



Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

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

XVIII^e CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE
FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
QUÉBEC
4-5-6-7 septembre 1944

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec



Lilly

La Recherche Moderne a fourni une précieuse contribution pour les soins médicaux. Elle est responsable des agents thérapeutiques innombrables qui sont maintenant partout acceptés et prescrits quotidiennement. L'Edifice de Recherches Lilly et son personnel sont sans égaux. Ce personnel saisit avec plaisir l'opportunité de coopérer avec les travailleurs indépendants dans toutes les sphères de la science médicale.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
TORONTO, ONTARIO



CORYPHÉDRINE

ASSOCIATION TRÈS EFFICACE DE

Acide acétylsalicylique 0 gr. 50
Chlorhydrate d'éphédrine 0 gr. 015

L'association de l'acide acétylsalicylique et du chlorhydrate d'éphédrine réalisée par la Coryphédrine présente de nombreux avantages thérapeutiques.

Prise dès l'apparition des premiers signes du rhume de cerveau, la Coryphédrine constitue un véritable médicament abortif de cette affection.

Lorsque le rhume est nettement déclaré, la Coryphédrine atténuera d'une façon sensible les différents symptômes pénibles qu'il engendre.

Grippe

INDICATIONS
GRIPPE
CORYZA
RHINITE
SINUSITE
TRACHÉO-
BRONCHITE

Posologie - Adulte: 1 à 4 comprimés par jour.

Présentation: Contenants de 20, 100, 500 et 1000 comprimés.

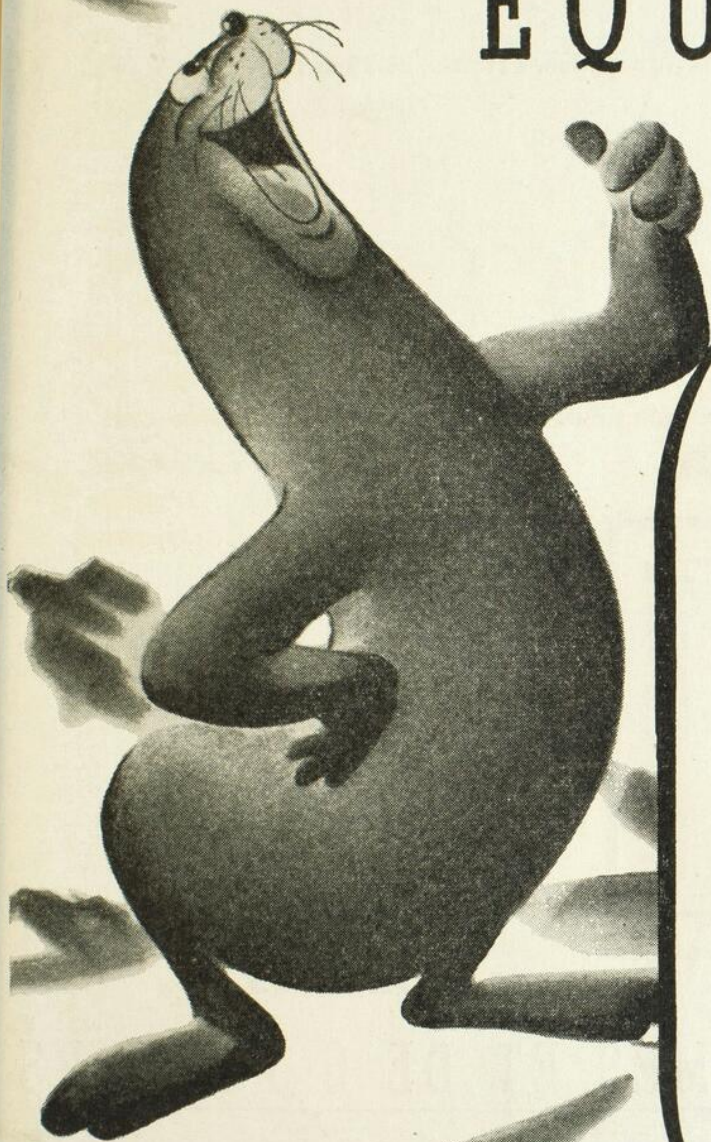
Échantillon médical fourni aux médecins, sur demande.

Laboratoires Poulenc Frères

DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL



ÉQUILIBRE!



Un comprimé "Supplavite" chaque jour procure des quantités suffisantes de toutes les vitamines les plus essentielles. La teneur de ce produit correspond aux besoins quotidiens minima de l'organisme en vitamines, tels que précisés par le Conseil de Pharmacie et de Chimie de l'Association médicale américaine.*

Chaque comprimé contient:

Vitamine A.....	5,000 unités int.
Vitamine D.....	500 unités int.
Vitamine B ₁	333 unités int.
Riboflavine.....	2 mg.
Nicotinamide.....	10 mg.
Vitamine C.....	35 mg.

Préparation équilibrée de vitamines essentielles

PRÉSENTÉE EN BOUTEILLES DE
36 ET 100 COMPRIMÉS

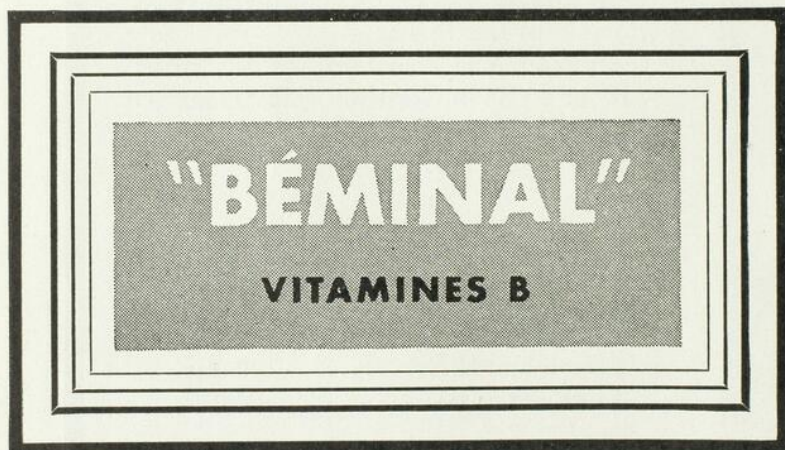
*J.A.M.A. 119:948
(18 juillet) 1942.

"SUPPLAVITE"

SOMMAIRE

BULLETIN

Charles VEZINA	
Le XVIII ^e congrès de l'A.M.L.F.A.N. à Québec	233
Albert LeSAGE	
La syphilis — maladie sociale	234
Donatien MARION	
Réunion des organisations médicales nationales, Toronto, 28-29 janvier 1944	239
R. A.	
N'oublions pas la France	242
• • •	
Jacques LeBEAU	
La hernie du cervelet au-dessus du tentorium	243
Lionel GROLEAU	
A propos du traitement des fractures des deux os de la jambe	252



- COMPRIMÉS
- CONCENTRÉ
- INJECTABLE
- COMPOSÉ
- LIQUIDE
- GRANULÉS

Une VARIÉTÉ de **6** FORMES ET DE 6 TENEURS

La série des préparations "Béminal" permet au médecin de traiter chaque patient qui souffre de carence en vitamine B selon son cas particulier. On recommande les Comprimés "Béminal", le "Béminal" Concentré ou le "Béminal" Injectable dans les cas où la thérapeutique exige une teneur élevée. Le "Béminal" Composé, le "Béminal" Liquide ou les Granulés "Béminal" se montrent efficaces dans les déficiences moins prononcées.

Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée

Biologistes et Pharmaciens • MONTREAL, Canada



EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La **LYXANTHINE ASTIER**

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine¹... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethyldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal

Veuillez m'envoyer de la littérature documentaire:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville..... Province.....

SOMMAIRE

(Suite)

RECUEIL DE FAITS

- Philippe PANNETON
Le traitement causal des iritis et particulièrement des iritis bacillaires 259
- J.-Antonio LECOURE
Diagnostic de l'abcès cérébral 263

REVUE GENERALE

- Pierre SMITH
Perforation des ulcères gastro-duodénaux 266
- Réal DORE
Diagnostic différentiel des tumeurs cervicales 269

MOUVEMENT MEDICAL

- Léopold MANTHA
Traitement du rhumatisme chronique déformant par les sels d'or avec
adjonction de théobromine et de salicylate de soude 271

EDITORIAL

- Roma AMYOT
La chimiothérapie de la tuberculose 273
La leucotomie frontale en psychiatrie 273
La pénicilline contre la syphilis 274

A messieurs les médecins:

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

ARTHUR HIRBOUR

*est tout indiquée
pour la préparation
de vos ordonnances*

NOUS N'EM-
PLOYONS QUE
LES PRODUITS
CHIMIQUES
SUPÉRIEURS.



40 ANNÉES
D'EXPÉRIENCE
COMME PHAR-
MACIE PRO-
FESSIONNELLE.



R_y

Angle SAINT-DENIS et DE MONTIGNY — Téléphone: LANcaster 7356 — MONTREAL



Soulagement agréable des symptômes douloureux

de la **CYSTITE**, de la **PYÉLONÉPHRITE**, de la **PROSTATITE**, de l'**URÉTRITE**

Le soulagement symptomatique, prompt et efficace, réalisé par l'administration du Pyridium est très réconfortant pour le malade souffrant de troubles urinaires douloureux tels que: mictions douloureuses, fréquentes et pénibles, ténésme et irritation périnéale.

Les malades qui ont bénéficié d'un soulagement efficace et rapide de leurs douleurs par l'emploi du Pyridium éprouvent une grande confiance envers leur médecin et son traitement.

Le Pyridium est facile à administrer et peut être continué pendant toute la durée de la cystite, de la pyélonéphrite, de la prostatite et de l'urétrite. La dose orale moyenne est de 2 comprimés trois fois par jour.

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires

MERCK & CO. LTD.

Fabricants chimistes

MONTREAL - TORONTO

SOMMAIRE

(Suite)

MEDECINE SOCIALE

C.-A. GAUTHIER (traduction)

Les modes de rémunération sous le plan d'assurance-maladie 275

MEDECINE PRATIQUE

SAVY

Conduite thérapeutique dans l'énurésie 278

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1875 281

ANALYSES 283

MEDECINE

L'usage clinique de l'Isinglass (283). L'emploi de l'Isinglass comme substitut du sang dans l'hémorragie et le choc (283). Pyélonéphrite unilatérale et hypertension (283). La pénicilline dans le traitement des infections. Rapport portant sur 500 cas (283).

CARDIOLOGIE

Persistance de la digitalisation après usage de la digitale et de la ouabaïne (285).

ENDOCRINOLOGIE

La psychologie féminine au cours du cycle menstruel (286).

CHIRURGIE

Drainage et fermeture de la plaie dans l'appendicite (287).

