur corrosive; un autre, une douleur aiguë en coup de poignard; le dernier, enfin a rapporté une constriction de la partie inférieure du thorax avec une douleur sourde à l'épaule correspondante. L'hémoptisie légère, variable de jour en jour, ne dépassant pas le stage de coloration des crachats. Chez 3 sujets le symptôme initial fut la dyspnée; chez 3 autres, la toux. Chez un seul, il y a eu des métastases: son seul symptôme fut de la difficulté à marcher.

Au moment où ces patients avaient été admis à l'hôpital, les symptômes étaient plus marqués. La douleur thoracique a été trouvée chez 17, la dyspnée et la toux chez 21. A ce stage 17 avaient maigri et 21 avaient des crachats mucoïdes, purulents ou teintés de sang. Tous avaient une apparence typique et une pyrexie intermittente chez 5. Le B. W. a toujours été négatif. La bacilloscopie aussi.

L'examen clinique de la poitrine a révélé les faits suivants:

9 avec évidence d'épanchement pleural.
4 " " de consolidation pulmonaire localisée.
4 " " de bronchite généralisée.
3 " " de surfaces pulmonaires en atélectasie.
1 " " de pleurésie fibrineuse.

Il n'y a eu aucune histoire de maladie pulmonaire antérieure significative. Le facteur temps équivaut en moyenne à 11 semaines entre le début des symptômes et l'admission. Le diagnostic clinique de cancer des bronches a été confirmé par la radiologie dans chaque cas, et lorsque nécessaire par la bronchoscopie.

L'auteur termine en souhaitant la possibilité prochaine d'un diagnostic précoce: la radiothérapie et la chirurgie n'offrant d'espoir qu'aux stades primaires de la maladie.

On a droit à plus d'espoir si la triade symptomatique (douleur, toux et expectoration) apparaît au début de la maladie, car dans la plupart des cas le foyer se trouve à la bronche souche si bien accessible à la bronchoscopie et la biopsie.

(*British Med. Inf. Service-Traduction.*)

Jean-Philippe PAQUETTE.

R. A. HUNTER. — **Le bacille tuberculeux dans les crachats: étude spéciale des formes ramifiées.** "Tubercle Journal", **22**: 257 (novembre) 1941.

Jusqu'ici les formes ramifiées du bacille tuberculeux n'ont été trouvées que dans la tuberculose aviaire. L'auteur n'a pas pu trouver de référence sur cette forme ramifiée du bacille, ayant trait aux sécrétions bronchiques. Cependant, il est assez important de savoir que la forme ramifiée peut se rencontrer dans les crachats. Pour ce, il y a trois éléments essentiels: une base microscope, des préparations contrateintes à l'acide picrique, une recherche patiente.

Les crachats choisis pour cette recherche doivent être infestés de bacilles. Ils doivent aussi contenir des formes filamenteuses de 10 à 20 microns. Les spécimens contenant les longs bacilles ne sont pas rares.

Les bacilles à une ou deux ramifications sont décrits comme forme simple; les autres formes, complexes. L'article comporte de nombreuses illustrations des deux formes.

Les autres observations intéressantes portent sur les points suivants:

1. — La disposition du bacille en amas.

2. — La longueur du bacille de Koch dans les crachats (on l'a trouvé beaucoup plus allongé qu'on a l'habitude de le voir décrit).

3. — La disposition des bacilles longs dans les crachats. Dans la plupart des préparations contenant la forme longue et filamenteuse, il y avait des amas de bacilles qui, de toute évidence, étaient passés sûrement des formes complexes au stade de batonnet simple.

4. — Il y a peu de variation dans l'évolution des formes ramifiées (il y en a 3 formes).

5. — Adhérence des bacilles à la souche.

6. — Formation de bourgeon. On n'a pas trouvé de foyer primordial dans l'étude des formes allongées. Le nouveau rameau est constitué par un minuscule bourgeon apparaissant sur la souche. L'auteur rappelle qu'on ne peut démontrer la valeur procréatrice de la fraction de souche comme granule initial. Il croit cependant que ce bourgeon a le pouvoir de survie séparée et de produire les formes des bacilles après la disparition du filament souche.

L'auteur discute ensuite de la relation entre la forme ramifiée et la reproduction. Il démontre comment les formes complexes sont fragmentées et disposées. Il croit que la forme filamenteuse est le type parfait du bacille de Koch et qu'on ne l'obtient qu'en des conditions idéales.

Les formes courtes résultent de la résistance du milieu, si la résistance est élevée le bacille raccourcit progressivement et les formes en rameaux n'apparaissent pas. La reproduction s'opère alors par la division.

En conclusion l'auteur croit que le bacille tuberculeux, à cause de ces observations, devrait être classifié dans la famille des streptocoques.

(*British Med. Inf. Service-Traduction.*)

J.-P. PAQUETTE

ENDOCRINOLOGIE

W. S. COUNSELLER. — **Dix ans d'expérience dans le traitement de la cryptorchidie.** "The Journal of Urology", **46**: 722 (octobre) 1941.

L'A. définit la véritable cryptorchidie la présence constante d'un ou des deux testicules au-dessus de l'anneau inguinal externe. Le traitement du testicule non descendu ne doit être tenté qu'après la puberté puisque jusque-là la descente spontanée peut se faire. Cependant lorsqu'il n'existe qu'un rudiment de scrotum ou qu'il n'existe pas de scrotum la descente spontanée est très rare et on pourra alors agir plus vite.

Le traitement chirurgical est le traitement de choix et consistera à faire ce que la nature n'a pas fait c'est-à-dire descendre le testicule dans le scrotum et l'y maintenir. Si le scrotum n'est pas développé, tenter un développement par la traction. Ce traitement doit être appliqué le plus près possible de la puberté pour éviter l'atrophie du testicule et les adhérences des tissus aux vaisseaux du cordon. L'A. étudie 224 cas de cryptorchidie vus à la Clinique Mayo de 1933 à 1940.

L'âge du patient fera varier le type opératoire. Dans tous les cas, il faudra descendre le testicule dans le scrotum sans amener une tension trop grande des vaisseaux du cordon; ce qui empêcherait le développement et le fonctionnement du testicule. Chez les sujets dans la trentaine, il vaut mieux enlever le testicule à moins qu'une raison d'esthétique ou physique nous en empêche. Sur les 224 patients l'âge varie de 2 ans à 70 ans avec une moyenne de 19.5 ans.

La cryptorchidie droite semble la plus fréquente et elle est bilatérale dans 37.9% des cas. Le type opératoire variera avec la position du testicule. Dans la cryptorchidie bilatérale, l'intervention se fera en 2 temps.

La hernie inguinale est assez fréquente soit 77.7% des cas et existe presque toujours du même côté que l'ectopie.

Le type d'opération variera suivant la position du testicule et le développement du scrotum. L'opération de Meyer qui consiste à fixer la peau du scrotum à la cuisse et le testicule au fascia lata. C'est l'opération de choix si le scrotum n'est pas développé et que le crémaster tend à faire rétracter le testicule. L'opération de Cabot sera employée lorsque le scrotum n'a pas besoin de traction plus longtemps que le temps de l'hospitalisation. L'opération de Bevan qui permet de rallonger suffisamment le cordon de manière à placer le testicule au-dessous de l'anneau inguinal peut être employée dans certains cas. La castration sera un traitement d'exception dans la première et deuxième décade et ne se fera lorsqu'il y aura atrophie, blessure ou tumeur du testicule. Dans la 3e décade, la castration devient plus fréquente, elle est indiquée dans les cas d'atrophie ou quand il est impossible d'allonger suffisamment le cordon pour placer le testicule dans le scrotum sans tension. La castration est à conseiller quand on doit laisser un testicule dans l'abdomen où il pourra se transformer en tumeur maligne. Si on ne fait pas la castration, il faut laisser le testicule dans le canal inguinal où l'on pourra le surveiller.

Dans 95% des 224 cas les résultats ont été excellents.

Quant à l'hormonothérapie pour certains auteurs on obtiendrait de bons résultats dans 60 à 70% des cas, pour d'autres dans 15 à 30%.

A la Clinique Mayo, le traitement hormonal a été très désappointant et n'est employé que dans certains cas d'hypogonadisme ou d'hermaphrodisme. Sur 38 patients, aucun résultat, chez 2 cependant on a noté une descente légère. L'A. croit que l'hormonothérapie doit être réservée au petit groupe de patients dont les testicules à la puberté ou fin de la puberté ne sont pas descendus spontanément. Après échec du traitement hormonal on doit employer le traitement chirurgical.

Arthur BEDARD.

GASTRO-ENTEROLOGIE

A. B. RIVERS et L. A. SMITH. — **La gastrite simulant l'ulcère.** "Amer. Jour. of Dig. Dis.", **7**: 424 (octobre) 1940.

A la suite de nombreuses publications la gastrite a pris une place importante en pathologie gastrique.

Les auteurs étudient 60 cas de gastrite chronique à symptomatologie particulière, simulant en tout point l'ulcère gastroduodénal et dont le diagnostic fut établi soit après exploration chirurgicale soit après examen gastroscopique.

Certaines habitudes de ces patients valent la peine d'être mentionnées: 50% de ces malades étaient des fumeurs invétérés; 50% faisaient usage d'alcool dont 33% de façon immodéré.

Sans vouloir faire une classification des différents types de gastrites observés, les auteurs ont constaté chez 84% de leurs sujets des lésions du type chronique crosif ou lypertrophique.

Les symptômes cliniques suggéraient la présence d'un ulcère.

En premier lieu la périodicité des troubles: dans 23 cas les symptômes d'abord intermittents par périodes, devinrent continus; chez 21 malades l'infection évolua par périodes régulières; 12 présentèrent des troubles continus dès le début de leur maladie. La longueur moyenne de l'évolution fut de 8 ans.

En second lieu les douleurs comme dans l'ulcère apparaissent plus ou moins tardivement après les repas de 15 minutes à 3 heures; 57% de ces cas malades avaient des souffrances la nuit entre minuit et 2 heures.

La brûlure simple, la crampe ou la faim douloureuse étaient la forme d'extériorisation de la douleur. Souvent après le repas et précédant la douleur vraie, ces malades accusaient des malaises épigastriques sous forme de plénitude de gonflement, de pression associés à des émitations et des régurgitations.

Dans 95% des cas la douleur était localisée à la région haute de l'épigastre et derrière le sternum. Dans 60% des cas elle irradiait très haut derrière le sternum et même vers le cou. On a noté aussi des irradiations vers le thorax gauche ou le dos et même l'épaule et le bras gauche.

L'ingestion d'aliments apporte habituellement une sédation des douleurs de même que les alcalins.

Vomissements fréquents mais surtout des régurgitations. Des bématémesses ou du melvens furent constatés dans 33% des cas.

Le chimisme fut hyperacide dans 35% des cas avec présume de sang fréquente dans le liquide.

Plusieurs patients se plaignent de douleurs provoquées par la pression des vêtements.

La radiographie a montré des irrégularités de la muqueuse, témoins de la gastrite dans 21% des cas.

Jean-Paul DUGAL.

CHIRURGIE

R. GHORMLEY et A. ADSON. — **Hémangiome vertébral.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", **23**: 887 (octobre) 1941.

Les auteurs font d'abord une revue de la littéra ture médicale concernant cette affection osseuse. C'est en 1863 que Virchow découvre à l'autopsie d'une femme âgée deux angiomes de la colonne et un dans le foie. Gerhardt semble le premier à rapporter une paraplégie causée par l'angiome vertébral. Perman et Gold plus tard rapportent des observations semblables. En 1929, Bailey et Bucy font une revue de la littérature. C'est Schmorl qui a fait le plus pour l'anatomie pathologique de la lésion. Il a étudié 3,829 colonnes vertébrales, soit 1,948 hommes et 1,881 femmes. Dans 10.7%, il a trouvé des angiomes, soit 409 cas. La lésion est p'us fréquente chez la femme. Dans 66.5% des cas, il y avait un seul angiome; dans 32.8%, il y avait deux ou plusieurs angiomes. Le siège de prédilection est la colonne dorsale, surtout la XIIe, puis la colonne lombaire, surtout la IVe.

La plupart de ces angiomes ont été une découverte d'autopsie, les patients ne s'en étant jamais plaint, la radiographie étant négative.

Pourquoi certains patients souffrent-ils de leur angiome, d'autres aucunement? Selon les auteurs, il y a trois causes possibles de compression:

a) l'angiome épidural — 8 cas sur 40, d'Unger;
b) un soufflement de la vertèbre causé par la thrombose et l'œdème associés avec l'ostéoporose;
c) compression par fracture de la vertèbre atteinte, éventualité très rare.

Plus le patient est jeune, plus il en souffre généralement; la lésion cependant se voit surtout chez les adultes.

Les auteurs ont étudié 39 cas dont 27 femmes et 12 hommes. Ces malades sont répartis en quatre groupes:

Groupe I. Comprend 5 patients, avec angiome et paraplégie. Tous ont eu une laminectomie avec ou sans thérapie post-opératoire. Trois ont repris leur travail.

Groupe II. Comprend 5 patients, avec paraplégie incomplète, traités par thérapie et corset de support. Quatre ont été très améliorés.

Groupe III. Comprend 9 patients se plaignant simplement de douleur locale, sans aucun signe de compression vertébrale. Sept ont reçu de la thérapie profonde, deux ont eu un corset seulement. Résultats variables ici: 3 patients sont améliorés, les autres plus ou moins, 2 n'ont pas suivi le traitement.

Groupe IV. Comprend 20 patients qui ne souffrent pas de leur angiome.

Les symptômes sont très variables: douleur localisée, raideur vertébrale, rigidité musculaire sont d'ordinaire les premiers symptômes; certains sujets peuvent présenter de l'hyperesthésie, des signes de radiculite selon l'endroit où se développe l'angiome.

Diagnostic.

L'angiome peut se confondre avec une métastase vertébrale mais cette dernière évolue plus rapidement.

Le lipiodol intrarachidien, le Queckenstedt seront nécessaires. Le liquide céphalo-rachidien peut être xanthochronique avec une teneure protémique élevée.

Les rayons X confirmeront le diagnostic habituellement. Au début, il y a hypertrophie des larmes et des pédicules, un élargissement des espaces intertratéculaires. A un stade plus avancé, la vertèbre se souffle, s'élargit dans ses divers diamètres, peut même se fracturer. Le diagnostic précoce est important pour la conduite du traitement.

La laminectomie dans l'angiome vertébral est une intervention qui fait saigner beaucoup. Les auteurs emploient une cire spéciale pour contrôler l'hémorragie. Ce que l'on a toujours découvert, c'est que la compression provient de l'hypertrophie des pédicules et des lames ainsi que de la prolifération de la vertèbre dans le canal.

La thérapie profonde est indiquée chez tous les patients, opérés ou non; le plus souvent aussi un corset solide est nécessaire.

La radiothérapie profonde se donne ainsi: à travers quatre champs, on donne 500 unités pour chacun. Cette dose est répétée à intervalles de 4 à 6 semaines pour les 3 ou 4 premiers traitements. Plus tard, une ou deux fois par année durant 4 ans.

Ls-Philippe ROY.

J. J. Mason BROWN, Wallace M. DENNISSON, Douglas DIVINE et James A. ROSS. — **Les expériences d'un "Casualty Clearing Station".** "Lancet", **2**: 443 (12 octobre) 1940.

Cinq cents grands blessés évacués des Flandres furent amenés à un petit hôpital anglais, sans compter les « walking wounded », les blessés capables de marcher qui reçurent là aussi des soins. Des aviateurs furent admis dans les deux heures qui suivirent leurs blessures, mais la plupart étaient déjà blessés depuis 4 à 5 jours. Plusieurs avaient été blessés 2 ou 3 fois, d'autres avaient passé plusieurs heures immergés dans l'eau salée avant d'être rescapés. La plupart avaient encore leur premier pansement.

Sales, la barbe longue, exténués par des heures et des jours sans sommeil, sans nourriture, des bombardements incessants, des blessures douloureuses, on se demande comment ces hommes ont pu survivre à de telles affres.

Tous reçurent immédiatement la médication contre le choc secondaire, solution saline intraveineuse quand l'individu ne pouvait avaler.

Très souvent le sens de la sécurité, du thé chaud, des liquides abondants furent suffisants. La morphine, le repos et des liquides en quantité en ressuscitèrent plusieurs. Des transfusions substantielles furent faites à ceux qui avaient saigné.

Méthodes opératoires. La difficulté consistait à déterminer qui il fallait opérer d'abord. Les malades intoxiqués par de larges blessures furent les premiers traités, ou traités immédiatement. Chez d'autres les pertes de sang continuelles créaient des cas de toute urgence. Tous les objets possibles avaient été utilisé comme tourniquet à partir du tourniquet réglementaire jusqu'à la courroie du casque d'acier, les « puttees » ou de la ficelle.

L'hémorragie était arrêtée mais très souvent la partie du membre située au-dessous du tourniquet était morte et souvent la gangrène et l'infection y étaient. On amputait largement les membres gangrénés et fracturés; les larges blessures atteintes de gangrène mais sans fracture importante étaient largement incisées. On enduisait la plaie de peroxyde d'hydrogène et de sulfapyridine en poudre. On donnait du sérum anti-gangréneux et du Dagenan par la bouche à la dose de 4 tablettes du premier coup et puis 2 tablettes aux 4 heures.

On procédait le plus tôt possible au nettoyage des grandes plaies non encore infectées; les fractures et les blessures articulaires.

Les trajets de balle courts et peu profonds étaient incisés et mis à jour. Les trajets longs étaient nettoyés à leurs deux orifices et laissés en paix. Ces blessures s'infectent peu et guérissent facilement.

Les débris ou les projectiles retenus dans les tissus créaient un problème plus difficile. Les balles à trajet rapide sont stériles, mais les débris d'obus

avec des morceaux d'étoffes ou de tissus qu'ils amènent profondément avec eux sont très septiques et les dommages profonds sont plus considérables qu'ils n'apparaissent à la surface.

Au début, tous les corps étrangers étaient examinés au radioscope, mais bientôt le temps manqua pour les faire en série. Des blessés étaient littéralement farcis de débris d'obus mais n'en semblaient pas trop affectés dans leurs viscères. Ceux-là on n'y touchait pas. D'autres qui avaient eu peine à supporter les opérations urgentes nécessitées par des pertes de sang considérables étaient aussi laissés en paix. On enlevait les fragments qui provoquaient des compressions dangereuses ou ceux qui entretenaient l'infection.

Membres. Les blessures des membres furent à peu près toutes traitées de la même façon: débridement, tamponnement serré avec de la gaze imbibée de proflavine et immobilisation dans un plâtre. Il a été permis de constater plus tard que ces blessés se portaient bien plusieurs semaines plus tard quand on leur enlevait le plâtre. Un flot de pus odoriférant s'échappait. On enlevait la gaze et on lavait à grande eau et au fond ces plaies présentaient une surface bourgeonnante des plus nettes. Et pourtant ces plaies avaient déjà 4 ou 5 jours d'existence quand on leur apliquait ce traitement.

On ne fit presque pas de sutures et très souvent on dut enlever les quelques-unes qu'on avait faites pour contrôler les hémorragies: elles favorisaient l'infection. On ménageait le plus possible les membres blessés non gangrénés, surtout les membres supérieurs. On fit peu d'amputations. On enleva très peu de fragments osseux, ceux seulement qui auraient pu empêcher une jointure de retrouver tous ses mouvements. De même les blessures de la main furent traitées d'une façon conservatrice. Pour les membres inférieurs, le Thomas splint s'est montré supérieur au plâtre de Whitman, plus rapide d'application. Sur les fractures de la colonne on appliquait un corset plâtré dorsal que retenaient en place des bandes plâtrées et ces malades étaient ainsi transportés dans un centre neurologique.

