



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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale  
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION  
ET SECRÉTARIAT**

326 est, boul. Saint-Joseph  
Montréal  
Tél.: LAncaster 9888

**SECRÉTARIAT**

128, rue Sainte-Anne  
Québec

## SERVICE ÉTHIQUE AUX MÉDECINS

Appuyer vos intérêts c'est agir en associé silencieux. A l'insu de presque tous vos patients, cet auxiliaire vous renseigne, vous, le médecin, ainsi que vos alliés professionnels.

Tout à fait à l'arrière-plan, cet associé n'entre pas en compétition avec vous pour gagner l'attention ou la faveur du public. De ce fait, l'avis médical compétent est encouragé et l'auto-médication découragée. Eli Lilly and Company (Canada) Limited soutient et protège fermement vos intérêts aussi bien que le bien-être du patient en comptant sur vos ordonnances pour la vente de ses produits.

Toute l'énergie possible est consacrée à préparer des produits pharmaceutiques de qualité supérieure rapidement mis à votre disposition, pour votre usage.

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

*Lilly*



est le cholérétique préféré des médecins

**INDICATIONS:** ictère hépatique — engorgement du foie — cholécystite — angiocholite — insuffisance biliaire — radiographie de la vésicule biliaire

**COMPRIMÉS:** dosés à 0 Gm.30 (5 grains) d'acide déhydrocholique pur, cristallisé. Tubes de 20 et flacons de 100, 500 et 1,000

**AMPOULES:** de 5 c.c. de déhydrocholate de soude à 20%, soit 1 gramme par ampoule: pour injection intraveineuse. Boîtes de 6 et de 100 ampoules

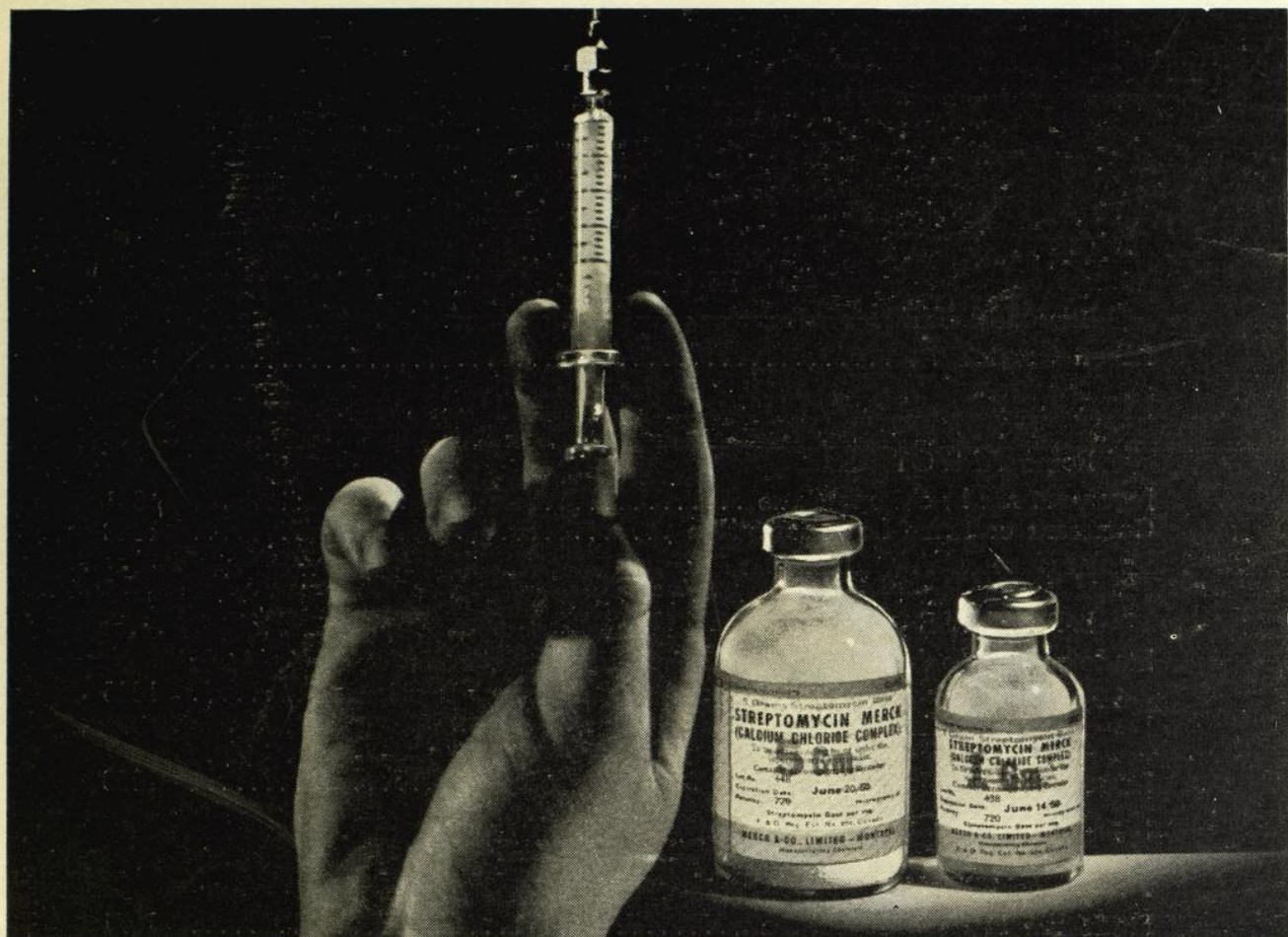
le **DYCHOLIUM** augmente nettement le débit biliaire  
littérature et échantillons sur demande

Poulenc

Limitée



MONTRÉAL



## Afin de rendre plus facile la préparation des solutions...

Par raison d'économie et de plus grande commodité, la Streptomycine Merck Complexe Chlorure de Calcium est offerte dans un flacon multi-doses de 50 cm<sup>3</sup> contenant 5 g. du produit.

### TABLE DE DILUTIONS\*

Flacons contenant l'équivalent de  
1 g. ou 5 g. de Streptomycine base (voir l'étiquette)

Dissolvant ajouté au flacon de 1 g.	Streptomycine base par cm <sup>3</sup> de solution	Dissolvant ajouté au flacon de 5 g.	Streptomycine base par cm <sup>3</sup> de solution
19 cm <sup>3</sup>	50 mg.	45.5 cm <sup>3</sup>	100 mg.
15.5 cm <sup>3</sup>	60 mg.	35.5 cm <sup>3</sup>	125 mg.
9 cm <sup>3</sup>	100 mg.	28.5 cm <sup>3</sup>	150 mg.
7 cm <sup>3</sup>	125 mg.	20.5 cm <sup>3</sup>	200 mg.
5.5 cm <sup>3</sup>	150 mg.	15.5 cm <sup>3</sup>	250 mg.
4.5 cm <sup>3</sup>	185 mg.	12 cm <sup>3</sup>	300 mg.
4 cm <sup>3</sup>	200 mg.	9.5 cm <sup>3</sup>	350 mg.
3 cm <sup>3</sup>	250 mg.	8 cm <sup>3</sup>	400 mg.
		6.5 cm <sup>3</sup>	450 mg.
		5.5 cm <sup>3</sup>	500 mg.

**STREPTOMYCINE MERCK  
COMPLEXE CHLORURE de CALCIUM  
& DIHYDROSTREPTOMYCINE MERCK**

MERCK & CO. LIMITED, Chimistes Fabricants  
MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

Vous recevrez sur de-  
mande des copies de  
cette table de dilutions.



## SOMMAIRE

### IN MEMORIAM

Edmond DUBÉ	
Albert Comtois . . . . .	1039

### BULLETIN

Roma AMYOT	
Jugement sur la chiropratique . . . . .	1041
Comment craindre la poliomyélite . . . . .	1043



L.-P. BELISLE	
Etude comparée du diagnostic radiologique, des constatations opératoires anatomopathologiques et des résultats cliniques ultérieurs . . . . .	1045

A. CODOUNIS	
La myélomatose multiple — ses formes atypiques . . . . .	1059

### REVUE GÉNÉRALE

René LEBEAU	
Etude sur le choc opératoire . . . . .	1071

#### INDICATIONS:

##### ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique  
Goutte  
Diabète arthritique

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

# VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

##### MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique

} Une bouteille par jour comme ci-dessus.

Albuminurie des goutteux et des  
graveleux

Cystites. — Néphrites

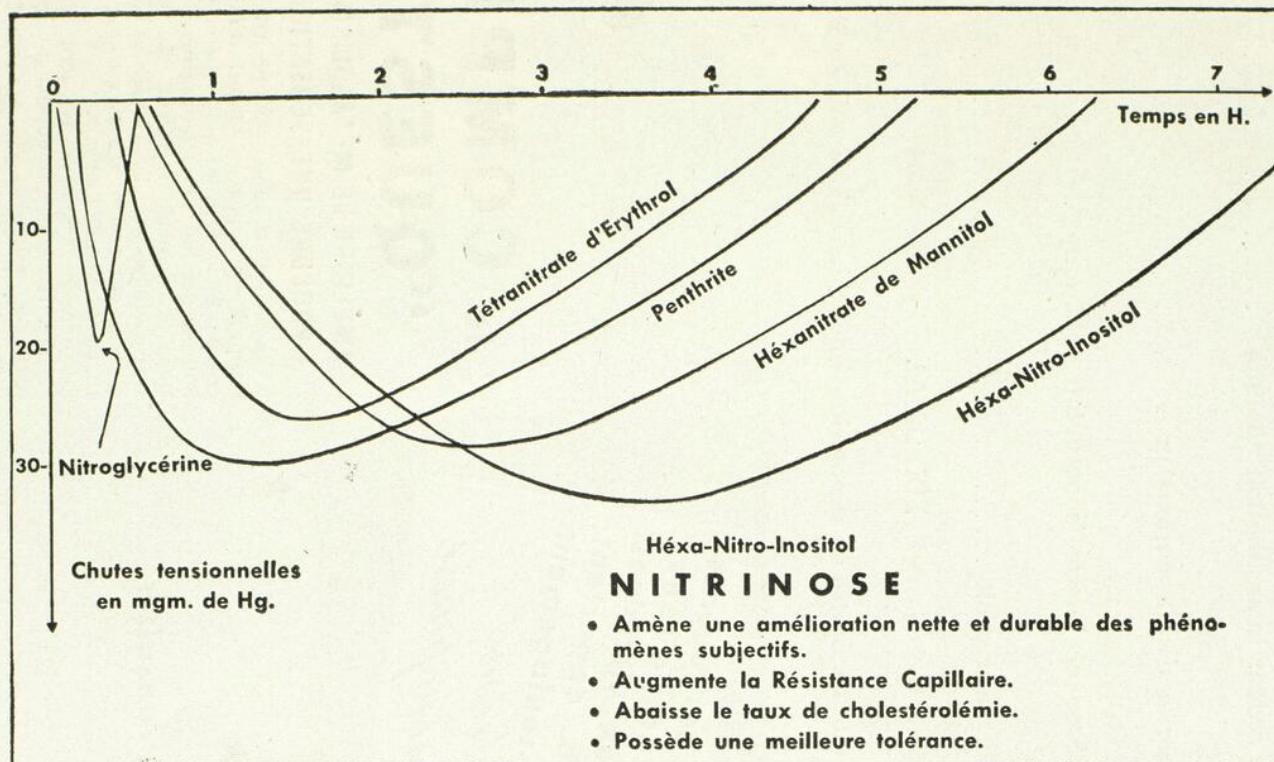
Artério-sclérose au début

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier.

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

## ÉVALUATION DE L'ACTION HYPOTENSIVE DE DIVERS ESTERS NITRÉS



# N I T R I N O S E

NOUVEL AGENT HYPOTENSEUR À L'ACTION VASO-DILATATRICE PUISSANTE ET DE LONGUE DURÉE

PRODUIT DU LABORATOIRE DE PHARMACODYNAMIE CLINIQUE, ST-QUENTIN, AISNE, FRANCE.

FABRICATION CANADIENNE

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal, P.Q.

## SOMMAIRE

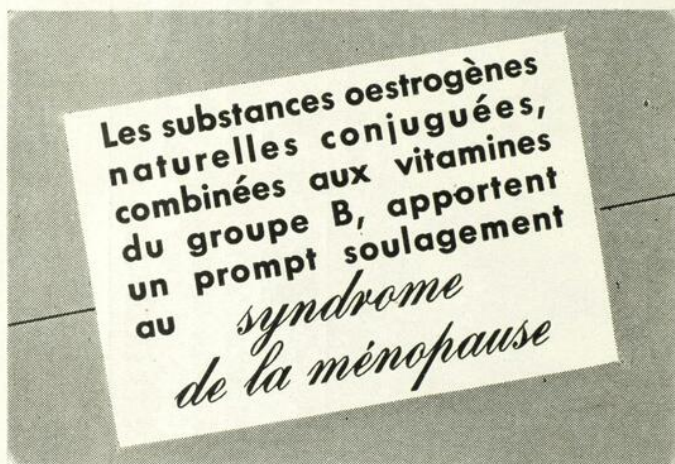
(Suite)

•

Jean-Paul LEGAULT	
A propos de cinq cas récents de cancer de la vessie .....	1079
J.-P. BOURQUE	
Les hématuries et leur interprétation clinique .....	1081
L. DEROME	
Conception clinique de l'hypertension .....	1084
Fernand SÉGUIN	
Sténose de l'isthme de l'aorte (coarctation de l'aorte) .....	1088
Reginald JOHNSON	
Cathétérisme du cœur droit .....	1093

## ÉDITORIAL

J.-Philippe PAQUETTE	
A propos des séjours écourtés en sanatorium pour tuberculose pulmonaire	1099



## le COMPOSÉ "QUESTRIN"

AMÉLIORE LE MÉTABOLISME DES HORMONES  
PROCURE UNE SENSATION DE BIEN-ÊTRE

L'expérience clinique\* a positivement démontré que lorsqu'il n'y a pas un apport suffisant de vitamines du groupe B, le foie ne peut opérer efficacement le métabolisme des hormones œstrogènes.

Dans le composé "Questrin", les facteurs du groupe B sont combinés avec les œstrogènes naturels, hydro-solubles, qui sont rapidement absorbés et plus complètement utilisés au cours du métabolisme.

Le composé "Questrin" est actif "per os" et rapidement efficace. Il soulage promptement les manifestations d'insuffisance œstrogénique: symptômes de la ménopause, hémorragie utérine fonctionnelle, vaginite, kraurosis de la vulve, aménorrhée, engorgement des seins après l'accouchement.

Toute documentation désirée vous sera envoyée sans délai.

### \* Sources à consulter

1. Biskind and Biskind, Endocrinology, 31, 109, 1942.
2. Sutton and Ashworth, Arch. Int. Med., 69, 15, 1942.
3. Segaloff and Segaloff, Endocrinology, 34, 346, 1944.
4. Ayre, Am. Jour. Obs. and Gyn., 53, 609, 1947.
5. Hertz, "Recent Progress in Hormone Research", Vol. 2, Academic Press Inc., New-York, N.Y.

Veuillez aussi voir notre annonce à la page LXXVII

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA

NOTRE 50<sup>ÈME</sup>  
ANNIVERSAIRE

# MANDELAMINE

**La question du pH urinaire  
ne se pose pas avec**

## MANDELAMINE

**L'antiseptique urinaire de choix**

La thérapie à la MANDELAMINE\* est simple; elle ne requiert pas de régime élaboré comportant une acidification ou une alcalisation pour augmenter l'efficacité ou réduire la toxicité. Dans un rapport sur les résultats d'une étude clinique portant sur 200 cas, Carroll et Allen<sup>1</sup> écrivent:

"L'administration de Mandelamine maintint l'urine acide sans qu'on ait eu besoin de recourir à des restrictions diététiques ou à l'addition d'autres drogues, excepté toutefois dans les cas où il existait des organismes ayant la propriété de dédoubler l'urée."

L'efficacité de la MANDELAMINE dans les cas d'infection urinaire, tant aigus que chroniques, ainsi que l'absence de toxicité qui la caractérise, en font un antiseptique urinaire de choix.

PRÉSENTATION: Comprimés entériques de 0.25 g. (3¾ grains) chacun, en flacons de 100, 500 et 1,000.

1. Carroll, G., et Allen, N. H.: J. Urol., 55: 674 (1946).

\*MANDELAMINE est le nom déposé par Nepera Chemical Co., Inc., pour leur marque d'hexydaline (mandélate de méthénamine).

### **6** CARACTÉRISTIQUES IMPORTANTES

1. Pas d'intolérance gastrique.
2. Pas de régime solide ou liquide.
3. Pas d'acidification supplémentaire (excepté s'il existe des organismes qui ont la propriété de dédoubler l'urée).
4. Vaste champ d'activité antibactérienne.
5. Aucun danger de résistance au médicament.
6. Simplicité du mode d'emploi — 3 ou 4 comprimés, trois fois par jour.



**NEPERA CHEMICAL Co. Inc.**

*Distributeurs exclusifs*

**MERCK & CO. Limited**

Montréal - Toronto - Valleyfield

# SOMMAIRE

(Suite)

•

## VARIÉTÉS

Allocution du docteur Edmond Potvin .....	1101
L.-J. GOBEL	
Le médecin de campagne .....	1103
Paul LETONDAL	
Le douzième Congrès des Pédiatres de langue française à Paris .....	1114
Réal DORÉ	
Rapport du Congrès de l'"American Goiter Association" .....	1117

## MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Roma AMYOT .....	1120
------------------	------

## INSTRUMENTS NOUVEAUX

J. et L.	
Une nouvelle source de "Pouvoir positif pour l'endoscopie": le transformateur "J et L" .....	1122
• • •	
"L'Union Médicale du Canada" en 1880 .....	1124
ANALYSES .....	1125

### MÉDECINE

Hémangio-endothélioblastome du cœur (1125). Expérience clinique avec une nouvelle insuline protomine modifiée (NPH-50) (1125). Etude d'une variété particulière de réactions méningées cliniques au cours des affections génitales chez la femme; intégrité du L. C.-R. Curabilité immédiate de la méningite par un traitement chirurgical approprié de l'affection pelvienne (1126). Les gaz moutarde dans le traitement des leucémies (1126).

### PHTISIOLOGIE

L'emploi de l'auroémicine en tuberculose pulmonaire (1127). Les principes actuels de la collapsothérapie aux Etats-Unis (1128).

### CARDIOLOGIE

L'influence du cycle menstruel sur les troubles fonctionnels des cardiaques (1128).

### CHIRURGIE

Possibilité de greffe veineuse de grande dimension dans les thromboses artérielles étendues (1129).

### NEURO-PSYCHIATRIE

Les troubles vasculaires cérébraux chez les jeunes (1129).

### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Traitement mixte massif de la syphilis par pénicilline-arsénobenzol-bismuth (1130).

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tuberculose pulmonaire active et cancer bronchique coexistant (1131).

SOCIÉTÉS .....	1133
Réunion scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame (1133).	
NOUVELLES .....	1145
REVUE DES LIVRES .....	1156

# De retour à l'école . . .



Les grandes vacances sont maintenant finies et les enfants sont de nouveau en classe pour la plus grande partie de la journée. Ces longues heures passées à l'intérieur, le peu d'occasions de jouer au soleil et au grand air, les risques d'entrer en contact avec des porteurs de maladies contagieuses, tout cela exige que la résistance acquise au cours de l'été se maintienne durant l'hiver. L'expérience démontre qu'il y a beaucoup à gagner en ce sens si on fait usage de préparations convenables à base de vitamines et de sels minéraux. Nous saisissons cette occasion de vous rappeler que "Trossi" vous offre des suppléments vitaminés du régime alimentaire, comme vous pouvez le voir au verso de cette page.

DES SUPPLÉMENTS VITAMINÉS QUI FORTIFIENT EN PRÉVISION DE L'HIVER

## "OSTOGEN-A"

Un moyen agréable et commode de prescrire les vitamines A et D.

Coûte à votre patient moins de deux cents par jour.

Un spécifique sûr pour prévenir le rachitisme. Aucun goût, aucune odeur désagréables. Plait aux enfants tout autant qu'aux adultes. Dosage facile à la goutte.

### FORMULE

*Chaque gramme contient:*

vitamine D. . . . . 14,000 unités int.  
(500 un. int. de vitamine D à la goutte)  
vitamine A. . . . . 28,000 unités int.  
(1000 un. int. de vitamine A à la goutte)

### POSOLOGIE

De deux à quatre gouttes par jour au moyen du compte-gouttes de précision qui accompagne le flacon.

**PRÉSENTATION:** flacons de 6 et de 15 cc.



## "OSTOGEN"

Marque "Frosst" d'une solution de vitamine D.

Coûte à votre patient moins d'un cent par jour.

Lorsqu'un plus fort dosage de vitamine D est nécessaire ou lorsque la vitamine A n'est pas jugée nécessaire.

### FORMULE

*Chaque gramme contient:*

vitamine D. . . . . 28,000 unités int.  
(1000 un. int. de vitamine D à la goutte)

### POSOLOGIE

De 1 à 2 gouttes par jour au moyen du compte-gouttes de précision qui accompagne le flacon.

**PRÉSENTATION:** flacons de 6 et de 15 cc.



## GOUTTES "OSTOCO"

Une préparation aqueuse multivitaminée.

Une formule très complète qui ne coûte à votre patient que de 3.3 à 6.6 cents par jour selon la dose.

### FORMULE

*Ingrédients au cc:*

vitamine A. . . . . 8,000 U.I.  
vitamine D. . . . . 4,000 U.I.  
vitamine B<sub>1</sub>. . . . . 4 mg.  
vitamine C. . . . . 120 mg.  
\*niacinamide. . . . . 10 mg.  
iodure de sodium. . . . . 0.023 mg.

\*N'apparaît pas sur l'étiquette.

### DOSAGE

**BÉBÉS:** de 5 à 10 gouttes d'Ostoco ajoutées à un des biberons de la ration quotidienne du bébé, lorsque le liquide est froid. Bien agiter et employer ce biberon pour la prochaine tétée.

**ENFANTS:** de 5 à 10 gouttes Ostoco par jour, bien mélangées au contenu d'un verre de lait ou de chocolat. On peut administrer les gouttes Ostoco directement dans la bouche de l'enfant.

### PRÉSENTATION

Flacons de 8 et de 30 cc. munis de compte-gouttes de précision.



## TONIQUE

## "NEO-CHEMICAL" FOOD

Coûte à votre patient moins de 4 cents par jour à l'état liquide, ou moins de 5 cents par jour en capsules.

Un tonique qui est un véritable aliment chimique pour enfants et adultes. Apporte en supplément des facteurs importants qui manquent souvent dans un régime ordinaire.

### FORMULE

*Principaux ingrédients dans la dose quotidienne:*

fer (sous forme de sel) . . . . .	1/2 gr.
cuivre (sous forme de sel) . . . . .	1/50 gr.
vitamine A . . . . .	2,000 un. int.
vitamine D . . . . .	2,000 un. int.
calcium (sous forme de sel) . . . . .	1 gr.
phosphore (sous forme de sel) . . . . .	3/4 gr.
chlorhydrate de thiamine . . . . .	2 mg.
riboflavine . . . . .	2 mg.
iodure (sous forme de sel) . . . . .	1/192 gr.
extrait de malt . . . . .	q.s.

### POSOLOGIE

**LIQUIDE**— Une cuillère à thé rase deux fois par jour après le repas.

**CAPSULES**— Deux capsules par jour.

### PRÉSENTATION

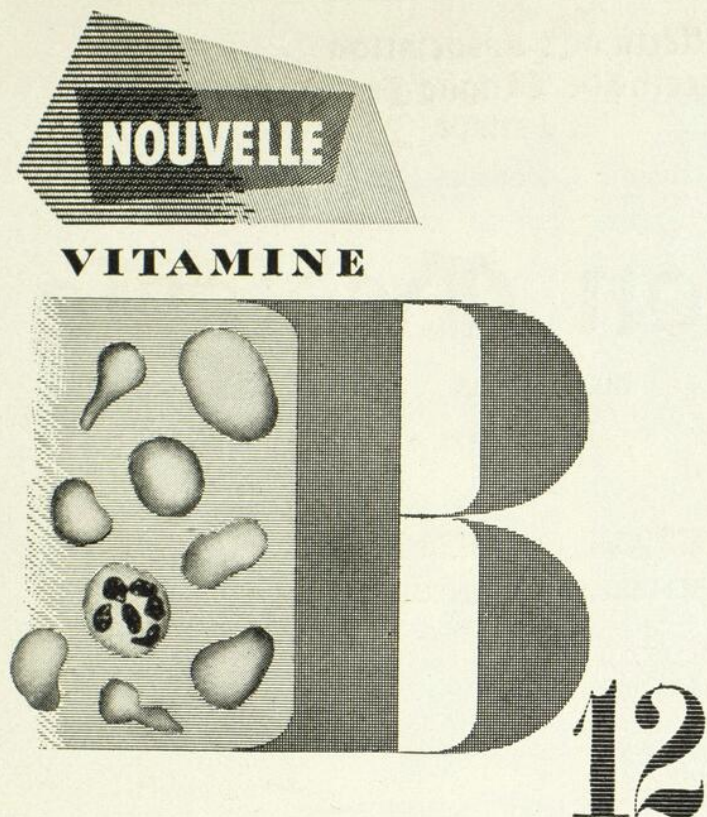
**LIQUIDE**— Formats de 24, 72 et 144 jours.

**CAPSULES**— Boîtes de 50, 100 et 250.



NOTRE 50<sup>ÈME</sup> ANNIVERSAIRE

Charles E. Frosst & Co.  
MONTREAL CANADA



*“La Vitamine B<sub>12</sub>, par unité de poids, est la substance antianémique la plus efficace que l'on connaisse”.*

SPIES ET AL. J.A.M.A. 139: 521, 1949

Le concentré SQUIBB de vitamine B<sub>12</sub>

# RUBRAMIN

**abonde maintenant sur le marché.**

- ▶ solution aqueuse, indolore et sans protéine.
- ▶ coût presque identique à celui de l'Extrait de Foie.

Ampoules de 1 cc., à raison de 15 microgrammes de vitamine B<sub>12</sub> par ampoule. Boîtes de 5.

Fioles de 5 cc., contenant 30 microgrammes de vitamine B<sub>12</sub> par cc.

Le dosage pour RUBRAMIN à 15 microgrammes est le même que pour l'Extrait de Foie à 15 unités.

'RUBRAMIN' EST UNE MARQUE DÉPOSÉE PAR E. R. SQUIBB & SONS

E. R. SQUIBB & SONS (CANADA) LIMITED  
2245 RUE VIAU, MONTRÉAL

**SQUIBB** FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



## DIRECTION SCIENTIFIQUE

### MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),

Pasteur Vallery-Radot (Paris),

Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

Pierre Masson, J.-A. Leduc, T. Parizeau, J.-N. Roy (Montréal)

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE**

### BUREAU DE DIRECTION

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

### BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**

Edouard Desjardins

**Secrétaire de la Rédaction**

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

### BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, Maurice Beaudry, P. Bourgeois, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David, F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, H. Gélinas, M. Gervais, Pierre Jobin, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Léon Longtin, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.



## Facteurs alimentaires essentiels

Les vitamines, les sels minéraux et d'autres composants utiles, quoique non calorigènes du régime, étaient qualifiés, il y a quelques dizaines d'années, de « facteurs alimentaires secondaires ». On sait aujourd'hui que ces prétendus facteurs accessoires sont, en réalité, des *facteurs essentiels*.

Pour accélérer la guérison et favoriser la réparation des tissus, on a recours à la suralimentation. C'est donc dans la convalescence et au cours des processus de cicatrisation qu'ont été le plus largement employés la vitamine A, la vitamine D, la thiamine (B<sub>1</sub>), la riboflavine (B<sub>2</sub>), la niacinamide, l'acide ascorbique (C) et l'acide folique.

Depuis toujours, *Lederle* a recommandé cet emploi des vitamines.

*Lederle*

LABORATORIES DIVISION

*North American Cyanamid Limited*

7335 Boulevard Saint-Laurent,  
Montréal 14, Qué

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

**L'Union Médicale**  
du Canada

**ADMINISTRATION**

**OFFICIERS**

Président: Jean Saucier

Vice-présidents: Gustave Lacasse et L. Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

**COMITÉ EXÉCUTIF**

MM. Jean Saucier, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Gustave Lacasse.

**COMITÉ DE PUBLICITÉ**

MM. R. Amyot, D. Marion, J.-A. Vidal.

**CORRESPONDANTS**

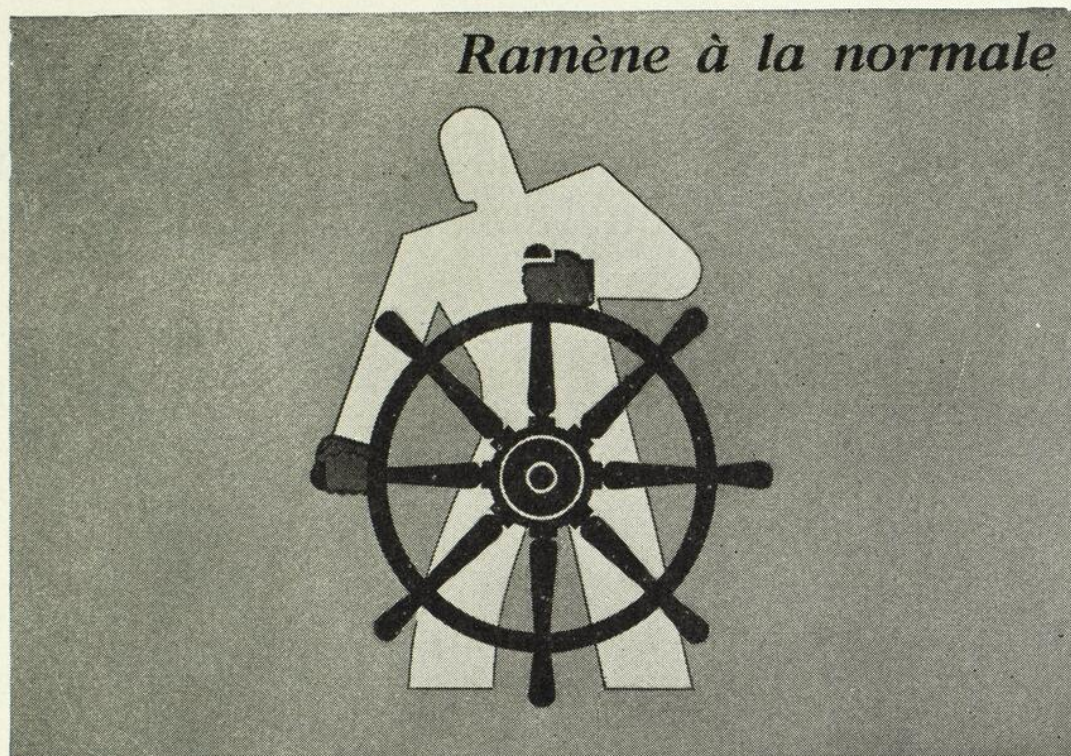
MM. A. Plichet (Paris);  
Louis-E. Phaneuf (Boston);  
Charles P. Mathé (San Francisco);  
A. Fontaine (Woonsocket);  
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);  
L.-F. Dubé (Notre-Dame-du-Lac);  
Eug. Tremblay (Chicoutimi);  
R. Gaudet (Sherbrooke);  
Aug. Panneton, J.-A. Denoncourt (Trois-Rivières);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

Le Président, le Rédacteur en chef et le Secrétaire-trésorier sont, "ex-officio",  
membres de tous les comités.

**Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est, boul. Saint-Joseph. L'Ancaster 9888.**

---

---



**ASSOCIATION DE TRINITRINE,  
SCILLE, PHÉNYLÉTHYLMALONYLURÉE**

**MÉDICATION D'ENTRETIEN DES HYPERTENDUS  
ET MÉDICATION D'URGENCE DES CRISES**

**LABORATOIRES "PERRIER"  
PARIS - - FRANCE**

*Agents généraux pour le Canada*

**MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE  
1215, RUE ST-DENIS - MONTRÉAL**

*Scillitrine*

# OFFICIERS

DE

## L'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

### DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

R.-E. VALIN,

165 est, rue Laurier, Ottawa.

### DIRECTEUR GÉNÉRAL

Donatien MARION,

326 est, boul. Saint-Joseph,  
Montréal.

### EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION, Montréal.

Hermile TRUDEL, Montréal.

A.-L. RICHARD, Ottawa.

J.-A. VIDAL, Montréal.

J.-B. JOBIN, Québec.

Pierre SMITH, Montréal.

### SECÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,

1990 est, rue Rachel,  
Montréal.

### COMITÉ DU XX<sup>e</sup> CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

J.-B. JOBIN,	1er vice-président.
J.-A. DENONCOURT,	2 <sup>e</sup> "
Richard GAUDET,	3 <sup>e</sup> "
Edmond POTVIN,	4 <sup>e</sup> "
Gustave LACASSE,	5 <sup>e</sup> "
J.-M. LAFRAMBOISE,	6 <sup>e</sup> "
Auray FONTAINE,	7 <sup>e</sup> "

Pierre SMITH, secrétaire,  
300, carré Saint-Louis,  
Montréal.Hermile TRUDEL, trésorier,  
1990 est, rue Rachel,  
Montréal.

### ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,

J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,

Chs-N. DeBLOIS,

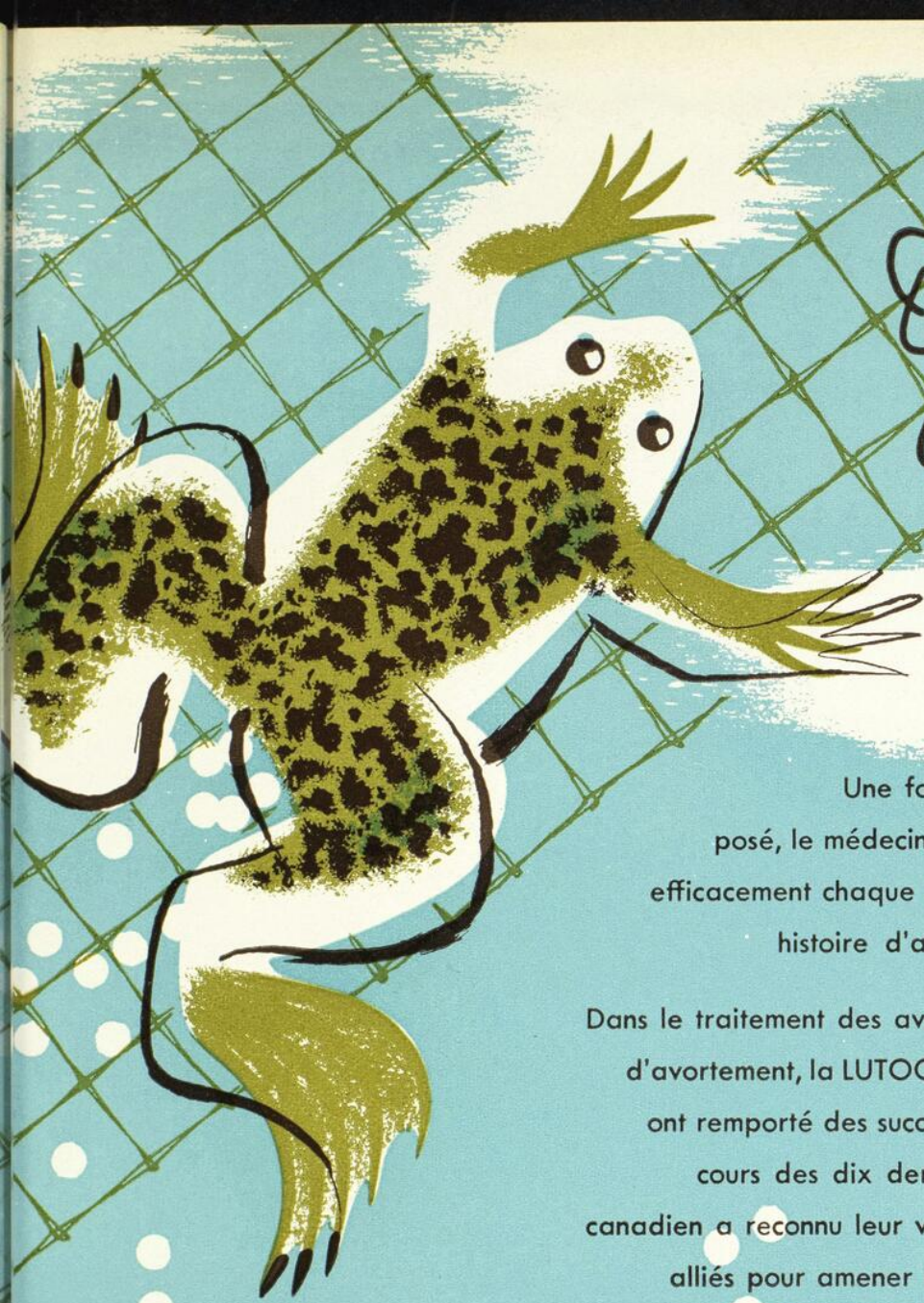
J.-A. JARRY.

Chs VÉZINA,

A.-L. RICHARD,

### MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1950	JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. ..	1952
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. ....	1952	LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa ..	1952
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. ....	1952	LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec .....	1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta .....	1950	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-	
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-E. ....	1952	Laurent, P. Q. ....	1952
BIBAUD, Barthélémi, Valleyfield, P. Q. ....	1952	MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal	1952
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1952	MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa ..	1950
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec ...	1952	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. ..	1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal ....	1950	MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ...	1952
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. ....	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass. ....	1950
CARON, Sylvio, Mastai, Québec .....	1952	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. ...	1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1950	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. ....	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. ....	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. ....	1950
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal ....	1952	POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. ....	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. ....	1950	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. ....	1950
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal	1952	ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q. ...	1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec ...	1952	SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. ....	1950
DOMINGUE, Albert, Cranby, P. Q. ....	1952	TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ontario .....	1950
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal ..	1950	TETRAULT, Adélar, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. ...	1950
GAUTHIER, C.-A., 531½, rue Saint-Louis, Québec ...	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. ...	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. ....	1950	VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. ....	1950



# Diagnostic: Grossesse

Une fois le diagnostic de grossesse posé, le médecin doit agir promptement et efficacement chaque fois que la patiente présente une histoire d'avortements répétés.

Dans le traitement des avortements répétés et des menaces d'avortement, la LUTOCYLINE\* et le LUTOCYLOL\*\* ont remporté des succès cliniques remarquables. Au cours des dix dernières années, le médecin canadien a reconnu leur valeur et s'en est fait ses meilleurs alliés pour amener de telles grossesses à terme.

## LUTOCYLINE\*

Progestérone Ciba (ampoules et flacons)

## LUTOCYLOL\*\*

Anhydro-oxy-progestérone Ciba.  
Sous forme de comprimés pour usage buccal.

*Linguettes*\*\*\* pour administration sublinguale.

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE MONTRÉAL

\*\*\* Marque de commerce déposée

Le crapaud à griffes Sud Africain (*Xenopus laevis*) représenté ci-dessus a servi dans les épreuves de laboratoire depuis plusieurs années et il est en voie de remplacer le lapin dans le

diagnostic de la grossesse. Le film de Ciba sur le *Xenopus laevis* est à la disposition des groupes de médecins que la question intéresse et leur sera envoyé sur demande.



## *Le critérium de l'économie?*

Autant dans l'industrie de la traction automobile que dans l'hormonothérapie le critérium de la véritable économie réside plutôt dans l'accroissement de l'efficacité que dans la réduction du coût de l'unité.

Envisagées de cette façon les LINGUETTES MÉTANDRÈNE, à cause de leur construction spéciale et de leur mode d'emploi, réalisent la forme, la plus économique d'androgène buccal. Parce que les LINGUETTES ne sont pas avalées mais absorbées directement dans la circulation leur efficacité est proportionnellement double de celle des comprimés ingérés. Fait étonnant néanmoins, le coût de l'unité n'en est pas plus élevé.

Par leur efficacité et leur coût, les LINGUETTES MÉTANDRÈNE se recommandent d'elles-mêmes au médecin avisé chaque fois que l'hormonothérapie buccale est indiquée.


*Linguettes* MÉTANDRÈNE\*

COMPAGNIE

**Ciba**

LIMITÉE MONTRÉAL

\* Méthyltestostérone Ciba  
Marque de commerce déposée.



# LORSQU'UNE SALICYLOTHÉRAPIE INTENSIVE

## EST INDIQUÉE...

les effets toxiques, tels que la diminution de la prothrombine dans le sang et la prédisposition aux hémorragies, sont évités grâce à l'administration de

### **BEREX** — *le produit NON TOXIQUE de choix*

parce qu'il procure, sous forme de comprimés, une combinaison d'administration facile et scientifiquement équilibrée de succinate de calcium et d'acide acétylsalicylique.

Tous les détails concernant l'emploi de **BEREX** dans le traitement du rhumatisme aigu et chronique, ainsi qu'une abondante bibliographie, peuvent être obtenus sur demande.

*Bouteilles de 100 et de 500 comprimés.*

BEREX est le nom déposé de ce produit. Breveté aux États-Unis. Demandes de brevets au Canada et pays étrangers.

**BEREX** Pharmacal Co., 36-48 Caledonia Road, Toronto, Canada

# ANTIGRIPPINE

## MIDY

### MÉDICAMENT COMPLET DE LA GRIPPE

#### COMPOSITION

Phénacétine .....	100	mg.
Acide Acétylsalicylique.....	300	mg.
Acide Ascorbique .....	50	mg.
Poudre de Gelsémium .....	10	mg.
Codéine . . . . .	7.5	mg.

pour une dragée de 50 ctg.

#### PROPRIÉTÉS

Supprime la douleur—Arrête la toux—Relève les forces—  
Décongestionne les muqueuses respiratoires — Facilite  
l'expectoration — Abaisse la température.

#### INDICATIONS

Traitement de la grippe sous toutes ses formes — Etats  
congestifs pulmonaires — Oppressions respiratoires —  
Maux de tête — Asthénie grippale.

#### POSOLOGIE

Une dragée toutes les 4 heures, jusqu'à concurrence de  
5 par jour, avec une boisson très chaude et alcoolisée.

#### PRÉSENTATION

Boîte de 12 dragées de 50 ctg.

*ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE*

**LABORATOIRES MIDY - PARIS**

**AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL DEPUIS 1718**

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

# therapeutique moderne de l'ulcere peptique

avec

# MagneseD

action neutralisante, sédatrice et antispasmodique pour le soulagement des ulcères peptiques, de l'hypérioracidité et des conditions associées. (Sous forme de poudre).

**EFFETS:**— Diminue l'acidité gastrique en agissant par l'adsorption des ions chlorures (hydroxide d'aluminium) et par son action chimique (trisilicate de magnésium). Aucune élévation secondaire de l'acidité gastrique n'est à craindre, ni l'un ni l'autre de ces deux effets ne produisant de l'alcalose. Le Phénobarbital agit comme sédatif et le Bromure Méthylé d'Homatropine antispasmodique tendance aux spasmes des muscles lisses.

Une cuillerée à thé comble fournit:

Trisilicate de magnésium	30 grs.
Hydroxide d'Aluminium	10 grs.
Phénobarbital	1/8 gr.
*Bromure Méthylé d'Homatropine	1/48 gr.

\*Une antispasmodique d'une bonne tolérance débarrassé des effets toxiques désagréables rappelant ceux de l'Atropine.

**Mode d'emploi:**— Une cuillerée à thé comble dans un demi-verre d'eau à toutes les quatre heures ou tel que prescrit par le médecin.

Echantillons envoyés sur demande.

**Aussi**

**COMPRIMÉS MAGNESED**

Chaque comprimé contient:

Trisilicate de Magnésium	6 grs
Hydroxide d'Aluminium	12 grs
Phénobarbital	1/8 gr.
Bromure Méthylé d'Homatropine	1/48 gr

Présentation: Flacons de 40, 100, 500 et 1,000 comprimés.



**Mowatt & Moore Limited**

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX MONTREAL

# RHINAMIDE

para-amino-phényl-sulfamide  
éphédrine  
élycaïne

*Affections du  
Rhino-Pharynx*

**LABORATOIRES A. BAILLY**

SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

*instillations  
pulvérisations*

# PULMO-BAILLY

TONIQUE RESPIRATOIRE

Gaïacol  
Acide phosphorique  
Codéine

*Affections  
pulmonaires  
Convalescences*


**LABORATOIRES A. BAILLY**

SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL

*4 à 5  
cuillerées à  
café par jour*



“ . . . . l'action régularisante et bienfaisante de la médication continue par voie buccale sur les symptômes ménopausiques semble réclamer l'adoption de cette méthode à l'avenir.”  
Gray, Laman A.: J. Clin. Endocrinol, 3:92 (fév.) 1943 dans un rapport clinique sur la “Prémarine”.

## “Prémarine”

*grande efficacité*

*activité “per os”*

*provenance naturelle*

*innocuité*

*bonne tolérance*

*sensation d'euphorie*



*Ayerst*

*substances oestrogènes conjuguées (équines)*

**COMPRIMÉS:** No 865—2.5 mg. par comprimé  
No 866—1.25 mg. par comprimé  
No 867—0.625 mg. par comprimé  
Bouteilles de 20 et de 100

No 868—0.3 mg. par comprimé  
Bouteilles de 100

*Si l'on désire aussi apaiser les troubles nerveux:*

No 877—0.625 mg. par comprimé plus  
 $\frac{1}{2}$  grain de phénobarbital.  
Bouteilles de 100

**LIQUIDE:** No 869—0.625 mg. par cuillerée à thé  
Bouteilles de 4 onces fluides

Le traitement par la “Prémarine” se montre en outre efficace dans d'autres affections causées par la carence d'oestrogènes, telles que la vaginite, le prurit vulvaire, l'aménorrhée, l'hémorragie utérine fonctionnelle et l'engorgement laiteux *post partum*.

Concentré multivitaminé

vitamines  
sous une  
forme  
améliorée

miscible à l'eau et non alcoolique



# Gouttes "Supplavite"

No 931

On a démontré que le véhicule aqueux de ce nouveau concentré multivitaminé favorise une plus grande absorption des vitamines A et D.

La dose journalière conseillée est de 10 gouttes (0.6 cc.), qui renferment:

Vitamine A.....	5,000 Unités int.
Vitamine D.....	1,000 Unités int.
Acide ascorbique.....	50 mg.
Chlorure de Thiamine.....	1.5 mg.
Riboflavine.....	1 mg.
Niacinamide.....	20 mg.
Pyridoxine.....	1 mg.
d-Pantothénate de calcium.....	5 mg.
Vitamine E (alpha-tocophérol).....	1 Unité int.

Bouteilles de 8, 15 et 30 cc.  
accompagnées d'un compte-gouttes gradué.

*Ayerst*



## *Soulagement* de la **FIÈVRE** des **FOINS** jour et nuit . . .

L'action extraordinairement prolongée du chlorhydrate de Néo-Synéphrine permet, au moyen de doses peu fréquentes, d'enrayer les symptômes de la fièvre des foins. Le malade peut alors bénéficier d'un bien-être pendant le jour et d'un sommeil réparateur pendant la nuit.

Dose moyenne: 2 ou 3 gouttes dans chaque narine.  
L'action des cils vibratiles n'est pratiquement pas entravée. Virtuellement dénuée d'effets secondaires.

**POUR USAGE NASAL:** solution à 1/4% (ordinaire et aromatisée), flacons de 1 once; solution à 1%, flacons de 1 once; gelée hydrosoluble à 1/2%, tubes de 5/8 once.

**POUR USAGE OPHTHALMIQUE:** solution aqueuse à 1/8%, à faible tension superficielle, isotonique avec les larmes, flacons de 15 cc.

**NEO-SYNEPHRINE®**  
**HYDROCHLORIDE**  
Brand of phenylephrine hydrochloride

*Winthrop-Stearns* INC.  
NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT.



Néo-Synéphrine, marque de commerce enregistrée aux E.-U. et au Canada.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.

1019 ouest, rue Elliott, Windsor, Ontario.



# PIPÉRAZINE

## MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE."

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY - PARIS

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

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE  
STOVAINE  
ANESTHÉSINE  
EX<sup>1</sup> DE MARRONS  
D'INDE FRAIS STABILISÉ

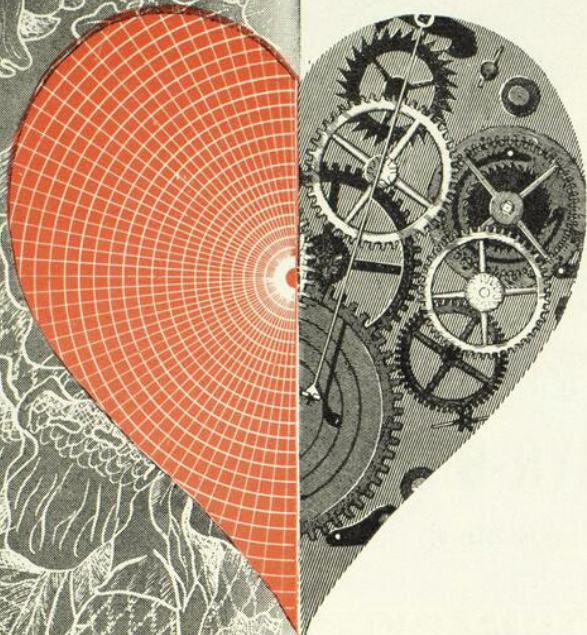
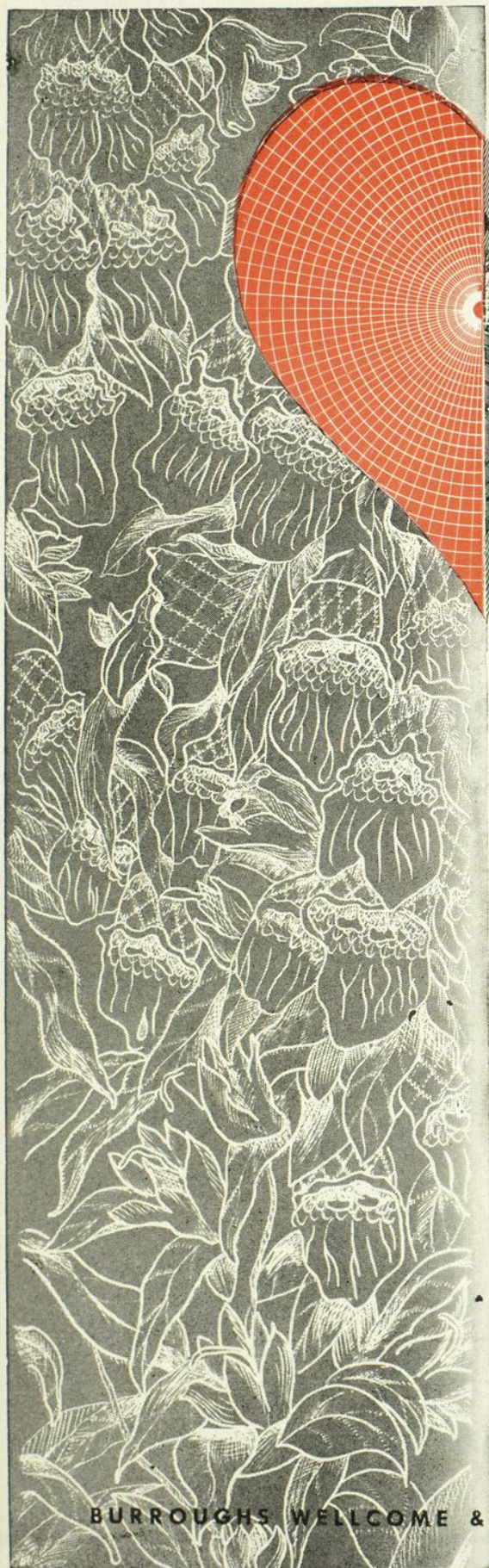


**4**  
PRINCIPES  
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

Agents pour le Canada: VINANT Limitée, 200, rue Vallée, MONTRÉAL



### ***La précision compte...***

Dans chaque département du domaine des recherches scientifiques, on s'efforce constamment de découvrir des moyens de réduire ou d'éliminer la marge d'erreur. DIGOXINE, un glycoside cristallin pur \* fournit justement à la profession médicale un tel moyen. Parceque c'est une substance chimique définie, d'une composition constante et d'activité uniforme, elle peut être prescrite *avec précision* en poids de la drogue pure et ses résultats prédits avec exactitude. Littérature sur demande.

\* Isolée des feuilles de Digitalis lanata par Wellcome Chemical Works (Angleterre).

*Par voie digestive:* "Tabloid" Digoxine 0.25 mgm. (1/260 grain approx.).  
Flacons de 25, 100 et 500.

Solution Digoxine (B.W. & Co.) 0.5 mgm. (1/130 grain approx.) par c.c. Flacons de 30 c.c.

*Intraveineusement:* Injection de Digoxine "Wellcome" 0.5 mgm. (1/130 approx.) dans un c.c. Boîtes de 12 et 100.

# DIGOXIN

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



CHER DOCTEUR,

Nous désirons vous remercier pour le temps précieux que vous avez si généreusement, par le passé, accordé à nos représentants. Durant le mois de **septembre**, ceux-ci solliciteront de nouveau votre bienveillance et se feront un plaisir de vous familiariser davantage avec quelques-unes de nos spécialités.

**AMYG-BIS** Infections de la Gorge.  
(suppositoires)

**ASTHMAGYL** Sédatif et Vasodilatateur  
(comprimés)

**NEUREX** Sédatif, Hypnotique, Antispasmodique  
(comprimés)

**STOMAGEL** Pansement stomacal  
(comprimés)

Faites donc votre demande en conséquence sur la **carte-réponse** que nous vous adressons régulièrement.

LES LABORATOIRES

**ASGRAIN & HARBONNEAU**  
Limitée

UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

QUÉBEC

MONTRÉAL

OTTAWA

contre les troubles gastriques dus à l'hyperacidité . .



# Syntrogel

## 'ROCHE'

Neutralisation et adsorption de l'acide

Spasmolyse

Excitation du péristaltisme

Action antiputréfactive

EFFET IMMÉDIAT — ACTION PROLONGÉE

### COMPOSITION

Carbonate de calcium . . . . . 71 mgm. (1 1/3 gr.)  
 Peroxyde de magnésium . . . 86 mgm. (1 1/3 gr.)  
 Hydroxyde d'aluminium . . . 144 mgm. (2 1/4 gr.)  
 Syntropan 'Roche' . . . . . 5 mgm. (3/40 gr.)

### POSOLOGIE

1 à 2 comprimés par jour ou plus si nécessaire.

### CONDITIONNEMENTS

50 et 250 comprimés.



**HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE**

286 OUEST, ST-PAUL, MONTRÉAL

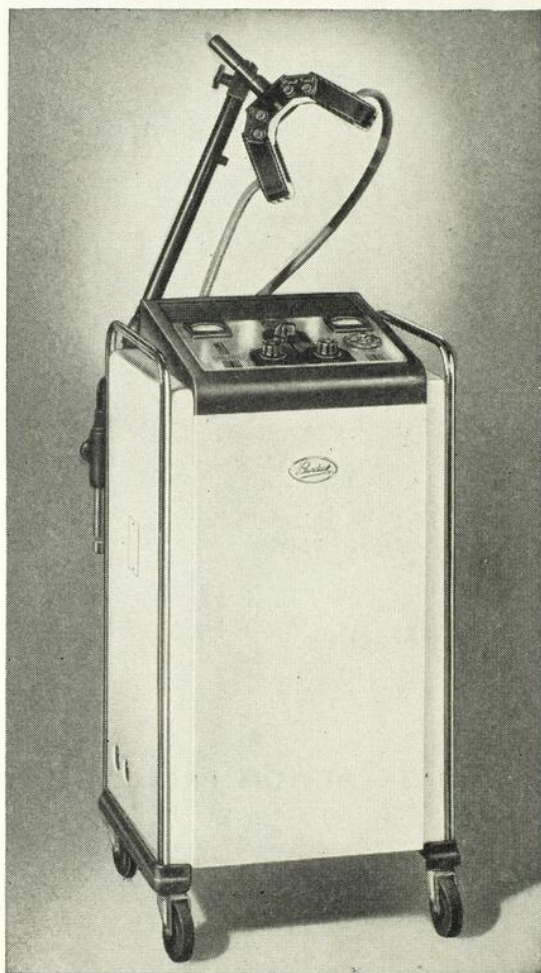
La maison 'Roche' annonce exclusivement au Corps Médical

# LA DIATHERMIE

à ondes Courtes

*Burdick* X-85

à fréquence  
contrôlée par cristal



Pour de plus amples renseignements, veuillez nous retourner la formule ci-dessous:

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée  
Dépt des Rayons X,  
445, rue St-Laurent,  
Montréal 1, P. Q.

Je désire obtenir des renseignements supplémentaires sur l'appareil à Diathermie Burdick modèle X-85.

Votre représentant passera.....(.....)

Expédiez par malle.....(.....)

Docteur .....

Adresse .....

*Un*  
*appareil incomparable*  
*conçu par le génie moderne*

**Possibilités de traitements  
illimitées . .**

Vous obtenez une grande variété d'applications avec ce nouveau modèle Burdick X-85 et sa puissance permet tous les traitements à diathermie pratiqués en médecine.

Peu importe la quantité de traitements donnés quotidiennement, la construction scientifique de son circuit électrique élimine tout surchauffage.

La construction rigide de l'appareil en assure l'efficacité pour des années à venir . . .

EFFICACITÉ . . . maximum de rendement en chaleur

PRÉCISION . . . avec simplicité de contrôle

PUISSANCE . . . au delà de la demande

STABILITÉ . . . parfaite permettant la durée complète du traitement, sans interruption déclenchée par des mouvements du patient.

Entièrement approuvé par le  
Département du Transport,  
Division de la Radio,  
Ottawa, Canada.  
Enregistrement No 5.

Représentants exclusifs pour l'Est du CANADA:

## CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

Bureau chef:

445, boul. ST-LAURENT,  
MONTRÉAL

Succursale:

518, rue ST-VALLIER,  
QUÉBEC



## le "dégel" biliaire

Dans l'angiocholite non calculeuse, la stase qui se produit à l'intérieur du cholédoque occasionne souvent une infection ascendante. L'inflammation et le rétrécissement du conduit créent un terrain favorable à l'obstruction partielle et à l'accumulation de matières purulentes. L'action énergique du *Decholin Sodium* et du *Decholin* — une action hydrocholérétique — a raison de cette stase biliaire. Sous la pression hépatique, une bile abondante, plus fluide, s'écoule par les voies biliaires tel un dégel printanier, emportant avec elle, le pus, les débris, le mucus et la bile stagnante. Grâce au drainage qu'on a ainsi rétabli, on obtient une amélioration de l'état général.

On devrait commencer le traitement avec de faibles doses de *Decholin Sodium* administrées par voie intraveineuse; ces doses sont progressivement augmentées et on les fait suivre d'un traitement aux comprimés *Decholin*.



# Decholin<sup>®</sup>

marque d'acide déhydrocholique

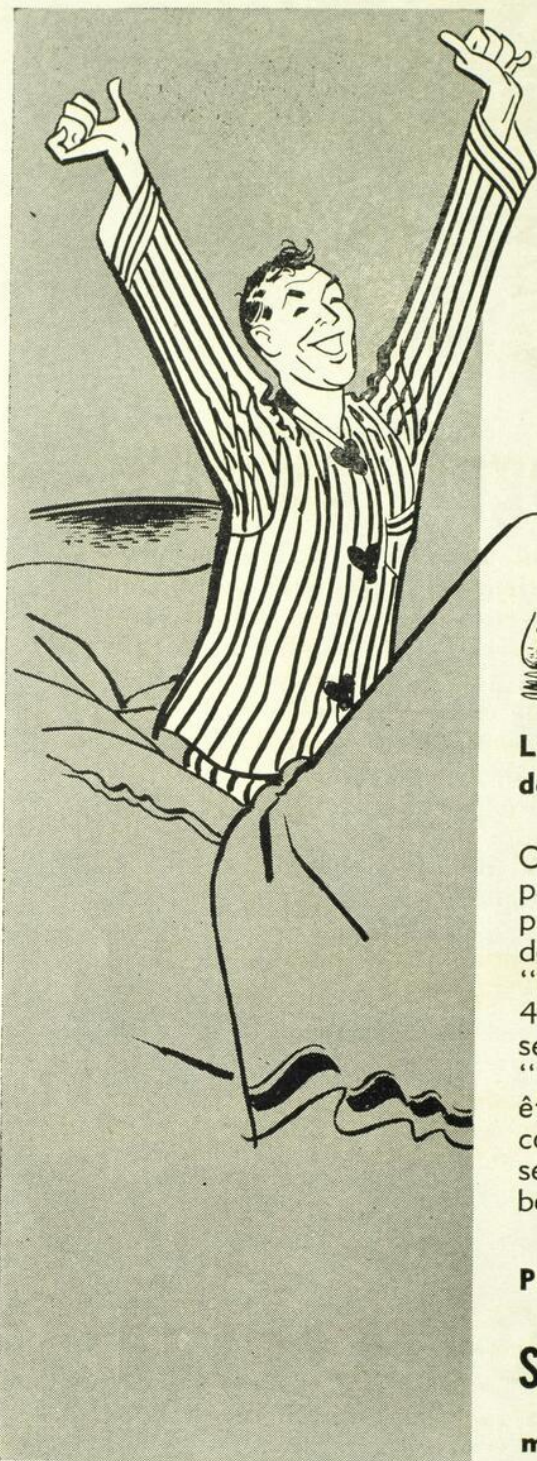
En comprimés de 3¾ grains,  
dans des flacons de 25, 100, 500 et 1,000

**Decholin Sodium<sup>®</sup>** (marque de déhydrocholate de sodium)  
en solution aqueuse à 20%; en ampoules de 3 cm<sup>3</sup>, 5 cm<sup>3</sup>  
et 10 cm<sup>3</sup>; paquets de 3 et de 20 ampoules.

DECHOLIN et DECHOLIN SODIUM, marques déposées  
aux Etats-Unis et au Canada.



AMES COMPANY OF CANADA, LTD.  
TORONTO 4, ONTARIO



## Une Bonne Nuit de Repos Une Bonne Journée de Travail

**Les patients allergiques obtiennent les deux, avec 4 petites doses.**

Confort 24 heures par jour pour vos patients allergiques... grâce à Decapryn qui procure un soulagement durable à dose-milligramme peu élevée.

"Les symptômes furent soulagés pendant 4 à 24 heures après l'administration d'une seule dose de Decapryn —" <sup>1</sup>

"Il fut constaté que 12.5 mg. pouvaient être administrés pendant la journée avec comparativement peu de réactions secondaires; pourtant cela assurait des bons résultats cliniques soutenus —" <sup>2</sup>

**Prescrivez le**

# SUCCINATE DE Decapryn

**marque de Succinate de Doxylamine**

**L'ANTIHISTAMINIQUE À ACTION TRÈS DURABLE POUR ADMINISTRATION À PETITES DOSES.**

1 ou 2 comprimés de 12.5 mg., P.R.N. Egalement présenté sous forme de sirop agréable au goût, spécialement destiné aux enfants (6.25 mg. par 5 cc.) et en comprimés de 25 mg.

SUCCURSALE CANADIENNE



TORONTO 9, Ont.

CINCINNATI • U. S. A.

1. Sheldon, J. M. et d'autres: Univ. Michigan Hosp. Bulletin, 14: 13-15 (1948).  
2. MacQuiddy, E. L.: Nebraska State Medical Journal, 34: 123 (1949).

**Wyeth**  
Marque déposée

**ACTIVITÉ ÉLEVÉE**



**TOXICITÉ BASSE**

La Néohétramine est moins toxique que n'importe quel autre antihistaminique; quantitativement, sa propriété d'être moins toxique est plus marquée que son activité moins élevée.

De plus, la Néohétramine trouve sa place chez les malades qui sont sujets, sous l'influence d'autres médicaments, à une sédation trop prononcée ou à certains effets secondaires fâcheux.

Ne manquez donc pas d'ajouter un nouvel élément de sécurité au traitement du rhume des foins et des autres états allergiques.

*Présentation* — Comprimés dosés à 25 mgms., 50 mgms., et 100 mgms. Flacons de 100 et 1000  
Sirope titré à 6.25 mgms. par c.c. flacon de 16 onces liq.

CHLORHYDRATE DE  
**Néohétramine**

Marque du chlorhydrate de thonzylamine.

Monochlorhydrate du N,N-diméthyl-N'-para-méthoxybenzyl-N'(2-pyrimidyl) éthylènediamine, fabriqué par Nepera Chemical Company, Inc.

**CREME**  
Au Chlorhydrate de  
**NEOHETRAMINE 2%**  
Tube de 1 once  
Topique antihistaminique efficace dans le  
traitement des dermatoses allergiques  
prurigineuses.

✓ *Confrontez  
la formule*



**ÉQUILIBRÉ**

**COMPLET**

**ÉCONOMIQUE**

**DE GOÛT AGRÉABLE**

Une quantité de 8 ml. (2 cuillerées à thé) apporte:

Thiamine.....	1 mgm.
Riboflavine.....	2 mgms.
Niacinamide.....	10 mgms.
*Pyridoxine.....	1 mgm.
*Acide pantothénique-d.....	5 mgms.
Biotine.....	.008 mgm.

\*Le rôle joué par ces vitamines en nutrition humaine n'est pas encore établi.

Posologie recommandée: Une à deux cuillerées à thé trois fois par jour, ou suivant l'avis du médecin.

# B·PLEX

ELIXIR DE COMPLEXE B

L'écorce de riz est une des sources naturelles les plus riches en éléments du complexe vitaminique B. B-Plex, provenant de l'écorce de riz est intrinsèquement complet et l'addition de facteurs cristallisés du groupe B confère au produit un équilibre biologique parfait. Le goût naturellement agréable de l'extrait d'écorce de riz est accentué dans un véhicule du type élixir, délicatement aromatisé. Si l'on tient compte de la concentration, B-Plex est vraiment économique. La thiamine, la riboflavine, et le niacinamide y sont présents dans la proportion 1:2:10. DE PLUS, il contient les quantités requises de pyridoxine et d'acide pantothénique et, EN OUTRE, les facteurs, encore non-identifiés qui existent, à l'état naturel, dans l'extrait d'écorce de riz.

Flacon de 8 onces liq., jarres de ½ et 1 Gall. Imp.

B-Plex en injection — Firole de 10 ml.

B-Plex en capsules — Flacons de 100 et 500 comprimés

**Wyeth**

Marque déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED • WALKERVILLE, ONTARIO

*Soulagement  
bienfaisant*



*... par l'analgésie  
génito-urinaire  
sûre  
et efficace*

Un grand nombre de malades ambulants sont rapidement soulagés des symptômes urinaires douloureux par la simple administration de 2 comprimés de Pyridium *t. i. d.*

L'administration orale du Pyridium produit un effet analgésique bien marqué sur la muqueuse génito-urinaire. Cette action palliative contribue au soulagement rapide et efficace, si bienfaisant au malade souffrant de symptômes pénibles tels que mictions douloureuses, impérieuses et fréquentes, nycturie et ténésme.

Le Pyridium est pour ainsi dire non toxique et on peut l'administrer à doses thérapeutiques avec une sécurité quasi complète pendant toute la durée du traitement de la plupart des infections génito-urinaires non compliquées.

*Documentation sur demande*

**PYRIDIDIUM<sup>®</sup>**

(Phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine mono-hydrochloride)

**MERCK & CO., LIMITED**

*Chimistes fabricants*

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



Pyridium est le nom  
déposé au Canada du  
produit fabriqué par  
Pyridium Corporation.

# “Calcium-Sandoz”

(Glucono-galacto-gluconate de calcium)

Réduction de la perméabilité cellulaire

**PIQÛRES D'INSECTES - DIATHESE EXSUDATIVE - INFLAMMATIONS**

Suppression de réactions allergiques ou anaphylactiques

**RHUME DES FOINS, DERMATITES, ACCIDENTS SERIQUES**

Sédation neuro-musculaire

**SPASMOPHILIE, INSUFFISANCES CALCIQUES**

Granulé - Comprimés chocolatés et effervescents - Ampoules

“Les ampoules Calcium-Sandoz restent toujours limpides”

# “Calcibronat-Sandoz”

(Bromo-Lactobionate de Calcium)

Association des effets sédatifs du Br à l'action antispasmodique et neuro-équilibrante du Ca.

**ALLERGIE - DERMATITES PRURIGINEUSES - SPASMOPHILIE  
ERETHISME NERVEUX - AGITATION**

Granulé - Comprimés effervescents - Ampoules

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE.



**SANDOZ PHARMACEUTICALS LTD.**

391 RUE ST-JACQUES OUEST

MONTREAL, P. Q.

# FACTEUR ANTIANÉMIQUE

... sous une forme pure, cristallisée

La vitamine B<sub>12</sub> isolée dans les laboratoires de recherche de la maison Merck s'obtient sous le nom de Cobione\* (Vitamine B<sub>12</sub> cristallisée Merck). Des expériences cliniques ont démontré que le Cobione possède une activité hématopoïétique très élevée dans le traitement de

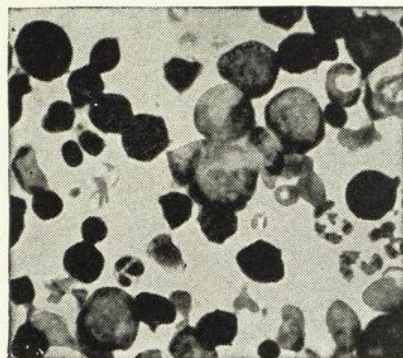
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE (non compliquée)
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE accompagnée de complications neurologiques
- ★ L'ANÉMIE PERNICIEUSE chez les patients sensibles aux préparations de foie
- ★ L'ANÉMIE MACROCYTAIRE PAR CARENCE ALIMENTAIRE causée par une carence de vitamine B<sub>12</sub>
- ★ L'ANÉMIE MÉGALOBLASTIQUE INFANTILE (certains cas)
- ★ LA SPRUE (tropicale et non tropicale).

## LE COBIONE

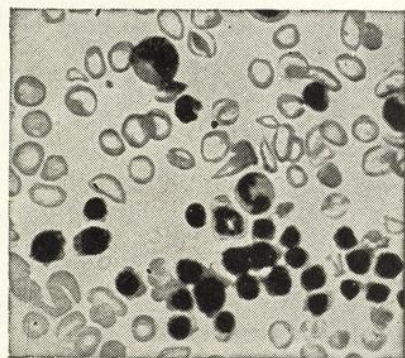
- est un composé pur, cristallisé, possédant une activité extrêmement élevée
- est efficace à des doses extrêmement faibles, vu son activité élevée
- peut être administré par voie sous-cutanée ou intramusculaire en doses précises parce qu'il est un composé pur et cristallisé
- n'a encore causé aucune réaction toxique lorsqu'on l'a administré aux doses recommandées
- s'obtient en ampoules de 1 cm<sup>3</sup> de solution saline de Cobione, chaque cm<sup>3</sup> contenant 15 microgrammes de Vitamine B<sub>12</sub> cristallisée.

Documentation sur demande.

\*Cobione est le nom déposé par Merck & Co., Inc. pour leur marque de Vitamine B<sub>12</sub> cristallisée.



Frottis montrant la moelle osseuse mégaloblastique d'un malade atteint d'anémie pernicieuse avant le traitement au Cobione.



Frottis de la moelle osseuse du même malade quatre-vingt-dix heures après une seule injection de 0.025 mg. de Cobione.

# COBIONE

NOM DÉPOSÉ

(VITAMINE B<sub>12</sub> CRISTALLISÉE MERCK)



MERCK & CO. LIMITED *Chimistes fabricants* MONTREAL - TORONTO - VALLEYFIELD

# Somnof

## **APAISEMENT POSITIF SANS AUCUN MALAISE**

L'apaisement psychique à l'aide de la scopolamine précède l'action d'une dose minime de barbituriques bien éprouvés.

Des expériences cliniques, opérées même sur des patients très difficiles à calmer, ne laissent voir aucun effet de drogue, aucune excitation première... mais plutôt une sensation naturelle de fatigue suivie d'un sommeil profond et sans rêves.

On croit que le catabolisme complet des ingrédients peut occasionner un regain de vigueur au réveil, — remplaçant le malaise qui suit d'habitude l'absorption des barbituriques seuls.

### FORMULE :

Bromhydrate de scopolamine	1/200 gr.
Chlorhydrate d'apomorphine	1/70 gr.
Niacine	3/4 gr.
Hexobarbital	3/4 gr.
Phenobarbital	3/8 gr.

### REFERENCES:

1. Lehmann, H.: C. M. A. J., février, 1949.
2. Hershenson, B. B., Brubaker, E. R.: Am. J. Obstet. & Gynec., 53: 307, 1947.
3. Lehmann, H.: C. M. A. J., 51: 558, 1944.

**FRANK W. HORNER LIMITED**  
**MONTREAL** **CANADA**



Fig. 1

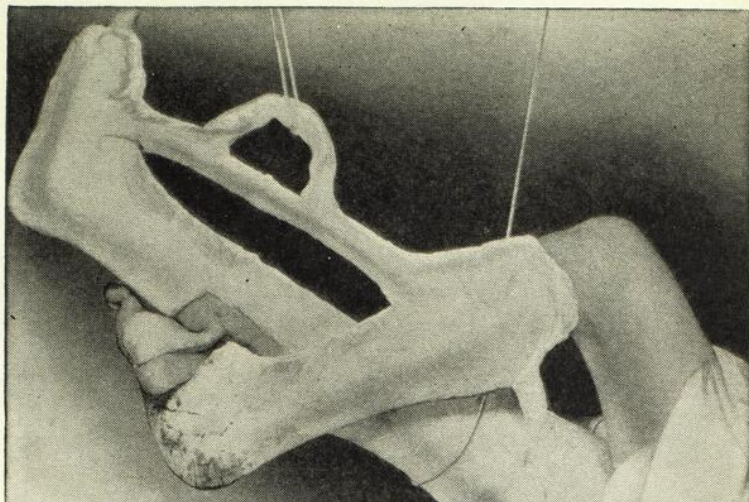


Fig. 2

## GANGRÈNE DES ORTEILS

### *Grefe cutanée par lambeau croisé*

**HISTOIRE DE CAS.** Un garçon, âgé de 17 ans, fut admis à l'hôpital le 22/10/45, après avoir subi un écrasement des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> orteils. L'examen révéla une perte complète de la sensibilité au niveau des trois orteils, avec décoloration de la peau et gêne grave à la circulation. Une ligne de démarcation se développa graduellement et le 12/11/45 il y avait une gangrène bien établie, comme le démontre la fig. 1.

**ÉVOLUTION :** 16/11/45 — Excision de la zone gangrénée et préparation d'un lambeau cutané sur la face postérieure de la jambe droite. Pansement compressif et onguent de pénicilline au pied gauche. 4/12/45 — Le lambeau sur la jambe droite est levé et attaché à la zone dénudée sur le pied gauche. Immobilisation dans le Gypsona avec le lambeau relâché (fig. 2 et 3). 15/12/45 — Sutures enlevées. Cicatrisation satisfaisante. 24/12/45 — Sous anesthésie locale, le lambeau est détaché de la jambe, laissé au pied et suturé en place. Le surplus du greffon est suturé à nouveau à la jambe. 22/1/46 — La greffe prend complètement. Application locale de pénicilline. Exercices commencés. 29/1/46 — Plaie guérie. Pansements discontinués. Le patient commence à marcher. 11/2/46 — Greffe réussie. Aucune douleur. Le patient marche bien dans des chaussures normales. Pied droit normal. Pas de sclérose musculaire. Congé (fig. 4).