NEURO-PSYCHIATRIE

Quelques observations sur l'usage du curare comme préventif des complications dans la thérapie convulsive par le choc (287).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Simplification d'une opération correctrice de la paralysie bilatérale des dilatateurs des cordes vocales (288).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

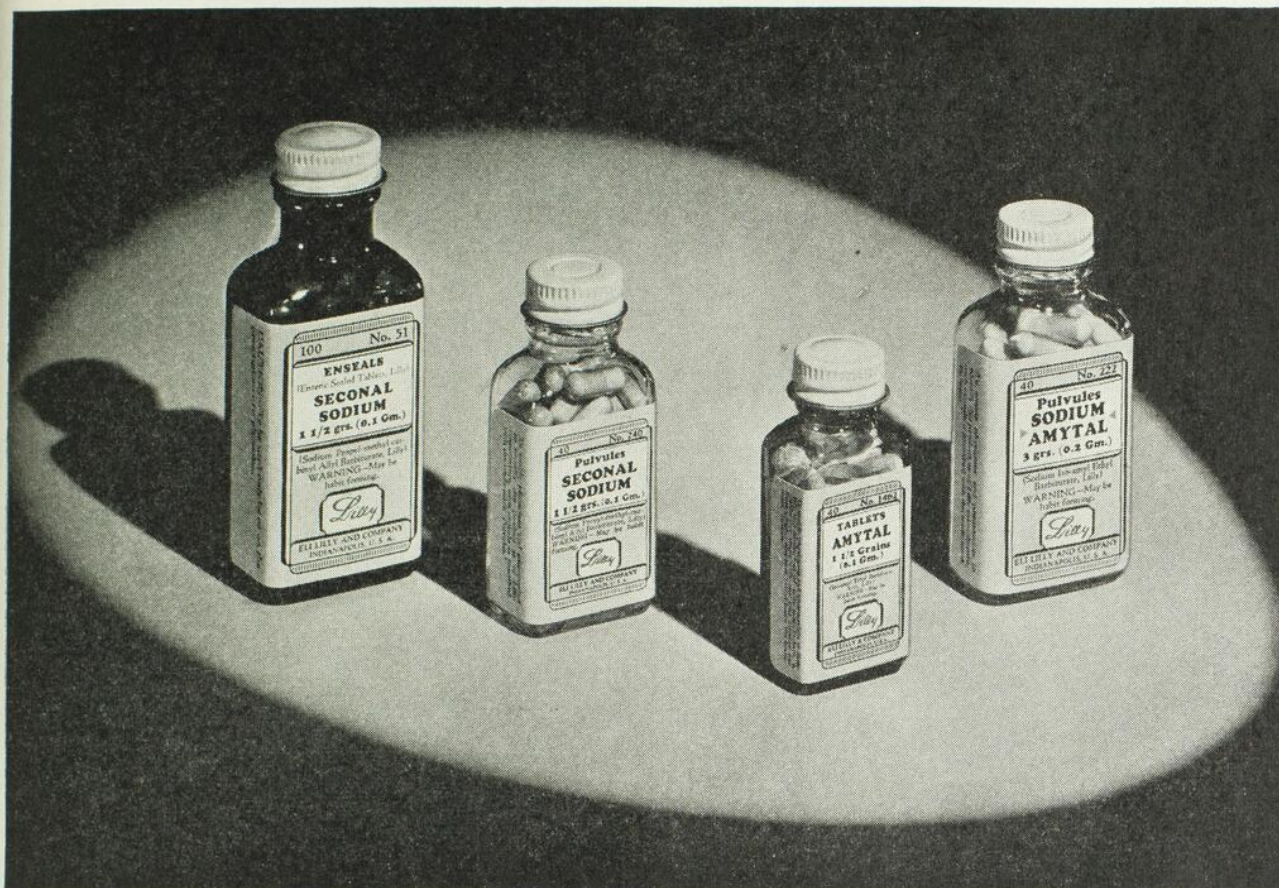
Traitement des mycoses cutanées par le chlorure d'éthyle (288). Le diagnostic différentiel du lymphogranulome vénérien et de la chancrelle par le laboratoire et les épreuves cutanées (289). Sporotrichose à la suite d'une piqûre de maringouin (290).

SOCIÉTÉS 291

Société Médicale de Montréal. Séance du 18 janvier 1944 (291). Société de Chirurgie de Montréal. Séance du 22 janvier 1944 (293). Société de Phthisiologie de Montréal. Séance du 30 septembre 1943 (300). Séance du 25 octobre 1943 (301). Société de Gastro-entérologie de Montréal. Séance du 26 janvier 1944 (302). Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame. Séance du 16 décembre 1943 (305).

NECROLOGIE 316

NOUVELLES 316



La thérapeutique par les barbiturates

Le vaste champ d'utilité des barbiturates les qualifie comme des accessoires précieux dans l'arsenal du médecin. Ils sont employés dans l'insomnie simple, l'hystérie, la neurasthénie, la dysménorrhée et comme médication préanesthésique. Ils sont aussi employés dans le traitement symptomatique des nausées, du mal de mer, de la migraine et dans la répression du délire associé parfois à des attaques fébriles. Au premier plan dans le champ des barbiturates citons: 'Amytal' (Iso-amyl Ethyl Barbituric Acid, Lilly) recommandé comme sédatif et hypnotique; 'Seconal Sodium' (Sodium Propyl-methyl-carbinyl Allyl Barbiturate, Lilly), hypnotique rapide de courte durée; et 'Sodium Amytal' (Sodium Iso-amyl Ethyl Barbiturate, Lilly), hypnotique actif et anticonvulsif.

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA) LIMITED
TORONTO, ONTARIO

Lilly

**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée en 1872



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, J.-A. Leduc, D. Masson,
T. Parizeau, E. Saint-Jacques (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, Albert Bertrand, R. Boucher, A. Comtois, Edouard Desjardins, Edmond Dubé, C.-A. Gauthier, L. Gérin-Lajoie, Renaud Lemieux, A. LeSage, Paul Letondal, A. Marin, D. Marion, O. Mercier, L.-P. Petitclerc, J.-N. Roy, Roméo Roy, Jean Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith, Eugène Tremblay, R.-E. Valin, J.-A. Vidal, Sénateur Lacasse.

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Assistant-rédacteur en chef

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Edouard Desjardins
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire de la Rédaction

Roma Amyot

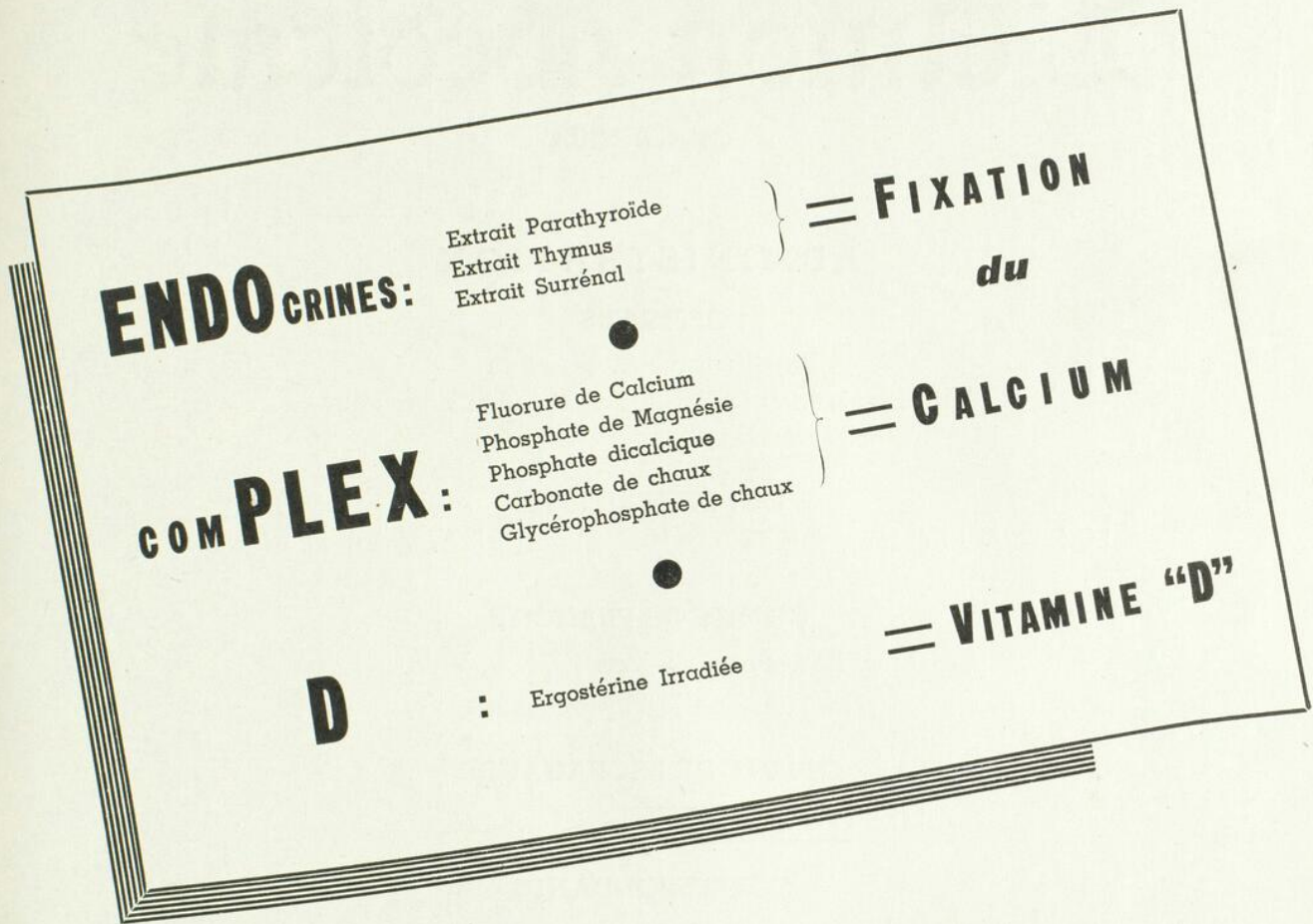
Secrétaire adjoint à Québec
Maurice Beaudry
128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, Yves Chaput, René Dandurand, R. Doré, Guy Drouin, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, De la Broquerie Fortier, L.-H. Gariépy, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Georges Hébert, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Paul La Rochelle, C. Lefrançois, Sylvio Leblond, J. LeSage, A. Magnan, Emile Maranda, Antonio Martel, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.

Endo - Plex - D

COMPLEXE ENDOCRINO-MINÉRAL VITAMINE



Ajoute aux principes de reminéralisation intégrale les propriétés centuplées de l'huile de foie de morue

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215, rue Saint-Denis — Montréal

**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: C.-A. Gauthier
Vice-Présidents: L.-C. Simard et J.-A. Denoncourt
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. C.-A. Gauthier, A. LeSage, L.-C. Simard, J.-A. Vidal, D. Marion.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.
Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

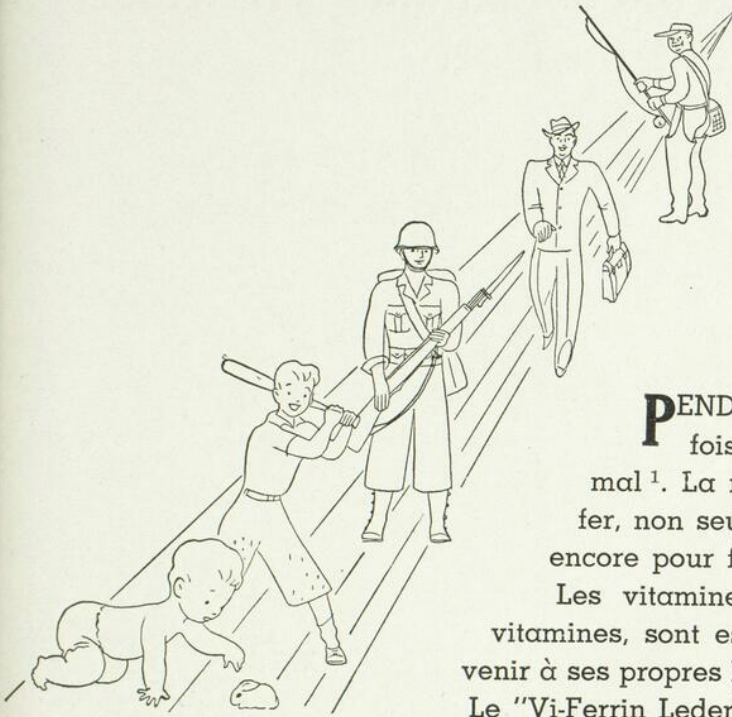
MM. J.-A. Mousseau, L. Gérin-Lajoie.

