

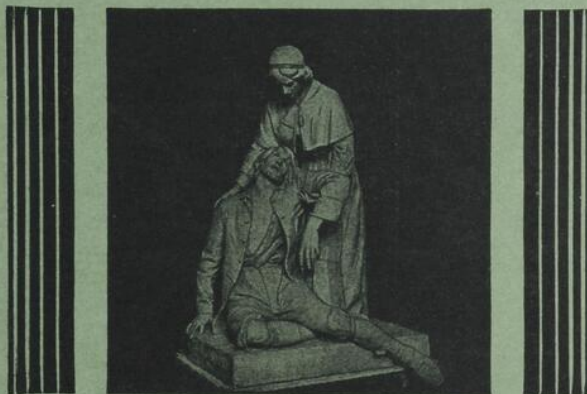
3-2-45
Numéro 4

Treizième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL




JUILLET-AOÛT

1944



“**E**NTRE NOS MAINS la drogue a donné des résultats satisfaisants. Il ne se produit aucune complication pulmonaire postopératoire et il n'y eut aucun décès résultant de l'opération. Vu son efficacité manifeste et la sécurité qu'il offre, sa popularité grandissante est justifiée, et la recherche de nouvelles applications possibles chez les patients à qui l'on administre des anesthésiques inflammables par inhalation semble tout-à-fait justifiée.”



**PENTOTHAL
SODIQUE**

*Ruth, H. S., Toell, R. M.,
Milligan, A. D., Charleroy, D. K.*
LE PENTOTHAL SODIQUE,
Sa Popularité grandissante est-elle justifiée?
Jour. Am. Med. Assoc. 113: 1864 (18 nov. 1939).

Laboratoires ABBOTT, L^{ts}
20 Chemin Bates, Montréal

SOMMAIRE du No 4

Juillet-Août

| | |
|---|-----|
| JACQUES GENEST : Diagnostic et séméiologie du rhumatisme | 175 |
| PARAMEDICA : Hugh Morris (d'après Léo Pariseau) — Encore l'enfant des Rayons X. | 223 |

NADEAU

DÉBILINE

NADEAU

Cholagogue

Cholérétique

Par comprimé :

Acide déoxycholique ... 1½ grn.

Pancréatine ¾ grn.

Un ou deux comprimés, trois
fois par jour, après les repas.

LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE
100 ST. PAUL O. MONTRÉAL CANADA

RÉDIGER son TESTAMENT

est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie
Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : PLateau 3821

A G E N C E S :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE

NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
533, rue Bonsecours, Montréal

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures,
ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres,
crevasses du sein, dermatites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses
Autres formes: SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES

Maintenant disponible

POUR L'ADMINISTRATION BUCCALE

Depuis longtemps se faisait sentir le besoin d'un composé mercuriel diurétique puissant, dont l'administration par voie buccale produirait des résultats efficaces. Une telle préparation se montre très avantageuse non seulement comme complément à la médication parentérale, mais aussi lorsque l'on ne peut utiliser la voie injectable.

L'administration orale des comprimés de Salyrgan-Théophylline a donné des résultats diurétiques satisfaisants dans un grand nombre de cas. Cependant, on obtient des résultats plus constants par l'administration de la solution de Salyrgan-Théophylline par voie intraveineuse ou intramusculaire.

Salyrgan-Théophylline est présenté sous deux formes :

COMPRIMÉS (kératinisés) en flacons de 25, 100 et 500. Chaque comprimé contient 0.08 gm. de Salyrgan et 0.04 gm. de théophylline.

SOLUTION, ampoules de 1 cc., en boîtes de 5, 25 et 100; et en ampoules de 2 cc., en boîtes de 10, 25 et de 100.

Documentation envoyée sur demande.

Publicité acceptée par l'American Medical Association.

SALYRGAN-THEOPHYLLINE

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.



Succursale au service de MM. les médecins
du Québec :

Immeuble "Dominion Square"

MONTRÉAL, P. Q.

Administration et laboratoires à :
WINDSOR, Ontario.



“C’est ce que j’appelle une Guérison Rapide!”

APRÈS DIX JOURS de traitement à l’Amphojel (avec, cela va de soi, un régime approprié et du repos), une nouvelle radiographie révèle une disparition complète de la niche de l’ulcère peptique.† En plus de stimuler une rapide guérison de l’ulcère, Amphojel procure.

Soulagement rapide de la douleur
 Peu de récurrences
 Augmentation de poids durant
 le traitement
 Pas d’alcalose



AMPHOJEL

“Premier Gel d’Alumine fabriqué au Canada” Un “Wyethical”

†WOLDMAN, E.E., and POLAN, C.G.: La valeur de l’hydroxide colloïdal d’alumine dans le traitement de l’ulcère peptique, étude de 407 cas consécutifs, Am. J. M. Sc. 198: 155-164 (Août) 1939.

JOHN WYETH & BROTHER (Canada) LIMITED, Walkerville

CASGRAIN & CHARBONNEAU LTÉE

présente :

benzotol

Expectorant - Sédatif - Antiseptique

d'un arôme et d'un goût agréables.

BENZOTOL rencontre la définition de la **Thérapeutique par excellence** dans le **Traitement de la Toux.**

a) Médication sédative.

Le Succinate de Benzyl et de Sodium, antispasmodique puissant, apporte un soulagement rapide.

b) Expectoration.

Le Chlorure d'Ammonium et le Tartrate d'Antimoine et de Potassium favorisent le drainage broncho-alvéolaire en amorçant une expectoration plus facile parce que fluidifiée.

c) **Antiseptique des Voies Respiratoires.**

Le Menthol et le Chloroforme réalisent l'antisepsie des poumons et des bronches.

BENZOTOL est préparé sous la surveillance et le contrôle de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph.

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste.

Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes

Diplômés de l'Université de Montréal.

BENZOTOL vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz. et 160 oz.

Echantillons et littérature sur demande
à Messieurs les Médecins seulement.

N. B. — Dans les toux d'un caractère vraiment opiniâtre, pour obtenir un soulagement immédiat et même instantané, le médecin pourra prescrire notre BENZOTOL avec Morphine ($\frac{1}{4}$ de grain à l'once).

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

Spécialité du Laboratoire.

Aquaphedrin E.B.S.

Aqueux

Il n'y a aucune huile dans l'aquaphédrin qui puisse éloigner les constituants actifs des tissus enflammés.

● Le pH est ajusté avec soin à 5.5. Le pH des sécrétions nasales durant une crise aiguë de rhinite ou de rhino-sinusite est plus alcalin qu'à son état normal qui est de 5.5 à 6.5. L'Aquaphédrin, ajusté à la partie acide du champ normal, est préparé pour contrecarrer l'alcalinité des membranes enflammées; aidant ainsi au contrôle physiologique de l'organisme pathogénique.

INDICATIONS POUR L'AQUAPHEDRIN E.B.S.

Asthme, hyperémie, enfllement et congestionnement des cornets du nez, engorgement des sinus, rhinite, rhino-sinusite, et inflammation nasopharyngienne.

Un adjuvant à base huileuse

Phedronal Inhalent, E.B.S. Une solution de 1% d'éphédrine dans de l'huile douce, neutre, protectrice.

Isotonique

Aucun dérangement soudain, douloureux ou osmotique quand Aquaphedrin est employé.

Une solution isotonique aqueuse d'éphédrine.

Sa concentration est équivalente à 1% d'Alkaloïde d'Ephédrine.



PRÉSENTATION :

En flacons stilligouttes d'une demi-once et d'une once et aussi en plus grosses quantités pour emploi au vaporisateur.

Ordonnez-le ainsi :

Rx AQUAPHEDRIN E. B. S.

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



I'HEXESTROL
au tournant du chemin

Un oestrogène synthétique avec un minimum de toxicité.
De prescription économique. D'usage efficace.

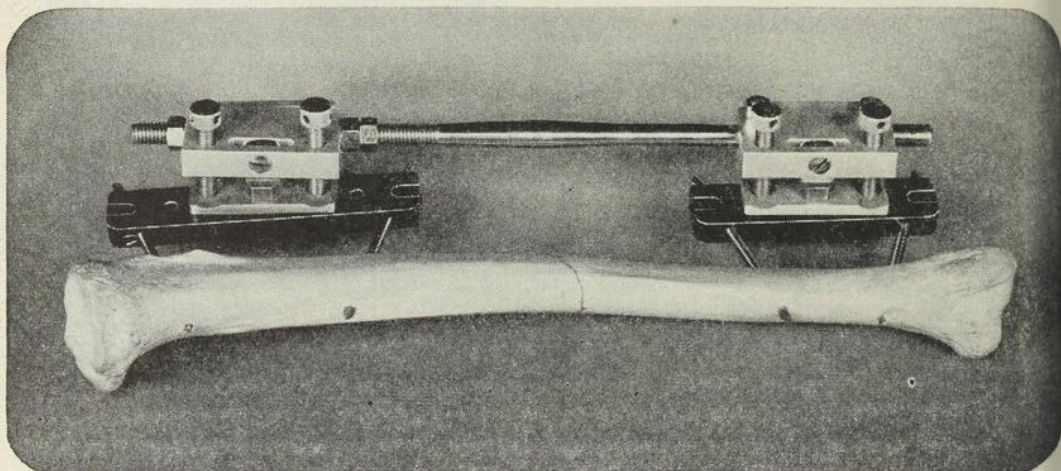
Thérapie Hormonale Inoffensive.

Littérature sur demande.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL CANADA

Pour vous faire apprécier la goupille Stader

Appareil d'immobilisation extra-cutanée des os



... voici quelques-uns des avantages qu'elle offre dans le traitement de la plupart des fractures

- Basé sur les principes les plus solides de la mécanique, cet instrument, une compacte et parfaite combinaison, à la fois contrôle avec rigueur la réduction et assure le maintien en place des fragments.
- Son usage supprime tout recours aux systèmes d'extension, aux châssis spéciaux pour réduction et aux appareils plâtrés; avec le rejet de ces moyens, la circulation sanguine, facteur essentiel d'une bonne réparation osseuse, n'est plus entravée.
- La barre, qui fait pont entre les fragments osseux et rend possible leur bout-à-bout par un jeu de vis, réalise simultanément la coaptation et la contention.
- Comme l'appareil s'applique seulement dans le segment fracturé, il laisse les articulations sus et sous-jacentes tout-à-fait libres ce qui prévient les raideurs et impotences fonctionnelles que cause l'immobilisation prolongée.
- Les sept variétés de Goupilles Stader actuellement dans le commerce conviennent à la réduction et à la fixation des fractures des os suivants: humérus, radius, cubitus, fémur, tibia, péroné, calcaneum, clavicule, mandibule.
- *Ecrivez pour le catalogue illustré et des tirés-à-part des publications sur les résultats cliniques les plus authentiques.*

Adresse : La Succursale Victor qui vous est la plus proche.

Today's Best Buy



War Savings Certificates

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION
TORONTO: 30 Bloor St., W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building - WINNIPEG: Medical Arts Building

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

Oscar Mercier

Léo-E. Pariseau

par

Ernest Prud'homme

Ernest Trottier

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président*

EDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Rédacteur-en-chef*

PAUL DUMAS, *Secrétaire de la rédaction*

Le Journal de l'Hôtel-Dieu est un journal médical rédigé en collaboration. Les auteurs des articles restent seuls responsables des opinions émises sous leur signature.

No 4

Juillet-Août 1944

DIAGNOSTIC ET SÉMÉIOLOGIE DU RHUMATISME

par JACQUES GENEST

Il n'y a pas de médecin parmi nous qui n'ait maintes et maintes fois entendu des patients lui dire : « Docteur, j'ai les rhumatismes » ou encore « Docteur, j'ai le lumbago » ou bien « Vous savez, quand j'étais petit, j'ai eu les rhumatismes inflammatoires ! » Nous vivons dans une région où les rhumatismes et les arthrites sont très nombreux. Il m'a été impossible d'obtenir aucune statistique, même approximative, pour le Canada ou la province de Québec. En 1938-1939 en Grande-Bretagne, les cas de rhumatisme occupent la 3e place immédiatement après les maladies du système respiratoire et nerveux parmi les causes de réclamation pour incapacité (Lesser). Aux Etats-Unis, une enquête récente (1937) et extrêmement instructive du « Public Health Service » sur les maladies chroniques révèle que les cas de rhumatisme y prédominent sur toutes les autres maladies chroniques : 6, 850, 000 cas et qu'ils occupent la seconde place en ce qui regarde le nombre de jours perdus de travail et le nombre d'invalidité permanentes. J'ai cru devoir reproduire dans leur entier ces tableaux si révélateurs, à cause de leur intérêt qui déborde le cadre même de cet article.

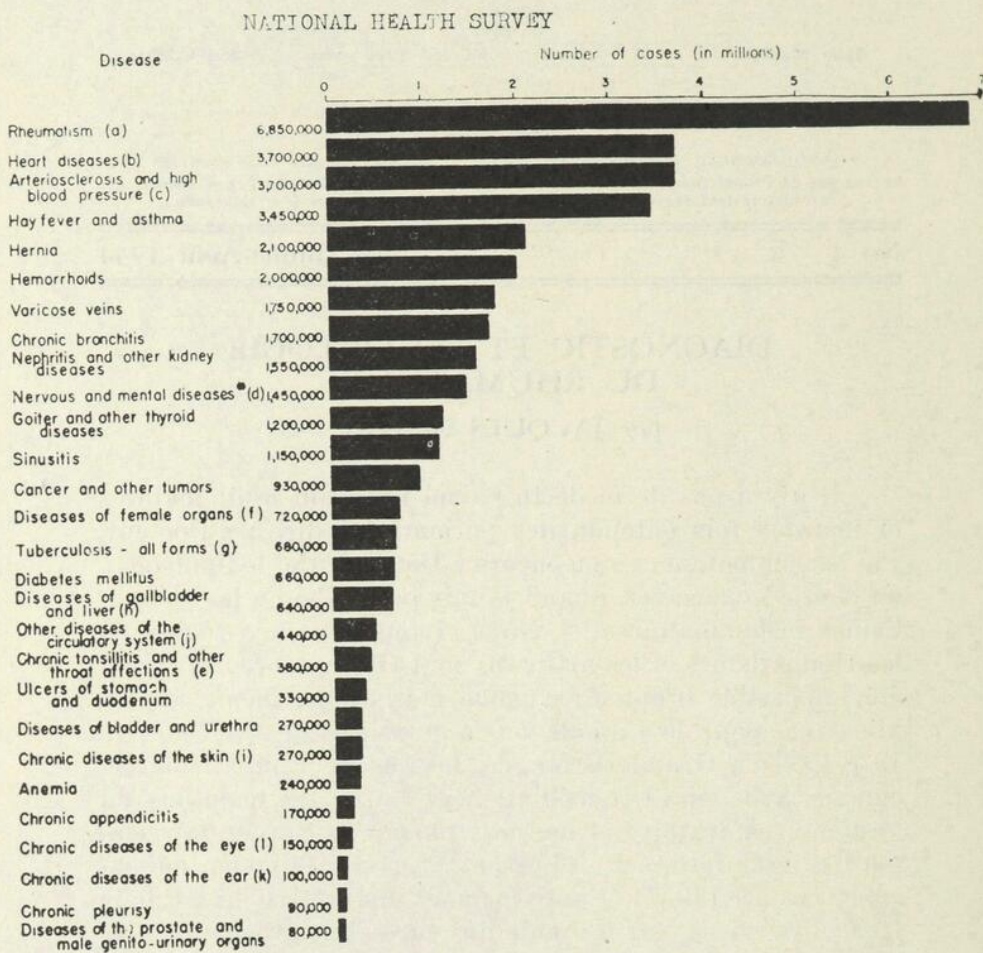


Fig. 1 - ESTIMATED PREVALENCE OF SPECIFIED CHRONIC DISEASES IN THE UNITED STATES (1937) **

(a) Le terme rhumatisme inclut les arthrites, la goutte, les neuralgies, le lumbago, etc...