Blessures de la poitrine et de l'abdomen. Les blessures constatées furent:

1. — La blessure simple des parties molles.
2. — La fracture de côtes composée.
3. — Les blessures avec hémorragie pariétale récidivante.
4. — Douleurs considérables provoquées par le frottement des débris de côtes à chaque mouvement respiratoire.
5. — La blessure ouverte du thorax laissant la plèvre ouverte.
6. — La blessure profonde intéressant le poumon.
7. — Le pneumothorax.
8. — Les grands Hémothorax.
9. — L'hémothorax infecté.
10. — Blessures thoraco-abdominales intéressant le diaphragme surtout à gauche.
11. — Rétention d'un corps étranger important.

La plupart étaient blessés depuis plus de 48 heures et peu furent opérés. Les blessures ouvertes de la plèvre furent fermées et le malade fut considérablement soulagé.

Toutes les blessures abdominales furent traitées immédiatement. Le taux de mortalité fut très élevée car toutes ces blessures avaient plus de 24 heures d'existence. Les blessures profondes des fesses intéressaient souvent le péritoine sans gros dommage cependant aux viscères. On explorait la blessure et on évitait ainsi très souvent une laparotomie.

Blessures de la tête et des yeux. Tous les blessés de la tête étaient dans un mauvais état. Les 24 premières heures favorables étaient passées. On changeait le pansement, on nettoyait la plaie et le malade était dirigé vers un centre neurologique s'il y avait lieu.

On a observé trois types de blessures oculaires:

1. — Des blessures profondes: on énucléait l'orbite; celle-ci était nettoyée de ses corps étrangers, mais on n'allait pas plus loin.
2. — Des corps étrangers de la cornée: on les enlevait quand on pouvait le faire. On n'avait pas d'aimant.
3. — Des conjonctivites: surtout associées à des brûlures de la face. Des applications d'acide tannique avait créé un coagulum qui obstruait les paupières et une infection secondaire s'était développée. On cessait les applications d'acide tannique sur les paupières et on faisait des pansements à l'eau salée.

Les brûlures. Vingt cas de brûlures des 2e et 3e degrés se présentèrent: 8 matelots étaient brûlés depuis 6 heures seulement: tous les autres l'étaient depuis 24 à 96 heures. Tous étaient largement intoxiqués. Plusieurs avaient plus de la moitié du corps brûlé et par-dessus le marché présentaient des blessures d'armes à feu. D'autres avaient passé des heures dans l'eau salée et en souffraient. A tous on a appliqué le traitement de Dennison (1939): traitement antichoc, cages électriques et morphine. Sous anesthésie au gaz-oxygène, les plaies furent nettoyées, on les badigeonna avec du violet de gentiane à 1%, asséché avec un séchoir à cheveux. Ensuite on fit des applications d'acide tannique à 10% et de nitrate d'argent à 10%, asséché de nouveau. Une autre couche de violet de gentiane est appliquée et le malade renvoyé à son lit sous la cage électrique. De l'éther méthylique et du violet de gentiane à 1% sont ensuite appliquées toutes les 4 heures. L'eucorticone et l'acétate de désoxycorticostérome firent des merveilles contre le choc et la toxémie (Percorten et D.O.C.A.) mieux que les extraits surrénaux. La dose variait avec l'état du patient, le pouls, la respiration,

BES-MIN

COMPLEXE VITAMINIQUE B NATUREL,
renforci et combiné aux minéraux essentiels

Formule détaillée par cuillerée à soupe

VITAMINES

B_1 (Chlre de Thiamine)	1.2 milligrammes
B_2 (Riboflavine)	668 microgrammes
B_6	100 microgrammes
Acide Nicotinique	10 milligrammes
Acide Pantothénique	268 microgrammes
Filtrat (Jukes-Lepkovsky)	18 Unités

Avec GLYCÉROPHOSPHATES

de Calcium, Manganèse, Sodium, Potassium.

Indications

Avitaminose « B » se manifestant par des perturbations gastro-intestinales, de l'anorexie, des névrites, ou un ralentissement de la croissance chez l'enfant.

Pour maintenir un taux normal de concentration du complexe de la Vitamine « B » au cours de la grossesse, de la lactation, pendant la convalescence des infections aiguës; dans l'intoxication alcoolique; dans les soins pré et post-opératoires.

Avantages du Bes-Min

◆ Faible teneur alcoolique (seulement 5%) ◆ Association des minéraux essentiels au complexe vitaminique « B » naturel ◆ Véhicule d'estif stimulant de l'appétit ◆ Goût agréable ◆ Présentation strictement professionnelle ◆ Traitement économique

Flacons de 12 onces, ½ et 1 gallon.

Le BES-MIN est une formule originale fabriquée dans nos laboratoires à Montréal, selon les procédés les plus modernes offrant ainsi au Corps Médical les meilleures garanties de qualité et d'activité thérapeutique.

Produit des
LABORATOIRES ANDROMACHUS
Long Island City - - N Y.

Fabricants et Concessionnaires au Canada
ROUGIER FRÈRES
350, rue Le Moyne - MONTRÉAL.

la pression artérielle et la température qui étaient prises toutes les heures. On donnait habituellement 10 mg. toutes les 4 heures. Des liquides et du glucose en abondance complétaient le traitement. Il n'y eut que 25% de morts.

Anesthésie. L'anesthésie était faite au gaz-oxygène (app. de Boyle) et au masque ouvert. On a été étonné de constater que des mélanges de 80 à 90% d'oxygène étaient suffisants. Le tube intratrachéal de Magill fut utilisé sur un large pied. Dans les lésions de la bouche on faisait la trachéotomie et on introduisait le tube.

Conclusion. Ce qui fut difficile d'abord ce fut d'établir le degré d'urgence des blessures à traiter. Voici la classification qui fut adoptée:

1. — Immédiats: Les brûlures, les plaies ouvertes de la plèvre, les plaies de la tête et les plaies pénétrantes de l'abdomen.
2. — Les grands schockés et les blessés des membres avec fracture.
3. — Les traitements suffisants pour garder les individus en vie quitte à les reprendre plus tard.
4. — Ceux à qui la chirurgie ne pouvait plus rendre service, ou dont les services à rendre dépassaient les possibilités d'un C.C.S.

Le traitement des blessures des membres par les applications plâtrées s'est montré très effectif. Le liquide de Carrel-Dakin n'a pas été utilisé.

On fait peu de fermetures de plaies, pas de sutures nerveuses ou musculaires.

Le traitement précoce du choc et la transfusion se sont montrés très efficaces.

Le traitement moderne des brûlures s'est montré un grand succès.

Sylvio LEBLOND.

S. BUNNELL. — **Soins thérapeutiques aux tendons dans les fractures ouvertes de la main.** "The Journal of Bone and Joint Surgery", **23**: 240 (avril) 1941.

Selon l'auteur, c'est le traitement de la plaie qui importe pour le résultat final; il doit y avoir guérison sans suppuration. A cette fin, on agira ainsi:

a) intervention précoce;
b) débridement adéquat;
c) nature du pansement sur les tissus blessés.

a) Le facteur *temps* importe beaucoup. Un tendon doit être suturé dans les premières heures après l'accident, jamais après 24 heures. On se guidera sur le degré d'attrition des tissus.

Le nombre et la virulence des bactéries.

La résistance du patient.

Chacun sait que l'infection survient moins facilement dans une plaie à bords bien tranchés que dans une main écrasée.

b) Le débridement sera minutieux. Laver la plaie et les parties avoisinantes ne suffit pas, il faut, sous anesthésie générale de préférence, enlever tous les tissus contus: peau, tendons, aponévroses, vaisseaux et nerfs, pour transformer la blessure en une plaie aseptique.

c) Pansement des tissus broyés, les tendons, les articulations, les os ne peuvent demeurés exposés à l'air. Avant que l'infection n'apparaisse, il vaut mieux recouvrir ces tissus de lambeaux de peau pris à côté et à la place desquels on fera les greffes de Thiercle.

Il faut absolument immobiliser dans un plâtre, maintenir la main élevée, faire un pansement un peu compressif pour quelques heures.

L'auteur en vient en second lieu à la *réparation des tendons.* Jamais on ne doit tenter une suture s'il y a déjà infection ou si la plaie est contuse. S'en garder aussi si le chirurgien n'a pas l'entraînement voulu. Une erreur grave qui se commet souvent est de faire une incision médiane sur le tendon même; elle produit des adhérences, des cicatrices chéloïdiennes très souvent. Bunnell décrit aussi le mode de guérison des tendons mais surtout le matériel de suture qu'il emploie.

C'est le catgut qui est le plus mauvais; le meilleur matériel de suture est le fil d'acier stainless No 34 ou 35, qu'on peut enlever après 3 semaines. L'auteur décrit un nombre considérable de points de suture et il conseille d'employer le plus simple si l'on veut éviter le gonflement et les adhérences. On immobilise ensuite pour 3 semaines dans une gouttière plâtrée en faisant relâcher le plus possible les muscles et les tendons.

L'anesthésie régionale ou mieux générale sera utilisée.

Si le tendon fléchisseur superficiel est seul sectionné, il n'est pas nécessaire de le suturer, si les deux fléchisseurs sont coupés, on suture le fléchisseur profond et on enlève l'autre. Autrement, il se créera des adhérences avec mauvais résultats.

Ls-P. ROY.

PEDIATRIE

J. G. KRAMER. — **Traitement de la coqueluche par le "Pertussis Antigen".** "Jour. of Pediatrics", **20**: 301 (mars) 1942.

Une épidémie de coqueluche éclata au milieu d'un groupe de 36 enfants âgés de 3 à 9 ans. Parmi ces 36 enfants il y en avait 11 qui avait déjà eu la coqueluche antérieurement. Ces 11 enfants restèrent indemnes et ne contractèrent pas la maladie, même dans sa forme la plus légère. Les 25 autres furent divisés en deux groupes: 14 reçurent du Pertussis Antigen et les 11 autres ne reçurent aucun traitement.

UROPRAZINE

GOUTTE—RHUMATISME
ARTHRITISME—SCIATIQUE
CYSTITES—PYÉLITES—GRAVELLE URIQUE.

CALCOLEOL
DRAGÉES

RACHITISME — TROUBLES
DE LA CROISSANCE — LA
TÉTANIE ET LES ÉTATS SPASMOPHILES—TROUBLES DE DÉMINÉRALISATION.

TRICALCINE
POUDRE — COMPRIMÉS — CACHETS

AU COURS DE LA GROSSESSE
ET DE L'ALLAITEMENT,
DURANT LA PÉRIODE DE DENTITION ET DE CROISSANCE —
ANÉMIE—CONVALESCENCES—PHOSPHATURIE—ALBUMINURIE.

VEINOTROPE
MASCULIN FEMININ

TROUBLES DU SYSTÈME
VEINEUX — VARICOLITES
VARICES—HÉMORROÏDES—ULCÈRES VARIQUEUX — TROUBLES
POSTPHLÉBITIQUES— MASCULIN ET FÉMININ.

PEPTALMINE
MAGNÉSIÉE

CONGESTION DU FOIE
MIGRAINES — COLITES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE—TROUBLES HÉPATO-BILIAIRES.

PEPTALMINE
PURE

URTICAIRES—PRURIGO
INFANTILE — MIGRAINES
TROUBLES DIGESTIFS — STROPHULUS — ECZÉMA
SOMNOLENCE APRÈS LES REPAS.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL MONTRÉAL

Kramer observa ces petits malades pendant une période de 7 semaines. Il n'y eut aucune diminution dans le nombre des quintes de toux immédiatement après l'injection du pertussis antigen. Le pertussis antigen ne parvint pas à atténuer la sévérité de la coqueluche ni à en abréger la durée.

Chez les enfants non traités l'évolution de la coqueluche fut à peu près la même que dans le groupe des enfants qui reçurent du vaccin.

On nota que le plus grand nombre des quintes se produisent entre 7 heures du soir et 7 heures du matin. La toux atteint son paroxysme dans les premières heures de la nuit.

En somme, l'article de Kramer confirme l'opinion déjà reconnue que le vaccin n'a pas actuellement une grande valeur dans le traitement de la coqueluche.

Norbert VEZINA.

Jean V. COOKE. — **La fréquence de la leucémie aiguë chez les enfants.** "Jour. A.M.A.", **119**: 547 (13 juin) 1942.

Il est reconnu depuis longtemps que les formes aiguës de la leucémie sont beaucoup plus communes chez les enfants que chez les adultes, et que les jeunes enfants sont plus souvent touchés par cette affection que les enfants plus âgés. C'est à l'âge de 3 et 4 ans que l'on rencontre le plus fréquemment la leucémie aiguë. Cooke en arrive à cette conclusion après avoir fait le relevé de 1,500 cas de leucémie aiguë chez des enfants admis dans 33 hôpitaux différents depuis quelques années.

L'auteur discute ensuite de l'étiologie de la leucémie aiguë. Il ne croit pas à l'origine néoplasique de cette maladie. Si la leucémie aiguë, en effet, était un genre de néoplasie, elle devrait, comme dans le cas des tumeurs cérébrales, par exemple, se rencontrer de plus en plus souvent à mesure que l'enfant avance en âge. Or, c'est précisément le contraire qui se passe. A partir de l'âge de 4 ans les cas de leucémie deviennent de plus en plus rares.

Cooke doute qu'il puisse s'agir d'une infection spécifique, à cause du manque de contagiosité et de l'impossibilité où l'on est d'isoler un agent pathogène déterminé, responsable du syndrome.

Il est d'avis qu'une foule d'infections banales peuvent déclencher des perturbations capables d'amener finalement la leucémie aiguë. Il est prouvé que l'apparition de la leucémie aiguë est souvent (48.7% des cas, d'après Pierce) précédée d'une infection telle qu'une amygdalité, une rhino-pharyngo-bronchite, une rougeole, une otite moyenne, un impétigo. Ces infections, si fréquentes chez l'enfant, jouent donc un rôle important dans la production de la leucémie aiguë. Il faut admettre, cependant, que le système hémato-poietique, pour être aussi vulnérable devant l'infection, devait présenter déjà une déficience constitutionnelle.

Norbert VEZINA.

UROLOGIE

Reed M. NESBITT et Kyril B. CONGER. — **Etudes sur la perte de sang durant la résection transuréthrale de la prostate.** "The Journal of Urology", **46**: 713 (octobre) 1941.

Les auteurs ont étudié la perte sanguine dans 100 cas de résection prostatique par voie endo-uréthrale.

Ils ont employé pour cette étude la méthode décrite par Gatch et Little. On recueille tous les liquides employés durant l'intervention que l'on ramène à 5, 10, 15 ou 20,000 c.c. avec de l'eau distillée pour faciliter le passage des calculs. Un échantillon de 100 c.c. de ce liquide et 5 c.c. de sang oxalaté du patient sont envoyés au laboratoire. On fait une solution aqueuse de 2% du sang et on ajoute 1 c.c. d'acide chlorhydrique et à cette solution sanguine et à l'échantillon des liquides. Au moyen du calorimètre de DuBosc, on évalue le pourcentage de sang dans les liquides. Cette méthode donne moins que 5% d'erreur.

Sur ces cent cas de résections, 71 avaient été faites pour une hypertrophie — 21 pour cancer et 8 pour maladie du col.

La perte sanguine opératoire a varié de 4 c.c. à 1254 c.c. avec une moyenne de 169 c.c., 46% des cas ont perdu moins de 100 c.c.; il s'agit de lobe médian ou de petites glandes. Dans 22% des cas, la perte de sang fut de plus de 250 c.c.; il s'agissait de prostates plus grosses où l'on avait réséqué en moyenne 35.4 grammes.

En 1937, à la clinique Mayo, Hubly a fait une étude semblable dans 53 cas de résection transuréthrale et a trouvé que les patients perdaient durant les 24 premières heures l'intervention à peu près les 2/3 de sang perdu durant la résection. Les auteurs ont calculé la quantité de sang perdu par gramme de tissu réséqué et ont trouvé une moyenne de 8.34 c.c. par gramme, la moyenne de tissu enlevée était de 20.37 grammes.

Thompson prétend que la perte sanguine est en proportion de la durée de l'intervention. Dans leur service, la moyenne de temps fut de 42 minutes et la perte de sang par minute de 3.98 c.c. Il est évident que la perte sanguine en rapport avec la quantité de tissu enlevé et le temps opératoire ne peut être évaluée que grossièrement.

On sait que l'on doit remplacer autant que possible la perte de sang c'est pourquoi les auteurs préconisent une méthode rapide pour l'apprécier. Cette méthode donne 10% d'erreur mais permet d'apprécier rapidement l'importance de la perte sanguine. On recueille les liquides dans des récipients de 5.000 c.c. et s'il manque un peu de liquide pour remplir la dernière on ajoute de l'eau. On mélange ces liquides et on en recueille 100 c.c. de ce liquide que l'on acidifie avec de l'acide chlorhydrique concentrée et l'on compare avec des solutions standardisées

Première fois au Canada !

CORTUNON

HORMONE CARDIAQUE

1. Augmente le tonus cardiaque.
2. Dilate les artères coronaires.
3. Augmente la réserve cardiaque.

BROCHURE EXPLICATIVE
ENVOYÉE SUR DEMANDE

ANGLO-FRENCH DRUG CIE — MONTREAL

d'acide hématinique. Les auteurs emploient 14 tubes avec des solutions 0.2, 0.4, 0.6, 0.8, 1.0, 1.2, 1.4, 1.6, 1.8, 2.0, 2.25, 2.5, 2.75, et 3.0% et on évalue la perte de sang.

Par exemple, si à la fin de l'intervention on a 3 chaudières de 5,000 c.c. (15,000 c.c.) et que la couleur se compare à la solution standardisée de 2.2%, la perte sanguine sera de 15,000 x .022: 330 c.c.

Les auteurs ont l'habitude de faire une transfusion chez les patients où la perte sanguine a été importante. Des 100 cas, on n'a pas observé de shock et 6 seulement ont fait de l'infection post-opératoire, c'est-à-dire qui ont fait 101° ou plus pendant les 3 jours après l'intervention.

Arthur BEDARD.

A. H. PEACOCK. — **Diagnostic et traitement précoce des blessures de l'appareil génito-urinaire.** "Surgery, Gynecology and Obstetrics", **72**: 401 (février) 1941.

L'auteur fait des considérations sur 75 cas personnels de blessures du rein, de la vessie et de l'urètre. Dans tout accident sérieux, le diagnostic immédiat s'impose. D'abord y a-t-il fracture? Y a-t-il lésion directe de l'abdomen? enfin y a-t-il hématurie? Il faudra bien examiner tout le système urinaire.

Le rein sera facilement blessé par compression. Les termes suivants: contusions, rupture et broiement du rein indiquent très bien les lésions et leur degré de gravité. Les symptômes d'une rupture rénale sont: douleur intense et localisée, sensibilité et contracture, et présence d'une tumeur dans le flanc. Dans 30% des cas, il y choc, l'hématurie existera dans tous les cas et on pourra déterminer son origine par l'urographie intraveineuse ou si le patient n'est pas trop choqué par le pyelographie rétrograde.

Doit-on opérer précocement ou attendre? Ici les urologues ont chacun leur opinion. Eisendrath et Rolnick sur 26 cas de rupture rénale ne sont intervenus que 3 fois avec 1 mort. L'auteur en faisant un relevé de 230 cas a trouvé qu'il y avait une mortalité de 31.9% chez les opérés et de 3.2% chez ceux qui n'avaient pas été opérés. Sur 27 cas personnels l'auteur a obtenu 20 guérisons sans intervention chirurgicale. A la suite d'une intervention la mortalité serait de 27%.

Quel sera le traitement expectatif? Surveillance attentive pour 72 heures, prise de la pression artérielle toutes les heures, classification et choix de donneurs de sang et numération globulaire toutes les 2 heures. Une transfusion sanguine sera faite précocement pour aider à la formation du caillot et comme traitement du choc. Contre la douleur, on emploiera la chaleur et la morphine. Les explorations ne seront faites que lorsque l'accidenté pourra les supporter. Le choc sera une contre-indication à une intervention immédiate.