CORRESPONDANTS

MM. P. Desfosses (Paris);
L.-P. Phaneuf (Boston);
P.-C. Mathé (San Francisco);
A. Fontaine (Woonsocket);
J.-H. Lapointe, J.-E. Gaulin, L. Mantha (Ottawa);
L.-F. Dubé, M.P.P. (Notre-Dame-du-Lac);
Eug. Tremblay (Chicoutimi);
P. Bertrand, 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.

La nutrition prénatale est le
fondement d'une santé qui dure toute la vie



VI-FERRIN Lederle

PENDANT la grossesse, la femme a besoin d'une fois et demie autant de fer qu'en temps normal¹. La mère a besoin de quantités suffisantes de fer, non seulement pour son propre organisme², mais encore pour former le sang de son enfant^{3,4}.

Les vitamines du complexe B, tout comme d'autres vitamines, sont essentielles à la femme enceinte pour subvenir à ses propres besoins et à ceux de son enfant².

Le "Vi-Ferrin Lederle" contient du fer ferreux — plus efficace que le fer ferrique, ainsi que l'ont démontré Witts⁵ et beaucoup d'autres — associé aux facteurs du complexe B: thiamine (B₁), riboflavine (B₂), et des extraits vitaminiques de foie entier.

CAPSULES:

CHAQUE CAPSULE DE "VI-FERRIN LEDERLE" CONTIENT :

Sulfate Ferreux Desséché	0.2 mg.
Chlorhydrate de Thiamine (B ₁)	83 Unités Int'les
Riboflavine (B ₂)	0.19 mg.
Niacinamide	2.5 mg.
Acide Pantothénique *	0.4 mg.
Choline *	10.0 mg.
Extrait aqueux total non fractionné de foie entier équivalant à	9.0 gm.
Aromatisants artificiels.	de foie frais.

* La nécessité de l'acide pantothénique et de la choline dans l'alimentation humaine n'a pas encore été prouvée.

Références:

1. Federal Register: 6: 5921 (Nov. 22) 1941.
2. Report on the Physiological Bases of Nutrition: League of Nations; 2:17 (1936).
3. STRAUSS, M. B.: J. Clin. Investigation 12: 345 (Mar.) 1933.
4. Holt's Diseases of Infancy and Childhood. Appleton-Century Co., New York, 11th edition; p. 618.
5. WITTS, L. J.: Proc. Roy. Soc. Med. 24: 543 (Jan. 13) 1931.



PRÉSENTATION:
Flacons de 100 et 500

LEDERLE LABORATORIES INC.

A UNIT OF
AMERICAN
CYANAMID
COMPANY

1396 ouest, rue Sainte-Catherine, Montréal, Canada
Dépôts au Canada:

TORONTO, Ont. — 64-66 est, rue Gerrard.
ST-JEAN, N.-B. — 181, rue Union.

VANCOUVER, B.-C. — 883, rue Howe.
WINNIPEG, Man. — 219, rue Kennedy.

EDMONTON, Alta — 10056 - 100e rue.

OFFICIERS

DE

L'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

SECRETÉNAIRE-TRÉSORIER-GÉNÉRAL

Donatien MARION,326 est, Blvd Saint-Joseph,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN,	Ottawa.
Donatien MARION,	Montréal.
Oscar MERCIER,	Montréal.
Chs. VÉZINA,	Québec.
Eugène GAULIN,	Ottawa.
J.-B. JOBIN,	Québec.

COMITÉ DU XVIII^e CONGRÈS

Chs VÉZINA, Président.

Eugène GAULIN,	1er Vice-président.	Richard GAUDET,	5e Vice-président.
J.-F.-A. FONTAINE,	2e "	J.-A. DENONCOURT,	6e "
Albert SORMANY,	3e "	J.-B. JOBIN,	Secrétaire.
G. LACASSE, Sén.,	4e "	C.-A. GAUTHIER,	Trésorier.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,

Albert PAQUET,
Chs-N. DeBLOIS,

J.-A. JARRY,
Oscar MERCIER.

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1946	LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa	1946
BAUDOÛIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal	1944	LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H.	1944
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1946	LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal	1944
BELIVEAU, P., Méthégan, N. E.	1944	LEMIEUX, J.-R., 17, Ste-Ursule, Québec	1944
BIBAUD, B., Valleyfield	1944	MICHAUD, R., Moose Jaw, Saskatchewan	1946
BLAIN, Emile, 3464, St-Denis, Montréal	1944	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River	1944
BLANCHET, R., 7, Couillard, Québec	1944	FANNETON, Auguste, Trois-Rivières	1946
BOHEMIER, C.-A., 4119, St-Denis, Montréal	1944	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1946
CARON, Sylvio, Mastai, Québec	1944	PERRAS, J.-E., Hull	1944
CHOLETTE, A.-M., 1451, Blvd St-Joseph Est, Montréal	1946	PERRON, Jos., Shawinigan	1946
CLOUTIER, Victor, St-Georges, Beauce	1944	PHENIX, G., St-Jean	1944
COLLIN, Donat, St-Boniface, Manitoba	1946	PIETTE, Ed., Joliette	1946
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville	1946	POWERS, A., Hull	1946
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1944	PROVENCHER, G., Granby	1946
DESROCHERS, J.-E., 4305, St-Hubert, Montréal	1946	RICHARD, L.-A., 168 est, Laurier, Ottawa	1946
DUBE, Edmond, 6055, St-Denis, Montréal	1946	RIVARD, Paul-Léon, Clova, Abitibi	1946
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac	1946	SMITH, Pierre, 300, Carré St-Louis, Montréal	1944
DUFAULT, Paul, Rutland State Sanat., Rutland, Mass.,	1946	TANGUAY, R., Sudbury, Ont.	1946
DUMAS, F.-A., Chicoutimi	1944	TASSE, C.-E., Worcester, Mass.	1944
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R.I.	1946	VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal	1944
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal	1946	VIGER, J.-A., St-Hyacinthe	1944
LACHARITE, V., St-Célestin	1944		

LA MÉTHODE LA PLUS RAPIDE CONNUE

RECHERCHE DU SUCRE DANS LES URINES

en 30 secondes!

1. Galatest — le réactif sec, commode, pour la recherche du sucre dans les urines — possède deux grands avantages: *rapidité* et *simplicité*.

* * * * *

2. Galatest se trouve dans les pharmacies d'ordonnances, soit dans un petit nécessaire portatif ou en flacons renfermant assez de Galatest pour environ 100 analyses.

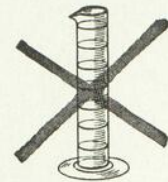
* * * * *

MÉTHODE INSTANTANÉE

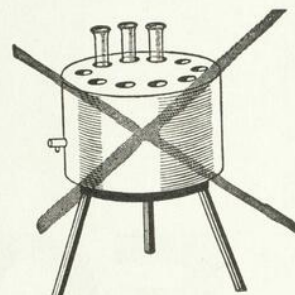
DE RECHERCHE DU SUCRE DANS LES URINES

1. Un peu de poudre Galatest;
2. Une goutte d'urine.

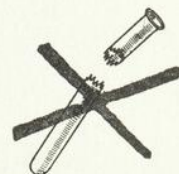
S'il y a présence de sucre — changement instantané de couleur.



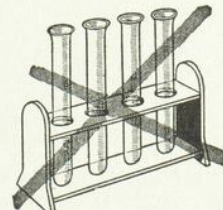
Pas de tume à mesurer.



Pas d'ébullition.



Pas de brisures.



Pas d'éprouvettes.

Galatest

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY
153 ouest, rue LaGauchetière

Montréal



LE NOUVEAU



LE VOICI



COLITE

HYPERCHLORHYDRIE

FOS-ALUM

ULCÈRE GASTRIQUE

JÉJUNAL ET

DUODÉNAL



NADEAU



ENVOI DU PROSPECTUS SUR DEMANDE

FER
ASSIMILABLE

•

CUIVRE
ASSIMILABLE

•

PHOSPHORE
ASSIMILABLE

•

CALCIUM
ASSIMILABLE

•

IODE
ASSIMILABLE

•

VITAMINE
"A"

•

VITAMINE
"B₁"

•

VITAMINE
"C"

•

VITAMINE
"D"

Casgrain &
Charbonneau
Ltée, présente

Maltocine

EXCELLENT COMPLÉMENT ALIMENTAIRE

d'un arôme et d'un goût agréables — Apporte un supplément de

SUBSTANCES CHIMIQUES ET BIOCHIMIQUES

à une diète complète.

- ✓ Favorise la **croissance** et le **développement normal** des **enfants**.
Est d'un grand secours pour les **futures mères et nourrices**.



Préparé sous le contrôle de:

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

Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Assistant bactériologiste.

Pharmaciens-chimistes, Analystes, Biochimistes.

Diplômés de l'Université de Montréal.



Casgrain & Charbonneau

Limitée

Spécialité du Laboratoire

SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES DOULOUREUX

Durant les prochains mois il y aura une augmentation dans les affections des voies respiratoires.

Rhumes d'estomac Amygdalites Trachéites
Bronchites Pneumonies Pleurésies

L'efficacité de la chaleur humide, appliquée extérieurement, pour soulager les symptômes douloureux si souvent accusés dans ces cas, a été reconnue par plusieurs cliniciens. Les résultats se font sentir rapidement dans

La toux Constriction rétrosternale
La douleur musculaire Douleurs de poitrine
et pleurétique

L'ANTIPHLOGISTINE, sous forme de cataplasme, offre une méthode commode et facile à appliquer pour obtenir la chaleur humide. On peut l'employer associée à la chimiothérapie ou autres médications spéciales.

En raison de sa formule spéciale, l'ANTIPHLOGISTINE garde la chaleur humide durant plusieurs heures.

Antiphlogistine



Fabriquée au Canada

The Denver Chemical Manufacturing Company
153 ouest, rue Lagachetière, Montréal.

LES PÈRES DE LA MÉDECINE



André VÉSALE

Né à Bruxelles en 1514, mort en 1564.

C'est le plus grand anatomiste du XVI^e siècle. Bravant les préventions de l'époque, il fut un des premiers à disséquer des cadavres. Il vint se perfectionner à Paris, enseigna ensuite avec un grand succès la chirurgie à Padoue (il n'avait que vingt-trois ans!) et l'anatomie à Pavie, à Bologne, à Pise, et devint médecin de Charles-Quint et de Philippe II.

Accusé par ses envieux d'avoir ouvert le corps d'un gentilhomme encore vivant, il fut contraint de faire un pèlerinage en Terre-Sainte

pour expier ce crime invraisemblable; il fut à son retour jeté par la tempête sur les côtes de l'île de Zante, et y mourut de faim. Il avait attaqué hardiment les opinions traditionnelles de Galien.

On a de lui un grand traité *De corporis humani fabrica*, Bâle, 1543 et 1555, ouvrage qui, a-t-on écrit, fut "le point de départ de la médecine moderne". Ses *Œuvres complètes*, en latin, ont été réunies par Boerhaave et Albinus à Leyde, en 1725 (2 volumes in-fol.).

Charles E. Frosst et Cie a rédigé ces brèves notices biographiques à l'intention de M.M. les médecins canadiens de langue française.