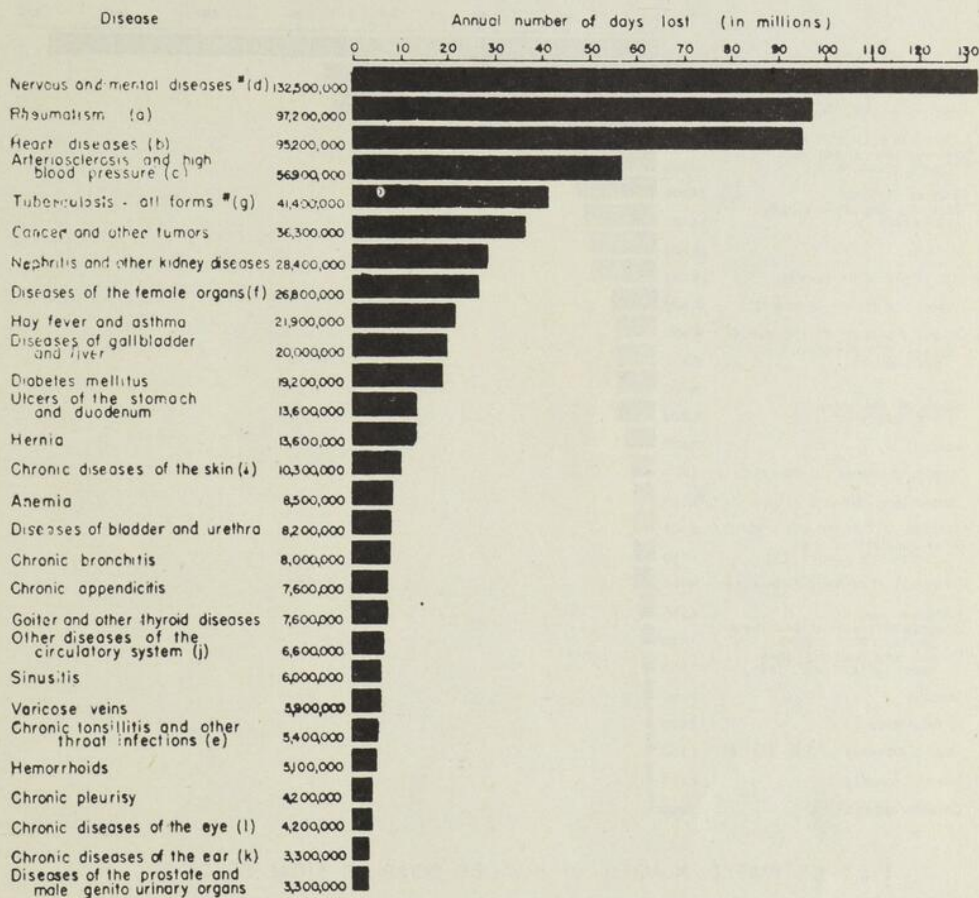


Fig.2- ESTIMATED ANNUAL NUMBER OF DAYS LOST FROM WORK OR OTHER USUAL PURSUITS BY REASON OF SPECIFIED CHRONIC DISEASES (UNITED STATES 1937)**

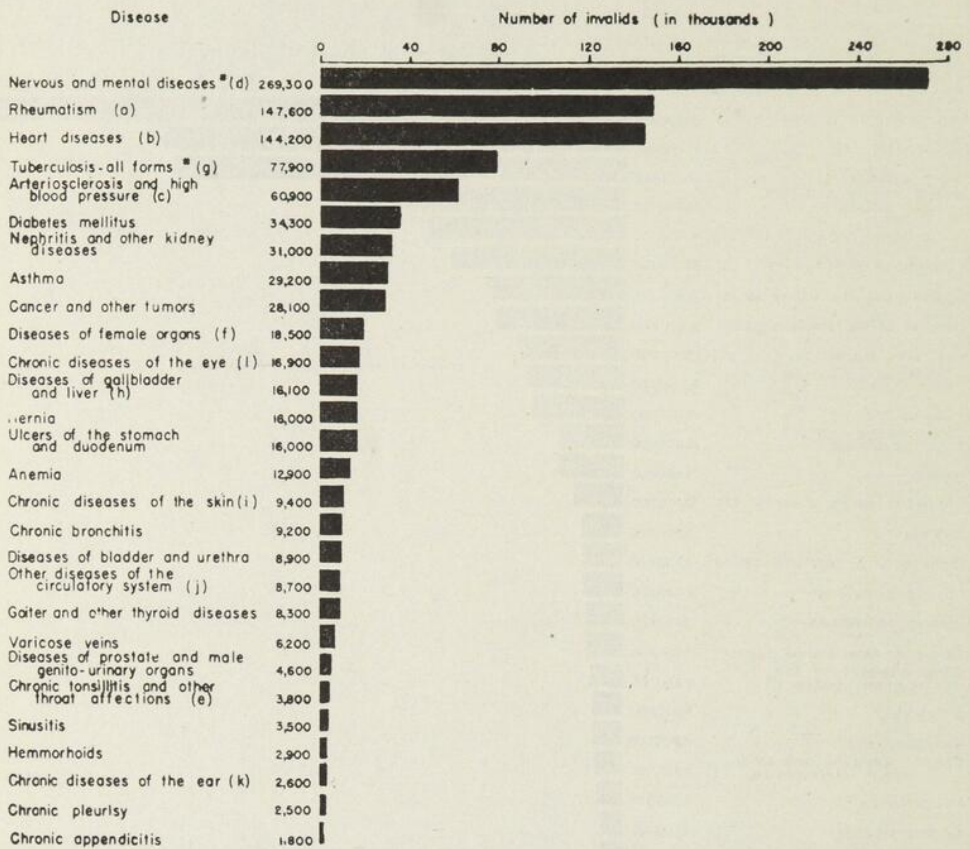


Fig.3-ESTIMATED NUMBER OF INVALIDS DISABLED FROM SPECIFIED CHRONIC DISEASES (UNITED STATES 1937) * *

Plusieurs médecins éminents d'ici, appuyés par une vaste expérience, sont d'opinion que le rhumatisme sous ses différentes formes est aussi répandu au Canada qu'aux Etats-Unis, sinon plus. Mains facteurs peuvent l'expliquer : le facteur climatérique avec ses changements brusques de température et ses longues périodes d'humidité; le

facteur alimentaire : richesse en nucléo-protéides, en lipides... et la bonne bière que nous buvons depuis le bon vieux temps où vivaient nos arrière-grand-pères; le facteur social enfin: pauvreté de notre peuple, état prolétaire du très grand nombre, logements insalubres et humides.

Et pourtant, malgré cette fréquence des douleurs rhumatismales, il n'est pas, en particulier dans la classe médicale canadienne-française, de chapitre plus méconnu de la pathologie. Notre travail n'offre peut-être pas beaucoup d'aperçus nouveaux pour ceux qui connaissent la question. Il essaie de coordonner les éléments séméiologiques essentiels à un diagnostic sûr et précis des affections rhumatismales, de jeter un peu de clarté sur un chapitre où il y a encore tant de confusion dans les esprits, et tant d'hypothèses et de théories qui prêtent à discussion. Nous espérons ainsi être utile aux médecins en leur aidant à se reconnaître plus facilement sur ce terrain plutôt étranger et difficile.

A ce propos, il est nécessaire de répéter un truisme, tant de fois oublié en pratique: un patient n'est bien traité que si la thérapeutique instituée repose sur un diagnostic précis; or, il est impossible de poser un diagnostic sûr et précis, sans une connaissance étendue de la séméiologie. C'est de ce point de vue que nous avons envisagé la création de cet article.

Comme le patient qui vient consulter le médecin pour douleurs rhumatismales ne se présente pas pour une arthrite atrophique ou une fibrosite de la nuque, mais parce que, selon lui, il « fait du rhumatisme », nous réserverons le terme d'arthrite aux douleurs ou aux lésions strictement articulaires tandis que nous emploierons celui de rhumatisme, dans le sens courant, pour désigner les lésions douloureuses de l'appareil locomoteur c'est-à-dire les douleurs tant articulaires que péri-articulaires, musculaires ou névralgiques.

En face d'un tel patient, il faut toujours tenir compte du facteur psychique — facteur essentiel de la médecine moderne psychosomatique — et se souvenir que la douleur rhumatismale est un symptôme, c'est-à-dire une sensation tout-à-fait subjective dont l'intensité certes est en rapport avec celle du processus rhumatismal, mais aussi, et ne l'oublions pas, avec le facteur sensibilité si variable d'un individu à un autre.

* * *

Pour plus de clarté, et aussi pour rester dans le domaine pratique, nous n'inclurons dans notre classification que les formes les plus fréquentes de rhumatisme ou d'arthrite.

Nous laisserons donc délibérément de côté certaines formes rarissimes, telles que :

1) les arthropathies néoplasiques : chondro-sarcome, ostéosarcome, tumeurs à cellules géantes (ostéo-clastome), sarcome synovial, myélome,...

2) l'arthropathie hypertrophique survenant au cours des maladies pulmonaires chroniques qui aboutissent à une fibrose du parenchyme pulmonaire : bronchiectasie, tuberculose à forme fibreuse, endartérite pulmonaire... C'est ici que l'on rencontre les « clubbed fingers » des Américains : doigts en baguette de tambour avec ongles larges, striés, en forme de verre de montre.

3) les arthrites ou arthralgies secondaires, survenant au cours des gripes, typhoïde, scarlatine, brucellose, dysentérie, malaria, colite ulcéro-membraneuse, érythème noueux (souvent une manifestation du rhumatisme articulaire aigu), périartérite noueuse, lupus érythémateux disséminé...

4) arthrite allergique alimentaire ou post-sérothérapique, consécutive à l'administration d'un sérum contenant

des protéines d'une autre espèce animale. Il s'agit surtout des sérums antitétanique, anti-diphthérique, ou anti-gangrène gazeuse, parce que les plus employés.

5) arthrite d'origine neurogène chez les héli-paralysés, chez les tabétiques dans les lésions des nerfs périphériques, dans la syringomyélie...

6) l'arthrite hémophilique dont le Dr L. Morrissette a cité un beau cas dans un récent numéro de l'Union Médicale du Canada et qui consiste en une hémarthrose subite (surtout localisée aux genoux) chez un hémophile.

7) l'arthrite post-traumatique par ostéoporose, décalcification et atrophie osseuse (Sudeck, Osgood, Schlatter, Leriche).

8) le « rhumatisme palindromique » décrit récemment par Hench et Rosenberg, etc., etc.

DIVISION

La classification des différentes formes de rhumatisme est encore loin d'être définitive. Nous nous sommes inspiré ici, des travaux de Poncet, de Monroe, de Pemberton, et surtout d'Allison et Ghormley dont la classification a été établie en 1931. Elle est à l'heure actuelle la plus communément admise, bien qu'elle ait été modifiée dans les détails par un grand nombre d'auteurs récents.

Dans ce travail, nous voulons rester pratique. On voudra bien nous excuser de ne pas suivre trop fidèlement la classification idéale car nous nous sommes borné aux formes les plus fréquentes de rhumatisme et d'arthrite. Du point de vue séméiologique, une question est fondamentale: la douleur ressentie est-elle articulaire ou extra-articulaire? Voilà le point de départ! Et, en procédant ainsi, nous divisons toute la question rhumatismale en deux: d'un côté, nous avons les arthrites, de l'autre, la fibrosite avec ses diverses localisations.

| CLINIQUE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | ARTHRITE ATROPHIQUE OU RHUMATOÏDE | ARTHRITE HYPERTROPHIQUE OU OSTÉO-ARTHROSE |
|---------------------------|--|--|--|
| ÂGE | 90% au-dessous de 15 ans. | Surtout entre 25 et 40 ans. | Au-dessus de 45 ans. |
| SEXE | | Trois femmes contre un homme. | Surtout hommes. |
| TYPE STATURAL | | Type asthénique, amaigri, instable, surmené. | Type hypersténique, obèse. |
| MILIEU SOCIAL | Pauvre — habitations froides et humides. | Pauvre — maladie des climats tempérés. | Conséquence de l'âge ou des micro-traumas d'occupation ou de jeux. |
| ANTÉCÉDENTS | Prédisposition familiale évidente. | Antécédents héréditaires fréquents. | |
| DOULEURS | Polyarthrite inflammatoire, symétrique, migratoire, surtout grosses articulations. Précédée par infection des voies respiratoires supérieures. | Raideur articulaire le matin. Douleur atténuée par le repos, aggravée par le mouvement. Surtout petites articulations. Polyarthrite bilatérale et symétrique. Gonflement marqué. Aspect fusiforme. Peau sus-jacente atrophique, lisse et brillante. | Douleur articulaire avec craquements. Exostoses périarticulaires souvent palpables. Nodules d'Heberden aux doigts. Atteint surtout grosses articulations. Jamais de signe inflammatoire. |
| ÉPANCHEMENT | Présent. | Présent. | Rate. |
| LIMITATION DES MOUVEMENTS | Présente à cause de la douleur. | Ankylose de plus en plus marquée avec déformation et atrophie musculaire. | Moyenne à cause de la fibrose secondaire. Ankyloses et déformations rares, sauf pour la colonne vertébrale. |
| PARTICULARITÉS | Atteinte cardiaque. Lésions valvulaires définitives. | Fibrosite périarticulaire secondaire. Adénopathie légère fréquente. Instabilité vaso-motrice: mains froides et moites, émotivité, tremblements... | Pas d'atrophie cutanée. |
| SIGNES GÉNÉRAUX | Température élevée. Transpiration très abondante. Frissons. Abattement profond. Tachycardie. | Hyperthermie légère et persistante. Tachycardie entre 90 et 110. Inappétence. Amaigrissement. Sensation de fatigue surtout le matin. | Pas de manifestations générales. |
| ÉVOLUTION | Soulagement dramatique par les dérivés salicylés. Pas de séquelle articulaire. Récidive presque toujours. | Par crises avec intervalles de plus ou moins grande accalmie. Atténuation ou disparition des symptômes au cours d'une grossesse ou d'un ictere. | Progressive. |
| LABORATOIRE | Sédimentation globulaire très accentuée. Leucocytose marquée. Anémie hypochrome. Test intradermique au streptocoque hémolytique souvent positif. | Sédimentation globulaire accentuée. Anémie hypochrome. Leucocytose augmentée. Rapport sérine/globuline souvent inversé. Positivité fréquente du test intradermique au streptocoque hémolytique. Augmentation du nombre de polynucléaires jeunes non segmentées (métamyélocytes). | Sédimentation globulaire normale. |
| RADIOGRAPHIE | Pas de lésion osseuse. Gonflement des tissus mous. | Diminution de l'espace interarticulaire avec décalcification (atrophie) des extrémités épiphysaires, épaisseur et densité des tissus périarticulaires augmentées. A un stade plus avancé, perte des espaces interarticulaires, destruction des cartilages avec déformation articulaire. Décalcification diffuse. | Erosions irrégulières des cartilages. Proliférations marginales osseuses et production d'ostéophytes. |
| ÉLECTRO-CARDIOGRAMME. | Prolongement de l'espace P.-R. Altération du rythme. | | |