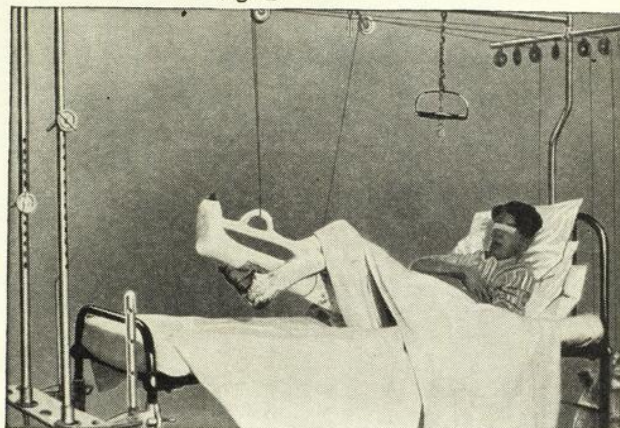


Fig. 3

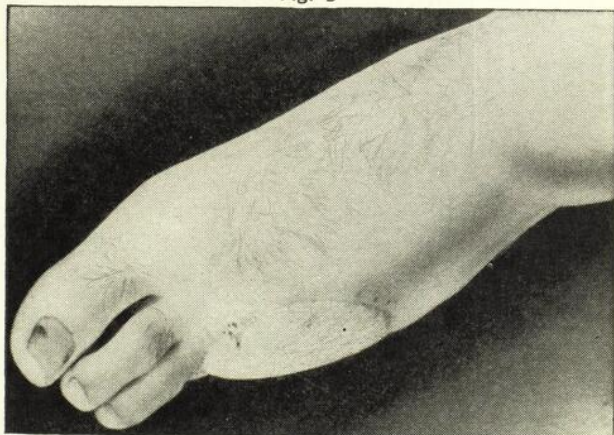


Fig. 4

T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, publient en détail ce cas authentique, croyant qu'il est d'un intérêt général.

Les bandages Gypsona au Plâtre de Paris prennent rapidement et sont prêts pour usage immédiat. Ils sont fournis en largeurs de 2, 3, 4, 6 et 8 pouces par 3 verges de longueur.

Gypsona est aussi fourni en bandes coupées.

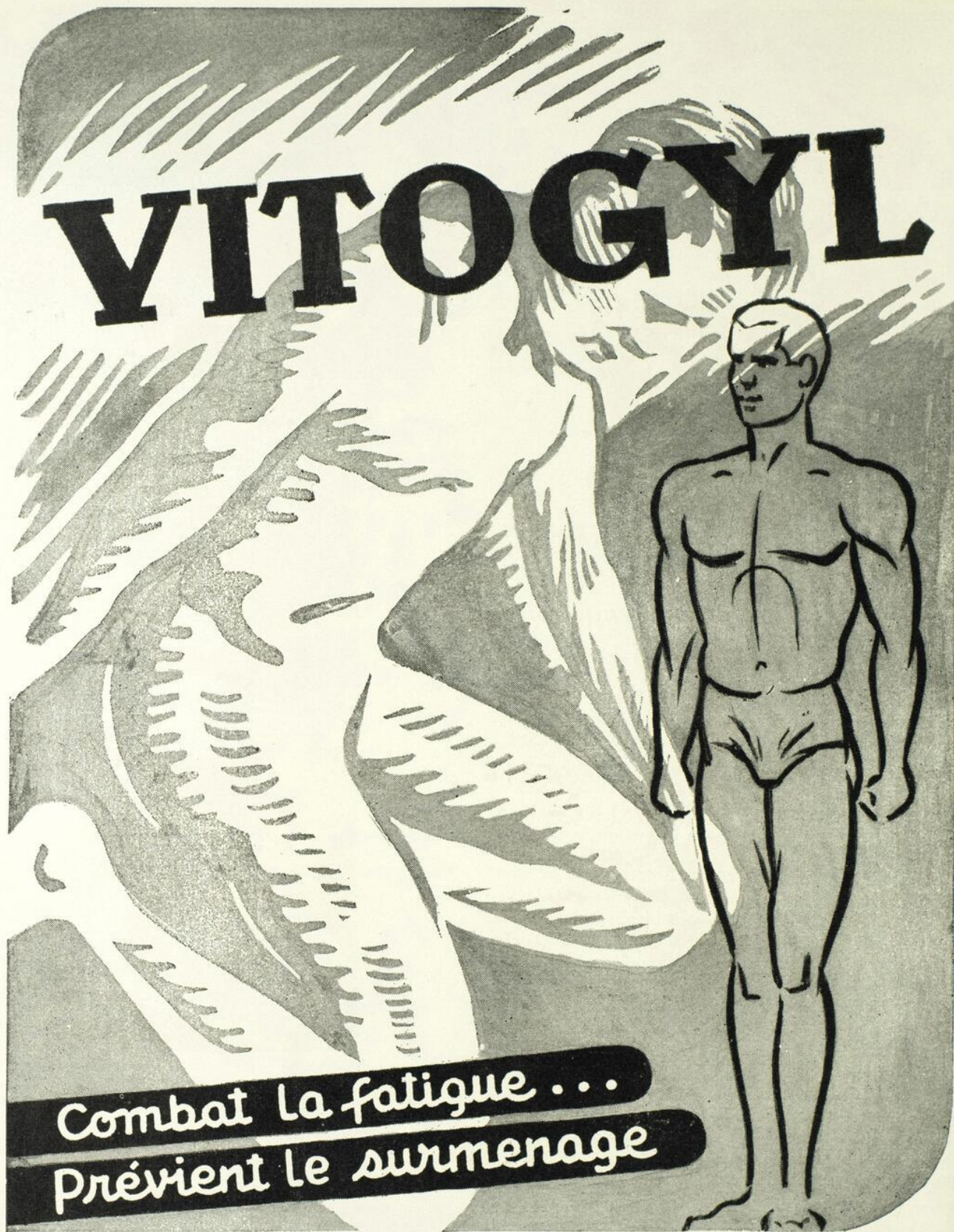


# SMITH & NEPHEW LIMITED

378 ouest, rue Saint-Paul,

MONTREAL 1, P. Q.

# VITOGYL



Combat la fatigue...  
Préviient le surmenage

Echantillon et circulaire sur demande  
**LABORATOIRES DESAUTELS Ltée**  
200 ouest, rue Craig  
MONTREAL

Vous disposez d'un médicament hors



pair pour traiter la  
dépression

On peut se fier sur le Sulfate de Dexédrine pour dissiper chez le patient déprimé cette "fatigue chronique" qui le caractérise; pour produire une sensation d'énergie et de bien-être; et pour ramener l'optimisme, la vivacité mentale et la capacité de travail.

L'effet anti-déprimant du Dexédrine est remarquable en ce qu'il ne comporte pas d'excitation perturbatrice, d'irritabilité, ni de tension nerveuse interne. Il n'agit "qu'en douceur", épargnant ainsi au patient cette sensation inconfortable "d'être sous l'effet des stimulants".

Comprimés de **Sulfate de Dexédrine**

L'anti-déprimant de choix

Smith Kline & French Inter-American Corporation

Concessionnaires pour le Canada: The Leeming Miles Co. Ltd., Montréal

*Pour un niveau salivaire de pénicilline élevé et soutenu...  
une activation de la circulation et du flot salivaire.*



**GOMME  
PÉNICILLINE  
Bristol**

**Formule NOUVELLE et ESSENTIELLEMENT ORIGINALE—  
spécifique des infections intrabuccales.**

**AGRÉABLE**

Dans ces nouvelles pastilles de gomme pure et délicatement aromatisée à la menthe, il est impossible de déceler—soit par le goût soit par l'odeur—la présence de la médication de pénicilline G cristallisée.

Cette préparation plaira d'emblée à vos patients de tous les âges par sa nouveauté et sa similitude avec l'un des bonbons des plus à la mode.

**EFFICACE**

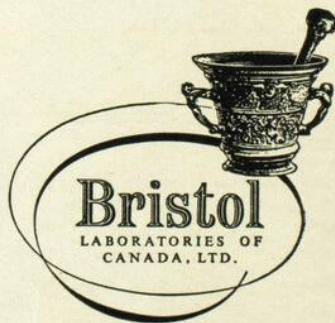
Une mastication lente et continue assure dans la cavité buccale une distribution généreuse de pénicilline. La Gomme Pénicilline BRISTOL est indiquée dans la stomatite chancriforme (Angine de Vincent) et dans toutes les infections causées par des organismes pénicillino-sensibles.

*Chaque pastille de Gomme-Pénicilline contient 3,000 unités internationales de pénicilline G potassique cristallisée.*

*En flacons de 10 pastilles.*

*Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies d'ordonnance.*

*Renseignements complémentaires fournis sur demande par Bristol Laboratories of Canada, Ltd., 286 rue Saint-Paul ouest, Montréal.*





DANS 2000 cc. D'AMINOSOL...



## L'Equivalent protéinique de la viande

QUAND la viande ne peut être prise par la bouche, 2000 cc. d'AMINOSOL par jour, administré comme source unique d'acides aminés, maintiendra le bilan azoté d'un homme de 70 kilos pourvu que les autres besoins calorifiques soient satisfaits; 1000 cc. par jour, comme complément du régime pendant les maladies critiques, les opérations critiques ou la convalescence, contribuera de façon significative à éviter une déperdition d'azote.

Parce que l'AMINOSOL contient tous les acides aminés de la fibrine du sang, c'est un mélange complet d'acides aminés, et il a été démontré qu'il possède une valeur biologique élevée et qu'il est bien utilisé par l'organisme. L'AMINOSOL est stérilisé à l'autoclave et il est rigoureusement contrôlé pour assurer l'absence d'antigénicité; son emploi

n'offre par conséquent aucun danger. La stabilité de l'AMINOSOL est démontrée par le fait qu'il peut être conservé à la température ambiante pendant deux ans ou plus.

L'AMINOSOL 5% avec Dextrose 5% est présenté en flacons de 1000 cc. et de 500 cc. Pour plus de sécurité et de commodité, administrez-le au moyen du VENOPAK.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE  
Montréal 9, Canada

# Aminosol\*

5% avec Dextrose 5%

(Hydrolysate de Fibrine Modifiée, Abbott)

\*NOM DÉPOSÉ



Pour la commodité de l'administration, employez le **VENOPAK\*** l'ensemble pour veinoclyse d'Abbott, ne servant qu'une seule fois. Stérile, économique, prêt à servir, après quoi on le jette.

---

---

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale

du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

---

## ONT COLLABORÉ AU VOLUME 77:

MM. Amyot (Roma); Arcand (Arthur); Archambault (Jules); Archambault (Laurent); Archambault (P.-R.); Autotte (Esdras); Baissette (Gaston); Beauregard (J.-M.); Bélisle (Maurice); Bernier (Alphonse); Bertrand (A.); Boucher (Roméo); Boulais (F.-L.); Boulanger (J.-B.); Boulanger (Jacques); Bourbonnais (Earl); Bourgeois (Paul); Boutin (J.-R.); Brahy (J.); Brien (Jules-A.); Brosseau (Victor); Burckel (Jean); Cabana (J.-Ernest); Cabana (L.-P.); Cantero (Antonio); Caumartin (Paul); Cazal (Pierre); Champoux (G.-Roger); Charbonneau (René); Charest (G.); Charland (Richard-A.); Choquette (G.); Cloutier (G.-E.); Cousineau (A.); Dargis (Jean); David (Paul); Desranleau (Jean-Marc); Desjardins (Edouard); Desrochers (Jean-Louis); Dhotel (Yves); Dionne (Paul); Dorion (J.-Ed.); Duchesne (Laurent); Dufresne (Roger-R.); Dufresne (O.); Dussault (Fernand); Duvalier (François); Faure (Jacques); Foisy (J.-P.); Forté (Lionel); Fortier (Marcel); Frappier (Armand); Fugère (Paul); Gagnon (Jacques); Gariépy (J.-U.); Gariépy (L.-Henri); Gauthier (Bernard); Gauthier (C.-A.); Gauthier (Gérard); Gauthier (Jacques); Gélinas (Réal); Genest (Jacques); Gervais (Maurice); Gingras (Gustave); Grenier (E.-P.); Grignon (R.); Groulx (Ad.); Guillbeault (Albert); Heim de Balsac (R.); Hood (A. J. G.); Jarry (J.-A.); Joly (Pacifique); Joncas (Fernand); Jutras (Albert); Kozlowski (François Bratek); Labelle (Arcade); Lacerte (Jean); Ladouceur (L.); Lambert (A.); Lamoureux (Louis); Landreville (J.-A.); Laperrière (Vincent); Laplante (Aimé); Laporte (J.-N.); Latraverse (V.); Lauzé (Simon); Lauzer (Rosaire); Leblond (Wilfrid); Leclerc (Georges); Lecours (J.-A.); Legault (Jean-Paul); Legault (Léonard); Léger (Jacques); Léger (Jean-Louis); Léger (Lucien); Léonard (Gérard); Lépine (Edgar); LeSage (Albert); LeSage (Jean); Lessard (Jean-Marc); Letellier de Saint-Just (E.); Longtin (Léon); Lortie (Edouard); Lussier (Roger); Mantha (Léopold); Marchand (J.-C.-A.); Marin (Albéric); Martin (L'hon. Paul); Masson (Anne-Marie); McCormick (W. J.); Meloche (Lorenzo); Ménard (Raymond); Meunier (Robert); Monfette (Claude); Moreno (Manuel); Morissette (Léopold); Nadeau (Gabriel); Panisset (Maurice); Panneton (Philippe); Paquette (J.-P.); Parent (Honoré); Patel (Jean); Pelletier (Emile); Pemberton (Ralph); Perras (C.); Pesant (Julien); Pettigrew (Antoine); Piette (Jean); Pliche (André); Plouffe (Adrien); Poirier (Paul); Prévot (A.-R.); Ricard (Hector); Richard (A.-L.); Riopelle (J.-L.); Robert (Paul); Robillard (Rosario); Rolland (P.-E.); Rouquès (Lucien); Royer (Albert); Saint-Martin (Maurice); Samson (J.-Ed.); Saucier (Jean); Simard (L.-C.); Simard (Roland); Smith (Henri); Smith (Pierre); Thévenard (André); Torrè (Pierre); Tremblay (Jacques); Tremblay (Jean); Trudel (Hermile); Vaillancourt (De Guise); Vallée (A.-F.); Vallée (Ls-Yvan); Valois (A.-B.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

---

---

...Toutefois, (J.-L. Petit) entraîné par la philosophie de son temps et trouvant, lui aussi, l'observation parfois lente, il crut à tort qu'il pouvait la devancer. Il s'appuyait alors sur l'anatomie, ne connaissant pas de meilleur guide; et sur de pures données anatomiques il établissait d'admirables théories, comme celles des fractures des côtes, des fistules lacrymales, des plaies de la tête, etc., dont le seul défaut est qu'elles sont plus belles que nature. J.-L. Petit est donc le créateur de la chirurgie anatomique, à laquelle Desault ne fit que donner un nouvel élan, et qui a versé sur la science une si vive lumière, obscurcie malheureusement par de regrettables erreurs.

...L'anatomie, entre les mains de J.-L. Petit, avait été un puissant instrument de progrès pour la chirurgie. J. Hunter s'attaque à l'anatomie; il y consacre dix années de sa vie, et, après en avoir tiré quelques riches aperçus, tels que la théorie des hernies congénitales, il s'aperçoit qu'il a fait fausse route, et revient. Ce que l'anatomie humaine ne lui a point donné, il le trouvera peut-être dans l'anatomie comparée. Il s'y engage avec une nouvelle résolution, nourrit à ses frais une ménagerie, retranche sur ses nuits pour hâter ses dissections, et arrive ainsi à ramasser, avec sa plume et son scalpel, l'histoire anatomique des trois cent quinze espèces différentes. Mais l'anatomie comparée ne le servant pas encore à son gré, il est frappé d'un trait de lumière; le cadavre est trop souvent muet; c'est le vivant qu'il faut interroger; il institue les expériences sur les animaux, et crée ce fécond instrument de vérification et de progrès, la chirurgie expérimentale. Puis, comme il sait mieux que personne quelles différences séparent l'homme des êtres inférieurs, il reconnaît la nécessité de contrôler ses expériences par l'observation directe de l'homme vivant ou mort; il fonde l'anatomie pathologique chirurgicale. Et enfin, cette fois complètement armé, faisant marcher de front l'anatomie humaine et comparée, l'expérimentation sur les animaux, l'observation clinique, l'anatomie pathologique, il aborde résolument la question fondamentale devant laquelle J.-L. Petit lui-même avait reculé: il se demande où sont les principes et les bases de la chirurgie. N'ayez pas peur qu'il perde son temps à examiner seulement les théories hypothétiques de Boerhaave ou de tout autre; il ne daigne même pas les mentionner; elles sont pour lui comme si elles n'avaient jamais été. C'est sur le terrain de l'observation pure qu'il prétend creuser, qu'il espère asseoir des fondements désormais indestructibles.

Il y a ici un curieux rapprochement de date. L'Académie royale de chirurgie avait publié, en 1774, le cinquième volume de ses mémoires, qui devait être le dernier; en 1775, Hunter ouvrait son fameux cours sur les principes de la chirurgie. Ainsi tout le temps que l'école de J.-L. Petit avait mis à décroître, avait servi au chirurgien anglais à préparer l'avènement de la sienne; et à peine l'une rentrait dans le silence, que l'autre voix élevait la voix et s'emparait de ce grand héritage. Epoque mémorable et qui veut être justement célébrée! La chirurgie, telle que l'avait laissée le moyen âge, ne s'élevait guère au-dessus d'un métier; A. Paré et J.-L. Petit en avaient fait un art; J. Hunter la constitua à l'état de science.

MALGAIGNE

## IN MÉMORIAM

ALBERT COMTOIS

1893-1949

J'ai connu le docteur Albert Comtois il y a déjà plusieurs années. Notre premier contact s'est fait pendant nos études médicales, sur la rue St-Denis, en 1914, et même à cette pé-

Je me rappelle fort bien nos échanges de vue à ce sujet et, à cette époque, Comtois manifestait déjà le désir de se diriger dans le champ encore peu développé de l'électro-ra-



Docteur Albert Comtois

riode, nous étions liés par un commun désir de compléter notre formation par un séjour à l'étranger.

diologie, sans cependant préciser ses intentions de s'occuper particulièrement des enfants. Sainte-Justine ne faisait alors que débiter et

personne ne prévoyait encore l'essor que pouvait prendre chez nous un hôpital destiné exclusivement à la pédiatrie.

Ses études terminées, Comtois s'empressa de s'inscrire à un cours spécial de radiologie à l'hôpital « Post-Graduate » à New-York, dans le service de Mayer, dont la compétence était bien connue, et il y séjourna environ une année. Par la suite, il partit pour la France, où il passa une nouvelle année dans les hôpitaux de Paris et fréquenta particulièrement le service de Maingot, de qui il conserva toujours un excellent souvenir et où il acquit des connaissances approfondies dans la spécialité qu'il avait choisie. Je rencontrai Comtois à Paris vers la fin de son séjour, et il me laissa alors entrevoir qu'il devait très probablement entrer à Sainte-Justine comme radiologiste. Comme je devais également faire partie du personnel de cet hôpital, je l'encourageai fortement dans ses intentions et je crois qu'il n'a jamais regretté sa décision.

Il faut avoir vécu avec Comtois pour le juger et l'apprécier. A mon retour de Paris en 1922, je le vis très souvent et nombreuses ont été les occasions de nos rencontres, à l'hôpital, à l'étranger où nous avons fait de nombreux voyages d'études, pendant plusieurs vacances que nous avons passées ensemble et au Cercle Universitaire, que nous avons fréquenté si longtemps. Je crois que j'ai bien connu Comtois et je peux rendre le témoignage qu'il a toujours été un excellent compagnon sur qui on pouvait compter. Dans ses moments de détente, il savait créer une atmosphère de camaraderie et de bon aloi qui rendait nos réunions toujours agréables.

Dans le domaine de l'électro-radiologie, particulièrement dans le champ si vaste de la pédiatrie, Comtois avait acquis une expérience considérable et je n'hésite pas à écrire qu'il avait une compétence très personnelle et incomparable dans notre milieu. Il a grandement contribué au développement de Sainte-Justine

et les services qu'il nous a rendus ne peuvent être appréciés par quelques mots. Nous avons tous une confiance à toute épreuve dans ses interprétations et opinions radiologiques et, pour ma part, je ne compte pas les occasions où il m'a tiré d'embarras. Son département à Sainte-Justine, commencé avec des moyens limités, a pris avec les années une ampleur que seuls les locaux pouvaient limiter. Comtois n'était pas seulement un électro-radiologiste, il avait également un sens clinique qu'il se plaisait à manifester et à partager avec ses collègues.

Comtois, loin de se cantonner dans sa spécialité, où il a pris une part très active dans la fondation des sociétés des Electro-radiologistes de la Province de Québec et du Canada, s'est également intéressé aux questions médicales en général, et ses conseils et son expérience ont toujours été très appréciés.

Malade depuis environ un an, alors qu'il se doutait un peu de son état, il avait dû diminuer ses activités bien qu'il conservât l'espoir de pouvoir se remettre au travail. Il y a à peine trois mois, il me parlait encore de ses projets d'avenir, mais, quand il se rendit compte que sa santé, malgré de nombreux traitements, semblait s'aggraver, il en prit son parti et il m'a maintes fois répété qu'il ne voulait pas languir. Deux heures avant sa mort, il me disait encore qu'il ne voyait plus d'espoir mais qu'il n'en était pas autrement inquiet. J'ai assisté à la préparation finale de toutes ses obligations et, après mes courtes visites, je ne pouvais le quitter sans éprouver un sentiment de respect et d'admiration.

Le docteur Comtois a grandement mérité de tous ses collègues et ceux de Sainte-Justine, en particulier, conserveront de lui, j'en suis sûr, un souvenir très reconnaissant. Pour ma part, je perds un excellent ami avec qui j'ai passé de très agréables années.

Edmond DUBE.

## BULLETIN

---

### JUGEMENT SUR LA CHIROPRACTIQUE

*Après avoir étudié pendant plusieurs mois ce que vaut la chiropratique, une Commission, nommée par le Gouvernement de la Province de Québec et chargée d'enquêter, a tiré les conclusions suivantes:*

#### CONCLUSIONS FINALES

*Pour les raisons indiquées plus haut et qui deviennent encore plus complètes à la lecture de toute la preuve, la majorité des membres de la Commission conclut:*

a) *Que les chiropraticiens ont entièrement failli dans leur tâche d'établir que leur théorie repose sur un fondement scientifique;*

b) *Que leur pratique des manipulations de la colonne, inutile dans la plupart des cas, est dangereuse dans un grand nombre d'autres;*

c) *Que l'enseignement dispensé dans les écoles de chiropratique existantes est d'après la preuve notoirement inférieur à un standard raisonnable, et cela de l'aveu même des chiropraticiens;*

d) *Que notre province possède des institutions hautement qualifiées pour dispenser l'enseignement médical, et il n'apparaît aucune raison valable pour permettre que l'art de guérir soit enseigné dans des écoles infiniment moins qualifiées et situées en dehors de la province, par conséquent hors de tout contrôle de notre Gouvernement Provincial.*

*Joseph Marier, président,  
Eugène Robillard, commissaire.*

\* \* \*

Voilà qui est concis, net, précis, vrai et juste. A vrai dire, nous n'aurions rien d'autre à ajouter à ces éloquents conclusions. Elles reflètent parfaitement la pensée des médecins à l'égard de la chiropratique.

Tous ceux des nôtres qui ont participé de loin ou de près à cette enquête et ont éclairé la voie qui conduisit à cette opinion définitive, ont droit à de la gratitude.

Gratitude du corps médical, bien sûr, puisqu'ils ont servi une juste cause et bien représenté la profession. Mais, par-dessus tout, gratitude de la population en général, des profanes. Car, en somme,

c'est leur bien-être, leur santé et leur bonne foi qui sont ainsi sauvegardés.

Les chiros se croiront peut-être lésés dans leur droit. Mais, en fait, des intérêts des deux groupes en présence, lesquels doivent l'emporter?

La population est-elle en fonction des chiros?

Ne doit-on pas plutôt juger si les chiros sont en mesure de la servir?

Si à la lumière des faits, si par l'étude des principes de la chiropratique et par l'appréciation de ses moyens d'action, on estime qu'elle ne peut pas servir la cause des malades, qu'elle peut même, au moins par omission, leur être à préjudice, le seul jugement à porter est celui qui fut adopté par la Commission de l'enquête.

Il est vrai que les chiros ont le droit d'exercer dans la majorité des Etats américains et dans quelques Provinces canadiennes. Cela ne démontre en rien l'excellence de leur méthode et de leurs activités. C'est bien plutôt l'effet soit de leur influence en haut lieu, ou encore la conséquence de l'application intégrale du principe de la liberté d'entreprise. C'est aussi qu'on laisse au jugement des individus de choisir ceux qui pourraient traiter leurs maux.

On peut se demander si, dans le domaine de la pathologie, le jugement du profane peut s'exercer avec sagacité. Cette liberté bivalente n'encourt-elle pas plutôt un abus de confiance répété et de conséquences malheureuses qui sont des préjudices sérieux à la santé?

Le rôle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est, entre autres devoirs, de préserver la santé de la population. S'il juge que l'application du principe de libre entreprise pour le traitement des malades est un danger pour la santé, il doit estimer qu'il est en l'occurrence mal adapté aux circonstances, qu'il est vicié dans son objet. Ses fonctions lui ordonnent de signaler le danger et de démontrer que ce principe très estimable, poussé à l'extrême, conduit à l'absurde et à l'abus.

C'est là le procès de la chiropratique auprès de notre Collège.

Le sens commun a prévalu à la Commission d'enquête.

Espérons qu'il maintiendra sa primauté lorsque le litige sera porté auprès de nos législateurs.

Roma AMYOT.

## COMMENT CRAINDRE LA POLIOMYÉLITE

Chaque été, une inquiétude tenace, presque un affolement, s'empare des esprits de ceux qui ont des enfants et qui les chérissent. C'est que, à la même saison, revient une vague de poliomyélite qui déferle avec plus ou moins d'irrésistibilité et d'effets dévastateurs selon le caractère plus ou moins épidémique de l'infection.

La population, en effet, craint itérativement que l'affection ne prenne une allure virulente et extensive, en souvenir de l'expérience éprouvée dans une même région au cours des années passées.

D'autant plus que chaque année la poliomyélite apparaît d'une façon imprévisible dans une contrée, ou même dans telle ou telle partie d'un même pays aux vastes étendues comme le Canada ou les Etats-Unis.

Cette crainte est certes compréhensible, puisqu'elle découle d'un danger qui menace la vie de ses enfants ou qui pourrait leur infliger pour la vie une pitoyable infirmité.

On connaît trop bien l'impuissance totale de la médecine à conjurer le péril; au surplus, on sait que la science médicale ignore, même si elle reconnaît qu'un virus est responsable de cette maladie, comment se propage l'infection, par quel truchement ce virus assaille ses victimes, par quelles voies il passe d'un sujet infecté ou porteur à un être sain.

On est ainsi plongé dans une épaisse obscurité, sentant que l'ennemi rôde autour de soi, mais n'ayant aucun moyen de pressentir le moment de son assaut et de prévoir la violence avec laquelle il se jettera sur sa proie. Cette incertitude, cette appréhension qui maintiennent dans une expectative aveugle et angoissante sont par-dessus tout les motifs inconscients de cette crainte insurmontable des parents pour la santé de leurs enfants.

On a désiré avec le plus ardent enthousiasme l'éclat et les ardeurs réconfortantes du soleil estival, la période des vacances et le séjour à la campagne, dans les clartés fascinantes de la montagne, sur les rives d'une paisible rivière ou d'un lac grave et silencieux. Et pourtant, on voudrait que le temps précipite son cours, on implore la venue des jours gris et tristes de l'automne, afin que les activités du virus soient, sur-le-champ, annihilées et que sa diffusion soit arrêtée avant qu'il n'ait pénétré dans son foyer.

On sacrifierait tout pour la vie et la santé de ses enfants, pour éviter que leur bonheur soit morcelé.

Cependant, la connaissance de certaines compilations statistiques projette une lumière bienfaisante sur le problème qui nous occupe. Elle peut tempérer l'inquiétude, en rationalisant en quelque sorte les motifs qui en marquent la genèse.

La poliomyélite ne touche qu'un sujet sur 1,000 et les enfants au-dessous de 10 ans constituent 90% de la totalité des atteints par l'infection. On peut ajouter qu'au cours des pires épidémies la proportion peut s'élever jusqu'à 5 pour 1,000. De ces malades, seuls 20% portent des séquelles paralytiques.

Pour figurer plus objectivement ces pourcentages, admettons la survenue d'une épidémie au sein d'un groupe de 10,000 personnes. Qu'advient-il? Cinquante (50) sujets seront infectés et manifesteront des signes cliniques, dix (10) des survivants émergeront de leur maladie avec une infirmité plus ou moins sérieuse (qui n'empêchera pas nécessairement plus tard la poursuite d'une carrière utile et lucrative). Confrontons les deux chiffres: 10,000/10. Le décalage marqué entre eux ne peut que surprendre agréablement ceux qui les ignoraient. D'autre part, selon les prévisions les plus vraisemblables, on peut accepter que, de ces 50 malades, 2 à 5 mourront de leur poliomyélite. Sans doute, certaines épidémies semblent offrir une virulence plus sévère et comporter une affinité plus grande pour la partie supérieure de la moelle et le bulbe, mais malgré tout l'indice de mortalité ne dépassera pas considérablement la proportion que représentent les chiffres sus-mentionnés.

Et s'il est possible de calmer certains esprits, répétons laconiquement ces chiffres: 10,000 sujets — 50 malades — 10 infirmes par paralysie résiduelle plus ou moins importante — 2 à 3 mortalités. Tableau qui n'a rien de terrible.

Voilà ce que peut apporter la froide constatation des faits.

Evidemment, il y a le hasard, la mauvaise carte tirée, le sort malheureux et le risque imprévisible. C'est incontestable. Mais c'est bien le fait d'autres maladies, d'autres infections de l'enfance aussi virulentes et aussi lourdement responsables de mortalités.

La poliomyélite est certes une maladie à craindre, mais elle n'a pas l'affolante puissance de destruction et l'efficiencia d'infirmités dont les faits rapportés en crescendo dans les journaux et la radio donnent l'impression.

Impression péjorative de faits réels, parce que non appréciés objectivement par la raison, mais plutôt captés par une fébrile et aveuglante émotivité.

Roma AMYOT.

L'APPENDICE  
ÉTUDE COMPARÉE DU DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE,  
DES CONSTATATIONS OPÉRATOIRES, ANATOMO-  
PATHOLOGIQUES, ET DES RÉSULTATS  
CLINIQUES ULTÉRIEURS.<sup>1</sup>

L.-P. BELISLE,  
Electro-radiologiste (Montréal, Canada).

« A condition that is among the most difficult to diagnose within the entire list of surgical diagnoses. But one which is made everywhere, every day, by everybody, with as much nonchalance and much less evidence than is called to one's support in commenting upon the weather. One might say of this condition that it is the *most treated* and the *least diagnosed* surgical disease. »

(F. G. Connell: « Chronic appendicitis, so called. » *Med. Rec.*, 99: 214-218, 1921.)

Questionné un jour sur le rôle de l'appendice, le Dr ALEXANDER JOHNSON répondit: « Il contribue pour une large part à faire vivre une noble profession. » Et MOYNIHAN (83) ajoutait avec son expérience de chirurgien: « La plupart des ulcères d'estomac siègent dans la fosse iliaque droite. » Boutades sans portée ou accablantes accusations? Je laisse à l'honnête praticien et au chirurgien de devoir la tâche facile de se disculper devant sa propre conscience. Grâce à Dieu, nous ne sommes pas encore, à l'exemple de tel Etat de l'ouest américain, contraints de légiférer contre les appendicectomies inutiles! Il n'est reste pas moins vrai qu'à l'exception du public médical, le non-initié est généralement frappé par la complexité des manifestations cliniques qu'on attribue à l'appendice, autant que par la fréquence des « exécutions sommaires » dont il est l'objet [Covoc (29)]. Tant de supposés malades de l'appendice se portent à merveille qui n'ont pas été opérés, et tant d'opérés qui traînent encore leurs malaises... Un médecin de chez-nous a déjà fait le courageux procès

des résultats éloignés des opérations pour appendicite chronique (12).

Sujet complexe et controversé auquel l'ère radiologique apportait des promesses de lumière. En 1902, BÉCLÈRE (6) écrivait déjà un important travail sur la radioscopie et la radiographie des viscères; il publiait ensuite en 1909 (7) son premier communiqué sur l'opacification appendiculaire. En Allemagne, LIERTZ (1910) met le premier au point les considérations techniques de l'exploration; en France, DESTERNES (36), GOURCEROL (51); en Angleterre, JORDAN (62); en Scandinavie, BERG, FOESSELL; aux Etats-Unis, CASE (19) présente en 1912, au congrès de l'American Roentgen Ray Society, la première série, en Amérique, d'explorations radiologiques de l'appendice; elle porte sur 60 cas. L'auteur y définit remarquablement les conditions générales de l'examen, souligne l'importance de la douleur et soupçonne de pathologie tous les appendices visibles, surtout avec stase barytée. Et ce fut, depuis, à un rythme accru un tel foisonnement de publications que la simple nomenclature en serait déjà longue et infidèle. Par les apports successifs, les méthodes d'ex-

1. Au docteur LOUIS DELHERM, en filial hommage. Au docteur JAMES T. CASE, en respectueuse admiration.

ploration de l'appendice se précisaient, sans entraîner, loin de là, l'unanimité; mais c'est sur l'interprétation des images que réside encore aujourd'hui le plus de mésentente et de contradictions. Malgré tout le chemin parcouru depuis l'ère des pionniers, cela nous permet de réaliser combien vaines et même nuisibles sont nos recherches, si sur la foi de signes trompeurs nous poussons vers la table de chirurgie un nombre de plus en plus grand de futurs « balafrés de l'abdomen », candidats de demain à la névrose et à la dyspepsie, qui iront grossir les rangs des parasites de cliniques et des crampons de bureaux de consultations.

En ces dernières années, nombre de confrontations sérieuses ont été faites des signes radiologiques de l'exploration appendiculaire avec les constatations postopératoires ou anatomo-pathologiques [GIBSON, DEEVER et RAVVIN (33), COQUI (28), LARIMORE (20), SAHYOUN et OPPENHEIMER (96)]. Nous avons cru intéressant de juger de la valeur de la méthode d'exploration non seulement par le contrôle du scalpel et du microscope, mais aussi à la lumière du comportement clinique ultérieur des malades.

Nous avons examiné les dossiers de 1,363 patients examinés pour troubles digestifs par la voie haute en trois ans (juin 1945 — juin 1948). De ce nombre 255 (19%) présentaient au cours de notre exploration des signes pouvant, à notre avis, être interprétés comme des signes de pathologie appendiculaire. Nous leur avons adressé un questionnaire auquel 193 ont répondu. De ceux-ci, 74 (38%) ont été opérés. L'état de santé actuelle, d'après leur propre réponse, est inséré au tableau qui figure à la page 17.

I — Nous répondrons d'abord aux objections générales depuis longtemps formulées contre l'exploration radiologique de l'appendice.

II — Nous motiverons ensuite le choix de la méthode, dont nous décrirons les phases successives.

III — Nous présenterons succinctement les constatations qu'elles permettent, retraçant, chemin faisant, les opinions les plus courantes et les plus logiques, avec quelques commentaires sur les résultats de notre petite enquête.

#### I — OBJECTIONS GÉNÉRALES

Il faut concéder qu'il existe des obstacles sérieux, ou du moins sérieusement invoqués, contre l'exploration radiologique de l'appendice: a) de par l'anatomie même de la région; b) de par la physiologie encore peu connue de l'appendice; c) de par les relations également peu connues entre l'état pathologique appendiculaire ou ses séquelles et les manifestations cliniques dont cet état pourrait être responsable.

##### A) *Obstacles d'ordre anatomique.*

La première condition d'exploration est la visibilité de l'organe exploré; or de fréquentes malformations ou anomalies de développement embryologique s'opposent à cette visibilité: les obstacles à une opacification directe (coudure par méso-appendice peu développé et très court); les superpositions gênantes: cæcum anormalement bas ou mobile, dont le palper et la mobilisation directe sont la plupart du temps impossibles. Même dans le cas d'un appendice visible, ces anomalies de méso-appendice trop court et de cæcum trop fixé pourront venir contrecarrer la valeur des renseignements obtenus, en laissant à tort suspecter l'appendice; puis les états pathologiques du cæcum et de la valvule iléo-cæcale; toutes conditions entraînant une immobilisation relative et à priori suspecte de l'appendice.

Les malformations ou anomalies d'origine embryologique ne constituent qu'une très faible incidence: de 0.2% à 1.5% d'après les anatomistes — ce qui est négligeable. Les superpositions gênantes et les anomalies d'implantation appendiculaire représentent 5% des cas, d'après Mallory. Si l'appendice est quand même visible, on pourra le penser secondairement fixé; mais on verra plus loin qu'il existe plusieurs variétés de fixation, les unes inoffensives, les autres prédisposant à la pathologie, comme semblent le démontrer certains résultats opératoires que nous analyserons, au chapitre des commentaires.

B) *Obstacles d'ordre physiologique.*

La physiologie de l'appendice nous est encore trop peu connue; il est impossible d'accorder un crédit sérieux au fait qu'il s'opacifie ou non, qu'il est ou non douloureux, etc...

Des expériences ont permis d'établir que l'appendice vermiforme, manchon de tissu folliculaire ayant sa propre musculature de fibres circulaires et longitudinales, se remplit et s'évacue plusieurs fois au cours d'une traversée digestive. On reconnaît que son remplissage est sous l'effet direct du remplissage cæcal et que son évacuation est le résultat de ses contractions autonomes. Le rythme de cette alternance est donc lui-même soumis aux caprices des contractions cæcales; de là l'horaire fantaisiste de l'opacification appendiculaire; il s'ensuit que la non-opacification, au moment d'un examen, peut être l'effet de cette alternance, et non toujours d'une cause pathologique. L'opacification ou la non-opacification appendiculaire n'est donc pas un élément de diagnostic pathologique. D'ailleurs, il semble que, dans notre série d'appendices jugés pathologiques, nous ayons eu autant d'opacifiés que de non-opacifiés.

Quant à l'appendice douloureux, il est toujours pathologique; encore faut-il distinguer au cours de notre exploration la douleur de l'appendice de la douleur du cæcum qu'on rencontre fréquemment dans les cœlites proximales, les stases droites et les viscéroptoses<sup>1</sup>. La douleur uniquement localisée au rebord interne du cæcum permettra de soupçonner fortement l'appendice, surtout s'il ne s'est pas opacifié. Mais d'autres éléments, qui seront analysés avec les résultats de l'examen, viendront apporter un caractère de présomption encore plus forte au diagnostic.

1. Nous partageons l'avis que la stase droite, pour peu que nous en recherchions les signes cliniques et radiologiques, explique la majorité des cœcums douloureux par ailleurs asymptomatiques. G. Esguerra Gomez, dont l'expérience est considérable, prétend que 10% des cœcums normaux sont douloureux au palper profond.

C) *Obstacles d'ordre clinique.*

L'appendice, c'est le point d'interrogation de l'abdomen: tant de maladies peuvent simuler une appendicite, et vice versa. L'exploration radiologique n'apporte-t-elle pas un additionnel élément de confusion?

Les cliniciens connaissent trop bien le polymorphisme des manifestations appendiculaires pour qu'il soit nécessaire d'insister sur les difficultés qu'on rencontre parfois à bien asseoir son diagnostic.

En fait, presque tous les états aigus de l'abdomen peuvent, à une certaine phase de leur évolution, simuler une appendicite; c'est là une notion devenue banale; d'abord les états pathologiques, infectieux ou tumoraux de l'iléon, du cæcum ou de la valvule; les affections biliaires, pleuro-pulmonaires droites, gynécologiques [BOYCE (14)], rupture de follicule [RIBAS (93)], ou urologiques [STROMINGER (103), BUTTS (17)]; les parasitoses digestives diverses: ténia [ALVAREZ (2)], ascaris [FERÉROS (46)]; les accidents infectieux généraux comme la mononucléose [GREENE (54)]; les accidents du réseau vasculaire abdominal: lymphadénites, thromboses [HANGEN (55), MAINETTI (75)]; à l'appareil locomoteur, certaines douleurs inguinales, les froissements musculaires du grand droit de l'abdomen [ALLEN (1), BABBAGE (4)]; parfois certaines douleurs vertébrales (par spasme du psoas et viciation d'attitude); MURRAY (84) prétend même qu'un certain nombre de pseudo-appendicites ne sont que des radiculalgies abdominales.

Il y a aussi, pour ne les mentionner qu'en passant, les troubles fonctionnels ou organiques si variés de l'appareil digestif: ulcus (LARIMORE), aérocolies bloquées [CHATON (23)], stase droite, volvulus d'un cæcum mobile, invagination, etc...

Toutes ces possibilités ne doivent que renforcer notre désir d'épuiser tous les moyens diagnostiques à notre disposition en commençant par une exploration radiologique aussi complète que possible du tube digestif. Ainsi, le risque sera moins grand d'escamoter un ulcus ou un calcul biliaire, que SOLIERI appelle, avec

l'appendicite, « l'harmonieuse trilogie de l'abdomen droit ». C'est à cette condition que nos recherches sur l'appendice prendront toute leur signification dans le cadre général. Il serait, à mon sens, aussi grave d'ignorer la phase appendiculaire en radiologie digestive, que de prétendre, en son nom, lever tout doute sur l'appendice au cours de chaque examen.

Si la recherche du point douloureux est un important élément de diagnostic, ne présente-t-elle pas parfois des irradiations paradoxales destinées à accroître notre doute?

Nous rencontrons parfois, au palper de la fosse iliaque droite, une douleur irradiée péri-ombilicale ou épigastrique. Nous ferons état, plus loin, des constatations relevées chez quelques cas de notre série qui présentaient de ces irradiations. Il suffit, pour maintenant, de rappeler l'anatomie des relais lymphatiques de l'abdomen droit: le groupe iléo-cæcal (de situation variable) se déverse dans le groupe mésentérique, qui par la face antérieure de la 3e portion du duodénum s'oriente en profondeur vers la région lombaire. Au niveau du duodénum, il existe parfois des relais anormaux opérant la continuité entre le groupe appendiculaire et le groupe duodénogastrique [BRAITHWAITE, 1923 (15)]. Nous aurions là une explication logique d'un certain nombre de douleurs irradiées constatées au palper de la fosse iliaque droite.

Le problème de la douleur supposée appendiculaire se complique singulièrement chez la femme par la présence de l'ovaire droit. L'exploration radiologique serait-elle donc chez elle dépourvue de valeur?

Il faut avouer que l'exploration radiologique de l'appendice chez la femme présente souvent de très grandes difficultés. Un examen gynécologique rigoureux s'impose, de toute évidence. S'il est négatif, la douleur au palper de l'appendice, sa position érectile, sa fixation reprennent une bonne part de leur importance. Il faut particulièrement chercher chez la femme à obtenir par la compression progressive la remontée du cæcum, et le dégagement de l'appendice hors de la zone pelvienne. Dans un

certain nombre de cas, il sera possible, en maintenant par la pression la position cæcale haute, de conclure par le palper direct à l'autonomie de la douleur appendiculaire.

Mais nous avons parlé des anomalies anatomiques, obstacles à une bonne exploration de la fosse iliaque droite; et l'on sait que la femme a le peu enviable privilège de la majorité des viscéroptoses, avec cæcum bas situé, généralement impossible à mobiliser au cours de l'exploration.

Ceci nous condamnera donc d'avance à un certain nombre d'appendices masqués et d'examen inutiles. D'autre part, la bilatéralité des points douloureux parfois révélée par notre examen, les douleurs de la fosse iliaque droite exacerbées au moment des menstruations, facteurs incriminants de l'ovaire, deviendront souvent des signes prépondérants et incontestables. A moins que l'un et l'autre des tableaux ne s'imbriquent ensemble: appendice fixé par son bout distal dans le petit bassin et tendu par la remontée cæcale chez une patiente à symptômes ovariens, nous aurons alors — d'une pierre deux coups — atteint un double et facile objectif diagnostique.

L'examen radiologique ne fait-il pas perdre dans certains cas urgents un temps précieux au chirurgien?

Bien qu'il apporte des renseignements de valeur (déformation iléo-cæcale, etc.), l'exploration radiologique est à déconseiller dans toutes les phases aiguës d'appendicite, et pour le temps perdu, et pour l'effet fâcheux des manipulations sous l'écran, alors qu'un abcès avec sphacèle pariétale est peut-être en voie de formation. Il ne s'agira donc, dans le présent travail, que de manifestations dites chroniques<sup>1</sup>. Leur cortège demeure d'ailleurs important, si l'on joint aux manifestations spontanées ou provoquées de la fosse iliaque droite tous les troubles subjectifs de l'étage supérieur ou du côlon, qui ne sont si souvent qu'une fâ-

1. La plupart des appendicites aiguës le seraient d'emblée, un petit nombre se greffant sur des lésions préalables d'appendicite chronique (Rohdenberg).

cheuse répercussion d'un désordre appendiculaire.

## II — LA MÉTHODE

Si les objections générales contre l'exploration radiologique de l'appendice ne tiennent guère à l'analyse des faits, il n'en faut pas moins glaner avec sagesse et éclectisme dans les procédés et les observations de nos devanciers, en même temps que soumettre notre expérience à la plus rigoureuse critique. C'est de cette façon qu'une méthode — d'ailleurs toujours perfectible — deviendra entre nos mains un adjuvant précieux de l'exploration clinique.

BERG (10) préférerait le lavement au repas baryté; mais on admet aujourd'hui que la voie haute est la méthode de choix. Elle donne un pourcentage de visibilité appendiculaire d'environ 50 à 75%; elle permet, dans des conditions normales de transit du grêle, une étude détaillée de la région iléo-cæco-appendiculaire, après une période de 4 à 5 heures, avec tout le loisir, l'attention et le soin désirés.

Le lavement opaque, pourtant encore si en vogue pour la fin qui nous occupe, ne me paraît réunir aucune de ces caractéristiques. En effet, malgré le lavementage préalable, le cæcum s'avère difficile à remplir adéquatement dans les constipations droites, les cæcums mobiles ou les viscéroptoses.

Si, d'autre part, son remplissage est satisfaisant, la pression transmise des autres segments du côlon nous fait atteindre aisément et en quelques secondes à un état de surpression et conséquemment à une distension cæcale et à son cortège de malaises impossibles à distinguer d'un état pathologique autonome de l'appendice. Ajoutez à cela: la nécessité de faire vite, au risque de voir le baryum « revenir » sur la table; la fréquente absence d'opacification de l'iléon terminal, parfois si riche de renseignements, et l'impossibilité où l'on se trouve souvent d'opérer avec efficacité le palper digital et instrumental de la région suspecte, phase essentielle de l'examen.

Quant à l'examen de la région appendiculaire effectué après l'évacuation du lavement, il faut lui concéder l'avantage d'être plus expéditif et de permettre un fort pourcentage de visibilité appendiculaire; mais il nous a semblé qu'en raison même du lavement et de l'évacuation récente, il persistait une douleur au palper de la région dont le rapport avec l'état de l'appendice est la plupart du temps impossible à établir.

« La pratique du lavement pour l'étude de l'appendice, écrivaient JACQUET et GALLY, en 1931 (61), nous semble une méthode foncièrement défectueuse par la suppression qu'elle apporte d'éléments de premier ordre ».

A ce moment, après une adaptation parfaite de l'œil à l'obscurité, commencera l'observation fluoroscopique, en décubitus dorsal. Les genoux du patient sont relevés par un appui solide des pieds au moyen de sacs de sable, afin de favoriser le relâchement de la paroi abdominale; on trouvera toujours grand avantage à rechercher la collaboration du patient en le mettant brièvement au courant de la manœuvre de palpation à effectuer. La main gantée et opaque sera douce à souhait sous l'écran, de tiédeur bien éprouvée avant le contact du ventre qu'il faut apprivoiser, et toute prête à retirer la pression qu'elle exerce, à la moindre parole ou au moindre signe de défense. Quand le palper lent, mesuré, a plusieurs fois parcouru l'abdomen, elle s'arrête enfin à la fosse iliaque droite; non dans un désordonné et vain malaxage, mais avec une douceur qui pressent la souffrance; profitant des expirations rythmiques du patient pour pénétrer plus avant, elle explore l'iléon, le cæcum, l'appendice lui-même, s'élargissant de tout le bout plat des doigts réunis pour apprécier leur mobilité ou leur fixation, s'arc-boutant et plongeant en axe presque vertical pour reconnaître avec exactitude les points douloureux. Une fois bonne note prise de ces constatations, il est très utile de terminer l'exploration par une pression mécanique mesurée et graduelle de la région appendiculaire. On peut se servir à cette fin de palpeurs de diverses

catégories. Nous utilisons pour notre part un cylindre de coton de cinq pouces de hauteur par trois de diamètre, que la main gantée ajuste perpendiculairement à la peau, en sondages répétés, sous l'écran mobile qui sert de levier. Ce cylindre de coton fermement roulé, qui n'est pas opaque, ne masque pas, comme le gant plombé, les déplacements des organes comprimés; il possède à la fois suffisamment de fermeté et de souplesse pour en faire, à mon sens, un moyen de recherche aussi important que la main. A ce moment, apprivoisée par le palper manuel, la fosse iliaque droite se livre davantage. On peut ainsi apprécier avec plus d'aisance les déplacements de l'iléon, du cæcum et de l'appendice, avec, comme point de repère, leur situation respective *avant la pression* (fig. 1-2, 5-6, 8-9, 24-25, 26-27).

Les obliques variées, le profil, la position debout et ventrale et le Trendelenburg seront d'un grand secours pour localiser un point douloureux donné ou pour étudier sa persistance; pour apprécier une fixation appendiculaire ou cæcale, voire pour mettre en évidence un appendice rétro-cæcal impossible à déceler dans le simple décubitus dorsal. On sait par exemple que l'iléon terminal aborde généralement le cæcum d'un plan qui lui est légèrement postérieur; la position oblique droite aura donc souvent l'avantage de les décaler l'un par rapport à l'autre avec plus d'efficacité, de permettre l'étude de leur mobilité respective si souvent compromise par des adhérences d'origine appendiculaire.

Inutile leçon de clinique? Le radiologiste ne perd jamais ses droits de clinicien. Dans la chambre noire où s'élabore péniblement la recherche de quelques signes ténus pouvant déceler la cause morbide, rien ne doit être négligé qui puisse contribuer à les mettre en valeur.

### III — CONSTATATIONS ET COMMENTAIRES.

#### A) *L'appendice est invisible.*

Longtemps, l'appendice invisible fut considéré comme pathologique. On admet généralement aujourd'hui qu'il n'en est rien, à la lu-

mière des notions de physiologie énoncées plus haut. Il faudra d'abord tenter de l'opacifier pour en faire une étude directe. Parfois, le simple malaxage du cæcum y parviendra; parfois, il faudra recourir aux repas répétés [CZÉPA (31)]; parfois, l'examen de 24 heures, par les brassages répétés du péristaltisme, le montrera spontanément. Après GOTTHEINER, ESQUERRA GÓMEZ (42) conseille l'administration d'un laxatif à la 6e heure, pour augmenter considérablement le pourcentage de visibilité à la 24e. STIERLIN utilisait déjà l'huile de ricin pour son action remarquable sur les contractions cæcales. Il nous est arrivé d'utiliser avec avantage cette suggestion, pour confirmer un diagnostic qui serait resté hésitant. Dans notre série de 193 appendices jugés pathologiques, 130, soit 68%, étaient spontanément visibles. S'il demeure toutefois invisible en dépit de tous les procédés utilisés, il sera impossible de se prononcer de façon directe sur son état; mais la douleur localisée au rebord interne du cæcum, à l'endroit présumé de l'implantation appendiculaire, deviendra une présomption sérieuse de pathologie, surtout si l'intégrité de forme, de situation et de mobilité de l'iléon et du cæcum apparaît comme indubitable.

Que penser des perturbations fonctionnelles de voisinage telles que spasmes du cæcum avec ou sans incisure, spasme segmentaire ou stase de l'iléon terminal dont certains auteurs font des signes presque constants de souffrance appendiculaire? Sans leur enlever l'importance que certains leur confèrent, nous avouons, avec CHIRAY, LAMON et AMY (24), ne les avoir rencontrés que dans un petit nombre de cas. Et il semble que ce soit surtout chez les cas où l'appendice demeure non opacifié. Ceci n'a rien d'étonnant en ce qui concerne surtout le spasme cæcal, puisque, comme nous le savons, la visibilité appendiculaire est sous la dépendance directe du remplissage du cæcum<sup>1</sup> (fig. 23 et 24).

1. Kantor a montré le rôle du spasme de la valvule iléo-cæcale dans toutes les variétés de côlites, avec ou sans réaction appendiculaire; il semble donc difficile de lui accorder une importante valeur sémiologique dans le problème qui nous occupe.

Dans notre série de soixante-quatorze opérés, nous avons rencontré ces signes secondaires avec la fréquence suivante: spasme de l'iléon, 6; stase iléale, 4; adhérences iléo-cæcales, 4; quant aux perturbations hautes: pyloro-spasmes, aérogastrie, rétention gastrique, elles compliquent souvent, comme l'on sait, le tableau de l'appendicite. Ces signes indirects additionnés de l'étage supérieur et du carrefour appendiculaire se manifestent avec une fréquence relative. Il faut savoir les discerner, les enregistrer soigneusement, pour qu'ils viennent contribuer, en l'absence d'opacification appendiculaire, à raffermir notre diagnostic.

#### B) *L'appendice est visible.*

ALVENS considérait l'appendice visible comme pathologique dans la plupart des cas. Cette opinion ne nous semble pas plus vérifiée par les faits que l'opinion contraire accusant d'être malades tous les appendices non opacifiés. Si l'appendice est visible, il nous sera loisible d'étudier:

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| 1) sa forme        | 4) sa longueur |
| 2) son orientation | 5) sa mobilité |
| 3) son calibre     | 6) sa douleur. |

1) *Sa forme.* Réserve faite de l'infime proportion d'anomalies dont nous avons parlé aux objections générales, l'appendice normal est souple; il décrit au hasard des ondes péristaltiques du grêle qui le portent, des sinuosités fantaisistes et inconstantes; il n'est pas figé dans une attitude coudée ou en crochet; si tel paraît être le cas, le palper et la compression régionale décrits plus haut permettront de réaliser que ses formes tortueuses ne sont pas artificiellement créées par la superposition des plans sur l'écran, mais qu'elles se reproduisent toujours les mêmes, conservant toujours des rapports identiques avec le cæcum qu'elles suivent dans son ascension, si lui-même n'est pas fixé. Il s'agit alors soit d'infiltration de la lumière appendiculaire, soit de sclérose-séquelle par réaction péri-appendiculaire (fig. 25, 26, 27, 28).

Quant à l'appendice longtemps visible après le transit d'épreuve, CASE le considère à priori suspect, surtout s'il demeure opacifié après l'évacuation totale du côlon (il ne faut parler de stase appendiculaire que s'il n'y a pas stase colique; l'appendice ne peut se déverser dans un cæcum rempli). Pour POPP, cette persistance même tardive ne constituerait qu'une anomalie subnormale, sans preuve pathologique définie. Pour Bowcock (13), elle n'aurait de signification qu'en présence de troubles gastro-intestinaux inexpliqués. Il nous est en tout cas fréquemment arrivé de la trouver en dehors de tout syndrome pouvant se rattacher de près ou de loin à une manifestation appendiculaire. Par contre nous avons, dans notre série d'opérés cliniquement très bien, un cas de stase appendiculaire de 24 heures, avec fixation relative et douleur. Et dans notre série de non-opérés, nous relevons deux cas de stase appendiculaire chez lesquels persistent toujours les mêmes troubles près de deux ans après l'examen. Il nous paraît donc sage de tenir comme suspects ces appendices; car atonie anormale ou fixation par brides, il y a là une anomalie favorisant de la stase et peut-être de l'infection (fig. 23).

2) *Son orientation.* Elle est très variable, à l'état normal, et aussi capricieuse que sa forme; le glissement du péritoine et le déplacement des anses iléales peuvent aussi bien nous montrer l'appendice dirigé vers le foie que vers le plancher pelvien; mais le palper, de nouveau, pourra modifier cette attitude. Sinon, il y a fixation en tout ou en partie du trajet appendiculaire, présomption additionnelle de pathologie ancienne ou récente.

3) *Son calibre.* Nous avons vu la dépendance étroite de l'appendice avec l'état de remplissage du cæcum et sa tonicité. Il sera donc normal qu'un appendice sain présente un aspect lacunaire, quand il reçoit de façon fragmentaire et spasmodique la substance opacifiante. Si toutefois ces images présentent une grande constance de situation ou de forme, il pourrait s'agir de stercolithes.

Ces stercolithes peuvent avoir une importance pathologique considérable. ARCHIBALD prétend qu'il y en a dans 50% des cas de perforation appendiculaire et dans 80% des appendicites abcédées ou gangreneuses. Certains prétendent que, spontanément visibles et même sans signes cliniques avoués d'appendicite, ils constituent un signe de danger (fig. 31).

Quant aux rétrécissements de la lumière appendiculaire, ils peuvent être, comme nous l'avons vu, des contractions circulaires. WHITE (107) remarque qu'on les trouve beaucoup plus fréquemment au cours des examens radiologiques qu'aux interventions. Cependant leur constance en fait presque à coup sûr des modifications pathologiques de structure, surtout si quelque autre caractère suspect, comme la douleur ou la fixation, est découvert au cours de l'examen. L'appendice peut paraître filiforme, étranglé sur une partie plus ou moins longue de son trajet, présenter des dilatations en grains de chapelet, etc... Ici encore la constance de cet aspect peut nous induire à conclure à la permanence des lésions de sclérose pariétale, cause toujours favorisante de la stase et du « vase clos » idéal pour le développement de l'abcès<sup>1</sup>. SAHYOUN et OPPENHEIMER tirent des conclusions constantes de pathologie à la lumière de ces critères de calibres, conclusions d'ailleurs confirmées par l'anatomie pathologique. Mais elles nous semblent trop catégoriques, du moins à la lumière de notre faible expérience. Il existe trop d'appendices enlevés, histologiquement normaux, chez des patients guéris et trop de porteurs d'appendice malade qui n'ont pas été améliorés par l'opération. Il faut remarquer avec KRENN (68) qu'on a constaté un nombre considérable d'al-

térations importantes sur des appendices enlevés de routine chez des patients opérés pour d'autres troubles. Et LETULLE avait depuis longtemps noté: « Tous les appendices enlevés au cours d'opérations de tous genres présentent des lésions. » Quoi qu'il en soit, nous avons eu dans notre série d'opérés six cas de névromes appendiculaires présentant tous des rétrécissements évidents de calibre: sur quatre du moins d'entre eux, les rétrécissements constatés correspondaient exactement aux formations neurogènes. Trois sont très bien, deux améliorés et un non amélioré (fig. 32, 33).

4) *Sa longueur.* Aucun caractère appendiculaire ne devrait être, en principe, plus différent que celui-ci. Mais il semble qu'une longueur démesurée soit un facteur prédisposant à la stase ou au pullulement *in situ* de la flore microbienne ambiante. L'adjonction d'un autre caractère suspect, comme la douleur ou la fixation du bout distal, permet de poser presque à coup sûr un diagnostic de pathologie. Chez nos opérés nous relevons huit appendices de longueur vraiment exceptionnelle. Il est vrai que la plupart étaient érectiles, rétro-cæcaux, fixés ou douloureux, et que ces patients sont maintenant exempts de tous malaises. L'un d'eux toutefois était indolore, très mobile, étalé transversalement en direction de l'ombilic. C'était le cas d'un homme de 40 ans accusant des nausées et des vomissements intermittents depuis quelques mois, sans jamais avoir ressenti aucune douleur abdominale spontanée. L'examen anatomopathologique ne montrait que des lésions d'appendicite subaiguë. Le malade est exempt de malaises depuis l'opération (un an) (fig. 38, 39).

5) *Sa mobilité.* Ici se place le problème de distinguer une fixation acquise d'une fixation congénitale. « Il peut exister, écrivait ASCHOFF en 1912 (3), plusieurs membranes péri-appendiculaires qui ne sont ni pathologiques ni pathogènes. » Les orientations érec-

1. La notion du « vase clos » paraît de plus en plus accréditée; il se réalise à l'intérieur même de l'appendice dans la majorité des cas; mais certains exemples pourraient peut-être expliquer sa formation à la faveur d'une surpression cæcale. Lauzé cite trois cas d'épithélioma sténosant du côlon avec abcès appendiculaire découvert à l'autopsie (72).



Fig. 1. — Appendice normal dissocié par la pression de l'iléon et du cæcum; mobile, non douloureux.



Fig. 2. — Le même, avec compression plus forte.

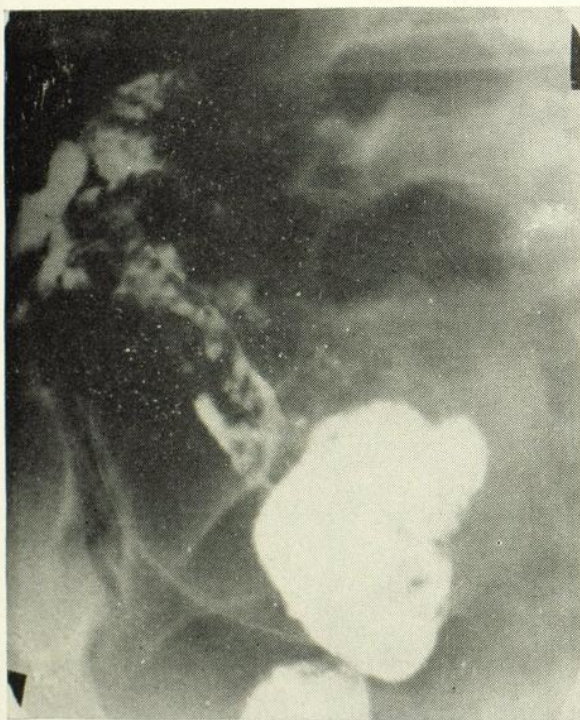


Fig. 3. — Appendice rétro-cæcal visible seulement par la pression. Non douloureux. Opéré. Malade sans symptômes depuis.

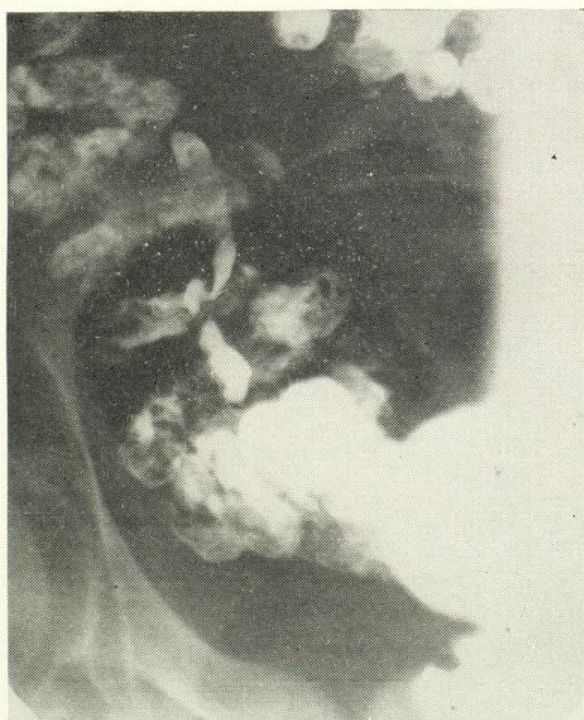


Fig. 4. — Appendice rétro-cæcal visible seulement par la pression. Non douloureux. Opéré. Malade sans symptômes depuis.



Fig. 5. — Appendice rétro-cæcal visible seulement de profil. Opération. Absence de symptômes depuis.



Fig. 6. — Le même, quelque peu dissocié du plan cæcal par la pression.



Fig. 7. — Appendice rétro-cæcal visible en oblique, tendu et douloureux. Opération. Absence de symptômes depuis.

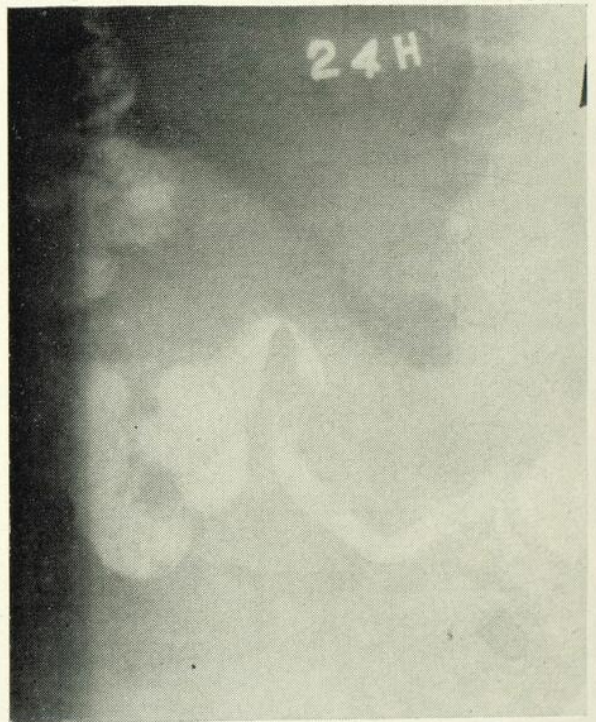


Fig. 8. — Stase appendiculaire après 24 heures, non pathologique (stase cæcale). Autres caractères, fig. 9.



Fig. 9. — Le même que fig. 8, avec compression. Bonne mobilité du cæcum et de l'appendice. Pas de douleur. Aucun critère de pathologie.



Fig. 10. — Spasme de l'iléon, déformation et douleur du rebord interne du cæcum. Opération. Absence de symptômes depuis.



Fig. 11. — Mêmes caractères chez un autre patient. Opération. Absence de symptômes depuis.



Fig. 12. — Stase de l'iléon. Pas d'opération. Mêmes symptômes qu'avant l'examen.

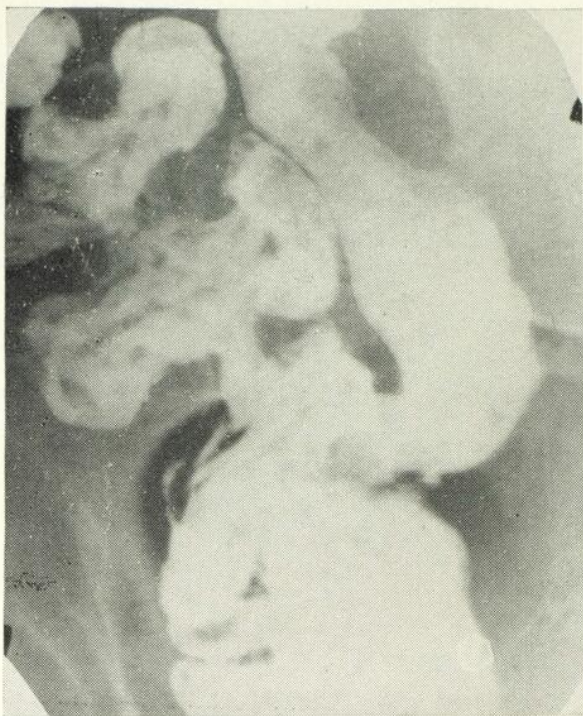


Fig. 13. — Stase de l'iléon. Pas d'opération. Même symptôme qu'avant l'examen.



Fig. 14. — Stase de l'iléon et spasme du cæcum. Pas d'opération. Mêmes symptômes qu'avant l'examen.



Fig. 15. — Stase de l'iléon et spasme du cæcum. Pas d'opération. Mêmes symptômes qu'avant l'examen.



Fig. 16. — Stase de l'iléon. Stase de l'iléon et fixation du cæcum (adhérences). Opération. Adhérences nombreuses. Peu d'amélioration.



Fig. 17. — Stase de l'iléon et fixation du cæcum (adhérences). Opération. Adhérences nombreuses. Pas d'amélioration.



Fig. 18. — Spasme et incisure du cæcum. Opération. Adhérences nombreuses. Peu d'amélioration.



Fig. 19 — Déformation adhérencielle du cæcum. Opération. Adhérences nombreuses. Peu d'amélioration.

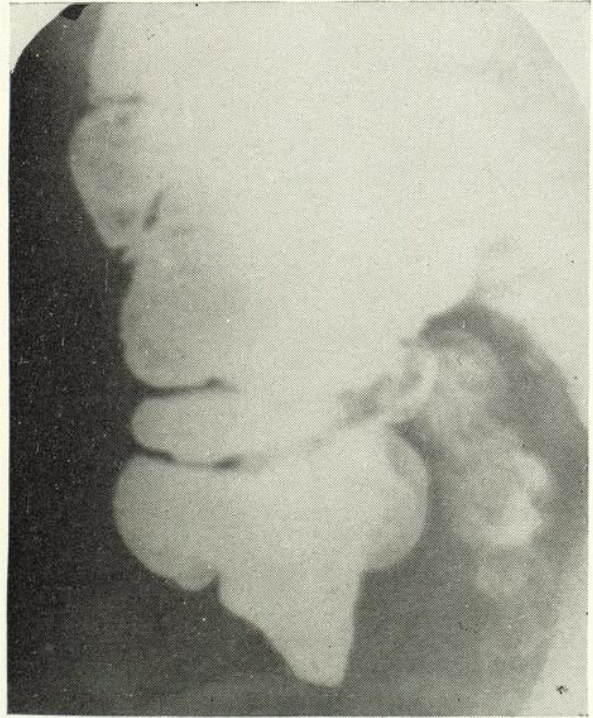


Fig. 20. — Déformation du cæcum par péri-appendicite. Opération. Fixation complète du cæcum. Pas d'amélioration.



Fig. 21. — Spasme du cæcum et stase iléale. Diagnostic erroné de pathologie cæcale. Patient bien depuis opération.



Fig. 22. — Stase appendiculaire de 48 heures. A l'opération, appendice fixé et coudé, en réaction sub-aiguë. Patient amélioré.

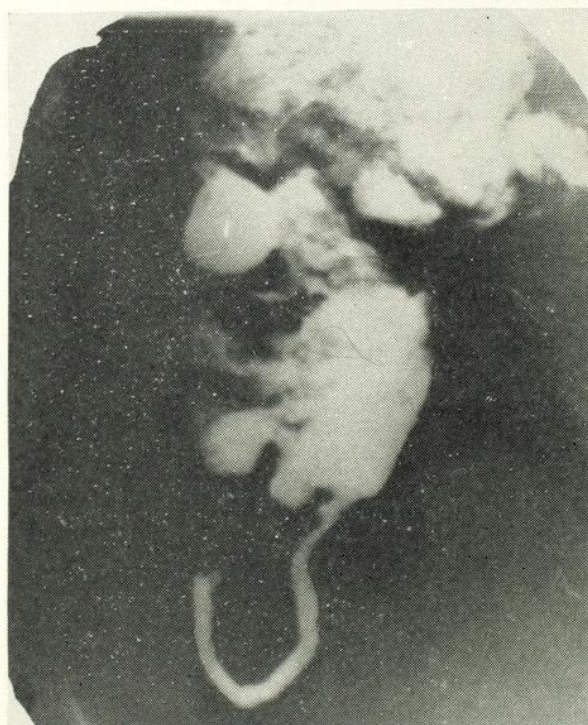


Fig. 23. — Stase appendiculaire de 24 heures, sans signification pathologique (cæcum plein).

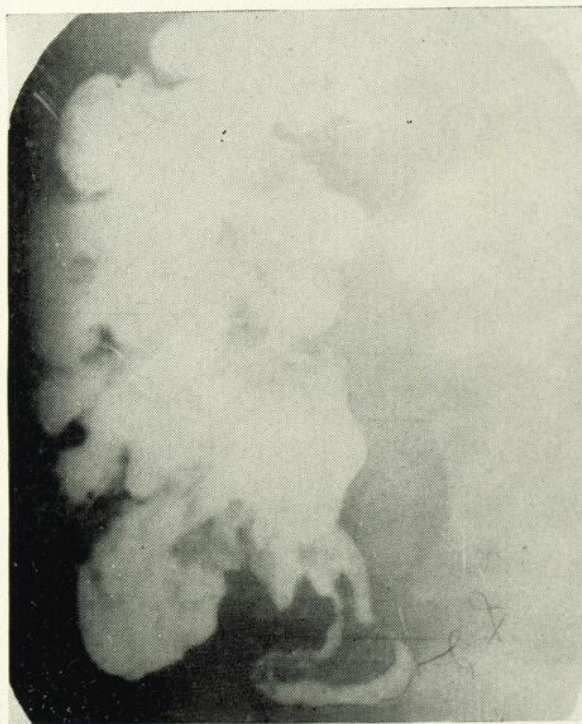


Fig. 24. — Sans compression, appendice non douloureux, mais apparemment recroquevillé et peut-être fixé (voir fig. suivante).

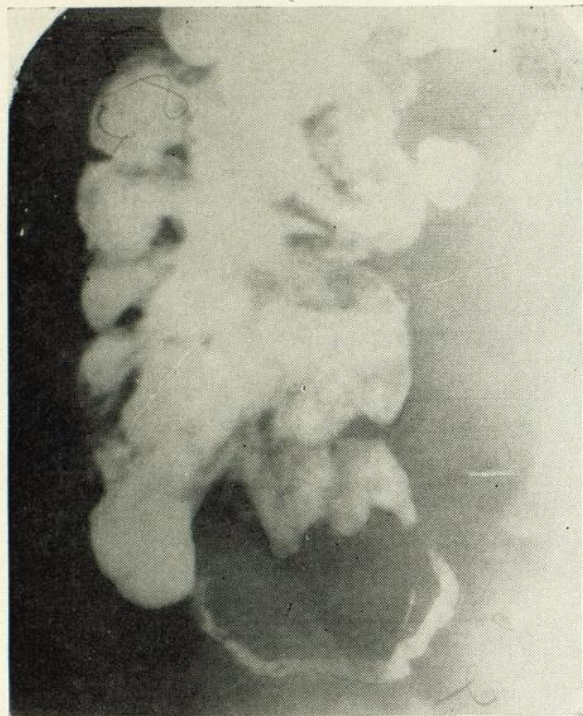


Fig. 25. — Le même, avec compression; non douloureux, bien déroulé et non fixé. Donc, aucun critère de pathologie.

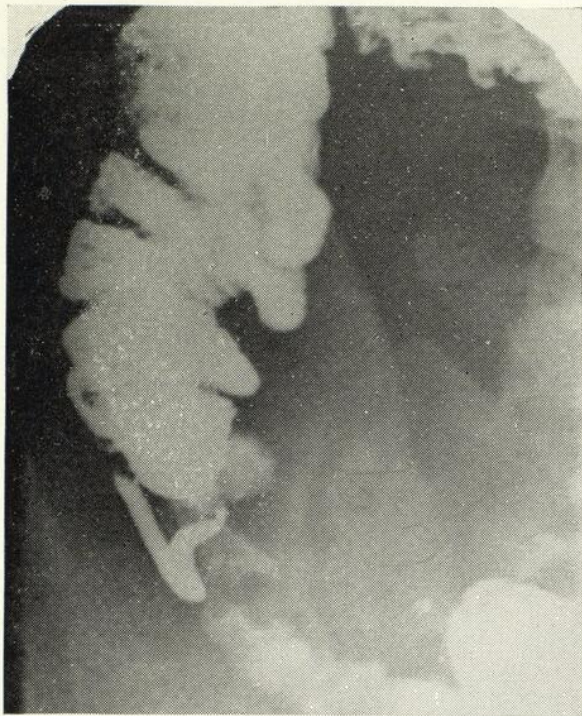


Fig. 26. — Autre appendice non douloureux, mais apparemment recroquevillé et peut-être fixé.



Fig. 27. — Le même, avec compression. Détente relative et absence de douleur. Cæcum mobile. Aucun critère de pathologie.



Fig. 28. — Stercorolithes spontanément visibles s'opposant à l'opacification totale de l'appendice. Opéré. Sans symptômes depuis.



Fig. 29. — Névromes appendiculaires diffus, calibre diminué par l'infiltration neurogène. Opéré. Non amélioré.