**Nouvelles observations
à l'appui de l'importance du*

Sulfamul

Emulsion oléo-aqueuse, stable, contenant
5 p. 100 de sulfathiazole "Frosst".

traitement des

PLAIES ET BLESSURES INFECTÉES, ABCÈS (CAVITÉS),
BRÛLURES, ULCÈRES CHRONIQUES et INFECTIONS
SUPERFICIELLES;

pansement des

BRÛLURES de la face, des mains, des points de flexion;

tamponnement bactériostatique des

INFECTIONS intéressant le col utérin et le vagin;

tamponnement bactériostatique et non adhésif du

VAGIN avant et après une opération (cavité utérine, vagin).

* Voir, à la page ci-contre, notre offre de réimpressions de ces observations.

Sulfamul™

représente le VÉHICULE le plus satisfaisant, la CONCENTRATION la plus efficace, la MÉTHODE la plus utile qui ait été élaborée jusqu'ici pour l'application de sulfathiazole *in situ*.

“Subséquentement, l'emploi fréquent de ce véhicule (formule de l'H.G. de M.) dans la sulfonamidothérapie, à l'hôpital et ailleurs, a, depuis 1941, démontré sa grande utilité.”

L'euchronisme préfixé dans le traitement des plaies, blessures et infections, au moyen de pansements occlusifs peu fréquents, Gurd, Ackman et Smith, *Annals of Surgery*, vol. 118, no. 6, décembre 1943.

ADMINISTRATION

Imprégner de Sulfamul de la gaze stérilisée et l'introduire, sous forme de tampon modérément serré, dans l'abcès ou la cavité infectée. L'appareil peut alors être laissé en place pendant un maximum de 72 heures, seuls des changements en surface étant effectués au besoin.

Dans les infections superficielles, on peut appliquer directement le Sulfamul ou de la gaze imprégnée de Sulfamul.

PRÉSENTATION

Bocaux (verre) de 2 onces, 1 livre et 7½ livres.

Nous nous empresserons de vous faire tenir une réimpression de ces récentes observations de Gurd, Ackman et Smith, publiées dans les *Annals of Surgery* de décembre 1943. Prière d'écrire ou de téléphoner.

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA

The Canadian Mark of Quality

Frosst

Pharmaceuticals Since 1899

ET SANS
RISQUE

RAPIDE

NI RÉVEIL
PÉNIBLE

"NOCTINAL"

SODIUM ETHYL SEC. BUTYL BARBITURATE "Frosst"

Intermédiaire entre les barbiturates à effet très court, tel le pentobarbital, et ceux dont l'action est prolongée, comme, par exemple, le phénobarbital, le NOCTINAL procure au malade un sommeil réparateur que ne suit, au réveil, aucune dépression.

Le NOCTINAL ne présente aucun risque. Promptement éliminé, il faudrait des doses massives de cet excellent sédatif avant qu'il n'agisse comme un poison.

Même l'ingestion de doses excédant celles que nous indiquons ici n'aurait, pour ainsi dire, aucun effet toxique sur le cœur, la pression sanguine, la respiration ou les reins.

Indications

Insomnie, nervosisme, névroses de la ménopause, fatigue extrême et autres psychonévroses.

Posologie

- Insomnie: 1 grain $\frac{1}{2}$ une demi-heure environ avant le coucher.
- Sédation légère et continue: de $\frac{1}{2}$ à 1 grain, 2 ou 3 fois par jour.
- Excitation: de $1\frac{1}{2}$ à 3 grains, 2 ou 3 fois par jour.
- Enfants: selon l'âge et l'état physique.
- Vomissements de la grossesse: de $\frac{1}{2}$ à 1 grain, au besoin.

Présentation

NOCTINAL, $\frac{1}{2}$ grain, C.T. n° 352 "Frosst"
NOCTINAL, 1 grain $\frac{1}{2}$, C.T. n° 353 "Frosst"
Flacons de 100 et 500 comprimés.

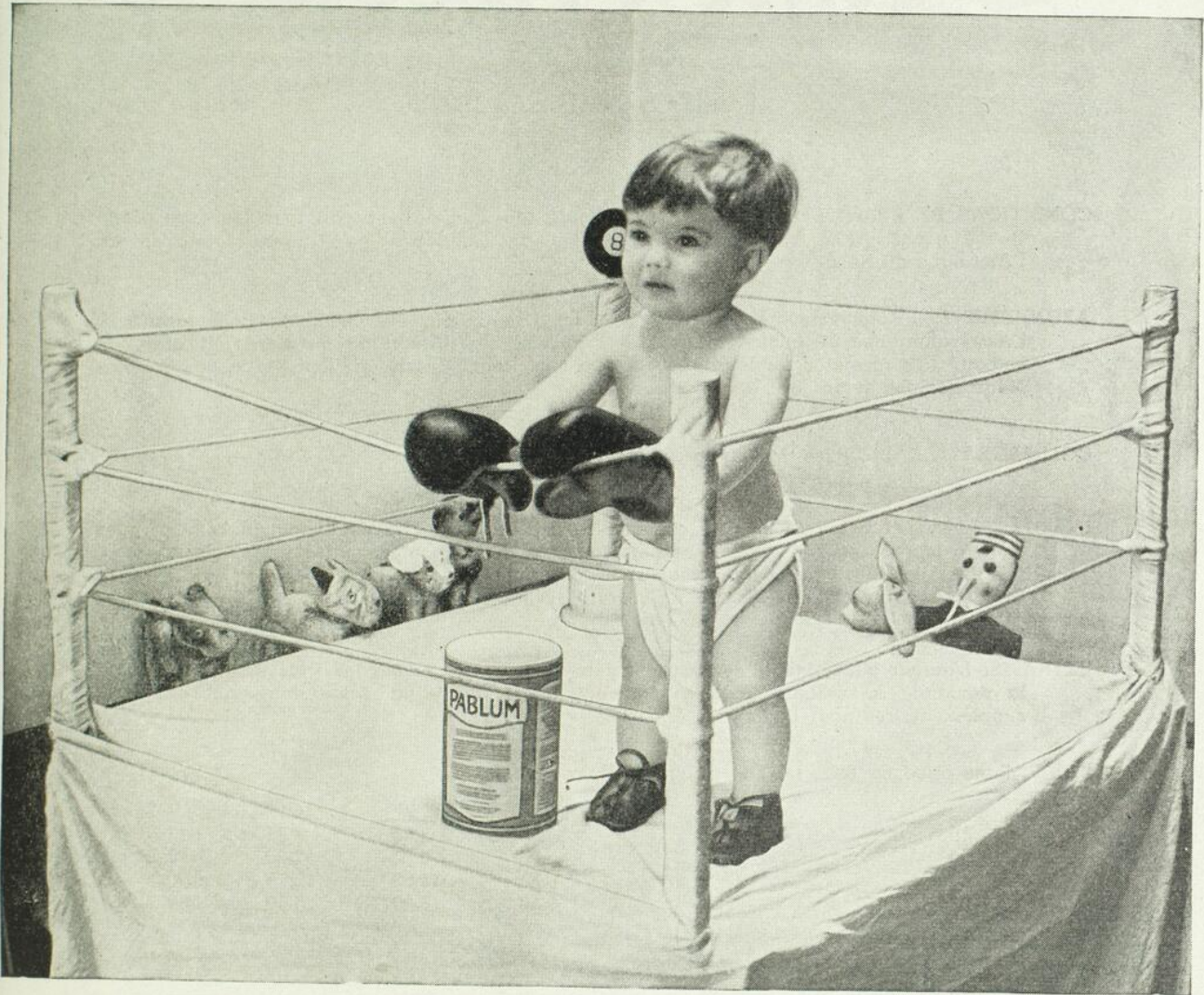
●
Elixir n° 601 "Frosst"

"Noctinal"

Une once (28.41 cm³) renferme 4 grains
(0.26 g) de Noctinal.
Flacons de 16 onces.

●
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

A ÉGALITÉ DE PRIX ET DE QUALITÉ, PRESCRIVEZ UN PRODUIT CANADIN!



**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

Fondée à Québec en 1902

●

CONDITIONS DE PUBLICATION: « L'Union Médicale (du Canada) » paraît tous les mois. Cette Revue est l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

●

ABONNEMENT: L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers états et provinces.

●

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

●

ILLUSTRATIONS: « L'Union Médicale » assume les frais de cinq illustrations au maximum, pour chaque travail, pourvu que les auteurs fournissent des photographies et des dessins convenables; les illustrations supplémentaires sont payées par l'auteur. Les dessins doivent être effectués à l'encre de Chine sur papier blanc.

●

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il en assume les frais et qu'il en fasse la demande à l'éditeur. Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

●

TARIF: Sans page de titre, tel que publié dans la revue:

	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.50	\$ 5.50	\$ 8.25	\$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

La page de titre comprenant 4 ou 5 lignes de texte sera fournie au prix de \$1.50 pour les frais de composition, et les corrections d'auteur devront être payées au prix de l'heure.

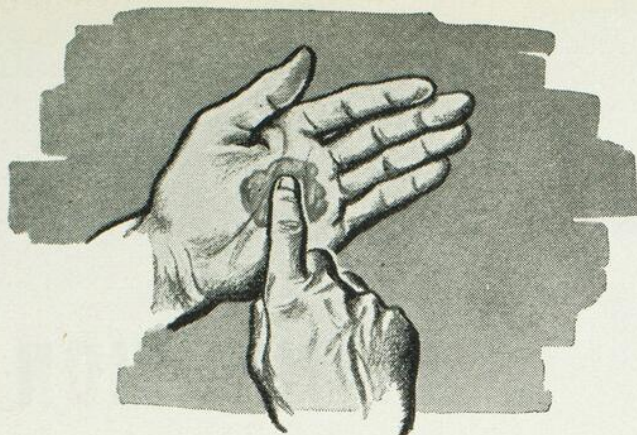
Couverture imprimée en noir, qualité et couleur or de la revue:

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

Tous ces prix sont susceptibles d'être majorés de la taxe fédérale et de la taxe municipale s'il y a lieu, et de toute autre taxe qui pourrait survenir.

BIBLIOGRAPHIE: L'index bibliographique de chaque travail doit être restreint aux indications les plus importantes. Le journal se réserve toujours le droit de le limiter.

PUBLICITE: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication. Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques-D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.



Volume non irritant

- non digestible et non absorptif des vitamines - rend ce colloïde hydrophile le laxatif préféré dans la côlite

Mucilose



Cette hémicellulose hautement purifiée est présentée en flacons de 4 onces et en boîtes de 16 onces sous le nom de Mucilose—Stearns.

Frederick **Stearns** & Company
OF CANADA, LIMITED



Depuis 1884 ... fabricants de médicaments indispensables à l'armamentarium du médecin.

NEW YORK, KANSAS CITY, SAN FRANCISCO, DÉTROIT, MICH., WINDSOR, ONTARIO,

SYDNEY, AUSTRALIE, AUCKLAND, N.-ZÉLANDE.

DIMINUTION

rapide et prolongée de l'hyperacidité gastrique

L'administration de *Creamalin* corrige promptement l'hyperacidité gastrique; il en résulte un effet antiacide lent et durable.

Le *Creamalin* ne provoque aucune augmentation secondaire de la sécrétion d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, sans entraîner, en outre, la présence d'alcalose.

Associé au régime de l'ulcère, le *Creamalin* amène souvent une guérison rapide de l'ulcère peptique.

Les comprimés *Creamalin* sont faciles à prendre — d'un goût agréable.

Présenté en flacons de 50 et de 200 comprimés.

CREAMALIN

Marque de commerce enregistrée au Canada
Marque du gel d'hydroxyde d'aluminium

COMPRIMÉS

(ci-devant CREMORIN)



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Succursale au service de MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square",
MONTRÉAL. P. O.

Administration et Laboratoires à:
1019 ouest, rue Elliott,
WINDSOR, Ontario.