| ARTHRITE GONOCOCCIQUE | GOUTTE | FIBROSITÉ MUSCULAIRE ET PÉRIARTICULAIRE |
|---|--|---|
| Entre 20 et 40 ans. Trois hommes contre une femme. | Entre 40 et 60 ans. Masculin presque exclusivement. Type obèse et sthénique. | Surtout entre 21 et 50 ans. Trois hommes contre une femme. |
| Gonorrhée | Gros mangeur de viande et buveur de bière. | Climat tempéré. Inquiétudes — anxiété. |
| <p>A—<i>Forme aiguë.</i> Début : myalgies et polyarthralgies puis arthrite unique inflammatoire surtout genoux, chevilles, poignets. Ténosynovite face dorsale des poignets. B—<i>Forme chronique.</i> Polyarthralgie, myalgie. Tendinite et ténosynovite aux poignets et aux malléoles. Bursite du talon (Tendon d'Achille).</p> | Histoire familiale de goutte. | Foyers d'infection latente. |
| Présent dans la forme aiguë. Variable selon la douleur. | <p>A—<i>Forme aiguë.</i> Début : brusque par douleurs violentes, monoarticulaires dans 60% des cas aux gros orteils (podagre), ensuite aux poignets, aux pieds, aux genoux. B—<i>Forme chronique.</i> Douleurs ou raideurs articulaires persistantes et exacerbées la nuit. Fibrosité périarticulaire secondaire. Tophi : dépôts d'urate de sodium aux oreilles, aux mains et aux pieds. Bursite olé-cranienne ou pré-rotulienne. Fréquentes manifestations de néphrosclérose.</p> | <p>A—<i>Secondaire</i> — aux différentes formes d'arthrites, de rhumatisme au mauvais maintien, à une mauvaise démarche. B—<i>Primitive</i> — Raideurs et douleurs musculaires et péri-articulaires, surtout marquée le matin, après un repos et qui disparaissent avec l'exercice. Souvent présence de nodules douloureux. Phénomènes migratoires.</p> |
| Température élevée. Tachycardie. Frissons. | Absolue dans la crise aiguë. | Jamais. Variable, jamais absolue. |
| Si arthrite non purulente : ordinairement pas de séquelles articulaires. | Les crises douloureuses surviennent la nuit, aux petites heures du matin. Signes inflammatoires locaux. Cause de la majorité des douleurs articulaires post-opératoires. | Atrophie musculaire rare, seulement en période de chronicité. Influence marquée des infections des voies respiratoires supérieures, des foyers d'infection latente, des micro-traumas, du surmenage, de l'humidité, des courants d'air, des soucis... Jamais de déformité ni d'ankylose. |
| Leucocytose élevée. Sédimentation globulaire accentuée. Présence de gonocoques dans les frotis, d'origine urétral, vaginal ou cervical. Cultures des prélèvements génitaux par la méthode de McLeod en milieu carbonique. Gono-réaction du complément positive dans le sang et les épanchements. | Varient avec l'intensité de la crise. | Ordinairement absents. |
| À la période d'état, zones de décalcification et de destruction osseuse. | <p>Les crises douloureuses durent en moyenne de 3 à 10 jours. Aucune séquelle articulaire entre les crises. Avec la répétition des accès aigus de goutte, les douleurs deviennent poly-articulaires. Uricémie déposant 45 milligrammes au litre. En période aiguë, leucocytose légère et sédimentation globulaire accentuée.</p> | <p>Dure de quelques jours à quelques semaines. Evolution par crises. Passage à la chronicité, quelquefois évolution vers l'arthrite atrophique. (si origine colibacillaire). Sédimentation globulaire normale ou sub-normale. Anémie rare.</p> |
| | Dans la goutte chronique, présence de "Punched-out areas" à la tête et à la base des phalanges des doigts et des pieds. | Pas de lésion osseuse. |

I — Douleur articulaire :

- 1) rhumatisme articulaire aigu.
- 2) arthrite atrophique ou rhumatoïde ou proliférative d'origine infectieuse inconnue.

Variétés :

Atypique, métabolique, colibacillaire, mixte, psoriasique, Felty, Still-Chauffard, arthrite atrophique de la colonne ou spondylite rhumatoïde.

- 3) Arthrite hypertrophique, dégénérative ou ostéoarthrose.
- 4) Arthrite métabolique: goutte.
- 5) Arthrite endocrinienne de la ménopause.
- 6) Arthrite d'origine infectieuse connue: gonococcique, suppurée, tuberculeuse, syphilitique.

II — Douleur extra-articulaire : fibrosite

A — Fibrosite:

- 1) Fibrosite musculaire et péri-articulaire ou fibrosite proprement dite.
- 2) Fibrosite des tendons ou des gaines synoviales: tendinite, ténosynovite.
- 3) Fibrosite des bourses séreuses: bursite.
- 4) Fibrosite du tissu adipeux sous-cutané: panniculite.
- 5) Fibrosite du tissu fibreux intra ou péri-nerveux: névrite, périnévrite.

B — Syndrômes douloureux, se présentant sous un aspect rhumatismal, et dont les plus fréquents sont:

- 1) Les douleurs lombo-sacrées.
- 2) Le sciatique.

- 3) L'épaule douloureuse.
- 4) Le pied douloureux.
- 5) La céphalgie.

Dans les cas aigus, le diagnostic est au début, quelquefois très difficile du point de vue différentiel v.g. entre le rhumatisme articulaire aigu, l'arthrite atrophique atypique, la goutte, l'arthrite gonococcique et les arthrites secondaires, dont l'intensité des manifestations articulaires masque souvent les causes qui les produisent.

Dans tout cas d'arthrite, de rhumatisme soit aigu, soit chronique, trois moyens sont essentiels pour établir un diagnostic qui ne s'impose pas à l'évidence :

1) *Un examen complet au point de vue :*

- a) De l'état social du patient : occupation, surmenage.
- b) Des antécédents ré : rhumatisme, scarlatine, angines, amygdalites, syphilis, otite moyenne, gonorrhée, manifestations allergiques...
- c) Des manifestations rhumatismales : début, le moment du jour, la ou les premières articulations atteintes, l'influence du repos ou de l'exercice sur la douleur, l'évolution, les manifestations générales (température, tachycardie, amaigrissement, anorexie, anémie,...)
- d) De la recherche des foyers infectieux : surtout et presque toujours : sinusites, infection dentaire, angines, amygdalites, otites moyennes, cholécystite, infection des voies génito-urinaires : pyélite, cystite, urétrite, prostatite, cervicite, métrite, salpingite, et enfin la constipation opiniâtre (colonie stasis des Américains).

2) *Au moins, quelques analyses de base:*

- a) Sédimentation globulaire.
- b) Uricémie.
- c) Wassermann.
- d) Gono-réaction du complément et recherche du gonocoque dans les sécrétions génitales.
- e) Analyse complète des urines.
- f) Cytologie avec formule leucocytaire et hémoglobi-némie.
- g) Analyse chimique, bactériologique et cellulaire du liquide synovial.

3) La radiographie des articulations atteintes.

* * *

I — LA DOULEUR EST ARTICULAIRE

1) *Rhumatisme articulaire aigu* :¹

Le début est ordinairement brusque et presque toujours précédé par une infection des voies respiratoires supérieures (angine, amygdalite,). Le rhumatisme articulaire aigu est manifesté:

1) par une *polyarthrite* symétrique et *migratoire* (articulations très douloureuses, avec tous les signes d'une inflammation aiguë: gonflement marqué, chaleur et rougeur des téguments) qui atteint surtout, et successivement les grosses articulations.

¹ Plus d'un million de cas aux États-Unis.

2) par des signes généraux importants: température élevée, transpiration très abondante, frissons, tachycardie, état d'abattement profond.

3) par une atteinte cardiaque. Des trois constituants du cœur, c'est l'endocarde qui, cliniquement, porte le plus de traces et est le plus souvent touché; en particulier, les valvules mitro-aortiques avec la conséquence d'un rétrécissement ou d'une insuffisance orificielle. On note assez souvent, la présence de petits nodules sous-cutanés, fermes, non douloureux et localisés aux coudes, aux doigts, aux genoux, aux poignets...

C'est une maladie qui prédomine surtout dans les milieux froids et humides. Elle récidive presque toujours au bout de 1 à 15 ans. Les recherches expérimentales les plus récentes incriminent, de plus en plus, le streptocoque hémolytique comme agent causal (White).

Les enfants entre 5 et 15 ans en particulier, et les jeunes adultes de moins de 30 ans, sont surtout atteints, et cela, durant le printemps et l'automne où les changements de température sont plus brusques, et où il y a plus d'humidité. Notons en passant, que depuis longtemps, on a observé dans les membres d'une même famille, une prédisposition particulière au rhumatisme articulaire aigu.

Laboratoire: sédimentation globulaire très accentuée, leucocytose marquée, anémie hypochrome, positivité fréquente du test intra-dermique ou streptocoque hémolytique.

L'électrocardiogramme laisse souvent voir des anomalies: l'atteinte myocardique y est manifestée par un prolongement de l'espace P-R au-delà de 0.2 seconde, par une altération du rythme...

La radiographie des articulations atteintes ne montre pas de modifications distinctives.

2) Arthrite atrophique ou rhumatoïde :

Le début qui est le plus souvent indolore et progressif se manifeste par une raideur articulaire, surtout marquée le matin, et par des douleurs fortement atténuées par le repos et qui sont aggravées par le mouvement, par la chute de la pression atmosphérique (comme avant les orages) et le changement de l'électricité atmosphérique (pires quand celle-ci est positive, diminuées quand elle est négative), (Monroe). Puis s'installe le gonflement articulaire par épanchement synovial. A cette période, les mouvements sont possibles mais douloureux. Ces manifestations poly-articulaires sont ordinairement bilatérales et symétriques et atteignent surtout les petites articulations par ordre de fréquence : l'articulation phalango-phalangienne (2e) des doigts (*spindle-shaped fingers*), aux poignets, aux genoux, aux chevilles... Le gonflement des articulations donne à celles-ci un aspect fusiforme caractéristique. La peau sus-jacente devient atrophique, lisse et brillante comme du parchemin. Les mains sont souvent moites et froides. On note aussi, dans 20 à 30% des cas, la présence de petits nodules sous-cutanés non douloureux, situés surtout à la face des extenseurs du coude et des poignets et analogues, du point de vue anatomo-pathologique, aux nodules d'Aschoff (Monroe, Coates and Cumbs). L'état général est touché : pas d'appétit, amaigrissement tantôt léger, tantôt assez marqué, hyperthermie légère (100 à 102 Fahrenheit par voie buccale) et persistante. Tachycardie entre 90 et 110, anémie de type hypochrome entre 3 à 4,000,000, sensation de fatigue surtout le matin.

A la période d'état, les symptômes locaux s'accroissent : gonflement articulaire plus marqué, accentuation de l'apparence fusiforme des jointures atteintes, extension à d'autres articulations. La présence de fibrosite péri-articulaire secondaire (capsulite, tendinite) et la douleur, qui

empêche les mouvements, diminuent le fonctionnement musculaire et entraîne une atrophie des muscles qui sont en relation avec les articulations touchées. Les mouvements deviennent limités et douloureux, d'où : incapacité partielle. Aggravation aussi des symptômes généraux.



Cliché Hôtel-Dieu, Collection Dandurand.

Arthrite atrophique : à noter l'aspect fusiforme caractéristique des médus.

Puis à une période plus avancée, où il est plus amaigri, plus faible, sans appétit, le patient maintient ses membres dans une position caractéristique de flexion, surtout à cause

de la douleur, et aussi à cause de l'atrophie et des spasmes musculaires dus à la fibrosite concomitante. Puis, limitation plus **grande des mouvements** et, par suite de la destruction des cartilages, déformations articulaires et ankyloses progressives qui font de la personne atteinte, une masse humaine difforme et impotente.

Evolution par crises avec intervalles de plus ou moins grande accalmie.

L'arthrite atrophique survient surtout chez les adultes au-dessous de 45 ans, plus précisément entre 30 et 35 ans (Monroe) et elle atteint le sexe féminin dans la proportion de 3 femmes contre un homme (Monroe, Steinbrocker). Il est intéressant de noter à la suite de Hench, de Touw et de Kuipers, que les douleurs, chez la femme, sont pires avant l'apparition des menstruations, et que l'évolution du processus atrophique est fortement atténuée ou cesse même complètement au cours de la grossesse. Ici, comme dans le rhumatisme articulaire aigu, on trouve une prédisposition évidente à cette maladie, chez les membres d'une même famille et des antécédents héréditaires d'arthritisme. La « diathèse arthritique » des anciens !

L'arthrite atrophique, maladie des climats tempérés (Monroe), se manifeste surtout dans les temps de froid, d'humidité et de variations de la pression atmosphérique, donc surtout au printemps et à l'automne. Elle survient chez des personnes amaigries, hyposthéniques, anémiées, en état de fatigue, de surmenage physique et intellectuel, d'inquiétudes, de soucis multiples... Ce sont surtout des malades qui souffrent de viscéroptose, de constipation chronique, d'hypo ou d'achlorhydrie, et chez lesquels les troubles d'instabilité vaso-motrice sont marqués : sueurs froides aux mains et aux pieds, extrémités froides, émotivité facile, palpitations, tremblements,...

L'arthrite atrophique, on l'admet de plus en plus, est causée par une infection chronique et peu virulente, mais dont la nature nous est encore inconnue. Sur elle, viennent se greffer des facteurs métaboliques (une preuve en est dans l'amélioration des symptômes articulaires durant un ictère hépato-cellulaire), des facteurs endocriniens (Pemberton et Scull) et une instabilité vago-sympathique.

LABORATOIRE :

Sédimentation accentuée, en rapport avec l'intensité du processus arthritique.

Nombre de globules rouges diminué.

Augmentation du nombre de polynucléaires jeunes, non segmentés (Juvenile and stab cells (métamyélocytes).

Augmentation du nombre des globules blancs.

Positivité du test intra-dermique au streptocoque hémolytique.

RADIOGRAPHIE :

a) au début, pas de lésion ostéoarticulaire visible. Présence seulement d'un œdème des tissus péri-articulaires.

b) à la période d'état: diminution de l'espace inter-articulaire et décalcification des extrémités épiphysaires, épaisseur et densité des tissus péri-articulaires augmentées.

c) à la période avancée: forte diminution et même perte des espaces inter-articulaires, érosion des cartilages et destruction osseuse avec décalcification diffuse et ostéoporse.

VARIÉTÉS :

a) *Arthrite atrophique atypique ou secondaire :*

Ici, le tableau clinique est intermédiaire entre celui du rhumatisme articulaire et celui de l'arthrite atrophique pro-

prement dite. Le début est brusque avec température élevée et fait souvent suite à une infection des voies respiratoires supérieures (grippe, amygdalite, pharyngite,...). Les signes inflammatoires sont migratoires et plus marqués que dans l'arthrite atrophique proprement dite, l'asymétrie y est plus grande et ce sont les grosses articulations qui sont le plus souvent touchées. Chez ces patients, on n'observe pas de trouble vaso-moteur, ni de lésion cardiaque et la maladie évolue comme une arthrite atrophique typique c'est-à-dire, par poussées plus ou moins aiguës, séparées par des intervalles de plus ou moins grandes accalmies et par des déformations avec ankylose définitive.

b) Arthrite atrophique et métabolique :

Dans cette variété, le facteur métabolique prédomine sur le facteur infectieux. La température y est souvent normale. Le fonctionnement thyroïdien est en hypo ou en hyper-activité : près de 20 à 30% des cas d'arthrite atrophique ont un métabolisme basal diminué, et il n'est pas rare de rencontrer chez un même sujet l'association de manifestations articulaires chroniques à type atrophique et de symptômes de thyrotoxicose : tachycardie, métabolisme basal élevé, tremblements des extrémités...

c) Arthrite atrophique colibacillaire :

Cette forme est toujours secondaire à une infection urinaire (cystite, pyélite, pyélonéphrite) ou plus rarement à une stase colonique par constipation. Ici, ce sont plutôt les bourses séreuses et les tissus péri-articulaires qui sont les premiers atteints. Donc, au début, peu de phénomènes articulaires, sauf raideur et douleur, mais surtout bursite, capsulite et péri-arthrite. Puis l'articulation elle-même est prise, et s'installe alors le tableau de l'arthrite atrophique avec gonflement et aspect fusiforme de l'articulation atteinte.