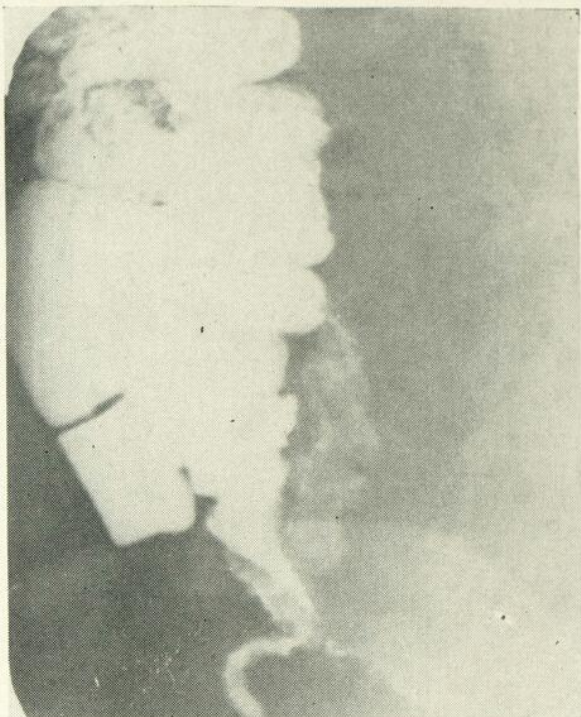


Fig. 30. — Autre cas de névrome qui pourrait expliquer les irrégularités de la lumière. Opéré. Appendicite neurogène. Non amélioré.

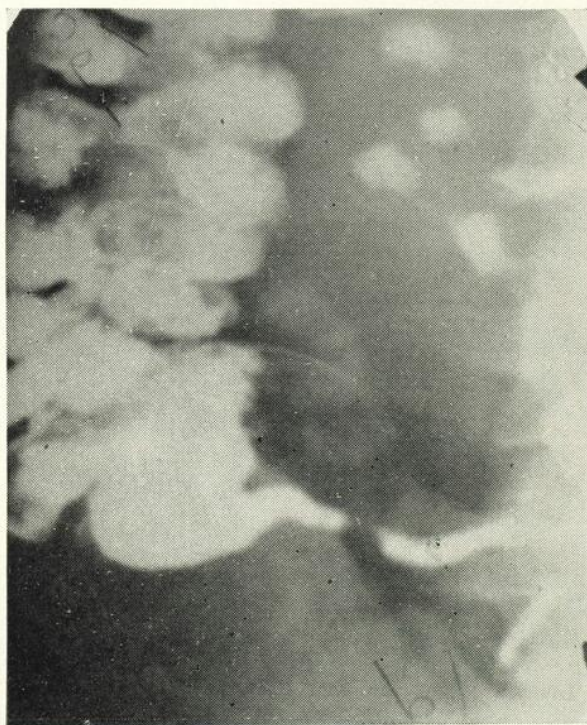


Fig. 31. — Strictures organisées ou névrômes (?) expliquant les modifications constantes de calibre. Aucune douleur, mais troubles digestifs de l'étage supérieur.

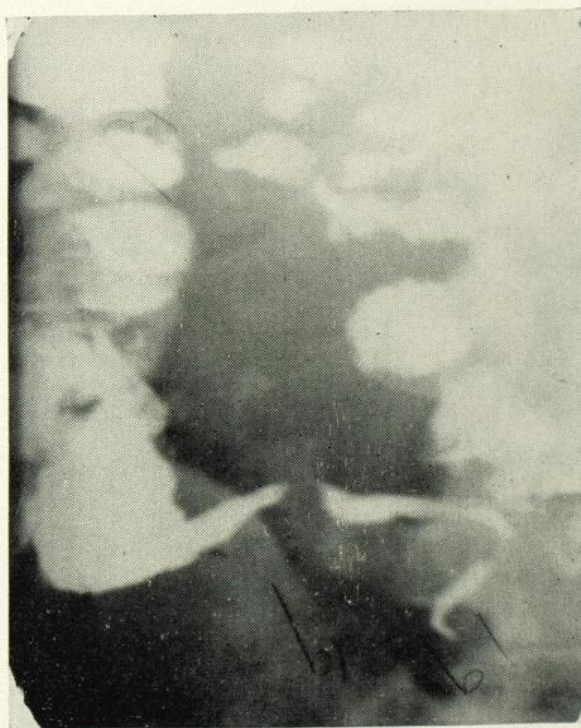


Fig. 32. — Persistance avec compression. Non opéré. Mêmes troubles.

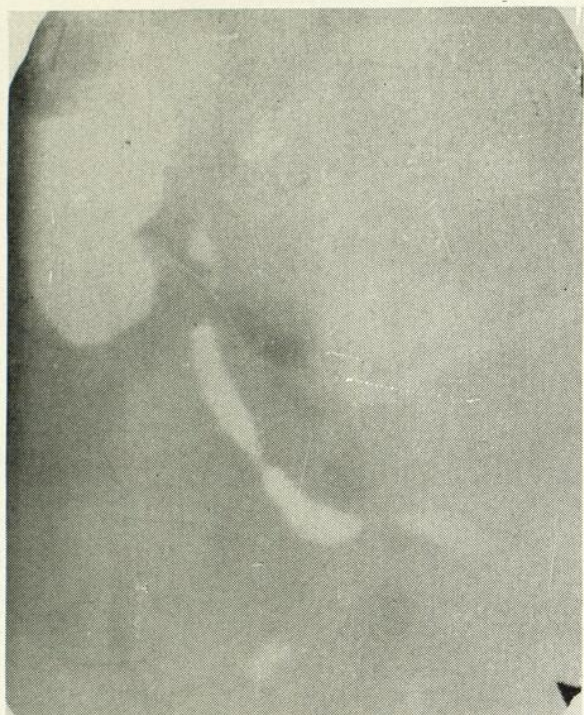


Fig. 33. — Modification du calibre appendiculaire par zones de sclérose. Opération. Absence de symptômes depuis.

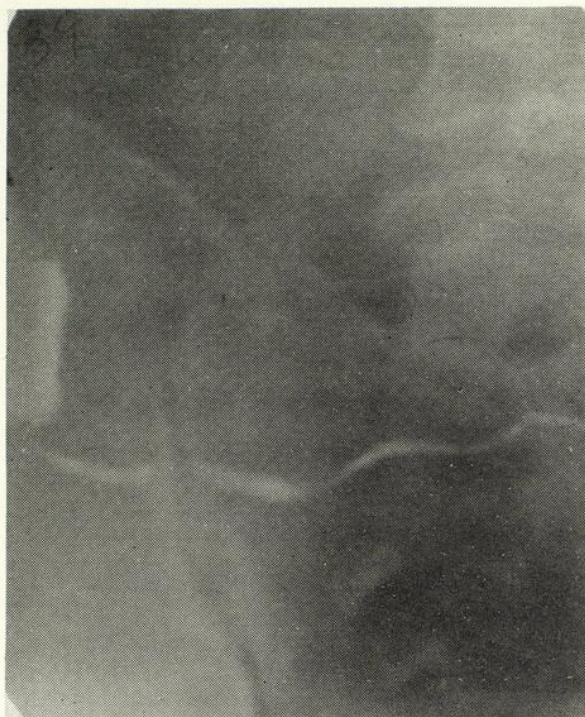


Fig. 34. — Appendice très long, indolore, qui s'étalait transversalement jusque dans la fosse iliaque gauche. Il ne présentait, à l'opération, que des lésions d'appendicite subaiguë. L'état nauséux du patient est complètement disparu depuis l'opération (un an).

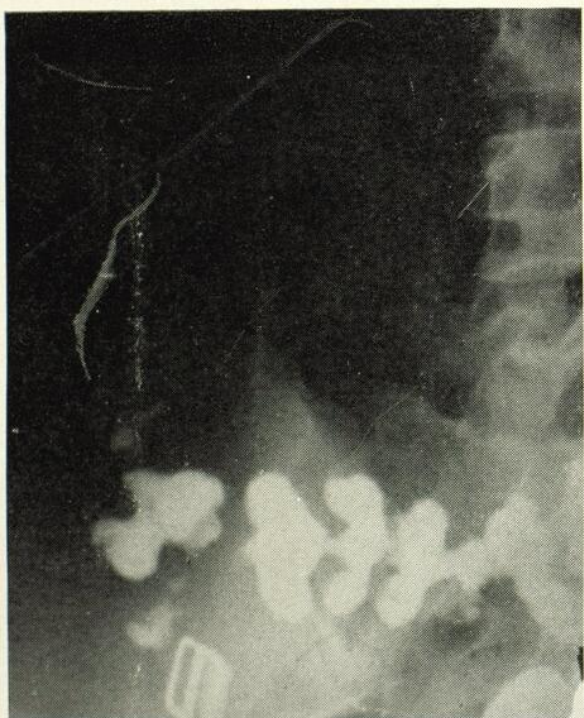
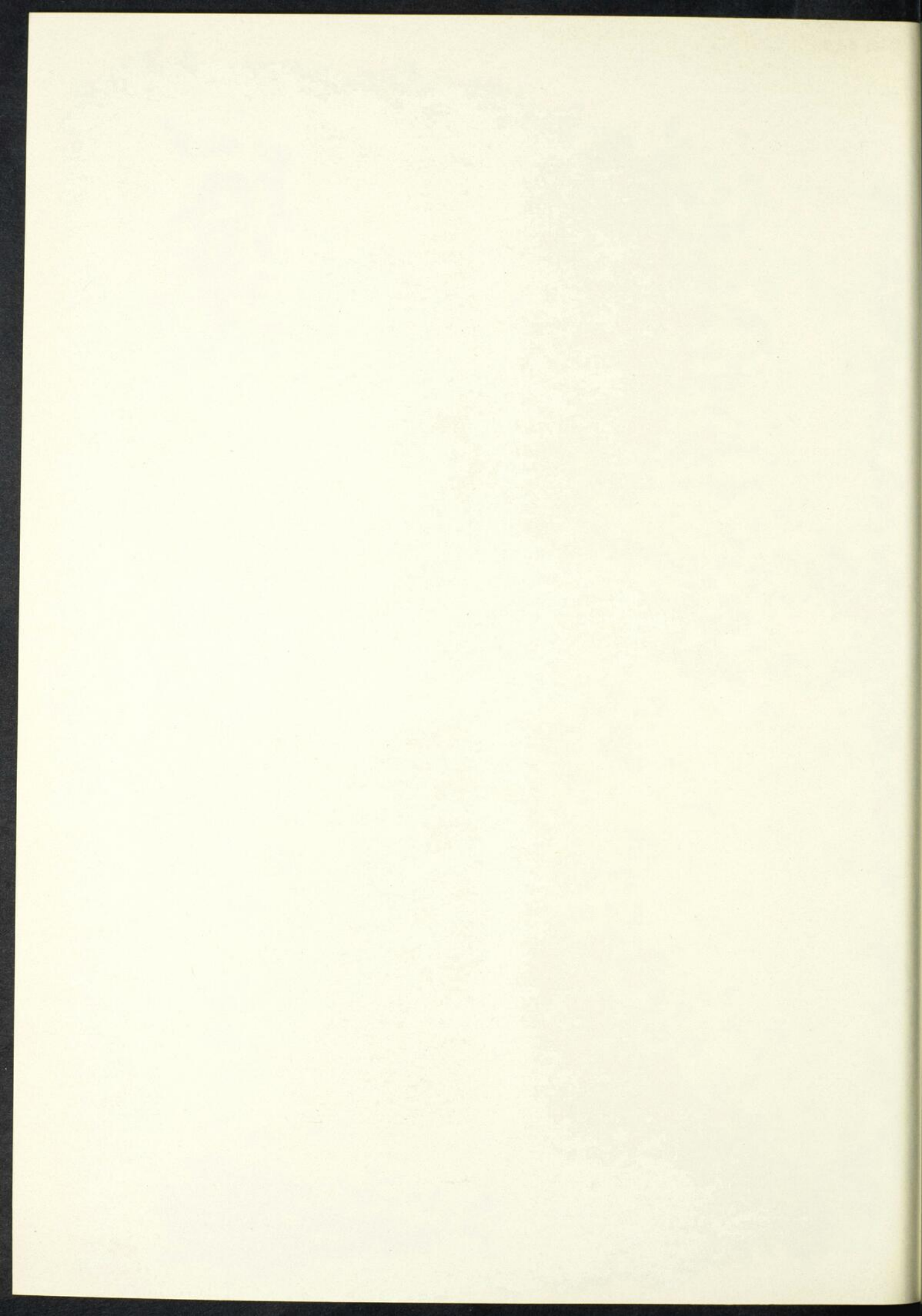


Fig. 35. — Cas d'appendice érectile fixé en position sous-hépatique, et non douloureux. Pas de réaction décelable de cholécystite à l'opération. Absence de symptômes depuis.



Fig. 36. — Cas d'appendice érectile fixé en position sous-hépatique, et non douloureux. Pas de réaction décelable de cholécystite à l'opération. Absence de symptômes depuis.



tiles péri-cæcales ou rétro-cæcales par exemple en direction du foie peuvent n'être que la manifestation d'un méso congénitalement trop court. Mais ces appendices sont à priori nettement suspects, quels que soient les signes complémentaires qui peuvent aider au diagnostic. Notre série de 74 opérés nous a fourni dix cas d'appendices rétro-cæcaux, la plupart fixés en position érectile, en direction du foie. Sept sont très bien, deux améliorés et un non amélioré. A remarquer que sept des dix n'étaient pas douloureux (il est vrai que le palper est particulièrement difficile à réaliser dans ces cas); qui plus est: cinq ne présentaient aucune lésion histologique appréciable. Il semble donc qu'en règle générale nous devons considérer la plupart de ces appendices comme pathologiques, non seulement pour les caractères macroscopiques ou microscopiques de l'inflammation tissulaire qu'ils peuvent présenter, mais en raison des tiraillements qu'ils provoquent et des désordres réflexes qu'ils sèment tout au long du tractus digestif (fig. 3, 4, 7, 8).

6) *La douleur.* L'appendice normal n'est pas douloureux. La douleur *in situ* provoquée par le palper profond a été considérée comme le caractère essentiel de tout diagnostic sérieux d'appendicite chronique. Pour KRENN, elle était même la seule constatation importante en radiologie. L'on conçoit aisément, en effet, qu'elle soit le signe indispensable d'un état pathologique sous-jacent.

La douleur irradiée à la région ombilicale ou au creux épigastrique est plus rare et plus difficile à interpréter, même si l'anatomie des relais lymphatiques en fournit une explication. Nous avons eu dans notre série quatre cas de douleur irradiée dont trois au creux épigastrique et un à l'ombilic. Dans ce dernier cas, qui est maintenant exempt de tout malaise, le bout distal de l'appendice était fixé dans la région ombilicale. Des trois autres cas qui présentaient des irradiations épigastriques, il a été impossible d'en mettre le mécanisme en évidence. Dans un cas, nous

avons pensé qu'une viscéroptose pouvait jouer quelque rôle. Ces trois cas n'ont d'ailleurs été qu'améliorés par l'opération.

#### *L'absence de douleur.*

Mais nous avons admis plus haut, en éliminant des débats les appendicites aiguës, que nombre de manifestations autres que celles de la fosse iliaque droite étaient justifiables de ressortir à l'appendice: manifestations coliques ou gastro-duodénales variées. Notion qui a depuis longtemps droit de cité en clinique, et que la radiologie confirme d'ailleurs. MAINGOT (96) commentait, en 1931, les « syndromes gastro-duodénaux de certaines appendicites chroniques ». BUCKSTEIN admet que la douleur appendiculaire est parfois absente, dans certains syndromes de répercussion. LACHARITÉ (69), parlant du retentissement pyloro-duodéal de l'appendicite chronique, prétend que 25% des troubles gastro-intestinaux originent de l'appendice. Et, de ceux-là, le quart peut-être (fixations, tiraillements, stase chronique) ont une fosse iliaque droite indolore.

Il faut donc se résoudre, tout paradoxal que cela paraisse, à définir l'appendicite chronique avec OPPENHEIMER (86): « Toute manifestation pathologique résultant d'un état appendiculaire inflammatoire *actuel* ou *ancien* ». Les poussées inflammatoires successives ont produit des réactions péritonéales régionales dont les tractus déforment, allongent, coudent, tiraillent l'appendice, le cæcum, l'iléon terminal. Par le jeu des réactions tissulaires, l'inflammation locale est vaincue; la douleur s'atténue puis disparaît; mais les débris de la bataille, les séquelles de la lutte, les adhérences péritonéales néoformées empêchent la reprise du comportement normal du carrefour, et sèment par voie réflexe le déséquilibre sur le trajet colique et jusqu'à l'estomac. C'est dans cette catégorie particulière que nous trouverons, en l'absence de douleur, des déformations, des positions anormales et des fixations de l'appendice, des stases iléa-

les, des fixations iléo-cæcales, des spasmes du cæcum et du côlon tout entier, des spasmes pyloriques et des irritabilités bulbaires, faciles à méprendre pour des ulcères.

Ces constatations et ces commentaires nous ont été inspirés par l'étude comparée des symptômes, des protocoles opératoires et anatomo-pathologiques de 74 patients, en regard de leur état clinique ultérieur. Devant l'inconsistance des statistiques basées sur les seuls témoignages du scalpel et du microscope<sup>1</sup>, nous avons pensé qu'il était important et intéressant de corroborer les jugements émis sur le comportement du carrefour, au cours de notre exploration, en hiérarchisant ces constatations d'après l'état postopératoire des malades et les résultats cliniques obtenus.

Voici le tableau comparatif de ces résultats chez les malades examinés par voie haute pour troubles gastro-intestinaux de juin 1945 à juin 1948.

Malades examinés pour troubles gastro-intestinaux: 1363.

Diagnostic d'appendicite chronique: 255 (19%).

Des 255, ont répondu au questionnaire 191.

(Recul postopératoire de 3 ans à 6 mois.)

Malades	Opérés	Non opérés
193	74 (38 %) <sup>1</sup>	119 (62 %)
Très bien	36 (50 %)	31 (26 %)
Améliorés	30 (41.6%)	57 (47 %)
Non améliorés	6 ( 8.3%)	32 (26.9%)

1. Bourgeois (*loc. cit.*) avait déjà noté en 1932 que, chez ses opérés pour appendicite chronique, 26% des appendices ne présentaient aucun signe macroscopique ou microscopique de lésion.

2. Statistique sur 72 (deux patients morts depuis de cause ignorée).

Si nous fusionnons ensemble les catégories I et II, nous obtenons:

Résultats	opérés	non opérés
Satisfaisants	91.6%	73 %
Mauvais	8.3%	26.9%

Concédonns aux malins que «l'acte opératoire est souvent toute la cure». Mais la balance se rétablit, croyons-nous, si dans notre groupe d'opérés nous admettons qu'il puisse se trouver pour amoindrir notre chiffre de bons résultats: 1° — des maladies concomitantes non découvertes et non traitées; 2° — des cas où, par une fausse sécurité inspirée de l'opération, le médecin a négligé la correction hygiéno-diététique de la cœlite segmentaire, de la typhlite résiduelle ou de la stase droite; 3° — nous pensons en outre que, sur un certain nombre des 73% de bien portants chez les non-opérés, plane la menace d'une crise aiguë.

Si, d'autre part, nous rapprochons nos mauvais résultats de ceux des rapporteurs chirurgiens que nous avons pu consulter, nous avons:

BOURGEOIS	BLOCK (11)	CONNELL (27)
26%	31%	22%
GIBSON (49)	LEWIS (73)	Présente enquête
24%	33%	8.3%

Si d'autres rapporteurs radiologues, avec des statistiques beaucoup plus imposantes, arrivaient aux mêmes résultats, nous pourrions admettre comme satisfaisants les critères radiologiques qui ont permis d'étayer nos vues. Et nous pourrions prétendre, dans ces conditions, arriver à une gradation assez nette, par ordre d'importance des caractères pathologiques de l'appendice révélés par notre examen.

Tels que nous semble les révéler notre petite enquête, ils s'établissent à peu près comme suit, par comparaison avec quelques autres résultats déjà publiés:

Tableau d'importance comparée des signes radiologiques dans l'appendicite chronique.

Importance	Piot et Picardat	Orley (87)	Bowcock (13)	Popp (91)	Présente enquête
I	Douleur append.	Douleur append.	Douleur append.	Appendice invisible	Doul. app. Doul. bord int. cæcum
II	Stase ou spasme iléo-cæcal	Déform. ou fixation append.		Appendice filiforme fixé par bout distal	App. érectile Pos. rétro-cæcale autres fixations
III				Modif. calibre append. — Dilat. ampullaire. Coudure constante autres fixations. Appendice péri-cæcal. Coprolithes App. érectile Douleur Stase appendic.	App. très longs Coudure constante Stase appen. Modif. de calibre Coprolithes Spasme iléo-cæcal.

Schéma des constatations de l'enquête:

1° — La visibilité ou l'invisibilité appendiculaire ne constitue pas un critère de pathologie.

2° — Les fixations appendiculaires, surtout douloureuses, sont presque toujours pathologiques.

3° — De même pour les stases appendiculaires prolongées, sans stase colique. Les calibres constamment modifiés sont des signes d'infiltration pariétale, de coudures ou de brides. Ces infiltrations correspondent parfois, dans notre série, à des névromes appendiculaires; mais les résultats opératoires ne sont pas satisfaisants en ce qui concerne ces cas.

4° — Les appendices anormalement longs et les appendices érectiles, surtout fixés en position rétro-cæcale, nous ont toujours paru pathologiques.

5° — Les douleurs irradiées ombilicales ou épigastriques nous ont paru d'interprétation décevante et la plupart du temps sans rapport avec l'état appendiculaire.

6° — L'enquête basée sur l'absence post-opératoire des symptômes présentés montre un déchet de 8.3% de mauvais résultats après diagnostic radiologique, la clinique seule présentant un déchet de 22 à 33% dans les mêmes circonstances.

### Conclusion

En dépit d'une étude clinique attentive et d'une habile chirurgie, l'appendicite chronique montre après l'opération un fort pourcentage de mauvais résultats.

L'exploration radiologique, entre des mains consciencieuses et esclaves d'une technique rigoureuse, devient une adjonction précieuse aux autres moyens de diagnostic.

D'après les résultats de notre enquête, l'amélioration postopératoire des malades s'est avérée un critère intéressant pour juger comme définitivement utile l'exploration radiologique et pour hiérarchiser les caractères pathologiques de l'appendicite, découverts au cours de l'examen.

### Résumé

I — Réponse aux objections générales contre l'exploration radiologique de l'appendice.

II — Discussion du choix d'une méthode et sa description.

III — Critique des constatations qu'elle permet, et fixation par ordre d'importance des caractères pathologiques retracés par l'examen, à la lumière des révélations opératoires, histo-pathologiques et de l'état clinique ultérieur des patients.

### Summary

I—General objections to the radiological investigation of appendix are answered.

II—Discussion about the exploratory method to be used and its description.

III—The findings the method ensues are criticized and the pathological characters drawn by the examination are classified by degree of importance according not only to pathological and post-operative findings but also to clinical end-results as recorded by investigation.

### Summario

I—Respuesta a los objeciones generales contra la exploración radiológica del apendice.

II—Discusión sobre el método a escoger y su descripción.

III—Critica de las constataciones obtenidas y fijación por orden de importancia de los caracteres patológicos obtenidos durante el examen, a la luz de las revelaciones operatórias, histo-patológicas y del estado clínico del paciente.

### BIBLIOGRAPHIE

1. R. L. ALLEN: « Strain of rectus abdominis simulating acute appendicitis. » *M. Bull. Vet. Admin.*, **21**: 101-103 (juillet) 1944.
2. E. Gombarres ALVAREZ: « Toenia and acute processes of right iliac fossa; case. » *Semana, med. espan.*, **6**: 273 (sept.) 1943.
3. L. ASCHOFF: « Pathogenes und Aetiologie der appendicitis. » *Ergeb. d. inn. Med. u. Kindesh.*, **9**: 1-29, 1912.
4. E. D. BABBAGE, C. W. McLAUGHLIN et R. L. FRUIN: « Strain of right rectus muscle simulating acute append. » *War Med.*, **5**: 280-282 (mai) 1944.
5. R. BALLI: « Sphincters of the colon. » *Radiology*, **33**: 372-376, 1939.
6. A. BECLERE: « La radioscopie et la radiographie des organes splanchniques. » *Arch. d'électric. méd.*, **10**: 624-660, 1902.
7. A. BECLERE: « Présentation d'un radiogramme montrant sur le vivant l'image de l'appendice iléo-cæcal. » *Bull. et Mém. Soc. de Radiol. méd. de Paris*, **1**: 192-195, 1909.
8. BELL: « Appendix. » *Radiology*, **21**: p. 7.
9. W. H. BENNETT: « A post-graduate lecture on the use of the x-rays in the diagnosis of appendicitis and some other abdominal conditions. » *Lancet*, **1**: 1461-1465, 1908.
10. H. BERG: « L'exploration radiologique de l'appendice. » *Röntgenpraxis*, **3**: p. 4.
11. F. B. BLOCK: « Chronic appendicitis, and results. » *Med. Journ. Rec.*, nov. 1931.
12. B. G. BOURGEOIS: « A propos d'appendicite chronique. » *L'Union Méd. du Canada*, **61**: 1115-1125 (oct.) 1932.
13. Harold BOWCOCK: « The internist's attitude towards unusual x-rays findings in the appendix area. » *South M. J.*, **29**: 497-499 (mai) 1936.
14. F. F. BOYCE: « Diagnosis confusion between acute appendicitis and pelvic inflammatory disease. » *New Orleans M. and S. J.*, **96**: 303-308 (janv.) 1944.
15. L. R. BRAITHWAITE: *Brit. J. Surg.*, **11**: 7-26, 1923.
16. BUCKSTEIN: « Historical development of the Roentgendiagnosis of the pathological appendix. » *Amer. J. Roentgen.*, **27**: p. 236.
17. J. B. BUTTS et J. E. CONLEY: « Perinephric abscess; 3 cases simulating acute appendicitis. » *U. S. Nav. M. Bull.*, **45**: 1081-1087 (déc.) 1945.
18. J. T. CASE: *Amer. Journ. of Roentgenology*, août 1914.
19. J. T. CASE: *Am. Quart. of Roentg.*, nov. 1912 — août 1914
20. J. T. CASE: « Roentgen examination of appendix. » *New York M. T.*, **100**: 161-167, 1914.
21. J. T. CASE: « X-ray studies of ileocecal region of appendix. » *Am. Quart. Roentgenol.*, **4**: 77-95 (nov.) 1912.
22. T. CERF: *J. Belge de Rad.*, **24**: p. 89.
23. J. CHATON: « Pneumatic pseudoappendicular syndrome and appendicitis. » *Arch. d. Méd. de l'app. dig.*, **34**: 158-160 (mars-juin) 1945.
24. CHIRAY, LAMON et AMY: « Les manifestations douloureuses du flanc droit dans le dolichocôlon gauche. » *Cahiers de gastr.-ent.*, nov. 1931.
25. G. CHIZZOLA: « Lo studio radiologico dell'appendice cecale. » *Radiol. méd.*, **16**: 36-63, 1929.
26. L. J. COLANERI: « Radiodiagnostic de l'appendicite aiguë et subaiguë. » *Bull. et Mém. Soc. d'électro-radiol. méd. de France*, **26**: 526-530, 1938.
27. F. G. CONNELL: « Pseudo-appendicitis. » *J. Am. M. Ass.*, **67**: 335-338, 1916.

28. C. COQUI: «Chronic appendicitis and roentgen syndromes of right iliac fossa.» *Rev. de gastro-entérol.*, de Mexico, **8**: 181-216 (juillet-août) 1944.
29. V. D. COUOC: «Defending appendix; abdominal conditions simulating appendicitis.» *Rev. Méd. de Yucatan*, **23**: 347-350 (avril) 1945.
30. C. CRAIG: «Syndrome of append. with special reference to absence of signs in right iliac fossa.» *M. J. Australia*, **2**: 435-437 (27 nov.) 1943.
31. A. CZEPA: «Weitere Beiträge zur Röntgendiagnostik der Appendix.» *Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenst.*, **40**: 214-241, 1929.
32. S. H. DAVIS: «Practical points in differential diagnosis.» *Mississippi Doctor*, **23**: 473-475 (nov.) 1945.
33. J. B. DEEVER et I. S. RAVDIN: «End-results of 500 cases of chronic appendicitis.» *Arch. Surg.*, **6**: 31-40, 1923.
34. S. N. DEBOO: «Problems and evaluation of signs.» *M. Bull. Bombay*, **13**: 99-101 (juin) 1945.
35. M. D. DELFINO: «Chronic appendicitis.» *Dia Méd.*, **17**: 1141-1148 (8 oct.) 1945.
36. DESTERNES: «Radiographie de l'appendice iléo-cæcal; observation nouvelle contrôlée par l'intervention chirurgicale.» *Bull. et Mém. Soc. de radiol. méd. de Paris*, **3**: 323-326, 1911.
37. DESTERNES et BEAUDOIN: *Arch. d'Electr. méd.*, **20**: 1912.
38. A. DJAN: *Radiologie de l'appendice*. Arnette, édit., 1933.
39. EHRLICH: *Die Med. Wchnschr.*, **14**, 1923.
40. P. EISEN: *N. Y. Med. J.*, août 1915.
41. G. Esguerra GOMEZ: «Present value of roentgenology.» *Rev. méd. Panam.*, **1**: 13-34 (juillet) 1944; aussi *Am. J. Roent.*, **52**: 624-636 (déc.) 1944.
42. G. Esguerra GOMEZ: «Roentgen diagnosis: modern value.» *Radiologia*, 135-148 (juillet-oct.) 1944.
43. M. FELDMAN: *Clinical Roentgenology of the Digestive Tract*. William Wood & Co., N.-Y., 1938.
44. M. FELDMAN: «Protrusion of appendical stump following appendectomy.» *Radiology*, **34**: 571-572, 1940.
45. D. FERREY: «Rectosigmoid pseudocancer due to old pelvic appendicitis.» *Mem. Acad. de chir.*, **71**: 81-84 (31 janv. et 21 fév.) 1945.
46. F. F. FERREIROS: «Acute pseudoappendicitis provoked by intra-appendicular parasite (Ascaris).» *Gas. Med. espan.*, **10**: 544-548 (oct.) 1943.
47. H. C. FISCHER: «Acute appendicitis.» *Texas State J. Med.*, **40**: 469-473 (janv.) 1945.
48. J. GARCIN: «Quelques aspects radiologiques de l'appendicite chronique.» *Bull. et Mém. Soc. de radiol. méd. de France*, **20**: 427-436, 1932.
49. C. L. GIBSON: «Results of operations for chronic appendicitis; study of 555 cases.» *Am. J. M. Sc.*, **159**: 654-663, 1920.
50. V. GOTTHEINER: «Die Röntgendiagnostik der Appendix.» *Ergebn der med. Strahlenforschung*, vol. III.
51. GOURCEROL: *La radiographie de l'appendice*. Paris, 1912 (Steinheil).
52. W. H. GRAHAM: «Appendicitis with gastroenteritis.» *Mil. Surgeon*, **95**: 296-300 (oct.) 1944.
53. G. Y. GRAVES: «Errors in acute appendicitis.» *Kentucky M. J.*, **43**: 159-163 (juin) 1945.
54. M. J. GREENE: «Infectious monocleosis simulating acute appendicitis; case aboard ship.» *Mil. Surgeon*, **98**: 400-401 (mai) 1946.
55. A. I. HANGEN: «Intra-abdominal apoplexy.» *J. Iowa M. Soc.*, **34**: 198-200 (mai) 1944.
56. I. W. HELD: *M. Clin. North Amer.*, **29**, 624-638 (mai) 1945.
57. E. HOLM — PEDERSEN: «After examination of 34 patients in whom no abnormality of appendix was found at operation.» *Ugesk. f. læger*, **106**: 55 (20 janv.) 1944.
58. IMBODEN: *Am. J. Roentg.*, janvier 1925.
59. C. S. IRIBARREN: «Démonstration de l'appendicite par la méthode en série de Czépa.» *Bol. Hosp. Caracas*, **44**: 221-236 (juillet-août) 1945.
60. P. JACQUET et L. GALLY: «L'examen radiologique du carrefour inférieur et le radiodiagnostic de l'appendicite chronique.» *Arch. d'Electric. méd.*, **38**: 529-546, 1930.
61. P. JACQUET et L. GALLY: «Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique.» *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, **47**: 129-139, 1931; aussi, *Presse Méd.*, **39**: 376-379, 1931.
62. JORDAN: *Arch. Roentg. Ray.*, 1911, no 126; *Practitioner*, avril 1911; *Lancet*, 30 déc. 1911; *Brit. M. J.*, 1 juin 1912.
63. J. L. KANTOR: *Tr. Am. Gastro-enterol. Ass.*, **29**: 147-164, 1927.
64. E. L. KEYES et M. M. COOK: «Diagnosis of acute appendicitis in presence of diarrhea.» *Arch. Surg.*, **52**: 429-444 (avril) 1946.
65. E. L. KEYES: «Features of first pain in acute appendicitis.» *J. Missouri M. A.*, **41**: 30-33 (fév.) 1944.
66. E. L. KEYES, Jr.: «Sensation of gas stoppage during onset of acute appendicitis with illustrative cases.» *Surgery*, **17**: 270-283 (fév.) 1945.

67. A. KOHLER: *Röntgénologie. Limites de l'image normale, débuts de l'image pathologique.* Paris, 1936.
68. KRENN: *Wiener Klin. Wochenschr.*, **1**: 77, 1934.
69. H. LACHARITE: «L'appendicite chronique, son diagnostic radiologique et son retentissement pyloro-duodéal.» *L'Union Méd. du Canada*, **75**: 1068-1072 (sept.) 1946.
70. J. W. LARIMORE: «Roentgenology of the appendix.» *Surg., Gynec. and Obst.*, **51**: 810-822, 1930.
71. G. LAROCHE, BRODIN et G. RONNEAUX: «A propos du diagnostic radiologique de l'appendicite chronique.» *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, **47**: 244-246, 1931.
72. S. LAUZE: «A propos de trois cas d'épithélioma du côlon et d'appendicite aiguë.» *L'Union Méd. du Canada*, **76**: 1194 (oct.) 1947.
73. G. V. LEWIS: «Chronic appendicitis.» *J. of Med. Soc.*, décembre 1931.
74. MAGNENOT: *Arch. d'El. Méd.*, 584, p. 86.
75. J. M. MAINETTI et H. P. ORLANDI: «Acute mesenteric lymphadenitis simulating appendicitis.» *Rev. Med. Hosp. de la Plata*, **1**: 177-179 (juin) 1944.
76. MAINGOT: «Le syndrome gastro-duodéal de certaines appendicites chroniques.» *J. de Rad.*, 1931.
77. T. MARTI: «Diagnosis and differential diagnosis of acute appendicitis.» *Praxis*, **32**: 549-555 (29 juillet) 1943.
78. C. W. MAYO: «Appendicitis.» *Southwestern Med.*, **18**: 397-403, 1934.
79. P. McBEE: «Painful annulation not a surgical condition.» *Carolina M. J.*, **6**: 476-477 (nov.) 1945.
80. A. B. MOORE et E. A. MERRITT: «Roentgenologic diagnosis of appendicitis.» *J. Am. Ass.*, **97**: 1456-1457, 1931.
81. P. G. MORISSEY: «In AAF regional hospital.» *Air Surgeon's Bull.*, **2**: 184-195 (juin) 1945.
82. Malbin MORRIS: «Pseudoneoplasm as a post-appendectomy finding.» *Am. J. Roentgenol. and Rad. Therapy*, **47**: 750-754, 1947.
83. B. MOYNIHAN: «Gastric ulcer and its treatment.» *Med. Rec.*, **99**: 903, 1921.
84. G. MURRAY: «Root neuritis vs. appendicitis.» *Canad. M. A. J.*, **51**: 309-312 (oct.) 1944.
85. A. OCHSNER et G. LILLY: «Technique of appendectomy with particular reference of treatment of appendiceal stump.» *Surgery*, **2**: 532-554, 1937.
86. OPPENHEIMER: *Fortschr. a. d. geb. d. Rontgenstrahlen*, **44**: 600 (nov.) 1931.
87. A. ORLEY: «Roentgenological diagnosis of diseased appendix.» *Brit. M. J.*, **1**: 320-332, 1930.
88. A. ORLIANSKY: «Radiological diagnosis of diseased appendix.» *Brit. M. J.*, **1**: 330-332, 1930.
89. H. K. PANCOAST: *Arch. Surg.*, janv. 1923.
90. E. PINARD, L. C. BLANCO et R. P. CALVO: «Appendicitis and peritoneal reactions of rheumatic origin.» *Arch. ann. de méd.*, **21**: 1-9, 1945.
91. L. POPP: «Starea actuala a examenului radiologic in apendicita cronica. (La recherche radiologique de l'appendicite chronique; état actuel de la question.)» *Clij. med.*, **16**: 414-429, 1935.
92. QUIMBY: *N. Y. Med. J.*, octobre 1913.
93. Isern A. RIBAS: «Rupture of follicle simulating acute appendicitis.» *Med. Clin. Barcelona*, **5**: 442-444 (déc.) 1945.
94. A. M. ROKOW: «Problems.» *Brit. J. Radiol.*, **17**: 265-270 (sept.) 1944.
95. G. H. ROGER et Léon BINET: *Traité de physiologie normale et pathologique.* Masson et Cie, Paris, 1926.
96. P. F. SAHYOUN et A. OPPENHEIMER: «Some fresh aspects of appendicitis.» *Am. J. Roentgenol. and Rad. Therapy*, **41**: 188-197, 1939.
97. SCHOLZ: *Am J. Roent.*, **31**: 792.
98. E. SCHMITTLEIN: *Fortschr. a. d. Geb. d. Rontgenstrahlen*, **44**: 141-162 (août) 1931.
99. V. L. SCHRAGER: «Pathology of appendiceal stump with suggestions for prophylaxis.» *Am. J. Surg.*, **54**: 629-633, 1941.
100. SINGER et HOLZKNECHT: *Munchen Med. Wchenschr.*, **60**: 2659-2664, 1913.
101. Pl. SMYRNIOTIS: «Le radiodiagnostic dans l'appendicite chronique.» *O. Yatros*, 1931 **4**, 66; cit. par *Journal de Radiol. et d'Electrol.*, **61**: 282, 1932.
102. R. STEINERS, I. HAREIDE et T. CHRISTIANSEN: «Roentgenologic examination of acute appendicitis.» *Acta radiol.*, **24**: 13-37, 1943.
103. L. STROMENGER: *Appendicite et urologie.* Masson et Cie, Paris, 1947.
104. J. Forns SUROS: «Hemarcus appendicitis.» *Med. Clin. Barcelona*, **4**: 53-54 (janv.) 1945.
105. H. J. WALTON et S. WINSTEIN: «Roentgen diagnosis of chronic appendicitis.» *Am. J. Roentgenol. and Rad. Therapy*, **24**: 631-633, 1930.
106. H. M. WEBER et C. A. GOOD, Jr.: «Invaginated appendiceal stumps roentgenologically simulating polypoid neoplasms.» *Radiology*, **34**: 440-443, 1940.
107. F. W. WHITE: «Clinical importance of chronic changes in appendix.» *Am. J. Roentgenol. and Rad. Therapy*, **13**: 12-21, 1925.

## LA MYÉLOMATOSE MULTIPLE — SES FORMES ATYPIQUES<sup>1</sup>

A. CODOUNIS,

Professeur extraordinaire de clinique médicale à la Faculté d'Athènes,  
Directeur de la 3<sup>e</sup> clinique médicale de l'Hôpital de la Croix-Rouge.

Par les termes de myélomes multiples ou myéломatoïse, plasmocytome, myélome hémotogène, maladie de Köhler ou mieux myélome plasmocytaire, nous désignons une maladie chronique, progressive et mortelle, caractérisée par le développement de nombreuses tumeurs plasmocytaires ostéolytiques dans le squelette, et s'accompagnant d'une infiltration diffuse de plasmocytes dans la moelle osseuse.

Ces cellules malignes ont une prédilection pour les os prenant part activement à l'hématopoïèse, frappant par ordre de fréquence les vertèbres, les côtes, les os du crâne, les omoplates, les clavicules, les os du bassin, et les épiphyses ainsi que le tiers supérieur des humérus et des fémurs. Les autres os longs demeurent en général indemnes. L'infiltration plasmocytaire s'effectue dès le début de l'affection, et la ponction sternale révèle d'importantes altérations du myélogramme, qui, par conséquent, constituera le meilleur critère diagnostique de la maladie durant la vie.

Etudiant l'histoire de l'affection, on distingue 3 grandes étapes dont la 1<sup>ère</sup> remonte à 1873 lorsque Von Rustizky reconnut que le myélome représentait une entité morbide autonome. La seconde remonte à 1899, date à laquelle Köhler décrivit complètement la symptomatologie clinique de la maladie qui porte son nom et lui rattacha la présence fréquente dans les urines de la protéine spéciale de Bence-Jones.

La 3<sup>e</sup> étape commence à partir de 1921 avec Walgren, qui démontra l'unité cellulaire du myélome; les myélomes lymphocytaires, myéloblastiques, érythroblastiques et les myé-

lomes mixtes furent caractérisés ainsi par erreur, à cause de la différenciation cellulaire post mortem.

Quoique cette maladie semble rare, elle a cependant été l'objet de nombreuses recherches pendant les 75 années de son existence connue. Ces recherches ont contribué à faire évoluer suffisamment nos connaissances, tant en ce qui concerne la symptomatologie clinique et radiologique, que l'anatomie pathologique et les syndromes biologique et humoral de l'affection.

Nous croyons opportun de noter ici les travaux les plus importants effectués en vue de systématiser nos connaissances sur la maladie; ce sont, d'une part, ceux de Geschickter et Copeland (1928), qui se basent sur une revue générale de 425 cas de myélomes multiples démontrés cliniquement et histologiquement (y compris leurs 13 cas personnels) et, d'autre part, la publication en janvier 1947 de Bayrd et Heck s'appuyant non seulement sur 83 cas personnels de myélomes multiples hospitalisés depuis décembre 1945 à la Clinique Mayo mais aussi sur toute la littérature publiée jusqu'alors.

Nous signalons en outre les très importantes études, publiées en février 1947 par Diggs et Marjorie S. Sirridge, qui se basent, entre autres, sur 55 cas personnels de myélomes multiples plasmocytaires, suivis dans la clinique de l'Institut de Cleveland (Ohio) et concernant surtout le diagnostic cellulaire dans la moelle osseuse du sternum et du sang circulant.

Enfin, nous n'omettons pas de signaler les nombreux travaux effectués en France et ailleurs par Marchal et ses collaborateurs, par M. Duvoir, P. E. Weil, Weissenbach et Lièvre,

1. Communication au XIX<sup>e</sup> Congrès de l'A. M. L. F. C., Ottawa-Hull, septembre 1948.

Weismann, Netter, J. Robert, Levy et Gabe, Boidin, Bousser et Debrant, Sabrazès, Jeanneuy et Mathey-Cornet (1931), A. Piney et Riach (1931), Magnus Levy (1933), Martin et Guichard (1934), Cutler (1936), Varadi (1937), Suaffer (1938-1948), Catinat (thèse 1938), Busser et Hugueny (1939), Groscurin (1939), Léger (thèse 1940), Tavernier et Lelerc (1941), Lemaire et Mallarmé (1942), Bessis et Scebat (1946), ainsi que la revue générale de la maladie, faite en 1942 par Heilmeyer, et dans laquelle sont comprises entre autres les 7 observations de cas personnels de cet auteur, qui fournissent de très intéressants renseignements. Henri Léger (Bordeaux) vient de publier une très intéressante étude histologique sur les myélomes (*Presse Médicale*, 31 mars 1948). Nous citons en plus les si intéressants travaux récents de Coste et ses collaborateurs à la S. M. des Hôpitaux de Paris (mars 1948) et la revue anatomo-clinique de H. Stevenson (juillet 1948). Les observations publiées en Grèce sont très peu nombreuses et sont représentées d'une part par le cas bien étudié par Perakis et Bakalos (Helliniki Iabriki, Salonique, octobre 1946), par un cas personnel de myélomes multiples avec lipoïdose rénale communiqué à l'Association Médicale Hellénique de l'Hôpital d'Alexandrie "Trofilis" (séance du 15 janvier 1947) et d'autre part par une observation de myélome solitaire de la région frontale droite de Xanthopoulidès (Société Chirurgicale d'Athènes, 7-4-47).

Ayant eu l'occasion de suivre dernièrement 3 cas de myélomes multiples plasmocytaires, dont deux présentaient une symptomatologie assez particulière, simulant des formes atypiques de la maladie, nous avons jugé qu'il ne serait pas sans intérêt de publier globalement les observations faites sur ces cas, profitant simultanément de l'occasion pour attirer votre attention sur le polymorphisme clinique de l'affection.

Pour compléter enfin le cycle des principales formes cliniques de la maladie, nous étudierons en même temps un 4e cas de myélome ver-

tébral, hospitalisé en 1931 à l'Hôpital de la Croix-Rouge, et non encore publié, que nous devons à l'obligeance de nos collègues M. Maccas et M. Gaitanakis, que nous remercions chaleureusement.

#### CAS PERSONNELS.

##### Observation 1.

Il s'agit d'un homme de 48 ans, chez lequel la maladie évolua au début sous le masque



Fig. 1.

d'une lipoïdose rénale. Mais progressivement et plus tard apparut dans tous ses détails la symptomatologie clinique de la maladie de Köhler, avec son syndrome humoral au complet: douleurs en ceinture thoraciques et costales, céphalées algies diffuses, protéinurie de Bence-Jones, hyperglobinémie au stade initial, anémie, et pullulation dans la moelle sternale de plasmocytes, jusqu'à la proportion de 70%.

De plus, images radiologiques typiques des os du crâne, des vertèbres et des côtes (fig. 1). Six mois après le début des premiers signes cliniques, le malade succomba en pleine ca-

chexie et anémie, aboutissant à un état comateux dans les derniers jours, avec une azotémie à 2 gr. 20 0/00. La lipoïdose rénale s'était transformée en néphrite mixte.

L'examen anatomo-pathologique et histologique d'une tumeur myélomateuse d'une côte et des reins confirma d'une façon absolue le diagnostic clinique de myélomatose multiple (fig. 2).

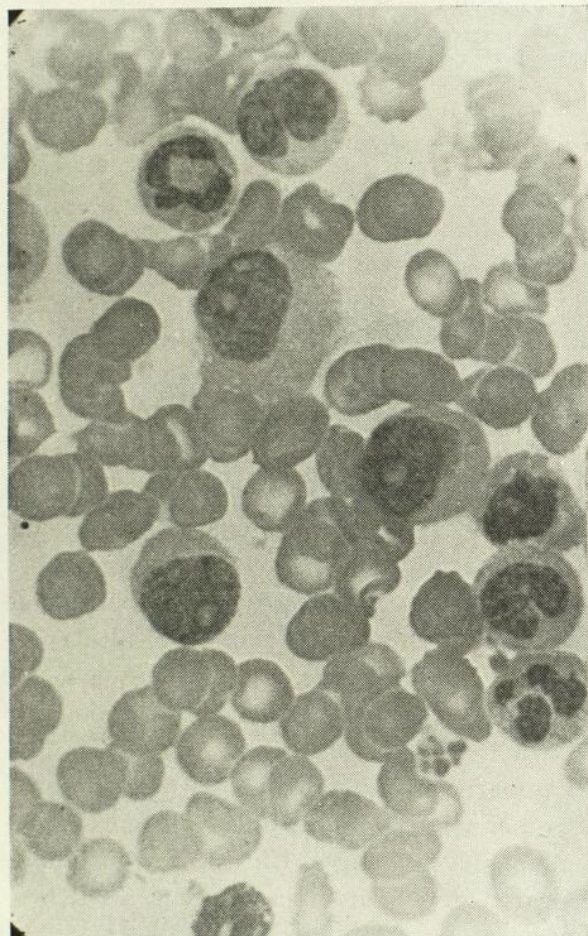


Fig. 2.

#### Observation 2.

Le deuxième cas concerne une femme âgée de 37 ans. La maladie évolua chez elle sous la forme la plus typique de la myélomatose ainsi qu'elle fut décrite par Köhler. Il ne manquait ni les douleurs intenses thoraciques, costales et vertébrales en ceinture, ni les céphalées, ni les diverses algies dans tout le corps et les articulations, ni l'anémie, ni, enfin, la néphrite

mixte, avec prédominance dans notre cas du syndrome azotémique et albuminurique. Le syndrome humoral fit également son apparition dans toute son ampleur: protéinurie de Bence-Jones, toujours fortement positive, pululation plasmocytaire dans la moelle sternale (85%), accélération de la vitesse de sédimentation des hématies, etc...

Finalement, les données radiologiques du squelette furent aussi dans ce cas des plus caractéristiques (fig. 3 et 4). Les lésions des

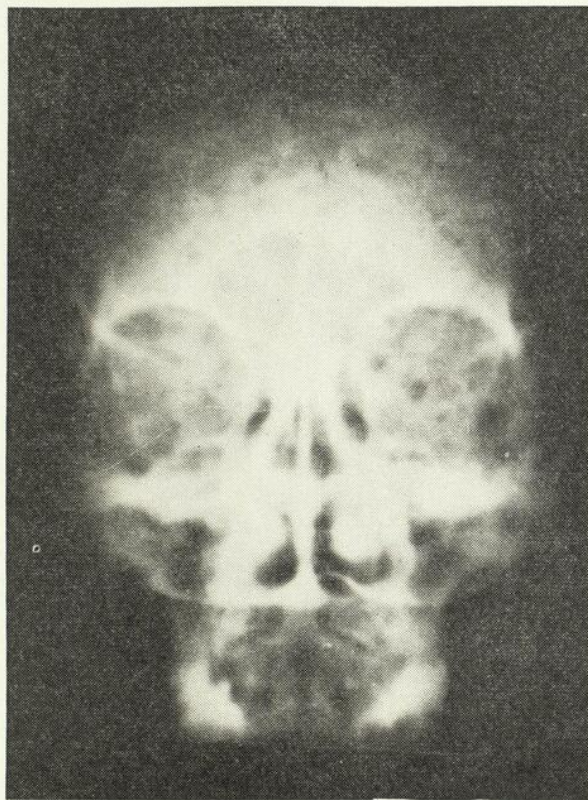


Fig. 3.

vertèbres thoraciques justifiaient pleinement la cyphose et la scoliose qu'on observait sur la région thoraco-lombaire de la colonne vertébrale.

La nature de la maladie ayant été méconnue pendant 6 mois environ, la malade nous a été envoyée avec le diagnostic de rhumatisme articulaire subaigu. Aucun examen d'urine en vue de dépister l'existence probable d'une albuminurie n'avait été effectué.

L'évolution ultérieure de la maladie fut

très rapide. La malade succomba 8 mois après l'apparition des premiers symptômes de la maladie, en proie à des phénomènes urémiques d'une extrême intensité (azotémie à 3 gr. 75 0/00) et à une cachexie grave qui était peut-être à l'origine de l'hypoprotéinémie considérable observée dans ce cas au lieu de l'hyperprotéinémie qui est habituelle dans la myélomatose.

Les examens anatomo-pathologiques et histologiques confirmèrent, dans ce cas, tant le

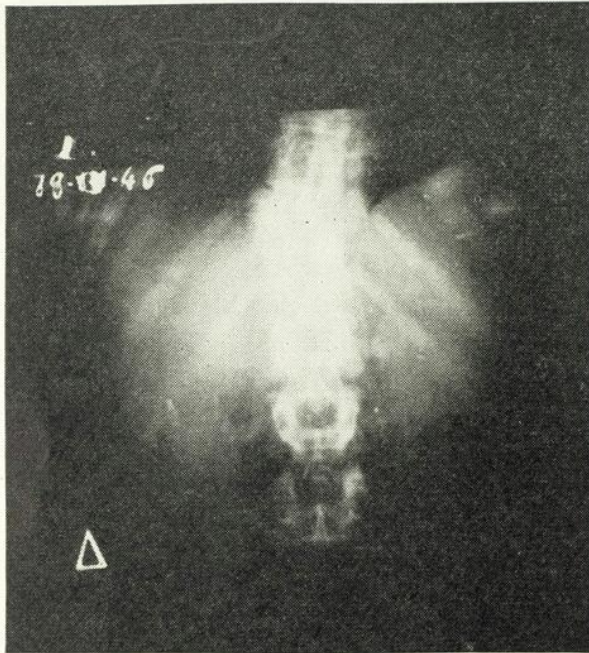


Fig. 4.

diagnostic clinique de la myélomatose que son corollaire: la néphrite interstitielle chronique.

### Observation 3.

Il s'agit également d'une femme de 56 ans, chez laquelle la maladie évolua, dès le début, sous la forme d'une asthénie et d'une cachexie progressives, accompagnées de troubles gastro-intestinaux, et plus tard, pendant 11 mois environ, comme une néphrite albuminurique et œdémateuse.

Les douleurs n'apparurent que tardivement, vers le 11e mois de la maladie, au sternum et

aux articulations chondrosternales. Outre l'importante albuminurie présentée par la malade et qui à un moment donné s'éleva au chiffre de 24 gr. par litre, la protéinurie de Bence-Jones coexistant en abondance attira notre attention vers l'enquête du myélogramme, qui montra à notre grande surprise un pourcentage plasmocytaire de 97%. Ce fait nous semble unique, à notre connaissance, dans la littérature. Néanmoins, l'examen systématique radiologique du squelette ne décéla aucune lésion caractéristique de la maladie de Köhler et nous avons posé le diagnostic de myélomatose multiple atypique sans localisation osseuse.

L'évolution fut, dans ce cas également, progressive sans troubles azotémiques. La maladie continua à évoluer sous le masque d'une cachexie extrême, avec asthénie et anémie, augmentation des œdèmes et de l'albuminurie; celle-ci atteignit à un moment donné, comme nous l'avons mentionné plus haut, la valeur de 24 gr. par litre.

Au lieu de l'hyperprotéinémie habituelle, nous avons observé ici, au contraire, une hypoprotéinémie très manifeste, avec hyperlipémie et hypercholestérolémie, comme résultat probablement, d'une part, de la grande cachexie et, d'autre part, de la déperdition abondante de protéine par les urines.

L'apparition d'un exsudat pleural bilatéral nous incita à effectuer à plusieurs reprises des ponctions évacuatrices. Un examen du liquide pleural y décéla aussi la protéine de Bence-Jones.

Enfin un syndrome d'iléus paralytique avec péritonisme diffus et vomissements bilieux et fécaloïdes accéléra la fin de la maladie, un an et demi après l'apparition des premiers symptômes.

Les examens anatomo-pathologiques et histologiques, non seulement confirmèrent, dans ce cas, le diagnostic de myélomatose, mais révélèrent de plus que la maladie fut compliquée de dégénérescence amyloïde de la plupart des viscères et des ganglions, comme on a l'occa-

sion, d'ailleurs, de l'observer dans 5 à 10% des cas de myélomes multiples (fig. 5).

On ne trouva ni perforation, ni obstruction du tube digestif. Ceci prouve que la péritonite purulente diffuse découverte à l'autopsie doit être considérée comme une péritonite par diapédèse.

Il s'agit, en conclusion, d'un cas rare et particulier de myéломateuse, sans localisation osseuse apparente, évoluant sous forme de néphrite albuminurique œdémateuse et d'amylose et dans laquelle la protéinurie de Bence-

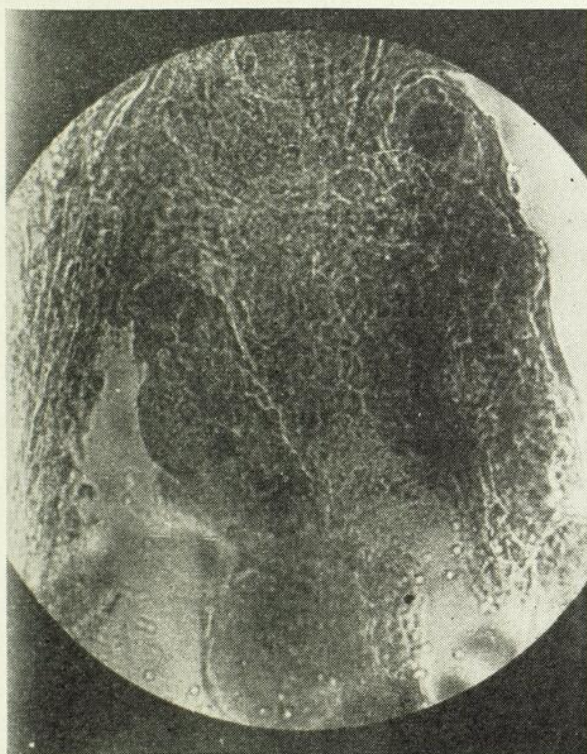


Fig. 5.

Jones attira notre attention sur le diagnostic de la maladie et la recherche des plasmocytes dans la moelle sternale.

#### Observation 4.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, malade de notre collègue Gaïtanakis, transféré en 1931 à la clinique chirurgicale du Dr M. Maccas, avec le diagnostic de myélome de la région thoracique de la colonne vertébrale. Un mois et demi avant son hospitalisation, après une

traction brutale sur la main droite, il ressentit une douleur de la région vertébrale thoracique avec irradiation en ceinture vers le sternum. Quatre jours avant son entrée, un mouvement brusque de flexion du tronc en avant provoqua une fracture de la 3e vertèbre thoracique, accompagnée de craquements et de violentes douleurs. Le résultat en fut l'apparition de symptômes de compression médullaire transverse et de blocage médullaire avec paraplégie des membres inférieurs, rétention complète d'urine et de matières, pyélonéphrite progressive avec protéinurie de Bence-Jones abondante, cylindrurie, pyurie, et apparition de globules rouges dans le sédiment. Ce cas fut considéré comme non opérable.

La maladie évolua vers la mort de façon foudroyante, deux mois après l'apparition des premiers symptômes et douze jours après l'entrée dans la clinique du malade, qui tomba à la fin dans un état comateux complet. L'azotémie s'éleva en 17 jours de 0.52 0/00 à 7 gr. 55 0/00.

Nous ne possédions pas dans ce cas de confirmation par le myélogramme, étant donné qu'à cette époque les ponctions sternales n'étaient pas à l'ordre du jour, ni d'examen radiologique de tout le squelette, en particulier des os du crâne, ni même d'examen histologique de la tumeur myélomateuse, mais l'apparition en abondance et à plusieurs reprises de la protéine de Bence-Jones dans l'urine, avant et après l'apparition de la fracture spontanée, les lésions caractéristiques constatées radiologiquement sur la colonne vertébrale (cliché no XI), l'anémie et l'histoire clinique de pyélonéphrite ascendante, ne laissent subsister aucun doute sur le fait qu'il s'agit d'une forme vertébrale spéciale de la myéломateuse, ainsi que nous la trouvons décrite dans les travaux classiques sur la maladie de Köhler<sup>2</sup>.

2. Nous tenons à remercier particulièrement nos collègues Eléfhério, S. Papageorgiou, S. Goritsa, A. Trivisa, N. Cocodis, G. Loucatos et Haralambidès pour la contribution de chacun d'eux, dans le cadre de sa spécialité, à l'étude de nos cas.

\* \* \*

## FORMES CLINIQUES.

Remontant à la période anatomo-clinique de la maladie, nous distinguons trois formes de la myélomatose plasmocytaire:

1) La forme nodulaire de la maladie de Köhler, correspondant à la majorité des cas de myélome multiple des os, qui est caractérisée par la dispersion de ces tumeurs ostéolytiques. C'est la variété la plus fréquente.

2) La forme diffuse, beaucoup plus rare, dénommée par les auteurs français: myélome en nappe.

3) Le myélome solitaire, assez rare.

Cette division correspond à des images radiologiques particulières qui sont seules capables d'établir la distinction pendant la vie. Ainsi, dans la forme nodulaire, les trouvailles radiologiques des tumeurs myélomateuses se présentent régulièrement circonscrites, comme des surfaces transparentes, arrondies, ou ovales, et à contours réguliers, comme si elles avaient été taillées à l'emporte-pièce, donnant l'impression d'être produites par les empreintes de pièces de monnaie. Ces clartés se trouvent ordinairement situées les unes près des autres et leurs dimensions varient de 1 mill. à 5 cm. Les plus grandes tumeurs peuvent se propager, non seulement dans la substance spongieuse, mais aussi vers la corticale de l'os atteint.

La corticale s'amincit parfois à un tel degré qu'elle arrive à se rompre. La colonne vertébrale montre un affaissement des corps d'une ou deux vertèbres.

Le crâne ne s'épaissit pas. Les facteurs pathologiques et les incurvations sont très fréquentes, surtout au niveau des côtes.

Par contre, dans la forme diffuse, l'image radiologique est toute différente. On n'observe pas, ici, de rupture de la corticale, ni de formations pseudo-kystiques, ni de géodes; mais on constate ordinairement sur les os plats une transparence diffuse, sans lésions circonscrites

à l'emporte-pièce. On observe une image analogue à celle de la simple ostéoporose.

Les parois du crâne présentent un aspect particulier: elles ne présentent pas de pertes de substance à l'emporte-pièce; elles ne montrent pas de lésions de calcification diffuse, mais se présentent comme si leur substance médullaire était vidée, pendant que les tables externe et interne sont intactes, produisant l'impression d'une plaque de verre vue par une surface de section perpendiculaire à la surface de la plaque (Marchal et Mal'et).

Néanmoins, il faut signaler que les études récentes à la fois anatomo-cliniques et surtout du myélogramme et du syndrome humoral de la maladie ont montré l'existence, en dehors des formes diffuse et nodulaire, d'autres formes de myélome multiple, sans la moindre lésion osseuse apparente, et dont le diagnostic s'avère naturellement très difficile si on n'a pas recours à la ponction sternale. Il s'agit d'infiltrations plasmocytaires diffuses de la moelle osseuse. A ce groupe appartient notre cas No 3.

Bayrd et Heck, sur un matériel de 83 cas de myélome multiple, ne trouvèrent pas de lésions osseuses apparentes, dans une proportion de 12%.

Enfin, dans la forme de myélome solitaire, l'aspect radiologique se présente sous deux types:

La première forme se présente comme une image kystique; les lésions des travées osseuses ressemblent étonnamment à des tumeurs à myéloplaxes.

La deuxième forme se présente avec une lésion purement ostéolytique ressemblant de très près aux métastases cancéreuses. L'os iliaque, le fémur, l'humérus et les vertèbres thoraciques sont atteints avec prédilection par le myélome solitaire.

Les images radiologiques correspondent admirablement bien aux trouvailles anatomo-pathologiques de la maladie de Köhler; aussi, dans les nécropsies, on trouve de nombreuses tumeurs rouge sombre ou brunâtres, très circonscrites, réparties dans les moelles osseuses

rouges. Elles sont constituées par des cellules hémopoïétiques ressemblant aux plasmocytes. Elles érodent les os, se propagent parfois vers la corticale et provoquent ainsi des déformations et des fractures pathologiques, comme nous l'observons dans nos cas 2e et 4e.

Une hyperplasie osseuse diffuse s'associe rarement à des foyers de formations tumorales; les tumeurs myélomateuses peuvent s'observer aussi en dehors du squelette: au niveau des amygdales, du foie, de la rate, des reins, du pancréas, du duodénum, etc...

Ces formes splanchniques sont rares (Atkinson, Patek et Castle, Angela Heffermann, etc.).

Dans notre 3e cas on retrouve une infiltration plasmocytaire, non seulement sur la moelle sternale, mais aussi sur les ganglions lymphatiques mésentériques.

Nous voyons ainsi qu'entre les formes osseuses classiques de la myélomatose, comme la forme nodulaire ou la forme diffuse, nous avons aussi à envisager les formes viscérales qui se présentent soit comme des métastases de localisations osseuses, soit comme des formes spéciales, probablement primitives — la forme pancréatico-duodénale décrite par Angela Heffermann, qui a abouti à une occlusion intestinale aiguë sans qu'on puisse déceler de lésions osseuses pendant la vie.

Il n'est pas moins vrai qu'on retrouva à l'autopsie deux petites tumeurs plasmocytaires sur les côtes, tandis que la protéinurie de Bence-Jones était présente pendant toute la durée de l'observation.

Le diagnostic de ces formes s'avère naturellement très difficile pendant la vie, étant donné le manque d'images radiologiques.

La coexistence éventuelle de la protéinurie de Bence-Jones doit attirer notre attention sur une simple myélomatose probable, qu'on peut confirmer par la ponction sternale.

Nous sommes persuadés qu'une enquête du myélogramme dans ce cas sus-mentionné aurait fait porter le diagnostic de localisation viscérale pendant la vie, comme il a été posé

dans notre 3e cas, qui ne comprenait pas de lésions osseuses.

La protéinurie de Bence-Jones associée au myélogramme poserait le diagnostic. Notre cas évolua également, comme nous l'avons vu, vers une obstruction intestinale et une péritonite purulente par diapédèse, à la suite d'un iléus paralytique, et on doit admettre qu'il existerait en plus une infiltration viscérale — pour les raisons que nous avons exposées plus haut.

Au point de vue purement clinique, nous devons distinguer:

1) Une forme rhumatismale pure, dans laquelle les douleurs forment la base du tableau clinique.

Le syndrome humoral: l'albuminurie de Bence-Jones, l'hyperglobulinémie, l'anémie et les autres troubles hématologiques, ainsi que les trouvailles radiologiques, se trouvent au second plan. Ces malades sont traités pendant longtemps comme des rhumatisants ou comme de simples algiques, avec échec complet du traitement antirhumatismal.

2) Une forme néphrétique ou néphrosique dans laquelle domine le tableau clinique de la néphrite ou de la néphrose. Les symptômes de toutes les variétés de néphrite, sans excepter la néphrose lipoïdique, ainsi que nous l'avons démontré, s'observent dans le début.

3) Une forme à début cachectique, qui s'extériorise par une anémie grave, par une néphrose et par une association à l'amyloïdose, dans son stade terminal, sans lésions osseuses apparentes.

4) Une forme mixte avec ou sans localisation osseuse.

5) Une forme vertébrale.

Le développement de la tumeur myélomateuse se confond un certain temps avec les tissus vertébraux et extra-médullaires. De plus, la mort peut survenir avant que les tumeurs se propagent suffisamment et parfois avant que l'albumine de Bence-Jones apparaisse dans l'urine.

Dans cette variété le malade présente rapidement des symptômes de lésion transversale de la moelle, avec blocage du canal médullaire.

La portion thoracique de la moelle osseuse est l'endroit de prédilection de la compression. Il existe une sensibilité locale très nette. Les clichés radiographiques dénotent une usure des corps vertébraux correspondants.

A cette forme correspond notre 4e cas.

\* \* \*

Le signe pathognomonique le plus caractéristique et le lien commun de toutes ces variétés de myélomatose est le plasmocyte. Son diagnostic, durant la vie, est confirmé seulement par l'étude du myélogramme.

L'albuminurie de Bence-Jones, les douleurs, la néphrite, les fractures et les lésions osseuses coexistent naturellement, mais constituent simplement des indices et non pas des preuves de la maladie.

En ce qui concerne enfin le myéloïme solitaire, il est utile de l'étudier plus spécialement. Nous nous reportons à notre étude d'ensemble.

#### THÉORIE DE DÉFENSE DE L'ORGANISME.

Il ressort de nos connaissances actuelles que dans la majorité des cas de myélomatose on constate une surproduction de substances albuminoïdes normales en association avec des protéines pathologiques.

Celle-ci, d'après les auteurs classiques (Magnus Lévy, Heilmeyer, Geschickter, Copeland, etc.), est due au développement anormal de cellules ayant un rapport direct avec la production des albumines.

J. Marchal et Lucien Mallet établissent même une sorte de parallélisme entre les globulines de sang et l'abondance des plasmocytes de la moelle chez un de leurs malades atteint de myélomatose diffuse. En effet, pendant que sous l'influence de la radiothérapie les globulines s'abaissent de 50 gr. à 41 gr. par litre, la proportion des plasmocytes s'abaisse de 54% à 16%. Etant donné que les rayons X n'ont pas d'effets apparents sur les

protéines plasmatiques tandis que, au contraire, ils détruisent les plasmocytes, les auteurs se demandent si les plasmocytes du myéloïme sont capables d'élaborer en abondance des globulines.

Ces plasmocytes malins avec leurs vacuoles constitueraient ainsi une espèce de glande endocrine monocellulaire sécrétant les globulines. Après une rechute évolutive de leur maladie, ce parallélisme des globulines et du taux des plasmocytes a été signalé en sens inverse, les globulines s'élevant à 105 gr. par litre, tandis que les plasmocytes atteignaient le chiffre de 96%.

Il s'agit cependant ici d'une simple hypothèse. Etant donné que nous ne connaissons rien de positif en ce qui concerne les troubles du métabolisme des protides et tout particulièrement l'hyperglobulinémie constatée pendant la myélomatose, renversement du rapport sérine-globuline, le mécanisme de leur genèse et de leurs variations et que nous nous trouvons encore au stade des hypothèses, qu'il nous soit permis aussi d'en exposer une, que nous croyons peut-être plus proche de la réalité, et que nous dénommons la "théorie de défense de l'organisme".

Les troubles de l'équilibre protidique, ainsi que nous l'avons à plusieurs reprises signalé dans de nombreuses publications, depuis vingt ans environ, constituent un phénomène général dans la nosologie. L'organisme venant en contact avec n'importe quel agent toxique ou infectieux réagit immédiatement par tous les éléments de défense dont il dispose. Soit par augmentation des globules blancs ou par leur transformation qualitative, surtout en phagocytes, et plus particulièrement par l'augmentation des globulines plasmatiques — dont les molécules semblent renfermer tous les éléments immunisants de l'organisme, les anticorps, les antigènes, les agglutinines, les bactériolysines, les antitoxines, etc... Le résultat de cette hyperglobulinémie est l'inversion du quotient albumineux dans les différents états pathologiques.

Il n'est donc pas nécessaire d'invoquer l'intervention directe du plasmocyte et surtout du plasmocyte malin dans la production des éléments de défense tels que les globulines, les pseudoglobulines, et les protéines en général, étant donné que, dans la majorité des maladies toxi-infectieuses dans lesquelles nous rencontrons l'augmentation des globulines, on n'observe pas le même taux d'augmentation des plasmocytes de la moelle ou du sang circulant. Mais, dans d'autres circonstances pathologiques comme l'hypertension artérielle par exemple, dans laquelle nous rencontrons les taux les plus élevés d'hyperprotéinémie, et dans laquelle aucun facteur toxique ou toxi-infectieux apparent ne semble agir, il n'y a pas d'infiltration plasmocytaire, normale ou pathologique importante. Il est probable que, pour les substances pathologiques telles que l'albumine de Bence-Jones ou la substance amyloïde, le plasmocyte malin a une certaine influence et constitue en partie la cause essentielle des lésions néphrétiques observées dans la myéломatose. Mais en ce qui concerne les protéines normales, nous croyons qu'on devrait plutôt invoquer le mécanisme régulateur des protéines sanguines qui intervient dans tous les états normaux ou pathologiques comme nous l'avons démontré expérimentalement par la maladie provoquée.

Aussi le passage de la santé à la maladie s'accompagne dans la plupart des cas de l'hyperglobulinémie et de l'inversion du rapport sérine-globuline.

Au contraire, le passage de la maladie à la santé est marqué par le rétablissement de ce rapport à sa valeur normale. Ceci se produit par l'aptitude de l'organisme à mettre en action tous ses organes et cellules producteurs de protéines (foie, corps thyroïde, système réticulo-endothélial, etc...).

Nous répétons ici, une fois encore, que le meilleur indice humoral de la santé et le test le plus important de celle-ci sont constitués,

d'une part par le quotient albumineux, d'autre part par les variations de la protidémie et les réactions modernes de précipitations, etc., qui en dépendent (Fakata-Ara, précipitation du Tymol — réaction de l'or colloïdal, etc.).

Si l'organisme est vaincu dans sa défense ou cède à l'agent toxique ou toxi-infectieux, ses organes et cellules producteurs de protéine cessent progressivement de fonctionner suffisamment. Nous observons alors que l'hyperprotidémie fait place à l'hypoprotéinémie, d'une part par insuffisance de production ou grande destruction de protéines pendant la lutte de défense de l'organisme, d'autre part, peut-être par pertes massives d'albumines éliminées par des reins lésés. Ceci se produit par exemple dans les néphrites et les néphroses et plus particulièrement dans les néphrites associées aux myélomes multiples.

Ainsi que nous l'avons vu, l'hypoprotéinémie accompagnait dans nos cas le stade cachectique de la maladie, quoique l'infiltration plasmocytaire ait été parmi les plus importantes de celles relatées dans la littérature: 70%, 85% et même 97% de plasmocytes dans notre 3e cas, qui présentait en même temps le degré le plus élevé d'hypoprotéinémie.

Si par conséquent nous admettons que le plasmocyte produit aussi des protéines normales et surtout des globulines, on devrait observer des taux de globulines très élevés du début à la fin de la maladie.

Mais il ressort aussi de la littérature, comme nous l'avons vu, que l'hyperprotéinémie n'est pas la règle dans le myélome multiple étant donné que même dans la récente statistique de Bayrd et Heck elle a été retrouvée dans 63% seulement des cas.

Mais, de plus, nous ne sommes pas convaincus que, même dans les cas relevés dans la littérature présentant de l'hyperprotéinémie, celle-ci continuait à exister jusqu'à la fin de la maladie.

*Variations de l'équilibre protidolipidique en rapport avec la proportion plasmocytaire dans la moelle sternale et la protéinurie.*

Observations	A		B			C		
	2-2-46	2-5-47	20-5-46	8-6-46	23-4-47	11-3-47	13-7-47	21-7-47
Date								
Protéines totales en gr. 0/00	93,35	62,01	38,40		55,20	62,00	65,20	59,20
Sérine	46,20	32,00	18,20		33,70	38,10	38,80	39,40
Globuline	47,30	30,00	20,20		21,50	23,70	16,40	19,80
Quotient albumineux	0,97	1,05	0,90		1,56	1,62	2,30	2,00
Lipides totaux	—	—	4,40		—	20,10	16,80	15,20
Cholestérol	2,57	1,35	1,00		—	2,40	2,00	2,30
Rapport: sérum - lipides	—	—	4,10		—	1,85	2,35	2,59
<i>Protéinurie</i>								
a) de Bence-Jones	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
b) Albuminurie	4 gr. 20 0/00	9,5 0/00	8 gr. 5 0/00	12,5 0/00	1,5 0/00	4 0/00	15 gr. 19 0/00, 18 0/00	24 0/00 7 gr. 0/00
<i>Myélogramme</i>								
Plasmocytes	70%	75%	85%		97%	—	—	—

D'autant plus qu'on ne trouve pas dans les différentes communications les courbes de l'hyperglobulinémie. La plupart des auteurs se contentèrent d'un ou deux dosages effectués à un moment donné de la maladie sans pouvoir suivre les variations de la protéinémie. En outre, il ne résulte pas, de l'étude de tous les cas, que le degré de l'hyperprotéinémie soit proportionnel au taux de l'infiltration plasmocytaire dans le myélogramme. Nous croyons par conséquent que de nombreuses recherches sont encore nécessaires pour l'éclaircissement complet de ce très intéressant sujet de physio-pathologie.

Ces recherches doivent surtout porter sur l'étude des courbes des protéines, des lipides et des lipoides du sang en rapport avec la protéinurie et l'infiltration plasmocytaire du myélogramme aussi bien que sur l'étude des rapports de l'équilibre protéino-lipidique sérines lipides, globulines lipides, chose qui n'a pas été effectuée jusqu'ici systématiquement.

### Conclusions.

En restant toujours dans le domaine pratique nous pouvons conclure:

1) La myélomatose multiple plasmocytaire, ou maladie de Köhler, constitue en effet une entité morbide réelle, dont l'individualisation cellulaire n'est presque plus discutée. Cette maladie semble être beaucoup plus fréquente qu'on le croyait jadis.

2) Ses différentes formes anatomo-cliniques: nodulaire, diffuse et solitaire, correspondent à des images radiologiques particulières qui facilitent grandement le diagnostic pendant la vie.