L'uretère sera rarement traumatisé et présente que très rarement un gros problème.

La vessie par contre est souvent atteinte. Deux types de blessures sont fréquentes: 1° rupture d'une vessie pleine par un choc direct; 2° perforation de la vessie par une esquille osseuse venant des os du bassin. Une vessie vide est rarement blessée. Sur 28 cas personnels, l'auteur a rencontré association de blessure de la vessie et fracture du bassin dans 220 cas.

La symptomatologie varie suivant que l'extravasation d'urine est intra ou extra péritoniale. Le diagnostic précoce est difficile s'il y a choc ou intoxication alcoolique. La douleur sus-pubienne est constante. La douleur associée à une hématurie et à une contracture abdominale basse commandent une investigation immédiate. La radiographie du bassin et la cystographie permettent un diagnostic certain. Selon Campbell la mortalité dans la rupture intra-péritoniale est de 73.5% et extra-péritoniale de 42.9%. Crane rapporte 40% de mortalité sur 26 cas. Le fait d'obtenir de l'urine clair n'exclut pas une déchirure de la vessie. La cystostomie précoce fera baisser la mortalité. Sur 28 cas personnels, l'auteur a fait 21 cystostomies avec 2 mortalités dont l'une après 8 semaines.

La rupture du rein pourra être traitée par l'attente mais non la blessure de la vessie.

Le diagnostic de la rupture de l'urètre repose sur l'obstruction du canal, l'urétrorragie, l'incapacité d'uriner, la douleur au périnée et les signes de l'accident. Plus vite on voit l'accidenté, plus les résultats sont bons.

Dans les cas légers, sans obstruction et légère urétrorragie, la sonde laissée en place pendant 7 à 10 jours amène la guérison. La rupture de l'urètre et l'extravasation demandent un drainage précoce de la vessie. La voie sus-pubienne est à préférer à la voie périnéale. On fera un cathétérisme rétrograde. Dans ces cas, la plupart des urologues préconisent un traitement chirurgical précoce.

Arthur BEDARD.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. AUBRY. — **Le diagnostic des complications endocrâniennes des otites.** "La Presse Médicale", 249 (26 février-1er mars) 1941.

Chaque complication endocrânienne, que ce soit la thrombose du sinus, la méningite septique, la méningite aseptique, l'hydropisie méningée ou les abcès encéphaliques, présente dans les livres classiques une symptomatologie personnelle et une évolution bien particulière qui, en théorie, permettent de les distinguer facilement les unes des autres.

La pratique est souvent plus difficile et la clinique incertaine. C'est ainsi que la céphalée est théori-



QUEL QUE SOIT LE POINT DE VUE

En examinant Alka-Zane à tous les points de vue cliniques, on s'aperçoit qu'il remplit parfaitement le rôle d'un alcalinisant systématique bien équilibré.

Alka-Zane fournit du sodium, du potassium, du calcium et du magnésium sous forme de citrates, de carbonates et de phosphates facilement assimilables. Et il est bon de noter qu'une dose d'Alka-Zane fournit autant de sous-calcium que 12 grains de lactate de calcium ou 18 grains de gluconate de calcium.

Alka-Zane fait une boisson rafraîchissante. Son goût agréable est très recherché surtout dans les cas tels que les " nausées du matin " pendant la grossesse. Pourquoi ne reconnaîtriez-vous pas l'utilité d'Alka-Zane en en faisant l'essai dans ces cas-là et dans d'autres qui nécessitent un alcalinisant ? Nous vous en enverrons volontiers un échantillon si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête. Alka-Zane se vend en flacons de 4 onces.

ALKA-ZANE

WILLIAM R. WARNER & COMPANY, LTD. - 727 King St., W., Toronto, Ont.

quement minime dans la thrombose, atroce dans la méningite, profonde et pulsatile dans l'abcès. Les vomissements peuvent se voir dans toutes les complications, quoiqu'il soit plus classique de les réserver aux complications cérébrales. Le raideur de la nuque n'est pas spéciale à la méningite, elle peut se voir dans l'abcès et en particulier dans l'abcès cérébelleux, et même dans une simple thrombose surtout chez l'enfant. Le ralentissement du pouls n'est pas pathognomonique d'un obcès, il peut se rencontrer dans toute hypertension intracrânienne et par conséquent dans toutes les variétés des complications méningo-encéphaliques.

Les signes de localisation suivants sont plus importants, mais ils ne sont pas constants.

Un trouble aphasique doit faire suspecter l'abcès du cerveau, mais c'est un signe relativement tardif.

Un signe de la série cérébelleuse: hypotonie ou dysmétrie, oriente vers l'abcès cérébelleux.

Un nystagmus du type central doit faire craindre une lésion cérébelleuse.

Il en est de même des frissons avec courbe thermique à clochers qui typiquement répondent à la thrombose du sinus ou du golfe.

Nécessité de la ponction lombaire.

Elle est la clef du diagnostic. En effet, les renseignements fournis par la ponction lombaire se divisent en deux groupes: l'un est constitué par les résultats fournis extemporanément au lit du malade; l'autre est constitué par les résultats donnés ultérieurement par divers examens de laboratoire.

Renseignements fournis au lit du malade.

Ces renseignements présentent deux variétés:

1° Etude manométrique. Cette étude se subdivise elle-même en trois manœuvres principales:

a) Prise de la tension initiale. L'A. admet comme normale une tension comprise entre 10 et 20 c.c. d'eau.

Au cours des complications endocrâniennes, la tension est toujours élevée, elle est surtout haute dans les complications méningo-encéphaliques, mais elle peut être également très élevée au cours d'une thrombose des sinus. De plus cette hypertension n'est pas pathognomonique d'une complication endocrânienne, car Van Caneghem a fait remarquer qu'il pouvait y avoir un certain degré d'hypertension dans une simple mastoïdite aiguë et que cette hypertension se voyait dans les 2/5 des cas lorsque la mastoïdite était compliquée d'un abcès extradural et qu'elle était presque de règle lorsqu'il existait un abcès sous-musculaire soit sous-temporel, soit sous-sterno-mastoïdien.

Il en résulte que la simple élévation de la tension du liquide céphalo-rachidien ne peut préjuger de l'état endocrânien.

b) Epreuve de Queckenstedt. Chez l'individu normal on sait que la compression jugulaire fait monter la tension d'un chiffre considérable et facilement mesurable.

S'il existe un arrêt dans la circulation du liquide, la pression ne s'élève pas lors de la compression des jugulaires, que celle-ci soit unilatérale ou bilatérale, il y a blocage, l'épreuve est dite négative. Ainsi, s'il existe une thrombose du sinus, la compression de la jugulaire du côté « sain » fait monter la tension à un degré plus élevé que chez l'individu normal, tout se passe comme si chez un individu normal on comprimait à la fois les deux jugulaires, l'épreuve est donc fortement positive du côté sain. Du côté malade, au contraire, la compression de la jugulaire n'amène pas l'élévation de la tension ou cette élévation est insignifiante: l'épreuve est négative du côté malade.

Cette épreuve négative du côté malade constitue donc un signe pathognomonique de la thrombose du sinus du côté malade.

L'étude des modifications de la tension manométrique peut être transcrite sous forme de courbes, on exécute une compression des jugulaires de quinze secondes, puis on note toutes les cinq secondes le chiffre de la pression. La lecture des courbes est rendue facile en inscrivant en abcisses le temps en secondes et en ordonnées les différents chiffres de tension obtenus.

Ainsi conçue, cette épreuve est, pour l'A., pathognomonique d'une thrombose du sinus ou du golfe.

c) L'étude de la tension terminale après soustraction de 5 à 7 c.c. de liquide permet de calculer les quotients rachidiens de Ayala et Nunez qui n'ont pas une valeur diagnostique importante.

2° Examen macroscopique du liquide. L'aspect du liquide soustrait montre soit un liquide clair soit un liquide trouble, qui n'est pas un indice absolu de méningite septique car il peut n'être que la traduction liquidienne d'une méningite réactionnelle.

Examen microbiologique.

On peut dire que c'est la constatation de la présence des microbes dans le liquide qui constitue l'élément diagnostique et pronostique le plus important de ces divers examens de laboratoire.

Encéphalographie.

Enfin dans les cas suspects d'abcès du cerveau sans signes manifestes on peut être autorisé à pratiquer une injection d'air qui en montrant les modifications des cavités ventriculaires après radiographie permet de faire le diagnostic d'abcès central, mais dans cette éventualité s'il existe une hypertension manométrique évidente il est préférable de recourir à la ventriculographie.

V. LATRAVERSE.



VERATRITE

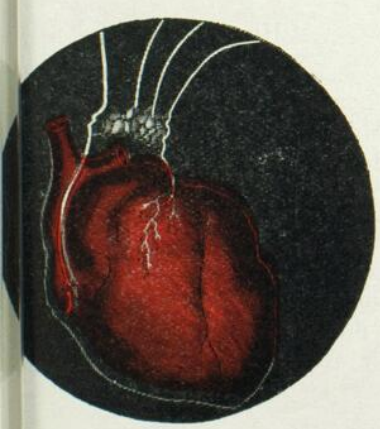
PROCURE UN SOULAGEMENT DURABLE DANS L'HYPERTENSION

Veratrite apporte un soulagement durable aux hypertendus qui présentent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il aide à prévenir les bouffées et les accès explosifs de l'hypertension et évite ainsi au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité. Veratrite contient du Veratrum Viride, du nitrite de soude et du phénobarbital, principes dont l'efficacité thérapeutique est reconnue.

Il s'administre par la bouche et comme il est *standardisé chimiquement et biologiquement,* l'on doit en établir la dose pour chaque cas individuel en se basant sur l'abaissement de la tension artérielle.

Veratrite ne comporte aucun danger pour le malade si on ne dépasse pas les doses thérapeutiques.

Nous fournirons sur demande une documentation plus détaillée ainsi que des échantillons médicaux.



IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1836 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

MEDICAMENTS DE MARQUE

2027 AVENUE DU COLLEGE McGILL — MONTREAL

Albert Louis BROWN. — **Brûlures de l'œil. Emploi du péritoine de lapin pour prévenir des complications tardives.** "Archives of Ophtalmology", **26**: 754 (novembre) 1941.

Les brûlures de l'œil par les produits chimiques, entre autres par la chaux, font souvent des dégâts plus considérables que l'on ne l'aurait cru quelques heures après l'accident. Quand la chaux en poudre est projetée dans l'œil, ses particules adhèrent intimement à la conjonctive et à la cornée et se dissolvent dans les larmes pour ensuite essaimer dans tous les replis conjonctivaux. Il y a brûlures immédiate des parties atteintes. La cornée devient blanche, crayeuse. La conjonctive rougit et s'œdématie considérablement. Il faut aussitôt après l'accident, faire une irrigation de l'œil atteint avec de l'eau chaude, enlever les particules visibles de chaux, instiller quelques gouttes d'une solution neutralisante, telle que le chlorure d'ammonium, ajouter une pommade et pansement. Dans les premières heures, le blessé est ordinairement soulagé. Deux ou trois jour plus tard, l'œdème augmente, la cornée menace de se perforer et il se produit déjà des adhérences (symbléphoron) entre les conjonctives palpébrale et oculaire. En somme, ce traitement usuel se montre presque toujours insuffisant. Il faut à tout prix avoir irrigué l'œil et enlevé les poussières de chaux visibles, faire la résection des parties conjonctivales brûlées, cruentées, qui contiennent l'agent corrosif. On a cherché un moyen de mettre à l'abri la cornée et la conjonctive oculaire, de recouvrir les surfaces cruentées au moyen d'un lambeau. On a d'abord choisi un lambeau de muqueuse buccale, ensuite la fine membrane d'un œuf. Ces procédés se sont montrés insuffisants, les uns étant trop irritants, les autres ne pouvant se suturer. Le plus récent traitement et celui qui semble donner les meilleurs résultats tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique (l'auteur rapporte 4 observations, est celui qui consiste à recouvrir les surfaces brûlées d'un lambeau de 10 cm. par 5 cm. de péritoine de lapin. A 26½ de l'extrémité supérieure de même qu'à 2½ cm. de l'extrémité inférieure des sutures en V traversent le lambeau qui est ainsi fixé dans le cul de sac supérieur et dans le cul de sac inférieur. La partie vient en contact de la cornée et la conjonctive oculaire et les extrémités sont repliées sous les conjonctives palpébrales jusqu'au bord libre sont repliées sous les conjonctives palpébrales jusqu'au bord libre des paupières. Comme dans le recouvrement conjonctival, on ne met pas de pansement occlusif. Après deux semaines, la cornée est généralement cicatrisée et les conjonctives guéries. Le lambeau peut être enlevée.

Jean LACERTE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

S. William BECKER, David KAHU et Stephen ROTHMAN. — **Manifestations cutanées de tumeurs malignes internes.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **45**: 1069 (juin) 1942.

La première description que nous ayons sur les lésions cutanées accompagnant des tumeurs malignes des organes internes remonte à 1925.

Ces lésions cutanées ont été classées à ce moment-là en 4 groupes: a) prurit et prurigo avec hyperpigmentation; b) éruptions toxiques bulbeuses; c) métastases cutanés; d) acanthosis nigricans et autres proliférations semblables.

Une revue de la littérature depuis 1925 révèle la publication de 8 cas démontrant une relation entre certaines dermatoses et des tumeurs malignes. Ces cas confirment la classification en 4 groupes faite en 1925.

Les auteurs rapportent deux cas de manifestations cutanées chez des malades morts par la suite de cancer. Le premier cas est une malade qui présente un très grand nombre de lésions cutanées, lésions qui ne correspondent pas à celles observées dans d'autres cas d'éruptions dues à des néoplasmes. Cette malade est morte d'un cancer du pancréas et c'est le premier cas de lésions cutanées chez un malade souffrant d'un cancer du pancréas de rapporté. C'est pourquoi les auteurs s'abstiennent de tout commentaire au sujet des relations qu'il peut y avoir entre les lésions cutanées observées chez leur malade et le cancer du pancréas.

Le deuxième cas se rapporte à un malade chez qui un cancer de l'estomac s'accompagne d'ulcères et de lésions érythémateuses prurigineuses. Les auteurs croient que les ulcérations observées sont d'origine métastasique mais ils ne concluent pas d'une façon certaine parce que les cas semblables observés sont d'une extrême rareté.

Les auteurs recommandent de bien observer les cancéreux au point de vue dermatologique, surtout à un stade avancé de la maladie. Les ulcérations en particulier n'apparaissent que peu de temps avant la mort.

Henri SMITH.

John G. DOWNING, Earl A. GLICKLICH et Salvatore J. MESSINA. — **Extrait pancréatique déprotéiné dans le traitement du psoriasis.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **45**: 1125 (juin) 1942.

On a souvent invoqué un trouble du métabolisme des graisses comme cause première ou comme cause favorisante du psoriasis. Un extrait alcoolique dépro-

Thérapeutique employant

DES VITAMINES

ET DES

SELS MINÉRAUX

AVEC LE

MINEROVITE

E.B.S.



E B S

Des quantités suffisantes de sels minéraux et de vitamines sont nécessaires à la trition normale. Les cas de carence résultent du manque de vitamines dans le régime alimentaire sont souvent accompagnés manque de certains sels minéraux. C'est ur cette raison que la thérapeutique qui ploie à la fois des vitamines et des sels néraux est recommandée. Le C.C.T. Minerovite E.B.S. fournit des vitamines et sels minéraux et en est donc une source e lorsqu'une carence de vitamines ou de s minéraux est un obstacle au rétablissment.

len souvent, le médecin voit un patient ez qui il reconnaît un nombre de maladies tinctes causées par une carence quelnque. Il peut y avoir privation partielle de vitamine A, de vitamine D, cide nicotinique, de thiamine, de riboflavine et d'acide ascorbique, accomgnée d'une carence de certains éléments minéraux rares mais essentiels. De tte double carence, il résulte que la peau, l'appareil digestif, ainsi que les stèmes nerveux, hémopoïétique et cardio-vasculaire sont affectés.

s suppléments de plusieurs vitamines peuvent être nécessaires dans les cas suivants: imes d'amaigrissement pour les obèses, régimes restreints pour les personnes allergiques, ndant la convalescence après de graves maladies infectieuses, et dans les règimes ciaux pour le traitement de l'ulcère peptique.

Minerovite E.B.S. a pour but de fournir les vitamines et les sels minéraux qui manquent ns ces cas. La formule a été équilibrée de façon à fournir, dans la dose quotidienne, au ins le minimum de vitamines A, D, C, B_1 et d'acide nicotinique requis, et la moitié de riboflavine nécessaire. De plus, les autres facteurs purifiés de la vitamine B complexe y t présents, en quantités proportionnées, ainsi que la Vitamine K pour la propriété entielle qu'elle a de maintenir une concentration normale de prothrombine dans le sang. Minerovite E.B.S. contient aussi des quantités convenables de sels de fer, de manganèse, cuivre et de calcium.

Formule du C. C. T.

MINEROVITE #466

Chaque comprimé contient:

Vitamine A
2500 Unités Int.
Vitamine D
400 Unités Int.
Vitamine C
17.5 mgr.
(350 Unités Int.)
Vitamine K
.008 mgr.
(200 Unités Dam)
Vitamine B_1
(Chlorure de Thiamine)
.375 mgr.
(125 Unités Int.)
Vitamine B_2 (Riboflavine)
.25 mgr.
Vitamine B_6
(Chl. de Pyridoxine)
.125 mgr.
Acide Pantothénique
.125 mgr.
Acide Nicotinique
5.0 mgr.

Combinés aux Sels des éléments minéraux suivants: Fer, Manganèse, Cuivre et Calcium.

DOSE: Un comprimé quatre fois par jour. En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

SPÉCIFIEZ E. B. S. SUR VOS ORDONNANCES POUR PLUS DE SÛRETÉ!

THE E. B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED

TORONTO *MANUFACTURING CHEMISTS* CANADA

STOCKS CARRIED AT

WINNIPEG, MAN.—CAMPBELL HYMAN LTD. VANCOUVER, B. C.—J. P. SOUTHCOTT & CO. LTD.

téiné de pancréas appelé lipocaic ayant été donné à des chiens dépancréatisés s'est montré capable de prévenir l'infiltration graisseuse qui se développe habituellement chez ces animaux.

Le lipocaic a été expérimenté dans le psoriasis par un groupe de médecins à deux reprises différentes. Un premier groupe de 6 patients donne les résultats suivants: 4 cas très améliorés et 2 échecs. Dans cette étude expérimentale l'on a pensé que le lipocaic remenait les lipides du sang à la normale ou même en bas de la normale et que cela expliquait les bons résultats obtenus.

Un deuxième groupe de 23 patients furent traités par le lipocaic par voie buccale avec les résultats suivants: disparition des lésions cutanées dans 31 pour cent des cas; amélioration dans 50 pour cent des cas et aucun changement dans 19 pour cent des cas. Chez ces malades le lipocaic n'a amené aucune diminution des lipides dans le sang mais les lésions des patients ayant un taux de lipides abaissé furent mieux influencées que celles des patients ayant un taux élevé de lipides dans le sang.

Les auteurs ont pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'expérimenter un autre extrait pancréatique différent du premier et appelé depropanex. Treize malades traités par des injections intramusculaires de depropanex donnent les résultats suivants: un seul malade voit ses lésions disparaître complètement; 3 sont très améliorés; 3 sont légèrement améliorés et 6 ne sont aucunement améliorés.

Ces résultats, évidemment, ne sont pas brillants mais étant donné que 50 pour cent des cas traités par le lipocaic ont été améliorés les auteurs croient que les expérimentateurs devraient poursuivre leurs recherches sur l'emploi des extraits pancréatiques dans le traitement du psoriasis.