Le laboratoire nous révèle, en plus, dans les urines, la présence de pus dont la culture nous démontre la nature colibacillaire.

d) Arthrite mixte (atrophique et hypertrophique :

Cette arthrite mixte où l'on rencontre à la fois, des signes d'atrophie et d'hypertrophie osseuse, se voit surtout et souvent à la période terminale d'une arthrite chronique.

e) Arthrite atrophique psoriasique :

Forme d'arthrite rhumatoïde associée au psoriasis et montrant un synchronisme assez marqué entre les symptômes articulaires et cutanés (Epstein) et sans que l'on puisse déterminer l'influence exacte du point de vue étiologie et évolution du psoriasis sur l'arthrite atrophique ou vice-versa. La calciurie y est ordinairement élevée.

f) Felty :

Forme d'arthrite atrophique que l'on rencontre chez les adultes de 45 à 65 ans et qui est accompagnée de splénomégalie, d'adénopathie, de leucopénie, d'anémie hypochrome, d'un amaigrissement plus prononcé et d'une coloration jaunâtre de la peau.

g) Still-Chauffard :

C'est l'arthrite atrophique des enfants, où, en plus des symptômes classiques, se surajoute une hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques.

h) Spondylite atrophique ou rhumatoïde :

Cette variété d'arthrite vertébrale qui atteint surtout les hommes et dont le début est insidieux et progressif, se traduit par de la raideur et des douleurs dans le dos provoquées par les mouvements de la colonne, par la pression ou la percussion des apophyses épineuses.

La spondylite atrophique se manifeste cliniquement par deux types de lésions: celui de Von Bechterew et celui de Marie-Strumpëll (spondylose rhizomélique) qui sont des expressions différentes du même processus pathologique: l'atrophie des corps vertébraux (Kruggs, Pemberton).

1) Type Marie Strumpëll :

Arthrite qui débute aux articulations sacro-iliaques et qui remonte progressivement le long de la colonne. Cliniquement, on note au début des douleurs dans les hanches et les lombes puis au fur et à mesure que le processus évolue, une rigidité et une ankylose des hanches, des lombes, et enfin, des épaules. La colonne vertébrale devient rigide, sa courbure lombaire antérieure disparaît l'expansion thoracique diminue de sorte que la respiration prend le type abdominal. La toux et l'éternuement provoquent des douleurs vertébrales. Le patient, dans l'impossibilité de fléchir sa colonne, doit ramasser les objets en se pliant les genoux. Du point de vue radiologique, on note une décalcification des vertèbres et une calcification des ligaments antérieurs et latéraux de la colonne vertébrale, ce qui lui donne l'aspect d'un « bamboo spine ».

2) Type Von Bechterew :

Ce type d'arthrite vertébrale débute au cou et aux épaules. Au lieu de commencer au bas de la colonne, il commence par le haut. La douleur et l'ankylose y seront donc plus marquées au cou et aux épaules. Du point de vue clinique, on remarque une xyphose dorsale très accentuée, de la fibrosite étendue des muscles spinaux, des douleurs à type radiculaire et des paresthésies sur le trajet des nerfs cervicaux et dorsaux. L'hérédité semble y jouer un rôle (Pemberton). Du point de vue radiologique, on note une atrophie extensive des vertèbres, une atrophie antérieure des disques intervertébraux, ce qui amène l'union antérieure des corps vertébraux.

3) *Arthrite hypertrophique ou dégénérative ou ostéo-arthrose :*

Elle consiste essentiellement en une érosion irrégulière des cartilages articulaires avec prolifération osseuse marginale (production d'ostéophytes et d'épines osseuses), en une hypertrophie des os avec épaississement des tissus péri-articulaires plutôt qu'en un épanchement intra-articulaire comme dans l'arthrite atrophique.

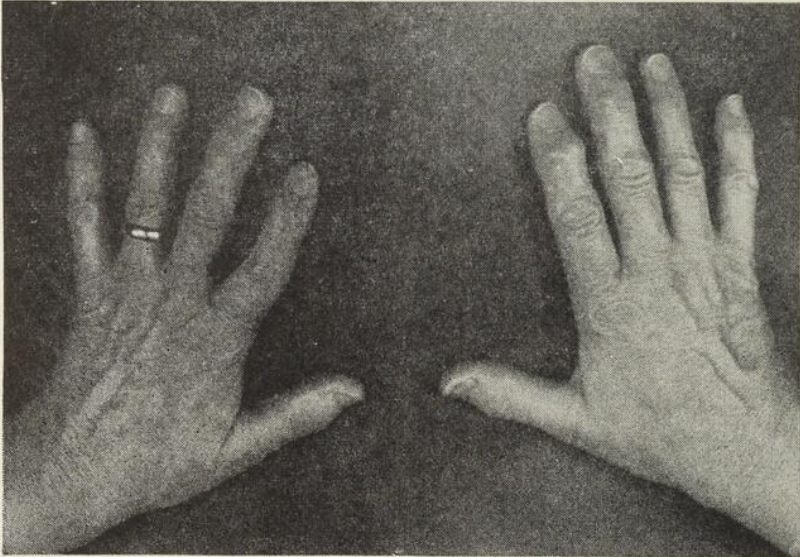
L'arthrite hypertrophique peut être primitive comme conséquence de l'âge, ou secondaire à des micro-traumas occasionnés par des troubles orthopédiques, un mauvais maintien, la répétition prolongée de certains mouvements automatiques, de travail, d'occupations ou de jeux. On la rencontre aussi, fréquemment, à la période terminale des arthrites infectieuses, atrophiques ou goutteuses.

Elle se manifeste cliniquement par la douleur articulaire avec mobilité pénible, par de la raideur musculaire due à une fibrosite concomitante, et souvent aussi, par des craquements des articulations atteintes. Des exostoses sont souvent palpables au pourtour des jointures. On n'y observe pas généralement d'épanchement intra-articulaire, ni d'atrophie cutanée. Les manifestations générales sont rares: jamais d'élévation de température, d'anémie, d'adénopathie, d'amaigrissement, de tachycardie. C'est une affection qui survient surtout chez des individus dépassant 45 ans, hypersthéniques ou obèses. C'est après 50 ans, le plus souvent, la conséquence de l'âge, car ce genre d'arthrite est aux articulations ce que l'artériosclérose est aux artères: mécanisme biologique analogue de vieillissement organique. Avant 45 ans, l'arthrite hypertrophique est plutôt due aux micro-traumas.

Elle atteint surtout et par ordre de fréquence:

a) la partie dorso-latérale des phalanges terminales, surtout chez la femme, dans la proportion de neuf femmes

contre un homme (Monroe, Burt) : production de nodules osseux d'Heberden, décrits par celui-ci en 1802 et que l'on retrouve dans 85% des cas à l'index droit (Monroe) et qui sont typiques de la maladie.



Cliché Hôtel-Dieu, Collection Dandurand.

Arthrite hypertrophique : nodules osseux d'Heberden magnifiques.

b) la colonne vertébrale, les hanches et les genoux en prédominance chez les hommes ayant dépassé la cinquantaine :

- 1) la colonne vertébrale, surtout dans la région lombaire et cervicale basse, caractérisée, du point de vue radiologique, par la production d'ostéophytes marginaux, et cliniquement, par la raideur du dos, du lumbago, du sciatique, des paresthésies de la nuque...

- 2) les hanches: raideur, douleur au mouvement, craquements et raccourcissement quelquefois marqué de la jambe, ce qui donne une démarche caractéristique (limp), avec une ankylose progressive de la hanche atteinte. L'atrophie des muscles fessiers y est très prononcée, à cause de la fibrosite péri-articulaire. C'est la « *malum coxæ senilis* » des Anciens.
- 3) les genoux: douleur persistante avec mobilité pénible et raideur musculaire surtout, après le moindre exercice. Le patient éprouve beaucoup de difficulté à se lever de chaise, à monter et à descendre les escaliers. Le craquement intra-articulaire y est presque constant. On y note souvent une atrophie du quadriceps.

c) les talons: production d'épines osseuses (spurs) chez les grands marcheurs surtout (Monroe).

d) les pieds: production d'un hallus valgus dû aux micro-traumas occasionné par le port de mauvaises chaussures.

L'arthrite hypertrophique est souvent accompagnée de fibrosite péri-articulaire qui donne cette raideur, surtout marquée, après le repos ou au lever, et qui diminue avec le mouvement.

LABORATOIRE :

La cytologie est le plus souvent normale, de même que la sédimentation et la formule de Shilling. La phosphatase est normale (Steinberg & Suter); si elle est élevée, il faut rechercher un foyer néoplasique, ou une maladie de Paget.

RADIOGRAPHIE :

Diminution de l'espace inter-articulaire avec érosion irrégulière des cartilages et prolifération marginale os-

seuse, d'où irrégularités (notching) des extrémités osseuses et production d'ostéophytes.

4) Arthrite métabolique : GOUTTE.

a) *Aiguë*: le début y est brusque, violent et est marqué par une douleur intense, intolérable, le plus souvent mono-articulaire et localisée, dans 60% des cas, au gros orteil (podagre), ensuite par ordre de fréquence, au poignet, au pied, à la cheville, au genou avec des signes inflammatoires locaux aigus. Elle atteint rarement les hanches, les épaules ou la colonne vertébrale. La goutte aiguë survient presque toujours la nuit, aux petites heures du matin, et on remarque ceci de particulier, que les crises aiguës ont lieu surtout entre avril et juin (Bauer). Les crises douloureuses durent de 3 à 10 jours; elles ne laissent aucune trace et après un intervalle variable de mois ou d'années, elles reviennent avec la même intensité et deviennent souvent, par la suite, poly-articulaires (Hench). Les symptômes généraux varient avec l'intensité de la crise.

b) *Chronique*: douleurs, raideurs articulaires persistantes avec périodes d'exacerbation surtout la nuit et présence de fibrosite péri-articulaire secondaire. La goutte chronique se manifeste d'une façon caractéristique par des dépôts d'urate de sodium (tophi), aux oreilles, aux mains et aux pieds. On y rencontre souvent des bursites oléocraniennes ou prérotuliennes. A une période avancée, le rein manifeste des signes de néphrosclérose dus à des dépôts d'urate de sodium dans le parenchyme rénal.

c) *Pré-menstruelle*: il arrive de rencontrer chez les femmes en état d'activité génitale c'est-à-dire de la puberté à la ménopause, des douleurs articulaires survenant avant les règles et manifestées par une uricémie élevée atteignant, dans certains cas, jusqu'à 80 milligrammes au litre.

GYNEXYL



LAURIN

Complexe Végétal

—
Régulateur du Système
Circulatoire

—
Sédatif Utéro-Ovarien

PHYTOTHÉRAPIE
GYNÉCOLOGIQUE

*Troubles de la puberté
et de
la ménopause.
Dysménorrhée. Ménorrhagie.
Déséquilibres
fonctionnels.*

POSOLOGIE: Une à trois cuillerées à dessert par jour, aux repas,
pur ou dilué dans de l'eau.

LABORATOIRES L. LAURIN, 86, Bould de Port-Royal, PARIS

Fabricants et Concessionnaires

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

SCILLITRINE

*Médication d'Urgence
des crises*

LABORATOIRE PERRIER FRANCE

Agents généraux pour le Canada

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

Manifestations arthritiques, Affections de la prostate, Asthénies, Tremblements séniles, Tumeurs bénignes, Verrues, Herpès, Acné, Eczéma, Troubles hépatiques, Constipation et Prophylaxie des Néoplasmes.

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

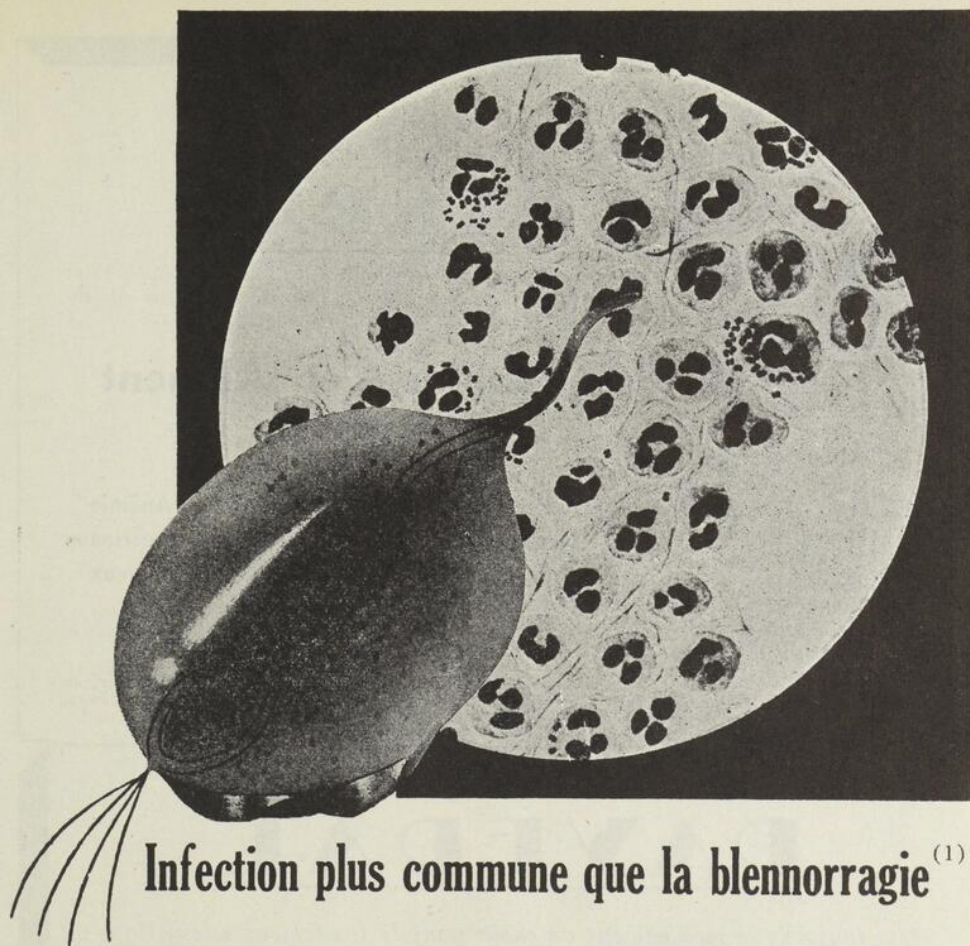
PARIS, FRANCE

Agents généraux au Canada :

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, RUE ST-DENIS

MONTRÉAL



Infection plus commune que la blennorrhagie ⁽¹⁾

La Ciba offre au Corps médical un agent, sous formes de comprimés vaginaux et de poudre pour insufflations vaginales, économique, d'action rapide et efficace contre le *Trichomonas vaginalis*: ce sont les VIOFORME* INSERTS et les VIOFORME INSUFFLATIONS (iodochloroxyquinoléine associé à l'acide borique et à l'acide lactique). L'action spécifique du VIOFORME se manifeste par l'anéantissement de ce micro-organisme, tandis que les deux autres composants normalisent rapidement l'acidité et la flore de la cavité vaginale.

(1) *Am. J. Surg.*, 33: 523, 1936.

* Nom déposé.

Les VIOFORME INSUFFLATIONS, poudre spécialement préparée pour usage à la consultation, s'administrent facilement à l'aide d'un insufflateur vaginal.

La malade s'applique elle-même à domicile les VIOFORME INSERTS: les consultations moins fréquentes épargnent un temps précieux.

Documentation sur demande.

INSUFFLATIONS

Flacons de 1 oz.

INSERTS

Flacons de 15.



Compagnie **C I B A** Ltée.

MONTRÉAL

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

BETAGEN

contient la Vitamine B. associée aux glycérophosphates alcalins, à la lécithine et l'avénine, et est une combinaison heureuse qui par l'action synergique de ses éléments constituants en fait un médicament précieux comme...