3) A côté de ces formes, il en existe d'autres sans lésions osseuses apparentes, représentant une proportion de 10% à 12%. Le diagnostic de ces formes est difficile, en l'absence de la ponction sternale.

4) Les formes et les métastases ou infiltrations viscérales ne sont pas rares.

5) Au point de vue purement clinique, le polymorphisme de la myéломatose est indiscutable. Ainsi:

a) Les formes rhumatoïdes ou rhumatismales constituent des formes classiques et des plus fréquentes, ne cédant à aucun traitement antirhumatismal.

b) Viennent ensuite, par ordre de fréquence décroissante, les formes simulant les différentes variétés de néphrites et de néphroses, sans exclure la lipoïdose rénale, et dont le premier exemple dans la littérature nous semble être représenté par notre 1er cas.

c) A un 3e groupe appartiennent les formes cachectiques et anémiques avec tendance à l'amyloïdose.

d) Une 4ième forme, très rare, est représentée par la forme vertébrale.

e) Nous signalons enfin les formes mixtes ou intermédiaires.

Des exemples indiscutables de ces formes cliniques sont représentées par les cas que nous publions.

6) Le diagnostic de toutes ces formes est facilité grandement par l'examen radiologique systématique du squelette dans son ensemble et surtout des os du crâne, afin de déceler les transparences et les lésions osseuses caractéristiques, et d'autre part par l'étude du syndrome humoral de la maladie dans lequel la protéinurie de Bence-Jones doit avoir une place prépondérante. Viennent ensuite l'hyperglobulinémie, l'anémie, l'accélération de la vitesse de la sédimentation globulaire, l'absence relative ou le manque de plasmocytes dans le sang circulant, l'étude des variations de la calcémie, de la phosphorémie, de la phosphatasémie alcaline et des autres troubles hématologiques habituels (azotémie, etc.).

7) Le lien commun et le critère pathognomonique de tous ces cas sont représentés par le plasmocyte, avec toutes ses variétés, et dont la présence dans la moelle sternale, dans une proportion supérieure à 10%, suffit à confirmer le diagnostic de myéломatose.

8) La présence de localisations solitaires,

avec absence de protéinurie de Bence-Jones et résultat négatif de la recherche des plasmocytes dans le myélogramme, plaide en faveur du diagnostic de myérome solitaire, dont le pronostic, contrairement à celui du myérome multiple, est plus bénin, permettant des survies de plus de 10 ans, sans exclure naturellement une généralisation ultérieure de la maladie.

9) En ce qui concerne le métabolisme des protides et leur pathogénie, nous ne connaissons actuellement rien de positif, et devons nous borner à des hypothèses.

Le plasmocyte est peut-être responsable des albumines pathologiques telles que la protéine de Bence-Jones et la substance amyloïde.

Mais, en ce qui concerne les albumines normales et surtout les variations des globulines et de l'équilibre protéinique nous croyons que celles-ci correspondent à un phénomène général de la nosologie. Dans ce cas, qu'il nous soit permis de croire que notre théorie de défense de l'organisme est plus proche de la réalité.

10) Quant aux relations de la myéломatose multiple avec le myérome solitaire et la leucémie plasmocytaire, il ne semble pas, dans nos connaissances actuelles, qu'il existe de barrière nette entre eux. Il est probable que ces divers états constituent des phases d'un même processus, dans lequel le premier rôle est représenté par la leucémie plasmocytaire et le second par le myérome solitaire.

11) Le traitement et le pronostic du myérome sont considérés généralement comme très décourageants. Il n'existe malheureusement jusqu'ici aucun traitement de valeur réelle contre cette forme de myéломatose. Ainsi, la radiothérapie pénétrante soulage seulement les douleurs et diminue le volume des tumeurs, mais ne retarde pas le progrès de la maladie.

Toutes les fois que les symptômes cliniques révèlent une compression médullaire, l'intervention chirurgicale par la laminectomie peut avoir une certaine valeur, étant donné que l'ablation de la masse myélomateuse peut provo-

quer la décompression de la moelle et par conséquent l'amélioration des symptômes paralytiques, etc.

Les pentamidines et les stilbamidines proposées par Snapper, en association avec un régime pauvre en protéines, peuvent soulager dans une certaine mesure les malades de leurs atroces douleurs et dans plusieurs cas arrêter provisoirement la progression de la maladie, mais sans cependant provoquer de guérison.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Ch. ACHARD et A. CODOUNIS: «Le rapport sérine-lipides du sérum sanguin dans la lipoïdose rénale et dans d'autres états pathologiques.» *Arch. des Maladies du Cœur*, nov. 1932.
2. H. ARAI et I. SNAPPER: «The influence of stilformidine upon kidney function, liver function, and peripheral blood in multiple myeloma.» *New York State Journal of Medicine*, **47**: (1 sept.) 1947.
3. E. BAYRD et F. HECK: «Multiple myeloma.» *J. A. M. A.*, **133**: 147 (18 janv.) 1947.
4. A. CODOUNIS: «Les formes cliniques de la myéломatoïse multiple.» Société Médicale d'Athènes, séance du 13 mars 1948.
5. A. CODOUNIS: *La protidémie et la pression osmotique*. Masson et Cie, édit., Paris, 1934.
6. F. COSTE, F. DELBARRE, Mlle TISSIER et Chr. SORS: «Un cas de cryptoleucose plasmocytes avec altérations osseuses et diffusion très importante du processus plasmocytaire. Les rapports entre myélome multiple et leucose à plasmocytes.» *Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, 19 mars 1948. Nos 9, 10 et 11, p. 359.
7. COSTE, DELBARRE et LAPRESLE: «A propos du diagnostic clinique et radiologique de la Maladie de Köhler.» *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, séance du 19 mars 1948, p. 361.
8. H. DUBOIS-FERRIERE: «La fonction des plasmocytes.» *Journ. Suisse de Médecine*, no 45, p. 1346, 1943.
9. L. W. DIGGS et M. S. SIRRIDGE: «A study of the sternal marrow and peripheral blood of fifty-five patients with plasma cell myeloma.» *The Journ. of Laboratory and Clinical Med.*, **32**: 167 (fév.) 1947.
10. C. F. GESCHICKTER et M. M. COPELAND, 1889: «Multiple myeloma.» *Arch. Surg.*, **16**: 807 (avril) 1928.
11. HEILMAYER: *Das Myelom. in Handbuch der inneren Medizin*. Bergmann and Staehelin, 1942, pp. 504-519.
12. O. KAHLER: «Zur symptomatologie der multiplen myeloms. Beobachtung von albumosurie.» *Prag. Med. Wchnchr.*, **14**: 33, 1945.
13. H. LEGER: «Les myélomes. Etude histobiologique.» *La Presse Médicale*, **56**: 236 (31 mars) 1948.
14. W. T. MOSS et L. ACKERMAN: «Plasma cell leukemia.» *Blood*, **1**: (sept.) 1946.
15. MARCHAL et MALLET: «Le myélome en nappe.» *Le Sang*, 1947.
16. A. PINEY et J. RIACH: «Multiple myeloma. Aleukaemic and leukaemic.» *Folia Haematologica*, 46. Bd. Heft ½, 1931.
17. J. VON RUSTIZKY: «Multiple myeloma.» *Deutsche Zeschr. f. Chir.*, **3**: 162, 1873.
18. I. SNAPPER et SCHNEID: «On the influence of stilbamidine upon myeloma cells.» *The Blood*, **1**: (nov.) 1946.
19. I. SNAPPER: «Stilbamidine and pentamidine in multiple myeloma.» *J. A. M. A.*, **113**: 157 (18 janv.) 1947.
20. SNALLER, MARSKY, SCHNEID et ROSENTHAL: «Development of inclusion bodies containing ribose nucleic acid in myeloma cells after injection of stilbamidine. Determination of stilbamidine in myeloma tissue.» *The Blood*, **2**: (juillet) 1947.
21. SNAPPER et SCHNEID: «The development of basophilic inclusion bodies in myeloma cells after stilbamidine treatment.» *Annals of Internal Med.*, **27**: (octobre) 1947.
22. H. STEVENSON: «Multiple myelomatosis.» *Overseas post-graduate Medical Journal*, **2**: 466 (juillet) 1948.

# REVUE GÉNÉRALE

## ÉTUDE SUR LE CHOC OPÉRATOIRE

René LEBEAU,

Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Le rôle de l'anesthésiste est de permettre à l'opéré de subir sans douleur une intervention chirurgicale en lui assurant la meilleure sécurité, c'est-à-dire en respectant le plus possible la physiologie et l'anatomie de ses principaux organes: cœur, foie, cerveau, poumons et reins.

Une des plus graves complications, qui peut entraîner la mort à brève échéance, c'est le choc; il faut le prévenir par toutes les mesures disponibles et, s'il survient, on doit le traiter avec promptitude et efficacité.

### Définition.

Le choc est la conséquence d'une spoliation humorale et cardio-vasculaire, dont la symptomatologie clinique se traduit par de la pâleur ou de la cyanose, de la froideur des extrémités, de la diaphorèse, un pouls rapide et une chute de la tension artérielle.

Le choc engendre un ralentissement du courant sanguin, une diminution de l'apport d'oxygène avec une anoxie de stase et une baisse de métabolisme basal avec hypothermie.

### CLASSIFICATION DU CHOC (BLALOCK)

Elle en explique bien le mécanisme.

1° *Choc hématogénique*: c'est un déséquilibre humoral ou sanguin dû à une déperdition d'eau et de sels minéraux, de protides ou de sang total.

2° *Choc neurogénique*: c'est un collapse cardio-vasculaire par vaso-dilatation réflexe comme on le rencontre dans la rachi-anesthésie, l'exploration de l'abdomen, dans la douleur aiguë de la grossesse ectopique rupturée.

3° *Choc vasogénique*: il a pour origine la nocivité des toxines agissant d'une façon directe sur les veines et les artères; ainsi, dans

la perforation de l'ulcère stomacal, le liquide gastrique inonde et irrite chimiquement le péritoine de même que les vaisseaux splanchniques, qui soudainement vont se distendre.

4° *Choc cardiogénique*: on le trouve chez les cardiaques en état d'asystolie (engorgement du système veineux).

Le choc primaire diffère du choc secondaire, qui est plus sérieux; le premier apparaît très vite, accompagné de pulsations lentes avec extrémités chaudes; le second arrive 3 à 6 heures après le début de l'accident qui l'a suscité.

### CERTAINS FACTEURS PRÉDISPOSENT AU CHOC

A. *Il y a les facteurs généraux* venant du patient. Ils sont multiples: myocardite chronique, hépatose, asthme, dilatation bronchique, bacillose pulmonaire, anémie pernicieuse ou consécutive à des hémorragies digestives et utérines, hypovitaminose, déshydratation, déchloruration et hypoprotéïnémie causées par un ulcus gastrique ou duodéal, par une tumeur intestinale.

B. *Il y a les facteurs actuels*.

1° Ceux qui sont attribuables à la chirurgie: manipulations de viscères, hémorragies difficiles à arrêter (lit de la vésicule biliaire), pertes de sang et de plasma au niveau des surfaces où passe le bistouri, comme dans les mammectomies; écrasement et section des nerfs lors d'une amputation des membres; nettoyage incomplet des plaies traumatiques, tissus dévitalisés par des pinces longtemps laissées en place.

2° Ceux qui proviennent de l'anesthésie: prémédication trop forte, surdosage de l'anesthésique, oxygénation déficiente.

La responsabilité de l'anesthésiste, comme celle du chirurgien, est lourde en face de l'opéré; ses devoirs peuvent se grouper sous quatre chefs:

- 1° Préanesthésie judicieuse.
- 2° Choix adéquat et bonne administration de l'agent ou des agents anesthésiques.
- 3° Surveillance et traitement au cours de l'intervention.
- 4° Soins postopératoires.

#### PRÉPARATION DU PATIENT

Le succès d'une anesthésie dépend souvent d'une prémédication appropriée; trop intensive, celle-ci altère le centre respiratoire, surcharge le foie et les reins, fatigue le cœur et ralentit la circulation sanguine.

La morphine avec la scopolamine ou hyoscine semble une heureuse combinaison (S. C. Cullen); il est à souligner que l'effet total de la morphine a lieu au bout de 90 minutes en voie hypodermique, de 45 minutes en voie intramusculaire, et de 15 minutes en voie endoveineuse.

L'hyoscine, employée avec sûreté et sans réaction défavorable de 5 à 75 ans, possède trois qualités caractéristiques qui la distinguent un peu de l'atropine:

- 1° Elle contrebalance mieux la dépression respiratoire imputable à la morphine.
- 2° Elle procure une sédation psychique avec amnésie des plus satisfaisantes; le malade a une sensation d'euphorie et une insouciance complète de ce qui l'entoure.
- 3° Elle diminue les nausées et les vomissements parfois associés aux opiacés, tout en atténuant les sécrétions de l'arbre bronchique.

Quelques-uns conseillent l'adjonction de sulfate de spartéine ( $\frac{1}{4}$  grain), qui fortifie le muscle cardiaque et corrige l'action déprimante des deux premières drogues.

Pour obtenir le maximum de rendement, on recommande d'observer les proportions suivantes: 1 partie d'atropine ou de scopolamine avec 25 parties de morphine. Voici un

tableau de S. C. Cullen, qui établit l'emploi et la dose des sédatifs d'après l'âge des patients et l'anesthésique utilisé.

La veille, il est d'usage de donner au futur opéré, par la bouche, un calmant facile d'élimination, tel que le séconal ( $\frac{3}{4}$  à  $1\frac{1}{2}$  gr.), ce qui l'aidera à passer une nuit paisible et réconfortante.

\* \* \*

Dans le choix de l'anesthésique et son mode d'administration, trois items sont à considérer:

#### L'ÂGE DU MALADE, SON ÉTAT PHYSIQUE ET LE GENRE D'OPÉRATION

A. *L'âge du malade.* Pour les jeunes au-dessous de 9 à 10 ans, l'éther à masque ouvert est préférable; cet agent offre une grande marge de protection. Les enfants robustes de 10 ans et plus peuvent recevoir avec avantage le cyclopropane mêlé au pentothal sodique, dont le dosage sera modéré.

Selon S. C. Cullen, la rachi-anesthésie est interdite avant l'âge de 10 ans. Après 65 ans, il faut être prudent à l'égard de l'analgésie sous-arachnoïdienne ou même locale; mieux vaut s'en abstenir en présence de personnes atteintes de myocardite fibreuse et d'artériosclérose.

B. *L'état physique du sujet.* Celui qui présente des lésions vasculo-cardiaques mérite une attention spéciale; il est regardé comme un mauvais risque opératoire.

1° S'il souffre d'artérite coronarienne, l'anesthésie rachidienne est, la plupart du temps, contre-indiquée, d'après S. Belinkoff; elle crée, assez fréquemment, une chute brusque des tensions systolique et diastolique dont les conséquences peuvent être irréparables.

Le pentothal intraveineux à 2 ou 3% combiné à 100 d'oxygène s'avère excellent dans les interventions mineures, qui demandent peu de relâchement musculaire.

Pour les opérations majeures, soit intra-abdominales, on aura beaucoup de satisfaction avec le cyclopropane, auquel on ajoute

Age en années

Prémédication Anesthésiques	1 à 2½ ans			2½ à 5 ans				5 à 10 ans					
	Nem-butal	SO <sup>4</sup> de Morphine	Atro-pine	Nem-butal	SO <sup>4</sup> de morphine		Atropine		Nem-butal	Sulfate de morphine		Scopolamine	
Ether	0	0	1/200	0	1/12*	1/12†	1/200*	1/200†	0	1/8*	1/8†	1/200*	1/200†
Chloroforme	0	0	1/200	0	1/12	1/12	1/200	1/200	0	1/8	1/8	1/200	1/200
Chlorure d'éthyle	0	0	1/200	0	1/12	1/12	1/200	1/200	0	1/8	1/8	1/200	1/200
N <sup>2</sup> O Protoxyde d'azote	0	0	1/200	0	1/8	1/12†	1/200	1/200†	1 à 1½ gr.	1/8	1/8†	1/200	1/200†
N <sup>2</sup> O avec Pentothal	0	0	1/200	0	1/12	1/12	1/200	1/200	0	1/8	1/8	1/200	1/200
Cyclopropane	0	0	1/200	0	1/12	1/12	1/200	1/200	0	1/8	1/8	1/200	1/200
Infiltration et blocage	0	0	1/200	Phéno-barbital ½ gr.	1/12	1/12	1/200	1/200	1 à 1½ gr.	1/8	1/6	1/200	1/200

Age en années

Prémédication Anesthésiques	10 — 60 ans							60 — 75 ans					75 ans et plus		
	Nem-butal	SO <sup>4</sup> de Morphine		Scopolamine			Nem-butal	Sulfate de Morphine		Scopolamine		Nem-butal	SO <sup>4</sup> Morphine	Atro-pine	
Ether	0	1/6*	1/4†	1/6*	1/150*	1/150†	1/150*	0	1/8*	1/8†	1/200*	1/200†	0	1/12	1/200
Chloroforme	0	1/6	1/6	1/6	1/150	1/150	1/150	0	1/8	1/8	1/200	1/200	0	1/12	1/200
Chlorure d'éthyle	0	1/6	1/6	1/6	1/150	1/150	1/150	0	1/8	1/8	1/200	1/200	0	1/12	1/200
N <sup>2</sup> O Protoxyde d'azote‡	3 grs	1/6‡	1/4	1/6	1/150	1/100	1/150	1½ grs	1/6	1/8†	1/150	1/200	¾ gr.	1/8	1/200
N <sup>2</sup> O avec Pentothal	0	1/6	1/6	1/6	1/150	1/150	1/150	0	1/8	1/8	1/200	1/200	0	1/12	1/200
Cyclopropane	0	1/6	1/6	1/6	1/150	1/150	1/150	0	1/8	1/8	1/200	1/200	0	1/12	1/200
Rachi	3	1/6	1/6	1/6	1/150	1/150	1/150	1½	1/8	1/8	1/200	1/200	¾	1/12	1/200
Infiltration et blocage	3	1/4	1/4	1/6	1/150	1/100	1/150	1½	1/6	1/8	1/150	1/200	¾	1/8	1/200

\*Niveau relativement bas (réflexe d'irritabilité).

†Niveau relativement élevé (réflexe d'irritabilité).

‡Pentothal (voie rectale) 0-5 ans.

§Seconde dose (voie endoveineuse).

de l'éther; ce dernier narcotique rectifie l'arythmie qui, quelquefois, conduit à la fibrillation ventriculaire ou à l'arrêt du cœur.

2° S'il s'agit d'un opéré en décompensation cardiaque (insuffisance valvulaire de l'aorte ou sténose mitrale), la rachi-anesthésie est la meilleure méthode (*Sarnoff et Farr*), parce que celle-ci détermine une dilatation vasculaire de la périphérie et une relaxation musculaire à la partie inférieure du corps avec appel sanguin vers cet endroit, réduisant ainsi le volume du sang au niveau du ventricule gauche, et partant le travail de ce dernier.

En certaines circonstances, quand il y a instabilité émotionnelle, des nausées incoercibles ou des stimuli occasionnés par les tractions du mésentère, il est mieux de compléter le blocage rachidien en endormant le malade au moyen d'une solution de pentothal à 1/2% et d'un mélange à 50% de N<sup>2</sup>O et d'oxygène.

3° Lorsqu'on a affaire à un hypertendu, on usera de précaution; ici les coronaires ont accoutumé de recevoir un flot de sang sous forte pression et un abaissement sévère de la tension artérielle, surtout la diastolique ou minima, peut, en raison de l'anoxie subitement produite, affaiblir tellement le muscle cardiaque que celui-ci devient tout à fait impuissant à remplir sa fonction.

La narcose par inhalation avec le cyclopropane et l'éther brigue, semble-t-il, les suffragent des anesthésiologistes.

\* \* \*

Il est une seconde classe d'opérés qui exigent une sélection minutieuse; ce sont les hépatiques.

Le chloroforme est un hypnotique dangereux et doit être délaissé (*Whipple, Sperry, Lendy, Osterbery, McNeider, Rosenthal et Bourne*); l'éther seul et à doses massives, si l'on consulte les deux derniers auteurs, n'est guère plus recommandable à ce propos. L'avertin et le protoxyde d'azote n'affectent pas autant les cellules du foie.

Aussi, il est prouvé qu'avec les dérivés de la

cocaïne et la nupercaïne en voie intra-arachnoïdienne on a une garantie très convenable.

Le pentothal jouit d'une belle renommée, mais il n'est pas absolument sûr qu'il soit sans préjudice envers la glande hépatique (*Reynolds, Schenkem et Veal*).

C'est au cyclopropane que revient la palme d'honneur; car aucun agent n'est aussi puissant hypnogène, même dans une ambiance de 75 à 80% d'oxygène; d'où son innocuité presque totale vis-à-vis l'organisme qu'il franchit sans éprouver le moindre changement (*Raginsky, Bourne, 1934*).

Une troisième catégorie requiert notre sollicitude, ce sont les *néphrétiques*; leur azotémie est élevée et leurs urines renferment soit de l'albumine, ou du pus, des cylindres hyalins et granuleux.

Les agents anesthésiques qui touchent le moins le parenchyme rénal sont le cyclopropane et, en second lieu, les composés de la cocaïne.

Il faut se méfier du pentothal, qui peut amener de l'oligurie et même de l'anurie, parce que ses produits de dégradation s'éliminent par les reins.

Enfin, les gens qui accusent des troubles broncho-pulmonaires (tuberculose et pneumonie) bénéficieront de l'anesthésie rachidienne ou régionale ou encore de pentothal sodique combiné au cyclopropane avec le tube intra-trachéal.

#### LE GENRE D'OPÉRATION

Sur ce point, nous nous limiterons à quelques indications chirurgicales.

En ce qui a trait aux opérations abdominales qui se font en moins de deux heures, telles les cholécystectomies, les appendicectomies, les hystérectomies, la narcose générale avec le cyclopropane, auquel on additionne le pentothal, l'éther et le curare, est un procédé de haute valeur.

A noter que, dans les cas d'urgence, l'intubation endo-trachéale est d'un précieux secours afin d'éviter l'inondation bronchique du liquide

que pourrait contenir l'estomac non vidé au préalable par la sonde de Levine. Le pentothal sodique augmente bien la résolution musculaire; une dose de 0.50 à 0.075 gramme en solution de 5% suffit le plus souvent.

L'éther, en petites quantités (20 à 30 cc.), est un vaso-constricteur, un stimulant respiratoire et cardiaque; il accentue d'ailleurs le relâchement des muscles. La tubo-curarine intraveineuse (extrait purifié du curare: 2 à 3 cc. ou 40 à 60 unités) agit en une ou deux minutes et accorde un relâchement comparable à celui de la rachi-anesthésie; avec ce dosage, dont l'effet persiste une heure environ, les mouvements respiratoires restent sensiblement les mêmes.

Quant aux interventions intestinales qui prennent deux heures et plus, le blocage sub-arachnoïdien complété par le pentothal est une technique presque idéale.

Nous avons en mémoire le cas d'un homme de 45 ans, qui subit heureusement une colectomie pour tumeur du côlon descendant; nous avons injecté, au 3ème espace lombaire, 3 cc. de nupercaïne à 1/200 (solution hyperbare); pendant l'opération qui dura deux heures et demie, il reçut 500 cc. de plasma I. V. avec 1,000 cc. de soluté de ClNa à 0 gr. 85% et de glucose à 5%; comme anesthésique adjuvant, il eut du pentothal à 5% (75 centigrammes).

Quelques jours après, une femme du même âge était opérée pour néoplasme du sigmoïde dont l'exérèse s'effectua en trois heures par voie abdomino-périnéale. La même quantité de nupercaïne fut administrée au même niveau de la colonne vertébrale; la dose entière de pentothal fut de 1 gramme; on donna à la patiente 500 cc. de sang total et 1,500 cc. de soluté salé et glucosé. Les suites opératoires furent pareillement des plus normales.

#### LA THÉRAPEUTIQUE D'ENTRETIEN ET DE SUPPORT DURANT L'INTERVENTION

##### A. *Oxygénation du patient et ventilation pulmonaire.*

Dans la narcose générale, le débit d'oxygène est réglé au rythme constant de 300 cc. à 500 cc. à la minute en circuit fermé, où les gaz seront climatisés à une température voisine de la normale par un appareil de réfrigération (Longtin), lorsque l'opération doit se continuer au delà de trois heures. Il est nécessaire aussi, en rachi-anesthésie, de faire inhaler de l'oxygène au taux de 6 à 9 litres par minute, ce qui fournit une oxygénation de 50%.

Ce moyen peut remonter la pression systolique de 10 millimètres de mercure (Davis) et accroître de 50 à 75% la tension d'oxygène tissulaire (Campbell et Poulton). L'on doit rendre la ventilation des poumons aussi parfaite que possible; tenir le canal aérien libre grâce au tube de Mayo ou de Leich, ou encore au tube intratrachéal surtout s'il est question de chirurgie pulmonaire; voir à l'expansion complète et facile du thorax qu'on ne doit pas resserrer par des bandes trop solides; écarter toute position déclive qui ferait indûment comprimer le diaphragme sous le poids des viscères; veiller à ce que le volume respiratoire soit régulier et assez ample en ne surdosant pas l'organisme des substances anesthésiantes.

On sait que l'oxygène est essentiel à la vie cellulaire; le cœur notamment en réclame une quantité cinq fois supérieure à celle des autres muscles du squelette (Evans et Starling) et ses besoins égalent ceux de tout le reste de l'économie. L'anoxémie se manifeste au début par un ralentissement des pulsations, qui deviennent ensuite plus rapides; si la saturation artérielle en oxygène tombe entre 50% et 35%, la pression sanguine cède brusquement; on assiste à des perturbations de conductivité, même il peut y avoir une congestion aiguë du cœur (Wiggers, Sands et De Graff). Selon l'avis de Krogh et de Moon, l'anoxie qui fait partie intégrante du choc influence la perméa-

bilité des capillaires, lesquels, perdant leur tonicité, se dilatent, et il s'installe, surtout lorsque le candidat est hyposystolique, une stase qui sera souvent définitive.

*B. Administration de liquides et de stimulants.*

Au cours de toute opération, il se fait une déperdition d'eau, de minéraux, de protéines et de sang. Il faut donc restaurer, sur-le-champ, au malade, ce qui passe par les brèches de la plaie chirurgicale et par sudation. On instille dans les veines des solutés renfermant, en proportions définies, de l'eau, des chlorures, du sodium, du potassium, du calcium ou du glucose.

Pour les interventions ordinaires, le total de ces solutions sera de 500 cc. environ par  $\frac{3}{4}$  d'heure, et la vitesse de l'injection variera entre 100 et 130 gouttes à la minute.

Est-il besoin de rappeler que l'eau est le plus important de tous les constituants, puisque l'adulte en contient 60 à 70% de sa masse et qu'il doit en ingérer  $1\frac{1}{2}$  pinte chaque jour?

Le chlorure de sodium, le chlorure K et le chlorure de CA maintiennent l'alcalinité des humeurs dont les tendances à l'acidité, par contre, nuisent à l'oxydation intracellulaire.

Le sodium, en plus, pourvoit à l'excitabilité et à la contractilité du muscle cardiaque; le potassium favorise la diastole ou repos du cœur; le calcium intensifie les contractions et prolonge la systole (Best et Taylor).

Le glucose, de son côté, est le combustible physiologique des cellules (Lorenzini); il est la nourriture du foie et des muscles.

Si l'opération est sanglante ou hémorragique, les pertes seront remplacées par le plasma, dont les acides aminés protègent la cellule hépatique contre toute destruction toxique, et par le sang total, dont les globules rouges ont pour mission spécifique de transporter sans cesse l'oxygène à travers les méandres de l'organisme (1,200 cc. d'oxygène y sont retenus et utilisés en l'espace de 1 à 5 minutes).

Ces divers liquides concourent également par leur volume à soutenir la tension artérielle;

ceci est indispensable pour parer à l'anoxie stagnante que causerait un amoindrissement du débit circulatoire.

L'anesthésiste devra vérifier souvent la pression sanguine, toutes les 10 ou 15 minutes, particulièrement lors des longues interventions; si elle tend à baisser, il pourra accélérer la vitesse des liquides I. V.; les vaso-constricteurs ne sont d'aucune nécessité, tant que la tension artérielle demeure aux alentours de 90 et 95 mm.

Il faudra être en alerte si elle descend vers 70 à 80 mm. L'injection endoveineuse d'éphédrine ( $\frac{1}{3}$  de grain) fait s'élever en quelques instants la T. A. de 30 à 40 millimètres de mercure et l'injection hypodermique ( $\frac{3}{4}$  de gr.) en 10 minutes; l'effet peut durer une demi-heure.

Il appert que l'addition de pitressine ( $\frac{1}{2}$  cc : 5 unités) à l'éphédrine ( $\frac{1}{2}$  grain : 32 mgrs) est une arme plus propice encore pour combattre l'hypotension artérielle; on injecte intramusculairement, 8 à 10 minutes avant la ponction spinale, ce mélange qu'on renouvelle à l'incision de la peau, si la pression sanguine a tendance à fléchir (J. S. Chaikoff).

Parmi les vaso-presseurs, S. Belinkoff préconise la néo-synéphrine qui renforce la contraction cardiaque, ne provoque pas d'arythmie et n'a aucune influence sur le système nerveux central.

Gare à l'adrénaline, capable de précipiter contre, nuisent à l'oxydation intracellulaire. et Dreming, la méthédrine (Burroughs - Wellcome) est un hypertenseur apprécié. Injectée i. m. à la dose de 20 mgrs, elle accroît la pression systolique de 10 millimètres en 3 ou 4 minutes pour atteindre un maximum au bout de 15 minutes d'ordinaire, mais cela peut varier entre 4 et 38 minutes; l'augmentation totale va parfois jusqu'à 30 millimètres de mercure (Prescott, 1944). Ce médicament, dont la durée d'action est de 2 heures (Dodd et Prescott), servirait bien en anesthésie rachidienne, en le donnant au moment de la ponction lombaire, puisque l'hypotension habituelle surgit aux premières vingt minutes.

Somme toute, le maintien de la tension artérielle, la qualité du pouls et de la respiration, la coloration des téguments et l'absence de transpiration sont des indicateurs très fidèles pour l'anesthésiste.

#### SOINS POSTOPÉRATOIRES

Parce que le caractère de la narcose se doit d'être passager, aussitôt l'opération finie, il est avantageux de rendre au patient ses réflexes: oculaires et laryngés, c'est-à-dire de hâter son réveil.

A cette fin, la coramine I. V. (3 à 5 cc.) paraît assez efficace quand l'anesthésie a été profonde et longue; le malade peut sans retard tousser, même expectorer et remuer ses membres. Il importe de ne prescrire aucun soporatif dans les trois ou quatre heures qui suivent une anesthésie générale un peu prolongée.

A la sortie de la salle d'opération, celui qui vient de supporter une intervention laborieuse profiterait beaucoup de la chambre de recouvrement, munie de toute l'installation moderne: réservoirs d'oxygène, banque de sang et de plasma, solutés alcalins et sucrés, analeptiques.

Nous insistons sur l'oxygénothérapie, qui garantit une suppléance d'oxygène très favorable aux défenses naturelles de l'économie. Le volume d'oxygène, qui est de 19.5 cc. par 100 cc. de sang artériel chez un individu sain quand ce dernier inhale de l'air, peut s'exhausser jusqu'à 22 cc. lorsqu'il respire de l'oxygène pur: la teneur sanguine augmentera donc de 10 à 15% (Boothby, Mayo, Lovelace).

L'oxygène doit être humidifié — cela empêche l'irritation broncho-pulmonaire — et son taux moyen sera de 6 litres à la minute pour les adultes et de 1 à 3 litres pour les enfants. Le jet sera intermittent: 15 minutes par demi-heure, et se continuera si nécessaire de 12 à 24 heures ou même davantage.

Dans les cas graves, au lieu du cathéter nasal qui n'apporte qu'une oxygénation de 50%, on emploie le masque oro-nasal de B.

L. B. (Boothby, Lovelace et Bulbulian); il procure une oxygénation de 70 à 100%.

Jusqu'à présent, nous avons parlé surtout de la mise en œuvre susceptible de prévenir le choc; en terminant, nous dirons un mot sur le traitement du choc déclenché par l'injection locale ou régionale de novocaïne, de pontocaïne, de métycaïne et de nupercaïne.

1. Tout d'abord, on assure un libre passage des conduits aériens par le tube pharyngé ou endo-trachéal. Puis on administre de l'oxygène en abondance au malade pâle ou cyanosé, par l'intermédiaire d'une machine à gaz en circuit fermé, à l'aide d'un masque bien appliqué sur la face; au besoin, on pratique la respiration artificielle en pressant, à intervalles réguliers, le sac de caoutchouc où circule l'oxygène.

2. On relève la tension artérielle en injectant sans délai 5 gouttes d'éphédrine (15 mgrs) qu'on répète jusqu'au retour normal de la pression sanguine. Il est sage en outre de placer le patient en position inclinée, la tête modérément plus basse que le siège.

3 S'il existe des convulsions, le pentothal i. v. sera fort utile. Une couple de centimètres d'une solution à 2.5% sont suffisants pour les arrêter; 3 à 5 cc. de plus sont réitérés lorsque les convulsions reviennent.

Par cette méthode énergique, S. C. Cullen affirme que la mort est presque toujours évitable.

Si l'anesthésiste accomplit sa tâche avec science et art, ce sera une contribution primordiale au progrès de la chirurgie et au bien-être de l'humanité souffrante.

#### BIBLIOGRAPHIE

- R. C. ADAMS: *Intravenous anesthesia*. Paul B. Hoeber, Inc., New-York, 1944; *Anesthesiology*, sept. 1947, vol. 8, no 5.
- S. M. D. BELINKOFF: *Anesthesiology*, vol. et mai 1946.
- C. H. BEST et N. B. TAYLOR: *The physiological basis of medical practice*. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1939.

- A. BLALOCK: *Principles of Surgical Care. Shock and other problems.* C. V. Mosby Co., St-Louis, 1940.
- W. M. BOOTHBY, C. W. MAYO et R. LOVELACE: *J. A. M. A.* (5 août) 1939.
- Wesley BOURNE: «Anesthetics and liver function.» *Am. Journ. Surg.*, **34**: 486 (déc.) 1936.
- B. A. CHAIKOFF: «Technique in spinal anesthesia.» *Anesthesia and Analgesia*, **26**: (juillet) 1947.
- S. C. CULLEN: *Anesthesia in General Practice.* The Year Book Publishers, Inc., Chicago, 1946.
- H. A. DAVIS: «Oxygen in Experimental Secondary Shock.» *Archives of Surgery*, **43**: (juillet) 1941.
- DRIPPS et DREMING: «Drugs to maintain Blood Pressure.» *Surg., Gynec. and Obst.*, **83**: (sept.) 1946.
- J. H. EVANS: *New York State Journ. Med.*, **39**: 709, 1939.
- A. KROGH: *The Anatomy and Physiology of the Capillaries.* Yale University Press, New Haven, 1929.
- L. LONGTIN: «La climatisation de l'air inspiré au cours des anesthésies générales prolongées.» *L'Union Médicale du Canada*, **76**: (sept.) 1947.
- G. LORENZINI: *Leçons sur l'alimentation.* Masson et Cie, édit., Paris, 1933.
- J. S. LUNDY, E. O. TUSHY, R. C. ADAMS, C. H. MOUSEL et T. H. SELDON: *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*, (9 août) 1944.
- S. V. MARSHALL: «Pentothal Sodium Anesthesia.» *Med. J. of Australia*, (11 mars) 1939.
- V. H. MOON: *Am. Journ. Med. Sc.*, **203**: 1, 1942.
- Bernard B. RAGINSKY et W. BOURNE: «The effects of Cyclopropane on the normal and impaired liver.» *C. Med. A. J.*, **36**: 500 (nov.) 1934.
- G. ST-ONGE: «Conceptions actuelles et traitement biologique du choc en chirurgie.» *Journ. de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, (sept.-oct.) 1942.
-

## À PROPOS DE CINQ CAS RÉCENTS DE CANCER DE LA VESSIE

Jean-Paul LEGAULT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,  
Chargé du service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Avant de discourir sur cette affection, il convient de bien préciser que nous ne parlerons pas de polypes ou papillomes bénins, quoique certains pathologistes classent toutes les tumeurs de vessie comme cancéreuses ou pré-cancéreuses.

Le traitement actuel du cancer de la vessie est sujet à litige. D'aucuns, qui autrefois préconisaient d'emblée la cystectomie totale avec transplantation des uretères au sigmoïde ou à la peau, reviennent à une chirurgie plus conservatrice, voire même au traitement palliatif.

Nous sommes encore d'opinion — évidemment notre expérience n'est que de quinze années — qu'une chirurgie radicale faite au début de l'affection, avant les métastases ganglionnaires ou autres, est une meilleure garantie de survie, sinon de guérison. Notre expérience est basée sur un certain nombre de cas qui ont eu une chirurgie radicale avec une survie plus longue et sur d'autres qui, n'ayant eu que des traitements conservateurs ou palliatifs, sont décédés à brève échéance et dans des conditions lamentables.

Nous prétendons qu'un épithélioma vésical, diagnostiqué histologiquement, doit subir la cystectomie totale avec transplantation des uretères au sigmoïde de préférence ou, si c'est impossible ou trop risqué, à la peau. Nous avons eu récemment cinq cas pour illustrer cette affirmation. Il y a deux ans, nous avons pratiqué chez deux patients les techniques suivantes: un premier cas a eu, comme traitement, une cystostomie avec fulguration; le deuxième, une cystectomie partielle.

Les deux patients ont récidivé. Nous avons alors pratiqué une cystectomie totale, qui s'est avérée très difficile et pour nous et pour le patient et que nous avons complétée par une urétérostomie cutanée; l'état des reins, et des uretères surtout, ne nous permettait pas une

urétéro-sigmoïdostomie. Ces patients sont maintenant assez bien pour vaquer à leurs affaires.

Deux autres patients ont subi une cystostomie avec mise en place de radium suivi de traitements de radiothérapie. Les réactions ont été très fortes. Le cancer a évolué; les métastases ont aussi évolué rapidement et, à notre grand chagrin, ces deux patients sont décédés.

Le dernier cas, le cinquième de la liste, a subi une cystectomie partielle; la malade est revenue trois fois pour fulguration endoscopique; puis nous lui avons fait une cystostomie élargie avec radiothérapie de contact. Le deuxième examen a montré une généralisation de la tumeur à toute la vessie, avec envahissement du vagin et de l'utérus. Cette patiente a été montrée à un gynécologue en consultation qui l'a déclarée inopérable.

Nous avons fait un relevé de la littérature sur le traitement du cancer de la vessie. Voici les opinions que nous avons recueillies. Marshall, de l'université Cornell de New-York, affirme que la transplantation des uretères avec cystectomie totale donne une mortalité postopératoire de 10 à 20%. Il ajoute que le traitement par radiation a une mortalité immédiate plus basse; mais quelle assurance de guérison comporte-t-elle? Un relevé de 300 cas de cancer de la vessie traités par radiation aux hôpitaux Memorial et New-York a été fait et a donné le résultat suivant: 52 cas, ou 17%, ont survécu cinq ans; de ces 52 cas, 27 seulement étaient exempts de cancer. De toute façon, sur un groupe de 316 cas suivi pendant 3 ans, la survie fut de 24.5 mois. Quelques cas ont eu des cures étonnantes, mais en somme le succès du traitement par radiation est plus que médiocre.

Quant au traitement par fulguration ou étincelage, il n'a donné que des résultats catastro-

phiques. Sur 33 cas de résection partielle de la vessie, sur une période de 5 ans, 11 cas ont récidivé et 3 sont morts des suites opératoires — douze autres sont morts. La survie est donc de 20 mois.

La cystectomie totale n'est pas aussi hasardeuse que l'on serait porté à le croire; sur 77 cas, il y eu 2 mortalités seulement. Cependant la grande difficulté réside dans la diversion des urines. Quelle méthode faut-il employer?

L'urétérostomie cutanée est une opération relativement facile sans grand danger post-opératoire. Les échecs sont toujours dus à l'état du patient lui-même: hydronéphrose, urétéro-hydronéphrose infectée ou non, rétrécissement des uretères, infection ascendante et pyélite préopératoire, ou autres tares physiques de quelque sorte. Cette opération laisse évidemment le patient invalide, à la merci d'appareils nuisibles, qui ressemblent à ceux que portent les opérés d'anus artificiel. D'ailleurs, certaines compagnies ont fabriqué des appareils plutôt satisfaisants et pratiques. Enfin, l'important est la survie du patient. Une complication urétérale ou rénale peut se bien traiter si les orifices urétéraux sont faciles d'accès.

Par contre, l'urétéro-sigmoïdostomie est une intervention plus délicate, comportant pour le patient plus de risques opératoires et post-opératoires. Marshall donne 13 décès sur 104 patients ayant subi l'urétéro-sigmoïdostomie, technique de Coffey no 1. Deux patients décédèrent de péritonite due à de l'infiltration; un autre d'obstruction intestinale au lieu de la transplantation. D'ailleurs, les autres méthodes — Coffey II, Hinman, Jewett — comportent les mêmes complications. A part la péritonite et l'obstruction intestinale, on rencontre aussi l'embolie, l'insuffisance cardiaque et la carcinomatose comme cause de décès. Il ne faut pas oublier la sténose de la bouche urétérale au lieu de transplantation avec urétéro-pyonephrose. L'uretère n'est plus accessible une fois transplanté au sigmoïde et seule la néphrostomie peut améliorer temporairement le patient avant que l'urémie ne l'emporte.

Marshall résume la question de la façon suivante sur l'urétérostomie au sigmoïde. Sur 207 cas d'uretères transplantés à l'intestin, 26 moururent de complications postopératoires; un autre est devenu inutile à cause d'une néphrectomie secondaire; 5 autres cas ont dû subir une seconde transplantation à la peau; 2 autres sont aussi inutiles, puisque les patients sont porteurs d'une double néphrostomie.

La grande complication de la transplantation est l'hydronéphrose. Cependant, la tumeur de vessie située au niveau d'un orifice urétéral donne aussi éventuellement une hydronéphrose, le plus souvent infectée. Alors, si l'uretère est inaccessible, le problème est compliqué. D'où:

1° La nécessité de faire l'urétéro-sigmoïdostomie avant l'apparition de l'hydronéphrose.

2° Si cette hydronéphrose existe ou apparaît, l'obligation d'avoir accès à l'uretère pour le traiter et le libérer — d'où la valeur dans ces cas de la transplantation cutanée, infirmité relative, nous le concédons.

Nous avons fait tout cet exposé pour arriver aux conclusions suivantes:

Dès que le diagnostic de cancer de la vessie est posé, une chirurgie radicale s'impose: la cystectomie totale avec transplantation des uretères, au sigmoïde, si les uretères le permettent; en effet, il y a 83% de chances de succès à ce stage. Sinon, à la peau, qui est un pis aller. Le traitement conservateur de cystostomie, avec fulguration ou avec radiothérapie de contact, et la cystectomie partielle sont des traitements dangereux pour le patient. Il faut le plus tôt possible enlever le foyer cancéreux au complet, dans l'œuf si l'on peut dire, avant que les essaimage ne commencent.

Toutefois, il nous faut admettre que jamais nous ne savons si cette évolution cancéreuse n'a pas dépassé le système urinaire.

Nous nous attaquons à une maladie grave, dangereuse et sournoise. Il faut y aller carrément, énergiquement, complètement, pour, sinon guérir, du moins prolonger le patient.

## LES HÉMATURIES ET LEUR INTERPRÉTATION CLINIQUE

J.-P. BOURQUE, F.R.C.S. (c.), F.I.C.S.,  
Professeur agrégé d'Urologie à la Faculté de Médecine, Univ. de Montréal,  
Chargé du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu (Montréal).

L'hématurie est un des symptômes les plus importants en urologie à cause de la gravité des lésions qu'elle signe. Aussi, il faut bien en savoir faire le diagnostic mais surtout l'interprétation.

Pour éviter tout malentendu, il faut bien savoir définir ce symptôme: c'est l'*"émission simultanée de sang et d'urine"*, ou encore plus précisément *"la présence dans les urines de sang qui s'est mélangé à celles-ci dans les voies urinaires au-dessus de l'urètre antérieur"*; il n'y a donc ainsi aucune confusion possible avec les urétrorragies, c'est-à-dire les écoulements sanglants de l'urètre qui peuvent se produire au cours des mictions, mais plus souvent en dehors de celles-ci.

Les hématuries peuvent être de différentes intensités: on peut avoir des hématuries microscopiques où il n'y a que quelques globules rouges dans les urines, pour passer par tous les stades intermédiaires et en arriver aux hématuries macroscopiques et même aux urines franchement sanglantes. Il ne faudrait pas confondre hématurie avec urines rouges, ces urines modifiées par certains médicaments ou certains aliments, entre autres, les betteraves. Il ne faudrait pas non plus confondre certaines urines pathologiques, telles que les urines de l'hémoglobinurie paroxystique ou encore les urines biliaires, qui dans certains cas peuvent prêter à confusion. Il faudra aussi bien établir les urines sanglantes, car on peut avoir des urines teintées par le sang des menstruations, par l'hémospermie, ou, comme nous l'avons mentionné au début, au cours des urétrorragies.

L'hématurie peut varier selon son *aspect*, et aussi selon son *mode de production*: les urines peuvent être colorées de façon plus ou

moins intense, pouvant aller du rose au rouge, même au brun noir. Il peut y avoir des caillots ou des filaments sanglants plus ou moins abondants, ou l'inverse, c'est-à-dire des urines à peu près pas colorées ou pas du tout, et ici ce n'est qu'après centrifugation que la découverte des hématies se fera dans le culot des urines qui seront mises sous le microscope.

Nous n'insisterons pas sur les méthodes chimiques de faire le diagnostic du sang dans les urines, car elles sont à peu près toutes plus ou moins exactes. Elles nous permettent de faire le diagnostic de la présence d'hémoglobine, ce qui dans beaucoup de cas peut prêter à confusion, car il ne s'agit pas ici d'hémoglobinurie, mais bien d'hématurie, de présence de sang dans les urines; l'interprétation peut donc en être tout autre. Le diagnostic positif de l'hématurie se fait par le microscope.

L'hématurie peut se présenter de deux façons:

1° — Il y a d'abord l'*"hématurie épisode"*, c'est-à-dire celle qui fait partie d'un syndrome, telle qu'on la rencontre dans le scorbut, le purpura, les ictères graves, l'hypertension, l'hémophilie, les maladies infectieuses, les néphrites aiguës, etc.

2° — Nous avons ensuite l'*"hématurie symptôme"*: c'est celle-ci qui nous intéresse tout particulièrement.

Ceci étant établi, il importe ensuite de connaître le siège de l'hématurie, et si on étudie le symptôme de façon détaillée, on arrive souvent facilement à le découvrir.

Selon son mode de production, l'hématurie peut être *totale, initiale* ou *terminale*.

Dans le premier cas, les urines seront uniformément colorées d'un bout à l'autre de la miction; dans le deuxième cas, les urines se-

ront rouges au début de la miction seulement, et enfin, dans le troisième cas, la coloration sera plus intense à la fin de la miction. Ceci se met facilement en évidence par l'épreuve classique des trois verres.

Si on raisonne tout simplement au point de vue anatomique, il nous sera facile d'établir que les hématuries initiales sont d'origine prostatique; les hématuries totales, toujours d'origine rénale, parce qu'ici le sang et les urines seront mélangées au même niveau, c'est-à-dire dans le rein, et toutes les urines seront donc teintées de la même façon à cause de leur origine simultanée; et enfin les hématuries terminales seront toujours d'origine vésicale parce que, le sang s'étant déposé dans le fond de la vessie, il sera évacué en dernier lieu, c'est-à-dire à la fin de la miction.

Bien d'autres signes nous permettront d'établir le siège de l'hématurie: entre autres, dans les hématuries initiales, nous aurons tous les symptômes du prostatisme; dans les hématuries totales, on pourra avoir la colique néphrétique, les caillots vermiformes ayant la forme du moule que l'uretère leur a donnée; et enfin, dans les hématuries vésicales, elles seront très souvent associées à des symptômes de pollakiurie, de dysurie, etc.

Quelle est la lésion en cause?

Les *hématuries prostatiques d'abord*; trois grandes lésions: les épithéliomas, les hypertrophies simples et parfois les prostatites. Les hématuries d'origine prostatique sont toujours plus abondantes dans l'hypertrophie simple que dans le cancer de la prostate, et ceci s'explique facilement: c'est que, dans l'hématurie péri-urétrale, le sang vient de l'adénome, tandis que l'épithélioma de la prostate qui prend naissance dans la prostate même, qui est situé en arrière des glandes péri-urétrales, celui-ci saigne donc beaucoup plus difficilement. C'est ce qui explique que les hématuries prostatiques sont *plus marquées* quand elles sont dues à un *adénome* qu'à un *cancer*. Il y aura aussi des hématuries prostatiques traumatiques, en particulier les hématuries dues à de fausses routes, qui sont encore trop fréquentes.

Les *hématuries vésicales*; ici, plusieurs cas peuvent se présenter. Si l'hématurie est accompagnée de pyurie, de pollakiurie, de douleurs à la fin de la miction, si elle n'est pas influencée par la marche, le mouvement, il s'agit d'une cystite colibacillaire, tuberculeuse, incrustée, ou encore, dans certains cas, d'un cancer infecté de la vessie. Si l'hématurie est provoquée par la marche, les secousses, les changements de positions, et calmée par le repos, il s'agit d'un calcul ou d'un corps étranger. Enfin, si l'hématurie est spontanée, abondante, non influencée par la marche, le mouvement, il s'agit par ordre de fréquence: d'abord, d'un papillome ou encore de varices vésicales, quoiqu'il puisse aussi s'agir d'un angiome, mais, cette dernière affection étant très rare, on ne la mentionne qu'à titre de renseignements. Il peut aussi s'agir d'un cancer de la vessie, mais comme le cancer de la vessie s'infecte très rapidement, l'hématurie est plus souvent qu'autrement accompagnée de la symptomatologie des cystites.

Passons maintenant aux *hématuries rénales*. Les hématuries provoquées par la marche, les secousses, calmées par le repos, accompagnées ou non de douleurs signent presque toujours la présence d'un calcul. Si le calcul est dans le bassinnet, nous aurons très vraisemblablement des douleurs, mais, par contre, certains calculs enclavés dans les calices et n'obstruant en aucune façon les urines ne donnent pas de douleurs, et ceci il ne faut pas l'oublier. Par contre, si on a affaire à une hématurie spontanée, non influencée, allant toujours en augmentant, il s'agit de néoplasme. L'augmentation de l'abondance des hématuries dans le néoplasme est due à la néo-vascularisation accompagnant toujours le processus néoplasique. Enfin, si on a affaire à une hématurie encore spontanée, non influencée et qui, au lieu d'aller en augmentant, va en décroissant, il s'agit de tuberculose ou de pyonéphrose. Ici, comme il y a destruction du parenchyme rénal, on conçoit facilement que la vascularisation soit moindre et par conséquent les hématuries de moins en moins importantes.

Les hématuries rénales ne sont pas toujours aussi facilement cataloguées. Si l'hématurie est accompagnée de pyurie, tout particulièrement de pyurie acide, il faut penser à la tuberculose. Si par contre l'hématurie est accompagnée de pyurie alcaline ou neutre, il faut alors penser à la pyélite, à la pyélonéphrite, ou encore à la lithiase infectée. Dans les cas où l'hématurie n'est pas accompagnée de pyurie, le diagnostic devient beaucoup plus difficile, car il peut s'agir d'un cancer du rein, d'un cancer du bassinet, d'un calcul de l'uretère, d'une hydronéphrose, d'un rein polykystique, d'un fractus rénal, d'hémophilie, de phosphaturie, d'oxalurie, de lithiase urique et enfin de néphrite hématurique.

C'est ici que les autres examens devront être pratiqués.

Il faut, premièrement, faire le palper du rein. Si on a un gros rein bosselé, le diagnostic devient plus facile, car toutes les présomptions sont en faveur d'un cancer du rein. Si on a affaire à un rein augmenté de volume, mais par contre à surface lisse, il s'agit plus vraisemblablement d'une hydronéphrose. Bien entendu, dans tous ces cas, l'histoire de la maladie nous aidera. Si on a affaire à des reins augmentés de volume et où la lésion est bilatérale, il s'agit toujours de reins polykystiques. Enfin, il arrive et très fréquemment que, malgré les interrogatoires, l'examen objectif du malade, il est quasi impossible de déterminer

l'origine de l'hématurie dans bien des cas et plus fréquemment la cause de celle-ci. C'est ici qu'il faudra recourir aux examens spécialisés, d'abord: la cystoscopie, ensuite le cathétérisme des uretères, puis la radiographie simple et la pyélographie. Il peut même arriver que malgré ces examens tout demeure négatif. Il faudra alors réexaminer le malade au moment de l'hématurie, car dans ces cas il s'agit de lésions minimales ou tout à fait au début et qui ne sont pas décelables en dehors de la période d'hématurie.

Comme on vient de le voir, l'hématurie est un symptôme extrêmement important en urologie. Aussi, dans le moindre doute, il faut à tout prix examiner le malade soigneusement et demander ou faire un examen et le bilan complet de l'appareil urinaire, car étant donné que le cancer des voies urinaires et la tuberculose des voies urinaires sont deux lésions extrêmement graves qui sont toujours, ou à peu près, accompagnées d'hématurie, on se rend très bien compte que si on néglige de cataloguer ce symptôme, de voir à quoi il se rattache, on peut, par négligence voulue ou non, mettre la vie du malade en danger, ou, dans d'autres cas, placer le chirurgien dans l'impossibilité d'appliquer la thérapeutique nécessaire si l'une ou l'autre de ces affections est trop avancée.

Donc, en résumé, hématurie = examen complet de l'appareil urinaire.

---

## CONCEPTION CLINIQUE DE L'HYPERTENSION

L. DEROME,

Médecin à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Il est difficile de décider à quel niveau exact commence un régime tensionnel. La majorité de nous classifera un malade hypertendu lorsqu'à l'examen le chiffre diastolique s'élèvera à cent millimètres de mercure et au delà. Mais devons-nous accepter cette valeur de la minima comme pathologique, alors qu'aucun chiffre d'hypotension n'est déterminé?

La pression artérielle serait le produit du débit cardiaque par la résistance périphérique. Cette résistance se mesure par le tonus des artéioles, des capillaires, lequel est régi par de nombreux facteurs: le centre vaso-moteur, le sinus carotidien et aortique, la respiration, la circulation et le plancher du 4<sup>ième</sup> ventricule. Nous avons un mécanisme complexe où par la multiplicité des influences exercées seront engendrées des réponses variables.

Voilà pourquoi l'élévation de la tension artérielle, quoique faisant partie du syndrome, devient une valeur relative. Nous devons nous rappeler que les réponses aux différents stimuli extérieurs, soit caloriques (cold test), soit exercices du sédatif variés, demeurent des appréciations transitoires, trop souvent préjudiciables. Il faut étudier le sujet, le terrain et les antécédents. Dans l'étude tensionnelle, nous nous bornerons à envisager les faits bien définis et susceptibles de conclusions réellement pratiques.

Si nous trouvons une tension variable, une incidence familiale élevée, ceci engendre un habitus physique, que les Américains appellent le "physiologic make-up". Ces fluctuations de maxima et minima sont des labilités vaso-motrices que nous ne pouvons que difficilement différencier de la pré-hypertension parce que l'élévation se manifeste sans stimulus et anomalie uro-génitale.

Une autre variété vaso-motrice, très à l'étude depuis longtemps, est l'hypertension neurogène que les Anglais nomment "transient

hypertension". Cette labilité ou instabilité tensionnelle s'observe surtout chez les vagotoniques, les névropathes, et se produit sous l'influence des émotions. Toutefois, nous nous garderons d'accepter d'emblée cette hypothèse avant d'avoir évalué les changements cardiovasculaires.

Chez les jeunes ou les femmes d'âge moyen se rencontre un syndrome diencephalique d'hypertension. Nous observons ici le type aux joues rougies, aux extrémités froides et pâles, une diaphorèse et du larmoiement facile, une tachycardie, un hyper-péristaltisme et des fluctuations tensionnelles non en rapport aux stimuli. Le psychisme et l'aspect clinique orientent une observation rapide vers la pathologie thyroïdienne. Disons tout de suite que la thyroïdectomie n'apporte aucun résultat. Ces modalités vaso-motrices sont difficiles à préciser et l'étude de la fonction rénale est d'importance primordiale en vue de relever si la vasoconstriction est d'origine neurogène ou humorale. L'étude avec le phénol-sulfane-phtaline, le diodrast ou enfin tout graphique exprimant la capacité tubulaire sécrétoire maxima nous servira de substratum suffisamment approximatif.

\* \* \*

Ces syndromes de labilité vaso-motrice présentent presque toujours un item intéressant, c'est-à-dire que l'élévation diastolique n'est pas constante. Aller jusqu'à affirmer qu'ils n'engendreront pas une hypertension artérielle pure serait dépasser les prémices de la discussion. Toutefois les recherches actuelles portent à croire que nous avons un terrain simulant une pathologie bien complexe.

L'hypertension artérielle essentielle se rencontre à tous les âges, souvent insidieuse et quelquefois asymptomatique. Nous n'avons aucun signe anatomique ou clinique de trou-

bles rénaux. Cet état morbide, en plus des manifestations vaso-motrices déjà citées, présente la céphalée, grand symptôme, à l'éveil, disparaissant le midi, sans siège quoique fréquemment à prédominance occipitale. La gravité et l'intensité sont variables. Nous notons qu'un type tolérant et tempéré devient irritable et impatient. Il veut et recherche une activité constante.

La lésion caractéristique est celle d'une dégénérescence grasseuse et hyaline des artérioles, spécialement dans les vaisseaux afférents des glomérules. En somme, une sénilité artériolaire prématurée, nous avons une augmentation de volume de l'intima due à la prolifération fibreuse et élastique.

L'hypertension artérielle maligne se rencontre à l'âge moyen avec un prélude hypertensif. L'examen physique révèle au fond d'œil très souvent un œdème papillaire, des petites hémorragies, une constriction artériolaire et aussi des exsudats. Le cœur présentera une hypertrophie, surtout du ventricule gauche; un manque ou défaut d'adaptation cardiaque signalé par le malade qui accuse de la dyspnée, des précordialgies. L'électrocardiogramme enregistre un aplatissement ou inversion de l'onde T. L'atteinte rénale sera marquée par les hématuries et une exagération de l'élimination protéinique.

Au point de vue histo-pathologique, nous avons une intima épaissie et une nécrose aiguë des parois artériolaires. Les accidents vont se répétant et nous en arrivons à un processus irréversible d'insuffisance cardio-hépatorenale avec syndrome urémique terminal.

Pour compléter cette esquisse, il convient de mentionner l'hypertension causée par une ischémie rénale. Ce malade qui, au cours d'une angine assez sévère à streptocoque, d'une septicémie streptococcique, d'une néphrite aiguë, présente une élévation tensionnelle. La participation et l'atteinte rénale sont des faits évidents par l'albuminurie et la rétention azotée dans le sang. Mais d'où vient et comment expliquer cette hypertension artérielle? D'après

les recherches de Goldblatt sur l'ischémie artificielle, il existerait un trouble dans la circulation glomérulaire.

L'expression clinique exposée jusqu'ici représente l'hypertension comme une maladie d'apparence primitive. Non moins importantes sont les variétés que nous distinguons suivant que l'hypertension permanente est sous la dépendance d'une lésion causale évidente.

Celle d'ordre rénal s'observe chez les anciens néphrectomisés, dans les néphrites aiguës, chez les brightiques surtout et d'emblée dans la néphrite dite atrophique, avec un petit rein granicieux qu'elle accompagne.

Celle d'ordre endocrinien, engendrée par la maladie de Bruclow et l'âge critique, reste en général modérée. Il convient de citer le facteur hypophysaire, dans la maladie de Cushing; le facteur surrénalien, le médullo-surrénalome ou phéochromocytome; le facteur placentaire, la toxémie gravidique.

Celle d'ordre cardiaque, par anomalie congénitale, le rétrécissement congénital de l'isthme aortique, l'insuffisance aortique et l'anévrisme aortique et artério-veineux.

\* \* \*

Au point de vue pathogénique, toute esquisse devient approximative; nous avons des chaînons, les points de liaison nous échappent.

Présentement, nous savons qu'il existe une constriction vasculaire, une diminution du calibre artériolaire dépendante du circuit vasomoteur, qu'une substance pressante agirait sur les vaisseaux indépendamment du contrôle vasomoteur. D'après Paige et Corcoran, il y aurait dans le cortex rénal une enzyme protéolytique, la rénine. Celle-ci, agissant sur une autre protéine issue du foie, la globuline ou pseudo-globuline, produirait une autre substance ayant affinité pour le muscle lisse et la résultante serait une constriction. Cette dernière substance se nommerait angiotonine. Les Sud-Américains ont fait des recherches et des études sur l'hypertension, essayant de découvrir un facteur génétique rénal. La rénine agissant sur

l'hypertensinogen aurait comme effet l'hypertensine ou hypertensionase; résultat, une hypertension. Si la théorie a des adeptes, tout le problème demeure complexe et est loin d'une solution. Il existe peut-être un trouble vasculaire rénal comme premier stimulus d'hypertension, quoique, expérimentalement, ces substances n'apportent aucun résultat.

Qu'une substance ait une électivité pour le muscle lisse et détermine une constriction, et les résultats subséquents, soit; mais, d'où vient le mécanisme ou le point de départ de ce cercle vicieux?

Que tout hyperfonctionnement cellulaire amène des résultats dont le terme est un effet biochimique, nous en avons des preuves. Ainsi une excitation du vague donne une libération d'acétylcholine; toutefois les fibres nerveuses ne sont pas affectées directement par des substances à moins que celles-ci ne soient absorbées pendant une assez longue période. La physiologie neuro-musculaire démontre ainsi que l'atropine paralysera les terminaisons parasympathiques non en inhibant la formation d'acétylcholine, mais en l'empêchant de rencontrer une substance réceptrice.

S'il existe une "substance pressante", il doit exister également une anti-pressante dans les reins normaux, laquelle aurait une action inhibitrice entre rénine et angiotonine. Ceci est du domaine spéculatif. Les activités métaboliques de compensation en vue de maintenir l'équilibre acide-base nous permettent d'imaginer un contrôle semblable du côté tensionnel. Ce mécanisme une fois troublé, nous avons un cercle vicieux et conséquemment un processus irréversible. Que ce soit par une ischémie rénale ou encore par artério-sclérose, il exciterait des changements artériolaires de la média s'accompagnant de réponses exagérées aux stimuli et produisant une élévation tensionnelle. Par hyperactivité du contrôle ou centre vaso-moteur, nous observons l'hypertension artérielle. Chez les jeunes, les influences psychosomatiques jouent un grand rôle, de même chez les plus âgés. Nous devons ac-

cepter l'existence des changements dégénératifs, lesquels contribuent à augmenter l'activité du centre vaso-moteur.

Bien que la théorie rénale exclusive ne semble pas, à nos yeux, un dogme intangible, nos conclusions devront se contenter d'un électisme forcé, tant s'enchevêtrent, dans les différentes théories émises, les éléments mécaniques, sécrétoires, endocriniens et nerveux.

\* \* \*

Notre concept clinique au point de vue pathologique devra porter sur l'appréciation du fond d'œil, le cœur et les reins.

Une règle générale à suivre sera d'attribuer une mention spéciale à l'examen du fond d'œil chez tout hypertendu. Les changements vasculaires pourront nous surprendre brusquement.

Les Américains classifient les observations en quatre degrés: de légers changements vasculaires (portant sur le calibre des vaisseaux), la tortuosité vasculaire, quelques exsudats et hémorragies avec papille normale, œdème de la papille et nombreux exsudats. Pour bien apprécier ces modifications, il faut une expérience et un exercice quotidien que nous avons malheureusement délaissé ou pas appris.

Considérée comme type, l'hypertension primitive peut rester presque indéfiniment latente et n'être découverte que fortuitement: ou bien les troubles sont lentement progressifs, ou bien ils éclatent d'une manière inopinée. Quoi qu'il en soit, l'exploration sphygmomanométrique reste, on le comprend, celle qui donne les renseignements fondamentaux. L'examen du cœur vient nous révéler quelques changements: une diminution d'adaptation cardiaque, l'hypertrophie de l'aire cardiaque, l'électrocardiogramme accusant la prédominance gauche, une inversion de l'onde et accusant un début de réaction myocardique.

A l'auscultation, le second bruit aortique est généralement accentué et même souvent à tous les foyers nous notons une accentuation; pourtant le danger véritable semble plus en rapport avec l'altération des valvules qu'avec le degré d'hypertension.

Au point de vue rénal, tout antécédent urinaire attirera notre attention. Les cas de néphrite chronique exceptés, les résultats sont variables et assez contradictoires tant dans l'examen des reins que dans l'examen chimique du sang. Si la concentration urinaire est bonne, il ne sera pas nécessaire de multiplier les analyses.

\* \* \*

En dernier lieu, nous devons signaler l'appréciation physiologique: les accidents nerveux et vasculaires, tels la céphalée, les paralysies transitoires, l'amnésie, l'encéphalopathie hypertensive, les spasmes vasculaires auxquels succèdent diverses complications.

Les accidents cardiaques ne sont pas nécessairement précoces, la dyspnée et le manque d'adaptation exprimée par l'hypertrophie progressive servent de signal d'alarme; ceux plus graves consistent dans la défaillance brusque, l'altération des complexes électriques ventriculaires et l'arythmie.

Du côté rénal, l'isotonicité de concentration urinaire serait aux environs de 1010; si nous la trouvons en deçà, la fonction rénale, la première, est atteinte et une urée sanguine s'impose.

Ces quelques considérations bien sommaires nous permettent de constater que l'appréciation de l'hypertension n'est pas une réponse au hasard. Le côté psychosomatique pose lui aussi un problème angoissant. Eliminer l'étiologie demande à l'observateur averti une profonde et sérieuse connaissance de la pathologie médicale. Heureusement, la labilité vasomotrice se rencontre dans de nombreux cas.

Dans l'hypertension essentielle, le danger des crises paroxystiques surajoutées exigera une surveillance médicale réitérée. La tempérance dans l'activité physique n'engendre aucun présage sérieux d'une façon immédiate. Ces précautions ne peuvent combattre victorieusement chaque fois les accidents, mais elles permettront de les prévenir.

Dans la forme maligne, nous sommes en présence d'un processus irréversible, un véritable cercle vicieux avec une courte évolution.

Rappelons-nous qu'un hypertendu est un "colis fragile" et si, par nos soins, nos encouragements et nos avertissements, nous pouvons retarder l'échéance d'une insuffisance cardiaque, d'une paralysie et des nombreux accidents, etc., là nous aurons rendu un service humanitaire.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. S. LEVINE: *Clinical Heart Disease*.
2. Drs PAIGE et CORCORAN: *Arterial Hypertension. Its diagnosis and treatment*.
3. Dr P. WHITE: *Hypertensive Heart Disease*.
4. Drs CABOT et ADAMS: *Physical Diagnosis*.
5. Dr PROGER: « A clinical conference on Hypertension. » Pratt's Diagnostic Clinic.
6. Dr W. STRAND: *Diseases of the Heart*. (1946 year book of Medicine, 480).
7. W. E. KETTRIDGE et H. G. BROWN: « Present statics of unilateral hypertension. » *Tulane Univ. Journal of Urology*, **55**: 213-219 (mars) 1946.
8. R. LEOY, P. WHITE et W. STRAND: « Transient Hypertension — Prognostic significance. » *J. A. M. A.*, **129**: 585-588 (oct.) 1945.
9. R. H. SMITHWICK: « Hypertensive Cardiovascular disease in man. » *Cleveland Clinic, Quart.*, **12**: 105 (oct.) 1945.
10. R. S. PALMER: « The significance of Essential Hypertension in young male adults. » *J. A. M. A.*, **94**: 694, 1930.
11. « Transient nervous hypertension as a military risk; its relations to essential hypertension. » *New England Medical Journ.*, **230**: 39 (janv.) 1944.
12. *Précis de pathologie médicale*. Tome IV, 848-906.
13. Samson WRIGHT: *Applied Physiology*. 1940, 486.
14. P. S. WHITE: « Management of Hypertension. » *Annals of Internal Med.*, 740-749 (nov.) 1947.

## STÉNOSE DE L'ISTHME DE L'AORTE (COARCTATION DE L'AORTE)

Fernand SEGUIN,

Cardiologue à l'Hôtel-Dieu (Montréal).

Morgagni semble avoir été le premier, en 1760, à attirer l'attention sur la coarctation de l'aorte à l'occasion de l'autopsie d'un moine. Il rapporta en effet ce qui suit: à une faible distance du cœur, l'aorte était rétrécie à un degré surprenant; malheureusement, il n'a pas précisé l'endroit exact de la constriction.

En 1755, Meckel parle d'un cas d'hypoplasie de l'aorte.

En 1789, Paris fut le premier à reconnaître une coarctation.

En 1873, Stoll, Kowski et Warnicke rapportent cinq cas de coarctation dont ils décrivent ainsi les symptômes: 1° circulation artérielle collatérale; 2° artères intercostales pulsatives; 3° pulsation dans la région interscapulaire; 4° souffle entendu dans la région des vaisseaux anastomotiques; 5° différence dans l'amplitude des pulsations des membres supérieurs et inférieurs.

En 1900, Dickenson et Fenton ont étudié 105 cas avec oblitération totale dans 14. Burke, en 1901, publie une bonne analyse de 20 cas dont 17 hommes et 3 femmes avec une moyenne de vie de 23 ans. La même année, Kowski en a réuni 120 cas et fait une excellente description d'un cas diagnostiqué durant la vie. En 1927, Maud Abbott, faisant une revue de la littérature, y retrace 237 cas.

Dans d'excellents hôpitaux comme Johns Hopkins et « Massachusetts General », le premier diagnostic de coarctation fut fait en 1929 et 1932 respectivement.

Presque tous les auteurs admettent la classification de Bennet (1903), qui divise les coarctations en deux types: 1° type infantile et 2° type adulte.

Le type infantile inclut tous les cas qui montrent un rétrécissement diffus de l'isthme.

Vu le fait que la coarctation est très souvent

accompagnée d'autres défauts congénitaux, Bonnet considérait cette anomalie comme le résultat d'un défaut de développement.

En 1882, Raynaud avait suggéré que la sténose de l'isthme était due à un défaut de développement embryonnaire. Bonnet croyait aussi que, dans une sténose modérée, le manque de développement était dû à une influence extérieure dès avant la naissance. Cette dernière hypothèse semble avoir été confirmée par le fait que Thérémius a trouvé, en 1895, que l'isthme aortique était rétréci à un degré plus ou moins grand au moment de la naissance dans 50% des bébés prématurés. Quant au rétrécissement extrême, il soutient qu'il est dû à un défaut de développement durant la vie embryonnaire.

Dans le type adulte Bonnet inclut tous les cas où il y a constriction plus ou moins prononcée aux environs du canal artériel. Il considère que ce genre ne peut pas se rencontrer avant la fermeture du canal artériel et que c'est encore le résultat d'un défaut de développement. En 1828, King dit: on doit se rappeler que cette partie de l'aorte, qu'on nomme l'isthme, remplit une fonction minime durant la vie embryonnaire, du fait que, vu sa perméabilité, le canal artériel laisse passer une quantité considérable de sang directement dans l'aorte sous l'isthme, tandis que les vaisseaux proximaux à l'isthme fournissent le sang à la partie supérieure du corps. Pour cette raison, il n'est pas surprenant que cette portion de l'aorte puisse être rétrécie et même oblitérée quand surviennent des anomalies du développement.

Le type infantile, qui est donc un rétrécissement plus diffus de l'isthme, est dû à un défaut de développement et est toujours fatal. Le type adulte, consistant plutôt en une cons-

triction localisée au niveau du canal artériel, est compatible avec une longue vie.

Il y a eu beaucoup de controverses sur l'influence exercée sur cette anomalie par la fermeture du canal artériel. En 1928, Maud Abbott attribue cette théorie à Craige et Skoda, qui ont soutenu que le processus obturatif qui se passait au niveau du canal artériel se continuait dans les tissus de l'aorte.

En 1907, Klotz, après une étude microscopique des changements survenus dans l'aorte et le canal artériel, après la naissance, conclut ainsi: « Je n'ai jamais pu me convaincre qu'il y avait des changements au niveau des tissus de l'aorte résultant de l'oblitération de la circulation fœtale. »

Evans, après une étude microscopique des tissus de l'aorte adjacents au site de la constriction, n'a pu trouver aucune anomalie. Ce dernier a publié une excellente description des différentes modifications anatomiques associées à la coarctation: 1° sténose congénitale de l'isthme, canal artériel perméable et hypoplasie de la partie proximale de l'aorte; 2° sténose congénitale de l'isthme, canal artériel fermé, hypoplasie de la partie proximale de l'aorte; 3° atrésie congénitale de la partie distale de l'isthme, canal artériel fermé et hypertrophie de la partie proximale de l'aorte; 4° interruption de l'isthme dans sa partie distale, canal artériel perméable et hypoplasie de la partie proximale de l'aorte; 5° atrésie congénitale de la partie proximale de l'isthme et canal artériel perméable; 6° absence congénitale de l'aorte ascendante et canal artériel perméable.

#### SEXE

Burke, dans sa série de 20 cas, a seulement trois femmes, Abbott quatre hommes et une femme. Evans en trouve un nombre égal dans les deux sexes et Levine cinq hommes et une femme. Dans ma série de 40 cas (31 vivants, 9 morts), j'ai trouvé trois hommes pour une femme.

#### INCIDENCE

Evans trouve une incidence d'un cas par

mille autopsies; Fawcett, une incidence d'un pour mille, Levine, une incidence d'un pour trois mille, et dans ma série je trouve une incidence d'un pour mille.

Dans sa magnifique étude des maladies congénitales, Maud Abbott divise les patients en trois groupes: 1° ceux qui ne présentent pas de symptômes ou dont les symptômes apparaissent tardivement, tels les bouffées de chaleur, la transpiration profuse de la partie supérieure du corps, mal de tête, le vertige et les étourdissements: ensemble de symptômes se rattachant à l'hypertension; 2° on peut avoir une circulation insuffisante et une claudication des membres inférieurs: dans ce groupe se rencontre la rupture subite du cœur, de l'aorte et des vaisseaux cérébraux; 3° ceux enfin qui présentent des symptômes toute leur vie, ordinairement ceux de l'asystolie due surtout à une maladie secondaire des valvules.

#### SYMPTÔMES

En 1892, Potain fait mention, dans les cas de coarctation, de l'hypertension des extrémités supérieures. Gossage, en 1912, dit qu'il n'y a aucun doute que dans ces cas la pression artérielle est toujours élevée afin, semble-t-il, de pousser le sang au travers du rétrécissement. Plus de cent ans après que Meckel eut observé les érosions costales dans une autopsie, Railsback et Dock, en 1929, appliquent cette observation en clinique; ils attirent l'attention sur ce que révèle l'examen aux rayons X: 1° des érosions du bord inférieur des côtes; 2° l'absence de la crosse de l'aorte; 3° une dilatation de l'aorte ascendante.

Un an auparavant, Abbott et Hamilton avaient publié un cas où la radiographie montrait les érosions, mais ils n'en avaient pas fait mention.

Blumgart et ses associés, en 1931, disent que la pulsation fémorale doit précéder la pulsation radiale par 0.01 à 0.02 seconde, mais que dans deux cas de coarctation ils ont trouvé une pulsation fémorale en retard sur la pulsation radiale de 0.15 seconde et 0.05 seconde respectivement. En 1932, Dock attire l'atten-

tion sur la différence de qualité et de temps entre la pulsation radiale et fémorale comme test facile pour aider le diagnostic. En 1926, King signale, comme signe dominant, la pulsation interscapulaire. En 1932, également, Dock dit qu'il faut penser à la coarctation lorsque, chez un homme jeune ou d'âge moyen, on a une pulsation marquée de la carotide associée à une hypertension et une insuffisance aortique et que dans ces cas on doit palper simultanément l'artère fémorale et l'artère radiale.