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

*Service Médical*

Monsieur le Docteur,

L'administration perlinguale de la méthyltestostérone, fondée sur sa résorption lente par la muqueuse de la cavité buccale, marque un grand progrès de l'hormonothérapie testiculaire. Les Linguettes de Métandrène, nouvelle préparation introduite en thérapeutique par la Ciba, mettent à la disposition du médecin une forme médicamenteuse d'activité supérieure, à égalité de poids, au transit stomacal. En outre, le malade préfère l'administration perlinguale, commode et économique.

A votre demande vous recevrez de plus amples renseignements sur la voie d'absorption perlinguale et des extraits de la littérature signalant les résultats obtenus par les Linguettes de Métandrène dans la déficience orchitique.

Nous tenons à votre disposition les Linguettes de Métandrène pour vos essais expérimentaux, et notre Service médical s'empressera de discuter vos traitements par la méthyltestostérone sous son application nouvelle et économique à la fois.

Vos dévoués,
Le Service médical.



Compagnie **C I B A** *Ltée.*

MONTREAL

**CASGRAIN &
CHARBONNEAU
LTEE** *présente :*

IODOSYL

avec **VITAMINE "C"**

*Calcium, Phosphore
Iode, Vitamine "C"*

Une **ARME** puissante contre l'**INFECTION** chez les **ENFANTS** causée généralement par:

1. la **mauvaise** ou **sous-alimentation**
2. une **déficience** en Vitamine "C"

IODOSYL AVEC VITAMINE "C"

- 1) est donc d'un **grand secours** dans les cas:

<i>de croissance difficile,</i>	<i>de rachitisme,</i>
<i>de croissance trop rapide,</i>	<i>de nervosité,</i>
<i>d'anémie,</i>	<i>d'adénite,</i>
- 2) accroît la **résistance** et confère une **certaine immunité** contre les maladies d'origine microbienne:

<i>pneumonie</i>	<i>influenza</i>
<i>coqueluche</i>	<i>grippe</i>
<i>diphthérie</i>	<i>tuberculose pulmonaire.</i>

Préparation très agréable au goût, facilement assimilable, même pour les estomacs les plus délicats.

Echantillons et littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

"IODOSYL AVEC VITAMINE C" vous parvient en bouteilles de 16 oz., 80 oz. et 160 oz.

Préparé sous la surveillance et le contrôle de: Charles Laurin, B.A., B.Ph., Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Asst-Bactériologiste. Pharmaciens, Chimistes, Analystes, Biochimistes, Diplômés de l'Université de Montréal.

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITEE — MONTREAL

H I S T O I R E D E C A S



OBSERVATION CLINIQUE No 3

H. G.

Age: 51.

Occupation:

Directeur de corporation.

Malade que nous adressait le Dr H. Goebbels le 1er fév. 1944, se plaignant de perte de poids et d'insomnie, occasionnées par l'irritation du "Mosquitus Britannicus". Un examen minutieux révéla ce qui suit:

Parti pour le front en 1914, le patient a gardé son *front* continuellement depuis. La fréquentation des zeppelins développa chez lui un physique ressemblant à son *entourage*. En 1918, accidentellement, le malade subit une orchidectomie bilatérale qui, selon toute apparence, constitua un trauma psychique des plus graves.

Son mariage aurait eu une certaine influence par le fait d'une suractivité sexuelle relativement à une puissance limitée, puisque peu après il fut interné dans un asile d'aliénés. La thérapie d'occupation (fabrication de bijoux pour robes, de modèles de médailles) eut une heureuse influence. Deux ans plus tard on lui accorda son congé.

Une liaison sympathique avec un radical de son temps (A. H.) détermina une pistolétade au "putsch". (Munich, 1923.)

En 1930, les caractères distinctifs de la féminité devinrent des plus accentués: voix grêle, développement excessif de l'abdomen, hanches et seins arrondis, postère volumineux. Enfin, une aberration de la faculté génésique se manifesta par le port de vêtements et de décorations bizarres.

ASPECT GÉNÉRAL ET SYMPTÔMES PRÉDOMINANTS:

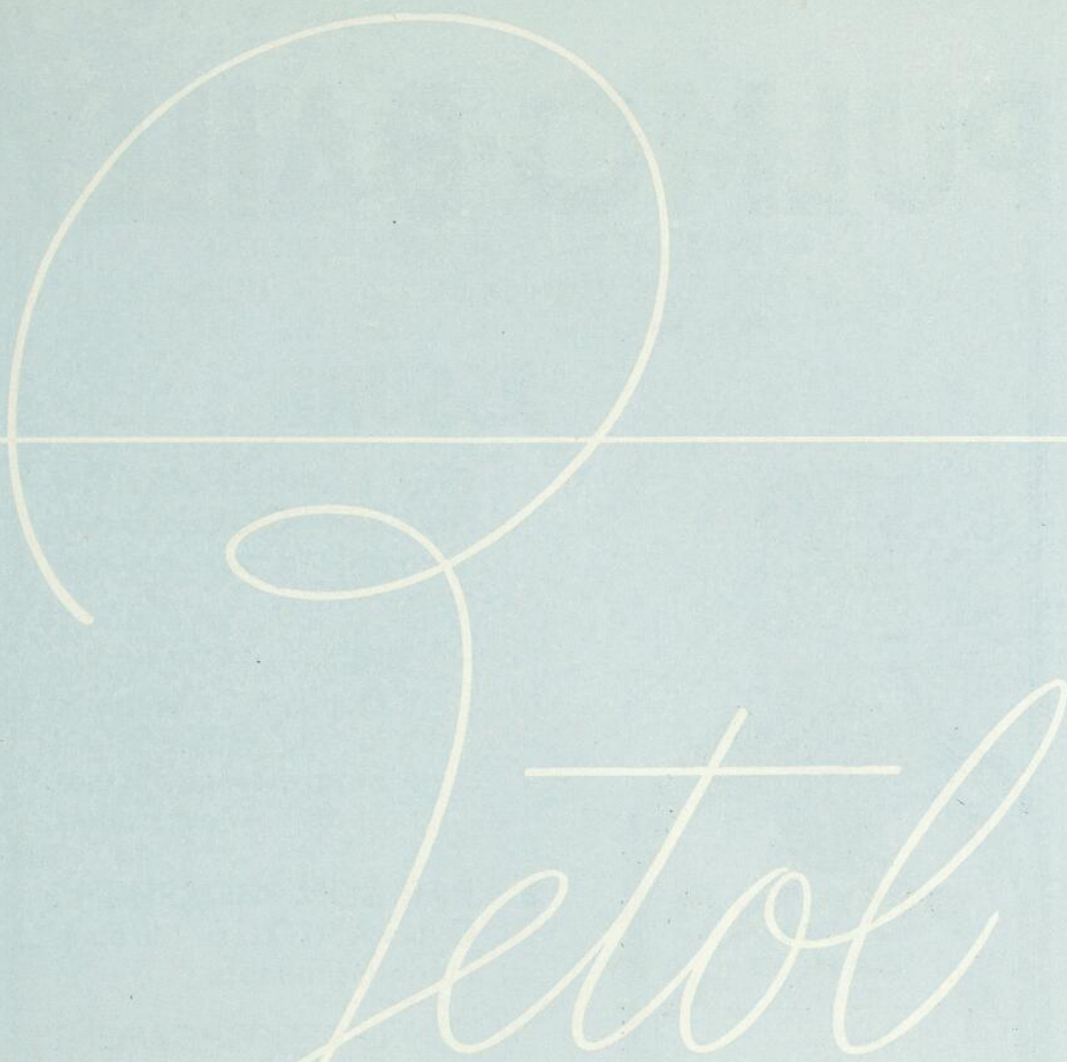
Syndrome de Frohlich (dystrophie adipo-génitale).
Parorexie et pénis pénicilliforme.

TRAITEMENT:

Internement dans une maison de santé (concentration).

PRONOSTIC:

Une mort prématurée (au moyen d'une corde, ou d'empoisonnement par le plomb) semble inévitable.



Setol

UN NOUVEAU GENRE DE PÂTE SULFATHIAZOLÉE

Une innovation en thérapeutique par les sulfamidés pour usage local; combinant le sulfathiazole avec l'allantoïne et la proflavine dans une base hydrosoluble.

FORMULE:

Sulfathiazole	5%
Allantoïne	0.5%
Proflavine	0.1%

dans une base hydrosoluble.

INDICATIONS:

Comme antiseptique général pour usage de bureau. Pour infections cutanées, brûlures, traumatismes et autres lésions de la peau, comme agent thérapeutique et prophylactique.

PRESENTATION:

En tubes flexibles de $\frac{3}{4}$ d'once.
En pots de 16 onces.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL CANADA

PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES

Phospho-Gaïacolate de Codéïne

ASSURE :

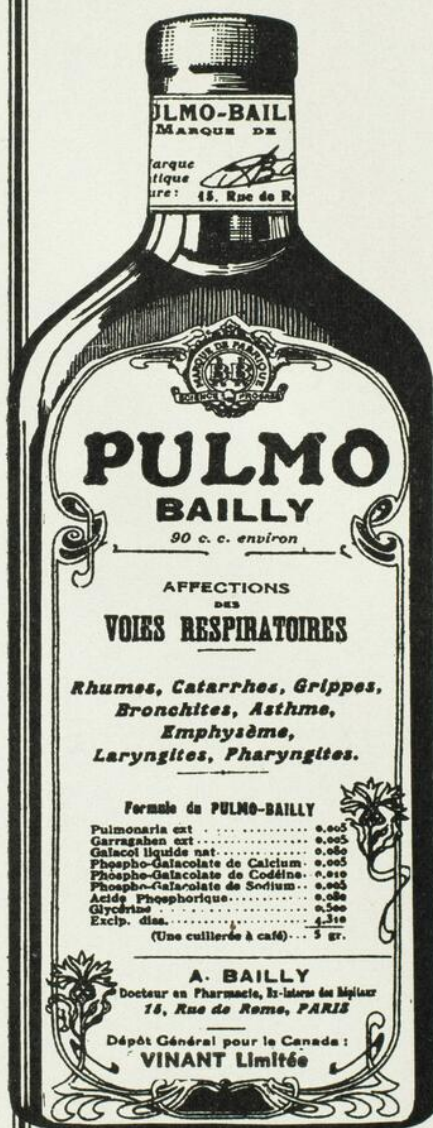
1° **PAR L'IMPRÉGNATION
ANTISEPTIQUE** de la mu-
queuse de l'appareil pulmo-
naire :

L'ÉLIMINATION des
éléments infectants,
la SUPPRESSION
progressive de la toux
et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE
ORGANIQUE** directe-
ment assimilable :

LE RENFORCEMENT
de la capacité de dé-
fense de l'organisme.
LA STIMULATION
puissante du tonus
nerveux, de l'appétit
et des fonctions diges-
tives.