COMPOSITION

Chaque once contient:

500 U. I. de Vitamine B₁
Chlorure de Thiamine
1 mgm. de Riboflavine

avec les autres facteurs de la
Vitamine B Complexe,
B₂, B₄, B₅ et B₆

Lécithine d'oeufs 1/16 gr.
Avenine 1/30

Glycérophosphates

| | |
|---------------|----------|
| de Sodium | 8 grs. |
| de Calcium | 4 grs. |
| de Potassium | 4 grs. |
| de Strychnine | 1/60 gr. |

Tonique et Aliment Nervin

RECOMMANDÉ

Pertes d'Énergie et d'appétit - Anémie
Neurasthénie - Troubles Gastro-intestinaux
et dans les cas où le système nerveux
est affaibli.

MODE D'EMPLOI

Adultes : Une cuillerée à dessert quatre fois par jour, de préférence avant les repas et le coucher. Enfants : Selon l'âge, de 1/2 cuillerée à thé à une cuillerée à dessert.

PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complications.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

PRATIQUE... et bien ÉQUILBRÉE



Chaque comprimé de "Supplavite" fournit au moins la quantité minimum requise chaque jour des vitamines les plus importantes, et contient:

| | |
|-------------------|-------------------------|
| Vitamine A..... | 5,000 unités int. |
| Vitamine D..... | 500 unités int. |
| Vitamine B1 | 333 unités int. (1 mg.) |
| Riboflavine..... | 2 mg. |
| Nicotinamide..... | 10 mg. |
| Vitamine C..... | 35 mg. |

Comprimés "SUPPLAVITE"

NO 833

Formule bien équilibrée . . . particulièrement recommandée durant l'adolescence, la grossesse et la convalescence, et chez les patients soumis à des régimes insuffisants ou qui ont un appétit capricieux. Présentée en bouteilles de 36 et 100 comprimés.

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

296F

ARTICHOBYL

Pilules dosées à 0 Gr 10 d'Extrait
de feuilles d'Artichaut pour le
traitement des affections du FOIE.

Flacons de 50 et 500 pilules

TAXOL

Le régulateur physiologique de l'intestin.

Flacons de 50 et 500 pilules kératinisées

Agents : J. EDDÉ Ltée • MONTRÉAL

ETHER PUR

pour Anesthésie

De la plus haute qualité
possible, telle qu'employée
par les principaux hôpitaux
à travers l'Amérique.

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST
MONTRÉAL



STIMULE ET RÉÉDUQUE LA FONCTION BILIAIRE
ACTION POSITIVE-DOUCE-EFFICACE

Echantillons et littérature sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,

MONTREAL

**iodaseptine
cortial**

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE

RHUMATISMES
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES
CORTIAL
15 B^{is} PASTEUR
PARIS (XV)

RHUMATISMES
AIGUS

**iodaseptine
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC

40
39
38
NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL. PASTEUR . PARIS

SOLUCAMPBRE

O
L
U
C
A
M
P
B
R
E

SOLUCAMPBRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

2 Formes : SOLUCAMPBRE SIMPLE
SOLUCAMPBRE SPARTEINÉ

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

présente

UN TRAITEMENT OPHTALMIQUE ASEPTIQUE

Les OCULETS sont préparés sous la surveillance et le contrôle de :

Charles Laurin, B.A., B.Ph. - Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., assistant-bactériologiste. Pharmaciens, Chimistes, Analystes-Biochimistes. Diplômés de l'Université de Montréal.



Spécialité du Laboratoire

CASGRAIN & CHARBONNEAU
LIMITÉE

Oculetts



Applications uniques d'onguent hydrophile d'un pH approprié aux sécrétions glandulaires de l'oeil.

- a) OCULETS Thiazol (sulfathiazole 5%) Couleur rouge
- b) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 1% } Couleur
- c) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 2% } jaune

Application facile et sanitaire.

Vous n'avez qu'à "couper le bout effilé de l'oculet avec un canif ou des ciseaux propres".

Les OCULETS vous parviennent sous conditionnement de 12 - 100.

ÉCHANTILLONS

Sur demande, à Messieurs les Médecins seulement. (S. V. P. spécifier la formule désirée.)

N.B. - Aussi tubes (en gélatine) d'onguent ophtalmique Thiazol (sulfathiazole 5%) 1/8 oz. avec capsules de plastique (en boîte de 12 tubes.

FORMULE :

La dose quotidienne fournit
en :

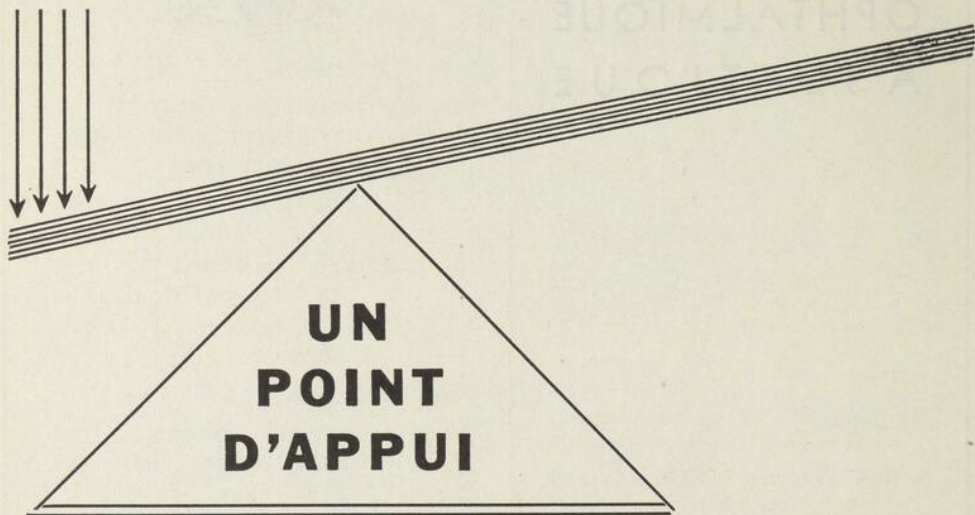
Sir. iodo-tannique 180 m.
Vitamine A 2.500 U.I.
Vitamine D 2.000 U.I.
Fer assimilable 1/20 grn
Calcium soluble 1 grn
Extrait de foie
(standardisé) 1 once
Malt, q.s.

POSOLOGIE :

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

PRÉSENTATION

En pot de 10½ oz.



VIADOL NADEAU

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

"Gadolets" "Frosst"



3 FORMULES

"OINTULE" No. 953 (bleue) formule d'origine du Gadoment

"OINTULE" No. 954 (jaune) Gadolets et Sulfathiazole 5%

"OINTULE" No. 955 (orange)
Composé de Gadolets et sulfathiazole 5%,
10% d'hamamelis, et 3% de lanoline.

Les Gadolets constituent un mode d'application hygiénique et commode, d'une quantité **mesurée** de Gadoment (Onguent "Frosst" à l'huile de foie de morue). Ils stimulent la formation du tissu épithélial, enrayent la propagation des staphylocoques et des streptocoques, et sont stérilisés et bactéricides.

TRAITEMENT

Affections bénignes du rectum — le contenu d'une ointule au réveil, d'une autre après chaque évacuation, et d'une autre au coucher. La région intéressée reste ainsi constamment humectée d'onguent.

Affections bénignes du vagin — le contenu d'une ointule au réveil et d'une autre au coucher suffit d'ordinaire à calmer la démangeaison et soulage la malade.

Affections superficielles bénignes — enduire la région intéressée et appliquer un bandage, sans trop serrer.

INDICATIONS

Hémorroïdes internes
Hémorroïdes externes
Cryptite
Fissure anale
Fistule anale
Prurit anal

Prurit vulvaire
Vaginite sénile
Brûlures, abrasions et
ulcères de l'oeil
Sinus pilonidal
Abrasions, coupures, et
brûlures bénignes.

"GADOMENT"

Onguent "Frosst" No. 753

Contient 70% d'huile de foie de morue non déstéarinisée dans un excipient cireux, plus 0.38% d'acide carbolique comme anesthésique léger des tissus, et de petites quantités de benjoin et d'oxyde de zinc, facteurs adoucissants et dessiccatifs.

Traitement des ulcères variqueux, des ulcères du décubitus, des abrasions, brûlures et plaies indolentes, de l'intertrigo, du sinus pilonidal.

Tubes de 1 once et bocaux de 1 livre.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL - CANADA

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

Frosst

Utile dans le



TRAITEMENT de l'ANGINE de POITRINE

● Par la relation de 22 nouveaux cas, Lesser^{1,2} confirme ses premières expériences avec le **PERANDREN*** dans le traitement de l'angine de poitrine. Il constate que les injections de **PERANDREN** réduisent notablement aussi bien la fréquence des accès que l'acuité et la durée de la douleur. La persistance et le degré de l'amélioration varient suivant la susceptibilité individuelle; mais, d'un traitement rationnel (25 mg. à intervalles de 2 à 5 jours, au total 5 à 25 injections), on peut attendre une diminution de la douleur et du sentiment d'angoisse, une augmentation de la tolérance à l'effort et une sensation prononcée de bien-être général. D'autres auteurs rapportent les mêmes observations.^{3,4,5}

¹Lesser: New Eng. J. Med., 228: 185, 1943. ²Lesser: New Eng. J. Med., 226: 51, 1942. ³Hamm: J. Clin. Endo., 2: 325, 1942. ⁴Walker: J. Clin. Endo., 2: 560, 1942; M. Rec. & Ann., 34: 667, 1940. ⁵McGavack: J. Clin. Endo., 3: 71, 1943.

PERANDREN

*Nom déposé.



OMPAGNIE
I B A LIMITÉE
MONTREAL, CANADA



NOS RECHERCHES D'AUJOURD'HUI: LA MÉDECINE DE DEMAIN

LE NOM À RETENIR

ORÉTON

L'ORÉTON fournit une thérapeutique de substitution puissante et spécifique pour les insuffisances d'hormone sexuelle masculine, et il est indiqué dans la ménopause masculine, l'hypogonadisme et l'hypertrophie de la prostate.

L'ORÉTON a aussi donné des résultats impressionnants dans certains troubles féminins tels que la méno-métrorragie fonctionnelle, des cas très réfractaires de dysménorrhée fonctionnelle, et l'engorgement des seins après l'accouchement.

ORÉTON-M (méthyltestostérone), comprimés, par voie buccale; et onguent, en onctions.

ORÉTON (propionate de testostérone), en solution huileuse stérilisée, pour injection intramusculaire.

Et rappelez-vous—Les prix des Comprimés d'ORÉTON-M sont maintenant réduits d'environ 40 pour cent, et ceux des Ampoules d'ORÉTON d'environ 10 pour cent.

ACHETEZ DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE — DÈS AUJOURD'HUI

SCHERING CORPORATION LIMITED



137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

LE TRAVAIL
et L'ÉCONOMIE

Vous assureront
LES QUATRE LIBERTÉS



LA BANQUE D'ÉPARGNE
DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

Fondée en 1846

Coffrets de sûreté à tous nos bureaux

SUCCURSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

5524

L'HYGIÈNE PRÉVIENT LA TUBERCULOSE



Beaucoup de gens sont encore sous l'impression que la tuberculose donne toujours des signes avertisseurs quand elle commence. C'est une des maladies les plus sournoises et elle s'installe d'ordinaire sans symptômes importants, sans signaux précis de danger, disent les hygiénistes. La toux persistante, les rhumes qui ne finissent pas, la plupart des supposées bronchites chroniques, les filets de sang dans les expectorations et les douleurs thoraciques ne sont pas toujours des symptômes associés avec un début de tuberculose. Ils indiquent, la plupart du temps, que la tuberculose est présente dans les poumons depuis assez longtemps ou qu'elle a progressé rapidement.

Le meilleur moyen de combattre la tuberculose réside dans l'application stricte de la prophylaxie, c'est-à-dire de la prévention de la maladie par l'observation des règles de l'hygiène générale qui empêcheront la contamination de se répandre. La notion suivante, qu'un tuberculeux provient toujours d'un autre tuberculeux, doit servir de base à la lutte contre cette maladie. Cela ne veut pas dire que la tuberculose est héréditaire, comme c'était encore la croyance il y a quelques années. Un enfant peut naître d'une mère porteuse d'une lésion tuberculeuse avancée et devenir quand même un adulte parfaitement sain, si les précautions nécessaires sont prises dès sa naissance pour qu'il échappe à la contagion.



Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social

Honorable Dr J.-H.-A. PAQUETTE
ministre

JEAN GRÉGOIRE, M.D.,
sous-ministre.

SULFATHIAZOLE en forme micro-cristalline pour un contact maximum avec les surfaces infectées.

EPHEDRINE pour la contraction prompte et prolongée des membranes muqueuses nasales congestionnées.

ISOTONIQUE avec les sécrétions nasales.



pH DETERMINE pour la légère portée acide des sécrétions nasales normales.

AQUEUX, base adoucissante, facilement miscible aux sécrétions nasales.

5

PRINCIPAUX FACTEURS

pour LE SOULAGEMENT EFFECTIF NASAL

Remarquablement effectif pour le soulagement d'un rhume ordinaire ou d'une sinusite aiguë ou chronique, GLUCO-FEDRIN avec SULFATHIAZOLE est conforme aux idées modernes médicales.

Divers investigateurs ont rapporté la valeur de l'application intranasale du sulfathiazole en forme finement divisée. D'autres ont signalé l'avantage de l'emploi collatéral de l'Ephédrine pour agrandir le passage nasal obstrué par la congestion et pour promouvoir

le drainage du sinus. L'isotonicité, la détermination du pH et l'emploi d'un véhicule aqueux ont été grandement discutés et sont presque généralement acceptés aujourd'hui.

Ces cinq facteurs sont combinés dans la formule du GLUCO-FEDRIN avec SULFATHIAZOLE. On l'emploie avec un vaporisateur, avec un applicateur, en pansement compressif ou avec un compte-gouttes. Présenté en bouteilles d'une once.

GLUCO-FEDRIN AVEC SULFATHIAZOLE

Parke, Davis & Company, Walkerville, Ontario

The advertisement features a central illustration of three female figures in white outlines, standing against a dark, cloud-like background. The figures are positioned within a large, circular frame that has a green and yellow gradient. Below the figures, a red, trapezoidal shape contains three glass ampoules and a small, dark, oval object. The text 'OESTRILIN' is written in white on the top edge of this red shape, and 'PROGESTILIN' is written on the bottom edge. To the right of the red shape, the text 'HORMONES NATURELLES' is written in a bold, black, sans-serif font, with 'Endocrinopathies gynécologiques' in a smaller, italicized font below it. At the bottom of the advertisement, the text 'LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL' is written in a bold, black, sans-serif font, with 'MONTREAL' and 'CANADA' on either side of 'Spécialités Biologiques' in a smaller, italicized font.

OESTRILIN

PROGESTILIN

HORMONES NATURELLES
Endocrinopathies gynécologiques

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL
MONTREAL *Spécialités Biologiques* CANADA



HORMONES NATURELLES

TITRÉES BIOLOGIQUEMENT

Indiquées dans la thérapeutique de substitution pour rétablir ou maintenir la menstruation et la gestation, et pour les perturbations de la ménopause.

- OESTRILIN:** folliculoïdes polyvalents naturels.
Solution huileuse pour injection intramusculaire.
- | | | |
|---|---|---|
| DEUX FORCES | { | Ampoules de 1 c.c. à 2,500 U.I. |
| | | Boîtes de 6 et 25 ampoules. |
| SUPPOSITOIRES VAGINAUX D'OESTRILIN | | titrés à 2,500 U.I. pour application locale. Boîtes de 10 suppositoires. |
- PROGESTILIN:** complexe lipide naturel du corps jaune.
Solution huileuse pour injection intramusculaire.
- | | | |
|---------------------|---|--|
| TROIS FORCES | { | Ampoules de 1 c.c. à 1 U.I. |
| | | Ampoules de 1 c.c. à 2 U.I. |
| | | Ampoules de 1 c.c. à 5 U.I. Boîtes de 6 et 25 ampoules. |

Notice explicative sur demande.