Eppinger fut le premier à avancer comme signe pathognomonique un souffle entendu dans toute la région cardiaque et mieux dans la région interscapulaire. La vitesse de circulation est variable suivant le cas, et le débit cardiaque est le plus souvent augmenté.

Aujourd'hui, le diagnostic clinique de la coarctation de l'aorte repose sur des signes bien établis et les symptômes attribuables à une circulation dérangée varieront suivant le degré de rétrécissement et la présence ou l'absence d'une circulation collatérale. Pathognomoniques toutefois sont: 1° une diminution ou une absence de pulsations des artères des membres inférieurs en comparaison de la pulsation radiale; 2° une diminution de la pression artérielle dans les membres inférieurs par rapport aux membres supérieurs; 3° la présence de vaisseaux pulsatiles sous l'omoplate ou à la base du thorax; 4° un souffle systolique entendu dans la région précordiale et mieux dans la région interscapulaire; 5° une hypertrophie cardiaque.

A la radiographie, on a: 1° des signes *primaires*: a) absence de crosse de l'aorte dans la position antéro-postérieure, b) un défaut dans la crosse de l'aorte en oblique; 2° des signes *secondaires*: a) une hypertrophie du ventricule gauche, b) une dilatation de l'aorte proximale, c) des encoches du bord inférieur des côtes.

L'électrocardiogramme montre souvent une déviation de l'axe à gauche et une augmentation de l'index de déviation dues à l'hypertrophie du ventricule gauche.

#### MALFORMATIONS ASSOCIÉES

La coarctation de l'aorte est souvent associée à une valvule aortique bicuspidée. Gross a trouvé 28 cas avec valvule bicuspidée dans 5,000 autopsies au « Mont Sinai Hospital », une incidence de 0.56%, et cette anomalie congénitale était associée à la coarctation de l'aorte dans 23% de ces cas.

Burnitz et Hunter ont trouvé une incidence de 3% dans 75 cas, Lewis, une incidence de 5%, et Levine, une incidence de 42% dans une série de 104 cas.

La présence d'une valvule aortique bicuspidée semble être un facteur favorisant l'apparition de l'endocardite bactérienne; ainsi Abbott en a relevé 14 sur une série de 200 cas de coarctation.

Les autres anomalies associées à la coarctation peuvent être: une communication interauriculaire, une sténose aortique et des lésions cérébrales.

#### COMPLICATIONS

Les complications dans la série de Woltman et Sheldon furent: 1° d'ordre *neurologique*: maux de tête 44%, hémiplegie 34%, convulsions 19%, fatigue facile et sensation de froid aux extrémités inférieures 19%, vertige 12%, trouble de la vision (œdème du disque) et détérioration mentale; 2° d'ordre *mécanique*: a) dilatation anévrysmale de l'aorte au-dessus ou en dessous de la constriction, b) un anévrysm disséquant de l'aorte, c) une rupture de l'aorte, d) une hypertension grave de la partie supérieure du corps.

Voici quelques faits révélés par une étude de 40 cas de coarctation de l'aorte relevés dans les dossiers du M.G.H. de 1932 à 1946.

Dans cette série, qui comprend 31 cas vivants, il y avait 8 femmes et 23 hommes, le patient le plus âgé avait 57 ans et le plus jeune 9 ans. Tous les cas avaient un souffle systolique dans la région précordiale, sauf un où il y avait un souffle systolique et diastolique dans la région interscapulaire. Dans tous les cas, un souffle systolique a été entendu dans la région interscapulaire, un seul avait un souffle

diastolique; mais dans tous les cas où un phonocardiogramme a été pris, celui-ci a enregistré un souffle diastolique. Dans 9 cas, il y avait à la base un souffle diastolique avec les caractères d'une insuffisance aortique et ceci sans histoire antérieure de rhumatisme. A l'électrocardiogramme, 7 cas ont montré un intervalle Q.R.S. prolongé ou un bloc de branche. Comme troubles associés: 1° 3 cas semblaient avoir une communication interventriculaire; 2° un patient seulement a fait une endocardite subaiguë guérie par la pénicilline; 3° un patient a fait du « Stokes-Adams » et présente maintenant une dissociation auriculo-ventriculaire et un bloc intraventriculaire: un diagnostic d'une communication interventriculaire a été porté; 4° deux patients ont présenté des troubles rénaux, l'un une atrophie congénitale du rein droit, l'autre une hydro-néphrose gauche et un vaisseau anormal; les deux cas ont été opérés sans influencer la pression artérielle; 5° deux patients ont présenté des troubles psychiques; l'un une psychose sévère, l'autre une psychose légère; ni l'un ni l'autre n'étaient au courant de leur trouble cardiaque; 6° un garçon de 15 ans a présenté des convulsions et des pertes de connaissance de cause indéterminée: l'électro avait montré un bloc de branche.

Dans cette série un père et un fils avaient une coarctation, un autre avait un enfant qui souffrait d'un défaut congénital du cœur, probablement une communication interventriculaire.

#### CAUSES D'ERREUR DE DIAGNOSTIC

La principale cause d'erreur est de faire un diagnostic d'hypertension sans avoir vérifié les pulsations des membres inférieurs et supérieurs; ainsi, dans le cas du rein droit atrophique, le patient fut opéré avec l'espoir de voir diminuer l'hypertension; devant le résultat négatif on fit tous les tests en vue d'une sympathectomie alors qu'un examinateur attira l'attention sur l'absence de pulsation aux membres inférieurs. On a négligé jusqu'ici d'apprécier à sa valeur comme signe diagnos-

tique le souffle diastolique à la base dû à une valvule aortique bicuspide ou à une insuffisance aortique relative présente dans un tiers des cas. Le plus souvent le diagnostic (cœur rhumatismal) a été porté au début. On omet trop fréquemment de prendre la pression artérielle chez les enfants et enfin on n'ausculte pas assez fréquemment dans la région interscapulaire pour y rechercher l'existence d'un souffle.

#### TRAITEMENT

L'opération est le résultat direct des expériences et des recherches cliniques faites, vers 1938, par Gross et Blalock en Amérique et Crawford en Suède. En décembre 1942, Alexander a fait le premier une section de l'aorte à l'endroit d'une constriction et d'un anévrisme, mais il n'en a pas rétabli la continuité.

En septembre 1945, Gross et Hufnagel rapportent des travaux expérimentaux et font mention brièvement de 2 cas opérés par eux, dont le premier est mort de dilatation aiguë du cœur à la suite du relâchement trop rapide de la pince qui obturait l'aorte. Puis, en 1946, Gross décrit l'opération plus en détails et donne une description des processus techniques. En octobre 1945, Crawford et Nylin rapportent un cas où la section et l'anastomose ont été faites avec succès par la technique de Carrel.

Depuis, dans la plupart des hôpitaux les chirurgiens font la section et l'anastomose.

Clagett a fait aussi l'anastomose de l'artère sous-clavière à la partie distale de l'aorte dans plusieurs cas avec ou sans résection de la coarctation.

Avant 1945, Smithwick a fait une sympathectomie dans 4 cas de coarctation.

L'opération, dans un cas de coarctation sans complication, peut ramener un patient à la normale.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. ASK-UPMASK: « Coarctation of the aorta. » *Acta Medica Scandinavica*, **112**: 36, 1942.

2. HAMILTON-ABBOTT: «Coarctation of the aorta.» *A. H. J.*, **28**: 381, 1927.
  3. «Coarctation and Urinary tract.» *Journ. of Missouri Med. Ass.*, **31**: 346, 1934.
  4. «Coarctation — New Theory to its pathogenesis.» *J. of Mt. Sinai Hospital*, **8**: 520, 1942.
  5. «Coarctation with endocarditis.» *A. J. Med. Sc.*, **24**: 87, 1927.
  6. CRAWFORD et NYLIN: «Congenital coarctation of aorta and its surgical treatment.» *Thoracic Surgery*, **14**: 347 (oct.) 1945.
  7. DAVIES et FISHER: «Coarctation of aorta.» *British H. J.*, **5**: 197 (oct.) 1943.
  8. KOLUSKY: «Coarctation and cerebral aneurysm.» *Ohio State M. J.*, **38**: 465 (mai) 1942.
  10. BRAMWELL et JONES: «Coarctation and Collateral circulation.» *British H. J.*, **3**: 205 (oct.) 1941.
  11. EVANS: «Congenital Stenosis.» *Quarterly p. Med.*, **2**: 1, 1933.
  12. CRAWFORD: «Coarctation of aorta.» *Arch. Int. Med.*, **41**: 702, 1928.
  13. WOLTMAN: «Neurologic complication associated with coarctation.» *Arch. Neuro-Psychiat.*, **17**: 303, 1927.
  14. KING: «Blood Pressure and stenosis.» *Am. Int. Med.*, **10**: 1802, 1937.
  15. KING: «Stenosis.» *Arch. Int. Med.*, **38**: 69, 1926.
  16. FLEXNOR: «Coarctation. Experimental Studies.» *A. H. J.*, **11**: 572 (mai) 1936.
  17. «X. R. diagnosis of stenosis.» *Am. J. X-R.*, **24**: 349, 1930.
  18. Stewart BAILEY: «Cardiac output and their measurements of circulation in coarctation.» *J. Clin. Investigation*, **20**: 145, 1941.
  19. FRIEDMAN, SELZER et ROSENBLAUM: «Renal flow in coarctation.» *J. Clin. Invest.*, **20**: 107, 1941.
  20. WAYLER: «Coarctation associated with pregnancy.» *Rhode Island M. J.*, **24**: 59, 1941.
  21. GUSHMAN et all: «Contrast roentgen visualization of coarctation.» *A. H. J.*, **21**: 365, 1941.
  22. KLEMOLA: «Family occurrence of stenosis of isthmus.» *Acta Med. Scandin.*, **98**: 355, 1939.
  23. HALLOCK: «Coarctation and congenital bicuspid valve.» *A. H. J.*, **17**: 444, 1939.
  24. «Etiology of Hypertension resulting from coarctation.» *Arch. Pathol.*, **28**: 676, 1919.
  25. APPLEBAUM: «Coarctation and abnormal ties.» *Am. Int. Med.*, **12**: 550, 1938.
  26. STEWART et all: «Peripheral blood flow and coarctation.» *A. H. J.*, **28**: 217, 1944.
  27. BONNET: «Sur la lésion congénitale de l'isthme.» *Revue de Méd.*, **23**: 108, 1903.
  28. «Coarctation of the aorta with congenital bicuspid valve and dissecting aneurysm.» *Am. J. Pathol.*, **15**: 297, 1945.
  29. GROSS et HUPNAGEL: «Coarctation of aorta. Experimental studies regarding its surgical correction.» *N. E. Jr. Med.*, 233-287, 1945.
  30. CRAWFORD et NYLIN: «Congenital coarctation and its surgical treatment.» *J. Thoracic Surg.*, **14**: 347, 1945.
-

# CATHÉTÉRISME DU CŒUR DROIT<sup>1</sup>

Reginald JOHNSON

Nous nous proposons de présenter une vue d'ensemble sur le travail accompli par certains expérimentateurs dans ce domaine tout à fait particulier qu'est la cathétérisation du cœur droit.

Nous donnerons d'abord un bref aperçu historique du sujet, nous décrirons succinctement sa technique, nous parlerons des accidents ou incidents rencontrés au cours de cette manœuvre, et nous en ferons connaître les applications cliniques.

## HISTORIQUE.

La cathétérisation du cœur droit chez les animaux remonte à 1852 avec Beutner, et à 1861 avec Chauveau et Marey.

Forsmann, en 1929, appliquait cette technique pour la première fois chez l'être humain en se faisant introduire une sonde dans l'oreillette droite. Par la suite, plusieurs expérimentateurs employèrent cette manœuvre chez les animaux et les humains, tout en se limitant à l'oreillette.

Les vrais artisans de cette méthode d'investigation chez l'homme sont Cournaud à New-York, Lenègre à Paris, Bradley à Boston et McMichael à Londres. Ce sont eux qui développèrent, presque simultanément, cette technique pratique et inoffensive employée aujourd'hui universellement.

## TECHNIQUE.

Elle consiste essentiellement dans l'introduction d'une sonde dans les cavités droites du cœur par une des veines du bras. La basilique gauche est la veine de choix. Après avoir pris les précautions aseptiques usuelles, on dénude la veine pour introduire la sonde ou on la

ponctionne à l'aide d'un trocart, de même type que le trocart à transfusion sanguine (type Tzank). On enlève le mandrin et on introduit une sonde, type urétral, no 13, munie d'une extrémité en sifflet à trois orifices et d'une longueur d'environ 110 ou 120 centimètres et de calibre extérieur d'environ 2.3 millimètres. On introduit lentement la sonde en la poussant progressivement sans jamais forcer, jusqu'au cœur droit. Le patient est placé derrière un écran fluoroscopique; on peut ainsi suivre la progression du cathéter, qui gagne la veine sous-clavière, la veine cave supérieure et l'oreillette droite. A ce moment le sujet est placé en décubitus latéral gauche franc; on pousse légèrement la sonde qui pénètre alors dans le ventricule droit. Sous l'écran fluoroscopique il nous est facile de situer exactement la position du cathéter. Et les battements, synchrones au pouls, enregistrés par le manomètre adapté à l'extrémité périphérique de la sonde nous confirment la localisation dans le ventricule droit de l'extrémité cardiaque de la sonde. Les chiffres de pression sont notés, soit à l'aide d'un manomètre de Claude, gradué en centimètres, soit à l'aide du manomètre optique de Hamilton. Cette sonde peut être maintenue en position pendant des heures, même des journées, sans inconvénient. On enregistre ainsi la pression auriculaire droite, ventriculaire droite et artérielle pulmonaire. Pendant cette manœuvre il faut faire passer un courant continu de citrate de soude ou de sérum glucosé isotonique à travers la sonde afin d'éviter la coagulation sanguine. On peut aussi recourir à l'héparine. Les chiffres de pression normale se lisent ainsi (1):

1/ — Pression auriculaire droite: — 2 à + 5 mm. Hg.

2/ — Pression ventriculaire droite:

a) Systolique: entre 18 et 30 mm. Hg.

1. Travail fait dans le service du Professeur Jean Lenègre, Hôpital Lariboisière, Paris.

- b) Diastolique: début de la diastole:  
— 7 à + 2 mm.  
fin de la diastole: — 5 à + 5 mm.  
c) Pression différentielle: 20, 5 à 26,  
5 mm. Hg.

Avec le manomètre de Claude, on trouve les pressions suivantes:

- 1) Pression auriculaire droite moyenne:  
0 à 8 cms d'eau.
- 2) Pression ventriculaire droite moyenne:  
entre 10 et 22 cms d'eau, avec moyenne  
entre 12 et 15 chez l'adulte jeune, entre  
15 et 18 au-dessus de 40 ans.
- 3) Pression artérielle pulmonaire moyenne:  
chiffre à peu près identique ou supérieur  
de quelques centimètres à celui de la  
pression ventriculaire droite moyenne.

#### INCIDENTS OU ACCIDENTS.

On conçoit facilement que, pour les pionniers de l'application de cette technique chez l'homme, les dangers possibles d'accidents retenaient toute leur attention: dangers d'infection, ou de blessure sur le trajet parcouru par la sonde; dangers d'embolie pulmonaire par formation de thrombul autour ou au dedans du cathéter; dangers de troubles cardio-circulatoires par l'introduction dans le cœur d'un corps étranger.

##### a) *Complications locales.*

Les complications locales se résument en des thromboses ou simplement en des indurations veineuses transitoires douloureuses, accompagnées souvent d'un œdème discret segmentaire au point d'introduction de la sonde. Tantôt ces indurations s'accompagnent de fièvre, tantôt pas, et régressent ordinairement en dedans de 7 jours. Presque tous les expérimentateurs signalent cette complication désagréable pour le patient, mais tout à fait bénigne et sans séquelle fâcheuse. Les poussées passagères de "phlébite segmentaire" sont probablement imputables soit à un manque d'asepsie ou peut-être plus justement à une réaction inflammatoire aseptique de l'endoveine par trau-

matisme local. De toute façon nous croyons que l'emploi de pénicilline à titre prophylactique serait toujours justifiable. L'héparinisation éloignerait tout danger d'embolie.

##### b) *Complications anatomiques.*

Cournand et ses associés ont fait l'étude anatomo-pathologique des parois auriculaire et ventriculaire chez quelques cas cathétérisés. Dexter et ses associés (4) firent une étude semblable dans dix cas. Ces recherches n'ont révélé aucune lésion imputable à la sonde. Kimmy, Haynes et Dexter (5), dans leurs expériences sur des chiens exposés volontairement aux traumatismes des cavités droites et de l'artère pulmonaire, donnent les mêmes conclusions. Ces précisions anatomiques ne concernent cependant qu'un petit nombre de cas.

Nous avons fait le relevé de tous les cas cathétérisés qui ont eu un post-mortem dans le service de cardiologie du professeur agrégé Lenègre à l'Hôpital Lariboisière. Nous nous empressons de dire que ces autopsies ont été pratiquées par monsieur Lenègre, qui, dans chaque cas, a minutieusement exploré le cœur droit à la recherche de lésions possibles causées par la sonde. Nous avons ainsi étudié 24 rapports nécropsiques. Le délai entre le cathétérisme et l'autopsie s'échelonne entre un jour et deux ans et demi. Nous avons, entre autres, rencontré six cas chez qui la sonde avait été passée entre un et vingt jours avant le décès. Dans 21 de ces cas il n'est fait mention dans les rapports nécropsiques d'aucune lésion décelable soit de l'oreillette ou du ventricule droits, imputable à la sonde. Les modifications pathologiques signalées dans les trois autres cas sont bénignes, et probablement non liées au cathétérisme.

Nous rapportons ces trois observations:

##### 1er cas.

Femme de 42 ans, avec le diagnostic clinique de rétrécissement mitral serré et calcifié. Le diagnostic anatomique confirme le rétrécissement mitral serré et calcifié. Le cathétérisme avait été pratiqué 42 jours avant le décès. A la nécropsie on note au ventricule droit:

"Altérations des trois valvules tricuspidiennes, épaissies et infiltrées au-dessus du bord libre; cordages épaissis. Ventricule hypertrophié et dilaté".

### 2ème cas.

Femme de 51 ans, avec le diagnostic clinique d'hypertension artérielle, angor, insuffisance cardiaque gauche et droite. Cathétérisme: 154 jours avant le décès. Nécropsie: "Épaississement minime et banal de l'endocarde droit, sur une surface d'un ou deux centimètres carrés, sur la cloison, au voisinage de la bandelette arquée".

### 3ème cas.

Homme de 69 ans, avec le diagnostic clinique de R. A. C. Tachy-arythmie complète. Bloc de branche. Le cathétérisme fut pratiqué 6 jours avant le décès. A la nécropsie on note au ventricule droit: "Peut-être endocardite chronique sous l'ouverture de la tricuspide, notamment une traînée blanchâtre au voisinage du passage de la branche droite du faisceau de His".

Nous pouvons écarter le premier cas, qui concerne une valvulite très ancienne surtout mitrale et un peu tricuspidiennne, et le troisième, parce que le cathétérisme est récent et la lésion ancienne, pour ne retenir que le deuxième cas, qui est douteux. Il est à noter cependant que des lésions semblables, type endocardite chronique, se rencontrent également chez des sujets non cathétérisés et qu'elles sont ainsi de constatation banale.

### c) *Accidents cliniques.*

Cournand, Bloomfield et Lauzon, par l'enregistrement simultané des pressions et de l'oreillette et du ventricule, ont pu conclure qu'il n'y avait aucun danger de produire une insuffisance tricuspidiennne par l'introduction de la sonde à travers la valvule. D'ailleurs, à l'auscultation, on ne constate jamais l'apparition d'un souffle pendant cette opération.

Les troubles cardiaques rencontrés au cours du cathétérisme sont tous bénins et se résument pour la plupart à des troubles passagers du rythme.

Lenègre et Maurice (2), dans leur série de plus de 500 cas à date, n'ont eu à faire face qu'à quelques cas de troubles du rythme: accès tachycardique, extra-systoles, bloc de branche droit éphémère, type Wilson, et un cas de trouble cardio-circulatoire, une syncope chez un cyanotique avec tachy-arythmie passagère. Cournand et ses associés (1) rapportent eux aussi des troubles du rythme par extra-systoles.

Dexter, Haynes et associés (4) donnent les statistiques suivantes: dans 27 cas sur 42, ils ont noté des troubles du rythme pendant la cathétérisation; chez 14 de ces cas il y a eu des symptômes imputables à cette irrégularité et dans un seul cas on a dû enlever la sonde. Ils citent en plus deux cas de fibrillation auriculaire transitoire. Ces extra-systoles seraient produites par le contact de la sonde sur la paroi adjacente à la valvule tricuspidiennne, et dans la plupart des cas on les fait disparaître en déplaçant légèrement la sonde. A notre connaissance il n'y a aucun cas rapporté d'embole pulmonaire à la suite d'une cathétérisation et aucune mort liée directement ou indirectement au cathétérisme.

### APPLICATIONS CLINIQUES.

On est en droit de se demander quels renseignements cliniques peut nous donner cette nouvelle méthode d'investigation.

Avant l'application de cette technique chez l'homme, tout un faisceau de présomptions cliniques, radiologiques et électriques pouvait nous faire soupçonner que le mécanisme en cause dans l'insuffisance ventriculaire droite était l'hypertension de la petite circulation.

L'enregistrement des pressions intracavitaires droites et artérielle pulmonaire nous permet de passer d'une hypothèse à un fait, contrôlé et maintenant indiscutable: l'hypertension pulmonaire est à la base de l'insuffisance ventriculaire droite.

L'étude comparative des pressions auriculaire droite, ventriculaire droite et artérielle pulmonaire chez des sujets normaux et des sujets atteints de cardiopathies diverses et de

maladies pulmonaires chroniques a non seulement permis de vérifier et de contrôler le mécanisme de l'insuffisance ventriculaire droite, mais a permis en plus de tirer certaines conclusions qui peuvent être un apport précieux en ce qui concerne l'identification et le pronostic de certaines cardiopathies et le diagnostic précoce de l'insuffisance ventriculaire droite et même gauche. Ces conclusions, qui sont nettement exprimées par Lenègre et Maurice (2), découlent indirectement des travaux de Cournand et associés (1).

1 — La pression ventriculaire droite moyenne se comporte de façon différente suivant les cardiopathies, contribuant ainsi parfois à l'identification de certaines cardiopathies à détermination difficile.

2 — Chez les mitraux la pression ventriculaire droite moyenne semble directement proportionnelle à la sévérité de la maladie et peut être ainsi un apport précieux en ce qui concerne le pronostic et la tolérance de cette cardiopathie.

3 — Chez les aortiques (rétrécissement ou insuffisance d'origine rhumatismale ou syphilitique) et chez les artériels (cardiopathies consécutives à l'angine de poitrine, à l'infarctus du myocarde, à l'hypertension artérielle et d'une façon générale à l'artériosclérose des coronaires), la pression ventriculaire droite moyenne reste normale aussi longtemps que l'affection est bien tolérée. La présence, donc, dans ces cas d'une hypertension ventriculaire droite suffirait à elle seule à établir un diagnostic précoce d'une insuffisance ventriculaire gauche, même avant tout autre signe soit clinique, électrique ou radiologique.

4 — Quant aux cardiopathies pulmonaires, i.e. maladies cardiaques consécutives à certaines bronchopneumopathies, par l'enregistrement de la pression nous pouvons exprimer d'une façon en quelque sorte quantitative le degré d'effort (strain) scutenu par le ventricule droit. On conçoit facilement dans ces cas l'apport précieux de la pression qui nous permet de conclure à la tolérance ou à la non-tolé-

rance du myocarde droit, même encore ici, en l'absence de tout autre signe clinique décelable.

5. — Dans l'insuffisance cardiaque gauche ou droite, ou globale, la pression semble liée directement au degré d'insuffisance: renseignement intéressant en ce qui concerne le pronostic.

6 — Enfin disons que l'évolution des péri-cardites de type constrictif (syndrome de Pick) se répercute sur la pression et cette méthode clinique, avec la mesure de la pression veineuse, et l'appréciation du volume du foie restent à peu près les indications les plus sûres dans l'évolution de cette maladie.

#### *Mesure du débit cardiaque.*

On sait que, pour le calcul du débit cardiaque par la méthode directe suivant le principe de Fick, il faut compter sur trois données essentielles:

1 — La consommation totale d'oxygène en une unité de temps,

2 — La quantité d'oxygène du sang artériel,

3 — La quantité d'oxygène du sang veineux.

Le débit cardiaque s'obtient alors sur l'équation suivante:

Débit cardiaque: mil par minute:

Consommation en oxygène (mil par minute)

----- x 100

Oxygène artériel (volume %) — oxygène  
veineux (volume %)

La principale difficulté à l'application de ce principe chez l'homme résidait dans l'impossibilité où l'on se trouvait d'obtenir des échantillons de sang veineux mêlé (mixed venous blood). L'application de la technique de la cathétérisation du cœur droit a permis de surmonter cette difficulté.

Avec la sonde, on prélève le sang veineux dans le cœur droit, soit dans l'oreillette droite, soit plus justement dans le segment proximal de l'artère pulmonaire. Il reste que cette technique paraît laborieuse et certains expérimentateurs préfèrent ponctionner directement le ventricule droit, ou employer la mé-

thode indirecte des gaz étrangers, l'acétylène par exemple.

A l'aide de la sonde il est possible aussi de calculer le débit sanguin dans l'artère pulmonaire (6).

Débit de l'artère pulmonaire:

$$\frac{\text{Consommation en oxygène (mil par minute)}}{\text{contenu en oxygène du sang de la veine pulm. (vol. \%)} - \text{contenu en oxygène du sang de l'artère pulm. (vol. \%)}} \times 100$$

Enfin, en établissant la comparaison entre la quantité totale de sang circulant dans le poumon, qui ne s'obtient que par des méthodes indirectes, et le débit sanguin dans l'artère pulmonaire, on arrive à déterminer le degré de circulation collatérale du poumon (6). Ceci est une aide précieuse dans le diagnostic du syndrome d'Eisenmenger, car dans ce cas il est parfois difficile de distinguer cliniquement ou fluoroscopiquement une circulation collatérale augmentée d'une hypercirculation artérielle pulmonaire.

#### *Maladies congénitales.*

Comme certaines variétés de maladies cardiaques congénitales sont améliorables et même curables par la chirurgie, il importe beaucoup de poser un diagnostic précis. Les signes cliniques, radiologiques et électriques permettent dans plusieurs cas d'arriver à un diagnostic probable. Avec les renseignements supplémentaires que nous donnent l'angiocardio-graphie et le cathétérisme du cœur, le diagnostic probable devient une certitude. Par l'enregistrement des pressions, par l'étude chimique comparative des échantillons de sang recueillis dans les cavités droites et dans l'artère pulmonaire, et par l'étude radiologique ou fluoroscopique du trajet suivi par la sonde, il est possible de poser avec certitude le diagnostic, par exemple, d'un canal artériel, d'une tétralogie de Fallot, d'une maladie de Roger et d'une communication inter-auriculaire.

Voici deux exemples qui nous feront comprendre l'importance de ces deux données, pression et analyse quantitative de l'oxygène sanguin, dans le diagnostic des maladies cardiaques congénitales.

#### 1) *Persistence du canal artériel.*

Dans cette maladie, il existe un "shunt" artério-veineux (aorte-artère pulmonaire). Une augmentation de volume d'oxygène sanguin de l'artère pulmonaire par rapport au volume d'oxygène sanguin du ventricule droit, en présence de pression normale dans ces deux cavités, indique une communication artério-veineuse dans cette région. Ce "shunt" artériel ne peut être en pratique qu'une persistance du canal artériel.

#### 2) *Communication inter-ventriculaire.*

La maladie de Roger réalise un "shunt" de gauche à droite. Le diagnostic repose sur une augmentation du volume d'oxygène sanguin dans le ventricule droit par rapport à l'oreillette droite. Il faut cependant ici établir le diagnostic différentiel entre une communication inter-ventriculaire et un canal artériel combiné à une insuffisance pulmonaire qui donne des résultats semblables. Le cathétérisme veineux trouve actuellement dans le diagnostic des maladies congénitales son indication la plus utile par les renseignements nombreux et indispensables qu'il apporte.

#### **Résumé — conclusion.**

Dans ce travail nous avons tenté de présenter le problème du cathétérisme du cœur droit sous un angle simple et pratique, en faisant une révision historique du sujet, en décrivant sa technique, en relevant les accidents ou incidents rencontrés au cours de cette manœuvre et en faisant ressortir ses applications pratiques.

Sous la tutelle du professeur J. Lenègre, de Paris, nous avons apporté notre humble contribution au problème, par une analyse anatomique post-mortem des cavités droites chez 24 sujets cathétérisés.

## B I B L I O G R A P H I E

1. BING, VANDAM et GRAY: «Physiological studies in congenital heart disease.» *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **80**: 107, 121, 123, 1947.
2. BLOOMFIELD, LAUSON, COURNAND, BREED et RICHARDS: «Recording of right heart pression in normal subjects and in patients with chronic pulmonary diseases and various types of cardio-circulatory diseases.» *J. of Clin. Invest.*, **25**: 639-664, 1946.
3. COURNAND: «Recent observations on the dynamics of the pulmonary circulation.» *Bull. New York Ac. of Med.*, **23**: 27-50, 1947.
4. COURNAND et Associés: «Measurements of cardiac output in man using the technique of catheterization of right auricle or ventricle.» *J. of Clin. Inv.*, **24**: 106-116, 1945.
5. DEXTER, HAYNES et Associés: «Studies of congenital heart disease.» *J. of Clin. Invest.*, **26**: 547, 554, 561, 1947.
6. LENEGRE et MAURICE: «Premières recherches sur la pression ventriculaire droite.» *Bull. Mens. Soc. Méd. Hôp.*, **60**: 239, 1944.
7. LENEGRE et MAURICE: «La dérivation intracardiaque des courants électriques de l'oreillette et du ventricule droits.» *Paris Méd.*, **35**: 23, 1945.
8. LENEGRE et MAURICE: «Premiers enregistrements chez l'homme des courbes de pression ventriculaire et auriculaire droite.» *Arch. des Mal. du Cœur*, **39**: 24-30, 1946.
9. LENEGRE et MAURICE: «La pression ventriculaire droite dans l'hypertension artérielle.» *Arch. des Mal. du Cœur*, **40**: 175, 1947.
10. LENEGRE et MAURICE: «Recherches sur la pression sanguine dans la petite circulation.» *Acta Cardiol.*, **2**: 1, 1947.
11. McMICHAEL: «Circulatory failure.» *Schawiz Med. Woch.*, **76**: 851, 1946.
12. RICHARDS: «Cardiac output by the catheter technique in various clinical conditions.» *Fed. Proceedings*, **4**: 215-220, 1945.
13. «Contribution of right catheterisation to the physiology of congestive heart failure.» *Am. J. of Med.*, **3**: 434-446, 1947.
14. COURNAND, RANGES, etc.: «Comparison of results of the normal ballistocardiogram and direct Fick method in measuring the cardiac output.» *J. of Clin. Inv.*, **21**: 282-294, 1942.
15. DEXTER et Associés: «Studies of congenital heart disease — The pressure and oxygen content of the blood in the right auricle, right ventricle and pulmonary artery.» *J. of Clin. Inv.*, **26**: 554-560, 1947.
16. McMICHAEL: «Cardiac output by a direct Fick method.» *Brit. Heart Journal*, **6**: 33-40, 1944.
17. J. S. DUNN: «Measurements of pressure in the right ventricle.» *J. Physiology*, **20**: 53, 1919.
18. FISHBERG: *Heart failure*.
19. BEST et TAYLOR: *Physiological Basis of Medical Practice*.

**Rectification:**

On est prié de lire à la page 966 de la livraison d'août le titre suivant:

**ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE****Historique. Notes préliminaires.**

Jean PANET-RAYMOND, M.D.,  
 Chef du laboratoire d'Electro-encéphalographie et de Neurologie,  
 Hôpital St-Jean-de-Dieu, Gamelin, P. Q.

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

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 78, No 9 — Montréal, septembre 1949

**À PROPOS DES SÉJOURS  
ÉCOURTÉS EN SANATORIUM  
POUR TUBERCULOSE  
PULMONAIRE**

Albert Giraud, dans son *Précis de Phtisiologie* publié en 1937 mais qui pourrait bien ne dater que d'aujourd'hui tant il est encore au point, écrit au chapitre de la Cure Hygiéno-Diététique: « Si l'on veut que le tuberculeux s'astreigne à une cure sérieuse, il faut lui imposer un programme écrit et ne pas craindre d'entrer dans les détails. »

En 1944, Max Pinner écrivait de son côté: « The really important phase of tuberculosis to-day is progressive destructive pulmonary tuberculosis in adults. This is the type of tuberculous disease that makes it the great medical and socio-economic problem that is now. »

Deux énoncés demeurés des critères. Si le second constitue un principe que notre système économique et social actuel nous fait appliquer naturellement, le premier énoncé, dans son ensemble, nous paraît en certains points incompris ou négligé.

Aussi que de problèmes délicats et difficiles à envisager ou à provoquer pour le médecin en présence d'un nouveau cas de tuberculose! On peut ré-

torquer que la question n'est pas moins aiguë en présence d'un cas mental par exemple. D'accord pour le problème socio-économique mais au moins deux points ne sont pas à débattre à un degré aussi intensif: 1) celui de la contagion; 2) le cas mental est un problème pour l'entourage plutôt que pour le patient lui-même dans une bonne partie des cas.

En présence d'une tuberculose récente, comment le déclarer au patient? Suivant l'âge, le sexe, l'éducation, le psychisme du sujet, quelle sera sa réaction sous le coup de cette malheureuse nouvelle? Faut-il craindre le choc moral, penser au drame qui va se jouer chez cet être déjà hypothéqué? Ne s'agit-il pas d'écroulements de rêves d'avenir chez les jeunes: ici un diplôme à obtenir, là une profession ou encore un mariage qui s'efface de l'horizon? Chez les moins jeunes, le spectre de la perte du revenu, l'abandon de la famille sans ressources, etc.?

A toutes ces questions il faut une réponse prête, il faut les prévenir. Nous croyons que c'est le moment des grandes vérités. Le patient doit savoir dès maintenant ce dont il souffre, les moyens d'en guérir et la période de temps que nécessite la guérison.

Que le praticien ignore cette durée d'avance, c'est probable. Sur ce point, il est égal à son confrère phtisiologue. Ce dernier sait que le temps est ici le grand inconnu, car la durée du séjour en sanatorium est liée à trop de facteurs: genre de lésions, étendue, virulence du bacille, résistance du sujet, coopération, genre de traitement requis, etc. C'est l'inconnu en précision, mais il est certain qu'il s'agit de plusieurs mois de cure si un diagnostic radio-

logique et bactériologique définitif confirme la clinique. A tout événement, si, sur ce chapitre, on peut se permettre une erreur, que ce soit celle de prédire une période de cure plus longue que celle nécessaire.

Une belle collaboration entre praticien et médecin de sana consistera donc à ne pas fixer la durée du traitement à quelques semaines et encore moins à quelques jours. Les sujets ainsi éduqués sont difficiles à endoctriner pour une cure prolongée sérieuse et adéquate. En conséquence, les médecins de sana sont forcés dès la première entrevue avec le patient de contredire carrément un confrère, ce qui est ennuyeux pour les deux professionnels et désastreux pour le patient. Trop nombreux, en effet, sont les malades qui quittent l'hôpital sans congé parce que la durée du traitement a été évaluée différemment par les médecins de l'extérieur et ceux de l'hôpital.

Il nous semble voir à cet article « durée de traitement » un point important des directives ou notions à ex-

pliquer et donner. Si, chez le patient, le choc moral est intense à la découverte d'un diagnostic de tuberculose pulmonaire, il faut de toute nécessité éviter d'en créer d'autres par des contradictions trop flagrantes entre membres de la même profession. Car laisser croire que la phtisie peut guérir à l'hôpital dans le même laps qu'une pneumonie ou une appendicite va provoquer, chez le malade, au su de la vérité, un drame tout aussi intense que celui de l'énonciation du malencontreux diagnostic.

Nous n'avons pas eu l'intention de donner un aperçu général des directives qui s'imposent envers le patient et l'entourage lors d'un diagnostic de tuberculose pulmonaire de l'adulte. Nos confrères les connaissent bien. Le point de détail « durée de traitement » nous a semblé d'actualité à cause de la répétition assez fréquente des problèmes qu'il suscite dans les services d'admission en sanatorium.

J.-Philippe PAQUETTE.

## VARIÉTÉS

---

### ALLOCUTION DU DOCTEUR EDMOND POTVIN<sup>1</sup>

Président du 2<sup>e</sup> congrès régional de l'A.M.L.F.C.

J'accomplis un geste qui me cause un bien grand plaisir et une joie très vive en vous apportant, aux directeurs de notre Association qui ont eu l'heureuse idée de choisir Chicoutimi pour le 2<sup>e</sup> congrès régional, et à vous tous qui avez bien voulu accepter notre invitation, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

J'ose espérer que ce court séjour dans notre région vous aura reposés et vous aura convaincus que le rameau médical français de l'« Association des Médecins de langue française du Canada » est bien vivant, et malgré son éloignement aujourd'hui relatif, s'est développé en dépit de tous les obstacles. C'est notre intention de continuer avec l'aide de nos aînés, de nos Universités, à travailler et à faire l'impossible pour éviter de perdre du temps et organiser un service médical dont le fonctionnement sera non seulement satisfaisant, mais pourra se comparer avantageusement avec des organismes plus anciens.

Comme vous avez pu le constater, nous possédons une organisation qui, sans être la réplique des hôpitaux universitaires — nous ne sommes pas orgueilleux à ce point — possède tout de même la base fondamentale pour nous enseigner la prudence, et nous inviter à nous contrôler continuellement; elle nous a appris à n'affirmer un diagnostic que sur la base d'une séméiologie méticuleuse et d'un examen clinique complet, au lieu d'affirmer ce qui pourrait être une erreur, suivant en cela l'exemple des Français, dont nous sommes fiers d'être les élèves et de posséder un peu l'esprit et la

langue (certains Français, pour nous flatter sans doute, nous ont déjà laissé entendre que c'est ici que l'on est le moins américanisé). Les médecins que nous sommes doivent parfois se rendre compte de l'impossibilité de faire un diagnostic; ils doivent continuer d'observer le malade afin d'aboutir à une solution satisfaisante. Le diagnostic doit être fouillé et il peut arriver que la nature du cas ne soit révélée qu'au cours de l'évolution.

Aussi, après ce premier contact, nous ne vous demandons pas un diagnostic précis non plus que le pronostic sur notre cas.

Nous vous prions amicalement d'attendre que nous ayons réalisé toutes nos ambitions de compléter les services qui nous manquent encore: anatomo-pathologie, cancer, tuberculose, clinique thoraco-pulmonaire, psychiatrie, et de parfaire ceux que nous avons déjà. Avec votre bienveillante sollicitude, Monsieur le Ministre de la Santé, celle de nos universités et celle de tous les médecins de langue française, nous y arriverons sans doute.

Peut-être nous jugerez-vous téméraires? C'est le propre des jeunes d'être téméraires et nous sommes jeunes; à peine cent ans de colonisation ont permis aux défricheurs de préparer les développements dont vous avez pu constater une partie.

Pour parler médecine, vous serez peut-être surpris d'apprendre que la « Société médicale Chicoutimi — Lac St-Jean — Saguenay » est plus vieille que l'« Association des Médecins de langue française du Canada »; en effet, elle fut fondée le 15 octobre 1900 à Chicoutimi, soit la même année que la « Société Médicale de Montréal » et deux ans avant l'Association.

1. Au banquet du 3 juin 1949, à Chicoutimi.

Le but, y disait-on, est de resserrer davantage les liens d'amitié qui devraient toujours unir les membres d'une même profession et de tirer le meilleur parti possible de cette amitié tant pour les médecins eux-mêmes (un encore vivant: H. Tousignant) que pour leurs patients.

A sa réunion (la 5e) à Roberval le 4 mars 1902, la « Société médicale Chicoutimi-Lac-St-Jean » passait la résolution suivante:

« Proposé par le Dr J. Constantin et François Plourde, secondé par les Drs L.-A. Poliquin et H. Tousignant et résolu unanimement:

« 1. — Que la société médicale du district de Chicoutimi et Lac St-Jean a appris avec plaisir la nouvelle d'une prochaine réunion à Québec de tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord dans le but de fonder une association médicale destinée à sauvegarder nos intérêts.

« 2. — Que cette société médicale félicite sincèrement tous les organisateurs de cette fête et plus spécialement les directeurs de l'Université Laval qui ont voulu faire coïncider la date de cette assemblée avec celle des noces

d'or de l'Université; nous rendant en cela ces fêtes doublement attrayantes.

« 3. — Qu'elle concourt pleinement dans les idées larges et généreuses émises à leur première assemblée.

« 4. — Que tous ses membres se feront un plaisir d'y prendre part et qu'elle charge plus spécialement son président le Dr J.-E. Beauchamp de la représenter à la célébration de ces fêtes à Québec en juin prochain. »

Comme vous le voyez, nous sommes bien de la même famille, à peu près du même âge, et si notre sœur cadette a mis près de cinquante ans à rendre visite à son aînée, nous comprenons que ses relations sont très étendues et nous sommes fiers de lui souhaiter aujourd'hui la plus cordiale bienvenue.

Nous sommes maintenant convaincus qu'instruite des liens de parenté qui nous unissent, elle voudra garder notre amitié et je puis l'assurer que nous serons toujours heureux de compter sur sa sollicitude pour nous aider à grandir dans l'esprit médical français qui devra de plus en plus présider au développement de la médecine canadienne-française.

---

## LE MÉDECIN DE CAMPAGNE<sup>1</sup>

L.-J. COBEIL (Grande-Baie).

La profession de médecin de campagne a de tout temps captivé les esprits. Avec le prêtre, « monsieur le docteur », comme disent les gens avec un accent savoureux, occupe une place de tout premier plan dans la paroisse qu'il dessert. Après un court aperçu de la médecine de campagne pratiquée au temps qui m'a vu naître, permettez-moi de vous entretenir quelques instants du médecin actuel, du rôle qu'il joue au point de vue médical surtout, et de son influence sociale.

Je me rappelle encore la venue du médecin dans ma paroisse. C'est alors un événement considérable. La maladie doit être bien grave pour exiger pareille visite. Aussi, comme le trajet se fait en voiture, tout le monde a le temps de le voir passer. On le reconnaît facilement le docteur, car on ne peut s'y tromper, son cheval est connu et surtout la sleigh spéciale qui a gardé son nom: la sleigh de docteur. On téléphone au village pour avertir qu'on a vu le médecin passer; les gens se mettent au châssis, décollant le givre aux fenêtres, en hiver, pour mieux voir.

Les accouchements d'alors se faisaient sur le « lit de douleur », expression consacrée, mais dont l'usage était exécuté suivant les témoignages actuels. Les forceps avaient une longueur légendaire, au témoignage des vieilles, mais je n'ai pu confirmer, les vieux ayant peut-être tenu à emporter leurs armes dans la tombe. Ce que plusieurs ont appris, c'est qu'un médecin fort original traînait pilules de morphine et seringues dans ses poches, avec ses curettes dans sa veste et les forceps également enfouis épousant la forme de ses bosses pariétales postérieures, effectuant ainsi ses courses en raquettes. Et jamais d'infection. Chacun avait son anesthésiste préparé et par canton.

C'était l'époque des beaux chevaux de voiture, l'époque des grandes randonnées, le printemps, dans la boue au ventre des nobles bêtes, l'automne sur les « bourdignons » qui vous cassent et l'hiver bien emmitoufflés, les pieds accotés sur le devant de la sleigh pour parer les chaos, car la nuit est noire et le fier cheval sent qu'il se rend au service des malades et l'on ne peut contrôler sa fougue à moins de se prendre aux cordeaux.

Et c'est ainsi que le docteur montait ou descendait suivant le sens des cours d'eau qui tranchaient les paroisses. Qu'il me soit permis de rendre hommage aux confrères qui nous ont précédés et ont accompli leur devoir dans de pénibles conditions, au début d'une région pauvre, trop éloignée des capitales pour crier sa misère et obtenir du secours.

On s'accorde à dire que nos devanciers étaient de parfaits cliniciens. Leurs régimes imposés aux malades, cependant, semblaient trop sévères, et le trust des vitamines n'étant pas encore organisé pour suppléer et servir de passe-partout, la prescription magistrale tenait le haut du pavé.

La population moins dense laissait suffisamment de loisir au médecin, lui permettant d'acquérir de vastes connaissances para-médicales et une culture générale plus étendue. Tous sont morts pauvres, victimes de leur dévouement. La moyenne de vie est encore de soixante à soixante-cinq ans, en sorte que le médecin ne peut s'attendre de bénéficier de la loi de l'assurance-chômage et encore moins des pensions de vieillesse.

Aujourd'hui, les progrès de la science, la durée plus longue des études, les travaux pratiques, tant à l'hôpital qu'à l'Université, ont fait du médecin une autorité incontestable. Les modifications apportées aux moyens de transport, par l'amélioration des routes, le confort

1. Conférence prononcée au 2e Congrès régional de l'A. M. L. F. C., Chicoutimi, juin 1949.

de l'automobile et de l'auto-neige en hiver, ont facilité les contacts avec les malades et permis des diagnostics plus précoces et partant sauvé un plus grand nombre de vies humaines. En outre, un public plus averti, mieux éclairé, quelque peu débarrassé de ses amulettes et de ses superstitions, ouvre une porte plus accueillante et offre moins d'entêtement à suivre les données thérapeutiques.

Ainsi, dans ces conditions, je vous présente le médecin de campagne, son champ d'action, ses procédés d'examen, et faut-il le dire, ses succès.

La plupart du temps, « monsieur le docteur » est un humble fils d'ouvrier ou de cultivateur. Peu fourni d'argent, il a dû lutter pour gagner ses parchemins. Ses parents évidemment voulaient faire de lui un prêtre... Malheureusement, il a mal tourné. Le voilà donc étudiant à l'université... Son état financier et son milieu d'origine l'éloignent des plaisirs et de tout contact malsain. Entièrement adonné à ses études, il décroche son doctorat. Les créanciers s'empressant ou non de réclamer certaines sommes avancées « bona fide » et le portefeuille fatigué de voir toujours ses parois chastement accolées l'une contre l'autre, forcent notre homme à quitter la ville en hâte, à la recherche du site idéal. Bientôt, l'organisation est une réussite. Un retour précipité à la Cité Universitaire pour serrer la main des nouveaux internes ébahis devant le nouveau « char », une visite chez Casgrain et Charbonneau ou Brunet, histoire d'acheter les trouses et leur contenu à crédit, et voilà notre jeune de retour, lancé dans le tourbillon de la vie à la conquête de sa clientèle.

Les confrères ménagent un accueil sympathico-mimétique au nouveau venu et monsieur le Curé promet son entière collaboration. Les agents d'assurances se succèdent en même temps que se forme un noyau solide de clients. Les craintes des premiers mois évanouies, les quelques succès remportés, à côté de certaines erreurs et de certaines hésitations, mûrissent définitivement un esprit qui ne demande qu'à

se perfectionner davantage. Et puisque les malades s'amènent de plus en plus nombreux, on est déjà capable de classer les différents types rencontrés, tant au point de vue psychologique que nosologique.

Ce qui frappe d'abord, c'est l'exigence toujours croissante de la clientèle et un souci de se faire traiter et de se traiter à la fois suivant des procédés hérités des générations précédentes formant parfois des contrastes comiques.

Le bureau commence à l'heure de la fromagerie, peu importe les heures fixées à la porte d'entrée, et se continue jusqu'aux visites de l'après-midi pour reprendre le soir jusqu'à minuit. C'est un cultivateur qui veut vous réveiller à toute force pour se défaire d'une vieille dent creuse depuis quinze ans. Ou bien c'est une rétention vésicale. Le générateur a fonctionné, mais la prostate est restée gonflée. Ou c'est un enfant qui s'est passé le bras dans le « tordeur » de la laveuse.

Les urgences n'en sont point. L'entourage est énervé au paroxysme, on a essayé mille et une choses chez un malade de quinze jours. La voisine, consultée, suggère la visite du médecin, et tout doit se faire à l'instant, sinon, nouvel appel, parfois en termes très choisis. Les convulsions chez les enfants occasionnent bien des courses inutiles. Il faut alors voir les pleurs et le rassemblement, les frictions à l'alcool, à l'huile camphrée, au gros sel, à l'eau bénite. Les cas d'hystérie se font de plus en plus nombreux et il me semble que les barbituriques y sont pour quelque chose. J'ai vu un cas d'hystérie administré, la malade, les yeux demi-clos, en catalepsie, prête à partir pour l'au-delà, laissant autour d'elle des gens agenouillés et tout en pleurs. Les enfants, en général, sont difficiles d'accès parce que les parents font du médecin leur épouvantail. C'est lui qui remplace avantageusement le « quêteux », objet devenu de nos jours plus rare.

On éprouvé très souvent bien des difficultés à faire accepter une ligne de conduite à te-

nir en thérapeutique. Le siècle des gens pressés et de la vitesse y est pour quelque chose. On voudrait une guérison rapide. On ne réfléchit pas ou on écoute d'une oreille distraite les avis donnés. Il faut répéter et répéter sans cesse pour arriver à un résultat.

L'état financier du malade pose encore une pierre d'achoppement et c'est un point d'une importance cruciale. Toujours s'entendre dire que c'est cher, que nos honoraires sont hors de proportion, que les médicaments sont des objets de luxe, que le repos est inacceptable, lorsqu'il s'agit de parents aux familles nombreuses, voilà le grand cauchemar du médecin de campagne. On vient tout juste de faire un diagnostic certain. Une thérapeutique dont l'effet bienfaisant et indiscutable s'impose. Le malade s'empresse de nous lancer la question argent. Vous pouvez être assurés que dès lors vos efforts seront vains en dépit de toutes les preuves et de toutes les facilités de paiement que vous pourrez apporter. A l'heure actuelle, je le répète, c'est la grande question à résoudre.

Et il ne faut pas s'étonner de voir des gouvernements agonisants accrocher la crinière de ce cheval d'élection pour insinuer une propagande néfaste au médecin, le présentant comme un homme riche, dont les honoraires sont grassement payés, sans égard aux actes de charité innombrables qu'il accomplit pendant toute sa vie professionnelle, sans égard aux dangers croissants de la vie laborieuse qui lui échoit, sans égard à l'invalidité qui le guette à soixante ans, invalidité causée par une santé délabrée, ou invalidité forcée, par suite du manque d'éthique professionnelle d'un jeune fanfaron au parchemin tout blanc et sans pli, criant à qui veut l'entendre que le « vieux doc » est vieux-jeu, qu'il est tabou, que ses études ne valent pas les siennes, qu'il est riche, toute la gamme enfin des inventions que peut fournir un esprit en mal de clientèle.

Le malaise pourtant n'est pas, il me semble, chez le médecin de campagne. Que l'on donne un salaire raisonnable à l'ouvrier, des

allocations familiales substantielles, l'encourageant ainsi à procréer, ce qui en dernier ressort sera favorable au médecin; qu'on apprenne, dis-je, à l'ouvrier la pratique de l'économie de nos pères au lieu de lui faire miroiter des projets irréalisables, une sorte de paradis terrestre aux laes d'or et d'argent, aux rivières de lait et de miel, comme dans la terre de Chanaan.

Pratiques de gouvernements qui veulent tout centraliser, détruire peu à peu tout système professionnel, semer la discorde et la haine entre les classes, provoquer l'éclatement de la cellule familiale, et réduire les individus au même rang, incapables par eux-mêmes d'administrer leurs affaires, l'Etat se chargeant d'y pourvoir, moyennant des tranches substantielles dans les salaires.

Mais je m'aperçois que je me suis aventuré sur un terrain glissant, dangereux. Je n'ai aucun but électoral en vous signalant ces choses. Tout simplement ai-je voulu vous dire que la médecine subit les contre-coups des systèmes économiques préconisés en dernière étape et que, sur ce point, nous sommes à un tournant, tournant postulé par la marée montante du socialisme vers les fortunes du capitalisme.

Certaines associations, qui ne possèdent de social ou de mutuel que l'enseigne, ont réussi davantage à brouiller les cartes, à causer des frictions entre médecins, à diminuer les honoraires, à enlever le libre choix du médecin de la part du client (tout en se présentant sous un titre philanthropique et se posant en protectrices de la veuve et de l'orphelin), à cataloguer les malades et la description de leurs maladies, avec le prix, comme les marchandises chez Simpson.

Si je me suis étendu quelque peu sur la question financière, c'est que, à mon avis, elle est primordiale, par le temps que nous traversons. Et vraiment les choses ont beaucoup changé dans ce domaine depuis quelques années, au point de nuire notablement au médecin. On ne rencontre plus la même honnêteté qu'autrefois, c'est un fait acquis, une vé-

rité de La Palice, et chez les gens honnêtes le maigre salaire est un obstacle à une parfaite correspondance entre eux et leur médecin.

Des émules que le médecin de campagne rencontre journellement, ah! ici, c'est amusant, c'est la bonne femme entêtée, adonnée à sa thérapeutique, à ses amulettes, à ses superstitions; c'est la fausse dévote qui demande le miracle à propos de tout et à propos de rien ou qui fait venir monsieur le Curé parce que ça coûte moins cher que le médecin; c'est enfin le rebouteur et son confrère en spécialité, le charlatan.

Quand on a épuisé toutes ses ressources, on fait venir le médecin et c'est à travers tout un champ de cataplasmes et d'annales qu'il faut se pratiquer une brèche. Et n'y allez pas trop brusquement... La matrone est là, les poings sur les hanches, la lèvre inférieure cantonnée sur la supérieure, prête à l'invective.

L'emplâtre le plus populaire se fait avec la gomme de sapin. J'ai rencontré une jeune fille souffrant de psychasthénie, flanquée (le mot est juste) d'un tel emplâtre depuis trois mois. Dans la même maison, une jeune femme, souffrant de pyélonéphrite, gisait dans son lit, morte de fatigue, immobilisée par la « soucoupe ». Oui, la « soucoupe »! C'est le grand traitement des prématurités, des déplacements comme on dit. Appelé d'urgence auprès d'une jeune femme, je constate, après examen, l'existence d'une chose ectopique. Elle avait la « soucoupe » depuis trois jours et des emplâtres de moutarde et d'œufs. L'état de la malade était si désespéré qu'on ne pouvait, à la salle d'opération, enlever le blanc d'œuf séché, et que le bistouri a dû traverser l'emplâtre et s'arrêter au bout de l'incision sur une « Annale » oubliée sous les vêtements, car, dans ma hâte, j'avais empaqueté prestement dans des couvertures et adressé le tout à l'hôpital.

Quant aux Annales, ce sont celles de la bonne Sainte Anne qui occupent de beaucoup la faveur populaire. Sainte Anne également est la grande favorite lorsqu'il s'agit de naissances, bien que Sainte Marguerite commence un

peu à s'infiltrer dans sa clientèle. Je ne vous raconte pas ces choses pour rire des saints ni des choses saintes. Evidemment, les gens sont remplis de sens religieux, mais dans 90% des cas, ils comprennent mal le miracle et manquent totalement de réflexion, quand ils s'adressent au Ciel. Je ne vous apprends rien, vous êtes du métier.

La quasi-totalité des malades demandent des miracles, parce que leur bourse est intéressée, que le médecin et l'hôpital coûtent cher, suivant leur prétention, ou bien s'adressent au ciel tout en blessant la charité. La semaine dernière encore, je voyais une grand-mère tout en pleurs descendre tous les saints du ciel, épinglez une image et des médailles sur la poitrine de son petit-fils « en partance »... Comme je parlais d'hospitalisation pour l'enfant, elle me sert une diatribe contre l'hôpital et tout son personnel. J'ai décidé alors de transporter en vitesse l'enfant à l'Hôtel-Dieu, car vraiment, me disais-je, le miracle ne se fera pas dans ces conditions. Des exemples, je pourrais en citer un grand nombre. Nos gens comprennent mal le miracle et les choses surnaturelles, en dépit des enseignements éclairés reçus de leurs pasteurs. Le médecin de campagne doit user de délicatesse sur ce sujet et respecter les idées et les sentiments de chacun, tout en expliquant de son mieux des choses mal comprises ou mal interprétées par des esprits dont l'état actuel est quelque peu modifié par les circonstances.

Les superstitions, de nos jours, rentrent peu à peu dans la légende. On en rencontre encore des vestiges chez les femmes enceintes qui s'inquiètent de la qualité de leur enfant; par exemple, elles ont eu peur d'un animal quelconque. La peur d'un lièvre serait la cause du bec-de-lièvre. Et, pour illustrer, une femme, chose plus rare, a donné successivement naissance à deux becs-de-lièvre. Elle m'avouait avoir eu peur du lièvre, lors du premier. L'année suivante, donc, nouveau bec-de-lièvre, bien qu'alors, on ait eu soin d'éviter de troubler la parturiente avec ce rongeur. Les femmes encore

prennent soin de ne pas enrouler leur fil autour du cou: c'est une cause de circulaire du cordon. La lune jouerait un rôle dans le cycle obstétrical. La lune également favorise les poussées d'eczéma, de psoriasis.

A côté de personnes butées sur la question d'argent, à côté des vieilles soigneuses, des faux dévôts et des superstitieux, vous rencontrez encore les entêtés purement et simplement, les savants, les fatalistes et les visiteurs. Voilà quatre catégories de personnes détestables... et qui reçoivent la réprobation de tous...

L'entêté, son nom l'indique, ne veut pas obtempérer à vos ordres. Les exhortations sont inutiles à son endroit et à celui des personnes qui sont sous sa garde. Ses décisions ne subissent aucune influence et restent sans appel. Tout au plus fera-t-il quelques concessions quand se dessinera la mort.

Le savant connaît tout, sa maladie, la maladie des autres, les remèdes, les régimes et toutes ses théories sont fortement ancrées dans son esprit. C'est un grand ami des articles à tournure médicale, un lecteur assidu des almanachs, un converti aux remèdes qu'on y préconise. Rien à faire avec lui.

Le fataliste est une variété de grosse tête qui, croyant à son mal, veut mourir en sa compagnie, assuré que le bon Dieu et la nature ne sont aucunement influençables.

Les visiteurs ou les « colles », en termes d'argot, font le désespoir des médecins. Ils se promènent d'un bureau à l'autre, pour le plaisir de la chose, et s'imaginent que leur mal occupe une étiquette à part. Ils peuvent se présenter à plusieurs bureaux différents en une seule journée pour recommencer le lendemain.

Il reste toutefois un fort pourcentage de clients véritablement doués de grandes qualités et se prêtant en toute confiance à ce qu'on exige de leur part. C'est la grande consolation du médecin. C'est le noyau qu'il va garder jusqu'à l'abandon de sa pratique médicale. Même dans les catégories dont le caractère ne correspond pas parfaitement, sauf les tout derniers, à ce qu'on devrait attendre, il est pos-

sible dans bien des cas de faire un travail intéressant car le type parfait de tels clients ne se rencontre à peu près jamais. Et, après quelques années de pratique médicale, on ne tarde pas à créer une atmosphère de bonne entente et de collaboration.

Les résultats obtenus ont réussi à faire tomber toutes les appréhensions du jeune médecin, au sortir de l'Université, concernant la possibilité de pratiquer son art d'une manière un peu intelligente. Car, je veux que vous le sachiez, l'étudiant qui finit son cours considère la médecine de campagne comme devant être le lot d'un diplômé quelconque voué le plus souvent aux échecs thérapeutiques et aux erreurs de diagnostic, car certains professeurs, sans malice évidente et sans trop peser la portée de leurs assertions, se sont presque toujours évertués à citer des erreurs prises ici et là dans la clientèle des paroisses environnantes. Que ces messieurs prennent leurs propres erreurs, à leur compte, et ils en trouveront suffisamment pour alimenter leur verbiage.

Le médecin de campagne est un soldat d'avant-garde. A lui les tâches ardues, pénibles, accomplies dans des conditions matérielles rudimentaires et avec des moyens de fortune, la nuit, le jour, par la pluie et le beau temps, la neige ou le vent, sur la grand'route, dans sa voiture aux coussins moelleux ou à pied sur le sentier étroit et rocailleux, pour pénétrer dans la belle demeure du riche habitant ou la maison à pièces équarries du colon. Les choses pressent toujours, car on attend..., on attend..., on fait venir Monsieur le Curé, puis on attend... que Monsieur le Curé dise de réclamer le médecin. C'est alors le gros chien qui veut vous manger lorsque vous entrez, c'est le petit dernier qui crie à se « désâmer » pendant que vous examinez, c'est la radio de nos jours qui vous fait entendre ses gigues ou la voix tuberculeuse de Tino à travers votre stéthoscope masquant totalement les râles que vous cherchez avec désespoir. Rien de surprenant si des erreurs se produisent parfois, mais des erreurs grossières que l'on raconte, jamais!

Tout à l'heure, on pouvait s'amuser aux dépens de certains antagonistes; ici, on ne peut que déplorer l'esprit de mépris qu'ont certains spécialistes vis-à-vis du médecin de campagne qui sincèrement, honnêtement, leur envoie des clients. Vous conviendrez que, dans 85% des cas, le malade se présente chez le spécialiste avec un diagnostic de la part de son médecin de famille. Sachez bien que beaucoup de gens reviennent de chez vous bredouilles souvent parce qu'on a dédaigneusement mis de côté la petite note explicative. Le spécialiste qui a sabordé l'hymen d'une de mes clientes aurait dû se douter que les spermatozoïdes, d'un coup de flagellum, avaient franchi depuis un mois et demi la barrière redoutée de leur père, tels de jeunes saumons, avides d'eau pure, sautent les écluses et les chutes qui se dressent devant eux. Un autre malade est mort d'angine à la suite d'une opération qui aurait pu facilement être retardée, parce qu'on n'a pas tenu compte de la note de transfert spécifiant cette maladie. Et l'actrice qui ne veut plus procréer et qui simule des douleurs atroces au toucher vaginal dans l'intention d'une hystérectomie. Messieurs les spécialistes, méfiez-vous des gens qui se présentent à votre bureau sans un mot de leur médecin de famille. C'est mauvais signe, il y a anguille sous roche. Ces clients courent une chance d'appartenir aux catégories citées plus haut. Méfiez-vous également de ces mêmes personnes qui ne manqueront pas d'accuser leur médecin de la plus grande incompetence au début de votre consultation. Ils feront la même chose à votre adresse vis-à-vis d'un autre. Le cas s'est présenté dans une revue médicale, livraison toute récente, et le spécialiste a fort bien écrit les critiques d'une bonne femme en y ajoutant des commentaires. Vous ne sauriez croire le plaisir qu'on éprouve lorsqu'après une journée de dur labeur, parfois au milieu de la nuit, avant de s'endormir, on veut se retremper, se mettre à la page en lisant nos revues médicales et que l'on tombe sur les critiques d'un individu bien retranché derrière ses appareils et ses gros-

ses lunettes de corne, qui nous taxe d'ignorant et nous lance l'anathème; on s'endort le cœur gros et l'on se sent petit, humilié en dépit d'un examen de conscience professionnelle parfait. Mais qu'avons-nous fait dans la journée? C'est ce que nous allons voir, car plusieurs vous demandent: « Mais comment vous débrouillez-vous en clientèle »?

Deux qualités sont essentielles: le médecin de campagne doit être un clinicien expert et un obstétricien parfait; sans cela, la position est intenable et le vide se fait autour de vous, c'est la vie médicale végétative. On peut pratiquer une médecine intelligente et appliquer une thérapeutique très à la page, parfois même plus qu'en ville, et vous verrez tout à l'heure pourquoi... En outre, n'allez pas croire que le médecin est seul dans son bureau... Comme son confrère de la ville, il possède une bibliothèque appropriée où il peut consulter les grands maîtres et se renseigner au besoin. Les revues affluent périodiquement et le mettent au courant des progrès de la science.

Un écueil à éviter avec soin, c'est l'accoutumance au client. On doit toujours examiner son patient, tout comme si on le voyait pour la première fois, et un examen complet. C'est un point capital. Autrement, on tombe dans l'à-peu-près, la routine, et l'on oublie bien des petits détails d'exploration clinique avec, comme résultat, des erreurs grossières. Le travail de dépistage est extrêmement difficile. Le médecin de campagne, comme on l'a dit, est aux avant-postes. Il est de ce fait exposé aux pires éventualités. Il peut y récolter la gloire ou y perdre son nom à tout jamais. Son diagnostic doit être clair, net, précis et rapide autant que faire se peut. Si les courses nombreuses et sans horaire émoussent à la longue la résistance physique, entraînant des fatigues, ce n'est pas un prétexte pour toiser son malade à l'œil ou pianoter une percussion. Sachons bien que le médecin n'a que son nom pour se couvrir et que le client non satisfait d'un examen sommaire s'assurera les services d'un autre confrère consciencieux, il est vrai, mais qui, non pré-

venu de la visite du premier, tirera l'affaire au clair.

La trousse d'urgence ne s'est guère enrichie d'instruments nouveaux. L'aiguille à ponction lombaire fait partie maintenant des armes médicales depuis quelques années déjà. Le « Galatest », le « Clinitest » et « Denco » rendent d'appréciables services, pour une recherche rapide et de première main du sucre, de son dosage, et de l'acétone. La trousse d'obstétrique reste à peu près la même et le forceps Tarnier récolte encore le plus grand nombre d'adhérents. Au bureau, plusieurs appareils dont le plus commun frappe l'imagination du patient par sa beauté, la pureté de ses lignes, le nombre de ses manettes et souvent par la poussière qui le recouvre, je veux dire « l'appareil à traitement électrique ».

Plusieurs possèdent un appareil de radiographie qui rend, va sans dire, d'appréciables services. Le microscope ne se voit plus chez les jeunes à cause de son coût élevé, mais il reviendra sur plusieurs tables établir des formules sanguines et même l'identité de certains microbes.

Pour résumer, peu de choses nouvelles, ce qui prouve l'avancé que médecin de campagne et clinicien sont parties intégrantes.

J'ai été surpris des diagnostics que l'on peut risquer en clientèle et du nombre restreint d'erreurs. Croyez-moi, en toute sincérité, on peut épuiser presque toute la gamme nosologique. Seulement, dans de nombreux cas, on demeure pour un temps dans l'incertitude et c'est là qu'intervient le secours inappréciable du service hospitalier. En huit ans, j'ai rencontré presque toutes les misères humaines. Permettez-moi de vous donner quelques exemples pris au hasard et cités en style de catalogue:

#### A domicile:

1° — Les *cardiopathies*. Péricardites, myocardites, des cas d'arythmie en grand nombre, un cas typique de tachycardie paroxystique, quatre infarctus du myocarde, des crises angineuses multiples.

2° — En *hématologie*. Des anémies simples, de Biermer, les leucémies lymphoïdes et myéloïdes. Evidemment, dans ces cas, le diagnostic soupçonné d'abord reçut la signature du laboratoire.

3° — *Système respiratoire*. Nombreux cas de T.B., deux cas de pneumonie franche. Plusieurs broncho-pneumonies, pleurite, cortico-pleurite, pleurésies.

4° — *Système digestif*. Perforation d'ulcère d'estomac et de duodénum, six cas. Cancer de l'estomac, du rectum. Diverticule de Meckel. Appendicite sous toutes ses formes. Abscessus sous-diaphragmatique. Cholécystite, mucocele de la vésicule. Diabète simple et avec dénutrition et compliqué de gangrène. Cancer du foie et cancer de la tête du pancréas. Maladie de Banti. Rupture du foie.

5° — *Système génito-urinaire*. Pyélonéphrite, pyonéphroses, T.B. rénale, néphrites aiguës, calcul vésical, rénal, urémie, métrites diverses, quatre grossesses ectopiques, syphilis à tous ses stades, fibromes, kystes ovariens.

6° — *Système nerveux*. Toutes les variétés de paralysies: trois cas de sclérose en plaques, Parkinson, chorée, une série de méningite T.B., méningite à méningocoque, névralgies diverses (du trijumeau, sciatique), zona, syndrome de Ménière, syndrome de Korsakoff, maladie de Recklinghausen, hémiplegies diverses d'origine centrale et d'origine médullaire.

7° — *Maladies infectieuses*. Diphtérie surtout (vingt-six cas), paralysie infantile, typhoïde, scarlatine, toutes les fièvres éruptives, fièvre de Malte.

8° — *Intoxication*. D'origine alimentaire, par des barbituriques, par l'acide salicylique, par l'iode, par le plomb, par le pyridium, par les sulfamidés.

9° — *Glandes endocrines*. Cas d'hypo et d'hyperthyroïdie, syndrome de Babinski-Froelich, nanisme.

Le cancer se voit fréquemment et l'on consulte presque toujours trop tard. Cette liste

assez importante de maladies donne une idée de l'immense variété de diagnostics que nous avons à classer et de la grande somme de travail exigée parfois pour les établir avant de les étayer dans les divers services de l'hôpital.

Je n'ai pas voulu vous ennuyer avec ces cas personnels. J'ai tenu à choisir des exemples vus de mes yeux et à vous les soumettre humblement. Ces exemples, mes autres confrères pourraient les multiplier à l'infini; mais, en général, le secret professionnel est bien gardé chez nous. Voilà pourquoi j'ai dû me servir dans mon plat.

Je n'insisterai pas sur les moyens thérapeutiques. Seulement, je déplore, en passant, la disparition presque totale de la prescription magistrale. Elle avait ses avantages et ses inconvénients. Les compagnies pharmaceutiques offrent toutefois des médicaments dont la formule est parfaite et les effets comparables à ceux d'autrefois.

Chaque médecin de campagne possède sa propre pharmacie. Elle lui permet de réaliser des gains et surtout de se familiariser avec toute la série des médicaments, fournis par les meilleures maisons. Aussi, il ne faudra pas s'étonner de rencontrer des pharmacies plus complètes qu'en ville, parce que le médecin achète ce qu'il veut et surtout parce qu'il expérimente sûrement un remède et peut revoir son client pour en savoir le résultat, notre malade devant revenir pour s'en procurer de nouveau: car on a soin d'enlever toujours l'étiquette, ce qui en définitive nous ramène toujours notre homme.

A domicile, on s'efforce de tirer le meilleur parti des circonstances, on donne les principes généraux du traitement et on laisse l'initiative au client, quant à son application.

Comme distraction, le médecin de campagne cultive la petite chirurgie, histoire de se penser, à certains jours, grand chirurgien ou de se consoler en disant: « Si je ne pratique pas la grande, à moi la petite... »

On enlève les ongles incarnés, sans douleurs! Des verrues, des cors, des kystes sébacés; on

incise des abcès, des phlegmons; certains font des amygdalectomies, des circoncisions, seuls ou avec un confrère du dehors; on réduit les fractures, le tout à l'anesthésie locale ou générale, suivant la pusillanimité du sujet. Enfin, on arrache de nombreuses dents, vieilles! vieilles! et creuses!...

Les cas mineurs d'accidents de travail entrent encore dans notre champ d'action. La journée est donc bien remplie. Et la nuit, la nuit où tout sommeille, où tout repose, où chacun refait ses forces, où le pauvre se rencontre avec le riche dans les mêmes rêves, où l'enfant aux boucles blondes se promène dans son avenir et le vieillard dans son passé; la nuit, le grand tonique du Maître distribué largement à ses créatures n'appartient pas à deux êtres qui se cherchent et existent l'un pour l'autre: le médecin et le malade...

La nuit, c'est l'heure des affaires en vitesse, c'est l'heure des gros cas, l'heure des voyages pénibles auprès d'une mère qui va donner le jour à un enfant.

Disons un mot d'une grande occupation du médecin de campagne: l'obstétrique. Plusieurs confrères de la ville se demandent, ou plutôt nous demandent avec anxiété: « Mais comment faites-vous en clientèle générale dans cette branche de la médecine? » La réponse de tout obstétricien: « C'est bien simple, nous faisons comme vous, puisque nous avons à peu près les mêmes moyens et... la même expérience... » La seule différence, c'est le confort du milieu hospitalier et le service parfait d'un personnel compétent qui font défaut. L'histoire des femmes brisées à tout jamais, comme on dit communément, des périnéés effondrés, des cols déchirés, des utérus chambardés complètement, désorganisés, tout cela sur une haute échelle est de la pure légende. Elle n'existe que dans l'imagination des conteurs. L'histoire également de l'emploi prématuré d'ocytociques pour se débarrasser au plus tôt et revenir se blottir près de sa vieille, reste encore une affirmation gratuite. Qu'il y ait eu jadis des erreurs, on peut les attribuer au

manque d'expérience ou de données suffisantes, lors de l'apparition sur le marché de ces médicaments.

Un appel sonne dans la nuit, c'est un cas d'obstétrique. On accepte, on prend la précaution de se faire indiquer, par un fanal, la maison. Si vous voulez bien disposer le père, partez vite, allez vite, vous le trouverez tout joyeux et enchanté de votre célérité.

Pendant la belle saison, le médecin peut couvrir beaucoup plus son territoire et sauver un temps précieux. L'automobile si perfectionnée brûle les distances. Vous êtes seul sur la route également améliorée, l'une des si belles routes surtout de notre comté.

Très intéressant, le départ par une belle nuit d'été. Tout sommeille autour de nous, sauf le menu frétil, qui cherche sa pâture. Les papillons blancs et jaunes viennent se jeter et mourir doucement, sans bruit, sur le pare-brise ou s'emprisonner comme des abeilles dans les alvéoles du système de refroidissement. Et le long ruban gris de la route semble s'engouffrer dans le monstre bondissant que seule une petite lumière vacillante et terne arrête tout à coup dans un tourbillon de poussière.

« Bonjour, monsieur le docteur, c'est terrible de vous déranger comme cela. Mais vous ne serez pas longtemps : la malade n'a voulu vous appeler qu'à la dernière minute. » En effet, les vieilles s'empressent autour de vous. « Vous avez de la belle eau bouillie, docteur, de la chaude et de la refroidie. » Un antiseptique dans l'eau et le « pitocin », si nécessaire, dont on contrôle les ardeurs par le chloroforme que l'on donne d'une main pendant qu'on a l'autre à la vulve, mouvement parfois difficile quand la mère est de taille. Et voilà, ça vient, un drap chaud, le bébé arrive tout enragé. Une question de minutes et l'on recueille le placenta dans *La Presse* ou *Le Soleil*. Puis on fait la toilette vulvaire et ergométrine si nécessaire, ou simplement par précaution.

Comme c'est de coutume, on présente, au père tout heureux, un enfant toujours le plus

beau, le plus fort, dont la place est assurée depuis longtemps. On félicite, c'est de convenance, la femme qui nous prête son concours. Il faut la complimenter beaucoup. Elle devient alors un peu rouge, roule son tablier, se dégorge un peu, balbutie quelques mots d'humbles protestations et d'excuses, en disant qu'elle est vieille, que son cœur n'est pas bon comme autrefois. Elle nous raconte alors tous ses travaux des ménages, parle de ses brus, raconte ses malaises, commence par faire prendre sa pression artérielle, examiner son cœur, et très souvent la pression et le cœur de son vieux. Quand on rencontre plusieurs vieilles, c'est plaisir de les entendre causer. Elles parlent de mille et un riens. Leurs principales distractions c'est d'écouter les programmes de radio et principalement les pièces et elles y sont tellement intéressées, qu'elles ne vous disent plus l'heure de l'horloge. Si vous êtes venu l'avant-midi, elles diront à leurs commères : « Le docteur est arrivé aux « Joyeux Troubadours » ; à « Jeunesse Dorée », tout était fini ; « au Réveil rural », il repartait, car il commence son bureau, à « Grande Sœur », juste après les nouvelles. Il va revenir à « Métropole » après « Séraphin ». Quand votre séjour chez la malade se passe dans le temps normal, ces propos vous amusent. Mais si vous devez prolonger, c'est une autre affaire. Les propos diminuent, vous ne dites plus rien, vous vous promenez de long en large, vous faites le tour du salon, vous regardez alors la galerie des ancêtres, petits vieux à longue barbe, coiffés du petit melon, épaule à épaule avec leur vieille, portant chignon, ou portraits de noces aux couleurs disparates, souvenirs impérissables, dus aux crayons ou à la palette des artistes de Montréal en tournée, qui donnaient gratuitement le cadre et la vitre bombée ! Puis, on s'effale dans une chaise qui craque ! L'ennui vous gagne rapidement, les paupières s'alourdissent, la patience s'émousse, on s'en aperçoit et l'on vous offre un lit, le plus beau, le lit de « r'lais », malheureusement toujours dans la chambre la plus froide et qui sent le

renfermé. Mais ce n'est pas toujours ainsi: « Couchez-vous dans le lit des petits garçons, monsieur le docteur »... Huit jours après, je me grattais... Ou encore: « Couchez-vous dans mon lit », m'offre le grand-père, ma vieille que vous avez soignée est morte dedans voilà deux mois ». Ou tout simplement. « Reposez-vous dans le lit de la malade, y en a pas d'autre... »

Et la vie continue, généralement les choses vont bien, c'est une belle maladie, au témoignage des gens.