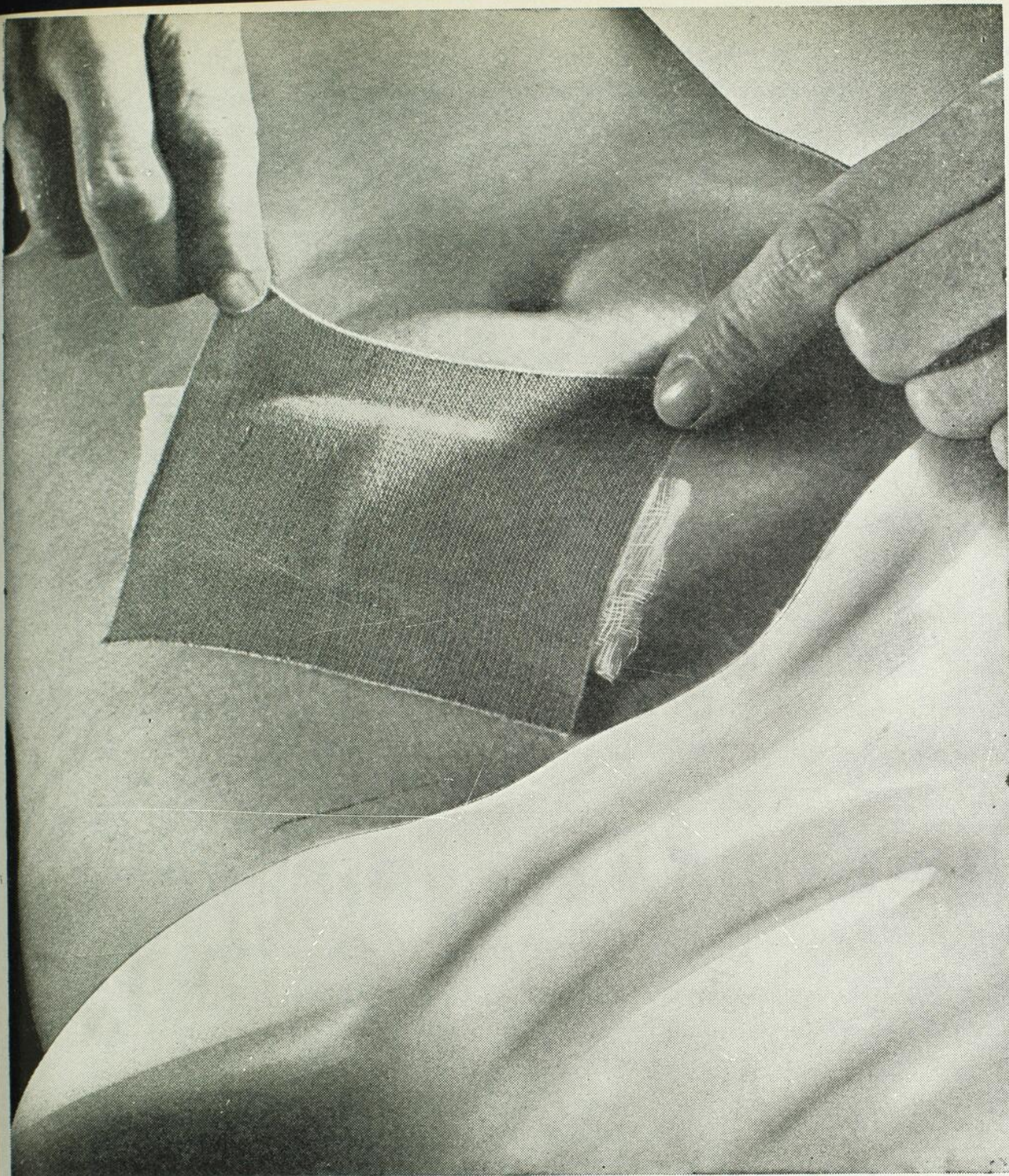
Toutes les affections des voies
respiratoires, préventif et curatif
des complications broncho-pulmo-
naires de la grippe et des mala-
dies infectieuses, toux.



1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — Aucune contre indication

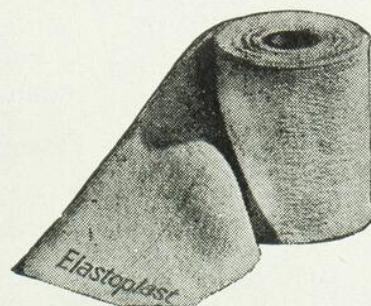
LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII

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



LES PANSEMENTS POST-OPÉRATOIRES

Il est facile de panser les plaies opératoires sans trop de difficulté en employant l'« Elastoplast » qui maintient le pansement solidement en place. Ceci facilite l'inspection et le bain quotidien, tandis que l'on peut éviter de déranger le pansement aussi longtemps que nécessaire.



Elastoplast

SMITH & NEPHEW LTD., 378 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Fabriqués en Angleterre par T. J. Smith and Nephew Ltd., Hull.



PIPÉRAZINE

MIDY

“ANTI-URIQUE TYPE”

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY

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

VALERIANATE PIERLOT

Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie

- Composition:** Valérianate d'Ammonium.
- Propriétés:** Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.
- Indications:** Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.
- Posologie:** Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.
- Présentation:** Flacon de 120 cc.

Laboratoires H. RIVIER

Agents pour le Canada: **VINANT Limitée**, 533, rue Bonsecours, **MONTREAL**.

PAS DE FLAMME - - PAS DE BAIN D'EAU - - PAS DE CHALEUR*Pour faire l'analyse***QUALITATIVE DU SUCRE
DANS L'URINE avec . . .****CLINITEST****Aussi simple que ceci . . .**

- 1** Faites tomber 5 gouttes d'urine ($\frac{1}{4}$ c.c.) dans le tube à essais ou éprouvette.
- 2** Ajoutez 10 gouttes d'eau ($\frac{1}{2}$ c.c.).
- 3** Faites tomber un Comprimé Clinitest dans le tube. Attendez la réaction... puis comparez avec l'échelle des couleurs qui indique la quantité de sucre contenu dans l'urine jusqu'à 2 pour cent.

C'EST TOUT . . .

Pas de poudre à renverser. Pas de réactifs à mesurer. L'analyse se fait facilement en quelques secondes, par le médecin, l'aide de laboratoire ou le patient.

■ En plus de servir de récipient pour l'urine diluée, le tube Clinitest est un facteur qui contribue à la précision des analyses. D'après la sixième édition de "Physiological Chemistry", par Matthews, page 41... tous les sucres réducteurs dans des solutions chaudes et fortement alcalines se trouvent oxydés à divers degrés par l'oxygène présent dans l'atmosphère. Lorsqu'un comprimé Clinitest réagit dans une solution aqueuse, une quantité de CO_2 est libérée. On a trouvé des preuves que dans l'espace restreint du tube à essais, ce gaz agissait comme barrière contre l'introduction de l'oxygène atmosphérique dans la solution chaude et alcaline.

*Ecrivez pour recevoir de la documentation descriptive.
En vente à la maison qui vous fournit des accessoires
chirurgicaux ou à votre pharmacie d'ordonnances.*

*Une méthode
employant des
comprimés
et basée
sur la
réduction
du cuivre*

**POUR LABORATOIRES**

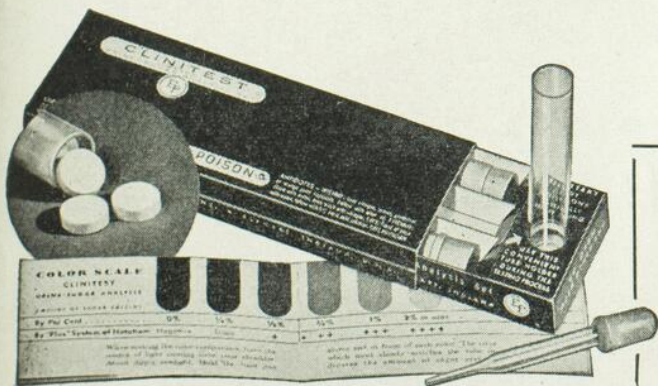
Le Nécessaire Clinitest pour Laboratoires contient 10 fioles de 25 comprimés chacune . . . 250 analyses . . . un compte-gouttes Clinitest spécial, et un livre d'instructions avec échelle des couleurs. Prix raisonnable.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

Concessionnaires exclusifs pour le Canada

FRED. J. WHITLOW & CO., LTD.

187 Dufferin Street, Toronto.

**NÉCESSAIRE CLINITEST — MAINTENANT \$1.75**

Les Analyses Qualitatives de Sucre dans l'Urine d'après la Méthode Clinitest employant des comprimés et basée sur la Réduction du Cuivre ne coûtent pas cher. Le Nécessaire Clinitest tel qu'illustré, est complet avec tube à essais ou éprouvette, compte-gouttes spécial, comprimés pour 50 analyses, livre d'instructions avec échelle des couleurs, et feuille pour analyses. Vendu maintenant \$1.75 au patient. Comprimés de rechange pour 75 analyses, \$1.75.

La



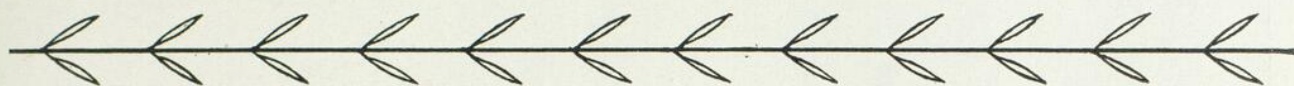
Wyeth's
SMACO CC.
 Trade Mark Reg'd in Canada
B-PLEX
 with added THIAMINE
 HYDROCHLORIDE and RIBOFLAVIN
 Alcohol 16%
 Extract of rice bran with factors
 such cc. will provide
 le riz non décortiqué avec
 rs de façon que chaque cc.
 chloride (41 I.U.) 125 gamma
 250 gamma
 1250 gamma
 ochloride 125 gamma
 enate 625 gamma
 gamma=1 mg.)
 nificant amounts of Choline,
 id, Inositol and the lesser
 found in rice bran extract.
 be used only by or on the
 on of a physician.
 Biochemical Division
WYETH & BROTHER
 (CANADA) LIMITED
 WALKERVILLE, ONTARIO

Wyeth's
SMACO CC.
 Trade Mark Reg'd in Canada
B-PLEX
 B-COMPLEX with added THIAMINE
 HYDROCHLORIDE and RIBOFLAVIN
 Alcohol 16%
 An aqueous extract of rice bran with factors
 added so that each cc. will provide
 Extrait aqueux de riz non décortiqué avec
 addition de facteurs de façon que chaque cc.
 fournira
 Thiamine Hydrochloride (41 I.U.) 125 gamma
 Riboflavin 250 gamma
 Niacin 1250 gamma
 Pyridoxine Hydrochloride 125 gamma
 Calcium Pantothenate (1000 gamma)
 Also contains significant amounts of Biotin, Folic Acid, and other known factors as found in rice bran extract.
CAUTION: To be used only by or on the prescription of a physician.
 S.M.A.—Biochemical Division
JOHN WYETH & BROTHER
 (CANADA) LIMITED
 WALKERVILLE, ONTARIO

Wyeth's
B-PLEX
 B-COMPLEX with added THIAMINE
 HYDROCHLORIDE and RIBOFLAVIN

SMA BIOCHEMICAL DIVISION
JOHN WYETH &

nature fournit —

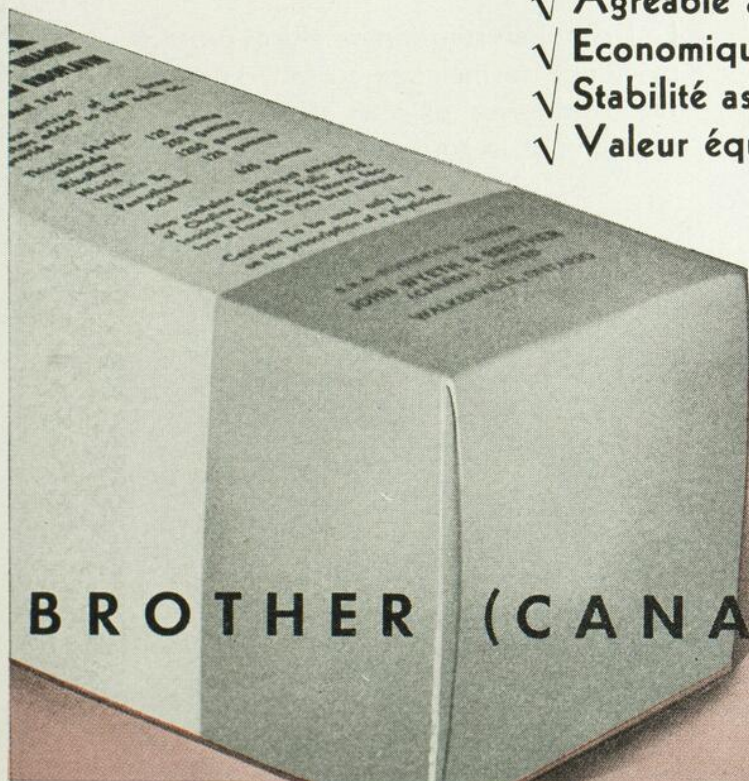


B-Plex

W Y E T H

dans l'extrait de riz non décortiqué —
une des sources naturelles les plus riches
de la Vitamine B Complexe. Équilibrée
biologiquement par l'addition de fac-
teurs cristallisés.