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

MONTRÉAL

Spécialités Biologiques

CANADA

En face d'un cas d'arthrite, on doit soupçonner la goutte si l'on est en présence d'un des facteurs suivants :

1) histoire familiale de goutte (Tolstoï),

2) ce sont presque exclusivement des hommes dans la proportion de 98%, entre 40 et 60 ans, de type obèse et sthénique et qui sont des sujets habitués à manger beaucoup (surtout des viandes), et à boire en particulier de la bière (Brochner-Mortensen). Les crises douloureuses se manifestent surtout aux temps de pluie et d'humidité,

3) c'est la cause la plus fréquente des douleurs articulaires post-opératoires et de celles qui surviennent après les festins pantagruéliques et les excès alcooliques,

4) l'alternance de crises articulaires douloureuses avec des intervalles de calme et de disparition complète des phénomènes articulaires, intervalles dont la moyenne est d'environ 18 mois (Bauer),

5) douleurs soudaines et exacerbées la nuit, aux petites heures du matin.

LABORATOIRE :

1) Uricémie dépassant 45 milligrammes au litre,

2) En période aiguë, la sédimentation est accentuée et le nombre des globules blancs légèrement augmenté.

RADIOGRAPHIE :

Pas de signe au début.

Après plusieurs crises ou dans la goutte chronique, on peut remarquer la présence de « punched-out areas » à la tête et à la base des phalanges, des doigts et des pieds.

5) *Arthrite endocrinienne de la ménopause : par hypothyroïdie et hypofolliculinémie :*

C'est une forme d'arthrite qui survient chez les femmes, surtout au moment de la ménopause (bouffées de chaleur, instabilité du caractère, troubles des menstruations,...) et qui atteint en particulier, les petites articulations et les genoux. Cette forme d'arthrite est surtout hypertrophique; elle est quelquefois atrophique, le plus souvent mixte. Fréquemment, elle n'est qu'arthralgie, que fibrosite musculaire et péri-articulaire.

Il est fréquent aussi, de rencontrer des femmes à la période du « retour d'âge », qui se plaignent de douleur à la colonne vertébrale dues à une ostéoporose diffuse des corps vertébraux avec calciurie augmentée (Albright).

Dans les cas où l'arthrite hypertrophique domine, on note souvent la présence de masses graisseuses douloureuses, au niveau des articulations, en particulier des genoux, des épaules, des chevilles et des hanches (Kling).

LABORATOIRE :

Dosage de la folliculine abaissé dans le sang et dans les urines,

Métabolisme basal diminué,

Elévation du taux du cholestérol dans le sang.

6) *Arthrite d'origine infectieuse connue :*

A) *Arthrite gonococcique :*

Aiguë: survient en général de 10 à 20 jours, à la suite d'une gonorrhée. Le début est manifesté par une température élevée jusqu'à 104 F., par des myalgies et des polyarthralgies, exagérées par le mouvement. Puis s'installe au bout de 24 à 48 heures, l'arthrite unique, inflammatoire

(donc: douleur, rougeur, gonflement et chaleur) par ordre de fréquence aux genoux, aux chevilles, au poignets, aux pieds. Cette arthrite gonococcique est souvent accompagnée de conjonctivite catarrhale et de fibrosite sous forme de téno-synovite (50% des cas) localisée surtout aux tendons extenseurs des mains et des pieds.

b) *Chronique*: caractérisée surtout par des polyarthralgies, des myalgies, de la fibrosite péri-articulaire, de la tendinite et téno-synovite localisée en particulier aux poignets et aux malléoles, des bursites, surtout des talons.

L'arthrite gonococcique survient surtout chez les hommes, dans la proportion de 3 hommes contre une femme, entre 20 et 40 ans. Elle est secondaire soit à une infection gonococcique des voies génitales, soit à des traitements intempestifs chez des malades déjà infectés: irrigations urétrales trop violentes, massages prostatiques trop énergiques.

LABORATOIRE :

Augmentation du nombre des globules blancs.

Sédimentation accentuée.

Frottis urétral, vaginal ou vervical: présence de gonocoques, de diplocoques intra-cellulaires Gram positif.

Culture des prélèvements génitaux par la méthode de McLeod en milieu carbonique (CO₂).

Gono-réaction du complément, positive dans le sang et les épanchements synoviaux.

RADIOGRAPHIE :

Au début, œdème des tissus mous.

A la période d'état: zones de décalcification et de destruction osseuses, d'où une apparence trouée de l'os.

B) Arthrite suppurée :

Affection ordinairement mono-articulaire qui possède tous les caractères d'une inflammation aiguë: gonflement marqué, rougeur ou teinte violacée de la peau, chaleur, et douleur intense qui interdit tout mouvement et oblige le patient à laisser reposer le membre atteint dans une attitude caractéristique de moindre douleur et de relâchement complet. Le début est rapidement progressif et est accompagné de signes généraux importants: température élevée, frissons, tachycardie,... Ce sont les enfants qui en sont le plus souvent atteints à cause de la plus grande fréquence chez eux, des chutes et des « bobos ». Les grosses articulations sont surtout touchées.

La cause en est le plus souvent un traumatisme articulaire ou une plaie juxta-articulaire ou, plus rarement, un foyer d'infection (focal infection): amygdalite, urétrite gonococcique, otite moyenne, abcès dentaire,... La nature de l'agent infectieux est presque toujours le streptocoque hémolytique ou pyogène et le staphylocoque blanc ou doré.

LABORATOIRE :

Sédimentation globulaire accentuée.

Leucocytose élevée avec hyperpolynucléose.

Liquide de ponction articulaire: présence de pus, polynucléose marquée et culture très souvent positive.

RADIOLOGIE :

Au début, peu de signes.

Après 10 ou 15 jours, on note une diminution de l'espace inter-articulaire avec destruction du cartilage.

C) Arthrite tuberculeuse :

Ce genre d'arthrite de plus en plus rare est ordinairement mono-articulaire (85% des cas), et atteint de préférence, la hanche (coxalgie), le genou, la colonne vertébrale, (mal de Pott) surtout de la 7e dorsale à la 4e lombaire (Cleveland). Elle atteint aussi, mais plus rarement, le cou-de-pied, l'épaule, le coude. Le début est progressif et est marqué par une douleur quelquefois intense, du gonflement, de la raideur articulaire, une gêne fonctionnelle qui va jusqu'à l'impotence. Puis, à cause de la douleur et de la destruction de l'articulation, le patient boite, peut à peine marcher et bientôt, les muscles juxta-articulaires s'atrophient considérablement. La peau sus-jacente est pâle, d'où le nom de « tumeur blanche » donné par les Anciens. Il est de règle de noter plusieurs des signes généraux de la tuberculose: débilité physique, amaigrissement, asthénie, transpiration nocturne, adénopathie dans les territoires de l'articulation atteinte. Et fréquemment, on peut retracer des antécédents tuberculeux: fistules qui ont persisté des mois, pleurésie séro-fibrineuse, adénite suppurée...

LABORATOIRE :

Recherche du bacille de Koch dans le liquide synovial, et inoculation au cobaye.

Il est à noter que le bacille de Koch est presque toujours de source bovine ou humaine.

RADIOLOGIE :

Au début, peu caractéristique.

A une période plus avancée, destruction du cartilage avec érosion osseuse, ostéoporose juxta-articulaire et zones de raréfaction osseuse dues à la présence d'abcès. Atrophie des tissus mous.

D) Arthrite syphilitique :

a) En période secondaire: manifestée par une hydarthrose bilatérale, symétrique et localisée de préférence aux genoux, aux coudes ou aux chevilles; par des polyarthralgies symétriques, survenant surtout la nuit, se dissipant avec l'exercice, et localisées aux grosses articulations (Tixier & Patel) avec sensation de lourdeur et d'engourdissement; ou par une synovite qui atteint une ou deux articulations à la fois avec présence de douleurs vives, surtout la nuit.

b) En période tertiaire; caractérisée par ce que l'on continue d'appeler l'articulation de Charcot qui est une manifestation tardive et mono-articulaire, le plus souvent au genou et à l'épaule: gonflement marqué avec hypermobilité articulaire et indolence, par une bursite gommeuse, pré-rotulienne ou olécraniennne, ou par une téno-synovite du tendon d'Achille et des tendons des péroniers (Lecène).

LABORATOIRE :

Positivité du Wassermann du sang ou du liquide céphalo-rachidien.

* * *

**II — LA DOULEUR EST EXTRA-ARTICULAIRE :
FIBROSITE.**

C'est le nom donné par Sir William Gowers en 1904, aux douleurs rhumatismales des muscles et des tissus fibreux péri-articulaires. Son existence, en tant qu'entité pathologique, après avoir été maintes fois mise en doute, même niée, est à l'heure actuelle unanimement admise par tous les rhumatologues. Et la fibrosite dont la définition s'est élargie, est maintenant une réaction du tissu fibreux, soit inflammatoire chronique et non supprimée, soit aller-

gique par hypersensibilité (Buckley) de ce tissu à certaines toxines ou à certaines protéines étrangères, soit enfin fibreuse par des micro-traumas longtemps répétés de jeu ou de travail. Dans ce dernier cas, il semble y avoir un facteur certain de susceptibilité individuelle.

Comme le tissu fibreux, c'est-à-dire le tissu conjonctif de soutien a une distribution quasi-universelle dans l'organisme, la fibrosite aura de nombreuses localisations. Ainsi aurons-nous des périarthrites, des tendinites, des bursites, des névrites,...

Pour désigner la douleur de rhumatisme musculaire, nous parlerons de fibrosite musculaire qui marque une atteinte des tissus fibreux péri et intra-musculaires et nous conserverons le terme de myosite aux atteintes de la fibre musculaire elle-même.

D'une façon générale, ce qui caractérise les douleurs ou les raideurs dans la fibrosite, c'est qu'elles sont pires le matin, au lever, après un repos et sont atténuées par un exercice léger tandis que dans les arthrites, les douleurs sont exacerbées par le moindre mouvement et sont diminuées ou disparaissent avec le repos.

N. B. : Dans le domaine de la fibrosite et des syndrômes douloureux dont nous dirons un mot plus loin, il y a encore beaucoup de vague et beaucoup d'inconnu. Nos notions d'anatomie et de physiologie pathologiques sont encore dans les langes à cause d'une raison bien évidente : la rareté des examens histo-pathologiques. On ne meurt pas de fibrosite !

Il est bon aussi de faire remarquer l'identité de structure histologique des synoviales qui tapissent les articulations, les gaines tendineuses, et les bourses séreuses. Aussi cette notion explique-t-elle la fréquence des bursites et des ténosynovites dans tous les cas où la synoviale articulaire

est touchée, v.g., arthrite atrophique, arthrite gonococcique,...

Sur un terrain aussi peu défriché, j'ai essayé d'abord d'être orthodoxe, ensuite d'être aussi clair que possible. En premier lieu, je parlerai des différentes formes et localisation de la fibrosite, en deuxième lieu je dirai un mot de syndrômes douloureux à étiologies multiples, se rattachant à la fibrosite et se présentant sous un aspect rhumatismal. Nous ne mentionnerons que les plus fréquents :

Syndrômes de l'épaule douloureuse,

Syndrômes du pied douloureux,

Les douleurs lombo-sacrées,

La céphalgie,

Le sciatique.

Ces manifestations douloureuses sont tellement vastes du point de vue étiologie et pathogénie, qu'elles constituent à elles seules le sujet de livres entiers. Vouloir les exposer d'une façon un tant soit peu complète, serait nous exposer à dépasser le cadre de cet article. Nous nous contenterons d'en signaler les causes les plus fréquentes, renvoyant le lecteur aux ouvrages américains si bien faits sur ce point. (Comroe, Steinbroker, Morton...).

La fibrosite est une manifestation universelle mais qui prédomine dans les climats tempérés. Elle se rencontre surtout chez les hommes dans la proportion de trois hommes contre une femme, entre 21 et 50 ans. Elle est occasionnée ou aggravée par de multiples facteurs: les infections des voies respiratoires supérieures, les foyers d'infection latente, les micro-traumas par répétition incessante des mêmes mouvements, le surmenage physique et intellectuel, l'humidité, les courants d'air, les changements subits de

température, les inquiétudes, les soucis, l'anxiété — de là provient la confusion entre la fibrosite musculaire et péri-articulaire et le rhumatisme psycho-somatique des Américains ! — l'alimentation défectueuse. Les manifestations générales y sont rares à moins que la fibrosite ne soit secondaire.

1) *Fibrosite musculaire et péri-articulaire :*

La fibrosite musculaire et péri-articulaire (aponévroses, capsule, bourses et tendons peut être aiguë et chronique. Elle peut être généralisée ou localisée à un groupe musculaire, à un muscle, à une articulation. Elle est souvent secondaire aux différentes formes d'arthrite: atrophique, hypertrophique, gonococcique, au rhumatisme articulaire aigu, à la goutte, à des traumatismes, à une mauvaise démarche, à un maintien défectueux,...

Il existe cependant une fibrosite primitive (11% de tous les cas de rhumatisme à la clinique Mayo) manifestée par des zones douloureuses à la pression au niveau des muscles ou des tissus fibreux péri-articulaires par une limitation des mouvements et de la raideur surtout marquée le matin, au lever, après un repos, et qui disparaissent rapidement après un exercice léger. On peut aussi noter dans certains cas, la présence de nodules le plus souvent douloureux et de dimensions variables ou d'épaississement fibreux le long des muscles ou des aponévroses (Neligan). Ces phénomènes sont migratoires, changent de région d'une journée à l'autre. Ils durent de quelques jours à quelques semaines et procèdent par poussées entrecoupées de périodes d'accalmie.

C'est l'opinion de mon maître, le docteur René Dandurand, qu'il y a une forme d'arthrite atrophique qui n'est au début que de la fibrosite musculaire et surtout péri-articulaire. Cette forme serait consécutive à un foyer in-

fectieux de nature colibacillaire. Par la répétition des poussées de fibrosite péri-articulaire, la synoviale articulaire devient atteinte à son tour et s'installe alors le processus de l'arthrite atrophique colibacillaire.

VARIÉTÉS :

Lumbago cf. douleurs lombo-sacrées,
Céphalgie (voir plus loin),
Pleurodynie,
Torticolis,
Fibrosite de l'épaule,
Myosite fibreuse généralisée de Jaccoud, etc. etc..

2) *Fibrosite des tendons et des gaines synoviales* :

a) Téo-synovite :

- 1) Sous forme de kystes tendineux (« ganglion » des Américains) à la région dorsale du poignet et des pieds et qui se rencontre surtout dans l'arthrite atrophique.
- 2) Forme sèche due le plus souvent aux micro-traumas et localisée surtout aux poignets et à la face dorsale de la main. Elle est manifestée par des douleurs vives qui rendent le mouvement presque impossible, qui disparaissent avec le repos et sont accompagnées d'un léger gonflement avec crépitations.

VARIÉTÉS :

aa) fibrosite de Quervin qui est une téno-synovite sténosante du tendon du long abducteur du pouce et du petit extenseur près de l'apophyse styloïde

du radius et qui survient surtout après un usage prolongé du pouce.

bb) fibrosite de Dupuytren: contracture bilatérale et progressive de l'aponévrose palmaire qui atteint d'abord l'annulaire, puis le troisième et le cinquième doigt. Le pouce et l'index ne sont jamais touchés. La contracture de Dupuytren se rencontre chez les hommes dans la proportion de 9 hommes contre une femme (Monroe).

- 3) forme aiguë séreuse manifestée par de la douleur locale spontanée et provoquée par le mouvement avec gonflement variable. Cette forme est localisée surtout aux tendons extenseurs des poignets, des mains et des pieds, aux tendons des péroniers et aux tendons d'Achille. Elle se rencontre dans la goutte, l'arthrite gonococcique chronique, la syphilis tertiaire,...

b) Tendinite:

Elle fait le plus souvent partie de la fibrosite péri-articulaire. Dans d'autres cas, elle est secondaire à un effort musculaire trop violent (déchirure tendineuse...)