En certaines circonstances, le médecin arrive trop tard, et ce sont les vagissements du nouveau-né qui le reçoivent.

En hiver, c'est la grande question et c'est avec peine que l'on voit venir cette saison. Heureusement aussi, quelques routes sont ouvertes à la circulation automobile. Ainsi, de temps à autre, on peut se moquer du « norouet », le grand ami du froid qu'il transporte et qui, tour à tour, souffle en sifflant ses flocons de neige comme des confettis sur le pare-brise, ou se couche sur la route et promène sournoisement en spirales son haleine froide et blanche.

L'auto-neige également est un moyen de transport très pratique. Il se généralise peu à peu. Mais comme il reste encore des traîneaux! ...et les vieux chevaux, on utilise le meilleur coursier pour vous conduire à la maison et, au retour, arrangez-vous avec le pire cheval. Avec l'ère de la machine, la noble bête admirée de Buffon perd beaucoup de son orgueil et les bucéphales se font rares. Le cheval n'est jamais prêt, c'est toujours un cheval qui est « sur les billots », d'après l'expression courante, si l'on peut dire que ça court encore.

On doit prolonger notre séjour en hiver, parce que les distances sont longues et qu'il faut un temps considérable pour les franchir. S'il fallait revenir, par hasard, à cause d'un départ précipité! Egalement pour ne pas manquer son homme et s'organiser à temps, on nous fait demander beaucoup trop vite dans nombre de cas, surtout chez les primipares, à tel

point que parfois la visite est inutile. Il fait beau alors voir la mine découragée du pauvre père, et à coup sûr, du médecin.

Les cas d'obstétrique sont nombreux, et la plupart du temps, sans complication. Sur à peu près deux mille cas, à date, et avec toutes les complications rencontrées, une mortalité maternelle, d'origine purement obstétricale. Mortalité infantile, deux enfants normaux et à terme par année. L'infection ne s'est pratiquement jamais rencontrée, sauf un cas de septicémie avec mort, chez une malade ayant négligé de suivre tous les conseils et souffrant d'une anémie de 2.500.000. Il s'est présenté un cas de phlébite, après un avortement et un autre après un accouchement normal.

Parmi les parturientes, on pouvait en trouver qui souffraient en plus de cardiopathies diverses, de tuberculose en pleine période évolutive, de néphrites chroniques, néphrites albuminuriques ou chlorurémiques, des hépatiques. J'ai même rencontré une cortico-pleurite droite chez une multipare dont les douleurs pulmonaires prenaient le pas sur les douleurs utérines et qui, sans le savoir au préalable, à la visite, donna naissance à un enfant, pour quelques jours après avoir basculé à gauche sa pleurite.

Comment expliquer des résultats aussi satisfaisants dans des conditions parfois mauvaises, à de telles distances, seul, loin de tout secours hospitalier, loin des services éclairés d'un confrère?

La Providence est là qui veille. Et nul autre que le médecin ne se sent plus près du grand Maître, après le prêtre. Le médecin de campagne n'est jamais seul, quand il effectue ses courses. Qu'on le veuille ou non, on finit par se rendre compte de quelque chose de spécial, qu'un être supérieur nous dirige. Et c'est alors que, malgré soi, sans l'avis de quiconque, on laisse s'échapper pieusement et en cachette des « Ave » de nos lèvres anxieuses, quand l'horizon est noir et que tout semble perdu. Et, quand impuissant devant la mort, nous rencontrons le prêtre, c'est une double

prière qui s'élève vers Dieu, prière de son représentant tout-puissant, prière sereine, confiante, qui ouvre un horizon nouveau, et prière de la science humaine, prière humble, soumise devant la main qui frappe, supplique d'un esprit qui s'adresse à Dieu pour que son art progresse encore davantage pour sa gloire.

Le médecin de campagne, peut-être plus que tout autre, est le prolongement du prêtre. Dans la paroisse, ce sont les deux intelligences, les deux personnages qui doivent tout savoir, tout connaître, pénétrer les plus grands secrets et ne rien dire.

Ils doivent s'entendre parfaitement, le médecin, non pour soi, par égoïsme, pour l'argent, pour se servir de son Pasteur à des fins de réclame, mais pour le plus grand bien de sa clientèle. Le Curé, de son côté, ne doit pas troquer son goupillon pour la seringue, ni son bréviaire pour le *Larousse médical*.

Sachez-le bien, nous avons un devoir moral à remplir. Que de conseils, mal acceptés lorsqu'ils viennent du prêtre, le sont mieux, échappés de la bouche du docteur. On peut mettre la paix dans le ménage, combattre l'alcoolisme avec des données scientifiques, arranger des unions précoces et prévenir des déshonneurs. Parfois même on emprunte des pouvoirs sacrés, lorsqu'on administre le sacrement de baptême. Les mourants nous doivent presque toujours le moment de faire le point et de se diriger sûrement à bon port. Et l'influence exercée sur chaque individu ne suffit pas, il reste la collectivité. C'est bien malgré soi que le docteur accepte des charges publiques. Il n'ignore pas que toute popularité entraîne avec elle des consolations, des moments d'orgueil, mais aussi des déboires en nombre beaucoup plus considérable et des mécontentements

parmi une clientèle établie et conservée avec soin. La politique en a même tenté plusieurs et, dès lors qu'il est député, c'en est fait du médecin, il accouche la Province chaque année.

Je m'excuse, mesdames et messieurs, de vous avoir entretenu d'un sujet si peu scientifique: le médecin de campagne, mais si vous saviez le bel apostolat, si vous saviez comme j'aime mon métier, ma profession, mon art, si vous saviez comme, en dépit d'un caractère un peu brusque, j'aime mes confrères qui peinent et se dépensent à mes côtés!

J'ai tenu à vous raconter de mon mieux leur travail, leurs conditions de travail, les difficultés de la clientèle. Chez eux pas de patron éclairé pour les guider, pas de revues pour relater leurs succès ou expliquer leurs échecs. Pas d'association spéciale. Esclaves de leur clientèle, ils ne peuvent sortir et visiter un voisinage soupçonneux et parfois envieux. Les distractions sont rares. Les quelques moments de loisir s'emploient à l'éducation des enfants. Des femmes remplies de dévouement secondent leurs époux, répondent en leur absence, s'occupent des malades et les font attendre.

Et la vie passe brève, courte, mais remplie de dévouement et de consolations, très simple, humble, ...oubliée? Non pas. Le médecin de campagne, inconnu des autres, garde son coin bien à lui, et quand il sera parti, ceux qui lui doivent la vie, les mères qu'il a secourues, les enfants qui ont eu le temps de le connaître, après vingt-cinq ans encore, diront avec joie et une certaine mélancolie: « C'était notre docteur. »

Et me servant des mots de Béranger: « On en parlera sous le chaume bien longtemps. »

## LE DOUZIÈME CONGRÈS DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE À PARIS

Paul LETONDAL <sup>1</sup>,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,  
Président de la Société de Pédiatrie de Montréal,  
Associé (Fellow) du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Le prestige de la pédiatrie française, malgré la guerre et l'occupation, est demeuré intact dans le monde. C'est un fait extraordinaire, mais indiscutable, qui mérite d'être souligné, en particulier auprès de ceux qui, n'étant pas au courant ou ne voulant pas se mettre au courant, hésitent encore, à l'heure présente, à accorder leur confiance à l'école française. Ce



Le professeur V. Hutinel, qui fonda en 1910 l'Association Française de Pédiatrie, dont les cadres s'élargirent en 1912 pour devenir l'Association des Pédiatres de Langue Française.

fait que tous avaient constaté en 1947, à New-York, au 5ème congrès international de pédiatrie, s'est affirmé encore une fois, de façon éclatante, au 12ème congrès des pédiatres de langue française, qui avait lieu les 1, 2 et 3 juin dernier, à Paris, sous la présidence du docteur Edmond Lesné, vice-président de l'Académie de Médecine.

Coïncidant avec le cinquantenaire de la Société de Pédiatrie de Paris, le congrès réunissait plus de 500 participants, dont 170 membres étrangers, représentant 18 pays: Belgique, Canada, Espagne, Etats-Unis, Grèce, Ita-

lie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Principauté de Monaco, Roumanie, Suisse, Tchécoslovaquie, Turquie.

Les séances furent tenues à la Faculté de médecine, qui était pavoisée pour la circonstance et avait un air de fête. Une exposition commerciale de livres et de spécialités pharmaceutiques, à l'entrée dans la salle des pas-perdus, permettait de se rendre compte des nouveautés françaises en pédiatrie. Le secrétariat, que dirigeait le docteur R.-A. Marquézy, avec la collaboration du docteur Alfred Cayla, trésorier, était installé salle Béclard, à l'A.D.R.M., où l'on pouvait obtenir tous les renseignements nécessaires sur l'organisation du congrès, les différents services hospitaliers et les cours de perfectionnement en pédiatrie à Paris.

A la séance d'ouverture, le ministre de la Santé et de la Population, M. Pierre Schneider, annonça, aux applaudissements enthousiastes de tous les pédiatres français et étrangers, que pour la première fois la mortalité infantile était tombée à moins de 5 p. 100 en France, et que grâce à l'augmentation du nombre de ses naissances, depuis la libération, la France avait augmenté sa population d'un million.

Suivant la formule des congrès français, trois grandes questions étaient à l'ordre du jour: 1° *la dilatation des bronches*; 2° *les toxicoses du nourrisson*; 3° *les troubles du langage chez l'enfant*.

*La dilatation des bronches* est un sujet médico-chirurgical: le point de vue anatomique et radiologique fut exposé par R.-A. Marquézy et P. Renault (Paris); les indications du traitement chirurgical par P. Santy, M. Bérard et P. Galy (Lyon).

1. Délégué officiel de la Faculté de médecine et de la Société de Pédiatrie de Montréal.

Dans l'ensemble le pronostic de la dilatation des bronches chez l'enfant est amélioré, par suite d'une plus grande précision dans le diagnostic, permettant une thérapeutique radicale, c'est-à-dire l'acte opératoire, qui seul peut guérir cette affection à l'heure présente.

Bien que d'immenses progrès aient été accomplis dans le domaine de l'hygiène et de la médecine préventive chez le nourrisson, il existe encore de nombreux cas de *toxicoses* dans les services hospitaliers. Et cet état gravissime, qui porte aussi les noms de *choléra infantile* (Parrish), *diarrhée cholériforme* (Marfan), et que nous avons proposé en 1931 de désigner sous celui d'*anhydrémie* (2) (Marriott), pour souligner l'importance de la déshydratation, a fait l'objet de nombreux travaux en France, dans ces dernières années, sous l'impulsion de Ribadeau-Dumas.

C'est l'un de ses élèves, J. Lévesque, qui, avec R. Bastin et J. Lafourcade (Paris), a étudié la question au double point de vue étiologique et pathogénique. Ils ont soutenu que la toxicose est un état neuro-toxique (Ribadeau-Dumas), que cet état est la conséquence d'une irritation neuro-végétative, démontrée expérimentalement et prouvée par le caractère des lésions anatomiques, en particulier par les lésions cérébrales, qui sont constantes.

La neuro-toxicose peut avoir une origine endogène ou exogène. Pour les auteurs français, elle est le plus souvent d'origine parentérale, secondaire à une oto-mastoidite.

Laissant de côté cet aspect du problème, G. Fanconi (Zurich) concentre son rapport sur les altérations physico-chimiques des humeurs de l'organisme et montre l'intérêt des recherches de laboratoire, pour diriger le traitement, préciser les indications des sérums artificiels et de la transfusion.

Le point de vue biologique est approfondi par J. Chevrolle (Paris) dans une étude sur le

métabolisme de l'eau, les ions, la protidémie, les liquides intra-cellulaires.

*Les troubles du langage chez l'enfant* faisaient l'objet du dernier rapport présenté par Cl. Launay, Mme Borel-Maisonny, H. Duchêne et R. Diatkine (Paris).

C'est là un nouveau chapitre de pathologie infantile, d'un grand intérêt pratique, que les auteurs ont eu le rare mérite d'avoir écrit pour la première fois en France.

Ils distinguent les troubles graves (aphasie, audi-mutité, etc.), extrêmement rares, des troubles mineurs (troubles de l'articulation, bégaiement), d'observation courante.

L'âge favorable pour l'application des méthodes médico-pédagogiques est de 4 à 7 ans, avant l'acquisition de la lecture.

Les séances du congrès avaient lieu, le matin au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, l'après-midi dans la salle du Conseil. Toutefois, il y eut une exception à la règle, qui constituait une innovation en France. Le vendredi 3 juin, avait été organisé une *matinée clinique avec présentation de malades dans les différents services de pédiatrie de Paris*: Enfants-Malades (Robert Debré, Marcel Fèvre, G. Heuyer, Maurice Lamy, Julien Huber, M. Chevalley); Saint-Vincent-de-Paul, qui était autrefois les Enfants-Assistés (Marcel Lelong, P. Petit et R. Joseph); Trousseau (Jean Cathala et R.-A. Marquézy); Saint-Louis (Raymond Turpin); Salpêtrière (Jean Lévesque et Jean Fouquet); Hérold (Clément Launay et Julien Marie); Bretonneau (Robert Clément et Henri Janet); Pasteur (René Martin et B. Weill-Hallé); Hôpital Saint-Joseph (Semelaigne); Ambroise-Paré (Roulinesco).

Il y avait en plus, au programme, la visite de deux établissements d'hygiène infantile: l'Ecole de Puériculture de la Faculté de médecine de Paris, que dirige le professeur Lelong, et la fondation Paul-Parquet pour nourrissons hypotrophiques et convalescents, dont le médecin-chef est le docteur Marcel Maillet.

2. Paul LETONDAL. L'Anhydrémie des enfants du premier-âge (Annales Médico-Chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine, 1931, p. ). Thèse pour l'agrégation en pédiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

L'École de Puériculture avec son *lactarium* (banque de lait de femme) et son service modèle de prématurés mérite une mention spéciale.

Selon la coutume, un dîner était offert aux congressistes, le jeudi soir 2 juin, au Restaurant « Le Doyen », dans les Champs-Élysées, avec comme attraction un chœur de France, interprétant des chansons de folklore.

Enfin, pour terminer ces journées d'études, et dans le but de nous faire connaître et apprécier la campagne française, une excursion à Reims, au pays du champagne, où un dîner nous fut servi en compagnie du docteur et de madame Lesné, et du ministre de la Santé en personne, M. Pierre Schneider, dont c'est le

pays natal et la circonscription électorale. Atmosphère de gaieté et de détente. Conversation des plus amicales avec le professeur G. Fanconi, président du prochain congrès international de pédiatrie à Zurich en 1950, avec les professeurs Guest (de Cincinnati, U.S.A.), de Toni (de Gênes), Chaptal (de Montpellier), Fontan (de Bordeaux) Rohmer et Woringer (de Strasbourg). Visite de la célèbre cathédrale de Reims. Retour dans la soirée à Paris. On se quitte en se disant au revoir à Zurich l'an prochain, ou à Alger en 1951, où aura lieu sous la présidence du professeur C. Sarrouy le prochain congrès des pédiatres de langue française.

---

**RAPPORT DU CONGRÈS DE  
L'«AMERICAN GOITER ASSOCIATION»,  
Madison, Wis., 26, 27, 28 mai 1949.**

**Réal DORÉ,**  
Hôpital Général de Verdun.

L'« American Goiter Association » a tenu son congrès annuel à Madison, Wis., les 26, 27, 28 mai dernier.

Le choix du docteur Arnold S. Jackson, chirurgien de la clinique Jackson de Madison, à la présidence était des plus judicieux.

Son dynamisme, son jovial entrain, sa grande compétence en la matière, sa courtoisie lui ont permis de rendre très vivantes les séances d'étude.

Un programme peut-être un peu trop chargé de questions concernant la glande thyroïde, vue sous de nombreux et différents angles, s'est quand même exécuté avec une ponctualité... américaine.

Tous les ans, les rapporteurs choisis par le comité du programme sont toujours les plus éminents des confrères américains. A la lumière de leurs travaux scientifiques et de leur vaste expérience clinique, l'auditeur se rend compte que l'horizon de l'inconnu de la physiologie et de la pathologie de la glande thyroïde tend à s'éloigner d'année en année. Ce qui explique le grand intérêt que comportent ces réunions annuelles.

Contrairement à la coutume qui a cours chez nos confrères américains à l'occasion de leurs congrès, cette fois-ci, un programme mondain a enjolivé, on ne peut plus, le séjour, à Madison, des épouses des congressistes. Il y eut thé, cocktail, parade de modes..., lunch, visite de la ville, cinéma, réception chez le gouverneur de l'Etat du Wisconsin, Oscar Rennebohm. Dans l'élaboration de ces nombreux événements sociaux, je tiens à mentionner tout particulièrement, c'est aussi le désir de mon épouse, la part active qu'a prise la charmante

épouse du docteur Jackson. Madame Jackson, d'une très agréable personnalité, a rempli admirablement bien le rôle d'hôtesse qui lui était dévolu. Son aimable attention envers toutes les congressistes fut très appréciée. Grâce à son concours mon épouse, peu familière avec la langue anglaise, fut accompagnée de sympathiques Américaines dont quelques-unes possèdent une connaissance assez approfondie de la langue française, langue qu'elles semblent beaucoup aimer à parler. Nous lui en sommes très reconnaissants.

Avant le congrès j'ai passé une journée entière dans le département de la radio-activité de l'hôpital universitaire: « State of Wisconsin General Hospital. »

Le docteur E. C. Albright, connaissant les secrets actuellement découverts de la radio-activité, a poussé l'amabilité jusqu'à laisser de côté ses activités quotidiennes pour me faire parcourir, avec force détails, le champ excessivement vaste, tant théorique que clinique, que constituent la production, les manipulations très délicates, les services que rend le « Geiger Mueller Counter » et l'emploi clinique de l'iode radio-actif, chez l'hyperthyroïdien.

Il m'est impossible pour le moment de donner de plus amples précisions à ce sujet, n'ayant pas la compétence suffisante pour ce faire.

Sous peu le docteur Albright me fera parvenir un travail qu'il est sur le point de compléter, travail comprenant la théorie et l'usage médical de l'isotope 1-131 dont il a expérimenté les effets cliniques chez au delà de 100 cas de goitres toxiques. Dès que reçu, j'en publie-

rai un résumé pour le bénéfice des lecteurs de *L'Union Médicale*.

Je puis tout de même conclure que l'iode radio-actif est un élément thérapeutique très prometteur dont bénéficieraient actuellement certains goitreux toxiques en défaillance cardiaque ou en voie de cancérisation ou d'âge avancé.

Les thiouracils ont fait le sujet d'une discussion prolongée. Tous reconnaissent une grande valeur thérapeutique à ces éléments dans l'hyperthyroïdie ou dans la préparation à la thyroïdectomie. Mais ils ne semblent pas encore procurer une guérison définitive. La complication que l'on craignait, l'agranulocytose, n'est pratiquement plus à redouter, les doses thérapeutiques nous étant bien connues maintenant.

Le tétrabromethyronine et le tétrachlorethyronine, auxquels on attribuait une action assez et même très active dans l'hypothyroïdie ou le myxœdème, ont été employés dans 5 cas dont les observations nous ont été présentées. Ces éléments n'ont pas, comme on le croyait, la propriété de favoriser l'hyperplasie thyroïdienne. La thyroxine, à la portée de tous, reste encore l'élément actif préféré dans la déficience thyroïdienne.

L'épithélioma thyroïdien est toujours un sujet d'actualité, vu les dégâts qu'il cause encore de nos jours et son nombre croissant. Ses différentes formes cliniques et anatomo-pathologiques ont été longuement discutées.

Je me limite à quelques conclusions pratiques. 17% des adénomes sont voués à la cancérisation. La cancérisation est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Le métabolisme basal étant toujours normal dans l'adénome en voie de cancérisation, il ne faut pas se baser sur ce test pour en conclure que la tumeur en cause est de nature bénigne ou maligne, tendance qui a cours chez quelques médecins mais surtout chez les goitreux eux-mêmes qui ont en général une foi quasi illimitée en ce test.

L'iode radio-actif, de découverte plutôt ré-

cente, est le sujet préféré, présentement, des physiciens et des cliniciens.

La physiologie et la pathologie de la glande thyroïde se sont enrichies de connaissances nouvelles, excessivement importantes et pratiques, grâce aux faits révélés par l'emploi de l'iode radio-actif. Cet élément permet de se rendre compte d'une manière très précise du degré d'activité de la vésicule thyroïdienne, activité déterminée par le détecteur « Geiger Mueller Counter ».

Une statistique présentée dit que dans 83% des cas d'hyperplasie thyroïdienne les résultats sont bons. 8% ont présenté du myxœdème.

Il est plus prudent, semble-t-il, pour le moment de ne pas traiter les adolescents avec l'I-131, ne connaissant pas encore suffisamment les conséquences futures auxquelles sont vouées les vésicules thyroïdiennes de l'enfant.

L'isotope I-131 trouve des indications précises dans l'hyperthyroïdie grave avec défaillance cardiaque, chez les personnes âgées, dans les cas de récurrence sans augmentation du moignon et dans le cancer thyroïdien non opérable.

Une micro-photographie a montré une transformation scléreuse du tissu cancérisé avec, ici et là, quelques vésicules thyroïdiennes peu actives.

Il y eu une séance appelée « Round table discussion ».

Quelques confrères, dont la compétence est reconnue et appréciée, sont mis en opposition. Chacun y va de son opinion personnelle qui n'est pas toujours celle du confrère. Le côté pratique, clinique, d'un sujet est discuté à fond. Les auditeurs en retirent toujours des connaissances dont bénéficieront leurs patients. C'est à souhaiter que cette habitude se perpétue là-bas et naisse ici.

Le docteur B. T. King, de Seattle, Was., épris plus que jamais, depuis 15 ans, de l'innervation du larynx, a apporté de nouveau sa contribution inappréciable à la chirurgie du goitre. Après avoir décrit les anomalies anatomiques des nerfs récurrents, il a schématisé

les moyens de contourner les difficultés de leur recherche et d'éviter de les léser et surtout de les sectionner. Les chirurgiens sont tout oreilles et tout yeux quand King fait part de ses trucs techniques.

Il préconise l'anesthésie locale ou générale superficielle. Il y a moins de risques, prétend-il, pour prévenir toute lésion ou section des récurrents, de les localiser qu'il y en a de pratiquer une thyroïdectomie sans savoir où ils sont. Mes erreurs passées me donnent la conviction que King a raison.

Plus le cas est laborieux à opérer, telle une récidive, plus les nerfs récurrents sont exposés à être lésés.

Un travail qui a attiré l'attention de tous est celui du docteur E. C. Bartels, de Boston, travail intitulé: « Métabolisme pratiqué sous anesthésie générale ». Avec statistiques et observations à l'appui, Bartels a prouvé que c'est le seul moyen de connaître exactement le métabolisme de base. Cette technique est mise en pratique à la Clinique Lahey dans les cas discutables ou limites (*borderline case*).

Le docteur G. M. Curtis, de l'Université de Colombus, Ohio, homme éminent de laboratoire, a décrit une technique simplifiée pour la détermination de l'iode sanguin. Dès que son texte me sera parvenu, j'en publierai la traduction. La détermination de l'iode sanguin permet de connaître le degré d'activité de la vésicule thyroïdienne.

Ce test, quoique délicat d'exécution, est sûrement plus précis que ne l'est le métabolisme basal.

De tout ce que comportait ce congrès de travaux scientifiques, de recherches « in vitro », de faits cliniques pratiques, je n'ai effleuré que les grandes lignes.

En prenant connaissance du rapport complet de ce congrès, le lecteur se rendra compte du travail formidable que s'imposent nos confrères américains pour connaître davantage la fonction normale de la glande thyroïde et sa pathologie.

(1949 *Transactions of the American Goiter Association*. Charles C. Thomas, Publisher. 301-327 E Lawrence Ave. Springfield, Ill.)

Chaque fois que j'assiste au congrès annuel de cette association, j'en reviens convaincu que les médecins américains sont des travailleurs acharnés. Ils n'ont rien à envier à toute autre école.

En plus d'être des scientifiques de grande valeur, leurs travaux comportent toujours un côté pratique très apprécié des auditeurs.

Ils jouent franc jeu. Ils citent leurs statistiques telles qu'elles sont, leur pourcentage de succès, d'insuccès et de mortalité, les causes de celle-ci, leurs erreurs.

Ils sont d'une honnêteté scientifique admirable et enviable.

---

## MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

---

### **Peut-on agir contre la sclérose latérale amyotrophique?**

Maladie dégénérative des neurones moteurs central et périphériques, d'étiologie inconnue, elle conduit à l'impotence et à la mort en quelques années. Jusqu'ici aucun agent n'a pu juguler son évolution. Dernièrement on tenta l'injection intraveineuse de rouge trypan à 1% dans de l'eau et de rouge vital à la même concentration, pour diminuer la perméabilité méningée. Résultats incomplets, mais encourageants en vue de recherches ultérieures aiguillées dans cette direction. (Aird: *Arch. Neur. Psy.*, 59: 779, 1948.)

### **Le hoquet**

Le sulfate de quinidine devrait être tenté contre le hoquet persistant. Injection intramusculaire de 10 grains répétée, si nécessaire, toutes les heures à 3 ou 4 reprises. Puis, si le hoquet est contrôlé, administration buccale de 5 grains du même médicament toutes les 2-3 heures. Par cette médication, on aurait obtenu par cette méthode un succès complet chez 6 malades, une diminution appréciable chez 2, et un seul échec suivit son emploi. C'est par hasard qu'on prit connaissance de cette action, ayant stoppé un hoquet persistant d'un malade chaque fois qu'on lui administrait de la quinidine dans le but de traiter son arythmie. (Bell et Nadler: *Amer. Journ. Med. Sc.*, 216: 680, 1948.)

### **La pénicilline aqueuse toutes les 12 heures dans la pneumonie**

79 sujets à pneumonie lobaire furent traités à la pénicilline G aqueuse injectée à la dose de 300,000 unités toutes les 12 heures tant que dura l'hyperthermie et toutes les 24 heures pour deux jours subséquentement.

En comparaison avec les résultats constatés chez 69 pneumoniques traités à la pénicilline

aqueuse toutes les 3 heures et chez 58 autres soumis à la pénicilline dans de la cire d'abeille et de l'huile à la dose de 300,000 unités toutes les 24 heures, les effets du premier mode de traitement se sont montrés aussi favorables et même légèrement supérieurs.

Cela tend à démontrer que le postulat du maintien uniforme de la concentration de la pénicilline dans le sang par injection toutes les 3 heures de la solution aqueuse, pour atteindre le rendement optimum, n'est pas conforme à la vérité.

Cette preuve clinique et d'autres d'ordre expérimental ébranlent une conception qui paraissait solidement établie. (Termulty et Zubrod: *New England J. Med.*, 239: 1033, 1948.)

### **L'application topique de fluor contre la carie dentaire**

On utilisa des applications de fluorure de sodium en solution à 2%, précédées d'un nettoyage dentaire dont l'omission réduirait de 50% l'efficacité de la méthode. D'autre part, il ne paraît pas utile de procéder à plus de 4 applications et elles garderaient leur efficacité pendant une période d'au moins trois ans. Il apparaît comme si un tel usage local du fluor réduisait de 40% l'indice d'installation et de développement de la carie dentaire. (Galagan et Knutson: *Pub. Health Rep.*, 63: 1215 1948.)

### **L'auréomycine et la streptomycine comme traitement de la brucellose**

Quatre sujets atteints de brucellose aiguë guérirent par cette thérapeutique combinée: 3 grammes d'auréomycine buccale par jour (50 mg. toutes les 6 heures); deux grammes de dihydrostreptomycine toutes les 24 heures, partagés en 2 ou 4 doses. Cette méthode paraît la meilleure à date et pourra amener la guérison d'une brucellose aiguë sans complication, en 12 à 14 jours. (Herrel et Barber: *Proc. St. Meet. Mayo Clin.*, 24: 138, 1949.)

### Le traitement du barbiturisme aigu

On rapporte annuellement 400 suicides par le phénobarbital aux Etats-Unis. En moyenne, 4 grammes est la dose léthale. Elle varie cependant selon les individus de 2 à 6 grammes.

La picrotoxine paraît être le traitement idéal de l'intoxication barbiturique aiguë. Cette substance stimulante permet de maintenir le tonus respiratoire et circulatoire à un niveau suffisant pendant la période d'élimination du barbiturique.

Un sujet absorba 7 grammes de phénobarbital et 10 grammes d'aspirine. Traité à la picrotoxine, il reprit conscience 40 heures plus tard et guérit. (Sita-Lumbsden: *Lancet*, 1: 217, 1949.)

### Contre le mal de mer et la maladie des transports

Un nouveau médicament, d'abord employé comme antihistaminique, la Dramamine, offrirait les meilleurs résultats contre les accidents qui accompagnent, chez certains sujets, les déplacements selon différents modes: bateau en mer, tramway, avion, automobile. Par un hasard heureux, on constata que la Dramamine prescrite contre des troubles allergiques prévenait ces très désagréables et tenaces phénomènes. Son indice d'efficacité? 29% des voyageurs d'un navire prenant un placebo eurent le mal de mer; 1,4% seulement de ceux soumis à la Dramamine en furent affectés. (Lessard: *Laval Médical*, 14: 809 (juin) 1949.)

### La vitamine E dans l'angine de poitrine

Onze malades furent soumis à une étude méticuleuse et sérieuse. Ils reçurent 500 mg. de tocophérols variés par jour (équivalents à 250 mg. d'a-tocophérols. L'angine existait depuis 1 à 10 ans. L'étiologie était l'artériosclérose

isolée ou associée à l'hypertension artérielle dans 10 cas et syphilitique chez un malade. Aucune amélioration subjective ni objective. (Ravin et Katz: *New Engl. J. Med.*, 240: 331, 1949.)

### Le traitement de l'ulcère gastro-duodéal par le sérum de malades en accalmie

Les malades en accalmie de leur ulcère possèdent-ils dans leur sang une immunisine à action temporaire? Hypothèse. A tout événement, l'auteur traite des ulcéreux en crise par le sérum d'autres ulcéreux au décours de leur crise. Résultat rapporté: sur 104 malades, dans 30% crise arrêtée à la suite de la première injection sous-cutanée de 10 cc. de sérum, dans 40% une seconde injection fut nécessaire quelques jours plus tard, chez 18 autres malades il fallut 3, 4 et même 5 injections. Dix échecs partiels; 20 et 30 cc. même furent injectés; cinq échecs complets. (Carvaillo: *La Presse Médicale*, 57: 397 (30 avril) 1949.)

### Le coryza et les antihistaminiques

D'après l'observation de 572 sujets, il apparaîtrait que tous les symptômes furent enrayés chez 90% de 21 cas si le traitement est appliqué durant la première heure de coryza; chez 87% de 55 cas, durant les deux premières heures; chez 74% de 155 cas, si le traitement n'est pas appliqué plus tard que 6 heures après le début; chez 70% de 234 malades s'il est commencé avant 12 heures depuis les premiers symptômes. Il semblerait que la phase initiale du coryza soit une réaction allergique que les antihistaminiques (2-3 doses) (Néo Antergan, Péribenzamine, Benadryl, Thenylène, Histadyl) peuvent faire avorter. (Brewster: *U. S. Nav. Med. Bull.*, 49: 1, 1949.)

Roma AMYOT

## INSTRUMENTS NOUVEAUX

### UNE NOUVELLE SOURCE DE « POUVOIR POSITIF » POUR L'ENDOSCOPIE: LE TRANSFORMATEUR « J ET L ».

Jusqu'à ces derniers temps, toute méthode positive d'obtenir un pouvoir électrique convenable pour certaines endoscopies médicales ne semblait pas avoir été réalisée et l'on en restait là.

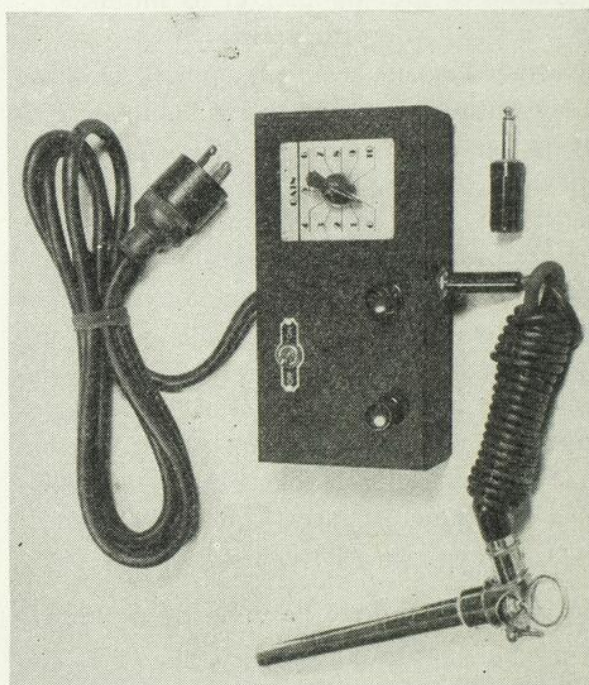
Quand on utilisait des piles sèches en endoscopie, le pouvoir électrique transmis se montrait variable, puisqu'il dépendait de l'âge des cellules. Les connections entre les cellules se relâchaient, donnant lieu, dans l'ampoule électrique, à une lumière d'intensité variable, et tout mouvement ou traction exercée sur le câble de connection risquait d'occasionner une obscuration au moment où l'on avait le plus besoin de lumière.

Habituellement, tous les appareils à génération électrique de nature chimique sont sujets à des perturbations, dont la plus ennuyeuse, à part la déperdition graduelle de constituants chimiques, est, sans aucun doute, le fait d'avoir à souffrir d'une augmentation subite du voltage au moment où le circuit est ouvert, *ce qui fait souvent sauter l'ampoule électrique*. Ce phénomène s'explique: le voltage baisse légèrement quand les piles sont chargées, il s'élève quand le courant est interrompu.

De plus, la méthode consistant à élever ou à baisser le voltage dans l'ampoule électrique devenait une cause de perturbation, du fait que l'on ne pouvait toujours obtenir une augmentation ou une diminution graduelle du courant. Avec les piles sèches, un drainage des différentes cellules de la pile se produit et engendre un courant tel, qu'une, deux ou plusieurs cellules sont mises en opération, selon l'intensité de l'illumination que l'opérateur cherche à obtenir.

\* \* \*

L'idée nous vint de nous adresser à une source plus puissante de courant direct plutôt qu'aux piles sèches pour l'illumination, mais là encore, l'on se trouve en présence de nouveaux problèmes. Plus le courant est élevé, plus la « résistance » ou la « boîte à résistance » doit être élevée afin de diminuer le courant ou le voltage et éviter ainsi de brûler



l'ampoule électrique. L'on voit par là qu'il devient nécessaire de construire une boîte contenant une « résistance ».

Or, cette boîte, dans le cas présent, devient très chaude au point de réchauffer même l'air environnant l'opérateur. Le même ennui se retrouve toujours lorsque l'on se sert d'une « résistance » au moyen de fils enroulés qui absorbent aussi énormément de chaleur. Un

appareil de ce genre est gros et difficilement transportable.

Tous ces faits ayant été expérimentés, l'un de nous a pensé s'adresser, pour les instruments d'endoscopie, à une source standard de *courant alternatif*, tel qu'utilisé dans toute maison, réalisant ainsi un appareil facile à transporter.

*Le courant alternatif* a plusieurs avantages quand il s'agit d'opérer de petits instruments. Si la source de courant est standard, elle peut être reliée pratiquement à n'importe quelle prise de courant d'une maison moderne. Or, grâce au courant distribué par les compagnies de pouvoir électrique, le voltage fourni à la plupart des maisons est très constant.

Un des faits les plus intéressants révélés par le *courant alternatif*, c'est que le voltage passe du zéro au plein voltage dans une direction pour devenir *réversible* aussi vite. On appelle « fréquences » ou « cycles » le nombre de fois par seconde où se répète cette opération.

Du moment que la « fréquence » est suffisamment haute, et elle l'est dans la plupart des endroits, le changement de voltage d'une direction dans l'autre passe inaperçu et la lumière qui en résulte est beaucoup plus vive qu'avec le courant direct. Du même coup, l'effet-chaaleur est de beaucoup diminué.

Dans le cas du *courant alternatif* l'appareil qui abaisse le voltage fourni par le pouvoir électrique, suffisamment pour éclairer une ampoule électrique, s'appelle un transformateur qui, s'il est convenablement construit, produira peu ou pas de chaleur.

Avec des appareils construits selon les règles acceptées ou standard et munis de connexions convenables, le voltage qui alimente l'ampoule électrique augmente graduellement de zéro à un voltage suffisant pour fournir *quatre ou cinq fois le pouvoir-chandelle* engendré par d'autres types de transformateurs. C'est ce qui a été réalisé dans ce nouveau type de transformateur.

Grâce à sa source de *courant alternatif*, la lumière émise par l'ampoule électrique est de beaucoup plus vive qu'avec les autres instruments.

\* \* \*

*Le facteur-poids* à transporter est, pourrait-on dire, négligeable; l'appareil entier pèse à peine trois ou quatre livres et se relie rapidement aux prises de courant des murs.

Au moyen d'un *contrôle progressif* (gain control), on obtient un accroissement et un décroissement tout à fait graduels du voltage facile à manier par l'opérateur et on évite ainsi de faire brûler les ampoules au début d'un examen. Ceci s'explique: le voltage qui alimente l'ampoule, étant très bas, permet au filament de celle-ci de chauffer et de se dilater graduellement.

Il semble indiqué ici de souligner l'importance du *facteur « sécurité »* pour ce qui a trait à ce transformateur, dont la source d'alimentation provient d'une fiche de courant standard.

Rappelons que les règlements du Bureau des Examineurs Electriciens exigent que tout appareil recevant son courant de source commerciale soit muni d'une enveloppe métallique ou autre, convenablement reliée à la terre ou « ground », par un câble qui court de l'enveloppe métallique contenant le transformateur à une autre *source* prenant contact plus loin avec la terre, telle que les tuyaux d'eau chaude ou d'eau froide ou une partie d'un radiateur. Quand ceci est réalisé, il n'existe plus de danger de shock ou de brûlure pour l'opérateur ou le malade, s'il venait à se produire un accident dans le transformateur. Seul le *fusible* dans le circuit auquel l'appareil est relié, peut sauter et ce fusible continuera d'exploser tant que la source du courant n'aura pas été réparée ou que la cause du « ground » n'aura pas été supprimée.

Ce système est habituellement réalisé au moyen d'une corde d'appoint contenant trois fils, soit deux pour alimenter le transformateur et un troisième pour établir une connexion avec la terre.

Dans un appareil à *courant alternatif* bien construit, l'on peut varier les combinaisons de voltage, de « fréquences » ou de « cycles », de telle sorte que la source de courant devienne

très maniable et puisse être réglée pour fournir un courant à une grande variété d'ampoules électriques ou autres parties semblables.

Il faut aussi mentionner que la source de pouvoir électrique décrite ici n'est pas construite pour opérer des *cautères électriques* ou autres appareils chirurgicaux réclamant une source beaucoup plus élevée de courant, pour fonctionner convenablement.

\* \* \*

En conclusion, on peut affirmer que ce nouveau transformateur, à la suite de tests appropriés, réunit les avantages suivants:

1. Il fournit quatre ou cinq fois plus de lumière à tout instrument d'endoscopie (gastroscope, rectoscope, pleuroscope, oto-rhino-laryngoscope, bronchoscope ou péritonéoscope, etc.).

1. Concessionnaires actuels pour le Canada: J. E. Racine & Compagnie Limitée.

2. Cette lumière conduit très peu de chaleur dans les ampoules électriques en opération et, par conséquent, prévient l'explosion des ampoules électriques *pour un voltage donné*, là où ces mêmes ampoules auraient pu sauter si elles avaient été reliées à des transformateurs ou à des « résistances variables » actuellement utilisées pour endoscopies.

3. Grâce à ce voltage bas, mais plus encore, grâce au peu de chaleur irradié par les ampoules utilisant ce type de transformateur, il est prouvé dans de nombreux cas que les muqueuses venant en contact avec ces ampoules lumineuses ne courent pas le risque d'être brûlées ni blessées, tel que cela se présente souvent avec les transformateurs actuels.

4. Cependant, le voltage maximum à utiliser varie selon les appareils endoscopiques employés par le médecin. (1).

J. et L.

## “L'Union Médicale du Canada” en 1880

### Variétés

ACADÉMIE DE MÉDECINE. *Emploi de la margarine.* M. Riche a été appelé à faire un rapport sur l'emploi d'une substance, dont l'usage tend à se répandre de plus en plus et par conséquent intéresse à un haut point l'hygiéniste. La margarine ayant été substituée au beurre dans la cuisine de l'asile de Ville Evrard, l'Académie avait été appelée à donner son avis sur la possibilité de substituer ce corps gras au beurre.

M. Riche a d'abord fait remarquer que la plus grande partie de la margarine fabriquée à Paris était expédiée en Hollande, d'où elle se répandait ensuite dans les colonies et l'Angleterre, et que l'autre quittait Paris pour la Normandie et la Bretagne. d'où elle venait incorporée en plus ou moins grande quantité aux beurres de ces pays. La margarine, fabriquée d'abord d'après le procédé Mège avec des graisses de choix et par des moyens assez compliqués, est aujourd'hui faite dans de tout autres conditions.

Elle est faite beaucoup plus économiquement; on la mélange d'huile d'arachides et on obtient ainsi un produit impur d'une grande importance dans l'hygiène si l'on songe qu'il s'en fabrique plus de 15,000 kilogrammes par jour à Paris et dans les environs.

Le goût communiqué par cette substance est âcre, infiniment désagréable, et ce n'est que dans certaines conditions particulières qu'on peut la rendre tolérable. D'ailleurs l'analyse indique que tandis que le beurre renferme 85 à 90 pour cent d'acides gras insolubles dans l'eau, la margarine en contient 95 pour cent environ. Aussi, malgré l'économie très sensible

qui résulte de son emploi, la Commission a-t-elle jugé qu'on devait la rejeter d'une façon absolue. *Journal de Médecine et de Chirurgie.*

\* \* \*

DES MORTS SUBITES CAUSÉES PAR L'EXCITATION POLITIQUE. Les dernières élections en Angleterre, qui ont amené le parti libéral au pouvoir, ont occasionné comme d'habitude un assez grand nombre de morts subites. Rien que dans l'élection de Birmingham on n'en signale pas moins de quatre, presque toutes arrivées à des orateurs de clubs ou de réunions publiques, après des discours agités. Il faut reconnaître toutefois que dans leur ensemble, et après avoir recueilli les renseignements les plus circonstanciés sur tous les points du royaume, ces morts subites ont pour la plupart frappé des personnes qui passaient pour avoir une affection cardiaque. On comprend facilement que les longs discours, les cris, les bravos prolongés ne conviennent pas à des ventricules dilatés et amincis, joints à des emphysèmes pulmonaires. C'est donc un devoir pour le médecin de mettre en garde ses clients suspects, aux époques de renouvellement des Chambres.

Il est encore un fait bien curieux à signaler et qui ne s'est pas encore produit que nous sachions. Parmi ces nombreux cas de mort subite, aucun n'a eu lieu chez les tories, qui se sont sans doute moins surexcités que leurs heureux rivaux. (*British medical journal.*) — *Lyon médical.*

## ANALYSES

---

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

### MEDECINE

Harvey J. AMSTERDAM, David M. GRAY-ZEL et Alexander L. LOURIA. — **Hémangio-endothélioblastome du cœur.** (*Hemangio-endothelioblastoma of the heart.*) "Am. Heart J.", 37: 291 (fév.) 1949.

C'est le cas d'un monsieur de 54 ans qui se présente pour œdème des membres inférieurs depuis 4 mois, dyspnée d'effort, œdème des paupières et augmentation du volume de l'abdomen.

L'auscultation décelait un rude souffle systolique et un troisième bruit cardiaque à la pointe. Les veines du cou étaient dilatées, le foie hypertrophié, la base gauche contenait un petit épanchement, et l'ECG indiquait un bloc atypique de la branche droite du faisceau de His. Puis il présenta une cyanose pourpre de la face, du cou et des extrémités. Chose remarquable, *il pouvait supporter la position horizontale absolument sans inconvénient*, et la cyanose était plus marquée à la tête, au cou et aux extrémités supérieures qu'aux extrémités inférieures. On conclut alors à un obstacle au retour du sang par la veine cave supérieure.

Le patient mourut subitement au cours d'une seconde hospitalisation après une courte période de nausées et d'essoufflement.

A l'autopsie, on trouva dans le cœur droit une masse pédiculée qui descendait dans le ventricule et remontait jusqu'aux orifices des veines caves. Son pédicule était fixé au pilier

infundibulaire de la valvule atrioventriculaire droite.

Au microscope, il s'agissait d'une tumeur fortement vasculaire nécrosée par endroits, composée principalement d'hémangioblastes à structure alvéolaire ou en nid, et de cellules endothéliales. Aucune figure de mitose. Les tumeurs cardiaques sont malignes par leur localisation indépendamment de leur histopathologie. Elles sont situées plutôt dans l'atrium, et de préférence dans l'atrium droit.

Les principaux symptômes: symptômes de décompensation cardiaque réfractaires à la digitale, hémopéricarde inexplicé, arythmie ou bloc cardiaque, élargissement localisé, ou irrégularité de la ligne du cœur, et altération des signes cardiaques avec la position du patient.

J.-Roger GAREAU

A. J. GABRIELE et A. MARBLE. — **Expérience clinique avec une nouvelle insuline protamine modifiée (NPH-50).** (*Clinical experience with a new modified protamin insulin (NPH-50).*) "Amer. Journ. of Digestive Diseases", 16: 197 (juin) 1949.

Les A. rapportent les résultats cliniques obtenus par l'emploi d'une nouvelle insuline-protamine modifiée (NPH-50) chez 94 enfants diabétiques, dont l'âge variait de 3.3 à 16.3 ans. Cette étude fut conduite dans un camp d'été pour enfants diabétiques, où les conditions de diète et d'activité physique pouvaient être facilement contrôlées.

Les A. ont pu démontrer qu'une seule injection d'insuline NPH-50 permettait un meilleur contrôle du diabète que la combinaison usuelle d'insuline ordinaire et d'insuline-protamine-zinc, donnée en deux injections séparées avant le déjeuner. Le degré de contrôle du diabète fut jugé par le dosage du sucre urinaire, quatre fois par jour, ainsi que par l'é-

tude de la glycémie, faite à jeun, deux fois la semaine.

Des glycémies répétées toutes les deux heures révélèrent que le début d'action de cette nouvelle insuline était plus rapide que celui de l'insuline-protamine-zinc et que cette action se prolongeait environ trente heures après l'injection. L'effet maximum se fait sentir vers la fin de l'après-midi.

Conséquemment, en diminuant les glucides du déjeuner et en donnant un goûter l'après-midi et le soir, les auteurs ont pu diminuer considérablement la fréquence des réactions hypoglycémiques.

L'emploi d'une seule injection par jour et le meilleur contrôle obtenu avec cette nouvelle insuline contribuèrent à augmenter la joie de vivre de ces jeunes diabétiques.

Jean PRUD'HOMME

M. LEHELLE. — **Etude d'une variété particulière de réactions méningées cliniques au cours des affections génitales chez la femme, intégrité du L. C.-R. Curabilité immédiate de la méningite par un traitement chirurgical approprié de l'affection pelvienne.** "Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris", 65: 341, 1949.

M. Léchelle rapporte 6 observations de malades présentant un syndrome méningé clinique complet avec examen négatif du L. C.-R. au cours d'infections pelviennes: salpingites, séquelles infectieuses d'accouchement, avortement, grossesse extra-utérine en voie de rupture.

Cliniquement, les signes cardinaux du syndrome méningé sont au complet: constipation à peu près constante; raideur de la nuque, signes de Kernig, de Brudzinski, de Lasègue régulièrement observés; photophobie presque constante; état d'indifférence, raie vasomotrice; hyperalgésie cutanée; réflexes ostéo-tendineux nouveaux. Par contre jamais de paralysie des nerfs crâniens ni des membres.

L'hyperthermie est constante, assez modérée à 38-39°.

Le L. C.-R. est rigoureusement normal. La ponction lombaire soulage la céphalée.

Le germe causal le plus souvent retrouvé est le streptocoque hémolytique parfois associé à des anaérobies.

Les traitements chirurgicaux (curettage, colpotomie) et médicaux amènent une régression parallèle des symptômes et des troubles méningés: chute de la température et cessation du syndrome méningé sont synchrones.

La pathogénie de ces réactions est obscure; elles ne se rencontrent pas chez l'homme atteint de syndrome infectieux pelvien.

Y-a-t-il une méningite que ne reflète aucune altération du L. C.-R.?

S'agit-il d'une altération hormonale d'origine infectieuse ou non, susceptible d'entraîner, par l'intermédiaire du système neurovégétatif, une réaction méningée?

*Conclusion.* Il est intéressant de connaître ces réactions méningées qui simulent la méningite tuberculeuse au début. Leur curabilité par une thérapeutique dirigée contre l'affection génitale, cause du syndrome nerveux, permet de porter un pronostic constamment favorable.

G. DAGUET

J. H. BUCHENAL, W. P. L. MYERS, L. F. CRAVEN et D. A. KARNOFSKY. — **Les gaz moutarde dans le traitement des leucémies.** (*The Nitrogen Mustards in the Treatment of Leukemias.*) "Cancer", 2: 1 (janvier) 1949.

Des six gaz moutarde utilisés en clinique, c'est le Tri-(B-chloroéthyl) amine (HN3) qui a été le premier employé en 1941. C'était pour traiter le lymphosarcome.

Depuis, le biméthyl (B-chloroéthyl) amine (HN2) a été utilisé dans le traitement des leucémies et des lymphomes. Les résultats ont été trouvés à peu près nuls dans les cas de leucémie myéloïde aiguë, mais par contre ont été définitivement bienfaisants dans la leucémie myéloïde chronique.

Ces expériences ont été reprises ici sur 38 cas de leucémies: 16 étant des leucémies myéloïdes chroniques, 17 des leucémies lymphoïdes chroniques et 5 seulement des leucémies myéloïdes aiguës. De plus, 33 cas de leucémie ont été traités avec 4 autres variétés de gaz moutarde avec les résultats suivants:

Le SK 134 a été trouvé trop toxique pour le système nerveux central.

Le SK 437 favorisait la thrombophlébite et causait des nausées et des vomissements marqués.

Le SK 596 devait être employé à dose trop élevée.

Le SK 136 donnait des résultats à peu près identiques à ceux du HN2.

De sorte qu'il est recommandé ici de n'utiliser que le HN2, le HN3 ou le SK136. Le HN2 a été le plus employé et trouvé le moins toxique avec le SK136. En moyenne, 0.1 mg. /kg de poids a été administré par voie intraveineuse au rythme d'une injection quotidienne durant 4 jours.

Quelle place ces composés doivent-ils occuper dans le traitement des leucémies et quel est leur avantage sur les autres formes de traitement des leucémies?

Un bref exposé des désavantages inhérents aux autres moyens thérapeutiques est consigné:

1) L'arsenic sous forme de solution de Fowler entraîne quelquefois des troubles gastro-intestinaux à dose thérapeutique.

2) Le benzène provoque souvent une leucopénie marquée et une anémie aplastique.

3) L'uréthane devant être employé quotidiennement pendant un mois ou plus, la dose cumulative et utile prolonge trop les vomissements.

4) La röntgentherapie et le phosphore radioactif n'étant pas à la portée de tous les cliniciens, ces formes de traitement nécessitent des déplacements.

Le HN2, le HN3 et le SK 136 eux ont l'avantage de se donner au cabinet de consultation par voie intraveineuse (toujours par

cette voie). Le traitement étant de quelques jours au plus, les vomissements et les malaises ne sont pas prolongés. Une seule injection de HN2 peut être donnée si la tolérance du patient à ce produit est connue.

Une dose d'entretien de 0.2 mg. /kg. de poids administrée à intervalles de deux à dix semaines suffit habituellement à maintenir le patient en rémission.

Un patient qui répond favorablement aux gaz moutarde, cependant, réagit également bien en général avec les autres modes de traitement. Ceci est vrai pour les leucémies myéloïdes chroniques, surtout si l'état général est bon au début du traitement.

Les résultats sont moins heureux dans les leucémies lymphoïdes chroniques et il semble que la röntgentherapie et le phosphore radioactif doivent ici être utilisés de préférence.

Quant aux leucémies myéloïdes aiguës, elles ne répondent à peu près pas aux traitements par les gaz moutardes.

Bien que les leucémies soient toujours mortelles après une ou plusieurs périodes de rémission, quel que soit le mode de traitement employé, la thérapeutique par les gaz moutarde est avantageuse à cause de son action rapide et de son maniement relativement facile. Ils ne sont pas sans dangers toutefois et doivent être administrés par quelqu'un d'expérimenté.

André JEAN

#### PHTISIOLOGIE

M. M. STEINBACK, A. S. DOONEIEF et A. S. BUCHBURG. — **L'emploi de l'auréomycine en tuberculose pulmonaire.** (*The use of Aureomycine in pulmonary tuberculosis.*) "Am. Rev. of T B.", 6: 624 (juin) 1949.

A cause de la résistance de certaines cultures à la streptomycine et de l'incidence assez fréquente de troubles vestibulaires, des recherches pour un produit tuberculo-statique et non toxique se poursuivent.

L'auréomycine, antibiotique dérivé d'une moisissure, le « streptomyces aurea faciens », est apparu comme drogue à essayer dans le traitement de la tuberculose. C'est un chlorhydrate cristallin, jaune, très soluble, plus efficace en milieu acide, rapidement absorbé dans le tractus intestinal et excrété par les urines. Il se donne *per os*. *In vitro*, il semble avoir une bonne action contre le bacille de Koch.

Les A. l'ont essayé chez trois tuberculeux dont deux cas de pneumonie tuberculeuse et un de tuberculose exsudative; donc, 3 cas d'évolution récente.

Chez ces 3 cas, l'auréomycine, administrée par voie parentérale et *per os*, n'a donné aucun résultat appréciable, alors que subséquentement la streptomycine ou la collapsothérapie ont eu des effets rapides.

Ainsi, cette nouvelle drogue tentée dans les formes actives et évolutives pour des périodes de 34 à 90 jours n'a pas donné de résultats appréciables. La voie orale semble préférable à la voie parentérale à cause d'une meilleure concentration sanguine et d'effets moins toxiques.

L'auréomycine, comme d'autres drogues, a démontré de bons effets bactériostatiques *in vitro* mais nuls *in vivo* chez ces trois patients.

J.-Philippe PAQUETTE.

André MEYER. — **Les principes actuels de la collapsothérapie aux Etats-Unis.** "Rev. de la Tuberc.", 12: 370, 1948.

L'auteur fait un résumé de tout ce qu'il a vu et entendu au cours d'un séjour de six semaines à New-York et dans les alentours.

Le pneumothorax. — On l'emploie moins aux Etats-Unis qu'en France parce que la cure de repos total et prolongé est plus en vogue, ce qui donnerait d'aussi bons résultats, surtout dans les cas d'infiltrats non excavés et découverts précocement. Puis, on craint l'absence de réexpansion du poumon après la cessation du PNO. Le PNO ambulatoire est aussi plus commun.

Thoracoplastie. — On le fait sur une très haute échelle et très souvent d'emblée surtout si le repos n'a rien donné.

Pneumothorax extrapleurale. — On le fait excessivement rarement.

Phrénicectomie. — Abondance.

Pneumopéritoine est plus employé qu'en France, surtout chez les bilatéraux avec lésions aux bases où il est impossible de faire autrement.

Lobectomie et pneumonectomie ne sont pas des exceptions aux Etats-Unis.

Paul-René ARCHAMBAULT

## CARDIOLOGIE

J. LENEGRE et B. COBLENTZ. — **L'influence du cycle menstruel sur les troubles fonctionnels des cardiaques.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris", 63: 224, 1947.

Dans cet article les auteurs abordent un sujet très peu étudié et très peu connu: l'influence du cycle menstruel sur les troubles fonctionnels des cardiaques.

L'étude porte sur 57 observations et conduit aux conclusions suivantes:

La sensibilité de l'appareil circulatoire à l'influence de la fonction sexuelle se manifeste surtout chez les mitrales (48 cas sur 57).

Les troubles fonctionnels sont soit permanents, avec exacerbations au moment des règles, soit intermittents, mais toujours périodiques, cycliques et nettement rythmés par les règles, quoique très variables d'un cas à l'autre quant à leur durée, à leur intensité, à leur mode d'apparition.

Les symptômes cardiaques sont, dans l'ordre de fréquence de leur apparition:

1. Dyspnée.
2. Œdème pulmonaire aigu ou subaigu.
3. Toux et hémoptysies.
4. Tachycardie paroxystique.
5. Douleurs angineuses.

La ménopause a un effet variable sur les troubles fonctionnels des cardiaques: soit exacerbation, soit disparition. Les accidents gra-

vido-cardiaques apparaissent plus fréquemment chez les patientes qui souffrent du syndrome menstruel. (6 cas avec syndrome menstruel: toutes ont eu des accidents gravidocardiaques. 11 cas sans syndrome menstruel: 10 cas sans incident notable.)

La pathogénie relève à la fois d'une pathologie circulatoire et d'une pathologie endocrinienne. D'une part, un appareil circulatoire dans un état d'équilibre très instable et d'autre part une influence hormonale indiscutable prouvée par les faits suivants:

1. L'apparition périodique des troubles à la période de l'imprégnation maxima de l'organisme féminin par les hormones sexuelles.
2. La coexistence fréquente de troubles dus à l'hyperfolliculinie (v. q. turgescence des seins).
3. L'exacerbation des troubles par l'injection de folliculine.
4. L'apparition très fréquente de troubles gravidocardiaques chez ceux qui ont un syndrome menstruel.

Le mode d'action hormonal est probablement multiple:

1. Action sur un système nerveux-végétatif qui contrôle toute la régulation vasomotrice.
2. Action possible sur la fibre myocardique.
3. Modification du milieu hormonal: surcharge hydrochlorurée prémenstruelle, attestée par l'augmentation du poids corporel.

Une thérapeutique appropriée a d'heureux effets:

1. Traitement ordinaire de l'affection cardiaque (digitaline).
2. Traitement humoral: régime déchloruré, restriction des liquides, mercuriels (au besoin), selon la chronologie des accidents (v. q. 10 jours avant les règles).
3. Traitement hormonal.

Seul l'acétate de testostérone semble avoir une action notable.

Réginald JOHNSON.

## CHIRURGIE

René LERICHE et Jean KUNLIN. — **Possibilité de greffe veineuse de grande dimension dans les thromboses artérielles étendues.** "Lyon Chir.", 44: 13, 1949.

Ces auteurs rapportent les résultats de huit greffes veineuses effectuées chez des malades gravement atteints de thrombose artérielle. Les dimensions de ces greffes varient de 15 cm. à 47 cm. et, une fois la greffe veineuse terminée, les battements reparaisent, les pieds se réchauffent, les douleurs disparaissent et on peut percevoir les pouls périphériques.

La greffe de 47 cm. allant de l'iliaque à la poplitée s'est oblitérée le troisième jour malgré l'emploi de l'héparine. Toutes les autres sont restées perméables, les ulcérations se sont cicatrisées et la claudication est disparue. La plus ancienne greffe date de cinq mois.

Voici la conclusion de ces auteurs: « Il y a dans ces faits quelque chose d'absolument nouveau dans l'histoire de la greffe veineuse. Etant donné le temps qui s'écoule entre le prélèvement du greffon et sa mise en place, on pouvait craindre des altérations de l'endothélium veineux, exposant à une thrombose. Il n'en a rien été dans sept cas sur huit. Ces faits sont donc encourageants. Ils permettent de penser qu'il y a là une méthode nouvelle qui transformera l'avenir des malades que les sympathectomies n'auront pas améliorés suffisamment. »

Maurice GERVAIS

## NEURO-PSYCHIATRIE

Sir Charles SYMONDS. — **Les troubles vasculaires cérébraux chez les jeunes.** "Rev. Neurol.", 80: 401 (juin) 1948.

Dans ce rapport, présenté l'an dernier à la réunion commune de la section neurologique de la « Royal Society of Medicine » et de la Société de neurologie de Paris, l'auteur ne traite que des lésions organiques du cerveau

chez les sujets âgés de moins de trente-cinq ans et non hypertendus.

Il est assez facile d'établir un diagnostic d'embolie, manifestation d'une endocardite infectieuse ou d'une sténose mitrale, ou d'une thrombose, greffée sur la syphilis ou sur une maladie congénitale du cœur.

Il n'en va pas de même des hémorragies cérébrales dues à un anévrisme congénital: c'est la plupart du temps une découverte d'autopsie. L'artériographie cérébrale est ici d'un secours précieux qu'on ne saurait négliger: il est rare en effet qu'une hémorragie cérébrale, chez un sujet âgé de moins de trente-cinq ans, ne soit pas causée par un anévrisme, lequel se situe habituellement à la base ou aux faces latérales du cerveau.

L'angiome entre d'ordinaire dans la catégorie des lésions envahissantes intracrâniennes; il peut toutefois provoquer un accident cérébral de caractère soudain et grave: par angiome l'auteur entend aussi bien les tumeurs que les malformations congénitales, et il réunit les angiomes artériels et veineux. En dehors d'une hémorragie, d'allure brutale ou progressive, les angiomes capillaires et les télangiectasies sont asymptomatiques; la protubérance est leur site d'élection, et un traumatisme des plus minimes est souvent la cause déclenchante de l'hémorragie.

Les côtes cervicales sont parfois à l'origine d'une hémiplégié gauche, résultat d'une embolie cérébrale; un thrombus se forme dans l'artère sous-clavière droite, qui est comprimée, passe à la carotide primitive et gagne le cerveau. Une fracture de la clavicule peut amener une complication d'ordre analogue, mais avec une topographie particulière.

Il faut inscrire, parmi les causes d'hémorragie cérébrale ou cérébelleuse, la leucémie et le purpura. Une embolie survenant après une thrombose coronarienne est toujours possible, même chez les jeunes. L'auteur mentionne également les embolies gazeuses et graisseuses post-traumatiques.

Viennent ensuite les affections des artères cérébrales, qui produiraient: soit une hémiplégié brusque, comme dans la maladie en plaques des artères ou à la suite d'une grossesse, d'une extraction dentaire; soit l'installation progressive ou rémittente d'un syndrome à type disséminé, comme il arrive dans la thrombo-angéite oblitérante cérébrale, élimination faite, bien entendu, de tout processus tumoral. La périartérite noueuse serait responsable de ces deux genres de troubles neurologiques.

L'auteur étudie, en dernier lieu, les thromboses des veines intracrâniennes, qui évoluent généralement vers une guérison spontanée et complète. On distingue trois groupes: un premier, comportant des signes d'hypertension intracrânienne, et résultant d'une thrombose du sinus longitudinal supérieur ou des sinus latéraux; un deuxième groupe, caractérisé par des accès bravais-jacksoniens, des paresthésies et des parésies, traduisant une thrombose des veines cérébrales superficielles; et un dernier groupe qui comprend les paralysies des nerfs crâniens, de la troisième à la onzième paire, selon le sinus intéressé. Lorsqu'elles ne sont pas associées à une autre thrombo-phlébite, souvent gravidique, les thrombo-phlébites intracrâniennes sont des complications d'otites, de sinusites, de pharyngites et d'infections de l'orbite ou de la face.

J.-B. BOULANGER

#### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

P. POPCHRISTOFF, G. GHEORGHIEFF et A. LEVCOFF. — **Traitement mixte massif de la syphilis par pénicilline-arsénobenzol-bismuth.** "Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie", 9: 290 (mai-juin) 1949.

Rapport préliminaire sur des expériences cliniques commencées en janvier 1947 et tendant à démontrer: 1° que des doses massives d'arsénobenzol et de bismuth peuvent être bien tolérées sous la protection de la pénicilline; 2° que l'arsénobenzol et le bismuth peuvent augmenter l'effet bactériostatique et bactériolytique de la pénicilline.

Trente-trois syphilitiques reçurent un traitement mixte pénicillino-arsénico-bismuthique à raison de 500-600-800 u. O. de pénicilline, 4 gr. 5 à 5 gr. 5 d'arsénobenzol et de 12 à 15 cm.<sup>3</sup> de bismuth en solution, injectés en 48 à 72 heures.

Les auteurs rapportent en détail quelques observations typiques de 13 malades. On peut dégager de la lecture de ces observations et de ce tableau les impressions suivantes:

1. Chez les malades qui dans le passé ont bien supporté les préparations arsenicales, le traitement massif a été parfaitement toléré.

2. Cinq malades qui, auparavant, avaient montré des signes d'intolérance ou d'intoxication par les arsénobenzols (crises nitritoïdes et ictères) ont pu, à l'exception d'un, poursuivre le traitement jusqu'au bout.

3. Dans 3 cas de résistance au traitement habituel arséno-bismuthique, le traitement mixte massif s'est montré particulièrement efficace tant au point de vue clinique que sérologique.

4. Le traitement a été essayé dans 4 cas de syphilis nerveuse. Dans tous les cas, il a été bien supporté et certains symptômes fonctionnels se sont améliorés rapidement. Cependant, il est encore trop tôt pour porter un jugement définitif sur la valeur du traitement.

5. Dans 2 cas de syphilis secondaire non traitée, la tolérance au traitement a été excellente. Les manifestations cliniques sont disparues rapidement et les réactions sérologiques se sont négativées en 42 jours dans un cas, en 28 jours dans l'autre.

Les auteurs recommandent d'injecter l'arsénobenzol (novarsénol, néosalvarsan, néojacol, néo J.C.J.) 30 à 60 minutes après la piqûre de pénicilline. Le schéma de traitement sur lequel ils se sont arrêtés pour le moment est le suivant:

Pénicilline: 20,000 à 30,000 u. O. toutes les 3 heures pendant 3 ou 4 jours. Arsénobenzol: 1ère dose, 0.15; 2ième, 0.30; 3ième, 0.45; éventuellement, 0.60 toutes les 6 heures pour une dose totale de 4 gr. 5 à 5 gr. 5 en 72-96 heures.

Bismuth: chaque dose de 1 cm.<sup>3</sup> 5 toutes les 6 heures, en tout 15 cm.<sup>3</sup> en 3 jours.

Henri SMITH

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Edward ROBBINS et Gertrude SILVERMAN.  
— **Tuberculose pulmonaire active et cancer bronchique coexistant.** (*Coexistent bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis.*) "Cancer", 2: 65 (janv.) 1949.

Bayle, le premier, a rapporté en 1810 un cas de cancer dans un poumon atteint de tuberculose active. L'augmentation apparente des cas de cancer pulmonaire depuis quelques décades a permis de mettre davantage en évidence la coexistence de ces deux lésions pulmonaires.

Actuellement, la tuberculose pulmonaire compliquée de cancer bronchique se rencontre dans 1.5% des cas.

L'incidence de cancer bronchique compliqué de tuberculose pulmonaire est beaucoup moins nettement établie et varie, selon certains, de 2 à 12%.

On a beaucoup discuté sur la nature d'une relation ou d'un antagonisme entre ces deux processus morbides et la conclusion semble être présentement que toute association de cancer et de tuberculose dans un poumon doit être considérée comme pure coïncidence.

Robbins et Silverman ont étudié 11 cas de cancer primitif du poumon compliqué de phtisie pulmonaire active. Tous étaient des hommes, dont la moyenne d'âge était de 54 ans.

Cliniquement, tous présentaient une expectoration productive et de la température. Aucun n'a manifesté d'hémoptysies. Huit se plaignaient de douleurs thoraciques, dont deux du côté opposé à la lésion cancéreuse.

Sept avaient des crachats positifs. Cinq ont été soumis à un examen bronchoscopique qui n'a pas révélé de cancer.

A l'autopsie tous ont présenté les deux lésions associées.

Les auteurs de ce travail sont d'avis que le cancer était ici primitif et s'est compliqué de

tuberculose. Ils émettent les opinions suivantes:

(1) Le cancer, en plus d'être débilitant pour l'organisme en général, favorise localement la dissémination d'une lésion tuberculeuse latente par ses effets destructeurs sur le parenchyme pulmonaire. D'abord, en détruisant un foyer encapsulé il libère ainsi des bacilles tuberculeux. Puis en obstruant une bronche en amont, il peut déclencher en aval la formation d'abcès ou favoriser une nécrose tissulaire favorable à l'exacerbation d'une lésion tuberculeuse latente. Enfin, une tumeur hilare (la plupart originent dans les grosses bronches) comprime les gros vaisseaux et entraîne une anoxémie plus ou moins grave du parenchyme, facteur qui entraîne une destruction tissulaire.

(2) La tuberculose pulmonaire favorise-t-elle le développement du cancer? Non. La métaplasie épidermoïde de la muqueuse bronchique se rencontrant quelquefois dans la tuberculose pulmonaire comme dans toute lésion pulmonaire chronique ne serait pas le point de départ d'un néoplasme. Ainsi la bronchectasie, si souvent compliquée de métaplasie épidermoïde, n'est pas considérée comme un état précancéreux. Dans aucun des cas ici présentés n'a-t-il pu être démontré que l'épithélioma a débuté dans la paroi d'une caverne tapissée

ou non par un épithélium pavimenteux stratifié.

De même, il semble que la métaplasie cubique alvéolaire toujours rencontrée dans les fibroses pulmonaires d'origine tuberculeuse ou non n'est pas associée à la formation d'adénocarcinomes.

Quant au groupe d'épithéliomas de type indifférencié, les auteurs doutent fort que l'irritation et l'inflammation de l'épithélium bronchique dues à la tuberculose soient le point de départ du cancer.

En conclusion:

(1) Lorsqu'il y a coexistence de cancer bronchique et de tuberculose pulmonaire, le phénomène est purement accidentel.

(2) Le cancer pulmonaire primitif (ou métastatique) favoriserait la naissance ou le réveil d'une lésion tuberculeuse du poumon.

(3) La tuberculose pulmonaire primitive ne favoriserait pas la formation d'un épithélioma au poumon.

(4) Une douleur thoracique persistante chez un tuberculeux doit faire penser à un cancer associé.

(5) La röntgenthérapie pulmonaire pour cancer active la dissémination d'une tuberculose coexistente.

## SOCIÉTÉS

---

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

### RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 24 mars 1949

Présidence de M. Paul-M. Ricard.

#### Syndrome de Pancoast Carcinome bronchique de l'apex pulmonaire.

M. Roma AMYOT

##### Observation.

Le malade avait 57 ans et avait été hospitalisé pour un syndrome algique du membre supérieur droit. C'est d'ailleurs la douleur qui l'avait amené dans le service de neurologie. Cette douleur durait depuis 4 - 5 mois, elle était ressentie à la face postéro-externe du bras droit et à la région de l'omoplate droite. Elle était intolérable et quasi constante, devenait plus violente durant la nuit et quand le malade se couchait. Pour l'atténuer, il demeurait assis, le tronc fléchi et la tête appuyée sur son lit. Il toussait et expectorait; il avait remarqué qu'il ne transpirait pas à droite, sur l'hémiface, sur le membre supérieur et la partie supérieure du thorax. Le membre supérieur droit lui paraissait plus chaud.

##### Examen neurologique à l'admission

Aucun signe neurologique, sauf absence de transpiration à droite sur l'hémiface, sur le membre supérieur et la partie supérieure du thorax (contrôlée par l'épreuve du bain de

chaleur) et une oscillométrie plus ample au membre supérieur droit de l'ordre de 2 à 4 divisions.

##### Examen somatique

Amaigrissement du malade, submatité à la région du poumon droit.

##### Examen radiologique

*Poumons*: opacité de densité homogène et assez marquée obscurcissant complètement l'apex droit (Dr P. Brodeur).

*Colonne cervicale*: images pathologiques au niveau des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> arcs costaux droits dans leur portion postérieure ainsi que, semble-t-il, sur le corps de D<sup>2</sup>, zone d'ostéoporose qui intéresse aussi les apophyses transverses droites de D<sup>2</sup> et D<sup>3</sup> (Dr P. Brodeur).

*Œsophage*: très minime degré d'inflexion gauche de la colonne barytée à la hauteur de D<sup>1</sup> (Dr J.-L. Léger).

*Myélographie*: refoulement par une masse extradurale d'origine osseuse de la colonne de Pantopaque au niveau de D<sup>2</sup> - D<sup>3</sup> donnant l'image d'une encoche à grand rayon à concavité droite.

*Formule sanguine et sédimentation sanguine*: normales.

*Liquide céphalo-rachidien*: normal.

##### Evolution

Trois semaines après son admission, soit le 24 septembre, on constata l'installation d'un

syndrome de Claude Bernard-Horner à droite. Vers la même époque, apparition de douleurs à l'omoplate et au bras gauches. Vers le 21 novembre, on observa une paraplégie avec rétention urinaire et anesthésie de bas en haut jusqu'à D<sup>2</sup>; au membre supérieur droit, il existait alors une hypoesthésie à la main et à l'avant-bras et de l'amyotrophie à la main. Tous les réflexes osso-tendineux y étaient conservés.

Une ponction lombaire démontra la présence d'un blocage complet et une hyperalbuminose de plus de 1 gramme au litre.

Le malade s'émacia et mourut le 21 décembre 1948 en cachexie, ayant souffert jusqu'à la fin et n'ayant obtenu aucun bénéfice de la radiothérapie. Durant le cours de sa maladie, le malade toussa et expectora.

#### Autopsie

Epithélioma bronchique. Envahissement de la colonne vertébrale. Néphrite. Foie cardiaque.

Epithélioma pulmonaire spino-cellulaire à globes cornés dans un stroma très dense et abondant, envahissant et détruisant les grosses bronches.

Lobe supérieur gauche: image de bronchopneumonie.

Glomérulo-néphrite (deuxième stade).

Foie de stase. (Dr S. Lauzé)

Il ne fut pas trouvé de métastases dans les poumons ni dans les autres organes, le cerveau excepté, qui ne fut pas exploré.

#### Commentaires

Ce syndrome fut décrit par Pancoast en 1924 avec les éléments cliniques suivants: douleur à l'épaule et au bras; syndrome de Horner, amyotrophie à la main; image radiographique d'une opacité homogène à l'apex pulmonaire

et de destruction osseuse locale aux côtes et aux vertèbres.

L'auteur tenta même d'en faire une entité histologique particulière, plus spécialement distincte du carcinome primitif de l'apex pulmonaire, ne provoquant pas d'ailleurs de développement de métastases et présentant l'aspect de destruction osseuse locale aux côtes et cellulaire, comme on identifia ultérieurement la tumeur d'une première observation publiée en 1929 et de nouveau en 1932, qu'on avait primitivement classée comme étant un endothéliome pleural.

Il crut qu'il s'agissait d'une tumeur se développant à partir de certains vestiges embryonnaires comme ceux de la cinquième poche pharyngienne, projection interne du cinquième arc branchial.