Henri SMITH.

Jesse A. TOLMACH et Thomas N. GRAHAM. — **Pigmentation de la peau due à une déficience en vitamine A.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **45**: 1156 (juin) 1942.

Les auteurs rapportent le cas d'une malade âgée de 40 ans qui présente une coloration brune étendue de la peau avec, à différents endroits, des lésions d'hyperkératose folliculaire. De plus la peau est sèche sur toute son étendue.

Un examen de l'œil au biophotomètre, bien que fait avec un instrument peu précis, montre un retard de l'adaptation à l'obscurité, signe de déficience en vitamine A.

La malade est mise à un régime riche en vitamine A et prend par la bouche des capsules d'huile de flétan dont la teneur en vitamine A totalise 25,000 unités U.S.P. par jour. Sept semaines après le début du traitement les lésions de kératose sont disparues et la pigmentation a partout diminué d'intensité. L'amélioration cependant ne se poursuit pas après la dixième semaine. Douze semaines après l'arrêt du traitement on constate une récidive des lésions kératosiques et une légère augmentation de la pigmentation.

Dans la littérature médicale nous voyons que Frazier et Hu, qui en ont observé un certain nombre de cas, expriment l'opinion que l'hyperkératose folliculaire associée à la xérophtalmie est un caractère spécifique de déficience en vitamine A et que la peau peut même présenter la seule manifestation clinique de la maladie. Dans les cas rapportés par Frazier, Hu, Lœwenthal et autres les symptômes de déficience en vitamine A étaient causés par un apport alimentaire insuffisant. Il faut noter, cependant, que l'hypovitaminose A peut être causée par un défaut d'absorption.

De tous les tests employés pour découvrir une déficience en vitamine A, la biophotométrie est probablement celui qui a été le plus employé récemment.

L'hyperkératose, d'une part, étant disparue et, d'autre part, la pigmentation grandement atténuée sous l'influence du traitement, démontre bien que l'agent causal de la maladie est une déficience en vitamine A. Cependant, vu l'arrêt de l'amélioration de la pigmentation, les auteurs se demandent s'il n'intervient pas d'autres facteurs comme cause de la maladie.

Henri SMITH

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

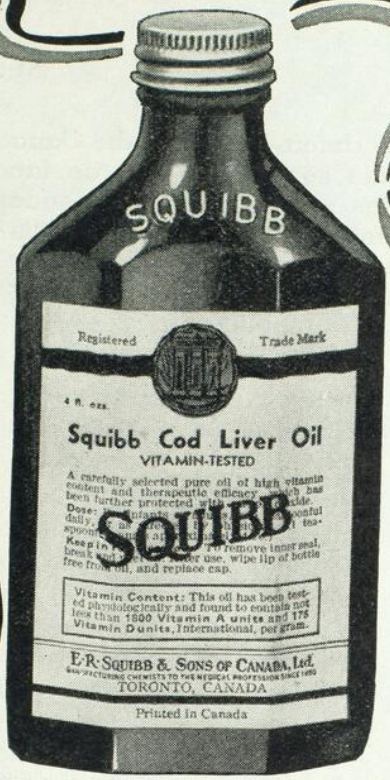
•

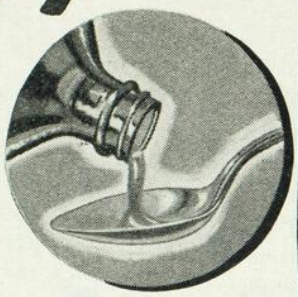
Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

UN PRODUIT DE HAUTE CLASSE

depuis 1875





L'ON a administré l'Huile de Foie de Morue Squibb aux nourissons bien avant que l'on en connaisse les principes actifs. Mise sur le marché en 1875, elle constitue aujourd'hui l'huile de foie de morue médicinale la plus recherchée au monde.

Seuls des foies frais et choisis avec soin servent à préparer l'Huile de Foie de Morue Squibb. L'extraction et le raffinage se font dans les conditions bien spéciales qui ont pour but d'empêcher le chauffage excessif des foies et leur exposition à l'air. L'huile obtenue est ensuite carbonatée et mise en bouteille en présence d'oxyde carbonique pour empêcher l'oxydation de la vitamine A.

Assurez-vous bien que les nourissons que vous traitez reçoivent d'une façon sûre les vitamines A et D qui leur sont nécessaires. L'Huile de Foie de Morue Squibb contribue à la formation chez l'enfant d'une charpente bien droite, de jambes vigoureuses, d'un thorax développé, d'une tête bien faite et de dents fermes et saines.

L'Huile de Foie de Morue Squibb fournit deux fois plus d'unités de vitamines A et D que les huiles qui satisfont simplement aux exigences minimum de la pharmacopée américaine. Chaque gramme, en effet, contient 1800 unités de vitamine A et 175 unités, U.S.P. XI, de vitamine D.

Pour les enfants à croissance rapide

Les enfants dont la croissance est précoce ou trop rapide ont besoin d'une quantité supplémentaire de vitamine D. L'Huile de Foie de Morue Squibb avec Viostérol 10 D contient la même quantité de vitamine A que l'Huile de Foie de Morue Squibb mais est enrichie, en outre, d'ergostérol irradié jusqu'à teneur de 400 unités U.S.P. XI de vitamine D par gramme.



Pour obtenir des notices descriptives, écrire à 36 Caledonia Road, Toronto, Canada.

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUEBEC

Séance à l'hôpital Laval
Vendredi, le 20 mars 1942

Traitement de la tuberculose de réinfection du cobaye par la sulfapyridine et le sulfathiazole

M. Maurice GIROUX

L'expérience rapportée consiste en un traitement prolongé d'une forme de tuberculose du cobaye, ressemblant le plus possible aux formes de la tuberculose commune de l'homme, par deux dérivés sulfamidés, la sulfapyridine et le sulfathiazole.

Résultats: La sulfapyridine exerce une action manifestement inhibitrice sur la dissémination du bacille de Koch dans les organes, sans action macroscopiquement appréciable sur les lésions pulmonaires en évolution.

Le sulfathiazole a une action peu marquée dans les mêmes conditions, peut-être en raison d'un traitement trop peu intensif, soit 0.20 gramme par kilogramme de poids du cobaye pendant quelques mois.

Tuberculose latente de l'amygdale

M. G.-Léo COTE

La tuberculose des amygdales est plus fréquente qu'on ne le croit. Sur soixante malades opérés, nous l'avons rencontrée huit fois, soit 13.3%. D'une importance moindre chez l'adulte, où elle ne représente en somme qu'une localisation secondaire au cours d'une tuberculose avancée, elle doit être recherchée avec soin chez l'enfant, chez qui elle réalise ou une localisation secondaire à une tuberculose pulmonaire, ou une forme de primo-infection pharyngée.

Cette tuberculose amygdalienne étant une tuberculose latente, seul un examen histo-pathologique peut la déceler. D'où nécessité de pratiquer l'examen histologique de routine chez nos opérés. Cet examen prend une importance capitale lorsque coexiste une adénopathie cervicale, la tuberculose ganglionnaire cervicale et la tuberculose amygdalienne étant très souvent connexes.

Tout malade porteur d'une tuberculose amygdalienne doit être par la suite soigneusement examiné et radiographié.

L'intervention chirurgicale ne présente aucun risque, et les malades ayant une tuberculose de l'amygdale, et qui par contre sont indemnes de T.B. pulmonaire ou autre, développent très rarement la T.B. ailleurs à la suite de l'opération. Bien plus, l'ablation des amygdales chez ces enfants pourra réduire l'absorption d'un foyer tuberculeux, et prévenir peut-être le développement ultérieur d'une tuberculose ailleurs.

Enfin, les malades qui ont une T.B. amygdalienne, avec évidence de tuberculose ailleurs sont rarement aggravés.

Cancer bronchique et tuberculose associés

MM. Louis ROUSSEAU et Léo COTE

Il s'agit d'un malade de 47 ans chez qui on ne relève aucun antécédent tuberculeux et qui consulte pour des crachats hémoptoïques.

Les signes radiologiques sont ceux que l'on rencontre communément dans le cancer pulmonaire mais un examen bactériologique du contenu gastrique révèle la présence du bacille de Koch. Une bronchoscopie met en évidence une tumeur obstruant l'orifice de la bronche souche droite.

L'évolution de cette affection ne rappelle aucunement celle de la tuberculose et la présence de bacilles de Koch semble indiquer que le cancer a mis en liberté des fragments de tissus tuberculisés.

La radiothérapie n'a pas influencé l'évolution de cette maladie.

Le pentothal dans les thoracoplasties à l'hôpital Laval

M. Adrien PAQUET

L'adaptation de l'anesthésie au Pentothal, au cours des thoracoplasties, nous a apporté dans la chirurgie thoracique une amélioration remarquable.

Les 79 anesthésies que nous avons faites au Pentothal comprennent les 1er, 2e et 3e temps de thoracoplastie dont la durée a varié de 20 minutes à deux heures.

Les doses employées ont été de 0.60 gm. jusqu'à 1.80 gm. et la profondeur de l'anesthésie pour toute la durée de l'intervention a toujours été la plus superficielle possible; les malades recevant le minimum d'anesthésique dans un minimum de temps.

En somme, nous ne voyons dans l'utilisation du Pentothal en thoracoplastie que très peu d'inconvénients et beaucoup d'avantages.

1° Administré par voie intraveineuse, le Pentothal devient l'anesthésique de choix, pour les malades



LA VITESSE EST INDISPENSABLE A LA DEFENSE NATIONALE

OSMOPAK

est indispensable à la défense nationale.

Osmopak est un paquetage osmotique contenant du sulfate de magnésium, de la benzocaïne et du vert brillant. Il est beaucoup plus pratique et plus efficace que les pansements humides pour le traitement des plaies inflammatoires ou septiques.

Osmopak contribue à l'effort de guerre en abrégeant les périodes d'incapacité dans la main-d'oeuvre.

Osmopak excelle à circonscrire l'infection. C'est pourquoi des praticiens éminents de la médecine industrielle l'emploient afin d'abréger la durée de la convalescence de leurs blessés et leur permettre de poursuivre leur travail avec une incapacité fonctionnelle minime.

Présentation en pots d'une livre et demie. Ecrire pour plus ample documentation.

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRESENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

MEDICAMENTS DE MARQUE

2027 AVENUE DU COLLEGE McGILL — MONTREAL

tuberculeux pulmonaires cavitaires chez qui l'administration de tout autre anesthésique par inhalation, si peu irritant soit-il pour l'appareil respiratoire, devient un danger de complication pulmonaire.

2° A dose habituelle, il nous paraît l'anesthésique le mieux supporté, et moins déprimant que les autres anesthésiques.

3° Il est plus facilement accepté par les malades qui n'ont plus la hantise des désagréments de l'anesthésie par inhalation et ceci contribue à mieux faire accepter l'idée d'une thoracoplastie.

4° Sous l'influence du Pentothal, il y a absence complète de secrétions bronchiques et le choc opératoire nous paraît de beaucoup diminué.

5° L'hémorragie est manifestement moins importante qu'avec le cyclopropane et l'hémostase est rendue plus facile.

6° Il permet l'utilisation de l'électro-coagulation sans danger d'explosion, ce qui diminue d'autant la longueur de l'acte chirurgical.

7° L'agent anesthésique agit pendant le minimum de temps nécessaire à l'acte opératoire.

8° L'anesthésie demeurant toujours superficielle au cours de l'intervention, est très peu toxique.

En définitive, nous croyons que l'utilisation du Pentothal en thoracoplastie est une amélioration et, s'il est employé avec discernement et prudence, il contribuera à nous faire obtenir des résultats dont la supériorité est déjà marquée.

Bronchectasies d'origine kystique probable

MM. Roland DESMEULES et G.-Léo COTE

Les auteurs rapportent l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui, durant son enfance et son adolescence, présentait de la facilité à s'enrhumer et principalement de la dyspnée aux moindres exercices. Il y a deux ans, la toux et les expectorations augmentèrent rapidement. Des vomiques abondantes et fétides de 600 c.c. à 1000 c.c. se produisirent régulièrement pendant les deux dernières années.

Le diagnostic de bronchectasies est porté à l'aide de l'histoire clinique, des bronchographies lipiodolées et de nombreuses broncheoscopies.

Les auteurs croient à la probabilité de l'origine congénitale pour les raisons suivantes: 1° Il y a eu absence des maladies qui entraînent d'habitude les bronchectasies; 2° La dyspnée, qui existait dans l'enfance et l'adolescence, est un des signes habituels des kystes pulmonaires ou bronchiques; 3° L'apparition rapide de l'abondante suppuration bronchique est en faveur de bronchectasies congénitales infectées secondairement; 4° La netteté des contours annulaires, netteté bien démontrée par la sériescopie, ajoute un symptôme de bronchectasies d'origine kystique.

Corps étranger intra-bronchique suivi de bronchectasies et de tuberculose associée

MM. Roland DESMEULES et Philippe RICHARD

Les A. présentent l'observation d'un corps étranger intrabronchique (épingle) rejeté après vingt ans, aboutissant à la formation de bronchectasies cylindriques associées à un emphysème pulmonaire et compliquées d'insuffisance cardiaque légère.

La suppuration bronchique semble avoir provoqué le réveil d'un foyer pulmonaire dont la nature bacillaire n'a pu être mise en évidence tout d'abord que par l'inoculation du contenu du lavage gastrique au cobaye.

Une tuberculose génitale clinique et histologique complète le cycle pathologique de l'observation qui donne lieu à un rappel de la symptomatologie polymorphe du corps étranger bronchique et de l'association possible d'une tuberculose à une ectasie bronchique par déficience du terrain.

* * *

Séance à la Crèche St-Vincent-de-Paul

Vendredi, le 10 avril 1942

L'éclampsie à l'hôpital de la Miséricorde

MM. René SIMARD et Fabien GAGNON

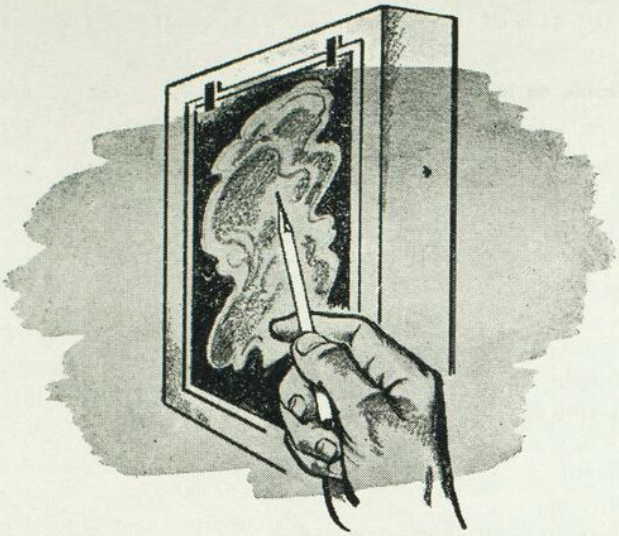
La fréquence de l'éclampsie varie suivant les auteurs de 1 cas pour 91, à 1 cas pour 875 accouchements.

A l'hôpital de la Miséricorde, de 1935 à 1942, parmi 3,527 patientes, dont 85% étaient primipares, on a observé 5 cas d'éclampsie, soit 1 cas pour 675 accouchements sans aucune mortalité maternelle. De ces 5 éclamptiques, 3 sont arrivées de l'extérieur avec leur affection, ce qui abaisse chez les patientes hospitalisées la fréquence de l'éclampsie à 1 cas pour 1,686 accouchements.

Dans les autres cas le régime alimentaire prescrit n'avait pas été observé. Le traitement prophylactique n'a donc jamais été pris en défaut à la Miséricorde, aussi bien que dans d'autres maternités analogues.

Une recherche méthodique de la tension artérielle, de l'albuminurie, des œdèmes, de l'augmentation anormale du poids ainsi que des symptômes subjectifs d'auto-intoxication gravidique permet toujours d'appliquer à temps un traitement préventif efficace.

L'éclampsie devrait donc être en voie de disparition. Malheureusement, cette affection est encore trop fréquente, et, en 1940, 184 femmes mouraient d'éclampsie au Canada. La responsabilité de ces mortalités retombe, dans un certain nombre de cas, sur le médecin, et dans les autres, sur la femme elle-même ou sur les organismes chargés de la diffusion de l'hygiène maternelle.



Dans la Constipation atonique

le péristaltisme peut être stimulé simplement au moyen de la masse non irritante, qui ne crée pas d'allergie, et qui est formée par la

Mucilose



Cette hémicellulose, parfaitement purifiée, se présente en flacons de 4 onces et en boîtes métalliques de 16 onces.

Frederick **Stearns** & Company

OF CANADA, LIMITED

Depuis 1884... fait partie des médicaments indispensables à l'armamentarium du médecin

NEW YORK, KANSAS CITY, SAN FRANCISCO, DETROIT, MICH. **WINDSOR, ONT.** SYDNEY, AUSTRALIE, AUCKLAND, NOUVELLE ZÉLANDE

Etude clinique sur la sérothérapie de la coqueluche

MM. Donat LAPOINTE et L.-P. STREAN

Le sérum anti-coquelucheux a donné des résultats remarquables chez 13 enfants de la Crèche.

La sérothérapie employée pour traiter 4 enfants à la période d'incubation a donné les résultats suivants: un n'a pas fait la coqueluche; trois ont fait une coqueluche bénigne et de courte durée.

Chez 9 enfants, les uns à la période d'invasion, les autres à la période des quintes, le sérum a certainement contribué à diminuer la violence des quintes et la durée de la maladie.

Conclusions: 1° Le traitement de la coqueluche par le sérum a une réelle valeur.

2° Le sérum injecté précocement peut faire avorter complètement la coqueluche ou tout au moins la modifier d'une façon radicale en la rendant très bénigne.

3° A la période d'invasion et des quintes, la sérothérapie a paru diminuer sensiblement la violence et le temps d'évolution de la maladie.

L'adéno-phlegmon rétro-pharyngien du nourrisson

M. F. LETARTE

L'adéno-phlegmon rétro-pharyngien est une infection des ganglions de Gillette que l'on observe chez les nourrissons au cours des deux premières années de la vie. Cette maladie mérite une attention spéciale, non pas à cause de sa rareté, mais en raison des complications mortelles quand l'abcès n'est pas diagnostiqué.

Résumé anatomique des lymphatiques du pharynx buccal et de l'espace rétro-pharyngien.

Les modes d'infection sont énumérés.

Une observation d'un nourrisson de onze mois est décrite d'après la symptomatologie classique en phase d'adénoïdite avec adénite et d'abcès avec troubles de déglutition et de respiration.

Les complications sont mentionnées.

La chirurgie est le seul traitement. L'abcès doit être ouvert rapidement et sans anesthésie. Le protocole est résumé. La plaie guérit dans les quarante-huit heures.

Essais thérapeutiques chez le nourrisson porteur de germes diphtériques

M. Euclide DECHENE

Le traitement des porteurs de germes sains et convalescents au bacille de Loeffler est encore au stade embryonnaire. Les porteurs de germes diphtériques se rencontrent surtout dans les agglomérations d'enfants: pouponnière, crêche, hôpital. La saison, le climat, l'âge, les conditions de vie, la résistance à l'infection seraient pour le moins des causes prédisposantes à l'apparition de la virulence microbienne.

Après divers essais thérapeutiques chez les porteurs de germes diphtériques, nous préconisons les idées suivantes:

1° L'isolement est de toute nécessité.

2° Le traitement local joue un rôle important, un rôle d'association.

3° Chez les moins de six mois: les instillations nasales quotidiennes de sérum anti-diphtérique pendant trois semaines associées à la sérothérapie sous-cutanée, à doses légères, et même à la vaccinothérapie, nous semblent donner les meilleurs résultats.