- ✓ Agréable au goût
- ✓ Economique
- ✓ Stabilité assurée
- ✓ Valeur équilibrée

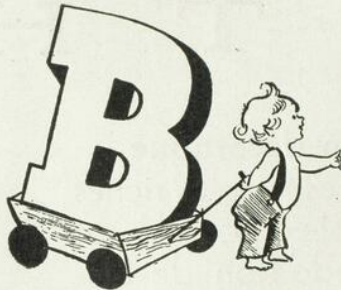


BROTHER (CANADA) Limited
WALKERVILLE, ONTARIO

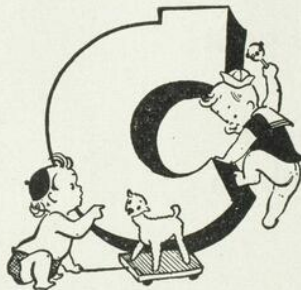
L' "ABC" de la thérapeutique par la vitamine D



La prophylaxie du rachitisme fait partie du train ordinaire des jours dans le soin des nourrissons et des jeunes enfants. Il y a donc là un grand avantage à simplifier l'administration de la vitamine D.



La dose prophylactique est de deux gouttes de Drisdol en solution de glycol propylénique dans la ration quotidienne du lait.



Le Drisdol en solution de glycol propylénique se mélange au lait d'une façon uniforme et n'en affecte aucunement le goût.



DRISDOL

Marque de commerce enregistrée
aux Etats-Unis et au Canada.
En solution de glycol propylénique
Marque de la vitamine D cristallisée
provenant de l'ergostérol



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.

Administration: Windsor, Ontario.

Bureaux à l'usage de MM. les médecins du Québec:
Immeuble "Dominion Square", Montréal, P. Q.

UNE CAPSULE ÉQUIVAUT EN:

5000 Unités Int. par capsule

vitamine a

A environ 1/2 livre de fromage de Cheddar



500 Unités Int. par capsule

vitamine d

A environ 1/4 de livre de Saumon en conserve



500 Unités Int. par capsule

vitamine b₁

A environ 1 1/2 Côtelettes de Porc moyennes, frites



1.0 mg. par capsule

riboflavine

A environ 1 once de Foie de Boeuf, cru



25 mg. ou 500 Unités Int. par capsule

vitamine c


A environ 1 1/2 once de Jus d'Orange



20 mg. par capsule

nicotinamide

A environ 1 once de Foie de Boeuf, frit



0.2 mg. par capsule

acide pantothénique

A environ 1/2 once de Brocoli, cru



POUR CEUX QUI NE MANGENT PAS, OU QUI NE VEULENT OU NE PEUVENT PAS
manger en quantités suffisantes les aliments protecteurs,
souvenez-vous de ce nom et prescrivez les

penta-kaps AMÉLIORÉES

{Capsules Abbott à base de vitamines A, B₁, G, C, D, de Nicotinamide et d'Acide Pantothénique}
Boîtes de 25, 100 et 250



CAPSULES DE  -GRAIN ET DE  -DE GRAIN
(JAUNES) (BLANCHES AVEC COUVERCLES JAUNES)

A CAUSE de l'excitation psychique provenant de l'excès de fatigue, de la stimulation produite par la caféine, ou d'autre cause, il est parfois désirable d'administrer un barbiturique pour calmer et pour permettre le sommeil. Les capsules de Nembutal de $\frac{1}{2}$ grain et de $\frac{3}{4}$ de grain conviennent très bien à cette fin. L'effet de telles doses peut être qualifié de léger. Le sommeil n'est pas provoqué par la drogue elle-même, car la dose est insuffisante pour produire l'hypnose. L'effet se passe longtemps avant l'heure ordinaire du réveil, permettant ainsi de commencer la journée frais et dispos sans aucune lourdeur.

Il est généralement admis que le Nembutal est un des barbituriques les plus sûrs. Son action est rapide et courte. On obtient l'effet désiré avec des doses environ moitié moindres qu'avec certains autres barbituriques très généralement

employés, et par conséquent la quantité de drogue à éliminer est plus petite.

Pour la sédation préopératoire et en obstétrique on emploie généralement les capsules de Nembutal de $1\frac{1}{2}$ grains. Celles-ci sont aussi employées dans le traitement des nausées, de l'hystérie, du mal de mer, de l'éclampsie, des vomissements incoercibles de la grossesse, du hoquet, du delirium tremens, et des convulsions provoquées par la strychnine et certains autres poisons. Le Nembutal sert aussi comme complément de la morphine pour calmer la douleur du cancer au début.

Le Nembutal est également offert sous forme de Suppositoires de 2 grains, qui sont particulièrement utiles lorsque le malade souffre de nausées ou de vomissements. Enfin, l'Elixir de Nembutal, qui contient 2 grains du barbiturique à l'once liquide, convient surtout pour l'administration de cette drogue aux enfants.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE • 20, CHEMIN BATES, MONTREAL

Nembutal

BULLETIN

LE XVIII^e CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N., À QUÉBEC,

4-5-6-7 septembre 1944.

Le dix-huitième Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord se tiendra à Québec, les 4, 5, 6 et 7 septembre 1944.

Nous réaliserons l'idée d'un Congrès de Médecine préventive et sociale que nous avons émise, à Montréal, en 1942.

La profession médicale doit de plus en plus s'intéresser à la médecine préventive. Il est de son devoir de faire l'éducation de notre peuple, de lui enseigner ce qu'il doit faire et ce qu'il doit éviter s'il veut conserver sa santé. Il lui appartient aussi de renseigner, de guider nos gouvernants, et de leur indiquer les mesures à prendre pour préserver la santé de leurs concitoyens.

C'est un grand rôle que nous avons à remplir, et, malgré qu'il pourrait nous en coûter, il faut changer nos habitudes, sortir de la routine et bien nous pénétrer de l'idée que le médecin n'est pas seulement fait pour traiter la maladie, mais aussi pour la prévenir.

Cependant, malgré tout ce que le médecin pourra faire pour la prévention des maladies, il y aura toujours des malades à traiter. C'est pourquoi nous avons pensé qu'il était nécessaire de faire une part à la médecine curative. Aussi plusieurs sections sont formées qui étudieront des problèmes de médecine, de chirurgie et des différentes spécialités.

Comme d'habitude, nous comptons sur la présence d'un grand nombre de dames. Nous avons pensé les convier à une causerie qui leur sera donnée pendant le Congrès.

La femme du médecin peut et doit être une précieuse collaboratrice, surtout en médecine préventive. Elle pourra, dans bien des occasions, rendre d'immenses services.

Nous n'avons pas oublié le côté social du Congrès. Le programme, qui vous ménagera quelques surprises agréables, vous sera communiqué dans quelque temps.

On a dit que Québec était la ville des Congrès. Nous voulons bien accepter ce compliment et désirons que notre ville conserve sa réputation de distinction et d'hospitalité. C'est pourquoi il nous fait plaisir d'inviter à ce Congrès tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Québec vous attend en grand nombre; et vous pouvez être assurés que nous serons heureux de vous recevoir, et de vous rendre utile et agréable votre séjour dans notre cité.

Charles VEZINA,
*Président du XVIII^e Congrès de
l'Association des Médecins de Langue
Française de l'Amérique du Nord.*

Québec, le 23 février 1944.

LA SYPHILIS — MALADIE SOCIALE

La lutte contre les maladies sociales — telles que l'alcoolisme, la mortalité infantile, la syphilis et la tuberculose — ressemble singulièrement au leitmotiv d'une partition musicale, dont le motif conducteur revient fréquemment, associé à une idée ou à un personnage.

Notre motif conducteur, à nous médecins, c'est la prévention contre les maladies évitables; *notre idée*, c'est l'éducation du public; *notre personnage*, c'est l'individu: homme, femme ou enfant.

Ne soyons donc pas surpris de nous entendre évoquer, chaque fois, le même thème principal, tout en y ajoutant, sous la forme de fugues ou de variations, quelques faits nouveaux.

Aujourd'hui, il s'agit de *Syphilis*. Maintenant que le nom nous est familier, nous pouvons en parler librement afin de savoir comment elle s'introduit dans nos rangs en empruntant le masque de la vertu et de la bienséance.

On a tout dit sur son compte; on nous en a montré un aspect social dernièrement dans *Un mortel Baiser*, mais c'est à Brioux, ancien membre de l'Académie française, que nous en devons l'exposé le plus sensationnel, dans sa pièce, désormais célèbre, *Les Avariés*, jouée à Montréal il y a quelques années.

« *La syphilis*, écrit-il, est une grande dame qui ne veut pas qu'on méconnaisse sa puissance; elle est secourable envers ceux qui observent ses lois, mais elle est terrible pour les autres qui les transgressent ou les ignorent. »

Retenons cette définition concrète et véridique.

En effet, c'est une maladie contagieuse que l'on peut contracter partout, à tout âge, et de différentes manières.

Elle peut être ignorée de ceux ou celles qui en sont atteints et qui la disséminent inconsciemment: adultes, enfants, serviteurs, tandis que d'autres en sont les propagateurs anonymes et impudents, sans souci du respect d'autrui.

Elle peut pénétrer dans tous les milieux, soit par la lingerie — les barbiers et les coiffeurs par exemple — les ustensiles de cuisine, la verrerie ou autres moyens innombrables. Que le public soit exigeant, à ce point de vue... les gens malpropres doivent être limogés.

Elle peut *atteindre l'individu* tardivement, homme ou femme, dans son système nerveux et mental, si elle est mal ou insuffisamment traitée. C'est à cette maladie, en effet: la syphilis, qu'on peut attri-

buer le plus grand nombre de nos pensionnaires dans les asiles d'aliénés ou dans nos hospices. Elle est, à elle seule, une charge énorme pour l'Etat et la société.

Elle est *héréditaire*, elle peut même se transmettre, dans certains cas, jusqu'à la quatrième génération. C'est donc l'enfant qui supporte, trop souvent, hélas! le poids de cette lourde hérédité dont les stigmates physiques ou mentaux en démontrent l'existence. Ces malades constituent, dès la naissance, un déchet humain qu'aucun pouvoir ne saurait utiliser: enfants mort-nés, aveugles, sourds, muets, difformes, arriérés mentaux et autres spécimens dont la liste serait trop longue à énumérer.

Que de belles intelligences ont sombré, dans le passé, ici ou ailleurs, qui avaient ignoré ou méconnu la gravité de leur mal, attribué à une tout autre cause. On aurait pu les sauver du désastre si, en ce temps-là, on avait pris soin d'éclairer l'opinion publique, comme nous tentons de le faire aujourd'hui, sur les misères qu'elle engendre et les moyens actuels de les combattre ou de les prévenir.