Nous rappelons qu'une observation de ce syndrome fut présentée ici et publiée dans *L'Union Médicale du Canada* en 1945 par les docteurs Jules Prévost et Jacques Léger. Pancoast crut bon de dénommer ce type de tumeur « tumeur de la scissure supérieure du poumon » pour la différencier de tout autre processus tumoral: carcinome bronchique, métastase néoplasique, endothéliome pleural, etc., situé dans cette région apicale du poumon.

Cette différenciation n'a pas été acceptée comme étant conforme aux faits. Si on admet le syndrome de l'apex pulmonaire avec son cortège de signes neurologiques et radiologiques groupés par Pancoast, on est d'avis, d'après l'étude d'observations assez nombreuses, qu'il est la conséquence seule de la localisation assez précise d'une tumeur pulmonaire primitive ou métastatique.

Des signes sympathiques, le syndrome de Claude Bernard-Horner est le plus cité. Mais, l'anhidrose fut également rencontrée et, si on se donne la peine de la rechercher, on la constatera fréquemment à disposition comme chez notre malade.

**Discussion.**

M. JEAN-LOUIS LÉGER explique les radiographies et fait des considérations sur le diagnostic différentiel, au point de vue radiologique.

M. RENÉ GRIGNON demande au docteur R. Amyot ce qu'il pense des tests de la résistance cutanée.

M. JULES PRÉVOST fait remarquer qu'il aurait été intéressant de rechercher les cellules néoplasiques dans les expectorations. Il rappelle un cas récent où les cellules néoplasiques ont été montrées dans les expectorations.

M. EDOUARD GAGNON: — Malheureusement les cas de syndrome de Pancoast sont le plus souvent diagnostiqués trop tard pour pouvoir bénéficier de la chirurgie pulmonaire.

M. ROMA AMYOT répond au docteur R. Grignon que le test de la résistance cutanée est une épreuve intéressante pour distinguer s'il y a participation des fibres sympathiques. Ce test permet de limiter assez rigoureusement les zones anhydrotiques des autres.

Il admet, avec le docteur J. Prévost, l'importance des examens des crachats pour un diagnostic précoce qui permettrait d'opérer certains malades en temps opportun.

**126 appendicectomies pratiquées en 1946 et 1947 et 112 examens histologiques.**

M. François ARCHAMBAULT

J'ai cru intéressant de faire part aux membres du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame des résultats histologiques de 112 appendicectomies pratiquées pendant deux ans. Il n'est pas tenu compte ici des appendicectomies qui auraient pu être pratiquées au cours d'interventions chirurgicales pour d'autres lésions.

*Age et sexe*

AGE	NOMBRE	F.	M
0- 9 ans	2	1	1
10-19 "	35	20	15
20-29 "	56	34	22
30-39 "	26	14	12
40-49 "	1	0	1
50-59 "	4	2	2
60-69 "	2	0	2
70-99 "	0	0	0
	—	—	—
	126	71	55

Dans cette série l'appendicite est incontestablement une maladie de l'adolescence ou du jeune adulte. Toutefois cette maladie ne respecte pas l'âge. Quant au sexe, dans cette série toujours, cette affection semble plus fréquente chez la femme.

*Hospitalisation*

Série totale: 11.2 jours, postopératoire: 9.8 jours; malades privés: 10.7 jours, postopératoire: 9.4 jours; malades publics: 12.5 jours, postopératoire: 11 jours.

La différence de la moyenne d'hospitalisation chez les cas publics ou privés n'est pas grande. Voici l'explication que j'en donne: — Pour le cas privé le chirurgien est souvent appelé à domicile ou il est prévenu à l'avance par téléphone du médecin de famille. Quant au cas de salle il n'est souvent vu que le lendemain de son admission à l'hôpital.

*Drainage*

25 malades ou 20% de la série ont été drainés. La moyenne d'hospitalisation de ces malades a été de 15.3 jours, soit 27% du nombre total des jours d'hospitalisation de toute la série.

Ceci se passait en 1946 et en 1947. Je dois dire que les indications pour le drainage di-

minuent de plus en plus, ce qui devrait améliorer d'autant la moyenne d'hospitalisation.

### Mortalité

Dans cette série aucun cas de mortalité opératoire. Aucun cas de mortalité postopératoire.

### Examens histologiques

Sur les 126 appendicectomies, il y a eu 112 examens histologiques de faits. Actuellement, l'examen histologique est demandé de tout appendice enlevé.

Appendicites — Examen positif 73 ou 65%  
 Appendicites — Examen négatif 10 ou 9%  
 Appendicopathies — 29 ou 26%

Sous la rubrique appendicite, nous incluons toutes les variétés d'infection depuis la simple appendicite catarrhale jusqu'à l'appendicite perforée avec péritonite.

Sous la rubrique appendicopathie, nous incluons une série d'appendices où le pathologiste n'a trouvé aucune trace d'infection mais par contre des modifications anatomiques ou des parasites pouvant expliquer le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, pour lequel ces malades ont été opérés.

Ci-dessous une nomenclature avec fréquences de ces appendicopathies.

Dilatation par matières fécales (fécalome):	10
Hyperplasie des nerfs de la muqueuse:	10
Névrome:	6
Oblitération par tissu conjonctif:	7
Oxyures:	3

Evidemment ce qui manque dans l'appréciation des résultats de ces interventions c'est le « follow-up ». Car le diagnostic clinique et même le diagnostic histologique ne sont pas tout. Ce qui compte, en somme, c'est le résultat éloigné. Comme conclusion, je formule le vœu que l'hôpital organise, au plus tôt, un service social qui nous renseigne sur les résultats éloignés.

### Discussion.

M. LÉON-GÉRIN LAJOIE fait allusion à un travail du docteur B. G. Bourgeois qui aurait démontré, il y a quelques années, qu'une proportion importante des opérations d'appendicite était inutile.

Dans la série du docteur F. Archambault seulement 9% des cas auraient été opérés inutilement.

M. RENÉ GRIGNON demande s'il y avait des adénites mésentériques.

M. ANDRÉ MACKAY s'informe si la statistique porte sur tous les cas de l'hôpital Notre-Dame ou seulement sur ceux du docteur F. Archambault.

M. YVES CHAPUT: — Y avait-il eu examen radiologique préopératoire? Il dit que le docteur L. P. Bélisle a récemment souligné l'intérêt de ces examens radiologiques préopératoires.

M. ROGER DUFRESNE: — Avant de faire des considérations sur l'utilité ou non des appendicectomies, il faudrait faire une distinction entre les cas aigus et les cas chroniques.

M. GEORGES HÉBERT: — Dans les appendicectomies de routine pratiquées à l'occasion d'une laparotomie pour une autre intervention, y avait-il des cas où l'anatomie pathologique a révélé des lésions appendiculaires?

M. JULES PRÉVOST demande la définition des appendicites chroniques.

M. CHARLES-E. HÉBERT rapporte avoir fait beaucoup de prélèvements de ganglions mésentériques pour examens avec, presque toujours, des résultats négatifs.

M. FRANÇOIS ARCHAMBAULT répond au docteur R. Grignon qu'il n'a pas souvent vu d'adénites mésentériques.

Au docteur A. Mackay, il explique que la statistique présentée s'applique seulement à ses cas personnels d'appendicite et non pas à tous les cas du service.

Au docteur Y. Chaput: — Quelques cas seulement ont eu un examen radiologique préopératoire, lequel n'a rien démontré la plupart du temps.

Au docteur G. Hébert: — Ici il est seulement question de malades opérés pour appendicite et non d'appendices enlevés au cours d'une autre opération.

Le docteur F. Archambault admet la difficulté de poser un diagnostic d'appendicite chronique. Il donne en détail l'observation de deux malades qui, au point de vue clinique, avaient apparemment une appendicite chronique et où l'examen anatomo-pathologique a révélé une appendicite aiguë en voie de guérison. Il en est venu maintenant à faire un diagnostic clinique d'appendicite tout court et à laisser au pathologiste le soin de préciser s'il s'agit d'appendicite aiguë ou chronique.

### **Prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique.**

MM. Roger DUFRESNE, Jean MICHON  
et Edouard-D. GAGNON

#### 1) *Histoire clinique*

Monsieur M. F..., âgé de 60 ans, cultivateur, entre à l'hôpital le 24 septembre 1948, pour douleurs intermittentes à la fosse iliaque gauche, accompagnées de nausées et parfois de vomissements, alimentaires ou muqueux, de constipation et de selles noires. Les malaises durent depuis 10 jours environ et ont été précédés par des troubles digestifs plus vagues apparus 1 mois auparavant. L'état général est bon quoique le malade assure avoir maigri d'au moins 10 livres depuis 1 mois et semble anémique.

A l'examen de l'abdomen, en crise, on provoque une douleur assez vive dans la fosse iliaque gauche, sans masse — sans contraction pariétale — sans dilatation colique ou jéjunale appréciable. Le toucher rectal est négatif; il y a du sang dans les selles. La numération globulaire est à 2,300,000. L'analyse d'urine ne montra que des traces d'albumine. L'azotémie est normale.

#### 2) *Radiologie* Diagnostic

Le diagnostic de l'exclusion ou prolapse transpylorique de la muqueuse gastrique relève essentiellement de la radiologie.

Depuis que nous nous sommes intéressés à cette question de la hernie muqueuse, c'est-à-dire depuis quelque deux ans, nous en évaluons la fréquence à un peu moins de 1% de tous les estomacs examinés radiologiquement.

La « redondance » muqueuse simple, sans mobilité anormale ou décollement de la muqueuse sur la muscularis mucosæ, en d'autres termes, sans dissociation fonctionnelle de ces deux éléments, n'a aucune expression radiologique permettant le diagnostic à la phase du préprolapsus. A ce stage, l'imprégnation en couche mince ne saurait que révéler une hypertrophie des plis à des degrés divers.

Une certaine laxité de la muqueuse est donc la condition obligée de l'extrusion et en explique les modalités roentgéographiques.

Les signes radiologiques sont de deux ordres:

1. — Morphologique
2. — Fonctionnel

1. Morphologique: deux types d'images.

a) Le type polypoïde, le plus fréquent, se traduit par une lacune à contours lobulés, *obligatoirement de la base du bulbe, essentiellement plastique, transitoirement réductible*. La concavité de la base du cap regardant le pylore confère au bulbe des aspects divers d'ailleurs très voisins: tantôt « en champignon », tantôt « en parasol » ou encore « en chou-fleur », « en dôme rosacé ».

L'image est surtout bien manifeste en O.A. D. ventral, bien que sa démonstration soit possible dans toutes les positions; elle est parcourue par des lignes denses que l'on peut suivre jusque dans l'estomac, en continuité avec les plis muqueux gastriques.

Souvent, on peut y décrire un bouquet de plis radiés convergeant de la périphérie de la base du bulbe sur l'axe pylorique (simulant la niche étoilée). D'autres sillons muqueux courbes courent parallèlement à la base du bulbe.

Le bulbe reste cependant le plus souvent bien moulé, sans irritabilité ni spasme, à moins que ne s'y greffe secondairement l'ulcère ou la duodénite.

Du côté gastrique, la muqueuse antrale perd son dessin normal; le relief en est saillant, intriqué, cahotique et souvent se dispose en plis franchement circulaires, au lieu de courir horizontalement ou verticalement selon la phase physiologique de contraction ou de relâchement.

Le pylore peut paraître allongé et même rétréci, ce qui fera surtout songer à l'hypertrophie.

b) Quant au 2<sup>e</sup> type, dit du *rétrécissement ou réduction de calibre du prépylore*, il est constant sans donner cependant l'impression de la vraie sténose et n'oppose pas un obstacle franc au passage de l'onde péristaltique. Le pylore présente encore, ici, une apparente élongation mais il est peut-être plus large que normalement. La base du bulbe est concave avec ou sans lacune.

## 2. Phénomènes d'ordre fonctionnel

On observe de l'hyperkinésie quoique d'une façon inconstante. Nous avons personnellement constaté que c'est au cours de la systole antrale que l'intussusception muqueuse est au maximum.

Dans le premier type, un résidu baryté gastrique après la 6<sup>e</sup> heure est l'exception. Dans le 2<sup>e</sup> type, un certain retard à la vidange est fréquent avec occasionnellement un syndrome occlusif récidivant.

### *Diagnostic différentiel*

1. — Toute tumeur gastrique prolabante.
2. — L'hypertrophie pylorique bénigne de l'adulte bien que cependant les deux conditions puissent coexister.
3. — La duodénite.
4. — L'ulcère duodénal dont l'association avec la hernie muqueuse, comme d'ailleurs la duodénite, est assez fréquente.

5. — La gastrite hypertrophique. Il s'agirait pour certains de la lésion primaire ou prédisposante.

6. — La polypose bulbaire.

Le 2<sup>e</sup> type est sûrement d'un diagnostic différentiel plus délicat puisque l'on doit y envisager d'abord:

- 1) Le cancer précoce (diagnostic souvent impossible à faire).
  - 2) La pylorite hypertrophique associée à la sténose pylorique.
  - 3) Le spasme antral.
  - 4) L'ulcère pylorique et prépylorique avec infiltration périulcéraire.
  - 5) Le myome annulaire.
- 3) *Trouvailles opératoires* Laparotomie sus-ombilicale gauche. Anest.: rachi-pentothal. (Dr L. Meloche)

Il y a un petit nombre d'adhérences au niveau du pylore et du bulbe. La partie prépylorique de l'estomac est congestionnée et légèrement œdémateuse. Cette portion de l'estomac a tendance au volvulus axial et la grande courbure doit être maintenue par l'assistant. A travers la paroi de la première portion du duodénum, on sent une masse non adhérente et molle, la paroi elle-même roule sur la masse dans toutes les directions. Le duodénum immobilisé entre les doigts de la main gauche, il est possible de réduire la masse dans l'estomac en faisant une traction légère sur la portion prépylorique de l'estomac. Gastrectomie sub-totale avec abouchement gastro-jéjunal antécologique. L'intestin grêle et les côlons ne présentent rien d'anormal.

### 4) *Discussion*

Le prolapsus trans-pylorique de la muqueuse gastrique semble être une entité clinique relativement nouvelle et que l'on doit aux radiologistes. Les analyses de cas publiés à date semblent grouper les malades atteints de ce syndrome en trois catégories:

1. — à symptômes minimes;
2. — à symptômes moyennement graves;

3. — à symptômes graves avec ou sans complications (dont la plus fréquente est l'hémorragie comme dans notre cas).

Quoique le recul du temps soit encore insuffisant pour tirer des conclusions bien nettes re: traitement et conduite à suivre, il semble à l'heure actuelle que l'on doive tenter le traitement médical dans les deux premières catégories de cas et réserver le traitement chirurgical aux cas à symptômes graves ou avec complications.

Quant au traitement chirurgical lui-même, il existe deux écoles:

1. — Antrotomie avec ablation de la muqueuse redondante et pyloroplastie.

2. — Gastrectomie sub-totale.

Etant donné la mortalité opératoire très peu élevée de la gastrectomie aujourd'hui, il nous semble que c'est le traitement logique surtout lorsqu'on opère un malade pour le soulager de symptômes graves ou pour le guérir d'une complication, v.g.: hémorragies, volvulus ou autre.

#### 5) Pathogénie

Encore à l'étude et indéterminée. Relève probablement du manque de développement d'une des couches sous-muqueuses (non prouvée). D'aucuns croient qu'il existe dans tous ces cas une gastrite proliférative très marquée de la portion prépylorique de l'estomac. Notre malade présentait au contraire une gastrite *atrophique* marquée de cette portion de l'estomac.

#### 6) Résultat

5 mois après l'opération, le malade travaille, mange n'importe quoi et se sent très bien.

#### Discussion.

M. JEAN MICHON explique, au moyen d'un dessin au tableau noir, la pathogénie du prolapsus de la muqueuse gastrique et de ses diverses variétés. Il explique aussi l'image radiologique lacunaire qui en résulte et démontre les clichés du malade présenté.

M. YVES CHAPUT: — Y a-t-il eu vérification pathologique, car ce malade a été opéré?

M. JACQUES LÉGER demande quel est le traitement médical.

M. GEORGES HÉBERT: — Y a-t-il des signes cliniques qui font penser à ce diagnostic? Y a-t-il des cas qui saignent?

M. EDOUARD GAGNON répond au *docteur Y. Chaput* que la vérification pathologique est mentionnée au chapitre 5 de l'observation. Il ajoute que le malade montrait une gastrite atrophique très marquée.

Au *docteur J. Léger*: — Le traitement médical n'est pas encore bien connu. La gastrectomie est probablement la meilleure opération. Il dit que la complication la plus fréquente est l'hémorragie. Le volvulus n'a pas encore été rapporté.

Au *docteur Georges Hébert*: — Les signes cliniques ne sont pas typiques. Il y a dans certains cas une histoire d'ulcère atypique sans périodicité, en somme c'est un diagnostic radiologique et un diagnostic d'exclusion.

M. ROGER DUFRESNE souligne qu'il ne faut jamais porter le diagnostic de prolapsus transpylorique de la muqueuse gastrique avant d'avoir exploré tout le tube digestif. Qu'il ne faut pas se laisser attirer par la nouveauté du syndrome.

#### Clou de Smith-Petersen d'urgence dans les fractures du col fémoral.

M. Laurent ARCHAMBAULT

La fracture du col du fémur survient surtout chez les patients âgés de cinquante ans et plus. Par les complications qu'elle entraîne, il s'agit souvent d'un accident fatal dans les jours ou les mois qui suivent.

Les traitements jusqu'à date employés vis-à-vis de ces fractures sont ou étaient: 1°) l'immobilisation simple par deux coussins ou sac de sable; 2°) la traction sur le membre par divers appareils; 3°) le caleçon plâtré.

Ces trois méthodes, bien intentionnées et souvent accompagnées de bons résultats, comportent par suite de leur application les dangers et ennuis suivants: troubles cardio-réno-

pulmonaires, plaies de lit, troubles circulatoires périphériques, douleur au moindre mouvement, ankylose du genou, réduction des fragments difficiles à maintenir, etc.

Vu les facilités et améliorations techniques d'aujourd'hui, la tendance est de réduire ces fractures dans les heures qui suivent l'accident ou dès que le malade peut subir l'intervention.

La technique, en résumé, est simple à suivre. Par une incision cutané-musculaire, en projection du grand trochanter et à la face supéro-externe de la cuisse, on introduit le clou de Smith-Petersen trans-cervicalement. Ceci se fait évidemment après avoir réduit au préalable la fracture sur la table orthopédique et avec l'aide indispensable des rayons X pour contrôler l'orientation du clou dans le bon axe.

Les avantages de cette méthode se résument comme suit:

#### 1° — Localement

Réduction parfaite ou presque.

Immobilité des fragments.

Disparition quasi totale de la douleur.

Infection postopératoire réduite à rien grâce aux antibiotiques et la technique du « no touch ».

#### 2° — Etat général

Mobilité précoce du membre qui n'est pas soutenu par appareils ou plâtre.

Le patient peut s'asseoir, remuer dans son lit, changer de position.

Au bout de quinze jours, lever, adaptation progressive à l'emploi des béquilles.

D'un impotent au lit souvent fatalement, faire un malade en voie de guérison, qui se meut.

Congé en dedans de 20-25 jours.

On ne permet de marcher sur le membre atteint que vers les 4-5e mois, suivant l'évolution radiologique du col qui peut aller jusqu'à 12-15 mois.

Dans le service de chirurgie de l'hôpital, on peut relever une quinzaine de cas traités avec

avantage par cette méthode durant la dernière année.

#### Discussion.

M. LAURENT ARCHAMBAULT présente un malade de 68 ans qui a été opéré il y a 20 jours. Il démontre plusieurs radiographies de malades opérés dernièrement.

M. ROMA AMYOT: — Y a-t-il contre-indication d'intervention lorsqu'il y a ostéoporose?

M. FRANÇOIS ARCHAMBAULT souligne que toutes ces interventions doivent être faites par la méthode « no touch ».

M. YVES CHAPUT demande des précisions sur le métal employé dans cette intervention.

M. LAURENT ARCHAMBAULT répond au docteur R. Amyot que l'ostéoporose n'est pas une contre-indication.

Au docteur Y. Chaput: — On emploie un clou en vitallium. Il faut que ce soit un métal non oxydable. La suppuration, lorsqu'elle se produit, est due non pas au clou mais au chirurgien ou à la technique. Il est absolument essentiel que cette intervention soit faite par la méthode « no touch ».

#### Localisation précise des corps étrangers intraoculaires avec le verre de contact.

M. Roland CLOUTIER

Il ne s'agit pas d'une méthode nouvelle, mais d'une méthode où la coopération de l'ophtalmologiste et du radiologiste amène des résultats vraiment efficaces. Dans le cas particulier qui nous intéresse, je peux affirmer que, grâce à une localisation très précise, il nous a été possible de sauver l'œil d'un accidenté, et de le retourner à son travail avec 100% de vision.

M. A. D. nous arrive, un matin de juin dernier, avec l'histoire suivante: alors qu'il était à travailler en frappant sur un poinçon d'acier, il sentit subitement une douleur vive à son O.D. La douleur ne dura qu'un moment mais

depuis ce temps, soit environ 1 heure, l'O.D. reste brouillé et larmoyant.

L'examen objectif de l'O.D. montre un œil un peu rouge avec une petite hémorragie de la C.A., une pupille réagissant bien à la lumière, mais légèrement excentrique du côté interne. Le fond de l'œil paraît un peu brouillé, l'acuité visuelle est de 20/100. L'histoire, l'excentricité de la pupille et le sang dans la C.A. me font évidemment penser à un corps étranger intraoculaire. La recherche à l'ophtalmoscope reste totalement négative même si le fond de l'œil se voit très bien. Je décide donc de me servir du verre de contact utilisé par Pfeiffer.

C'est un verre de contact en plastique muni de quatre plombs à 12 hres, 3 hres, 6 hres et 9 hres. Ces plombs sont donc placés aux deux extrémités des 2 diamètres vertical et horizontal du verre de contact. Pour imiter une cornée normale, le diamètre horizontal mesure 12 mm. et le diamètre vertical mesure 11 mm. Sur les radiographies les plombs seront donc au niveau du limbe scléro-cornéen.

Le verre de contact est introduit selon la méthode ordinaire en ayant soin de ne pas laisser de bulbe d'air sous la coquille.

Avec le verre en position, c'est-à-dire avec les plombs bien placés à 12 hres, 3 hres, 6 hres et 9 hres, 2 radiographies sont prises, une antéro-postérieure et une latéro-latérale; le patient regarde toujours bien droit en avant.

Le rapport radiologique confirme la présence d'un corps étranger intraoculaire mesurant 2 mm. environ en longueur et  $\frac{3}{4}$  de mm. en largeur, situé sur le diamètre horizontal à peu près exactement à 3 hres. L'extrémité postérieure du corps étranger est à 2 mm. du limbe, tandis que son extrémité antérieure est exactement au limbe, par conséquent dans l'iris et dans la chambre postérieure.

Il ne nous restait qu'à ouvrir la C.A. de 1 à 5 hres et de saisir le corps étranger avec une petite pince. Le corps étranger était bien à l'endroit précis localisé.

Sachant exactement où nous allions, il nous fut facile d'éviter tout traumatisme inutile

toujours présent quand on se sert de l'électro-aimant pour localisation.

Les suites opératoires furent tout à fait normales, et le patient aujourd'hui voit O.D. 20/20 avec une correction de 0.80 x 1 axe 110 et O.G. 20/20 avec 0.50 x 1 axe 90.

#### Discussion.

M. ROLAND CLOUTIER montre le verre de contact dont il se sert. Il fait voir la radiographie du malade en question et explique brièvement le principe de la méthode de localisation du corps étranger intraoculaire.

M. JULES BRAULT: — La méthode de localisation du corps étranger intraoculaire est connue depuis 20 ans mais elle n'avait jamais pu être utilisée jusqu'à dernièrement à cause de l'épaisseur des verres employés à cet effet. Il félicite le docteur R. Cloutier d'avoir introduit la nouvelle méthode avec verres de contact minces. Cette méthode permet une localisation très précise du corps étranger à 1 millimètre près. Il est alors plus facile de l'extraire et on peut conserver la vision à une grande proportion de malades.

M. ROLAND CLOUTIER fait remarquer que le verre dont il s'est servi est beaucoup plus mince et beaucoup plus facile à appliquer que les appareils anciens.

#### Avantages de l'incision endaurale dans la chirurgie mastoïdienne.

(Présentation de 5 malades)

M. Valmore LATRAVERSE

Au cours des trois dernières années, nous avons exécuté notre chirurgie oto-mastoïdienne par voie endaurale, ayant abandonné l'incision rétro-auriculaire. L'incision originale de Lempert ne conserve pas le lambeau de la paroi postérieure du conduit; celle de Shambaugh maintient l'attache du lambeau à la conque et permet la bascule de celui-ci en arrière dans la cavité mastoïdienne.

Voici les avantages de cette incision endaurale:

1) Visibilité entière de la topographie de la mastoïde incluant l'attique et la caisse.

2) Accès facile à l'antra et à l'attique, foyer principal de l'infection souvent indépendamment de la mastoïde.

3) Suture réduite à sa plus simple expression: 2 points à la soie aux lèvres de la plaie pré-auriculaire.

4) Pansement unique à la fin de l'opération, qu'on enlève d'ailleurs le 5e jour, sans le renouveler, le remplaçant par un tampon d'ouate vaseliné, appliqué à l'orifice du conduit.

5) L'emploi de la fraise électrique raccourcit la durée de l'opération et permet d'obtenir une surface osseuse plus mousse et d'atteindre des zones difficiles d'accès à la gouge ou à la curette.

6) Meilleure épidermisation postopératoire de la cavité mastoïdienne — le lambeau cutané de l'incision endaurale servant de greffe.

7) Complications rares: sténose cicatricielle du conduit et périchondrite.

8) Réduction considérable de la durée d'hospitalisation, soit 5 ou 6 jours contre 2 à 5 semaines autrefois.

9) Absence de déformation rétro-auriculaire si particulière à l'incision rétro-auriculaire et élimination des fistules rétro-auriculaires.

10) On peut réintervenir sans multiplier les cicatrices ni porter atteinte à la paroi cutanéopériostée rétro-auriculaire.

Présentation de 5 malades tirés d'un groupe de 30 cas ainsi opérés:

No 1. — Mlle M. P...: otite moyenne chronique suppurée droite avec mastoïdite et arrêt de développement de la mastoïde.

No 2. — Mme E...: cholestéatome géant compliquant une vieille mastoïdite déjà opérée et associée à une large fistule rétro-auriculaire. Traitement actuel: curettage de la mastoïde et fermeture de la fistule.

No 3. — M. J. P. L...: otite moyenne chronique, rebelle avec poussées aiguës ne cédant pas aux myringotomies. Antro-atticectomie sans mastoïdectomie.

No 4. — M. R. L...: maladie de Ménière gauche (patient du docteur Roma Amyot). Trépanation et électro-coagulation du canal semi-circulaire externe.

No 5. — M. L. D...: mastoïdite subaiguë droite avec paralysie faciale lors de la poussée aiguë.

### Discussion.

M. ROLAND CLOUTIER remarque que le principal avantage de cette méthode d'intervention est de ne pas avoir de cicatrice.

M. JULES BRAULT demande au docteur Latraverse s'il a tenté cette intervention chez l'enfant.

M. ROMA AMYOT s'informe si le malade opéré pour la maladie de Ménière a été amélioré.

M. VALMORE LATRAVERSE répond au docteur Brault qu'il ne sait pas si l'opération a été tentée chez l'enfant.

Au docteur R. Amyot: — Le malade opéré pour maladie de Ménière est légèrement amélioré mais il y a encore des bourdonnements.

M. Claude BERTRAND

### Hémorragie ou tumeur cérébrale.

Le diagnostic différentiel entre l'hémorragie et la tumeur cérébrales n'est pas toujours facile. L'examen objectif peut être le même dans les deux cas et c'est surtout l'histoire de la maladie qui permet de faire un diagnostic de présomption. Sauf chez l'hypertendu qui fait une hémorragie massive après quelques accidents vasculaires, et même dans ce cas, la présence d'une tumeur doit être éliminée chaque fois que le pronostic vital est bon à d'autres points de vue: v.g. cardiaque, vasculaire ou rénal.

Il faut rechercher soigneusement dans l'anamnèse l'histoire de troubles progressifs qui

auraient précédé la phase aiguë; parfois, ces troubles n'ont pas été notés ou ne sont pas relatés. Dans le cas d'hémorragie, la cause peut être un anévrisme ou une tumeur vasculaire à moins qu'il n'existe une raison évidente pour expliquer le saignement.

Les cas suivants sont assez démonstratifs quant à la difficulté de poser un diagnostic clinique avec certitude: c'est pourquoi, dans les cas où il existe le moindre doute, l'on doit compléter l'examen clinique et radiologique par: 1° — le pneumogramme, 2° l'artériogramme, 3° la biopsie locale à l'endroit de la masse.

*1er cas* — O.B. (54 ans). Le patient se présente pour parésie du côté gauche à début soudain, un mois auparavant, sans céphalée ni autre trouble. La ponction lombaire et la radiographie simple sont normales, mais l'artériogramme révèle la présence d'un glioblastome pariétal droit. Cette tumeur a été enlevée et le patient est retourné à son travail il y a un an.

*2e cas* — P.M. (53 ans). Début progressif d'hémiplégie gauche qui devint complète en trois semaines. L'artériogramme révèle un déplacement postéro-inférieur du groupe sylvien. Aspiration d'un hématome intra-cérébral, par trou de vrille, sans amélioration. Evacuation de l'hématome quelques jours plus tard à travers une petite craniectomie avec récupération complète il y a 5 mois.

*3e cas* — R.S. (46 ans). Accident vasculaire chez un hypertendu avec régression spontanée des symptômes. Une semaine après son admission, la glande pinéale est encore déplacée de 7 millimètres. Le patient est bien mais il devrait avoir une nouvelle radiographie un mois plus tard.

*4e cas* — I.G. (45 ans). Accident vasculaire le 1er janvier 1948. Aphasie partielle qui persiste encore au mois d'août avec légère céphalée. Pression artérielle 170/100. La ponction lombaire donne une pression à 220 millimètres d'eau, l'artériogramme démontre la présence d'une tumeur vasculaire temporale gauche. Toutefois, à la biopsie, il s'agit d'une tu-

meur kystique. L'exérèse intra-kystique de cette tumeur suivie de radiothérapie a soulagé complètement la malade jusqu'à cette date.

*5e cas* — L.H. (47 ans). Accident vasculaire le 12 février 1948. Inconscience avec urémie et tendance à la décérébration lorsqu'on la voit le 18 février 1948. L'artériogramme révèle une masse frontale qui est drainée chirurgicalement le 19 février 1948. Actuellement, la patiente est bien sauf pour une légère hémi-parésie gauche.

*6e cas* — G.D. (63 ans). Histoire de troubles mentaux progressifs, remontant à 4 mois avant son admission, avec hémiplégie gauche depuis 3 semaines. Histoire d'opération pour hypernéphrome, 4 ans auparavant. La biopsie révèle un hématome intra-cérébral droit. A cause de l'état du patient et de l'absence de signes d'hypertension intracrânienne, aucune intervention n'est pratiquée. L'autopsie, faite le 26 octobre 1948, révèle qu'il s'agit d'une large hémorragie dans une métastase d'une tumeur rénale.

*7e cas* — L.C. (51 ans). Hémiplégie droite progressive avec aphasie depuis six semaines. Ponction lombaire et radiographie normales. Le pneumogramme met en évidence une tumeur fronto-pariétale gauche. La biopsie ne rejoint pas la tumeur. A l'opération, il s'agit d'un glioblastome dont l'exérèse amène une récupération fonctionnelle presque complète.

*8e cas* — M.C. (12 ans). Histoire d'étourdissements soudains, le 6 janvier 1949, suivis rapidement d'une hémiplégie droite avec aphasie. L'artériogramme fait 10 jours plus tard révèle une trombose complète de la carotide interne. Récupération fonctionnelle partielle avec la physiothérapie.

*9e cas* — H.P. (47 ans). Aphasie et hémi-parésie soudaines à la fin de décembre 1948. Persistance des symptômes avec légère céphalée. L'artériogramme révèle la présence d'une tumeur vasculaire temporale gauche et la biopsie démontre qu'il s'agit d'un glioblastome. Le patient est retourné sans traitement.

*10e cas* — D.C. (52 ans). Histoire d'un léger malaise avant paralysie soudaine d'un membre supérieur droit avec aphasie à la mi-janvier 1949. Pas d'histoire de progression des symptômes. Radiographie du crâne négative. Ponction lombaire, pression 180 millimètres d'eau en position couchée. Le pneumoartériogramme révèle une tumeur pariétale gauche.

*11e cas* — A.M. (42 ans). Histoire de légers troubles de l'écriture depuis 3 mois. Inconscience soudaine il y a un mois. A ce moment, la pression artérielle était de 220/140 et le liquide céphalo-rachidien était sanguinolent. Régression des symptômes, sauf pour une hémianopsie droite. Le pneumoartériogramme suggère un léger déplacement vers la droite. Le patient doit revenir un mois plus tard pour compléter les examens, mais une semaine avant cette nouvelle admission, il devient inconscient. L'opération révèle la présence d'un large épithélioma qui envahit tout le lobe occipital à gauche. Le patient se réveille peu après l'opération.

*12e cas* — M.A. (52 ans). Aphasie progressive qui s'installe en 24 heures avec hémiparésie droite. La ponction lombaire révèle un liquide clair avec pression normale. Blocage stellaire à gauche avec régression des symptômes.

### Discussion.

M. CLAUDE BERTRAND montre les clichés radiologiques de ces malades et donne des explications supplémentaires.

M. ROGER DUFRESNE demande si l'infiltration stellaire pourrait aider pour le diagnostic différentiel.

M. PAUL DAVID remarque que chez le malade no 11, l'hypertension artérielle était venue rapidement et que la tension est revenue à la normale en peu de jours.

M. JEAN-LOUIS LÉGER croit qu'il aurait été possible de faire le diagnostic sur les films radiologiques, avant l'intervention.

M. ROMA AMYOT mentionne que ce malade avait une hémianopsie et des troubles de l'écriture. Il écrivait mal, bien avant l'hémorragie cérébrale. Ce qui pouvait faire soupçonner la présence de l'hémianopsie avant l'ictus et celle d'une tumeur.

M. CLAUDE BERTRAND répond au *docteur R. Dufresne* qu'il ne croit pas que l'infiltration stellaire puisse être appréciée assez bien pour aider le diagnostic différentiel dans ces cas.

*Le secrétaire adjoint du bureau médical,*

Georges LECLERC.

---

## NOUVELLES

---

### 18<sup>e</sup> RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE D'OPHTALMO-OTOLARYNGOLOGIE SAMEDI, 17 SEPTEMBRE 1949, À L'HÔTEL-DIEU ST-VALIER, CHICOUTIMI

#### SÉANCE SCIENTIFIQUE

Présidence: Dr William Tremblay (Chicoutimi)

9.00 heures a.m. —

a) Présentation de malades:

Drs W. Tremblay, G.-T. Gauthier et A. Plante.

b) Présentation d'instruments nouveaux.

9.30 heures a.m. —

Discussion des cas présentés.

9.45 heures a.m. —

« Indications cliniques de la fenestration du labyrinthe. » — Dr Paul Fugère (Québec).

10.00 heures a.m. —

« Le fond d'œil des hypertendus. » — Dr Roland Cloutier (Montréal).

10.15 heures a.m. —

« Abcès cérébral ou extradural: observation. » — Dr Ernest Plante (Sherbrooke).

10.30 heures a.m. —

« L'antro-éthmoïdectomie et la trépanation éthmoïdo-frontale externe: technique, observations. » — Dr V. Latraverse (Montréal).

10.45 heures a.m. —

« A propos de nouvelles techniques opératoires des voies lacrymales. » — Dr Camille Gélinas (Lévis).

11.00 heures a.m. —

« Quelques considérations sur l'examen de la vue. » — Dr Adrien Plante (Roberval).

#### SÉANCE PLÉNIÈRE

Présidence: Dr L. de G. Joubert (Montréal)

1) « Considérations sur la formule d'adhésion à la S. C. O. O. et le certificat du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. »

2) « Projet d'un cours de perfectionnement en O. O. R. L.: rôle de la S. C. O. O. »

1.00 heure p.m. — Déjeuner traditionnel.

V. LATRAVERSE, secrétaire.

### L'ASSOCIATION NATIONALE DE LA SANTÉ

Un nouvel organisme philanthropique visant à la protection de la santé et à l'expansion de la médecine préventive par une meilleure publicité vient d'être créé à Montréal.

L'Association Nationale de la Santé, dont l'assemblée d'inauguration eut lieu à l'hôtel Windsor, mardi le 23 août 1949, a été organisée par un groupe de citoyens et de médecins de la province et avec le concours des Universités Laval, de Québec, Montréal et McGill, ainsi que l'appui de l'Association Médicale Canadienne, division de Québec.

La séance d'inauguration fut tenue sous la présidence d'honneur du maire de Montréal, M. Camillien Houde, et sous la présidence active conjointe de M. de Gaspé Beaubien et de Madame Paul Hamel. Cette séance fut marquée par l'élection des membres du Comité honoraire, du Conseil d'administration et du Comité exécutif.

Les doyens des trois universités du Québec, les docteurs Charles Vézina, Edmond Dubé et Frederick Smith furent élus présents conjoints de l'Association.

Le docteur Léon Gérin-Lajoie, vice-doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, fut choisi comme président du Comité consultatif médical, dont font partie les docteurs J.-A. Vidal, Albert Guilbeault, Calixte Favreau, J. C. Meakins et plusieurs autres.

Le docteur Albini Paquette, ministre de la Santé, a été élu président honoraire.

On remarque parmi les membres du Conseil d'administration les noms des docteurs J.-A. Beaudoin, David Beaulieu, Calixte Favreau, Armand Frappier, Léon Gérin-Lajoie, Adélar Groulx, Graham Ross et Percy Vivian.

### CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE

Le Congrès International de Neurologie doit avoir lieu à Paris à partir du 5 septembre 1949. Deux neurologistes de Montréal ont été choisis comme vice-présidents de l'Association Internationale de Chirurgie; ce sont les docteurs Wilder Penfield et Jean Saucier. Plusieurs neurologues et neuro-chirurgiens du Canada participeront à ce congrès.

Le docteur Claude Bertrand a été délégué de l'hôpital Notre-Dame au congrès de Paris, de même qu'à celui de neuro-radiologie qui se tiendra à Rotterdam.

### LE DOCTEUR ALBERT LeSAGE DÉLÉGUÉ AU CONGRÈS DE GENÈVE

Le docteur Albert LeSage, ancien doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, représentera le ministère de la Santé de la Province de Québec et le Collège des Médecins au Congrès de Genève de l'Association des Médecins de Langue Française.

Le docteur Albert LeSage est depuis longtemps le représentant officiel du Canada au sein du Comité de l'Association.

### LE DOCTEUR ALBERT JUTRAS EN EUROPE

Le docteur Albert Jutras, chef du service de radiologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, et président de la Société Médicale, quittera Montréal par avion le 2 septembre pour participer à divers congrès. En plus du rapport qu'il doit présenter sur le cardia, au Congrès de radiologie de Paris, avec ses collaborateurs Marcel Longtin et Paul Levrier, le docteur Jutras a été invité à exposer ses méthodes d'exploration des voies digestives et biliaires à la Faculté de Lille et devant la Société Belge de Gastro-entérologie. Notre collègue sera aussi reçu aux Universités de Bordeaux, Toulouse, Montpellier et Lyon.

Le docteur Albert Jutras participera également au congrès de l'Association des Médecins de Langue Française qui se tiendra à Genève, du 29 septembre au premier octobre.

### LE DOCTEUR ROSARIO FONTAINE, DÉLÉGUÉ AUX CONGRÈS DE PARIS ET DE CLERMONT-FERRAND

Le docteur Rosario Fontaine, médecin légiste de la Province de Québec et professeur de toxicologie et de science médico-légale à l'Université de Montréal, représentera officiellement cette université au congrès de médecine légale et de toxicologie, qui se tiendra, en septembre, à Paris, et au congrès de psychiatrie, qui aura lieu à Clermont-Ferrand.

### LE DOCTEUR LÉON GÉRIN-LAJOIE EN EUROPE

Le vice-doyen de la Faculté de Médecine, le professeur de gynécologie Léon Gérin-Lajoie, quittera Montréal par avion le 1er septembre pour l'Angleterre, où il prendra une part active aux réunions de l'Association Mondiale de la Santé et à celles de la Société Médicale Mondiale.

### LE DOCTEUR LUCIEN BROUHA, À ARVIDA

Le docteur Lucien Brouha, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, et spécialisé en hygiène industrielle, est revenu faire des études sur les conditions de travail de l'usine d'Arvida.

Le docteur Brouha étudie les réactions des travailleurs qui doivent accomplir leur tâche dans un degré de chaleur extrêmement élevé.

### LES DOCTEURS JEAN MICHON ET GILLES BERTRAND, BOURSIERS

Le docteur Jean Michon, assistant du service de radiologie de l'hôpital Notre-Dame, vient d'être choisi comme boursier de la Société Canadienne du Cancer.

Le docteur Gilles Bertrand, fils de notre collègue, le docteur Albert Bertrand, chef de laboratoire à l'hôpital Notre-Dame, vient d'obtenir une bourse pour poursuivre des études en neurologie et en neurochirurgie.

### INSTRUCTIONS POUR LES BOURSES DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS

Le professeur Raoul Kourilsky nous fait savoir que les demandes de bourses d'études du Gouvernement français doivent être adressées à M. Jean Mouton, attaché culturel à l'Ambassade de France, à Ottawa, avant avril de chaque année.

Le dossier du postulant doit comprendre: a) un curriculum vitæ; b) un curriculum universitaire; c) les certificats des médecins, directeurs du travail; d) les publications et e) les renseignements d'état civil.

Il est dans l'intérêt des candidats d'entrer également en correspondance avec le docteur Raoul Kourilsky, 7, rue Bayard, Paris (VIIIe).

### CONGRÈS DE CHIRURGIE AUX ÉTATS-UNIS

Plusieurs congrès de chirurgie sont au programme des mois d'octobre et de novembre 1949.

Le 10 octobre s'ouvrira, à la Nouvelle-Orléans, le Congrès de la Société Internationale de Chirurgie; le 17 octobre commencera, à Chicago, le Congrès de l'«American College of Surgeons»; les 21, 22 et 23 octobre, aura lieu, également à Chicago, le Congrès de l'Association Interaméricaine de Chirurgie. Le chapitre américain du Collège International des Chirurgiens tiendra son congrès à Atlantic City, les 8, 9, 10 et 11 novembre.

# HEMO-BEX

*afin . . .  
qu'ils resplendissent  
de santé*

Tonique efficace et agréable au goût,  
spécialement indiqué pour enfants.

**VITAMINE "D"** Sels de Calcium,  
Glycérophosphate de Fer, Manganèse  
plus facteurs de **VITAMINE "B"**.

"Santé et Maladie"



**ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Ltée,**  
**Montréal 18, P. Q.**

Cénéreux échantillons à Messieurs les Médecins.

### LE DOCTEUR JEAN BOUCHARD, À L'INSTITUT DU CANCER

L'Institut du Cancer du Canada vient de s'adjoindre un nouveau membre dans la personne du docteur Jean Bouchard, assistant radiologiste de l'hôpital Royal Victoria de Montréal.

### L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

La XXVIème Assemblée Générale de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien se tiendra à Rome, du 12 au 16 septembre, sous le patronage de M. le docteur Cotelessa, Haut-Commissaire pour l'Hygiène et la Santé Publique de la République Italienne et avec le concours du Comité Italien.

La Séance inaugurale aura lieu le 12 septembre à 10 heures, au Capitole, et les séances de travail se tiendront aux Istituti Fisioterapici Ospitalieri, 295, Viale Regina Margherita.

A PARIS, pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, Institut FOURNIER, 25, Boulevard Saint-Jacques, PARIS XIVe.

A ROME, s'adresser au Secrétariat pour l'organisation de l'Assemblée de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien, Viale Regina Margherita, 295, Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ROME.

### L'ASSOCIATION NATIONALE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

La « National Gastro-enterological Association » tiendra sa 14e session scientifique à Boston (Mass.) les 24, 25 et 26 octobre 1949.

Pour informations: Secrétaire de la « National Gastro-enterological Association », 1819 Broadway, New York 23, N. Y.

### BOURSES POUR L'ÉTUDE DES MALADIES RHUMATISMALES

Bourses octroyées par l'intermédiaire de la Société Canadienne du Rhumatisme et de l'Arthrite pour des études post-scolaires sur les maladies rhumatismales dans des centres universitaires en Grande-Bretagne, aux Etats-Unis et au Canada. Ces bourses sont pour une année d'étude et varient de \$2,000.00 à \$4,000.00. Elles seront accessibles, pour les Etats-Unis, à partir du 1er octobre 1949 et du 1er janvier 1950 pour l'Angleterre.

Pour plus amples informations s'adresser au Executive Director, Canadian Arthritis and Rheumatism Society, 74 Sparks St., Ottawa, ou aux Doyens des Facultés de Médecine.

### ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE DE MONTRÉAL

Le 5 mai dernier, avait lieu au Cercle Universitaire la première assemblée générale annuelle de la Société de Pédiatrie de Montréal. Au cours de cette réunion, l'on procéda à l'élection des membres de l'Exécutif pour 1949-1950, avec les résultats suivants: président, le Dr Paul Letondal; vice-président, le Dr Daniel Longpré; secrétaire-trésorier, le Dr Edmond Baril.

Après la lecture des rapports résumant les activités de l'année, le Dr Albert Guilbeault, président sortant de charge, remercia tous ceux qui lui avaient facilité la tâche et présenta ses meilleurs vœux de succès au nouvel Exécutif.

La Société de Pédiatrie de Montréal est incorporée. Fondée le 19 janvier 1948, elle groupe les pédiatres de langue française de la métropole. Ses séances ont lieu le premier jeudi de chaque mois, sauf pendant l'été. Elle compte des membres actifs et des membres adhérents. Son secrétariat est maintenant à 301, Carre St-Louis, app. 1, Montréal.

### LE DOCTEUR PAUL LETONDAL DÉLÉGUÉ À PARIS

Le docteur Paul Letondal, membre du Bureau de Direction de *L'Union Médicale du Canada*, était le délégué officiel de la Faculté de Médecine et de la Société de Pédiatrie de Montréal, au XIIème congrès des pédiatres de langue française qui avait lieu à Paris, les 1, 2 et 3 juin dernier. Ce congrès, auquel assistaient plus de 500 médecins d'enfants, coïncidait avec le cinquantenaire de la Société de Pédiatrie de Paris.

### PRÉCISIONS SUR LE RÈGLEMENT TOUCHANT LES ORDONNANCES

Les fonctionnaires du ministère de la Santé nationale font remarquer que la récente révision des règlements des aliments et drogues (C.P. 1536, 5 avril 1947) précise le règlement qui interdit autrement que sur ordonnance la vente au grand public de certaines drogues.

Une commande donnée par téléphone ne constitue

1. On a éclairci un point en donnant la définition de l'ordonnance. Celle-ci doit être donnée par écrit, pas une ordonnance; mais, en cas d'urgence, un phar-

# OSMOPAK localise sûrement l'infection

## FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

**Présentation:** Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

# VERTAVIS une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de *Veratrum Viride* contrôlé biologiquement par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le *Veratrum Viride* titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, septembre 1948; Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

## POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

**HERDT & CHARTON, INC.,**

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

micien peut remplir une commande donnée par téléphone et fournir les drogues demandées pourvu que, dans les 24 heures qui suivent, on lui remette une ordonnance écrite. S'il ne réussit pas à se procurer cette prescription, il commet une infraction à la Loi des aliments et drogues: il a vendu certaines drogues sans ordonnance.

2. Les règlements des aliments et drogues définissent une ordonnance (A.02.016) «un ordre écrit, fait et signé par toute personne autorisée à traiter des malades au moyen de drogues dans toute province du Canada, et spécifiant la dispensation d'une quantité déclarée de toute drogue ou mélange de drogues au malade nommé dans ladite ordonnance». Par cette définition, les renouvellements sont interdits, mais celui qui prescrit peut spécifier par écrit le nombre de fois que l'ordonnance peut être exécutée, par exemple, deux fois, cinq fois ou dix fois, selon le besoin, et le pharmacien est autorisé à suivre ces instructions. Mais l'ordonnance originale doit spécifier le nombre exact des renouvellements.

3. Un pharmacien a le droit de refuser d'exécuter une ordonnance s'il a quelque raison de croire qu'elle n'est pas présentée de bonne foi, qu'elle représente une tentative de circonvenir la loi ou qu'elle a été altérée. Dans ces circonstances, des questions posées avec tact permettent d'habitude de découvrir la vérité.

4. Etant donné qu'un pharmacien est tenu d'avoir en sa possession, et dûment autorisées les ordonnances émises pour les drogues de cette liste qu'il a vendues, ceux qui prescrivent ont le devoir de fournir immédiatement ces ordonnances. De même qu'un marchand, confiant dans l'honnêteté de l'acheteur, vend ses produits à crédit, de même un pharmacien qui, en cas d'urgence, accepte par téléphone une ordonnance pour ces drogues, s'attend que celui qui prescrit lui remettra une ordonnance dans les 24 heures qui suivront la communication téléphonique de ladite ordonnance. Par conséquent, on prie instamment ceux qui prescrivent de coopérer avec le pharmacien et de ne pas négliger cet important détail.

### LA PROPRETÉ: EXCELLENTE PUBLICITÉ

#### Conseils des hygiénistes aux commerçants

Le respect des prescriptions de l'hygiène dans l'achat, la vente et la manutention des marchandises est la plus belle publicité que puisse se faire un établissement de commerce. Rien n'est plus propre à fortifier la confiance de la clientèle.

Le marchand, soucieux d'accroître ses affaires, n'accepte pas de marchandises en mauvais état, garde

d'une manière sanitaire les denrées en vente et ne livre jamais de produits avariés.

Le premier devoir social du marchand envers sa clientèle est de ne pas mettre en circulation des marchandises contaminées par des germes infectieux, partant il n'en vend jamais.

Le second devoir social du marchand, c'est de se prémunir lui-même et sa famille contre les maladies contagieuses évitables. Il y va de son intérêt et de celui de ses clients.

Dans toutes les professions et dans tous les états, l'examen médical périodique est indispensable. Quand on entretient des relations quotidiennes avec le grand public, il faut être encore plus prudent. Que le marchand et ses employés veillent donc sur leur santé avec soin, qu'ils ne négligent jamais de prendre les précautions que suggère la médecine préventive et le succès couronnera leur entreprise.

### PLUS DE SIX MILLE IMMUNISATIONS ANTIDIPHTÉRIQUES EN JUIN

#### 7.938 épreuves à la tuberculine en juin

L'être bien portant n'a pas conscience de sa santé, peut-on dire. L'inquiétude n'apparaît que si notre organisme nous donne un signe d'alarme. Alors on comprend qu'il vaut mieux prévenir que guérir, étouffer le feu qui couve que disputer la maison aux flammes. C'est précisément ce qu'enseignent les hygiénistes surtout quand il s'agit des maladies contagieuses. Aussi nos Unités sanitaires font-elle une lutte quotidienne aux infections qui nous menacent. C'est ce qu'indique le dernier rapport mensuel de la division des Unités sanitaires au ministère provincial de la Santé, que dirige l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé.

Au cours du mois de juin, on a déclaré 342 cas de maladies infectieuses cependant que l'on en dépistait sept cents. Le nombre des maisons visitées a atteint 942 et il a fallu en afficher (placarder) quatorze. Le nombre des contacts et cas suspects examinés dépasse sept mille six cents. Il y a eu 132 enquêtes pour maladies vénériennes.

Par ailleurs, les cliniques anti-tuberculeuses tenues dans les territoires desservis par les Unités sanitaires ont permis d'atteindre 6.299 personnes et de faire 7.938 épreuves à la tuberculine. Les visiteuses d'hygiène ont fait de ce chef 1796 visites à domicile, et 2.602 personnes, en outre, ont bénéficié du BCG ou vaccination contre la tuberculose.

Quant à la lutte contre la diphtérie, elle se poursuit régulièrement dans les soixante-quinze comtés provinciaux que desservent nos 65 Unités sanitaires

... le plus facilement absorbé\*

# FERROCHLOR E.B.S.



LE CHLORURE FERREUX EST LA FORME SOUS LAQUELLE LE FER EST LE PLUS FACILEMENT ABSORBÉ\*

## LIQUIDE

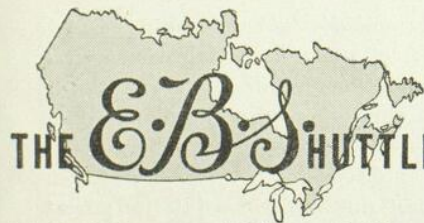
Chaque once liquide fournit 16 grains de chlorure ferreux et 6 mg. de Vitamine B<sub>1</sub>.  
Présenté en bouteilles de 1 livre, 80 onces et 1 gallon.

## COMPRIMÉ

Chaque comprimé équivaut à 2½ grains de chlorure ferreux combiné avec 1.0 mg. de Vitamine B<sub>1</sub>. Présenté en flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

\* Documentation sur demande

COMPAGNIE ESSENTIELLEMENT CANADIENNE ... DEPUIS 1879



THE E.B.S. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

### Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.  
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.  
M. Léon Viens, 1875, boul. Pie IX, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

et durant le mois de juin on a donné 2,178 immunisations complétées et 4,063 immunisations de rappel.

Cet excellent travail démontre que la lutte contre l'usure précoce de l'organisme et la mort prématurée reçoit des hygiénistes provinciaux la collaboration scientifique indispensable. Ils exercent avec soin une surveillance épidémiologique de tous les instants, mettant ainsi à la portée de tous les moyens essentiels de prévention et de dépistage.

### NOMS DES GAGNANTS DU "PHYSICIANS' ART SALON 1949"

L'une des attractions régulières à la convention de la « Canadian Medical Association » qui vient de se terminer fut le « Physicians' Art Salon », commandité par la maison Frank W. Horner Limited. Situé à l'étage des assemblées, le Salon, en sa cinquième année, rassemblait plus de 300 pièces d'exposition venant de toutes les parties du Canada.

Voici la liste des gagnants:

#### *Section Beaux-Arts*

Premier prix: « The New Scarf », par Dr Anna D. Gelber, Toronto, Ont. Deuxième prix: « Heart of Darkness », par Dr John H. Toogood, Montréal, P. Q. Troisième prix: « The Green Vase », par Dr H. J. Laudan, Saskatoon, Sask. Mentions honorables: « Late Afternoon Near Ste. Agathe », par Dr G. E. Tremble, Montréal, P. Q.; « The Three Sisters », par Dr Robert C. Riley, Calgary, Alta; « Social Security », par Dr Anna Wilson, Winnipeg, Man.; « Market — St. Vincent », par Dr Harvey Agnew, Toronto, Ont.; « Portrait », par Dr A. E. Robertson, Essondale, B. C.

#### *Section Photographie Monochrome*

Premier prix: « Lachesis », par Lt. Col. C. G. Wood, Ottawa, Ont. Deuxième prix: « Peaceful Valley », par Dr Stuart M. Rose, Lethbridge, Alta. Troisième prix: « Fragile Icing », par Dr L. J. Notkin, Montréal, P. Q. Mentions honorables: « Between Catches », par Dr Stanley Greenhill, Edmonton, Alta; « Song at Twilight », par Dr G. B. White, Port Colborne, Ont.; « Porthole View of New York », par Dr D. C. Eaglesham, Guelph, Ont.; « Enchanted Forest », par Dr W. P. Goldman, Vancouver, B. C.

#### *Section Photographie Translucide*

Premier prix: « Three Children », par Dr Griffith Binning, Saskatoon, Sask. Deuxième prix: « Autumn in B. C. », par Dr T. M. Jones, Victoria, B. C. Troisième prix: « Coprinus », par Dr J. F. Burgess, Montréal, P. Q. Mentions honorables: « Suzan's Bath », par Dr L. M. Edmunds, Smoky Lake, Alta; « Thunderhead », par Dr F. E. Wait, Saskatoon, Sask.; « Oxteam », par Dr D. C. MacDonald, North Battleford, Sask.; « Water-lilies », par Dr J. T. MacKay, Saskatoon, Sask.

#### *Section des étudiants.*

##### *Section Beaux-Arts*

Premier prix: « Old Barn — Bonaventure Island », par John S. Henry, Montréal, P. Q. Deuxième prix: « June — Stoney Lake », par D. G. Watson, Port Credit, Ont. Mentions honorables: « Old Friends », par Robert A. Love, Québec, P. Q.; « Cabane », par Claude Jutras, Montréal, P. Q.; « Black Explosives », par J. Allister Weir, Toronto, Ont.

##### *Section Photographie Monochrome*

Premier prix: « ooOH! », par Morris Resnick, Toronto, Ont. Deuxième prix: « Motif », par Claude Jutras, Montréal, P. Q.

##### *Section Photographie Translucide*

Premier prix: « Fishes in the Sun », par Claude Jutras, Montréal, P. Q.

## L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL INC.

### LES NOTES DU MOIS

#### *Tuberculeux ou non?*


Le médecin peut se trouver dans une situation bien embarrassante, devant certains cas de tuberculose. Qu'il s'agisse d'un certificat de santé permettant d'entrer dans telle ou telle carrière officielle, ou d'un examen pré-nuptial, ou d'une décision dans une question d'assurance, il est d'une très grande importance qu'il sache bien à quelle sorte de tuberculose il a affaire. Autrement, il risque de causer à son consultant un tort considérable. Je cite pour son information un passage du livre de Bezançon, *Le Tuberculeux guéri*: « A l'époque où tant d'auteurs accordent à la radiologie une importance abusive, il est des individus, porteurs de taches pulmonaires, que l'on réforme ou dont on entrave la carrière, alors qu'ils ne courent de danger ni aujourd'hui, ni demain. Voilà surtout pourquoi les notions si dissemblables de tuberculose évolutive de T. bénigne et de T. abortive, méritent d'être connues de tous, en particulier de ceux qui ont des responsabilités à prendre et qui lorsqu'ils portent un pronostic injustement sévère, commettent non seulement un crime contre la clinique, mais brisent l'avenir professionnel ou familial de sujets qui tantôt sont devenus bien portants et tantôt méritent de vivre comme s'ils étaient de bien portants. »

#### *La prophylaxie de la maladie tuberculeuse.*

On a souvent fait, et on peut le faire encore, la constatation de l'évolution rapide et grave de la tuberculose, chez les ruraux, en séjour prolongé dans les villes et qui n'ont pas acquis leur allergie par une contamination antérieure.

Aujourd'hui l'on fait une autre constatation; chez les adolescents et chez les adultes, entre la primo-

RHUMATISME • GOUTTE •  
GOUTTE • SCIATIQUE • RHUM  
RHEUMATISM • SCIATICA  
SCIATI • GOUT  
RHUMA  
SCIATI  
GOU  
FISM  
E • S  
RHUM  
TICA  
RI  
TE •  
E  
SCI  
MATISM  
RHE  
ISM • SCIATICA  
GOUTTE • SCIATIQUE • RI  
RHUMATISME • GOUTTE •

 **UROPRAZINE**

*Prendre 2 cuillerées à thé  
dans un demi-verre d'eau  
tiède, deux fois par jour,*

*Rim S. M.D.*

Préparée par  
**LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France**

Distributeurs exclusifs au Canada:  
**HERDT & CHARTON, INC. - Montréal**

infection et les incidents évolutifs, l'écart est considérablement réduit. Autrefois, il était plus long, s'étendant généralement de la petite enfance à l'adolescence. Ceci est dû aux modifications de l'endémie tuberculeuse. Nous savons que le nombre des tuberculeux diminue toujours et la majorité sont des cas de début ou modérément avancés. Grâce à l'enseignement de l'hygiène et aux mesures prophylactiques, grâce au diagnostic précoce et à la séparation des contacts, la contagion a fort diminué; elle s'opère tardivement soit à l'âge pubertaire, soit à l'âge adulte, qu'on a nommé l'âge de la phtisie; elle a tendance à devenir extra-familiale.

Cette situation de la tuberculose et ses conséquences imposent une orientation nouvelle à la lutte contre la tuberculose.

En premier lieu, la prophylaxie impose l'obligation de vacciner par le B.C.G. tous ceux qui ne réagissent pas à la tuberculine et qui pourraient se contaminer dans le milieu de travail ou de loisir. Cette obligation est d'autant plus grave que très souvent, entre le virage de la réaction et l'évolution dangereuse, il se passe à peine deux ans. Une maladie qui brûle les étapes porte en général un pronostic sombre.

En deuxième lieu, pour retracer les non-contaminés, il faut employer la réaction à la tuberculine chez tout sujet examiné, quel que soit son âge. Dans le cas des adolescents et des jeunes adultes qui n'ont pas d'histoire de contagion tuberculeuse dans leur famille et qui n'ont jamais eu de réaction tuberculique antérieure, il faudra garder ces consultants sous observation après une réaction positive, puisque l'on ignore à quel moment a eu lieu la contagion, afin de surveiller la première poussée évolutive qui pourrait se produire et être en mesure d'y remédier immédiatement. Sans doute, ces précautions systématiques peuvent compliquer le travail du médecin de famille, comme celui des cliniques antituberculeuses, mais il faut savoir que de plus en plus, à notre rôle de dépistage et de diagnostic, dans le cadre même de nos activités s'ajoute un rôle de prophylaxie, prophylaxie non plus seulement de la contagion, mais aussi de la maladie.

En troisième lieu, quand il s'agit d'une réaction devenue positive après avoir été négative, même si la radiographie ne donne pas d'image suspecte, il y a avantage à mettre le consultant en cure de repos prophylactique pendant un mois ou deux. Il est logique de penser que l'influence du repos va se manifester sur les lésions minimes, d'une façon beaucoup plus rapide que sur de grosses lésions. Nous devons avant tout éviter la première poussée évolutive. De tels consultants devront être gardés sous une surveillance médicale étroite, c'est-à-dire: répéter les examens cliniques et radiologiques à courts intervalles.

En conclusion, nos méthodes doivent être révisées et mises au point, suivant les données modernes de la science physiologique. Aux manifestations nouvelles de la tuberculose, nous devons opposer une méthode nouvelle de lutte et de prophylaxie.

Dr J.-A. JARRY, directeur médical.

### SUBVENTIONS À LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE POUR MONTRÉAL, P. Q.

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a annoncé qu'une somme de plus de \$120,000 prise à même les subventions fédérales à la santé vient d'être allouée à l'Hôpital Laurentien Royal Edward, à l'Hôtel-Dieu de Montréal et au Dispensaire antituberculeux de Québec pour continuer leurs services de dépistage et de traitement de la tuberculose dans le Québec.

M. Martin a ajouté que l'octroi à l'hôpital Royal Edward, se chiffant à plus de \$47,500, sera dépensé en partie à la division de Montréal et en partie à la division Laurentienne, à Sainte-Agathe-des-Monts. A la division de Montréal, un laboratoire de recherche et une section de traitement pour les yeux, les oreilles, le nez et la gorge seront installés et des appareils à rayons X d'une valeur approximative de \$15,000 seront ajoutés au dispensaire. Le reste de la subvention servira à installer un laboratoire et une salle d'opération et à acheter des appareils fluoroscopiques dans le sanatorium de Sainte-Agathe-des-Monts.

L'Hôtel-Dieu de Montréal projette d'établir une clinique permanente pour le dépistage des cas de tuberculose parmi ses malades et son personnel. Une subvention de \$19,300 financera l'achat de matériel radiographique et les appointements du personnel requis pour le fonctionnement de la clinique. M. Martin a fait observer que cette clinique diminuera les retards dans le dépistage de la tuberculose chez les particuliers infectés, accélérant ainsi le traitement et protégeant les autres malades ainsi que le personnel.

Une subvention fédérale de plus de \$53,000 a été approuvée en faveur du Dispensaire dirigé par la Ligue antituberculeuse de Québec, pour lui permettre d'étendre ses facilités de détection de la tuberculose. Des fonds fédéraux ont été spécialisés à l'obtention de matériel radiographique supplémentaire et pour payer les salaires du personnel additionnel, y compris un pathologiste à service continu, un directeur médical à service intermittent, quatre médecins à service intermittent et onze infirmières.

Sous le régime du programme national d'hygiène, le gouvernement fédéral affecte plus d'un million de dollars par année à l'expansion des mesures de lutte antituberculeuse dans Québec.

## description

Le *Prothricin* est un décongestif antibiotique, topique, isotonique, efficace et non toxique, contenant de la *tyrothricine* (0.02%), et du chlorhydrate de *Propadrine* (1.5%).

# prothricin

DECONGESTIF NASAL ANTIBIOTIQUE

**SHARP  
& DOHME**

## applications

Le coryza,  
la sinusite,  
la rhinite,  
et la congestion  
nasale.

## action

Le *Prothricin* est un décongestif nasale, qui conserve son efficacité bactéricide même en présence de pus et de mucus.

Présenté en flacons d'une once avec compte-gouttes.

SHARP & DOHME (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario

## REVUE DES LIVRES

J. MIALARET, chirurgien des Hôpitaux de Paris, et G. EDELMANN, chef de clinique chirurgicale à la Faculté. — **Les problèmes du traitement des ulcères perforés gastroduodénaux. La gastrectomie d'urgence — Indications et résultats.** Un volume de 136 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Est-il possible, sans aggraver le pronostic immédiat, d'améliorer l'avenir des opérés d'ulcères perforés, de les guérir non seulement de l'accident qu'est la perforation, mais aussi de l'ulcère, en pratiquant d'emblée la gastrectomie? Ou vaut-il mieux se contenter toujours, d'urgence, de la suture et ne réintervenir, s'il en est besoin, que secondairement, à froid, pour pratiquer la résection? Telle est la question, encore discutée, qu'aborde cet ouvrage.

Il présente le bilan actuel des résultats du traitement des ulcères perforés, base la plus solide des indications thérapeutiques. Les auteurs sont partis principalement de leurs constatations personnelles qui ont porté sur 389 observations.

La littérature traitant de l'affection ne s'occupe trop souvent que du résultat immédiat — la mort ou la survie du malade, négligeant les résultats éloignés. Les auteurs ont voulu au contraire convoquer tous les malades et en examiner la plupart; les autres ont répondu à un questionnaire suffisamment détaillé pour être utilisable. Ainsi le problème de l'avenir des malades a-t-il pu être traité avec la même rigueur que les suites opératoires immédiates.

### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — Historique. — Position actuelle des problèmes. — Arguments pour et contre la gastrectomie d'emblée. — Aspect anatomique de la perforation ulcéreuse. — Etude histologique. — Etude bactériologique. — Les résultats: Mortalité comparée de la suture et de la gastrectomie. Complications postopératoires des sutures. Résultats éloignés de la suture. Résultats de la gastro-entérostomie associée à la suture. Résultats de la gastrectomie. — Quelle doit

être en pratique la conduite à tenir? — Problèmes accessoires. — L'abstention opératoire. — Bibliographie.

René LERICHE, professeur au Collège de France. — **Anévrysmes artériels et fistules artério-veineuses. Physiologie pathologique et traitement.** — Un volume de 312 pages, avec 50 figures. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Ce livre, qui reproduit les leçons faites par l'auteur au Collège de France, fait suite à quatre volumes, antérieurement publiés, sur la physiologie pathologique et la chirurgie des artères. Il est consacré aux fistules artério-veineuses et aux anévrysmes. Essentiellement critique, il renouvelle plusieurs faces d'un problème qu'alourdit beaucoup le poids du passé. Il montre tout d'abord comment la fistule artério-veineuse, vraie maladie expérimentale, n'est, initialement, qu'une maladie fonctionnelle due à ce que la communication artério-veineuse crée une circulation parasite, greffée sur la grande: trop de sang, sous trop forte pression, arrive trop vite au cœur, alors que la périphérie n'en a plus assez, d'où des lésions artérielles, veineuses et cardiaques secondaires ou tardives qui n'en sont que la conséquence. Le fonctionnel crée ici l'anatomique sous nos yeux. S'inspirant de cette donnée, l'auteur montre par 29 observations personnelles que, pour guérir la maladie, il suffit de rétablir la circulation dans son intégrité en reconstruisant la voie vasculaire, soit par séparation de l'artère de la veine, soit par suture intra-artérielle de l'orifice de communication.

Au sujet des anévrysmes, l'auteur fait cette constatation imprévue que nous sommes incapables de fournir une définition applicable à tous les cas. La classique distinction en cylindriques, fusiformes et sacciformes, qui ne

## CRÉSOPIRINE

DOULEURS RHUMATISMALES,  
NÉVRALGIE, INSOMNIE, RHUMATISME ARTICULAIRE, AIGU, FÉ-  
BRILE, GRIPPE.

## DÉPUROGENE

DÉCONGESTIF RAPIDE DES  
PLÉTHORIQUES, ÉLIMINATEUR DE L'URÉE ET DE LA CHOLESTÉRINE  
DU SANG.

## FÉNUGRÈNE

PUISSANT AGENT D'AUG-  
MENTATION DE POIDS. POUDRE DE FÉNUGREC DÉSHUILÉE ET DÉSO-  
DORISÉE CONTENANT TOUS SES PRINCIPES ACTIFS, PHOSPHORES  
ET CHOLESTÉRINES.

## FUCUSOL

OBÉSITÉ. EMBONPOINT EXAGÉRÉ.

## MUTHANOL

SYPHILIS. A TOUTES SES PÉ-  
RIODES ET DANS TOUTES SES MANIFESTATIONS. LUPUS ERYTHÉ-  
MATEUX. PIAN-ANGINE DE VINCENT. LE MUTHANOL ASSURE  
UNE ACTION THÉRAPEUTIQUE INTENSE ET DE LONGUE DURÉE.

---

**HERDT & CHARTON, INC.**

MÉDICAMENTS DE MARQUE

2027, AVENUE DU COLLEGE MCGILL, MONTREAL

signifie pratiquement rien, doit être abandonnée. Ce qui domine la question, c'est le nombre des orifices sacculaires. Il y a des anévrysmes à un seul orifice et des anévrysmes à deux. Les spontanés sont tous du premier type. L'artériographie lui a permis d'étudier sur le vivant la circulation intrasacculaire: les divers aspects doivent en être bien connus, pratiquement. D'après l'analyse serrée des conditions de leur apparition, il semble que ces anévrysmes soient dus à une atrophie localisée de l'élastique, consécutive à des variations de pression locale.

Les anévrysmes traumatiques, très différents, ne sont que la conséquence de l'enkystement par le conjonctif voisin de la masse des caillots primitifs qui ont fait hémocstase après blessure artérielle. Leur organisation a toutes sortes d'inconnues qui n'ont pour ainsi dire jamais été étudiées et qu'on trouvera précisées. La question de la circulation collatérale et de son établissement est complètement renouvelée par la méthode sympathique que le Professeur Leriche défend depuis 1930 et dont la dernière guerre a établi la nécessité. Elle transforme les résultats.

Suit une étude critique de la valeur des trois méthodes générales qui se proposent de guérir l'anévrysme, pour aboutir à formuler les principes qui, dans le moment présent, doivent dominer la thérapeutique. Le traitement doit tendre à la conservation de la fonction circulatoire. Quarante observations personnelles servent de base à cette documentation.

#### DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. — *Fistules artério-veineuses*. — La fistule artério-veineuse expérimentale. Enseignements fournis par l'étude des vieilles fistules artério-veineuses de l'homme. Mode de constitution des fistules artério-veineuses. Principes actuels du traitement chirurgical: Des divers procédés de conservation de la voie artérielle. De l'excision entre quatre ligatures. Considérations inactuelles terminales.

II. — *Anévrysmes*. — Généralités et définitions. Anévrysmes spontanés: Caractères évolutifs et physiologie pathologique. Nature. Des anévrysmes à caractère expérimental. Evolution. Anévrysmes traumatiques. Méthodes de traitement: La ligature. Action directe sur le sac sans excision ni conservation de la continuité artérielle. De l'excision des anévrysmes. Procédés conservant ou rétablissant la continuité artérielle.

Conclusions: Principes actuels de la chirurgie des anévrysmes.

---

## ***Avis spécial à MM. les Médecins***

---

### *Diagnostic de la grossesse*

MAINTENANT     \$ **4.<sup>00</sup>**

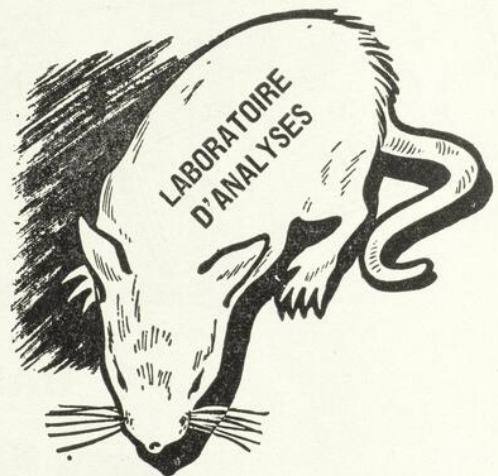
**Aussi analyses complètes du *sang* - de *l'urine*  
*sels* - *crachats* - *facteur R. H.***

Prises de sang faites à la pharmacie sans charge additionnelle.

Prises directes de l'urine par un médecin ou une garde-malade diplômée.

Nous envoyons chercher les échantillons à domicile (ville). Rapports le jour même.

Pour les clients de la campagne, nous expédions des bouteilles spécialement emballées, sur demande. (Rapports dans les 48 heures)



**DIRECTION : ARTHUR SARRAZIN et LUC CHOQUETTE,**  
Pharmaciens, chimistes analystes, bacheliers de l'Université de Montréal,  
Docteur de l'Université de Paris.

**ANALYSES : MÉDECIN, GARDE-MALADE, TECHNICIENNE MÉDICALE,**  
diplômées des Hôpitaux.



# ***Sarrazin & Choquette***

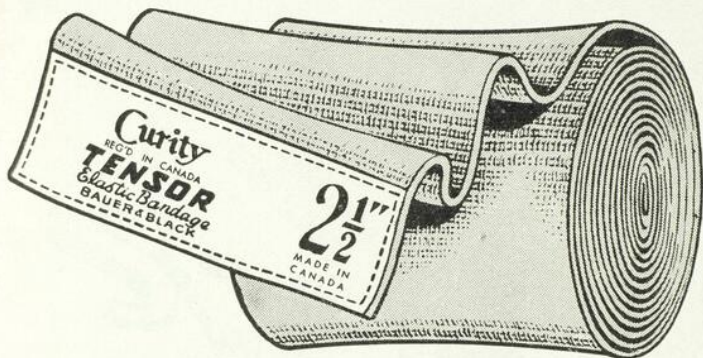
PHARMACIENS — CHIMISTES — ANALYSTES

921 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL — PLateau 9622

---



On peut se procurer TENSOR en largeurs de 2, 2½, 3, 4 pouces par 5½ verges de longueur.



## QUELLE D-É-T-E-N-T-E!

On pourra étirer **Tensor** maintes et maintes fois  
**SANS LE "FATIGUER"**

Chaque fois que l'emploi du pansement à pression est indiqué, on se doit de considérer les nombreux avantages de TENSOR.

Non seulement la bande élastique TENSOR s'étire-t-elle plus que n'importe quelle bande sans caoutchouc, mais elle garde son utilité thérapeutique après des applications répétées — même les lavages fréquents n'affectent en rien son élasticité.

Elle reste en place et ne glisse pas quand on l'applique sur des articulations. TENSOR exerce une pression constante et uniforme sans causer de constriction douloureuse ou nuisible tout en procurant au patient plus de mobilité et de confort.

Spécifiez le nom TENSOR.  
Il n'existe pas de meilleure bande élastique.

**BANDE ÉLASTIQUE**

# TENSOR\*

*Elle est tissée de fil de caoutchouc pur*

\*Nom déposé au Canada.