4° Chez les plus de six mois: les instillations nasales quotidiennes d'anatoxine Ramon, pendant vingt jours, associées à quatre injections sous-cutanées d'anatoxine, une tous les cinq jours, à raison de 0.5-1.0, 1.5-2.0 c.c. semblent la méthode la plus efficace.

5° Au besoin, répéter le genre de traitement préconisé suivant l'âge de l'enfant.

6° Les traitements préconisés sont peu coûteux.

Quelques cas de phlébite de grossesse

MM. René SIMARD et Lomer CAYER

La phlébite au cours de la gestation est une affection très rare, tout au moins, celle qui réalise le type de *phlegmatia alba dolens*.

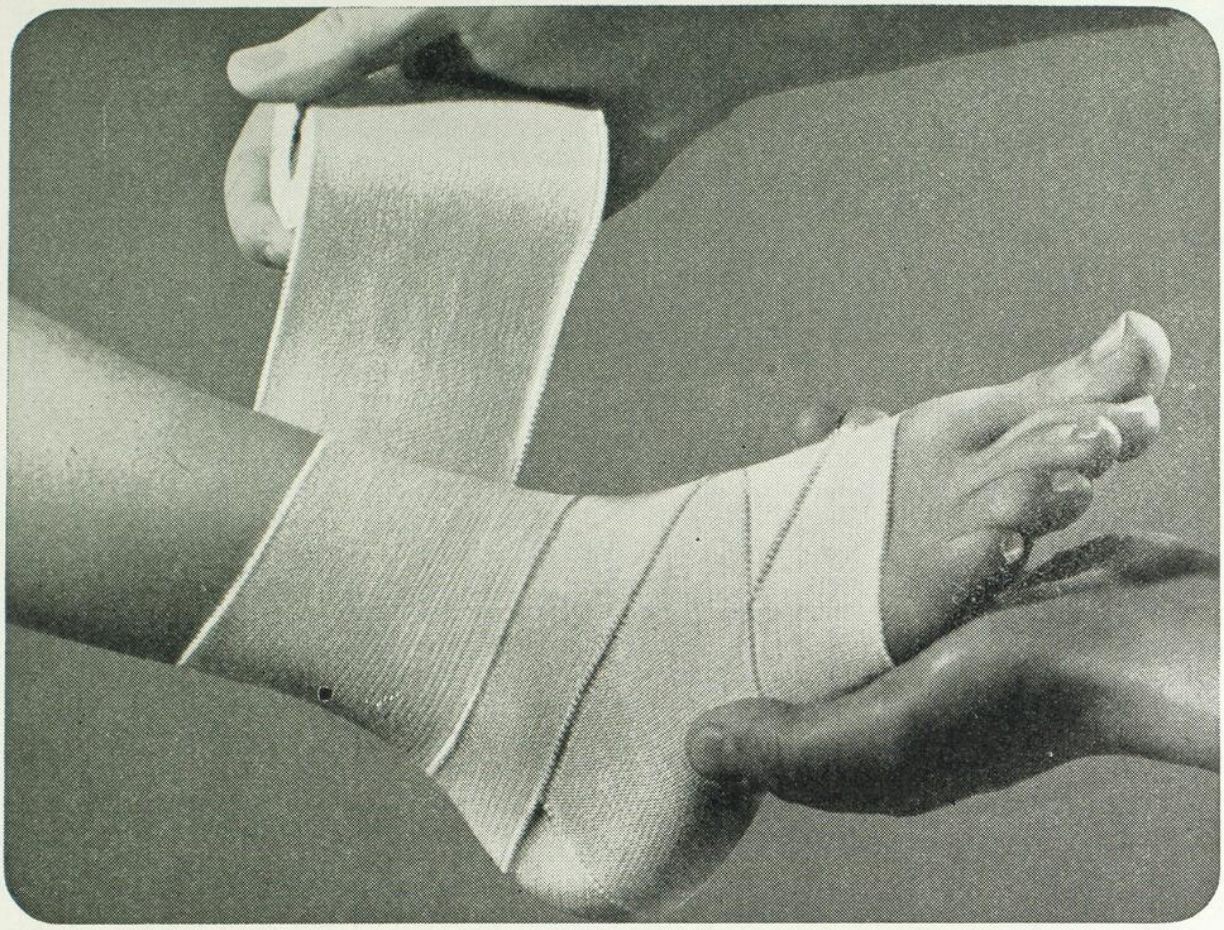
Dans notre service, il nous a été donné d'observer six phlébites du genre au cours des deux dernières années. Nous avons donc cru intéressant de souligner le fait et de signaler les traits communs qui ont caractérisé ces phlébites. Ce qui mérite de retenir d'abord notre attention c'est l'évolution totalement apyrétique de quatre de nos phlébites. Quant aux deux autres, troublées dans leur marche par l'accouchement, elles ont présenté, dès les premiers jours des suites de couches, une légère élévation thermique. Cependant, à notre humble avis, cette élévation de température ne relève nullement de la phlébite elle-même puisqu'elle ne s'est manifestée que quinze jours après le début de l'affection. Du reste, nombreux sont les autres facteurs qui pourraient l'expliquer.

En second lieu, bien que légère, l'oscillation du pouls a été constante au début de chaque phlébite et n'a persisté que quelques jours.

Troisièmement, cinq phlébites se sont déclarées au cours des deux derniers mois de la grossesse, l'autre apparaissant dès le cinquième mois, mais dans ce cas, l'utérus surdistendu par un hydramnios chronique, avait déjà le volume d'un utérus à terme.

En quatrième lieu, dans chacune de nos observations, il s'est agi de primipares et le membre atteint fut uniquement et toujours le membre inférieur gauche.

Cinquième fait digne de mention, c'est la regression définitive de l'œdème. En effet, nous n'avons,



"Elastoplast" dans le traitement des Entorses

L'APPLICATION d'un bandage « Elastoplast » sur le joint, le muscle ou le ligament soulage la douleur, contrôle l'enflure et la formation d'hématome.

Le traitement précoce permet au malade de se servir de son membre blessé et abrège la période d'inactivité.

Le bandage doit couvrir plusieurs pouces au-dessus et au-dessous de la partie affectée; par exemple, dans les entorses du joint de la cheville, le bandage devrait commencer à la base des orteils et se terminer à la partie supérieure du mollet.

Le bandage doit être bien tendu — un bandage appliqué trop lâchement ne soulage pas les symptômes.

Le bandage «Elastoplast» offre l'association d'une surface adhésive spéciale et les propriétés remarquables du tissu « Elastoplast » de s'étendre et de se rétrécir, offrant ainsi le degré exact de compression et de fermeté.

Dépositaires:

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Les bandages et les produits « Elastoplast » sont fabriqués en Angleterre par T. J. Smith and Nephew, Ltd., Hull.

dans la suite, relevé aucun cas d'œdème chronique induré, apanage relativement fréquent de la phlébite puerpérale.

Enfin, il nous a été totalement impossible de mettre en évidence, dans aucun cas, une infection, si bénigne fut-elle, qui aurait été à l'origine d'une telle manifestation pathologique.

Encore très discutée, la pathogénie de ces phlébites est loin d'être expliquée. Pour notre part, le petit nombre de cas observés ne nous permet pas de tirer des conclusions trop tranchées. Cependant, sans vouloir nier absolument, toutefois, la cause microbienne, il ressort de nos observations qu'il est très logique d'attribuer, avec certains auteurs, ces affections à l'état gravidique proprement dit, englobant ainsi les modifications de la crase sanguine, les perturbations, humorale et vago-sympathique de la grossesse, et très probablement une fragilité veineuse constitutionnelle qui peut favoriser la formation de ces thromboses.

Il nous est également permis d'affirmer en terminant que, si la phlébite de grossesse est d'un diagnostic facile dans sa forme classique, elle passe inaperçue quand elle ne s'accompagne que de douleurs légères et d'un œdème fruste. Aussi, nous sommes d'avis que les cas publiés dans les divers ouvrages ne constituent qu'une proportion inférieure du chiffre réel.

REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Jeudi, le 12 mars 1942 [1]

Présidence de M. Jean Saucier

Gommes tuberculeuses

MM. V. BROSSEAU et Hyman WITKOW

Mademoiselle Y... B..., canadienne-française, célibataire, âgée de 23 ans, est hospitalisée, le 12 septembre 1941, pour une vaste ulcération située à la face antéro-interne du 1/3 inférieur de la jambe droite, évoluant depuis cinq ans avec une période de rémission de 5 mois.

Description.

Les bords sont nets, irréguliers, polycycliques, surélevés, se continuant avec une peau violacée et pigmentée. Le fond est irrégulier, tomanteux, légèrement purulent et suintant, sanieux et saignant à la moindre irritation.

1. Réunion consacrée aux internes de l'hôpital. Tous les travaux présentés furent faits par des internes et rapportés par eux.

Histoire de la maladie.

I. — Il y a cinq ans la patiente se serait frappée à la partie inférieure de la jambe malade. 4 à 5 jours après, ecchymose qui recouvre une tuméfaction dure, de la grosseur d'un raisin. Période de ramollissement progressive sans augmentation du volume du nodule.

Au bout de 3 mois ouverture et écoulement d'un liquide jaunâtre, assez épais, sanieux, laissant un cratère relativement propre. Autour de la lésion auréole violacée.

Dans l'auréole se faufilent des fistules qui élargissent leur lumière jusqu'à la lésion mère, au point de faire un placard de la grandeur d'une grande paume de main.

Traitement. Pommades. Fermeture au bout de 2 ans ½.

II. — Cinq mois plus tard la patiente se frappe de nouveau à côté de la cicatrice: tuméfaction, ecchymose et au bout d'une semaine évacuation d'un liquide jaunâtre. La lésion évolue par la périphérie. Auréole violacée.

Traitement. Rayons ultra-violets deux fois par semaine durant 2 ans.

Aucune amélioration.

Dans l'ancienne cicatrice s'ouvrent plusieurs « points » sensibles qui laissent écouler un liquide épais, jaunâtre; ces points se réunissent et donnent une grande ulcération.

La patiente décide alors de s'hospitaliser dans un hôpital de Montréal. Elle y séjourne 7 mois.

Biopsie.

a) absence de mycose.
b) aspect de sarcoïde ulcérée (7/2/40).
c) certains signes de T.B. (20/3/40).

Examen de laboratoire.

a) Prélèvement local: staphylocoque jaune.

Traitement.

a) Injections intra-artérielles de métaphen: résultat immédiat, pas maintenu.
b) Rayons ultra-violets.

L'ulcération résistant au traitement, la malade nous est référée.

Les antécédents et l'examen général ne révèlent rien d'anormal.

A quoi pouvons-nous donc penser surtout?

I. — *A l'épithélioma baso-cellulaire plan ulcéro-cicatriciel.*

Tumeur déprimée en son centre, entourée de perles épithéliomateuses. Pas d'adénopathie ni de métastase.

Evolution. Début dans 4/5 des cas après l'âge de 40 ans et par une kératose sénile.

Atrophie scléreuse d'un côté et progression de l'autre. Durée de 15 à 20 ans.

II. — *Aux mycoses (actinomycoses et sporotrichoses).*

Dermatite de type eczématoïde, squameuse au dé-

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

TREPHONYL du Dr Roussel

(Hemostyl et extrait de foie)

Anémies. Déficiences organiques.

1 ampoule dans ¼ de verre d'eau par jour de préférence avant les repas de midi.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.. 2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

Maladies du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

but et prurigineuse, qui donne des nodules rouges ou bleus. Ceux-ci disparaissent spontanément et donnent place à des tuméfactions qui s'ulcèrent. Bords végétants. Apparition entre 40 et 60 ans. Evolution rapide.

III. — *A la gomme syphilitique.*

Formation hypodermique qui passe par les stades de crudité, de ramollissement et d'évacuation d'un liquide jaunâtre et qui laisse une ulcération polycyclique. Halo jambonné.

Pas de récidive dans la cicatrice. Evolution: question de semaines.

IV. — *A la gomme tuberculeuse.*

Formation hypodermique qui passe par les stades d'une gomme et qui laisse une ulcération irrégulière, déchiquetée, à bords sous-minés; fond irrégulier. Halo violacé. Récidives dans la cicatrice. Evolution: question de mois.

Conclusion.

On peut éliminer les mycoses et l'épithélioma par l'aspect macroscopique, l'évolution, l'âge, par les biopsies négatives. Evolution fatale à moins d'un traitement approprié.

Maintenant s'agit-il d'une gomme syphilitique ou tuberculeuse? L'évolution lente (plusieurs mois) comprenant les trois stades d'une gomme, les fistules, le fond irrégulier, les récidives dans la cicatrice, l'auréole violacée, le manque d'histoire de spécificité, un Bordet-Wassermann négatif et malgré l'aspect polycylique et l'absence d'adénopathie, tout cela nous fait porter le diagnostic de gommes tuberculeuses.

Traitement.

a) Cure de repos au lit.
b) Diète généreuse et reminéralisante.
c) Vitaminothérapie: ergostérol irradié (viostérol).
d) Topiques locaux: pommade à l'huile de foie de morue, pommade au sulfathiazole, pommade écarlate.
e) Tuberculinothérapie: 4 séries à doses croissantes 1/100,000 à 1/1000.
f) Actinothérapie: ultra-violets en irradiation générale et locale.
g) Enfin, ces deux derniers mois en application locale abondante et quotidienne de la *Trioline* (huile d'olive ozonisée).

Depuis l'emploi de ce médicament, amélioration sensible, ce qui nous porte à croire qu'il est un très bon adjuvant dans les ulcérations tuberculeuses.

Discussion

M. A. LAMBERT souligne que dans ce cas traité depuis 2 ans ailleurs par différentes méthodes, le résultat le plus satisfai ant obtenu à date, au point de vue cicatrisation, est dû à la Trioline.

M. V. BROSSEAU ajoute que la Trioline est une huile d'olive ozonisée qui dégage au contact de la plaie de l'oxygène pendant 40 heures et amène en même temps une anesthésie locale grâce à la novocaïne qu'elle renferme.

M. P.-M. RICARD demande si les dermatologistes ont quelque expérience de la solution de Ziehl dans ces cas.

M. A MARIN répond que le Ziehl contient de l'acide phrénique qui est légèrement analgésique.

Cas d'asthme amélioré à la suite d'une sous-muqueuse

M. R. Des TROISMAISONS

Histoire du malade.

Monsieur M... M..., 30 ans, admis le 20 novembre 1941, pour la première fois.

Début le 3 novembre par un coryza intense qui obligea le malade à demeurer chez lui et nécessita les soins d'un médecin. Huit jours plus tard, au cours de la nuit, crise d'oppression intense avec dyspnée et sensation d'étouffement. Les crises se répètent durant trois jours consécutifs et le malade reçut à chacune des injections par son médecin. Puis rémission pendant 4 à 5 jours et nouvelles crises pendant 3 à 4 nuits consécutives jusqu'à son entrée à l'hôpital. Les crises n'étaient soulagées que par des calmants administrés. Fait à noter pas d'expectoration ni de crachats abondants à la fin des crises.

Antécédents.

Personnels. Coqueluche. Crise appendiculaire il y a 26 ans. Maux de gorge fréquents.

Héréditaires. Père, tousseur. Mère, B.S. — 2 frères et 2 sœurs: B. S.

Habitudes. Alimentation généreuse: 12 cigarettes par jour. Boit 2 ou 3 Pepsi-Cola jusqu'à l'été dernier Habitation saine.

Examen.

Tête. Malade maigre.

Yeux: réflexes normaux.

Oreilles: r. à. n.

Nez: peu perméable, déviation droite de la cloison.

Bouche: plusieurs dents absentes, d'autres cariées.

Pharynx: légère congestion.

Amygdales: cryptiques.

Sinus: R. X. Frontal gauche très grand, absence de sinus frontal droit. Les cellules ethmoïdales gauches sont très sombres; celles de droite sont assez bien aérées. Les deux sinus maxillaires sont clairs.

Cou: pas d'adénopathie.

Thorax. Cœur: rythme régulier, pointe 5e espace. T.A. 105/70.

Poumons: vibrations augmentées légèrement, râles sibilants et ronflants à toute l'étendu des deux plages. Petits râles crépitants lointains à l'inspiration aux deux bases.

Rate: non percutable.

Abdomen. Souple, pas de cicatrice.

Foie: matité hépatique normale.

Fosses iliaques: aucune douleur.

Mac Burney: négatif.



e l'AIDE POUR LES BÉBÉS PENDANT LES CHALEURS

IT PROTÉINÉ a été employé avec ucoup de succès pour les bébés ne spécifique dans le traitement de rrhée qui résulte de la chaleur ou fermentation.

Heureusement, le lait protéiné est ce à préparer et à garder uniforme. urrices savent l'ennui qu'elles ont ner du lait protéiné fraîchement r suite des caillots qui bouchent ne et ne peuvent être entièrement iés. La préparation de ce lait à la n est pratiquement impossible.

s, maintenant, toutes ces diffi- ont été surmontées par le Lait né en Poudre C.M.P. Borden's.

s faisons du lait protéiné en pou- après un procédé spécial qui re du lait que son contenu naturel d'eau. Tous ses autres constituants restent intacts. Quand on ajoute de l'eau à la poudre, on obtient un lait acidifié très protéiné, ne contenant pas beaucoup de matières grasses ni d'hydrates de carbone, et dont les caillots finement divisés contiennent les organismes de l'acide lactique sous forme vivante.

Deux propriétés précieuses du Lait Protéiné en Poudre C.M.P. Borden's font qu'il se recommande aux médecins. Premièrement, lorsqu'il est liquéfié à nouveau, il donne un lait protéiné qui est toujours uniforme chaque fois qu'on en prépare. Deuxièmement, il est facile à préparer, exigeant simplement l'addition d'eau et d'hydrates de carbone lorsqu'il en faut.

De plus, quand vous ordonnez le Lait Protéiné en Poudre Borden's, vous savez qu'il est soutenu par le Contrôle de Qualité et les Recherches qui font que le nom "Borden's" est un nom si rassurant sur n'importe quel produit laitier . . . que ce soit du lait en bouteilles, de la crème glacée, du lait évaporé irradié, du Klim, du Lait Protéiné en Poudre, du Lait à l'Acide Lactique en Poudre, du Dryco, ou du Beta Lactose.

Nous vous enverrons volontiers de la documentation médicale sur le Lait Protéiné en Poudre C.M.P. Borden's. Adressez-vous à: The Borden Company Limited, Spadina Crescent, Toronto, Ontario.

"SI C'EST DU BORDEN'S IL *FAUT* QUE CE SOIT BON!"



dit ELSIE, la vache Borden

Borden — une meilleure alimentation grâce aux recherches faites sur le lait

Droits réservés 1942, The Borden Co. Ltd.

Examens de laboratoire.

Koch: négatif. Cristaux de Charcot Leyden: négatif.

Formule sanguine: G.R.: 3,550,000; G.B.; 8,250; HG.: 72%; V.G.: 1; Polyn. neut.: 59%; Grands mono.: 2%; lympho. 34%; Eosinophiles: 5%.

Sang. Urée: 0 gm. 55; glycémie: 1 gm. 00.

Urines: traces d'albumine, quelques globules rouges.

Métabolisme basal: 29 novembre 1941, 16.

Examen radiologique pulmonaire: aspect légèrement emphysémateux sans aucun autre signe de lésion.

Traitement.

15 ampoules (10 cm3) I.V. Aminophyline tous les jours.

Adrénaline; mixture antiasthmatique.

Benzoate de soude.

8 à 9 injections de morphine.

Désinfection des voies nasales.

Evolution.

Le patient fut très légèrement amélioré par le traitement suivi et laissa le Service de médecine avec diagnostic: asthme secondaire. A peine fut-il hospitalisé dans notre service, le 22 janvier, que ses crises recommencèrent de plus en plus fortes, si bien que l'aminophyline et morphine réussissaient à peine à les apaiser. On l'opère pour sous-muqueuse, le 28 janvier 1942. Une journée après les tampons sont enlevés du nez et depuis ce temps n'ayant pas fait aucune crise notre patient a son congé le 5 février.