3) *Fibrosite des bourses séreuses : bursite.*

La bursite peut être consécutive à un traumatisme (bursites sous-delto-acromiale, olécranienne, pré-rotulienne), à un processus infectieux (Ghormley) v.g. arthrite atrophique colibacillaire, arthrite gonococcique, ... à une irritation chronique par des micro-traumas. Elle peut se présenter sous deux formes cliniques: bursite avec épanchement, non douloureuse et plutôt localisée et bursite sèche douloureuse plutôt multiple.

Formes les plus fréquentes de bursite :

a) Poly-bursite: sans gonflement mais avec douleurs à la pression et au mouvement, surtout dans la fibrosite péri-articulaire, l'arthrite atrophique colibacillaire et l'arthrite gonococcique.

b) Pré-rotulienne: avec gonflement variable et non douloureuse. On la rencontre en particulier, après un traumatisme ou des micro-traumas... C'est le « genou-de-sœur ».

c) Olécranienne: avec gonflement après un traumatisme, ou sans gonflement et douloureuse dans la goutte et l'arthrite atrophique.

d) Radio-humérale: chez les joueurs de tennis.

e) Sous-delta-acromiale: cf. syndrome de l'épaule douloureuse.

f) Bursite du talon qu'on rencontre surtout dans l'arthrite gonococcique (bourse située entre le tendon d'Achille et le calcanéum).

4) Fibrosite des tissus fibreux péri-nerveux :

Elle se manifeste par des douleurs le long du nerf affecté et prenant souvent la forme de courants électriques. Elle peut être due à un étranglement des nerfs par des cicatrices ou à des infections générales ou à l'extension d'un processus de fibrosite musculaire qui atteint les tissus fibreux aponévrotiques et péri-nerveux.

Formes les plus fréquentes:

— sciatique, (voir plus loin),

— intercostal,

— brachial,

— causalgie de Weir-Mitchell qui se traduit cliniquement par des douleurs brûlantes le long d'un nerf atteint, par névrite interstitielle ou cicatricielle péri-nerveuse et qui survient par accès paroxystiques.

5) *Fibrosite du tissu adipeux sous-cutané : panniculite.*

Cette forme de fibrosite survient chez les femmes grasses, d'âge moyen, souvent en état de ménopause et qui présentent en plus, des petits signes d'hypothyroïdie fruste : chute des cheveux, ongles cassants, frilosité, fatigabilité...

QUELQUES SYNDROMES DOULOUREUX

A) *Les douleurs lombo-sacrées.*

Les douleurs lombo-sacrées sont une des plaintes les plus fréquemment entendues en pratique médicale. Elles sont souvent accompagnées de sciatique. Les causes les plus fréquentes sont :

a) Les anomalies congénitales ou acquises de la colonne vertébrale : xyphose, lordose, spina-bifida, lombarisation de la 1ère vertèbre sacrée, sacralisation de la 5e vertèbre lombaire, spondylolisthésis.

b) Les traumatismes par choc, chute ou effort musculaire violent :

Lumbago, fracture vertébrale, hernie du disque intervertébral (nucléus pulposus), contracture du fascia lata.

c) Les micro-traumas par mauvaise démarche ou par mauvais maintien (dans ces cas, les douleurs y disparaissent la nuit et au repos et sont à leur maximum à la fin de l'après-midi et le soir).

d) Les affections de la colonne vertébrale :

Tuberculose vertébrale, arthrite chronique atrophique ou hypertrophique de la colonne (raideur lombaire le matin, au lever, qui s'atténue rapidement avec le mouvement), ostéoporose sénile, néoplasme ou métastase cancéreuse de la colonne.

e) Irradiations de douleurs viscérales :

1) gynécologiques: dysménorrhée, rétroversion utérine, salpingite chronique,...

2) génito-urinaires: affection de la prostate, calcul urinaire,...

3) gastro-intestinales: ulcère duodéal (Dandurand), viscéroptose, colite, constipation chronique,...

f) Infections générales chroniques ou aiguës :
douleurs lombo-sacrées par fibrosite secondaire.

g) Fibrosite musculo-ligamentaire primitive.

g) Affections neurologiques diverses.

B) L'épaule douloureuse :

La douleur à l'épaule est souvent accompagnée par une limitation plus ou moins grande des mouvements d'abduction et de rotation et une atrophie musculaire. Les causes les plus fréquentes en sont:

a) La bursite sous-délto-acromiale (80% des cas, Comroe) causée par une abduction trop prolongée (chauffeurs d'automobile), un usage trop fréquent (joueurs de baseball), un foyer d'infection latente (surtout au-dessus de 40 ans), une déchirure du tendon du muscle sus-épineux.

- b) Fibrosite péri-articulaire et musculaire (surtout le trapèze, le deltoïde et le sus-épineux) primitive ou secondaire à l'arthrite atrophique hypertrophique ou gonococcique, à la goutte...
- c) Une arthrite chronique atrophique ou hypertrophique de l'épaule ou des dernières vertèbres cervicales.
- d) Un traumatisme par choc direct, chute ou effort musculaire violent: fracture, luxation, déchirure du tendon du muscle sus-épineux.
- e) Syndrôme de la côte cervicale et du scalène antérieur par compression du plexus brachial ou de l'artère sous-clavière.
- f) Irradiation de douleurs viscérales:
troubles coronariens, cholécystite, abcès sous-phréniques...

C) Le pied douloureux :

Causé principalement par :

- a) Les affections vasculaires manifestées par des engourdissements avec sensation de brûlement ou de froid selon la position du pied, par des crampes dans les pieds et les jambes. Surtout dans la maladie de Raynaud, dans l'endartérite oblitérante de Buerger, l'artérite sénile, l'artérite diabétique, les varices.
- b) Les arthrites chroniques et les fibrosites diverses du pied et de la cheville. Entre autres:
 - 1) Les épines osseuses du talon chez les grands marcheurs.

- 2) L'hallux valgus, à la suite du port de mauvaises chaussures.
- 3) La fibrosite de l'aponévrose plantaire.
- c) Les traumatismes: fracture ou déchirure ligamentaire.
- d) Les causes mécaniques: durillons, callosités, port de mauvaises chaussures, de talons trop hauts, marche excessive, station debout maintenue trop longtemps, démarche en V, obésité, affaissement de la voûte plantaire antérieure (métatarsalgie de Morton), contracture du tendon d'Achille ou des péroniers, pieds plats, etc...
- e) Les malformations congénitales qui relèvent de l'orthopédie.

D) Sciatique :

Se manifeste par des douleurs le long du nerf ou de ses branches mais surtout au point d'émergence du sciatique dans la hanche, par la positivité des signes de Lasègue et surtout de Mennell. Le sciatique est souvent associé aux douleurs lombo-sacrées, et dans ces cas, il répond aux mêmes causes. On le trouve surtout:

- a) Dans certaines maladies générales: diabète, tabès, polynévrite, déficience alimentaire en thiamine (B¹).
- b) Dans les compressions par métastase néoplasique...
- c) Dans la fibrosite des muscles et des ligaments lombo-sacrés qui envahit les tissus fibreux aponévrotiques adjacents et péri-sciatiques.
- d) Dans la hernie du disque intervertébral: sciatique prolongé et répété.

- e) A la suite d'une démarche défectueuse ou d'un mauvais maintien prolongé.
- f) La douleur sciatique est assez souvent une irradiation de douleurs viscérales, et dans ces cas, accompagne généralement les douleurs lombo-sacrées.

E) La céphalgie :

La céphalgie est une céphalée occipito-pariétale causée par une fibrosite primitive ou secondaire des muscles de la nuque et des tissus aponévrotiques occipito-pariétaux avec atteinte du nerf occipital d'Arnold.

CONCLUSION

Nous avons présenté de façon aussi claire et complète que possible, les principales formes de rhumatisme articulaire et extra-articulaire. Nous nous sommes limité au seul point de vue du diagnostic, en utilisant les données de la clinique, du laboratoire et de la radiologie.

RÉFÉRENCES :

- 1) ALBRIGHT, BLOOMBERG & SMITH — Post-menopausal osteoporosis Trans. Assoc. Ann. Physician — 1940, LV, 298-305.
- 2) ALLISON & GHORMLEY — Clinical & Pathological Study of Arthritis, Baltimore, Wood & Co. 1931, 196 pp.
- 3) ANN. RHEUMAT. DIS., déc. 1940.
- 4) ARMY M. BULL. No. 60 — Outline of diagnosis & treatment of rheumatism — pp. 1-23 Jan. 1942.
- 5) BACH — Rheumatic disease of the Spine, Clin. Jr 1939, LXVIII 227-235.
- 6) BAUER — The diagnosis of the various arthritides — New-England Jr Med. 1939 CCXXI, 524-533.
- 7) BEST & TAYLOR — Physiological Basis of Medical Practice — Williams & Wilkins Co. 1943.
- 8) BIGELOW G. H. & LOMBARD H. L. — Cancer and others chronic diseases in Massachusetts, Boston, Houghton & Nufflin, 1932.
- 9) BOYD — Test Book of Pathology — Lea & Febiger 1938.

- 10) BRIT. J. PHYS. MED. IV, 137-140. Oct. 1941.
- 11) BROCHNER & MORTENSON — Diagnosis of gout, Acta Med. Scand. 1939 XCIX, 538-562.
- 12) BURKLY C. W. — Chronic Rheumatic Diseases, Lewis & Co. Madon 1938 No. 4 pp. 121-148.
- 13) CECIL & ARCHER — Classification and treatment of chronic arthritis — Jr. Am. Med. Assoc. 1926, 741.
- 14) COATES & COOMBS — Arch. Dis. Child. I, 183, 1926.
- 15) COWROE BERNARD — Arthritis and Allied Conditions, Lea & Febiger 1940, 752 pp.
- 16) CROWE H. W., Chronic Rheumatic Disease — M. Press 210, 164-166 Sept. 15, 1943.
- 17) DE LORIMIER ALF. A. — The Arthropathies Diagnosis — Year Book Publishers, Chicago 1943.
- 18) EPSTEIN — Differential Diagnosis of Keratose Hemorrhagica and psoriasis arthropatica, Arch. Dermat. & Syph. 1939 XL, 547-559.
- 19) FREYBERG, R. H. — Joint Pain, Clinics, April 1944, Vol. II, no 6 Lippincott.
- 20) GHORMLEY — Bursitis — Am. J. Surg. 1939 XLIV 282-292.
- 21) HENCH, P. S. — Diagnosis & Treatment of Gout & Gouty Arthritis J. A. M. A. Feb. 1941, Vol. 116, pp. 453-459.
- 22) HENCH — Effect of pregnancy on chronic atrophic arthritis... Proc. Staff. Meet. Mays Clin. 1938, XIII, 161-167.
- 23) HENCH, P. S. — Acute and chronic arthritis, Nelson New Loose — Leaf Surgery, Vol. 3, New-York — 1935, pp. 104-175.
- 24) HENCH, P. S. & ROSENBERG, E. F. — Palindromic Rheumatism, Am. Inst. Med., Avril 1944, 293-322.
- 25) HILL — Rheumatism and Climate, Brit. Med. Jr. 1939, II, 276-278.
- 26) HOWITT — Diagnosis and Treatment of chronic articular rheumatism, Practitioner, 1939, CXLIII, 246-262.
- 27) KAUFMANN, E. — Pathology for Students and Practitioner, 1929, Blakinston's Sons & Co.
- 28) LESSER, HENRY — Social and Industrial aspects of rheumatism — Brit. Jr. Rheumat. 1939, II, 111-116.
- 29) MAYNAHAN & NICHOLSON — Brit. M. N. I., 65-68, Jan. 17, 1942.
- 30) MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA — Symposium on Arthritis. Saunders, novembre 1940.

- 31) "METROPOLITAN LIFE INSURANCE" — Publications diverses, New-York.
- 32) Meyerding, H. W. & POLLOCK, G. A. — Modern conceptions of backache, *Journal-Lancet*, 1940, LX, 225-231.
- 33) MONROE — *Chronic Arthritis*, Oxford University Press 1939, New-York.
- 34) MORRISSETTE, L. — *L'Union Médicale du Canada*, juin 1944. pp. 662-665.
- 35) NATIONAL HEALTH SURVEY — *The Magnitude of the Chronic Disease Problem in the United States*, pp. 19, No. 6, Washington, 1938.
- 36) NELIGAN — *Diagnosis and Treatment of fibrositis and neuritis. Practitioner*, 1939, CXLIII, 263-274.
- 37) NUTT, J. J. — *Painful Feet*, *Am. Int. Med.*, Nov. 1942, 842-849.
- 38) OXFORD & REED — *Arthritis of the Spine*, *Tri-State Need Jr.* 1939, XII, 2363-2365.
- 39) PEMBERTON — *Arthritis & Rheumatoid Conditions* — 2ième Edition. Lea & Febiger — Philadelphia 1935, 455 pp.
- 40) PEMBERTON & SCULL — *Ann. Int. Med.* XIX, 482-495 — Sept. 1943.
- 41) PENNINGTON, D. — *Fibrositis M. Press* 209, 358-360. June 9, 1943.
- 42) PRÉCIS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE — Tome 1, Masson & Cie, 1937.
- 43) *Revue de la littérature américaine et anglaise sur le problème du rhumatisme et de l'arthrite*, *Ann. Int. Med.*:
 1935, VIII, 1315-1374.;1495-1555; 1673-1697.
 1936, IX, 883-982.
 1936, X, 754-909.
 1938, XI, 1089-1247.
 1939, XII, 1005-1104; 1295-1374.
 1940, XIII, 1655-1739; 1837-1990.
 1941, XIV, 1383-1448; 1631-1701.
- 44) ROSEN — *Army M. Bull.* No. 63, 128-131, Juillet 1942.
- 45) SLOCUMB — *Periarticular fibrositis & arthritis, differential diagnosis. Ann. Rheumat. Dis.* II, 108-113, déc. 40.
- 46) SLOCUMB, C. H. — *Fibrositis, Clinics* 2, 169-178, juin 1943.

- 47) STEINBERG, C. L. & SUTER LOUISE C. — Phosphatase activity on chronic arthritis. Arch. Int. Med. 1939 — LXIV, 483-492.
- 48) STEINBROKER — Arthritis in Modern Practice — Saunders, 1942, 606 pp.
- 49) STEINER, W. R. — Fibrositis — Oxford Medecine, Vol. 4, chap. XIV A.
- 51) STONE, K. — Classification Post. Grad. M. J. XVIII, 5-8, mars 1942.
- 51) SYMPOSIUM ON LOW-BACK PAIN — Wisconsin Med. Jr. 1940, XXXIX, 427-446.
- 52) TOLSTOÏ — Prevention aspects of disorder of metabolism : gout, obesity and diabetes mellitus, Prevent. Med. 1939, IX, 6-20.
- 53) TOUW, J. F. Kuipers R. K. W. Act & Med. Scandinav. 96: 501, 1938.
- 54) WHITE, P. D. — Medical Clinics of North Ann. Saunders, Sept. 1944.



PARAMEDICA

Note de la rédaction :

Le regretté Léo Pariseau a publié naguère dans le *Journal de l'Hôtel-Dieu* et sous la signature du Dr Leopard quelques fantaisies rimées dont nos lecteurs ont goûté à l'époque la bonhomie railleuse et la verve enjouée. L'une de celles-ci a inspiré à un médecin d'outre Atlantique la traduction libre que nous reproduisons ici et qui parut il y a quelques années dans une revue radiologique de Grande-Bretagne. La traduction anglaise, comme l'on verra, ne le cède en rien à l'original du docteur Pariseau.

ENCORE L'ENFANT DES RAYONS X.

par HUGH MORRIS

*With apologies to l'Avorton de Roentgen and to
Doctor Pariseau*

Alas, it is true ! The good doctor is right.
I *am* incomplete ! I'm a 'guy', I'm a 'fright' !
I'm minus a liver, I've only one lung,
I've got a harelip and a paralysed tongue.
My skin is atrophic — I cannot perspire —
And although (as the vet.s say of horses) 'entire'
I'm completely devoid of all sexual desire.