PRODUIT DE LA SOCIÉTÉ

**(BAUER & BLACK)**

DIVISION DE  
THE KENDALL COMPANY (CANADA) LIMITED  
TORONTO, ONTARIO

**Curity**  
REG. IN CANADA

# NEUROPHEN

UN ANTISPASMODIQUE, UN SÉDATIF  
ET UN ANALGÉSIQUE

## SÛR

FORMULE NOUVELLE ET ÉPROUVÉE

### PRINCIPALES INDICATIONS:

Le NEUROPHEN est indiqué pour soulager la douleur spastique, les états anxieux, les malaises et la céphalée présente dans les cas suivants: dysménorrhée, coliques biliaire et rénale, ulcères peptique et duodénal, hyperchlorhydrie, spasme du pylore, entéro-spasme et colites de diverses natures.

### FORMULE

Chaque comprimé contient:

Novatropine (Méthylbromure d'homatropine) .....	1 mgm.
Phénobarbital .....	20 mgms.
Acide Acétylsalicylique .....	150 mgms.
Menadione (Vitamine K) ...	0.25 mgm.

### POSOLOGIE

Un comprimé toutes les 2 ou 3 heures.  
Ne pas dépasser 6 comprimés par jour.

Il est important de noter que la toxicité de la Novatropine (méthylbromure d'homatropine) est 1/30<sup>e</sup> de celle de l'Atropine.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

## DYSMÉNORRHÉE...

Utilisés seuls comme analgésiques dans la dysménorrhée, les salicylates tendent à accroître le flux menstruel.

Tandis qu'associé à la vitamine K, comme c'est le cas dans le **NEUROPHEN**, l'acide acétylsalicylique combat efficacement la douleur tout en écartant le danger d'une ménorragie secondaire.

Ainsi, le **NEUROPHEN** produit-il à la fois analgésie et hémostase dans les cas de dysménorrhée associée à une hémorragie hypotherbinémique.

L'addition du méthylbromure d'homatropine (antispasmodique) et du phénobarbital (sédatif) à doses idoines exalte notablement la valeur de cette association médicamenteuse pour soulager la dysménorrhée.

**LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.**

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

## *Communiqué*

*Les*



999, Chemin Dovercourt, TORONTO, Ontario.

*sont heureux d'annoncer la récente nomination des*

### **Laboratoires Bio-Chimiques Inc.**

178 est, rue Jean-Talon - Montréal, P. Q.

*comme leurs distributeurs exclusifs pour les provinces suivantes:*

*Québec, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse,*

*Ile-du-Prince-Edouard, Terre-Neuve.*

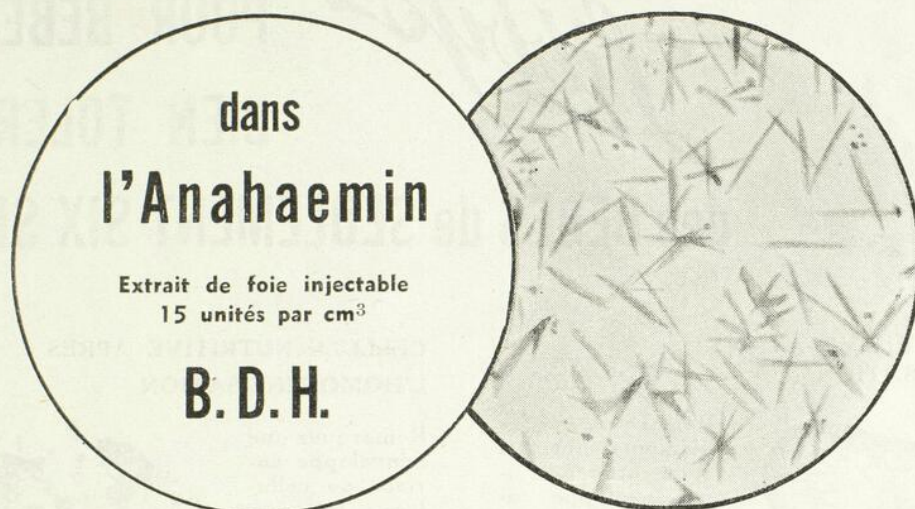
### **INTRA MEDICAL PRODUCTS**

999, Chemin Dovercourt, Toronto, Ontario.

*sont nos distributeurs exclusifs pour la province d'Ontario entière*

*et les provinces de l'Ouest.*

# LA VITAMINE B<sub>12</sub>



Microphotographie de la Vitamine B<sub>12</sub>, la substance qui combat l'anémie pernicieuse et que l'on a isolé de l'Anahaemin B. D. H.

Bien qu'on ait toujours basé l'activité de chaque lot d'Anahaemin B.D.H. sur des essais cliniques avant d'en faire la distribution, on a maintenant une preuve supplémentaire de son activité hématopoïétique depuis que dans les laboratoires de recherches de B.D.H.\* on a isolé des lots réguliers d'Anahaemin B.D.H. le principe anti-anémie pernicieuse sous une forme cristallisée.

Ce principe est identique à la substance appelée vitamine B<sub>12</sub> par Rickes et al. † Depuis que nous avons présenté l'Anahaemin B.D.H., il y a douze ans, ce produit a donné des résultats remarquables dans le traitement des anémies macrocytaires.

\* J. Pharm. Pharmacol. Jan. 194, p. 60.

† Science, 16 avril 1948, p. 397.

## THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

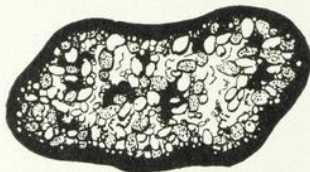
TORONTO

CANADA



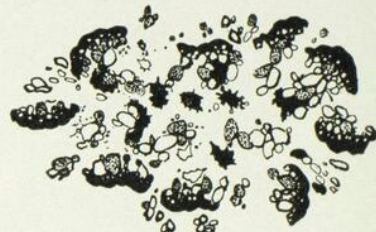
UNE EXPÉRIENCE CLINIQUE A MONTRÉ  
 QUE LES ALIMENTS HOMOGENÉISÉS  
*Libby's* POUR BÉBÉS SONT  
 BIEN TOLÉRÉS PAR  
 des BÉBÉS de SEULEMENT SIX SEMAINES

CELLULE NUTRITIVE AVANT  
 L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que les éléments nutritifs sont entourés d'une enveloppe coriace de cellulose que le tamisage ne brise pas. Les sucs digestifs insuffisants que contient l'estomac de bébé ne peuvent pas imprégner cette enveloppe de cellulose et les éléments nutritifs dont bébé a besoin sont perdus. Les aliments non digérés passent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et causer des dérangements sérieux.

CELLULE NUTRITIVE APRÈS  
 L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que l'enveloppe coriace de cellulose a été complètement brisée. Les éléments nutritifs ont été libérés pour que la digestion se fasse rapidement. Le danger des désordres intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est éliminé, et le bébé obtient plus de nourriture de la même quantité d'aliments.

Les Aliments tamisés et homogénéisés Libby's pour Bébés offrent une valeur nutritive importante. Un tableau montrant une analyse de ces aliments est à votre disposition. Pour en obtenir un exemplaire, les pédiatres et les médecins sont priés d'écrire à Libby's, Chatham, Ontario.

15 VARIÉTÉS LIBBY'S

Epinards

Carottes

Pois

Pois, Carottes, Epinards

Betteraves

Courges

Légumes avec Boeuf  
 et Orge

Légumes avec Bacon  
 et Orge

Soupe aux Légumes

Soupe au Foie

Compote de Pommes

Pommes et Pruneaux

Pommes et Abricots

Pêches

Pouding à la Cossetarde

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA, LIMITED  
 Chatham Ontario

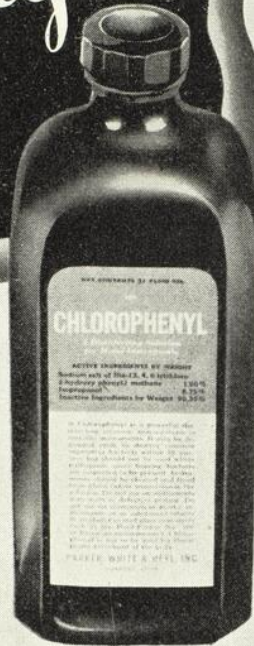
LMP 3-49

**SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR  
 BÉBÉS SONT HOMOGENÉISÉS**

Quand la destruction des spores n'est pas en cause

# Le Chlorophenyl

Constitue un agent de désinfection intéressant pour les SALLES D'HOPITAUX et les BUREAUX DE MEDECINS.



Cette puissante solution désinfectante est exempte de phénol (acide phénique) et de sels mercuriels. C'est un composé de phényl chlqriné dont le pouvoir microbicide embrasse une gamme étendue des bactéries communément rencontrées. (Voir le diagramme).



Le réceptacle à instruments B-P No. 300 est le contenant idéal au bureau, pour employer la solution.

Elle possède aussi ces avantages supplémentaires—

1. N'attaque pas les instruments métalliques et n'affecte pas le tranchant.
2. Volatilité faible—n'irrite ni les yeux, ni le nez, ni la gorge.
3. Ne tache pas le linge, la peau ou les tissus.
4. Même en cas d'exposition répétée, la peau n'est pas séchée ni crevassée. (Le Chlorophenyl ne peut être employé à des fins thérapeutiques).
5. Stable . . . ce produit garde son pouvoir bactéricide très longtemps.

Comparez le temps de destruction de cet agent bactéricide supérieur.

Bactérie	10% sang desséché	Pas de sang
Staph. doré	15 min.	2 min.
E. Coli	15 min.	3 min.
Strept. hémolytique	15 min.	15 sec.

Demandez-le à votre détaillant  
**PARKER, WHITE & HEYL, INC.**  
 Danbury, Connecticut

# Nouveaux Résultats Cliniques obtenus avec l'Acide Undécylénique dans le Psoriasis

## *Nouvelle série de cas traités par les capsules Declid*

● L'administration buccale de l'Acide Undécylénique dans les cas de psoriasis, d'abord étudiée en clinique privée<sup>1</sup>, est examinée plus en détail dans un nouvel article<sup>2</sup> consacré à une série de cas de cliniques.

Quarante malades qui jusque là s'étaient montrés réfractaires à toute autre thérapeutique ont été traités exclusivement par l'Acide Undécylénique (Capsules Declid), pendant une période de 2 à 27 semaines.

### *Degré d'amélioration*

Douze patients (30%) ont vu leur état "amélioré"; quinze (37%), "quelque peu amélioré"; dix (25%), "inchangé" et trois (7%), "pire".

"Amélioré" représente une amélioration importante; "quelque peu amélioré" veut dire une amélioration moins spectaculaire quoique très nette; dans certains cas, une régression a précédé un résultat favorable. On n'a observé aucun effet toxique important ou durable.

### *Tolérance*

Les capsules Declid d'Acide Undécylénique ont été administrées à doses massives et quotidiennes pendant de longues périodes de temps sans produire aucun symptôme d'intolérance ou incident sérieux.

Quelques malades se plaignent d'un goût amer dans la bouche, de nausées bénignes, ou d'éruptions. Les antiacides soulagent ces malaises. On note quelquefois une augmentation du péristaltisme intestinal. Si l'on a le cas, on conseille de diminuer ou de suspendre le traitement. Dans la plupart des cas, ces réactions secondaires ne se reproduisent pas quand on reprend l'emploi des doses thérapeutiques.

### *Posologie*

On ne doit pas s'attendre à des résultats immédiats ou constants. Dans chaque cas, la posologie doit être adaptée aux résultats.

Les capsules peuvent être prises entre les repas, après avoir mangé, ou avec des aliments, selon la meilleure tolérance du malade.

Posologie suggérée:

*Première semaine:* Quatre capsules Declid, trois fois par jour. Cette dose peut être maintenue, si les résultats sont satisfaisants.

*Deuxième semaine:* Six capsules Declid, trois fois par jour, si nécessaire.

*Après la deuxième semaine:* Huit à dix capsules, trois fois par jour, s'il y a lieu, et continuer jusqu'à disparition complète des lésions.

On obtiendra une meilleure tolérance en prenant les capsules avec une boisson gazeuse.

### *Adjuvant*

Quand l'effet de l'Acide Undécylénique tarde, les traitements ordinaires du psoriasis sont des adjuvants utiles. Un régime faible en matières grasses et des applications locales peuvent accélérer les résultats.

### *Contre-indications*

Le traitement par voie buccale au moyen de l'Acide Undécylénique est nouveau. Ses effets sur le métabolisme sont encore peu connus. On s'abstiendra donc de le prescrire aux malades débiles, diabétiques, hypertendus ou à ceux qui présentent des symptômes d'affections des vaisseaux coronaires ou de la vésicule biliaire.

Les capsules d'Acide Undécylénique Declid ne doivent être administrées que par un médecin ou sur ordonnance médicale. Flacons de 100 et de 1,000 capsules de 0.44 g. chacune. Littérature complète sur demande.

#### REFERENCES

1. Perlman, H. H.: Administration buccale de l'Acide Undécylénique dans le psoriasis et la névrodermite. *J. A. M. A.*, 139: 444 (12 février) 1949.
2. Perlman, H. H. et Milberg, I. L.: Administration buccale de l'Acide Undécylénique dans le Psoriasis. *J. A. M. A.*, 140: 865 (9 juillet) 1949.

## Acide Undécylénique Declid

DECYL PHARMACAL CO., distributeurs,  
PRINCETON, New Jersey.

# ACET-AMINOPHYLLINE

COMPRIMÉS ET SUPPOSITOIRES

Nouveau composé à base de théophylline destiné à la médication  
par voie orale ou rectale.

## COMPOSITION:

**L'ACET-AMINOPHYLLINE** est à la base de **glycinate de théophylline sodique** et renferme 50% de théophylline. Ce composé constitue un progrès considérable dans la thérapeutique à la théophylline. En effet, la théophylline, en raison de sa faible solubilité, doit, pour pouvoir être conservée en solution, être associée à d'autres substances. **L'ACET-AMINOPHYLLINE** peut être administrée sans aucun enrobage et à des doses que l'estomac du malade ne tolérerait pas s'il recevait des doses équivalentes de théophylline sous d'autres formes.

## PHARMACOLOGIE:

**L'ACET-AMINOPHYLLINE** exerce une action stimulatrice directe sur le myocarde, dont il améliore le rendement. Par action spécifique sur le centre respiratoire cérébral, il normalise la respiration du Cheyne-Stokes. Les artères coronariennes et périphériques subissent une dilatation temporaire. **L'ACET-AMINOPHYLLINE** relâche les fibres de la musculature lisse, spécialement des bronchioles. Il possède une action diurétique prononcée.

## INDICATIONS:

**L'ACET-AMINOPHYLLINE** est indiqué dans les cas suivants:  
Asthme bronchique — Respiration de Cheyne-Stokes — Insuffisance cardiaque — Œdème pulmonaire — Asthme cardiaque — Trombose coronarienne — Angine de poitrine — Hypertension — Comme diurétique dans l'œdème d'origine cardiaque.

## PRÉSENTATION ET POSOLOGIE RECOMMANDÉE:

Comprimés à 5 grains: Un ou deux comprimés trois fois par jour.

Chez l'enfant: proportionnellement à l'âge et au poids.

SUPPOSITOIRES: Adultes (10 grains): 1 suppositoire toutes les 4 à 6 heures.

## SOURCES À CONSULTER:

1. Bubert, H. M. et Cook, S.: J. South. Med. Ass., **41**: 146, 1948.
2. Bubert, H. M. et Cook, S.: Bull. School of Med., Univ. of Maryland, **32**: 175, 1948.
3. Paul, W. D. et Montgomery, A. E.: J. Iowa State M. S.
4. Krantz, Holbert et al.: J. A. Ph. A., **36**: 8, 1947.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

# Un nouveau comprimé offrant



## 1 un soulagement plus rapide avec 2 une meilleure tolérance gastrique

**BUFFERIN**, le nouvel analgésique antiacide de Bristol-Myers, soulage plus rapidement la douleur que l'acide acétylsalicylique seul parce qu'il est plus vite absorbé dans le courant sanguin. Des essais cliniques ont démontré que 10 minutes seulement après l'ingestion de **BUFFERIN**, les niveaux sanguins de salicylate sont approximativement 20% plus élevés que 20 minutes après l'ingestion d'acide acétylsalicylique seul.

**BUFFERIN** est mieux toléré, particulièrement chez les patients qui ont déjà subi des embarras gastriques occasionnés par l'acide acétylsalicylique seul.

**INDICATIONS:** — Pour le soulagement des céphalées et névralgies simples, des douleurs musculaires et des malaises éprouvés au cours de la grippe, des rhumes, des infections légères, et particulièrement pour ces cas de rhumatisme et d'arthritisme qui exigent une salicylo-thérapie intensive et prolongée.

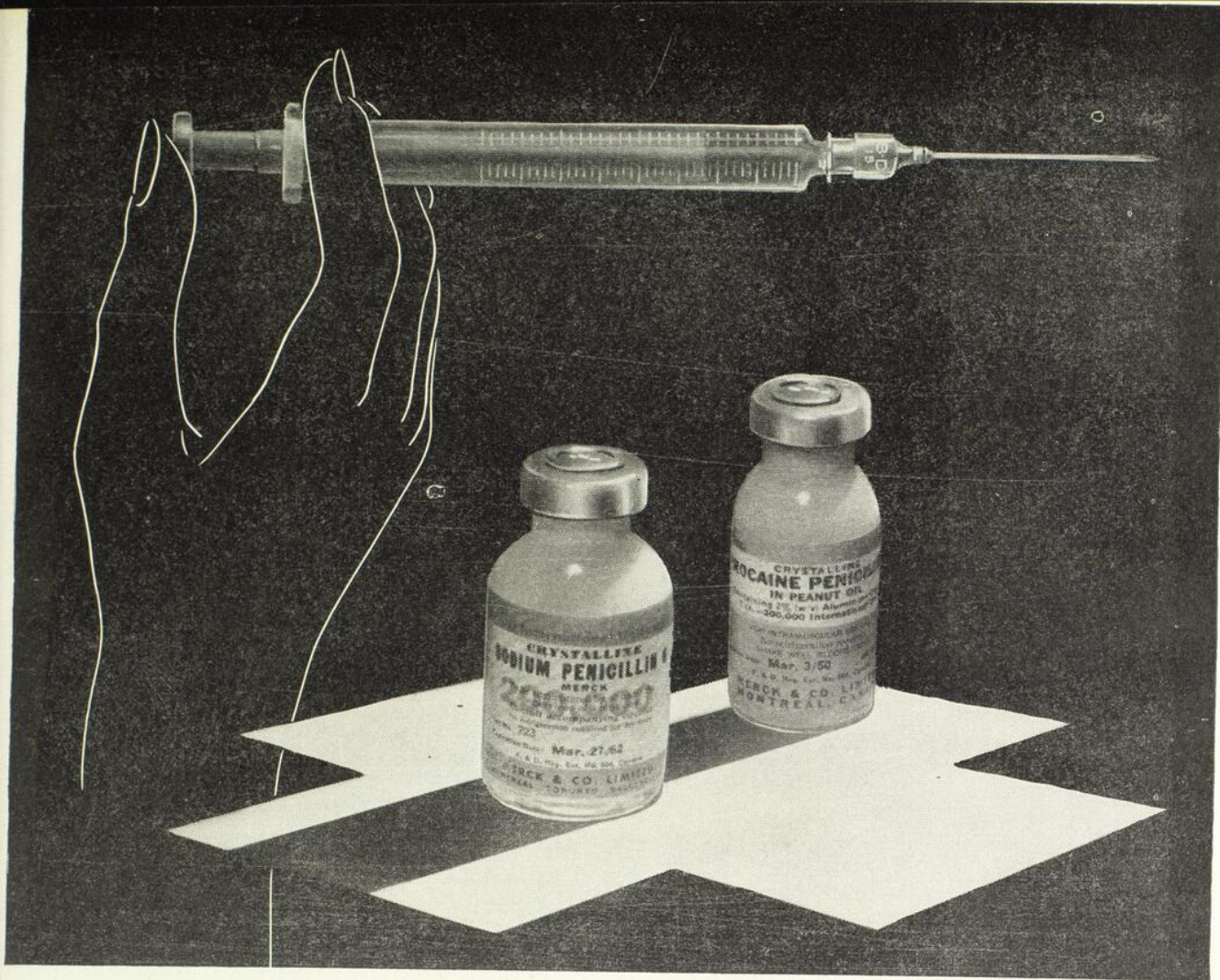
**BUFFERIN** ne contient pas de sodium. On peut le prescrire sans crainte aux malades astreints à un régime exempt de sodium.

Un comprimé de **BUFFERIN** associe 5 grains d'acide acétylsalicylique à des proportions optima de carbonate de magnésium et de glycinate d'aluminium.

**BUFFERIN** est offert en fioles de 15 et de 45 comprimés. Échantillons gratuits et documentation descriptive sur demande.

**BUFFERIN** est un nom déposé par BRISTOL-MYERS Company of Canada Limited

Un produit de BRISTOL-MYERS — 3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.



### **PÉNICILLINE G SODIQUE CRISTALLISÉE MERCK**

La Pénicilline G Sodique Cristallisée Merck est d'une pureté insurpassable.

L'absorption de la pénicilline en solution aqueuse s'accomplit promptement, permettant ainsi un effet thérapeutique rapide.

Les solutions sont faciles à manipuler et à injecter. La douleur et l'irritation au siège de l'injection sont réduites à un minimum.

### **PÉNICILLINE G PROCAÏNIQUE CRISTALLISÉE MERCK**

DANS L'HUILE D'ARACHIDE contenant 2% (p/v) de Monostéarate d'Aluminium

La profession médicale nous avait à plusieurs reprises demandé une pénicilline Merck capable de produire des niveaux prolongés de pénicillinémie; nous avons le plaisir de présenter notre PÉNICILLINE G PROCAÏNIQUE CRISTALLISÉE DANS L'HUILE D'ARACHIDE, contenant 2% (p/v) de Monostéarate d'Aluminium; s'obtient en fioles de 10 cm<sup>3</sup>.

**PÉNICILLINE G SODIQUE CRISTALLISÉE**

ET

**PÉNICILLINE G PROCAÏNIQUE CRISTALLISÉE**



# MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
  - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
    - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
      - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

## LE VACCIN BCG

### PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX\*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.
- Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE  
1863 - 1933

\*J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

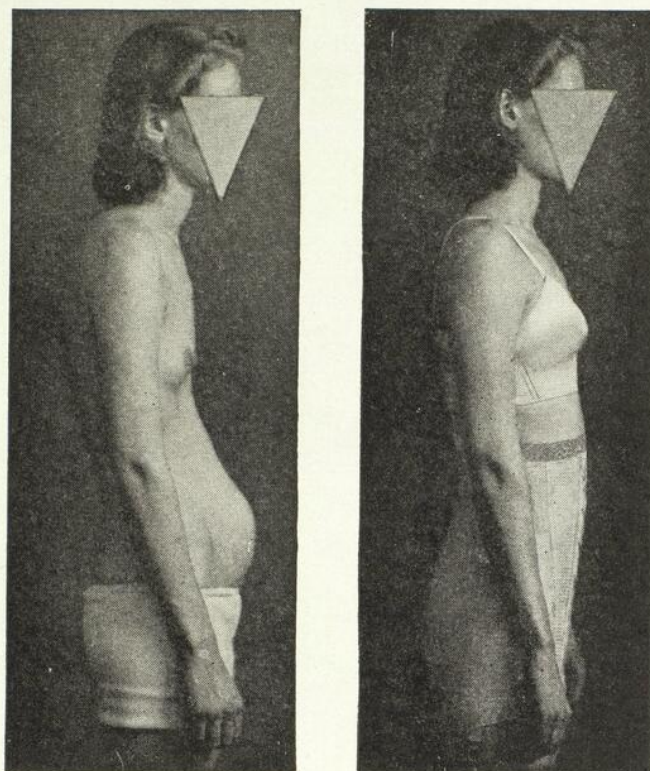
### INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

**un Support Spencer  
soulage les symptômes,  
contribue à une sensation  
de bien-être**



## *dans la* **Viscéroptose**

Spiesman\* a constaté que "presque tout patient souffrant de ptose" a trouvé le soulagement des symptômes, un renouveau d'énergie et une sensation de bien-être après l'application d'un bon support abdominal.

Le médecin peut se fier sur Spencer pour obtenir un bon support, car chaque Spencer est *dessiné, taillé et fait individuellement* pour chaque patient d'après des mesures détaillées et une description complète de la taille et de l'attitude de maintien du patient.

Avec un Spencer, la coordination du support abdominal à celui du dos invite à la bonne attitude de maintien, modifie l'inclinaison préjudiciable du bassin. Les organes ptosés se trouvent relevés à une position normale pour améliorer la circulation. Meilleures digestion, élimination et respiration sont souvent le résultat.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer" ou "Salon de Supports Spencer", ou écrivez-nous directement.

\*Spiesman, Manuel G., *Visceroptosis*. Rev. of Gastro., 7: 218, 234 (mai-juin) 1940.

**SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,**  
Rock Island, Québec.

**Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven,**  
Connecticut.

**En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited,**  
Banbury, Oxon.

.....  
Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

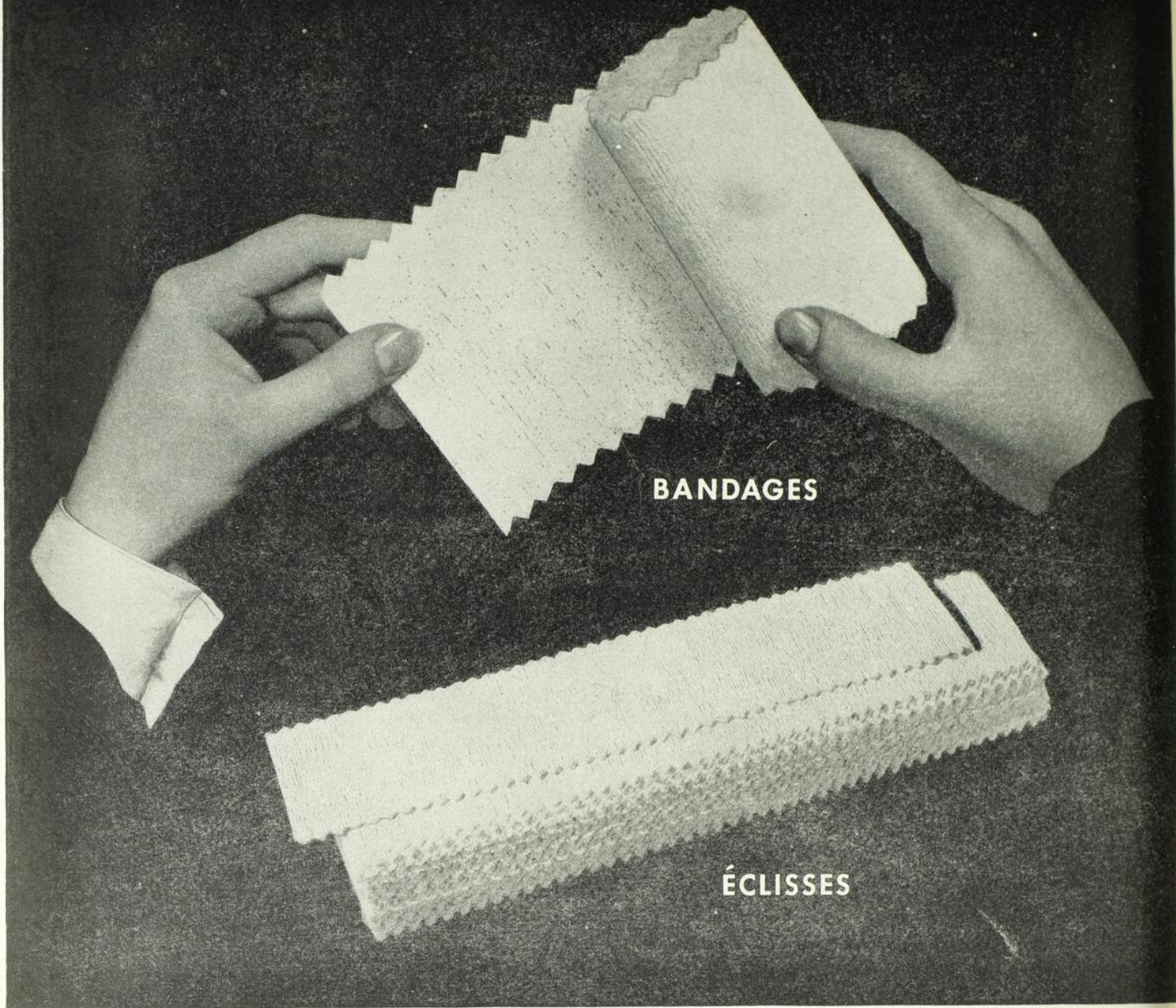
..... M.D.

Adresse .....

..... 151-9-49

**SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER**

**pour l'abdomen, le dos et les seins**



BANDAGES

ÉCLISSES

*"Specialist"* \*  
BANDAGES ET ÉCLISSES  
EN PLÂTRE, À SURFACE DURCIE

pour assurer l'immobilisation

Johnson & Johnson  
LIMITED MONTREAL

# UN NOUVEAU RECORD

dans la régénération maximum de l'hémoglobine établi avec

le

## GLYCINATE FERREUX



*sans risque de troubles gastriques*

### LE GLYCINATE FERREUX — MRT APPORTE:

LE RADICAL ACTIF GLYCINE, qui joue un rôle essentiel dans la régénération de l'hémoglobine et, en outre,

des quantités de fer assimilable sensiblement plus considérables que dans n'importe quelle autre préparation à base de fer.

### AUTRES AVANTAGES:

L'Elixir de Glycinate ferreux—MRT est si peu astringent qu'il ne fait pas cailler le lait . . . se mélange de façon idéale . . . Particulièrement intéressant chez l'enfant.

Les Capsules de Glycinate ferreux—MRT renferment le glycinate ferreux en suspension dans une huile comestible. Elles sont conçues pour traverser l'estomac sans y provoquer de réaction ni, par conséquent, de malaises gastriques . . . Absorption efficace dans l'intestin.

**Demandez la brochure explicative contenant une bibliographie  
comme source de références remarquables, etc.**



#### RÉFÉRENCE:

Shemin, D. et Rittenberg, D.: *J. Biol. Chem.*, 159: 567, 1945; *ibid.* 166: 621, 1946.  
Altman, K. I. et al.: *J. Biol. Chem.*, 176: 319, 1948.

# THE WINGATE CHEMICAL COMPANY LIMITED

M O N T R E A L



l'expérience médicale démontre que l'emploi des vitamines multiples comme complément à un régime balancé, est la meilleure garantie d'une ration adéquate de vitamines. Quand les vitamines sont ainsi administrées, tous les éléments nutritifs essentiels au progrès du patient sont fournis de façon certaine, précise et économique. Pour la prophylaxie et la thérapie, on peut se procurer les vitamines Upjohn pour ordonnances médicales en plusieurs variétés de formules de différentes efficacités répondant à tous les besoins des médecins et des chirurgiens.



## Les Vitamines Upjohn

384, Rue Adélaïde, Ouest

**Upjohn**  
TORONTO, ONTARIO

produits pharmaceutiques de qualité depuis 1886

# PASSITONYL

## FORMULE

pour 100 grammes:

Thiamine (B <sub>1</sub> )	6 mgm.
Riboflavine (B <sub>2</sub> )	8 mgm.
Acide nicotinique	72 mgm.
Nucléinate de Manganèse	0.20 gm.
Glycérophosphate de Soude	1.— gm.
Arrhénal	0.14 gm.
Fluorure de Sodium	0.05 gm.
Extrait mou de Passiflore	3.60 gms
Extrait mou de Saule	1.80 gm.
Teinture de Cratoegus	2.70 gms
Teinture de Primevère	0.90 gm.
Excipient q. s. p.	100 gms

Adultes: 1 cuillerée à dessert avant les repas, midi et soir.

Enfants: 2 cuillerées à thé par jour.

## SÉDATIF et TONIQUE NERVIN

Passitonyl est à la fois un tonique et un sédatif du système nerveux destiné à ramener rapidement un équilibre normal. Les éléments toniques de la formule évitent les sensations de lassitude et de dépression que peuvent donner les sédatifs, même légers.

**CALME et TONIFIE**

Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée, Montréal.

NEUROSOLÈNE — NERVOSISME — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — NERVOSISME

PILULE DE MÉGLIN

Activée par barbital

Synergie des petites doses

# NEUROSOLÈNE

Extrait de Jusquiame	0.017 gm.	} + Barbital 0.017 gm.
Extrait de Valériane	0.017 gm.	
Oxyde de Zinc	0.017 gm.	

SÉDATIF DU VAGUE

SANS TOXICITÉ

SANS ACCOUTUMANCE

SANS INTOLÉRANCES

Flacons de 60's. En 500 et 1,000 pour MM. les Médecins et Hôpitaux.

LABORATOIRES PAUL BRÉANT  
11, rue de Clichy, Paris (IXe)

Canada: LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, Montréal — \*HA. 0277

# d'après le MANUEL FRIGIDAIRE

Une seule spécification convient  
à votre installation frigorifique

Et Frigidaire  
possède  
l'équipement approprié  
et requis

En spécifiant l'équipement dont vous avez besoin, les ingénieurs Frigidaire choisissent les appareils parmi l'assortiment le plus complet de l'industrie pour la réfrigération et la climatisation de l'air. Vous obtenez le genre et le grosseur d'équipement approprié à vos besoins de refroidissement — vous ne gaspillez jamais d'argent, pour un équipement trop gros ou trop petit.

Vous obtenez toujours les trois points essentiels d'une réfrigération satisfaisante : non seulement une température adéquate, mais aussi une humidité relative et une circulation d'air appropriées.

Les compresseurs, unités refroidissantes et contrôles Frigidaire sont assortis avec un équilibre parfait comme une équipe de champions. Un personnel expert vous assure une installation et un entretien exacts.

## EXEMPLES D'ÉQUIPEMENT FRIGORIFIQUE PAR FRIGIDAIRE

POUR LES HÔPITAUX ET INSTITUTIONS

Réfrigérateurs genre armoire    Refroidisseurs pour l'eau  
Réfrigérateurs pour produits biologiques  
Installations pour chambres frigorifiées  
Cabinets pour crème glacée    Fabrication de la glace  
Congélateurs    Chambres de congélation

Recherchez — une meilleure réfrigération à un coût moindre  
Consultez dès maintenant votre Marchand Frigidaire local en Réfrigération Commerciale pour vos besoins frigorifiques. Son nom est inscrit dans les Pages Jaunes de l'Annuaire de Téléphone sous "Réfrigération". Ou adressez le coupon à Frigidaire Products of Canada, Limited, Montréal 28, P.Q.

Envoyez ce Coupon pour  
Renseignements Complètes



Frigidaire Products of Canada, Limited  
Dept. UM.  
6177 ouest, rue Sherbrooke  
Montréal 28, P.Q.

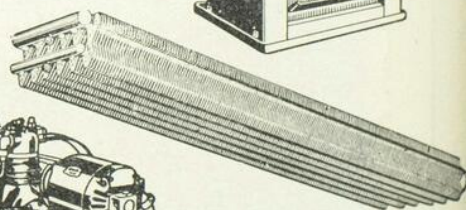
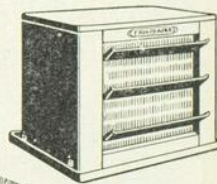
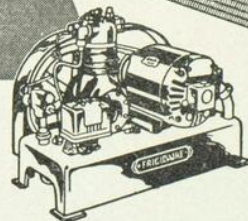
Veuillez s'il vous plaît m'envoyer les renseignements au sujet de  
l'équipement frigorifique pour.....

Nom.....

Nom de votre Compagnie.....

Adresse.....

Ville..... Prov.....



# FRIGIDAIRE

PRODUCTS OF CANADA LIMITED

MONTREAL, P.Q.

# HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

## FLACONS - AMPOULES

Anémies  
Convalescences  
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4  
de verre d'eau, par voie buccale.

## SIROP

Anémies des enfants  
Chloro-anémies

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée  
à café) avant les trois principaux repas.

— • —  
**Laboratoires du D<sup>r</sup> ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS**

Agents pour le Canada : **J. EDDÉ L<sup>tée</sup>**, New Birks Bldg., MONTRÉAL



LAB. GENÉVRIER  
45, Rue Michélie  
NEUILLY-PARIS

# EFFICACITÉ



Les contrôles complets qui régissent la fabrication de l'Aspirin assurent une efficacité uniforme. En tout, plus de soixante-dix vérifications et essais différents sont faits au cours de la fabrication du mieux connu de tous les analgésiques. La renommée de l'Aspirin, et son acceptation comme l'*analgésique* pour usage à la maison, font l'objet d'une surveillance jalouse. Dans l'une des plus belles usines de produits pharmaceutiques au monde, où l'Aspirin est fabriqué, l'*excellence* est le prototype de qualité.

**ARTICHOBYL** EXTRAIT DE FEUILLES  
FRAÎCHES D'ARTICHAUT.

*Maladies du foie. (Action très douce.)*

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

---

**AMINOBAINE** (AMINOPHYLLINE ET OUABAÏNE).

*Insuffisances cardiaques.*

4 à 8 dragées par 24 heures.

---

**AMINOPHYL** (AMINOPHYLLINE).

*Défaillances et algies cardiaques.*

1 à 2 dragées 3 à 4 fois par jour.

---

**CIGARETTES** ANTI-ASTHMATIQUES.

*Asthme — Rhume des foins — Coryza.*

2 à 6 par jour.

---

**DESANXYL**

*Régulateur de l'équilibre vago-sympathique.*

2 à 8 dragées par jour, une demi-heure avant les repas.

---

**PLURIGLANDINE**

*Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.*

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

---

**SULFORAZINE** GRANULÉ EFFERVESCENT.

*Rhumatismes — Goutte — Antisepsie urinaire.*

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

---

**VEINATONE**

*Affections veineuses.*

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

---

**J. EDDÉ Limitée**

Edifice New Birks,

**MONTRÉAL**



SE DISPERSER AVEC LE BOUT DES DOIGTS

## SUSPENSION AQUEUSE STÉRILE DE SUBSTANCES ŒSTROGÉNIQUES, R & C

Concentration uniforme—en un tour de main. La vitesse de sédimentation très lente donne amplement le temps de remplir la seringue sans changement appréciable de la concentration. Les cristaux ne s'agglomèrent pas en se déposant, mais se dispersent facilement sans agitation violente et sans mousser.

La grosseur des particules cristallines de la Suspension Aqueuse Stérile de Substances Œstrogéniques, R & C, est contrôlée: il y a de petites particules agissant rapidement pour enrayer les symptômes—d'autres, un peu plus grosses, qui exercent une action œstrogénique plus prolongée.



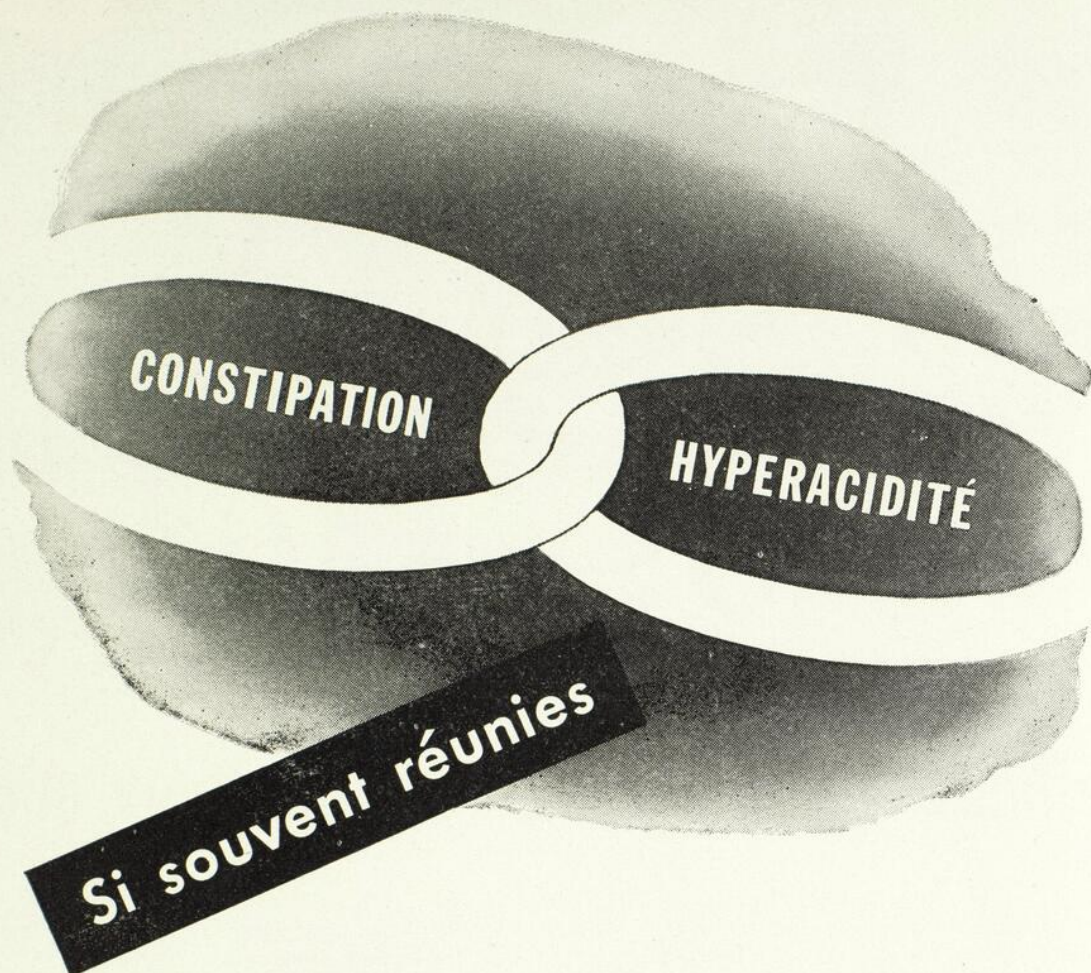
**Posologie:** Généralement 1 cc. (20,000 U.I.) en injection une ou deux fois par semaine.

**Présentation:** Fioles pluridoses de 5 cc. et de 10 cc. Lorsque la suspension est uniforme, chaque cc. contient l'équivalent de 20,000 U.I. d'Œstrone Etalon par cc.

**Reed & Carnrick (Canada) Ltd.**

64-66 est, rue Gerrard,  
Toronto, Ontario, Canada



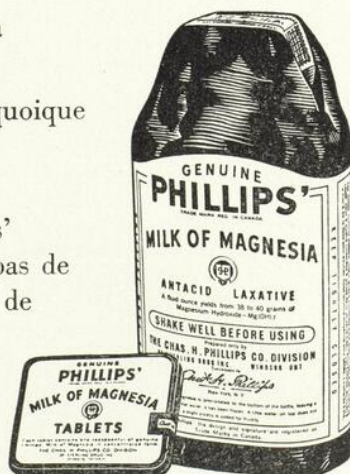


Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est l'agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

**Comme laxatif**—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

**Comme antiacide**—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

**DOSE:** Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe  
 Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé,  
 ou 1 à 4 tablettes



**LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'**

Préparé exclusivement par THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION, 1019 ELLIOT ST. W., WINDSOR, ONT.  
 de Sterling Drug Inc.



## Six auxiliaires des médecins--chacun d'eux qualifié!

**1 DRYCO** . . . un aliment pour bébés, vitaminé et facile à digérer, qui accélère la reprise du poids à la naissance, et fournit la meilleure nutrition pendant les premiers mois de la vie où la croissance est la plus rapide.

Grâce à sa teneur élevée en protéines, basse en matières grasses et modérée en hydrates de carbone, Dryco vous permet d'ordonner une formule qu'il est très facile de varier dans les cas d'alimentation *spéciale* comme dans les cas d'alimentation normale.

**2 LAIT PROTÉINÉ C.M.P.** . . . un lait acidifié riche en protéines, pauvre en matières grasses et *très pauvre* en hydrates de carbone. Il a été employé avec beaucoup de succès dans l'alimentation infantile dans des cas de diarrhée chez des bébés élevés au biberon, de dyspepsie, de dénutrition dues à des troubles gastro-intestinaux, de maladie coeliaque, et comme nourriture pour les prématurés lorsque l'on ne peut pas se procurer de lait de femme.

**3 LAIT À L'ACIDE LACTIQUE C.M.P.** . . . un lait pasteurisé déshydraté par pulvérisation, inoculé avec une culture de bacille d'acide lactique, et incubé jusqu'à ce qu'il ait le degré d'acidité voulu.

Le Lait à l'Acide Lactique C.M.P. possède toutes les excellentes qualités du produit fraîchement préparé et,

de plus, est uniforme et stable. On le reliquifie vite et facilement pour emploi immédiat.

**4 MULL-SOY** . . . un aliment émulsifié à base de fèves de soya, employé pour remplacer le lait dans les cas d'allergie au lait chez les bébés, les enfants et les adultes. Il a un goût agréable, est bien toléré et facile à digérer.

Mull-Soy, dilué avec un volume égal d'eau, possède toutes les propriétés nutritives essentielles du lait de vache ordinaire.

**5 LAIT ÉVAPORÉ BORDEN'S** . . . un lait complet, pur et frais, évaporé jusqu'à double concentration, et homogénéisé pour être plus lisse, facile à digérer, et être employé dans les formules d'alimentation pour bébés. Enrichi de vitamine D.

**6 KLIM** . . . lait en poudre, déshydraté par pulvérisation, contenant tous les éléments nutritifs précieux du lait complet frais. Un moyen simple et efficace de fournir plus de substances solides du lait sans augmenter le volume total du régime alimentaire.

Le procédé de déshydratation par pulvérisation donne un caillot mou et floconneux qui se digère facilement et qui est surtout désirable dans l'alimentation infantile.

Aliments *Borden's* pour Formules

**THE BORDEN COMPANY, LIMITED.**

De la documentation sera envoyée franco, par la poste, à tout médecin qui en fera la demande.

Division des Aliments pour Formules  
Spadina Crescent, Toronto 4, Ontario

# LABORATOIRES JEAN OLIVE

SPÉCIALITÉS  
PHARMACEUTIQUES  
FRANÇAISES

200, RUE VALLÉE

TÉL.: HARBOUR 0277

MONTRÉAL



*Docteur,*

*Voici quelques-unes de  
nos agences, quelques-uns  
de nos produits. Quels  
échantillons voulez-vous?*

## LABORATOIRES COUTURIEUX

79, rue de Tocqueville - - - PARIS

LANTOL — PANGLANDINE  
GLÉSION — ZYMOCALCIUM

## LABORATOIRES M. ROBIN

13 - 15, rue de Poissy - - - PARIS

IODONE — NUCLÉARSITOL  
PEPTONATE DE FER — GLYCÉRO-  
THIOFÈNE — STRYCHNARSITOL

## LABORATOIRES PORCHER

35, rue des Blancs-Manteaux - - - PARIS

DERMACIDE  
VITA-DERMACIDE  
ECZÉDA — ECZOSEC

## LABORATOIRES R. SAVOIRE

VENDÔME - - - FRANCE

PYOCOLINE

## LABORATOIRES DEPRUNEAUX

FONTENAY-SOUS-BOIS - (près PARIS)

PHOSPHONEUROL  
DIÉNOL RECTAL

## BIOCHIMICI S.A.

ZÜRICH (Suisse)

ATRIPHOS  
CORHORMONE

## LABORATOIRES FRAYSSE

21, rue de Neuilly - - - NANTERRE (France)

REVITALOSE  
HÉPATOPLASMINE  
ŒSTRODIÈNE (suppositoires)

## UNION DE PHARMACOLOGIE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE

AGEN (France)

HÉPAX  
NORMOGASTRYL  
ERGÉPATINE

## LABORATOIRES P. BAUDE

72, rue Saint-Dominique - - - PARIS

NESTOSYL

## LABORATOIRES P. BRÉANT

11, rue de Clichy - - - PARIS

NEUROSOLÈNE — DATURASOLÈNE  
BRÉAL — OSMO VACCINS



*La Librairie Beauchemin Limitée*

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

*offre*

ses services à tous les

MÉDECINS,  
ANNONCEURS

et

LECTEURS

de cette revue pour tous  
travaux d'impression et de  
reliure.

- Son outillage le plus perfectionné,
- Son personnel des plus avisés,
- Sont garantie de qualité,
- A des prix modérés.

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN  
SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

**LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE**

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL

MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 4236

## POULENC LIMITÉE

*En vertu de lettres patentes émises à Ottawa, le 8 août 1949, les Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée, porteront désormais le nom de POULENC LIMITÉE.*

*Cette nouvelle raison sociale, plus moderne et plus commode, ne change en rien la direction, l'administration, ni la politique de la maison POULENC qui, depuis bientôt trente ans, distribue dans tout le Canada des spécialités thérapeutiques de grande réputation. Ces préparations, toutes fabriquées ici à Montréal, ne sont mises sur le marché qu'après de sérieux travaux de recherche effectués par les plus hautes personnalités scientifiques de tous les pays, et des tests rigoureux de laboratoire et de clinique. Il est d'ailleurs reconnu que la marque "POULENC" est une garantie de sécurité et d'efficacité.*

*POULENC LIMITÉE continuera, comme par le passé, à se dévouer entièrement aux intérêts des médecins et des pharmaciens. Toujours à l'avant-garde du progrès, POULENC LIMITÉE s'intéresse aux travaux scientifiques du monde entier et fait tout en son pouvoir pour l'avancement de la médecine moderne et de la médecine canadienne en particulier.*

# Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

## AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

### ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et/ou psychiatrie	Radiologie

### ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et gynécologie	Otolaryngologie
Ophthalmologie	Urologie

### CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie	Obstétrique et/ou gynécologie	Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie	Ophthalmologie	Chirurgie plastique
Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique	Santé publique
Médecine interne	Otolaryngologie	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Neurologie et/ou psychiatrie	Pédiatrie	Chirurgie thoracique
Neuro-chirurgie	Pathologie	Urologie
	Bactériologie	

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, de même que des bulletins de demande, peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire honoraire,

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, 150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

# Hydroxyl

Régulateur de la digestion. De grande valeur et de saveur agréable

Il agit contre les fermentations et l'acidité. Il ne produit pas de gaz douloureux et, à ce point de vue, son action est plus efficace que celle des carbonates et des bicarbonates.



**Renferme par once fluide:**

Papaïne .....	1 grain	Magnésie hydratée	
Pancréatine .....	1 grain	(fraichement précipitée) représentant en magnésium l'équivalent de	
Diastase .....	1 grain	Carbonate de magnésium .....	100 grains
Oxyde de bismuth hydraté (fraichement précipité) représentant en bismuth l'équivalent de Sali-		Sulphocarbolate de	
cyclate de bismuth..	4 grains	Soude .....	5 grains

DOSE: Une à deux drachmes.

**La Compagnie J. F. HARTZ Limitée**

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

Toronto

Montréal

*Demandez les Produits pharmaceutiques HARTZ*

Pratiquée chez soi ou ailleurs

## L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

Simplifie la recherche du sucre et de l'acétone dans les urines

**PAS D'ÉPROUVETTES - PAS DE DOSAGE - PAS D'ÉBULLITION**

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Éclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

*Galatest*

Pour la recherche du sucre dans l'urine

*Réactif à l'Acétone* (Denco)

pour la recherche de l'acétone dans l'urine

**LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES**

1. Un peu de poudre



2. Un peu d'urine

Modification de couleur instantanée  
Notices descriptives sur demande.



Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle de couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".

**THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY**

286 ouest, rue St. Paul, Montréal

Pour la ménopause

AMÉLIORATION  
DU MÉTABOLISME  
DES OESTROGÈNES

ADOUCCISSEMENT  
DES SYMPTÔMES  
D'INSUFFISANCE



AVEC  
LE

**COMPOSÉ  
"QUESTRIN"**

("Questrin" — marque "Frosst" de substances  
œstrogènes naturelles conjuguées (équines),  
hydro-solubles et actives "per os" standardi-  
sées colorimétriquement et biologiquement.)

Il est définitivement établi que le foie requiert un apport suffisant de vitamines du groupe B pour opérer convenablement le métabolisme des hormones œstrogènes. Certaines indications nous permettent de croire qu'un grand nombre de femmes n'absorbent pas toujours suffisamment de vitamines du groupe B, du moins à l'âge de la ménopause. Aussi, considérons-nous qu'il est thérapeutiquement judicieux de combiner avec les œstrogènes naturels hydro-solubles les facteurs du groupe B.

Actif "per os", hautement efficace et bien toléré, le composé "Questrin" apaise promptement les symptômes de la ménopause et les autres manifestations d'insuffisance œstrogénique. Les patientes éprouvent une sensation de bien-être physique et moral que ne procurent pas les préparations synthétiques.

**COMPOSÉ "QUESTRIN" 10 M  
S. C. T. N° 430 "Frosst"**  
coloré en rose

Chaque comprimé contient:  
une quantité de "Questrin" équivalente, en  
activité biologique, à 1.25 mg. de sulfate d'œstrone sodique,  
plus

levure de bière concentrée . . . . .	100 mg.
chlorhydrate de thiamine . . . . .	3 mg.
riboflavine . . . . .	2 mg.
niacinamide . . . . .	10 mg.
chlorhydrate de pyridoxine . . . . .	1 mg.
d-pantothénate de calcium . . . . .	5 mg.
acide ascorbique . . . . .	25 mg.
vitamine D . . . . .	500 un. int.

Posologie: 1 à 3 comprimés par jour.

**COMPOSÉ "QUESTRIN" 5 M  
S. C. T. N° 429 "Frosst"**  
coloré orange

Chaque comprimé contient:  
une quantité de "Questrin" équivalente, en activité biologique,  
à 0.625 mg. de sulfate d'œstrone sodique  
plus les mêmes facteurs énumérés à la formule S.C.T. No 430.

POSOLOGIE:

1 comprimé 2 à 3 fois  
par jour.

PRÉSENTATION:

flacons de 20 et de 100  
comprimés.

**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTREAL CANADA



Veuillez aussi voir notre  
annonce à la page IV

TRAITEMENT LOCAL  
EFFICACE ET  
NON TOXIQUE DE LA

*Fièvre*

*des Foins*

En exerçant une action anti-congestive et  
adoucissante sur les membranes irritées..

*Estivin*

enraye rapidement la démangeaison et la sensation de brûlure des yeux, le larmolement excessif et l'éternuement spasmodique. Estivin peut être employé associé à un autre médicament pour soulager la fièvre des foins.

Une goutte dans chaque œil, 2 ou 3 fois par jour, suffit ordinairement pour que le malade ne soit pas incommodé durant la saison entière de la fièvre des foins. Dans les cas plus graves, lorsque les symptômes réapparaissent, des applications supplémentaires assureront un soulagement pendant toute la journée.

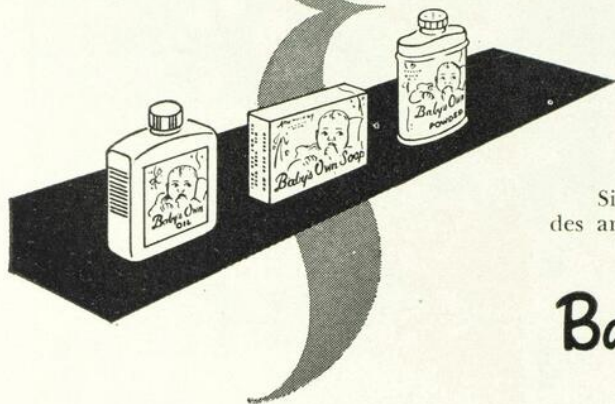
*Échantillons et documentation  
sur demande.*

Concessionnaires pour le Canada:  
**LAURENTIAN AGENCIES**  
429, rue St-Jean-Baptiste  
Montréal



**Schieffelin & Co.**  
Pharmaceutical and Research Laboratories  
20 Cooper-Square New York 3, N.Y.

## Baby's Own s'honore de votre confiance



Depuis longtemps la profession médicale honore les produits BABY'S OWN de sa confiance. Et les fabricants de BABY'S OWN sont convaincus que c'est la pureté, scrupuleusement contrôlée, de leurs produits qui leur vaut cet honneur. Nous nous renseignons constamment sur les nouvelles méthodes thérapeutiques approuvées par les médecins afin de conserver à nos produits leur qualité incomparable. La pureté et la douceur du savon, de l'huile (libre de tout antiseptique) et de la poudre BABY'S OWN sont d'une importance capitale pour l'épiderme des bébés. Si vous désirez utiliser ou recommander en toute confiance des articles de toilette pour les soins de l'épiderme des bébés, vous ne trouverez mieux que BABY'S OWN.

**Baby's Own** - SAVON - HUILE - POUDRE

The J. B. Williams Co. (Canada) Limited  
La Salle, P. Q.

**DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE**  
*Toujours le même but:*

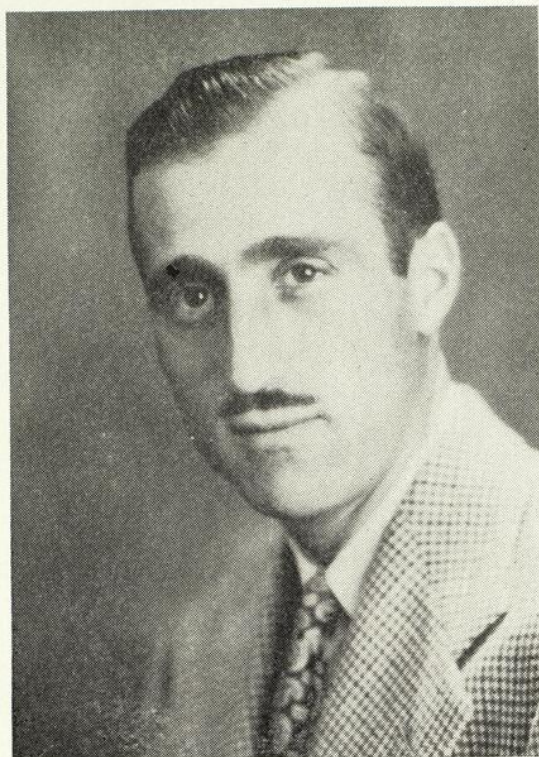
**RÉDUIRE LE TAUX DE LA  
MORTALITÉ INFANTILE**

*Par la Qualité de nos Produits*

**J. B. Williams**  
LIMITÉE

*M. Donat Saulnier,*

*à qui les autorités suisses de la maison HOFFMANN - LA ROCHE viennent de confier la direction de la maison Roche canadienne. M. Saulnier a travaillé comme attaché scientifique pour la maison HOFFMANN - LA ROCHE pendant 10 ans. Il est pharmacien diplômé de l'Université de Montréal et est bien connu dans le monde médical du Québec.*



# PAVERAL

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

• • **COQUELUCHE** • •

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

**AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL**



*Votre tâche — et la nôtre:*

## CONSTITUER UNE BASE SOLIDE

Vos soins attentifs donnent aux enfants cette structure osseuse et dentaire saine, si nécessaire à une croissance normale. Nous sommes heureux de prendre une certaine partie de cette responsabilité en vous fournissant le Lait Evaporé Nestlé's — reconnu par le Monde médical comme élément essentiel pour une « ossature robuste ».



**Nestlé's Milk Products (Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO



Sédation et  
euphorie pour  
les patients  
nerveux et  
irritables

## VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: **LYSTER CHEMICALS, Ltd.** 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

COMPRIMÉS

# TRI-SULFA

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA en suspension contient 0.30 gram. par cuillerée à thé.

**SULFATHIAZOLE**

**SULFAMÉRAZINE**

**SULFADIAZINE**

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA sans bicarbonate, à 0.50 gram. par comprimé et 0.30 gram. par comprimé pour enfant.

**La Cie CANADA DRUG CO., Montréal**

# BETAGEN

## VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

### PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B<sub>1</sub>  
(chlorure de Thiamine)  
Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B complexe  
B<sub>2</sub>, B<sub>1</sub>, B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub>  
Lécithine d'œufs  
Avénine  
  
Glycérophosphates  
de Sodium  
de Calcium  
de Potassium  
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

## Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.**, Montréal

ARTHRITISME

## Lyxanthine

Astier

Iodo-propanol sulfonate de sodium, bitartrate de lysidine, gluconate de calcium

"par son action bienfaisante dans les cas de désordres physiologiques, amène fréquemment un soulagement symptomatique et objectif..."

*Tarsy, 1. M.: M. Times 73: 101 (Avril) 1945.*

Granulés effervescents d'un goût agréable, en flacons de 60 grammes

Flacon-Echantillon  
(suffisant pour 10 jours)

sur demande à:

**ROUGIER FRÈRES, 350 rue LE MOYNE, MONTRÉAL 1**

Fabricants et Concessionnaires au Canada pour les

**Laboratoires du Dr. P. Astier, Paris, France**

RHUMATISME CHRONIQUE

Lunettes  
verres ophtalmiques

— o —  
Examen de la vue  
— o —

**ALBANY PHILIE. O.D.**

ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES  
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

**Dupuis Frères**  
LUNETTES

**MONTREAL**

# SANATORIUM PRÉVOST



Façade Sud du nouveau Sanatorium Prévost. Tous les pavillons sont maintenant ouverts aux malades à l'exception du "pavillon bleu", à l'extrême droite, que l'on aménage présentement pour abriter des laboratoires et quelques chambres.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

#### BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Jean-Léon Desrochers, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN.

TÉLÉPHONE: BYwater 2405 ★

**PARCE QUE LES MÉDECINS PRESCRIVENT  
LE LAIT CARNATION PAR SON NOM...**

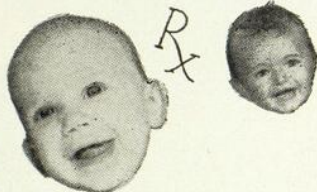
Rx

Rx

**On nourrit plus de  bébés**



**au Carnation qu'à tout autre**



**lait évaporé**

"Mon médecin l'a recommandé", disent la plupart des mamans qui se servent de Carnation pour leurs bébés.

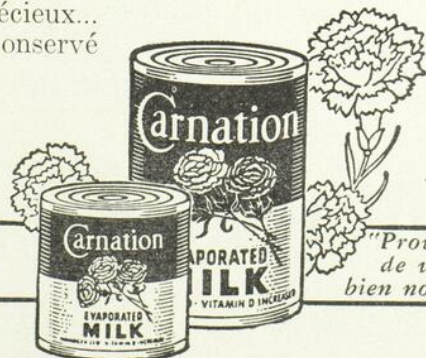
Afin d'être à la hauteur de cette responsabilité — envers le médecin, la maman et le bébé — la fabrication du Lait Carnation est contrôlée avec la même précision qu'une ordonnance. L'évaporation, l'homogénéisation, l'augmentation de la teneur en vitamine D et la stérilisation du Lait Carnation sont constamment soumises à un contrôle sévère. Des tests sans cesse répétés et une surveillance étroite assurent la conformité du produit

aux normes les plus élevées de sécurité, d'uniformité et de valeur nutritive... normes auxquelles vous pouvez vous fier. Quand vous prescrivez le Lait Carnation par son nom, vous pouvez donc être assuré que chaque boîte qui porte ce nom est digne de votre confiance. La Carnation Company Limited estime que cette confiance du corps médical est son bien le plus précieux... qui doit être conservé à tout prix.



\*Des relevés portant sur toute la population indiquent qu'il y a plus de Lait Carnation employé dans l'alimentation des bébés que toute autre marque de lait évaporé.

**Le Lait Que Tout Médecin Connait**



"Provenant de vaches bien nourries"

*Acceptation constatée!*

*Tolérance constatée!*

*Avantages constatés!*

## Viandes Swift's pour Bébés



Naturellement, seuls les produits éprouvés méritent votre recommandation pour l'alimentation infantile. Les Viandes Swift's pour Bébés sont des produits éprouvés. Eprouvés au cours d'essais cliniques alimentaires. Des bébés de six semaines *acceptèrent* et *tolérèrent* une formule à laquelle il avait été ajouté des Viandes Swift's Passées au Tamis et *profitèrent* à merveille. Ces études indiquè-

rent que les protéines de la viande sont tout aussi facilement digérées que les protéines du lait par les enfants de cet âge. Les bébés nourris avec de la viande étaient dans un *meilleur état physique et plus satisfaits* que ceux du groupe-témoin. La viande, un aliment reconnu comme étant hématopoïétique, aide à prévenir l'anémie infantile.

### La Viande—un aliment protéique, riche en vitamines B et en fer

Spécialement préparées, douces et lisses, les Viandes Swift's Passées au Tamis facilitent la première alimentation carnée. Les viandes étant parées d'un façon experte, le gras est réduit au minimum. Une cuisson experte assure le maximum de conservation des éléments nutritifs de la viande—les

protéines complètes et de haute qualité nécessaires pour la croissance, les vitamines B naturelles et le fer.

Aliment protéique complet, les Viandes Swift's Passées au Tamis font que *tous* les amino-acides essentiels sont utilisables *simultanément* pour une synthèse protéique optimum. Six viandes—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur—fournissent une variété d'aliments et donnent à bébé de bonnes habitudes alimentaires. Pratiques pour la maman—prêtes à faire chauffer et à servir. Pour de plus amples renseignements en ce qui concerne les Viandes Swift's pour Bébés, écrivez à Swift Canadian Co. Limited, Dept. B.M.F., Toronto 9, Ontario.



Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

Morceaux de viande tendres de la grosseur d'une bouchée—suffisamment fermes pour encourager la mastication, aider la dentition. La saveur tentante des Viandes Swift's Coupées en Dés aide à prévenir l'anorexie chez les bébés plus âgés et chez les jeunes enfants.



# SWIFT



...la première marque en fait de viandes

...la première avec Viandes 100% pour Bébés

## TABLE DES ANNONCEURS

	Pages		Pages
Abbott Laboratories .....	XLI-XLII	Laboratoires Jean Olive (Specialités pharmaceutiques françaises) .....	LXXXIII
Ames Company of Canada Ltd. (Decholin) .....	XXIX	Laboratoires Jean Olive (Passitonyl) — (Neurosolène) ..	LXV
Anglo-French Drug Co. (Hemo-Bex) .....	XLIII	Laboratoires Lafayette .....	LII
Aspirin .....	LXVIII	Laurentian Agencies Ltd. (Acide undécylénique) .....	LVI
Ayers, McKenna & Harrison Ltée (Premarin) - (Supplavite Drops) .....	XXI-XXII	Laurentian Agencies Ltd. (Estivin) .....	LXXXVII
Bauer & Black (Bande élastique Tensor) .....	L	Lederle Laboratories (Facteurs alimentaires essentiels) ....	XI
Berex Pharmacal Co. (Berex) .....	XVII	Libby McNeil & Libby of Canada Ltd. (Aliments homogénéisés) .....	LIV
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Gomme pénicilline) ..	XL	Librairie Beauchemin Ltée .....	LXXIV
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Bufferin) .....	LVIII	Mead Johnson & Compagny of Canada Ltd. (Rétrospective) .....	Troisième page de la Couverture
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Anchaemin) ..	LIII	Merck & Co. Ltd. (Streptomycine et Dihydrostreptomycine) I	
Borden Co. Ltd., (The) (Aliments) .....	LXXII	Merck & Co. Ltd. (Mandelamine) .....	V
Burroughs, Wellcome & Co. (Digoxin) .....	XXV	Merck & Co. Ltd. (Pyridium) .....	XXXIII
Canada Drug Co. (Betagen) .....	LXXXI	Merck & Co. Ltd. (Cobione) .....	XXXV
Canada Drug Co. (Pavéral) .....	LXXIX	Merck & Co. Ltd. (Pénicilline G. Sodique cristallisée) — Pé-nicilline G. Procainique cristallisée) .....	LIX
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa) .....	LXXX	Merrell (Decapryn) .....	XXX
Carnation Company Ltd., The .....	LXXXIII	Millet, Roux & Cie. (Scillitrine) .....	XIII
Casgrain & Charbonneau Ltée (Amyg-Bis) — (Asthmagyl) — (Neurex) — (Stomagel) .....	XXVI	Mowatt & Moore Ltd. (Magnesed) .....	XIX
Casgrain & Charbonneau Ltée (Rayon « X ») .....	XXVIII	Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lait évaporé) ....	LXXX
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) ....	LXXV	Philipps, Co. (The Chas. H.) (Lait de magnésie) .....	LXXI
Compagnie Ciba Ltée .....	XV-XVI	Parker, White & Heyl, Inc. (Chlorophenyl) .....	LV
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Galatest) — (Réactif à l'acétone) .....	LXXVI	Poulenc Limitée .....	LXXV
Dupuis Frères (Examen de la vue) .....	LXXXI	Poulenc Limitée (Dycholium) Deuxième page de couverture	
Eddé, J., Ltée (Artichobyl) — (Aminophyl) — (Desanxyl) — (Sulforazine) .....	LXIX	Reed et Carnick (Canada) Ltd. (Substances oestrogénique, R. et C.) .....	LXX
Eddé, J., Ltée (Hamostyl) — (Neurinase) — (Alepsal) ..	LXVII	Rougier Frères (Lyxanthine Astier) .....	LXXXI
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (Service éthique aux médecins) .....	Première page de couverture	Rougier Frères (Nitrinose) .....	III
Frigidaire Products of Canada Ltd .....	LXVI	Sarrazin & Choquette (Analyses complètes) .....	XLIX
Frosst, Charles E. & Co. (Composé « Questrin ») .....	LXXVII	Sanatorium Prévost .....	LXXXII
Frosst, Charles E. & Co. (Composé « Questrin ») .....	IV	Sandoz Pharmaceuticals Ltd. (Calcium-Sandoz) — (Calcibronat-Sandoz) .....	XXXIV
Frosst, Charles E. & Co. .....	VII-VIII	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Prothricin) .....	XLVII
Hartz Ltée, La compagnie J. F. (Hydroxyl) .....	LXXVI	Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Ferrochlor) ..	XLV
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins) .....	II	Smith, Kline and French-American Corp. (Sulfate de dexédrine) .....	XXXIX
Herd & Charton, Inc. (Osmopak) — (Vertavis) .....	XLIV	Smith & Nephew Ltd. (Gangrène des orteils) .....	XXXVII
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine) .....	XLVI	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) ....	LXI
Herd & Charton, Inc. (Crésopirine) — (Dépurogene) — (Fénu-grène) — (Fucusol) — (Muthanol) .....	XLVIII	Squibb & Sons (Canada) Limited, E. R., (Rubramin) .....	IX
Hoffmann-La Roche, Limitée .....	LXXIX	Standard Pharmaceutical Co. (Valerianets-Dispert) ....	LXXX
Hoffmann-La Roche, Limitée (Syntrogel) .....	XXVII	Swift Canadian Co. Ltd. (Aliments) .....	LXXXIV
Horner (Frank W.) Ltd. (Somnol) .....	XXXVI	Upjhon (Les Vitamines) .....	LXIV
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) .....	LX	Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor) ..	LXXXVI
Johnson & Johnson Ltd. (Bandages et éclisses) .....	LXII	Vinant Ltée (Antigrippine Midy) .....	XVIII
Joubert, Limitée, J.J. .....	LXXXVIII	Vinant Ltée (Rhinamide Bailly) — (Pulmo Bailly) .....	XX
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Neurophen) .....	LI	Venant Ltée (Pipérazine Midy) — (Pommade Midy) ....	XXIV
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Nomination) .....	LII	Williams Co. (Canada) Ltd. The J. B. (Baby's Own) ..	LXXXVIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Acet-Aminophylline) ....	LVII	Wingate Chemical Company, The (Glycinate ferreux) ..	LXIII
Laboratoires Desautels Ltée (Vitogyl) .....	XXXVIII	Winthrop-Stearns Inc. (Neo-Synéphrine) .....	XXIII
Laboratoires Desbergers Ltée (B-Totum concentré et vitamine C) Quatrième page de la couverture		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (Neohetramine) ....	XXXI
		Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (B. Plex) .....	XXXII

# SAL-IODUM VALOR

**UN**

**SPECIFIQUE**

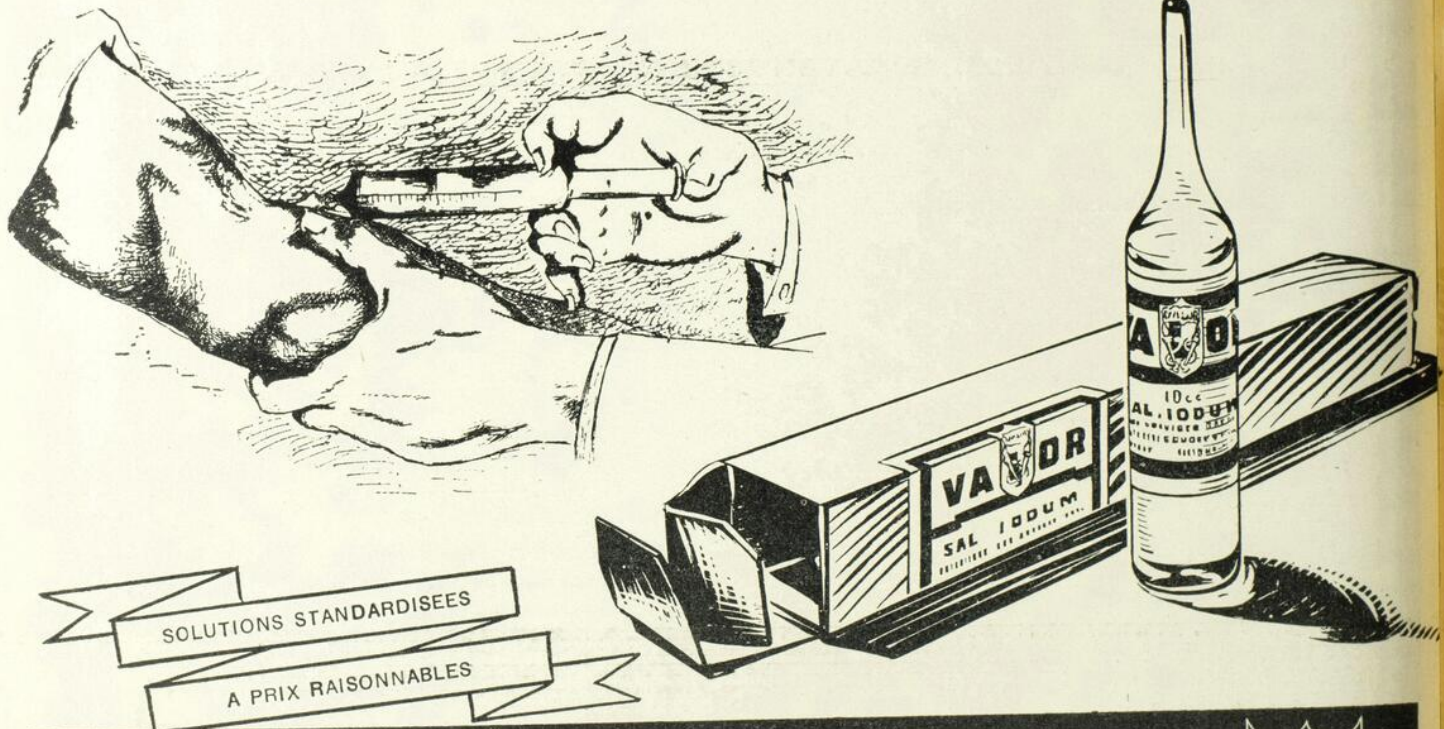
**DU**

**RHUMATISME**

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.  
Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.



**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.**

**MONTREAL**





HAUTE CONCENTRATION DU COMPLEXE VITAMINIQUE B  
SUPPLÉMENTÉE PAR 160 MGM. VITAMINE C  
PAR COMPRIMÉ

# B-TOTUM CONCENTRÉ et VITAMINE C

## FORMULE:

Chaque comprimé contient:

THIAMINE HCL .....	7.5 mgm.
RIBOFLAVINE .....	7.5 mgm.
NIACINAMIDE .....	20.0 mgm.
PYRIDOXINE HCL .....	0.5 mgm.
PANTOTHÉNATE DE CALCIUM .....	2.0 mgm.
ACIDE ASCORBIQUE (VITAMINE C).....	160.0 mgm. ✓

## INDICATIONS:

Toutes les manifestations nerveuses, digestives, cutanées, imputables directement ou indirectement à la déficience des vitamines B et C, telles que névrites, perte d'appétit et de poids, nutrition post-opératoire.

### Conditionnement:

Flacons  
de  
50 dragées



### Posologie:

2 - 3 comprimés  
par jour  
selon le cas