Le décubitus horizontal autrefois impossible est maintenant bien toléré.

Entre-temps, on lui fit une bronchoscopie, qui montra une muqueuse congestionnée des bronches avec conclusion qu'il s'agit d'une bronchite asthmatique consécutive à une reinfection chronique venant du rhino-pharynx.

Depuis le 5 février jusqu'à maintenant il n'aurait eu qu'une légère crise d'asthme passagère.

Considérations.

Le paroxysme dyspnéïque de l'asthme n'est qu'une modalité réactionnelle particulière d'un organisme à l'égard des influences les plus diverses, une réponse à peu près toujours univoque, aux causes préparantes et déclenchantes les plus variées.

Cela est si vrai qu'un même remède, l'adrénaline fait presque toujours cesser ce paroxysme. Tandis qu'une action thérapeutique visant les conditions pathologiques qui conduisent à l'asthme peut seule avoir une efficacité réelle plus ou moins durable sur son évolution.

On devra donc dans le traitement de l'asthme déterminer dans chaque cas particulier, les anomalies, les lésions et les insuffisances fonctionnelles susceptibles de produire, d'entretenir les manifestations asthmatiques. C'est dans ce but, que je présente ce cas pour que nous nous arrêtions plus souvent sur ces lésions ou anomalies qui jouent le rôle d'épine irritative en action avec le terrain et le facteur occasionnel.

Si les crises ne disparaissent pas complètement après l'intervention, nous aurons du moins la satisfaction de les rendre moins intenses et moins fréquentes, nécessitant ainsi des doses minimes de médicaments.

Discussion

M. G. HEBERT trouve que le malade a été opéré depuis trop peu de temps pour que l'on se risque à affirmer la disparition de l'asthme.

M. BRAULT souligne que l'on rencontre habituellement chez les asthmatiques des modifications de la muqueuse et des malformations des cornets.

M. DesTROISMAISONS ajoute qu'il aurait fallu dans ces cas rechercher les éosinophiles dans la muqueuse nasale qui était d'ailleurs très congestionnée. Il demande si quelque membre de l'assemblée a vu disparaître des syndromes asthmatiques après intervention chirurgicale pratiquée sur d'autres organes que ceux de l'appareil respiratoire supérieure.

M. R. DUFRESNE a eu connaissance de 3 cas d'asthme guéris après appendicectomie, chez des malades présentant le syndrome d'appendicite chronique.

M. P.-M. RICARD se demande si dans ces trois cas là, ce n'est pas plutôt à l'anesthésie qu'à l'appendicectomie que l'on devrait créditer le succès post-opératoire.

M. J. BRAULT ajoute que les asthmatiques qui présentent de l'hyperplasie des cornets sont habituellement améliorés par la résection sous-muqueuse.

M. MARIN souligne que l'on a tout de même affaire dans cette question de l'asthme au grand problème de l'allergie et qu'il est imprudent de chanter victoire trop tôt. C'est une question de terrain, et le fait de débarrasser l'organisme d'une épine irritative ne doit pas autoriser de trop grands espoirs au sujet de la guérison définitive de l'asthme lui-même.

Myopathie type juvénile d'Erb

M. J. VASQUEZ

M. B..., âgé de 54 ans, instituteur, est hospitalisé le 25 novembre 1941, pour insuffisance cardiaque à prédominance droite laquelle l'emporta au 9e jour dans une crise d'œdème aigu pulmonaire.

Par ailleurs il était un grand infirme: un syndrome amyotrophique l'avait frappé dès son jeune âge.

En effet nous avons appris que vers 16 ans apparurent des troubles de l'équilibre du tronc; il marchait en s'appuyant surtout sur la pointe des pieds, ses épaules fortement rejetées en arrière, la colonne vertébrale en hyperextension accusée et avec un balancement caractéristique.

Progressivement sa force musculaire diminua au tronc et à la racine des membres. Etant couché, pour se relever il était obligé de prendre avec ses mains,



LA BIÈRE QUE VOTRE ARRIÈRE-GRAND-PÈRE BUVAIT

des points d'appui au sol, sur ses genoux et ses cuisses. En quelque sorte il grimpait sur lui-même. Par contre il conserva toujours une assez bonne motilité vers le segment distal des membres.

Parallèlement s'installent les amyotrophies au tronc, à la racine des membres, et une déformation permanente de la colonne vertébrale.

Ces amyotrophies ont été très progressives; il a pu marcher jusqu'à l'âge de 26 ans.

Il ne signale aucune douleur ni secousses fibrillaires des muscles atteints.

Ses parents sont morts alors qu'il avait 5 ans et ne possède aucun souvenir des cas pathologiques semblables dans sa famille.

Il est marié, sans enfant.

Il attribue sa maladie à un traumatisme vertébral survenu vers 14 — 15 ans.

Signalons enfin qu'il souffrait d'une constipation fort opiniâtre depuis un an; elle nous a fait penser à une atonie par atrophie des muscles lisses intestinaux soumis à l'innervation végétative.

A l'examen, on est immédiatement frappé par l'importance des amyotrophies et des attitudes vicieuses.

Aux membres supérieurs.

L'atteinte est bi-latérale et prédomine à la racine des membres.

L'abduction élévation des bras est impossible. La flexion extension au niveau des coudes très diminuée. Aux avant-bras la supination est abolie tandis que la pronation est relativement conservée. Tous les mouvements des doigts sont possibles. L'atrophie intéresse les muscles péri-scapulaires, tous les muscles du bras, le long supinateur. Les éminences thénar et hypothénar ont une apparence normale. Des rétractions fibrotendineuses aux niveaux des coudes rendent impossible l'extension passive complète. Cliniquement il n'y a pas de réaction myotonique des muscles.

Aux membres inférieurs.

La motilité est presque partout supprimée sauf aux pieds ou quelques mouvements sont encore possibles. L'atrophie intéresse les fessiers et les muscles des cuisses, exceptés les adducteurs qui paraissent conserver une bonne contraction. Un œdème important empêche l'exploration des jambes et pieds. D'ailleurs ceux-ci sont en varus-equin, irréductible par les rétractions fibrotendineuses.

Au tronc.

Lordose accentuée de la colonne dorso-lombaire. Le grand dentelé est atteint, les omoplates sont décollés. Dans son ensemble le thorax est fortement aplati d'avant en arrière, élargi transversalement, déjeté en avant; le bassin est évasé et basculé en avant. Le malade ne peut s'asseoir dans son lit.

Muscles de la face et du cou.

Les muscles de la face et du cou sont absolument normaux.

Le reste de l'examen neurologique montre, l'abolition de tous les réflexes tendineux des membres, l'absence de tout trouble objectif des sensibilités, l'absence de toute fibrillation musculaire. Le cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. Tous les nerfs crâniens sont normaux. Les examens du sang, chimiques et cytologiques ne révèlent rien de particulier.

Une radiographie de la colonne vertébrale, à part la lordose, ne montre aucune déformation des vertèbres ni des disques.

Tel est schématiquement le syndrome amyotrophique que nous avons été appelé à examiner.

Il nous a paru intéressant à présenter pour plusieurs raisons:

I. — Ces myopathies caractérisées par un trouble dans la nutrition des fibres musculaires doivent être distinguées des amyotrophies par atteinte du neurone tropho-moteur périphérique, c'est-à-dire, atrophies d'origine médullaire ou radiculo-névritique. Le grand caractère distinctif de ces dernières se trouve dans leur début par l'extrémité distale des membres, les secousses fibrillaires observées dans les muscles et le trouble du type qualitatif des réactions électriques.

II. — Un renseignement fort important nous a été donné par l'examen histologique post-mortem des muscles. Alors que dans les amyotrophiques d'origine myélopathique et radiculo-névritique les lésions histologiques prédominent au niveau de la moelle et nerfs périphériques; dans les myopathies par contre, les lésions ont leur maximum au niveau de la fibre musculaire.

Chez notre malade on remarquait à côté de quelques faisceaux musculaires normaux d'autres nettement dégénérés. Ils avaient l'aspect d'une substance pâle, amorphe vascularisée, montrant des nombreux noyaux allongés et des plages de sclérose. Les nerfs par contre se trouvaient bien conservés. La moelle épinière cervicale ne présentait rien de particulier ni dans ses cornes antérieures ni postérieures. Ce contraste entre les lésions musculaires et l'intégrité nerveuse est tout-à-fait caractéristique des myopathies.

III. — Notre malade ne présente aucune atteinte des muscles de la face ce qui le distingue du type fascio-scapulo-huméral de Landouzy Déjérine.

IV. — Le fait de n'avoir pu trouver d'autres cas de myopathie dans sa famille ne nous permet pas de nier chez lui le caractère héréditaire, ni d'accepter l'hypothèse traumatique invoquée par le malade.

V. — La pathogénie reste encore obscure malgré tous les efforts faits dans ce sens. Une nouvelle et dernière constatation a été faite concernant le métabolisme du muscle. Normalement chez l'adulte, le muscle transforme la créatine en créatinine, éliminée

Les hôpitaux britanniques emploient LE BRANDY SUD-AFRICAIN

L'usage répandu du Brandy Sud-Africain dans les hôpitaux de Grande-Bretagne est une preuve réelle de sa pureté et de sa valeur thérapeutique. À cause de sa haute teneur en esters, ce brandy, provenant du Cap ensoleillé, est hautement recommandé par la profession médicale britannique. Ce Brandy est renommé pour ses procédés de fabrication perpétués traditionnellement depuis plus de 250 années . . . gagnant de la Médaille d'Or dans le concours de tous les produits similaires de l'Empire au « Royal Agricultural Hall », Londres, Angleterre, en 1937 . . . garanti quant à l'âge et à la pureté par le Gouvernement Sud-Africain.

D'autres vins renommés de l'Afrique du Sud se vendant au Canada:

PAARL SEC BLANC;
PAARL WITZENBERG;
PAARL SEC ROUGE (Type Bourgogne);
PAARL BOURGOGNE MOUSSEUX;
PAARL WINTERHOEK MOUSSEUX (Type Champagne);
PAARL SAUTERNES;
PAARL VERMOUTHS (sec ou doux);
PAARL MUSCATEL;
OLD LIQUEUR BRANDY.

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

J. J. Joubert LIMITÉE

dans les urines alors que la créatine ne s'y trouve pratiquement pas. Dans les myopathies, c'est l'inverse; la créatine est éliminée alors que la créatinine diminue. Ceci a permis de conclure que le muscle perd le pouvoir d'utiliser la créatine.

Cette notion d'un grand intérêt n'apporte cependant pas un éclaircissement définitif sur la question.

Discussion

M. R. AMYOT félicite le rapporteur d'avoir si bien mis en relief les critères du diagnostic différentiel de ces myopathies.

M. P. MASSON insiste sur l'extraordinaire conservation des faisceaux neuro-musculaires constatée dans ces cas, alors que tout le reste du tissu musculaire était atteint de dégénérescence scléreuse.

M. G. HEBERT demande ce que l'on peut faire pour ces malades.

M. J. SAUCIER répond que l'on a donné du glycocolle, de la vitamine B_6, de la Prostigmine, dans ces cas, sans obtenir de résultats encourageants.

Cas d'ulcère gastrique perforé

M. José SOBRINO

M. R... D..., âgé de 42 ans, est hospitalisé d'urgence, le 9 février 1942, pour un syndrome abdominal douloureux. Le début de tel syndrome, le 6 février 1942, et caractérisé par la brusquerie, de la douleur à point de départ à l'hypocondre droit et au creux épigastrique.

Examen subjectif.

Etant donné l'état du malade il est impossible d'obtenir des renseignements clairs en rapport avec son entrée à l'hôpital.

Antécédents.

I. — Hospitalisé, le 12 janvier 1940, à l'hôpital Général de Verdun pour des douleurs gastriques et aux hypocondres. Le rapport d'une radiographie de la vésicule: vésicule perméable et sans calcul.

II. — Hospitalisé à cet hôpital, le 27 juillet 1940, pour des troubles gastriques sous forme de brûlements au creux épigastrique, et des douleurs abdominales à la région péri-ombilicale, anorexie consécutive, constipation opiniâtre, vomissements verdâtres avec expectoration sanglante (?). Malade abattu, se dit incurable, pleure facilement, prétend qu'on se moque de lui, rattache la maladie actuelle à une gonorrhée contractée en 1925.

Transféré en Neurologie, le 1er août, le patient persiste à avoir des brûlements gastriques. Les remarques du dossier révèlent que les brûlements sont à évolution cyclique. Congé, le 21 septembre.

III. — Ré-hospitalisé le 31 juillet 1941, pour les mêmes troubles en médecine. Le patient s'obstine dans ses brûlements gastriques, et est transféré en Neurologie parce qu'il exagère ses troubles, malgré que le malade a eu un traitement symptomatique par les 3 Bromures, micapanis en abondance, magnésie et cascara lesquels ne soulagent pas le malade.

En Neurologie, on observe une amélioration notable, et il reçoit pendant son séjour dans tel département une médication médicale et neurologique plus complète qu'avant d'être transféré.

Examen objectif.

Etat anxieux (avec cause) — respiration superficielle — respiration profonde accompagnée de douleurs abdominales — impossibilité de lui faire faire un « gros ventre » — idem pour un « petit ventre » — abdomen tendu — une palpation douce, profonde et prolongée permet de déprimer au niveau de la moitié gauche et de la fosse iliaque droite — douleur et tension de tout l'hypocondre droit et creux épigastrique — toucher rectal douloureux, sans le caractère du « cri du Douglas » — « matité franche au niveau du lobe droit hépatique » (docteur J. Genest).

Pouls: 150; T.A.: 108/64; Respiration: 28. Formule sanguine: G. R.: 4,950,000; G. B.: 26,000.

Réponse à une requête faite en Neurologie le 9 février 1942 par le docteur Saucier: — « cette fois le syndrome abdominal domine le syndrome hypocondriaque — nous le reverrons quand l'état infectieux aura rétrocédé et nous nous mettrons à la recherche du syndrome hypocondriaque résiduel ».

Radiographie. Pneumopéritoine.

Opération. Faite le 10 février 1942, par le docteur François Archambault. Anesthésie — C^3H^6.

Incision xypho-ombilicale — issu d'air à l'ouverture du péritoine — absence de pus à ce niveau — exploration nous conduit à un ulcère perforé de la face antérieure de la petite courbure gastrique juxtapylorique — la perforation est de la grandeur d'un 5 sous et en partie obstruée par un caillot et la muqueuse gastrique — les bords de la perforation sont très nets sans zone lardasée — réaction de péritonite suppurée au niveau de l'épiploon voisin — suture transversale épiploplastique — incision de contre-drainage sus-pubienne qui montre le petit bassin rempli de pus.

Suites post-opératoires.

Formule sanguine le 20 février 1942.

G. R.: 1,475,000; G. B.: 16,000.

Nouvelle formule sanguine après une transfusion prescrite le 21 et faite le 22.

G. R.: 2,400,000; G. B.: 13,000.

Médication adjuvante: foie de veau I.M. et rouge congo I.V.

Recherche de sang dans les selles le 5 mars 1942 — traces de sang.

Conclusion.

I. — L'ulcère saigne encore.

II. — Le patient profitera d'une gastrectomie ou d'une autre opération chirurgicale qui enlèvera l'ulcère.

Dans les cas d'anorexie, prescrivez

L'ÉLIXIR

VITABOLONE

de Hartz

Un élixir à base de vin, de saveur agréable, dont chaque once liquide représente deux mille unités internationales de vitamine B_1.

Cette préparation est indiquée dans le traitement de l'inappétence, de la faiblesse musculaire, de l'hypotension artérielle et de l'hypothermie. Aussi dans les affections cardio-vasculaires, certaines formes de polynévrites, d'atonie gastrique et dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Particulièrement avantageux durant les périodes d'élévation du métabolisme, aussi bien que dans l'hyperthermie, l'hyperthyroïdisme, le surmenage et durant l'enfance et la grossesse.

POSOLOGIE

Nourrissons—Dix gouttes trois fois par jour durant les repas.
Enfants—Une demie à deux drachmes, trois fois par jour, duraant les repas.
Adultes—Une à trois cuillerées à dessert, trois fois par jour, après les repas.

THE J. F. HARTZ CO., LIMITED

Fabricants de produits pharmaceutiques.

TORONTO **MONTRÉAL**

Spécifiez les excellents produits pharmaceutiques de Hartz.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Une thérapeutique efficace pour... *l'Otite Moyenne*

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. **Montréal — New-York — London**

III. — Tout cas de « brûlements gastriques » à évolution cyclique doit être étudié et suivi malgré le soupçon de l'exagération de symptômes.

IV. — Un mélancolique ou un hypocondriaque ont bien raison de l'être avec une lésion gastrique ulcéreuse qui évolue vers la perforation, sans que rien n'empêche son évolution destructrice.

Discussion

M. SOBRINO souligne qu'il s'agit d'un patient admis d'urgence en clinique avec un ulcus gastrique perforé, après avoir fait antérieurement des séjours répétés à l'hôpital sans qu'on eut découvert l'ulcère en cause.

M. R. AMYOT a connu ce malade. Il présentait un tableau clinique assez complexe de douleurs organiques et de syndrome dépressif. L'association de l'ulcère et du tableau mental soulève des questions intéressantes. L'ulcère était-il la cause ou l'effet du syndrome dépressif. Par ailleurs, les constatations anatomo-pathologiques plaident dans ce cas contre l'hypothèse d'un vieil ulcère.

M. R. ROLLAND demande si le malade avait subi, au cours de ses hospitalisations antérieures, des examens complémentaires de son tube digestif.

M. A. LEGER souligne que la perforation est souvent un excellent mode de guérison de l'ulcère et n'est pas d'avis qu'il faille réintervenir et gastrectomiser ce malade.

M. Y. CHAPUT ajoute que la perforation ne s'évite pas facilement. Elle peut survenir en cours de traitement rigoureux — le malade a été tenu au lit et a reçu des sédatifs — ce qui ne constitue pas un mauvais traitement de sa diathèse ulcéreuse.

M. SOBRINO soutient que ce patient présentait une histoire ulcéreuse typique et que l'on s'est borné à le traiter comme un mental pur — ce qui aggravait son syndrome dépressif.

M. R. DUFRESNE a vu ce malade au cours de l'une de ses hospitalisations. L'omission de la radiographie de son tube digestif est évidemment regrettable, mais ce qui frappe dans cette histoire d'ulcère perforé c'est ce que le docteur Amyot a souligné tout à l'heure: le caractère à l'emporte-pièce de l'ulcère, sans ce pourtour scléreux que l'on rencontre habituellement chez les vieux ulcères. Il s'agissait donc d'un ulcère récent que l'on pourra peut-être rattacher un jour aux syndromes mentaux.

Arthrite tuberculeuse de l'épaule

M. Ernest BRUNET

L'arthrite tuberculeuse de l'épaule, ou scapulalgie, est une localisation plutôt rare de la tuberculose articulaire. Elle est grave en ce sens qu'elle s'accompagne souvent d'une imprégnation profonde de l'organisme et qu'au point de vue fonctionnel, malgré le traitement le plus rationnel, elle lie d'une façon profonde le jeu de l'épaule.

Formes anatomiques.

Sans parler des différentes formes de rhumatisme tuberculeux, il existe des lésions de nature très différente, dont les deux principales variétés sont les suivantes:

1° L'ostéo-arthrite tuberculeuse proprement dite, la tumeur blanche de l'épaule;

2° La carie sèche de Volkmann, véritable arthrite sèche tuberculeuse.

Dans notre service nous avons eu un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse, que je vous présente.