I have spermatorrhoea, knock-knee and otitis.
I'm troubled with crabs, bleeding piles, myelitis,
Epileptic, asthmatic and fainting attacks
And when ladies address me my sphincters relax.
Atonic gastritis with visceroptosis
And chronic nephritis with hydronephrosis
By no means comprise the complete diagnosis.
Bad my condition ! But worse my prognosis !

But whenever I'm tempted to grumble at Fate
For sending me here in an incomplete state
(As I am ev'ry time that a new symptom saddens me)
A visit to dear Cousin Paul always gladdens me.

Cousin Paul isn't cheerful, light-hearted or gay;
He never shows anger, alarm or dismay;
He calmly ignores me, whatever I say,
Yet a visit to Paul charms my sorrows away.

Soon after 'Maman' had her 'child of the rays'
Aunt Alice had trouble in fast'ning her stays.
She prepared a layette in the best of good humour
But Doctor P... V... said "I fear it's a tumour.
I think it will prove to be fibromyoma
Or a dermato-adenocystoglioma
Or a rare form of highly malignant neuroma
Or possibly — probably not — a sarcoma".

He declared it was "Certainly not Carcinoma,
Hydatidiform Mole, Pyosalpinx, Xanthoma,
Psoriasis, Cinchona Bark, Haematoma,
Phimosis, Pes Cavus, Proctitis, Lipoma,
Nux Vomica, Tic Douloureux, Myeloma,
Alveolar Abscess, Psoriasis, Psammoma,
Carbuncle, Mastitis, Soft Chancre or Noma,
Or Lysis or Crisis or Phthisis or Coma".

If one of the lesions of which he'd made mention
Was keeping Aunt Alice's recti in tension
The best line of treatment was 'Open and see,
And remove the invader, whichever it be'.
"This is, I assure you, the method which pays.
You'll be up and about within twenty one days.
Get it over at once — danger lies in delays!
Remember your sister — Beware of X-Rays."

She thanked the 'dear doctor' and paid him his fee
(I think it was either two guineas or three)

Which he locked in the safe. Then he gave her a card
On which there was printed

“SAINT MAGDALEN'S WARD.

*For admission on Thursday. Be sure to be there.
Bring a towel, a toothbrush, a comb for your hair,
Two suits of pyjamas (one on and a spare)
And a flannelette nightdress for theatre wear.”*

On Thursday *one* patient in Magdalen's Ward
Didn't sleep very much, for the bed was too hard
And at four in the morning she thought she would freeze
As she lay semi-prone with her nose near her knees
While a nurse, with the skill that long practice imparts,
Introduced a small clyster — a couple of quarts —
Into rectum and sigmoid and neighbouring parts.
The result was a record. (Since broken — at Bart's.)

They commenced the incision at 8.25
And finished at mid-day, more dead than alive.
Having carved out the tumour and put it aside
The surgeon surveyed her abdomen with pride.
“A lovely incision! As true as a die
Though it's twelve inches long! I've a wonderful eye!
You won't find a surgeon *as clever as I*
Near or far, up or down, wheresoever you try.”

Then he tied all the bleeding points, wiped up the gore,
Use through-and-through sutures, a dozen or more,
The observing the time — 'twas a quarter to four —
He seized his umbrella and dashed through the door.
They put on a dressing and popped her in bed
With a gag in her mouth and a bowl by her head
And, round about midnight, the house-surgeon said
“I can't feel a pulse, but I don't think she's dead.”

Next morning, much better, though still very weak,
With a bit of an effort she managed to speak;
"I've a very sore eye and a pain in my lung
And I think I have bitten the tip of my tongue."
She asked for Oporto but, fearful of gout,
They gave her, *ter die*, a bottle of stout.
In less than ten days she was up and about
And before her three weeks had elapsed she was out.

A month or two later the doctor explored
The cellar where surgeons their specimens stored.
He observed in a jar at the stop of the room
A mass which remotely resembled a womb.
"My uterine tumour!" he murmured with pride,
"I'm glad my assistant has put it aside
I'll open it up and its nature decide."
Requiescat! Amen! Cousin Paul Was Inside!!!

If you visit the Lab. just behind the Town Hall
And proceed to Room B on the top shelf of all
You can see, — in a bottle, — pale, silent and small.
The earthly remains of my dear Cousin Paul.
Cousin Paul isn't cheerful, light-hearted or gay,
He never shows anger, alarm or dismay,
Yet 'tis easy to see what I mean when I say
That a visit to Paul charms my sorrows away.



UROPAZINE

GOUTTE — RHUMATISME
ARTHRITISME — SCIATIQUE
CYSTITES — PYÉLITES — GRAVELLE URIQUE.

SULPHO-LAC

ACNÉ — SÉBORRHÉE
HUILEUSE — COUPEROSE
DERMITES DE CAUSE VÉNÉNIQUE — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX.

CAMIROL

Injections Intramusculaires

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE
DE LA SINUSITE ET DE LA
BRONCHITE — INFECTIONS DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES.

EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

MALADIES DE LA PEAU —
PLAIES — DÉMANGEAISONS
ACNÉ — PSORIASIS — DARTRES — ULCÈRES VARIQUEUX.

BILIFLUINE

LITHIASE BILIAIRE — ICTÈRE
CATARRHAL — CONSTIPATION
CONGESTION DU FOIE — CIRRHOSSES.

HERDT & CHARTON, INC.

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL MONTRÉAL

Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES

Environ 40% plus léger, ces nouveaux cylindres réduiront considérablement les frais de transport. Ils sont expédiés dans de légères boîtes contenant un, deux ou quatre cylindres chacun.

Quand les cylindres seront vides, ils pourront être retournés dans ces mêmes boîtes, suffisamment cachetées.

Ecrivez-nous pour nos prix et pour de plus amples renseignements.

COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA LTÉE
Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Co."

2535 ouest, rue Saint-Jacques - Montréal, Qué.
Téléphone: Wllbank 1728



Savez-vous que chez

Dupuis Frères

LIMITÉE

il y a un

Technicien Orthopédiste

qui s'occupe tout particulièrement de l'ajustement des chaussures pour les pieds faibles, malades ou difformes ? Vous pouvez lui envoyer vos clients en toute confiance; car chez DUPUIS on obtient toujours satisfaction.

865 STE-CATHERINE EST

PLateau 5151

CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d.

ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

277 RUE SAINTE-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LAncaster 2211-2212

•

SPÉCIALITÉS :

Ajustement des yeux artificiels - Prescription de MM. les Oculistes
remplies avec soin.

NADEAU

SOLUTION

VITAMINES B TOTALES

NADEAU

Extraits de foie et de germe de blé,
additionnés de chlorure de thiamine, de
riboflavine et de niacinamide, représen-
tant à l'once :

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Vitamine B ₁ | 1.330 U. I. |
| Riboflavine | 2.66 mgm. |
| Niacinamide | 26. mgm. |
| Vin de Xérès q.s. | 1 once. |

POSOLOGIE

Une ou deux cuillerées à
thé, trois fois par jour,
aux repas.

LABORATOIRE **NADEAU** LIMITÉE
100 ST. PAUL O. MONTRÉAL CANADA

Un imprimé sorti de nos presses est une garantie de qualité

THÉRIEN FRÈRES LIMITÉE

Imprimeurs - Lithographes - Photolitho - Graveurs

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE

HARBOUR * 5288

MONTRÉAL - 1




Spécialités :

ANNUAIRES — BROCHURES — LIVRES — REVUES
CALENDRIERS COMMERCIAUX — IMAGES RELIGIEUSES
EN UNE OU PLUSIEURS COULEURS



« L'Imprimerie
est l'artillerie
de la pensée. »



À votre disposition

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

ACTIF TOTAL, PLUS DE \$250,000,000

514 bureaux au Canada

60 succursales à Montréal

DERNIERS DEVOIRS . . .

— Laissez-nous vous assister dans vos derniers devoirs envers ceux qui partent. Nos conseils sont basés sur l'expérience.

▲
—
SALONS MORTUAIRES
SERVICE D'AMBULANCE
—
▼

GEO. VANDELAC

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

G. Vandelaç, Jr. - Alex. Gour

120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

Spécialité:
Responsabilité professionnelle

Voulez-vous épargner
20%
sur le coût de vos assurances



GASTON RIVET

Automobile - Accident-Maladie - Etc.
Assurances Générales et Vie

266, ST-JACQUES OUEST - MONTRÉAL

Bureau: MA. 2587 - Rés.: DO. 7415

LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

Demandez des détails sur nos contrats, sans obligation de votre part.

DES CENTAINES DE MÉDECINS SONT NOS CLIENTS SATISFAITS

Toutes Grosseurs
D'ANTHRACITES

"WELSH"

et

"AMERICAIN"

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



MARquette 1 2 7 9

315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX

—

HUILE A
CHAUFFAGE

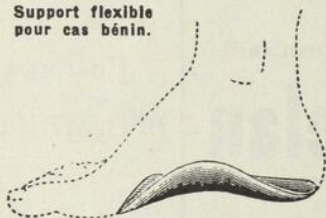
—

COKE

TABLE DES ANNONCEURS

| | Page | | Page |
|---------------------------------|-------------|-----------------------------------|------------|
| Abbott Laboratories | Couvert 2 | Mallinckrodt Chem. | XIV |
| Anglo-French Drug | XV | Merck & Co. | Couvert. 4 |
| Ayerst, McKenna & Harrison Ltée | XIII | Millet, Roux et Cie | X-XVI |
| Banque Canadienne Nationale .. | XXXI | Ministère de la Santé | XXIII |
| Banque d'Epargne | XXII | Oxygène du Canada | |
| Canada Drug | XII | (Compagnie) | XXVIII |
| Carrière et Senécal | XXIX | Parke Davis & Co. | XXIV |
| Casgrain & Charbonneau | V-XVII | Phelan, F. H. | XXXIII |
| Ciba (Compagnie) | XI-XX | Rivet, Gaston | XXXIII |
| Duckett, J.-A. | XXXIV | Rougier Frères | IX |
| Dupuis Frères | XXVIII | Schering Corporation Limited .. | XXI |
| Eddé, J. Ltée | XIV | Shuttleworth Chemical Co. Limited | |
| Frosst, Charles E. & Co. | XIX | (The E. B.) | VI |
| Herdt & Charton, Inc. | XXVII | Soc. d'Administration et de | |
| Horner, Frank W., Limited | VII | Fiducie | II |
| Laboratoire du Bismol | XXV-XXVI | Thérien Frères Limitée | XXX |
| Laboratoire Jean Olive | II | Vandelac, Georges | XXXII |
| Laboratoire Nadeau Ltée | I-XVIII-XXX | Victor X Ray Corporation | VIII |
| Laboratoires Poulenc | Couvert. 3 | Winthrop Chemical Company, Inc. | III |
| | | Wyeth, John & Brother (Canada) | |
| | | Ltd. | IV |

Support flexible
pour cas bénin.



Cas grave où le support
Whitman est recommandé.



PES PLANUS — PIED PLAT

Il y a toute une variété de supports plantaires fabriqués en série dont les prétendus mérites sont vantés à grand renfort de publicité. Il est douteux que ces soutiens uniformes donnent des résultats dans plus de dix pour cent des cas. Le support plantaire par excellence, recommandé par les orthopédistes, est celui que nous façonnons d'après une empreinte plâtrée du pied corrigé, sur les instructions du spécialiste. Il n'y a pas d'à peu près dans sa fabrication. Aussi, est-il très efficace et partant moins coûteux à la longue. Dans les cas graves, nous recommandons le soutien Whitman. Dans les cas ordinaires, le support Duckett, léger et flexible apportera un soulagement appréciable à votre patient.

Veuillez conseiller à vos patients de se rendre à nos bureaux sur rendez-vous de façon à ne pas faire antichambre.

J. A. DUCKETT

MEMBRES ARTIFICIELS, APPAREILS ORTHOPÉDIQUES, BANDES HERNIAIRES,
CEINTURES ABDOMINALES, SUPPORTS PLANTAIRE, ETC.

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - Téléphone: HARbour 0630 - MONTRÉAL

*Imprimé chez THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE
494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE, MONTRÉAL*



**Augmente la
Sécrétion Biliaire...**

Une grande partie de toute la physiologie digestive repose sur le maintien d'un cycle biliaire normal. Le Dycholium exerce une action stimulante énergique sur la fonction biliaire; il en augmente considérablement la sécrétion, assurant ainsi un meilleur drainage vésiculaire et une amélioration des processus digestifs.

DYCHOLIUM

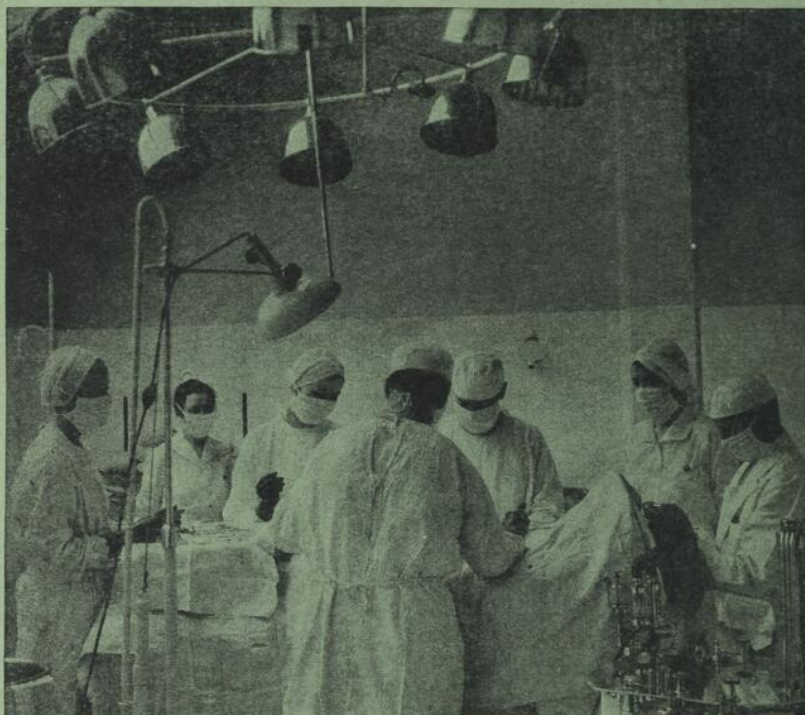
Principales Indications
ICTÈRE HÉPATIQUE, CHOLÉCYSTITE,
ANGIOCHOLITE, INSUFFISANCE BILIAIRE,
ENGORGEMENT DU FOIE, Etc.

COMPRIMÉS dosés à 0 gr. 30 d'acide déhydrocholique—
tubes de 20—flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.
AMPOULES dosées à 1 gramme de déhydrocholate de
sodium—boîtes de 6 ampoules.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL

L'ANESTHÉSIQUE APPROPRIÉ



Le médecin et le chirurgien qui ont acquis une grande habileté au cours de plusieurs années d'expérience clinique doivent nécessairement, en outre, pouvoir compter sur l'arsenal thérapeutique à leur disposition.

Le choix de l'anesthésique approprié est de la plus haute importance. Cet anesthésique doit non seulement être pur et parfaitement stable en toutes circonstances, mais sa puissance uniforme doit se manifester en tout temps.

La fabrication de produits médico-chimiques de choix, datant d'un siècle et quart, a permis à Merck & Co. d'offrir au chirurgien, à l'anesthésiste et au praticien général des agents anesthésiques dignes de la plus absolue confiance.

VINETHENE * (*Ether Vinyl Merck pour anesthésie*)

ETHER MERCK (U.S.P. *pour anesthésie*)

CHLOROFORME MERCK (U.S.P. *pour anesthésie*)

PARALDEHYDE MERCK U.S.P. (*pour anesthésie obstétricale*)

CHLORHYDRATE DE PROCAINE MERCK U.S.P.

* Littérature spéciale sur demande.

MERCK & CO. Limited

Fabricants-Chimistes

Montréal - Toronto