Il s'agit d'une patiente de 18 ans qui se plaint de douleurs dans le bras droit depuis 1 an. Elle n'accuse aucun traumatisme. Depuis novembre 1941, elle a noter une petite tuméfaction dure, peu douloureuse. Cette tuméfaction a augmenté de volume tout en se ramollissant. Ses douleurs vont en augmentant ainsi que son impotence fonctionnelle. Elle a beaucoup de difficulté a effectuer les mouvements d'abduction et d'élevation du bras, toutefois elle a conservé sa force musculaire.

Antécédents personnels.

Rhumatisme à 6 ans. Pleurésie il y a 2 ans qui aurait duré une semaine (?). Péritonite le printemps dernier, durée d'un mois. Tout serait entré dans l'ordre avec un repos et une bonne alimentation. Nature indéterminée.

Antécédents héréditaires.

Père âgé de 60 ans en B.S. — Mère présente un goître. — 4 frères et une sœur en B.S.

Puberté à 14 ans. Cycle de 28 jours, régulière, peu de douleur, durée de 2 jours. Pas de leucorrhée.

Appareil nerveux, bon sommeil, pas de céphalée.

Appareil respiratoire, pas de toux ni expectoration.

Appareil circulatoire, pas de palpitations ni dyspnée.

Appareil digestif, bon appétit, bonne digestion, intestins réguliers.

Appareil génito-urinaire, rien à noter.

Appareil locomoteur, sauf épaule droite rien à noter.

Appareil glandulaire, visuel et auditif, rien à noter.

Examen général.

Apparence bonne. Poids: 104½ livres. Taille 5'3".

Tête. Yeux: pupilles répondent systématiquement à la lumière d'une façon normale.

Nez: narines perméables.

Bouche: langue normale. Quelques dents sont cariées — implantation dentaire irrégulière.

Cou: pas d'adénopathie — Thyroïde de volume normal.

Rachis: pas de point douloureux, courbures normales.

Thorax: plutôt longitique. — Seins bien conformés.

Cœur: T.A. 130/90 — Rythme régulier, bruits bien frappés, pas de lésion valvulaire.

Poumons: inspection, rien d'anormal à noter.

Abdomen: assez souple, bien dépressible. Pas de points douloureux. Foie ne dépasse pas les fausses côtes, hauteur de quatre travers de doigt. Rate percutable.

Membres: les réflexes tendineux sont normaux.

Examen local.

L'épaule droite semble légèrement tuméfiée et abaissée. Elle s'oppose à la mobilisation. La pression de l'épaule sur tout le squelette est douloureuse. Il y a une tuméfaction de volume d'un œuf sur le bord postérieur du bras. Elle est fluctuante, un peu douloureuse et semble libre dans les tissus mous.

Examens de laboratoire.

Urines: absence d'albumine, de sucre, présence de phosphates.

Sang: azotémie: 0 gm. 35; sucre: 1 gm. 16.

Bactériologie: ponction de tuméfaction du bras:

1er examen: négatif.

2e examen: bacille de Koch positif.

Radiographie. Epaule droite.

Rapport. Toute la partie supérieure de la tête de l'humérus est franchement déformée et la ligne articulaire est très irrégulière.

Aspect d'ostéo-arthrite très marquée. (Docteur Léonard.)

Epaule gauche.

Rapport. La tête de l'humérus gauche paraît tout-à-fait normale. (Docteur Léonard.)

Il est à remarquer radiologiquement que la tête de l'humérus est abaissée par rapport à la voûte acromiale ce qui s'explique par le relâchement des muscles périarticulaires.

Il est aussi à remarquer que la tête humérale est plus petite, très décalcifiée, irrégulière.

Ces deux constatations sont les signes radiologiques d'une affection avancée.

Diagnostic.

Le diagnostic ne prête à des difficultés que dans la période de début ou dans les formes atténuées de l'affection.

La douleur et l'impotence fonctionnelle passagère laissent supposer l'existence d'un ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus; dans cette affection les symptômes généraux sont d'emblée plus marqués.

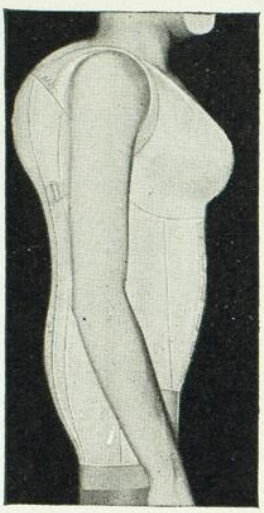
Certains sarcomes centraux, ou même enchondromes à marche torpide, prêtent à confusion; la liberté des mouvements articulaires est conservée, signe clinique de premier ordre.

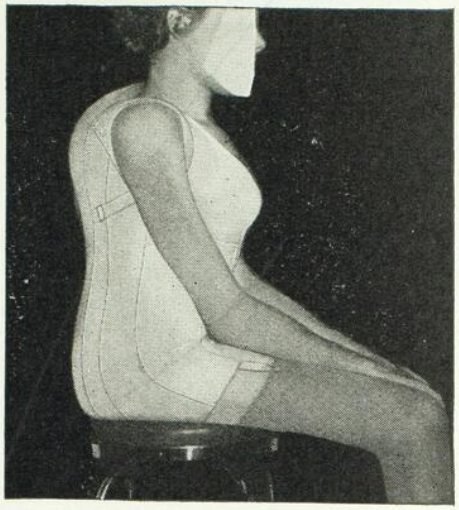
Quant l'ostéo-arthrite fongueuse est organisée, elle est caractéristique par sa tuméfaction mollasse, dissimulant mal l'atrophie musculaire. Seuls les ostéosarcomes, si fréquents à l'extrémité supérieure de l'humérus prêtent à confusion; mais ils naissent plus bas, au-dessous de la pointure, et respectent très longtemps les mouvements articulaires, le cartilage diarthrodial opposant une barrière à leur marche envahissant.

Dessiné individuellement pour la personne qui doit le porter

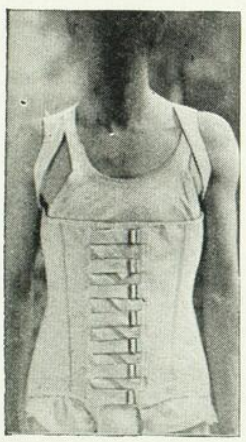
LE SUPPORT ORTHOPÉDIQUE SPENCER

EST REMARQUABLEMENT EFFICACE ET CONFORTABLE





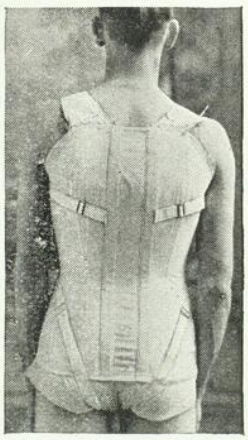
Le Support orthopédique Spencer dessiné individuellement est si efficace qu'on l'emploie fréquemment pour remplacer des bretelles en acier ou un plâtre. On peut mettre beaucoup ou peu de baleines dans le dos, suivant le cas. Le degré de fermeté dépend donc de la prescription du médecin. Ce support immobilise la colonne vertébrale autant qu'il est possible de le faire avec un corset en tissu dont les baleines en acier sont verticales. Il s'attache au centre en avant. On obtient la tension voulue grâce à des boucles et courroies. Chaque courroie s'ajuste indépendamment des autres ce qui permet de varier la tension à différents points.



Si vous voulez faire servir un malade chez lui, à l'hôpital ou à votre bureau, consultez l'annuaire du téléphone, sous la rubrique "Corsetières Spencer", ou écrivez-nous directement.

Ci-dessus: Support orthopédique Spencer porté par une femme.

A droite et à gauche: Support orthopédique Spencer porté par un homme.



CORSETS — CEINTURES — SUPPORTS POUR LES SEINS

DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

SPENCER CORSETS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: 137-A, av. Derby, New Haven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez m'adresser la brochure intitulée « Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin ».



..... M.D.

Adresse .....

..... 9-42

Les divers arthrites infectieuses aiguës dues au rhumatisme articulaire aigu, à la blennorragie, à l'ostéite aiguë de croissance, s'accompagnent toutes de signes particuliers propres à l'infection causale qu'il est aisé de dépister.

La carie sèche de l'épaule se différencie par les symptômes suivants: le moignon de l'épaule est d'une maigreur extrême.

Le saillies osseuses sont exagérées et la tête de l'humérus fortement attirée en bas et en dedans, pointe dans la cavité axillaire. Les ganglions axillaires sont toujours envahis. L'impotence fonctionnelle est peu étendue et s'établit progressivement. La douleur est en général peu marquée. Les abcès et les fistules sont des plus rares. L'ankylose est une évolution fréquente.

Ici le diagnostic s'impose: les antécédents de la patiente, les signes radiologiques et l'examen de la tuméfaction qui contient des bacilles de Koch.

Traitement.

Général. Comme toute tuberculose, le traitement consiste de repos, d'héliothérapie et d'une bonne alimentation.

Local. Immobilisation plâtrée thoraco-brachiale dans laquelle des fenêtres sont aménagées pour permettre l'héliothérapie et la ponction de l'abcès.

Le pronostic est réservé.

La guérison se traduit par un envahissement marqué de l'articulation scapulo-humérale. Le résultat fonctionnel n'est cependant pas mauvais; les mouvements de compensation s'établissent, grâce à l'omoplate.

Pas de discussion

Ulcus perforé gastrique avec enkystement pyo-gazeux secondaire

M. L. LAFLEUR

Anamnèse.

M. R. C., 45 ans, homme de peine, est admis dans le service de médecine, le samedi, 24 janvier, pour douleurs violentes siégeant à tout l'épigastre et à l'hypocondre droit. La température est de 98° C.

L'aspect dramatique du syndrome douloureux nous fait croire d'abord à un épisode aigu récent pouvant dater de quelques heures à peine.

Nous nous étonnons bientôt d'apprendre que cette crise dure depuis déjà 16 jours, laissant difficilement quelques heures d'accalmie.

L'interrogatoire révèle que, depuis près de huit ans, le malade éprouve des troubles digestifs se résumant à de l'anorexie, de l'inappétence, de la lenteur de digestion, des nausées post-prandiales isolées, des vomissements alimentaires peu fréquents mais douloureux, et surtout au retour constant d'une douleur crampoïde au niveau de l'épigastre et de la région sus-ombilicale environ deux heures après les repas.

Installée brusquement (coup de poignard) depuis 16 jours, la douleur très forte jointe à une défense musculaire considérable de l'épigastre et à une importante sonorité préhépatique, nous suggère la présence d'un ulcus perforé gastrique ou duodénal.

Examen subjectif.

S.N. Insomnie, étourdissements, scotomes depuis 15 jours.

S.C.V. Dyspnée intense — angoisse cardiaque.

S.D. cf. maladie actuelle.

S.R. tousse depuis 6 mois — expectore très peu.

S.G.U. nycturie au rythme de 1 ou 2 fois par nuit.

S. Audit. surdité à gauche.

S. Visuel. asthénopie bilatérale.

Antécédents. Personnels: rhumatisme, hémorroïdes, douleurs lombaires?

Héréditaires: père mort d'asthme — mère morte d'hydropisie — frère mort d'une syncope — sœur morte à la suite d'une appendicectomie.

Habitudes.

Gros mangeur de viande — pas d'abus éthylique ou tabagique.

Etat général.

Malade abattu, dyspnéique, qui a l'air de beaucoup souffrir.

Examen objectif.

Tête: signe de la temporale — yeux cernés — réflexe nauséeux très vif — langue saburrale.

Cou: nil.

Rachis: droit — indolore.

Thorax: cœur: P.A. 122/72 — pouls bondissant et filant. Choc en dôme à 11 cms, de la ligne médio-sternale dans le 5ième espace intercostal gauche. A la palpation on sent très bien le choc de la pointe. On note également un frémissement cataire léger. Roulement présystolique dont le maximum d'intensité siège dans le 3ième espace intercostal gauche.

Poumons: matité de la base droite et diminution du murmure vésiculaire du 1/3 inférieur droit.

Abdomen: Inspection — région supra-ombilicale fortement voussurée — tendue, contrastant avec la région sous-ombilicale d'aspect sensiblement normale, sauf une forte douleur éveillée à la palpation et la présence d'une circulation collatérale à prédominance sus-ombilicale.

Palpation: fosse iliaque gauche dépressible et non douloureuse; idem à droite. Tout l'hypocondre droit est occupé par une masse douloureuse, dépressible et sonore. Sonorité de l'abdomen. Le rebord hépatique inférieur empiète sur la fosse iliaque droite et peut-être accroché. Ombilic normal.

Membres: examen neurologique négatif. Anatomiquement normaux.

Examens.

La radiographie d'urgence révèle la présence d'un croissant d'air clair interposé entre le foie et le diaphragme. On constate, de plus, l'existence d'un niveau liquide dans l'étage sus-mésocolique.

L'opinion d'ulcère perforé suggérée par l'examen clinique semble dès lors confirmée.

Que faire ?

On demande d'intervenir.

L'état du malade jugé trop précaire, le chirurgien remet l'opération.

L'imminence d'une fatalité force à une suprême décision et le docteur Georges Hébert décide de ponctionner la région gazeuse préhépatique, i. e. dans la zone de sonorité maxima (6ième espace intercostal à 11 cms. de la ligne médiane). L'air sort sous pression. Immédiatement le malade est soulagé: il respire avec plus de facilité.

Le 30 janvier 1942. Nouvelle ponction — on retire un liquide purulent dont l'analyse identifie: staphylocoque, entérocoque, colibacilles.

L'état du malade s'améliore graduellement. La température s'élève une seule fois à 99.2°F.

Le 11 février 1942. Nouvelle ponction: nombreux polynucléaires, examen bactériologique négatif — (liquide séro-louche).

On injecte 2 grammes de sulfathiazole dans la cavité.

Le 21 février 1942. Nouvelle tentative de ponction qui est blanche malgré les signes cliniques et radiologiques de présence de liquide.

Le 31 janvier 1942. Nouvelle radiographie: présence d'une collection gazeuse sous-phrénique importante. Considérable réaction de l'extrême base pulmonaire. On ne peut déceler de lésion gastrique.

Le 10 février 1942. Nouvelle radiographie: abcès pyo-gazeux sous-phrénique.

Le 2 mars 1942. Nouvelle radiographie: estomac et duodénum, rien de neuf.

Examens de laboratoire.

Le 26 janvier 1942. — Urée: 0 gm. 62; sucre: 1 gm. 16 (sang).

Le 25 février 1942. — Selles: présence de sang. B.W. négatif.

Les urines n'ont jamais rien offert de caractéristique.

Six hémogrammes faits entre le 26 janvier 1942 et le 20 février ont donné une formule rouge sensiblement toujours normale et une formule blanche qui est passée de 14,000 à 6,500.

Traitement.

Alimentation très restreinte au début et progressivement plus généreuse.

Conclusion.

1° L'histoire douloureuse de l'évolution antérieure, le peu de virulence des microbes trouvés dans le liquide de paracentèse, la localisation à prédominance haute de la douleur nous fait croire à un ulcère gastrique.

2° Cette même histoire douloureuse éveille en nous l'idée de localiser à la petite courbure (hile vasculo-nerveux) l'ulcère en cause.

3° Il s'agit enfin d'une perforation couverte ou enkystée qui a pu jusqu'à maintenant se dispenser de la chirurgie.

Espérons que l'évolution favorable se maintiendra et qu'avec une étroite surveillance médicale le patient pourra bientôt considérer cette aventure comme un mauvais souvenir.

Discussion

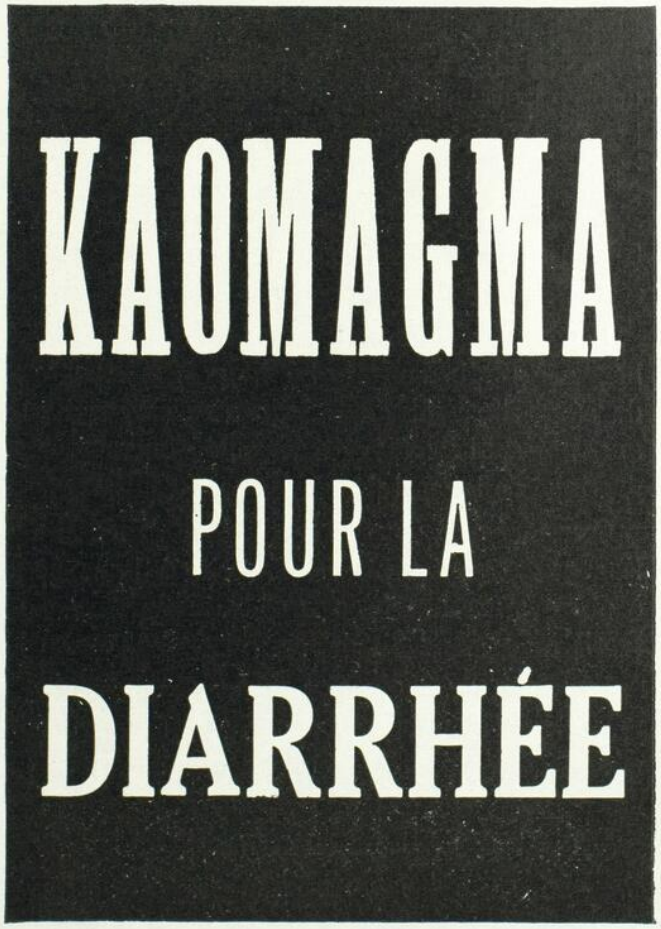
M. L. LAFLEUR présente les différents clichés qui montrent la formation de l'abcès sous-phrénique enkysté.

M. P.-M. RICARD craint que le kyste ne se perfore et préférerait intervenir immédiatement pour drainer largement.

M. A. LEGER répond que les chirurgiens consultés étaient d'avis contraire — actuellement le malade est très bien et ce n'est plus du pus que l'on retire de son abcès enkysté mais un liquide séreux.

Le secrétaire des séances,

Roger-R. DUFRESNE.



NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL — FACULTÉ DE MÉDECINE

ENSEIGNEMENT LIBRE

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN PEDIATRIE

Hôpital Général de Verdun
4000, Boul. Lasalle, Verdun

Directeur: M. le Pr. agrégé PAUL LETONDAL

Pour la cinquième année consécutive, un cours de perfectionnement sur **la pathologie digestive du nourrisson** aura lieu du 5 au 10 octobre prochain. Cet enseignement sera donné par le docteur Paul Letondal, professeur agrégé de Médecine des Enfants à l'Université de Montréal, avec la collaboration du professeur Georges Baril et du professeur agrégé Philippe Panneton et avec le concours des docteurs Daniel Longpré, Albert Guilbeault, J.-H. Charbonneau, Albert Jutras, Paul Caumartin et J.-P. Bombardier.

Les leçons auront lieu l'après-midi, de 4 à 6 heures, dans la salle du bureau médical et seront suivies de projections.

Pendant cette semaine, tous les matins de 9 heures à midi, dans les hôpitaux, conférences de séméiologie et de thérapeutique digestive avec présentation de malades ou démonstration pratique de laboratoire.

Ceux qui désirent suivre ce cours de perfectionnement sont priés de s'inscrire à l'avance à 418 est, rue Sherbrooke (MArquette 7334). Droit à verser: trois dollars.

Les auditeurs recevront avant chaque leçon un plan détaillé du cours et un certificat sera décerné aux médecins régulièrement inscrits.

PROGRAMME DU COURS

Lundi 5 octobre

4 h. — Ouverture du cours. — M. Paul Letondal.

4 h. 15. — Les accidents de la première dentition. Les stomatites. — M. J.-H. Charbonneau.

5 h. — L'anorexie des nourrissons et son traitement. — M. Daniel Longpré.

Mardi 6 octobre

4 h. — Les vomissements du nourrisson. La sténose congénitale du pylore. — M. J.-P. Bombardier.

5 h. — Exploration radiologique de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance. — M. Albert Jutras.

Mercredi 7 octobre

4 h. — La constipation du nourrisson. — La maladie de Hirschsprung. — M. Paul Letondal.

5 h. — L'occlusion intestinale. — M. Paul Caumartin.

Jeudi 8 octobre

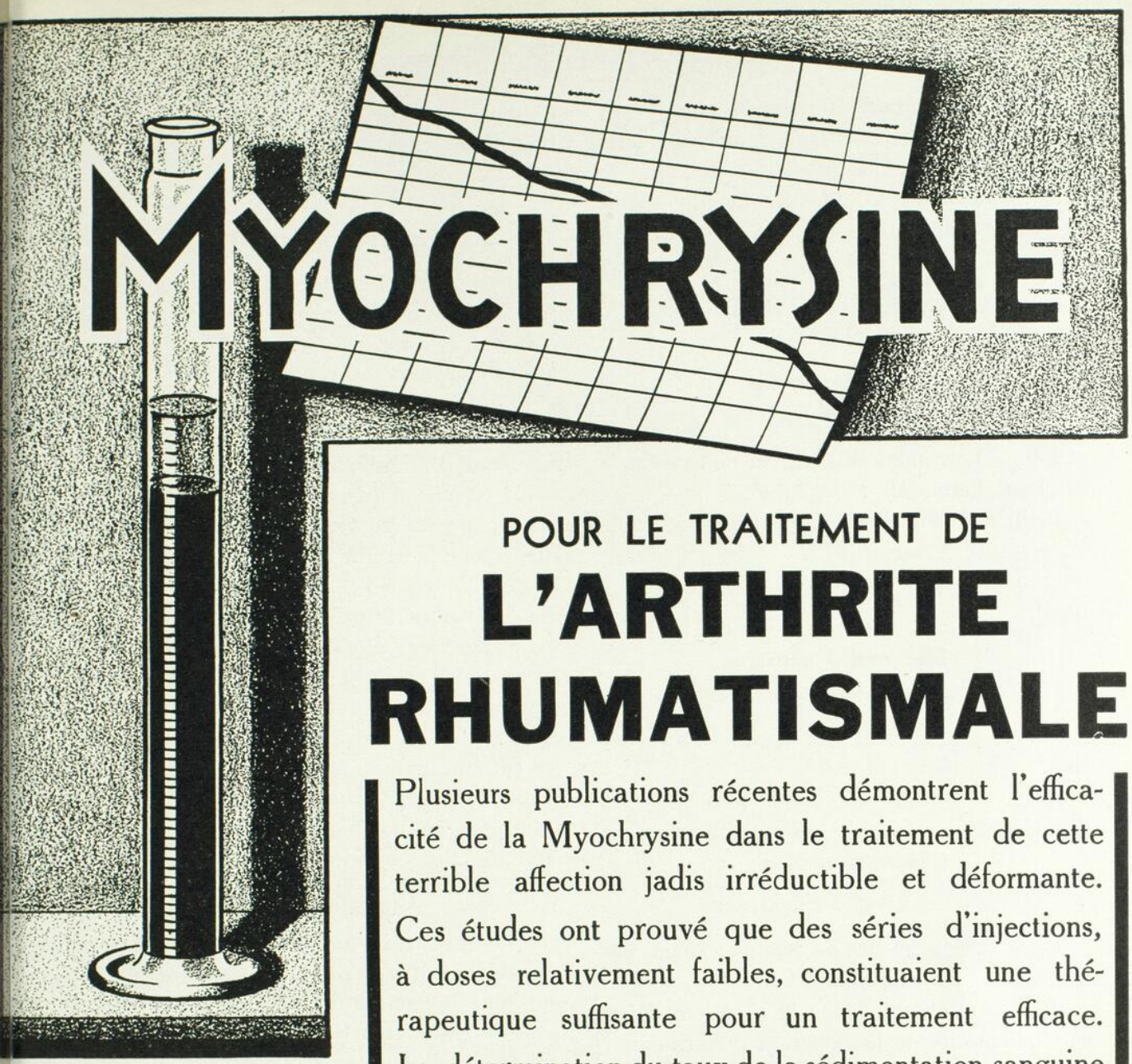
4 h. — Les diarrhées aiguës du nourrisson. La forme commune. Les syndromes dysentériques. — M. Paul Letondal.

5 h. — Les diarrhées chroniques. — La maladie cœliaque. — M. Albert Guilbeault.

Vendredi 9 octobre

4 h. — Le choléra infantile et les états cholériformes dans la première enfance. — M. Paul Letondal.

5 h. — L'otite du nourrisson. Ses rapports avec les affections gastro-intestinales. — M. Daniel Longpré.



POUR LE TRAITEMENT DE

L'ARTHRITE RHUMATISMALE

Plusieurs publications récentes démontrent l'efficacité de la Myochrysine dans le traitement de cette terrible affection jadis irréductible et déformante. Ces études ont prouvé que des séries d'injections, à doses relativement faibles, constituaient une thérapeutique suffisante pour un traitement efficace. La détermination du taux de la sédimentation sanguine réalise un critère précieux de l'évolution de la maladie.

PRÉSENTATION

a Myochrysine est présentée en solu-
on aqueuse et en suspension huileuse.
oîtes de 1 et 10 ampoules dosées à
01, 0.05, 0.10, 0.20 et 0.30 gramme.

MM. les Médecins sont priés de faire la demande de notre brochure **"Myochrysine"** *qui contient tous les renseignements nécessaires sur les indications, la posologie, la conduite de traitement, etc., de la Myochrysine.*

RÉFÉRENCES RÉCENTES SUR LA MYOCHRYSINE :

Key, J. A., Rosenfeld, H. and Tjoflat, O. E., Gold Therapy in Proliferative (especially atrophic) Arthritis. J. Bone & Joint Surg. **21**: *339-345, Avril 1939.*

Goldie W., Effect of Chrysotherapy on Sedimentation Rate in Rheumatoid Arthritis. Ann. Rheumatic Dis. **1**: *319-322, Octobre 1939.*

Sabin, A. B. and Warren, J., The Curative Effect of certain Gold Compounds on Experimental, Proliferative, Chronic Arthritis in Mice. J. of Bacteriology **6**: *823-856, Décembre 1940.*

Tarsy, J. M. Clinical Experience with Gold Salts in the treatment of Rheumatoid Arthritis, N. Y. State J. Med. **40**: *1185-1191, Août 1er, 1940.*

Cecil, R. L., Present Trends in the Study of Arthritis and Rheumatism, Minnoseta Med. **23**: *533-542, Août 1940.*

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

Samedi 10 octobre

4 h. — Les ictères du nouveau-né. L'ictère grave familial. — M. Albert Guilbeault.

5 h. — Les états de dénutrition du premier âge. L'hypothrepsie et l'athrepsie. — M. Paul Letondal.

PROGRAMME DES CONFERENCES CLINIQUES

Mardi 6 octobre

à l'Hôtel-Dieu

9 h. — L'examen clinique du nourrisson. — M. Paul Letondal.

10 h. — Démonstration pratique de radiologie. — M. Albert Jutras.

11 h. — Coprologie clinique. — M. Georges Baril.

Mercredi 7 octobre

à l'hôpital Général de Verdun

9 h. — Les aliments de régime (1ère partie). — M. Paul Letondal.

10 h. — Conférence clinique avec présentation de malades. — M. J.-P. Bombardier.

Jeudi 8 octobre

à la Crèche de Liesse

9 h. — Les aliments de régime (2ième partie). — M. Paul Letondal.

10 h. — Otoscopie dans la première enfance. Indications de la ponction du tympan et de la paracentèse. — M. Philippe Panneton.

11 h. — Conférence clinique avec présentation de malades. — M. Daniel Longpré.

Vendredi 9 octobre

à l'hôpital Pasteur

9 h. — Les médicaments. — M. Paul Letondal.

10 h. — Conférence clinique avec présentation de malades. — M. J.-H. Charbonneau.

Samedi 10 octobre

à l'hôpital Notre-Dame

9 h. — Techniques Thérapeutiques. — M. Paul Letondal.

10 h. — Conférence clinique avec présentation de malades. — M. Albert Guilbeault.

LA POLIOMYELITE

La poliomyélite est une maladie contagieuse très sérieuse dont la paralysie est une complication. Elle est causée par un virus qui attaque le système nerveux central.

Elle se manifeste au début par des symptômes semblables à ceux que l'on observe au début des maladies infectieuses.

La période d'invasion dure de 2 à 5 jours, avec température élevée. On rencontre habituellement la triade de symptômes suivants: douleur spontanée, raideur de la nuque et du dos, température élevée.

Les autres symptômes sont variables: courbature, mal de tête, nausées, vomissements, diarrhée, convulsions, irritabilité, angine, etc.

Cette maladie frappe le plus fréquemment les enfants âgés de moins de 15 ans; elle survient cependant chez les adultes les plus robustes; on la rencontre à la campagne comme dans les villes.

Conseils généraux

1. Vivre le plus possible au soleil et au grand air; lever les stores et *ouvrir les fenêtres* pour laisser entrer librement le soleil et l'air dans la maison;
2. Si l'on fait usage d'une eau de source inconnue ou douteuse, la faire bouillir;
3. Ne prendre que du « *lait pasteurisé* »; si l'on ne peut obtenir que du lait cru, le faire bouillir;
4. Dans le cas du lait pasteurisé ou bouilli et de l'eau, en prendre un soin particulier et les garder au froid et à l'abri des *mouches* et de la poussière;
5. Ne pas se baigner dans un cours d'eau polluée;
6. Bien laver avec de l'eau bouillie les fruits et légumes que l'on mange crus.
7. Déposer les déchets dans des récipients métalliques couverts; les désinfecter en les arrosant avec de l'eau de Javel;

8. Observer scrupuleusement les lois de la *propreté;*
9. Faire la guerre aux mouches, aux moustiques et aux insectes: les éliminer de la maison;
10. Epousseter avec un linge humide;
11. Balayer de préférence avec des balayeuses électriques ou mécaniques, ou encore, avec une poudre spéciale ou des morceaux de papier humide, afin de ne pas soulever la poussière.

En cas de maladie

Si quelqu'un (surtout un enfant) *souffre* de la moindre indisposition et manifeste l'un des symptômes déjà cités: mal de tête, douleur dans le dos, température, raideur de la nuque, vomissements, troubles gastro-intestinaux, etc.:

1. Repos immédiat et complet *au lit*;
2. *Appeler le médecin immédiatement* pour lui permettre d'établir son diagnostic avant l'apparition de la paralysie;
3. *Déclarer immédiatement* tout cas de poliomyélite au service de Santé pour qu'il puisse exercer la surveillance dans les familles;
4. Les cas devraient être *hospitalisés tôt* pour recevoir un traitement adéquat.

S'il y a épidémie ou éclosion de la maladie

1. Eviter les foules et les réunions publiques: garder les enfants à la maison;
2. Ne pas conduire les enfants dans une maison où il y a des malades; ne pas laisser venir des enfants à votre domicile si vous avez un malade;
3. Ne pas voyager avec des enfants.

MESURES POUR COMBATTRE LA POLIOMYELITE, 1942

Programme d'action étudié par le Comité conjoint de poliomyélite et soumis à la Commission d'hygiène de Montréal

I. Réunion de la Commission d'hygiène, le 12 août 1942.

II. Formation d'un « Comité de la poliomyélite »: comité conjoint comprenant des membres de la Commission d'hygiène, l'épidémiologiste de la province et des représentants des hôpitaux intéressés dans l'hospitalisation et le traitement des cas de poliomyélite.

Il est composé comme suit: les docteurs Albert LeSage, Grant Fleming, Gaston Lapierre et Ad. Groulx, de la Commission d'hygiène; le docteur A.-R. Foley, épidémiologiste de la province; les docteurs Ed. Dubé, surintendant médical de l'hôpital Ste-Justine; H. Charbonneau, surintendant médical de l'hôpital Pasteur; R. R. Struthers, chef du service de pédiatrie au Children's Memorial Hospital, R. Smith du Pathological Institute; membres adjoints: Drs J.-H. Gervais, Jos. Duplessis; Capt. Alm. Roy, F/Lieut. J.-Oct. Roy.

III. Collaboration nécessaire:

a) des sociétés médicales, par la formation de comités d'étude, ce qui a été fait dans les deux sociétés:
   1. La Société médicale de Montréal,
   2. The Montreal Medico-Chirurgical Society.

b) de la profession médicale;
c) des hôpitaux;
d) des organisations sociales.

IV. Education du public.

a) Publication à 25,000 exemplaires d'une circulaire intitulée: « La poliomyélite » — Conseils généraux —

b) Réédition à 1000 exemplaires d'une circulaire entièrement revisée, intitulée: « Conseils aux parents quand il existe un cas de poliomyélite à la maison »;

c) La publicité: journaux et radio — Il a été décidé que: « Les communiqués aux journaux et les directives à donner à la population ne doivent provenir que d'une seule source. »
   1. Communiqués sur la situation quotidienne;
   2. Communiqués donnant des conseils à la population.

V. Législation: observance des règlements:

a) Déclaration obligatoire et rapide de tous les cas confirmés et douteux — indiquant s'ils sont paralytiques ou non — au service de Santé.

b) Quarantaine sévère et isolement:
hospitalisation facilitée;
isolement médico-chirurgical;
isolement à domicile: le même que dans les cas des maladies entériques et des voies respiratoires.

VI. Diagnostic précoce et facilités de traitement.

a) Appeler le médecin dès les premiers symtômes de la maladie — Ne pas attendre.

b) Examen du liquide céphalo-rachidien: facilités accordées dans les laboratoires pour les médecins.

c) Hospitalisation de tous les cas de poliomyélite.

d) Pulmo-respirateurs: facilités actuelles dans les hôpitaux: 19 appareils répartis comme suit: hôpital Ste-Justine, 5; hôpital Pasteur, 3; Children's Memorial Hospital, 5; Alexandra Hospital, 1; St. Mary's Hospital, 1; Jewish General Hospital, 1; Homoeopathie Hospital, 1; hôpital St-Luc, 1; Royal Victoria Hospital, 1.

En 1938, la ville a commandé la construction de 10 pulmo-respirateurs: 5 à l'hôpital Ste-Justine et 5 au Children's Memorial Hospital.

f) Approvisionnement et distribution de sérum des convalescents aux médecins, réserve gardée au service de Santé.

VII. Nutrition: alimentation bien balancée.

VIII. Durant une épidémie, éviter de faire des amygdalectomies.

Ad. GROULX.

Directeur du service de Santé.

D'INTÉRÊT COMMUN POUR LES MÉDECINS:

Récemment une expérience fut faite chez plus de 100 individus physiologiquement normaux. Après une première période d'observation, on ajouta du « ALL-BRAN » à leur régime pendant quelques semaines, puis, à différents intervalles, des radiographies furent prises pour retracer un repas de baryum dans le tube digestif. Ensuite, suivit une autre période d'observation sur le « ALL-BRAN ». Le rapport est accompagné de vignettes, de diagrammes et de compilations qui amènent les auteurs à certaines conclusions importantes concernant l'influence de « ALL-BRAN ».

Ces recherches démontrent que le son ne change presque pas le cours normal de l'activité intestinale. Le son n'accélère pas l'évacuation du cæcum qui se fait parfaitement, mais il accélère l'évacuation dans les cas où elle ne se réalise que dans les quarante-huit heures ou plus... D'autres preuves fournies par cette expérience indiquent, avec une clarté remarquable, que le son semble soulager le spasme du côlon dans un grand nombre de cas (modérément peut-être). Cette étude fait partie d'autres récemment parues dans des journaux scientifiques comme résultat du travail entrepris pour l'obtention d'allocations accordées par la Compagnie Kellogg pour venir en aide à trois Universités.

KELLOGG COMPANY OF CANADA, LTD.
London, Ontario.

Veuillez m'envoyer, à titre gracieux: « Roentgen Study of Intestinal Motility as influenced by Bran », par Bernard Fantus, M.D., Geza Kopstein, M.D., et Hilmar R. Schmidt, M.D., Chicago, et autres travaux sur ce sujet.

Docteur .....

Adresse .....

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR HENRI LACOURSIERE

Le docteur H. Lacourcière est décédé le 16 août à l'âge de 89 ans. Le défunt était un diplômé de l'Ecole Victoria, de Montréal. Pendant 50 ans il fut le seul médecin de toute la région de la Beauce.

LE DOCTEUR CHARLES-A. DELAGE

Le docteur Charles-A. Delâge est décédé le 18 août à l'âge de 61 ans. Le défunt avait obtenu son doctorat de l'Université Laval de Québec, en 1906, et pratiqua la médecine dans la ville de Québec.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratoires Ltée (Nembutal) 36
American Can Co. (Nutrition défectueuse) . 2e p. de couvert.
Anglo-French Drug Cie (Cortunon) 987
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Le Saboteur) . . 1
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée (Prémarine) . . 2
Borden Co. Limited, The (De l'aide pour le bébé pendant les chaleurs) 1005
Brandy Sud-Africain 1009
British Drug Co., Ltd. (Multivite) 27
Canada Drug Co., Ltd. (Paveral) 994
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax) . . . 33
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Appareil à Rayons-X Westinghouse portatif modèle "C") 9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Levure Fer & Vitamine) — (Micrigène) — (Cécrinyl "adultes") — (Micrines "B" complexes) — (Décrigène) — (Germinol) . . 25
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada 30
Compagnie Ciba Ltée (La "Ciba" transfère ses bureaux et laboratoires) 24
Denver Chemical Manufacturing Company (Antiphlogistine) 11
Dohow Chemical Company, Ltd., The (Auralgan) . . 1011
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Trephonyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl) 1003
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. 1ère page de la couverture
Frosst, Charles E., & Co. 17
Frosst, Charles E., & Co. 18
Frosst, Charles E., & Co. 19
Frosst, Charles E., & Co. 20
Hartz, J. F. Co. Ltd., The (Elixir "Vitabolone") . . . 1011
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine — Calcoleol — Tricalcine — Veinotrope — Peptalmine magnésié — Peptalmine pure) 985
Herdt & Charton, Inc. (Veratrite) 991
Herdt & Charton, Inc. (Osmopak) 997
Hoffmann-La Roche Limitée (Synkavite) 7
Joubert, J. J. (Reduire le taux de la mortalité infantile) 1009
Kellogg Co. of Canada Ltd. (D'un intérêt commun pour les médecins) 1020
Laboratoires DesBergers-BisMol (Phezine) 4e page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Lantol) — (Iodone Robin) . . 23
Laboratoires Poulenc Frères (Myochrysine) 1017
Librairie Beauchemin Ltée 32
Mead Johnson & Co. Ltd. (Dextri-Maltose) 23
Merck & Co., Ltd. (Erythrol tetranitrate Merck) . . 5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Endo-Plex-D) 21
Molson 1007
Monty, Gagnon & Monty 1011
Mowatt & Moore Ltd. (Les Vitamines) 29
Pharmacie d'ordonnances, Arthur Hirbour 4
Rougier Frères (La Lyxanthine Astier) 3

Pages

Rougier Frères (Bes-Min) 983
Sanatorium Prévost Inc. 26
Shuttleworth, E. B. Chemical Co. Ltd. (Minerovite E.B.S.) 993
Smith & Nephew Ltd. ("Elastoplast") 1001
Spencer Corsets (Canada) Ltd. (Le support orthopédique Spencer) 1013
Squibb & Sons of Canada, Ltd., E. B. (Squibb Cod Liver Oil) 995
Stearns & Company of Canada, Ltd. Frederic (Mucilose) 999
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sol-Iodum) . . . . . 3e page de la couverture
Vinant Limitée (Opobyl) 13
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (La solution de Soude du Docteur Clin) 15
William R. Warner & Company, Ltd. (Alka-Zane) . . 989
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Amphojel) . . . 34
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Hematinic Plastules) 35
Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Kaomagna pour la diarrhée) 1015-1022