J'en citerai un seul exemple, ancien: Guy de Maupassant, qui a succombé à la *paralysie générale*, toujours d'origine syphilitique, dans un asile d'aliénés, lui dont la réputation d'écrivain et le génie littéraire ont exercé une si profonde influence à cette époque et dont les « Nouvelles » sont encore si vivantes à cause du sens aigu d'observation qu'il possédait de l'esprit humain. Une carrière aussi brillante, une œuvre aussi considérable et souvent paradoxale, une fin si rapide, malgré la lente évolution, et si misérable, devaient intéresser plus d'un médecin parmi lesquels il y a tant de psychologues. Ils n'y ont pas manqué. Sa vie est une des plus émouvantes qui soient et elle constitue, pour nous, une leçon d'un double intérêt: scientifique et social. Et que d'autres, parmi certains personnages réputés que nous avons connus personnellement, ont, ainsi, succombé sous la trame de l'implacable spirochète!...

Quelques critiques ont affirmé que c'est manquer au respect dû à la mémoire d'un homme de génie que d'étudier sa vie physique. Nous croyons, au contraire, que les vies intellectuelles et physiques ne sont pas deux univers séparés, mais harmonieusement mêlés et confondus. Rien d'humain ne nous est étranger, à nous, médecins; et notre pensée, souvent inquiète dans la recherche de la vérité, ne néglige rien qui puisse contribuer au progrès.

La syphilis est donc susceptible d'engendrer des désordres sociaux que nous devons nous efforcer de prévenir, tels que: le désenchantement et les désaccords entre les époux, la désunion, la rupture ou la séparation, le divorce, l'abandon des enfants, l'affaiblissement du

sens moral, la négation de la responsabilité, l'amointrissement de l'individu, de la race; l'extinction graduelle de la famille; les revers et les sombres jours.

Que sais-je?

Cette maladie, surtout en temps de guerre, se dissémine avec une rapidité croissante, créant, ainsi, soit au front, soit à l'arrière, un état de déficience qui encombre les hôpitaux de malades plutôt que de blessés, victimes de la guerre en dentelle plutôt que de la guerre totale!...

Ne doit-on pas, à tout prix, protéger ou défendre, avec une rigidité toute militaire, non seulement le physique mais le moral du soldat? Le courage est-il compatible avec l'amoralité ou l'immoralité? Certes non, pour quiconque, surtout pour le soldat que l'on recrute parmi la fine fleur de la nation: *la jeunesse*.

Le traitement en est long, mais la guérison est possible dans tous les cas pourvu qu'on procède tôt et avec une méthode rigoureuse. Les dispensaires publics ne sont pas encore assez nombreux ni répandus; certaines catégories de citoyens ne peuvent pas les fréquenter durant les heures de travail. On a songé à ce problème pour le résoudre. Des dispensaires du soir existent déjà et le coût du traitement a été abaissé grâce à la distribution gratuite des médicaments par le gouvernement.

Cette remarque est de la plus haute importance, car si on donne des conseils impossibles à suivre, ou qu'on impose d'injustes sanctions, notre organisation est défectueuse et nos lois, prématurées. C'est donc aux pouvoirs publics qu'il convient d'organiser et de mener la lutte avec le concours des ligues canadiennes de santé.

Fréquence

Cette maladie est-elle fréquente?

Dans certains hôpitaux de Montréal, on note qu'environ 20 à 30 pour cent des malades sont des syphilitiques, d'après l'examen du sang. Ces chiffres sont peut-être en deçà de la vérité.

En voici d'autres, tirés de nos statistiques: une étude sommaire a révélé les faits impressionnants que je vous communique. Dans la seule province de Québec, en 1939, on y a traité 12,000 syphilitiques; en 1940, il y en avait environ 8,000 sous traitement; en 1941, 8,230; en 1942, 10,653. Comme ces chiffres, selon les statistiques américaines, ne représentent que 10% de ces malades, nous devons donc les multiplier par dix, soit de 70 à 120,000. Lorsqu'on songe aux conséquences qui en découlent, ces chiffres sont effarants. Voilà pour-

quoi la ligue canadienne de santé a, la première, suggéré le *certificat de santé* avant le mariage en prononçant le mot « Syphilis », que tous doivent connaître si on veut mettre le public en garde contre les dangers qui l'entourent.

L'âge

A quel âge contracte-t-on habituellement cette maladie? De 18 à 45 ans, c'est-à-dire l'époque où l'intelligence atteint son plus haut développement: l'âge de la culture et du plus complet rendement au point de vue *arts et métiers, sciences, littérature, économie sociale et politique, professionnel, éducationnel*, — bref, l'âge utile dans la vie productive de l'individu.

Le coût

1) Combien nous coûte cette maladie, chaque année? Je ne citerai que deux items: celui qui concerne la *province de Québec* et la *ville de Montréal*. D'après le rapport du Ministère de la Santé et du Bien-être Social, division des maladies vénériennes, on a administré, en 1942, environ 140 mille traitements. En évaluant l'un à la somme ridicule de \$5.00, en tenant compte de notre organisation, on obtient une somme totale de \$700,000, sauf erreur...

Il est probable que je suis loin de la vérité...

2) Après la guerre de 1914, tous les crédits fédéraux à cette fin avaient été supprimés. Malgré une lutte bien organisée mais insuffisamment subventionnée, la vague déferlait sur nous!...

tandis que sa large main « cachait » les précipices
au somnambule errant au bord des édifices.

BAUDELAIRE.

En 1919, une commission canadienne obtint du gouvernement fédéral une subvention de \$200,000 pour continuer cette lutte.

En 1938-39, le gouvernement fédéral accorda une nouvelle subvention de cinquante mille (\$50,000) dollars pour l'achat de médicaments; cette somme devait être répartie d'après la population des provinces pourvu que les initiatives locales fussent maintenues et améliorées et qu'elles intensifient la lutte, en coopérant avec le fédéral pour le traitement des militaires.

3) A *Montréal* seulement, on évalue le coût annuel du traitement des syphilitiques, dans les cliniques, les hôpitaux et les laboratoires, à \$350,000, sauf erreur. Et que penser des sommes additionnelles pour défrayer le coût des traitements privés?

Donc, cette lutte doit être incessante. Nous devons, chaque année, chaque jour, devrais-je dire, recommencer, car :

Nouveau Prométhée, ce mal redoutable brise, chaque fois, ses chaînes.

Tel est, brièvement énoncé, l'aspect social de la syphilis dont on oublie les méfaits nombreux et trop souvent méconnus. Heureusement on a mis bas les masques!...

Depuis deux ans, surtout, grâce à une législation bienfaisante, le ministère de la Santé et du Bien-être social de Québec, sous la direction éclairée du ministre, l'honorable Groulx, avec le concours de ses sous-ministres, a intensifié la lutte, soit par des conférences, des causeries à la radio, ou autres moyens pratiques. D'autre part, la *Ligue Canadienne de Santé* a saisi avec empressement toutes les occasions de coopérer avec le gouvernement. Nous comptons donc sur un meilleur résultat dans l'avenir. Si les chiffres augmentent, ne nous alarmons pas: cela démontre que le public a compris et qu'il cherche, avec plus d'attention, les zones de sécurité où un personnel instruit lui donnera les conseils et les traitements appropriés.

C'est ainsi que nous pourrons éviter les complications graves qui atteignent non seulement le malade, mais ceux qui vivent dans son entourage immédiat. Contre ces maladies sociales nous avons organisé des croisades qui veillent à la protection et à l'éducation du public. Elles comprennent: les médecins, le haut clergé, toujours soucieux de la morale publique, nos clubs, nos sociétés savantes, les universités de Montréal et de Québec, les cercles féminins, un certain nombre de citoyens animés d'esprit public, la presse anglaise et française, bref tous ceux qui ont l'ambition et le devoir de diriger l'opinion publique.

C'est une œuvre de civisme: marchons puisque l'élan est donné!...

Le patriotisme ne consiste pas seulement dans la mobilisation des forces défensives de la nation, mais aussi dans la prévention des maladies sociales évitables dont l'action dissolvante ne cesse d'exercer ses ravages sur la santé de l'individu, de la famille et de la race entière.

Dr Albert LESAGE,
*co-Président de la Ligue Canadienne
de Santé, Division de Québec.*

RÉUNION DES ORGANISATIONS MÉDICALES NATIONALES TORONTO, 28-29 JANVIER 1944

Fidèle à la promesse faite, nous donnons un bref résumé, forcément incomplet, des questions médicales soulevées à la réunion de Toronto. Nos lecteurs nous sauront gré de leur faire connaître au moins l'allure générale des discussions autour d'un plan quelconque d'assurance-maladie. Il faut bien dire plan quelconque, car aucun plan défini, gouvernemental ou autre, ne fut déposé devant l'Assemblée.

A la séance inaugurale, le docteur A. E. Archer, Lamont, Alberta, souhaita la bienvenue aux délégués au nom de la C. M. A. tout en défendant celle-ci de vouloir dominer la discussion. Le but de l'assemblée: à cause des modifications futures dans nos organisations médicales, il est bon de clarifier l'atmosphère, de saisir l'opportunité d'étudier chaque aspect du problème et de colliger tous les renseignements possibles.

Un délégué de chaque Association prit tour à tour la parole. Nous résumons en style télégraphique.

Canadian Medical Association: Le Dr D. Slater Lewis, Montréal, président:

La C. M. A. favorise l'Assurance-Maladie plutôt que la Médecine d'Etat; l'administration de ce plan doit être faite par un corps non politique. Chaque corps professionnel serait responsable de sa propre administration.

A l'heure actuelle, le plan proposé cache peut-être une question politique.

Canadian Public Health Association: Le Dr Fred Jackson, Winnipeg:

Il est impératif que le Canada tout entier soit incorporé dans ce projet. Il est essentiel que le médecin praticien subisse un contrôle médical, en l'occurrence, par le médecin d'Hygiène Publique. Les soins donnés aux mères enceintes et aux enfants à l'école constitueront une charge financière moins lourde par ce plan d'Assurance-maladie.

Canadian Nurses Association: Mlle M. Lindeburgh, Montréal, présidente:

Il s'agit de définir exactement le rôle de chaque groupe afin d'assurer une coopération parfaite, tout en laissant à un seul groupe le soin de coordonner toutes les activités. Il est essentiel de reconnaître un standard d'éducation professionnelle. Le public doit être

renseigné qu'il n'existe qu'un seul groupe officiel: les Infirmières Enregistrées.

Association of Canadian Medical Colleges: Dr John Fraser, Montréal, président:

Le personnel enseignant devra être entraîné en rapport avec le plan d'assurance-maladie. Le matériel d'enseignement fera défaut à moins que la loi ne stipule que les patients pourront servir à l'enseignement.

Canadian Tuberculosis Association: Lt-Col. J.-A. Couillard, La Patrie, président:

Un délégué remplace le Lt-Col. J.-A. Couillard.

Le traitement de la Tbc tombe sous la responsabilité de l'Etat, et tout plan d'Assurance-maladie n'amènera que peu de changement dans le mode de traitement actuel. Toutes les facilités d'examen doivent être fournies en vue d'un diagnostic précoce. Recommande un examen périodique tous les cinq ans pour toute la population.

Canadian Hospital Council: Dr G. F. Stephens, Montréal, président:

Le docteur G. F. Stephens fait ressortir les trois points suivants: 1° insuffisance de lits d'hôpital; 2° plan en dehors de la politique; 3° hôpitaux administrés par des autorités impartiales.

L'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord: Dr R.-E. Valin, Ottawa, directeur général:

Nos lecteurs trouveront un résumé de l'allocution du docteur Valin dans le numéro de février, p. 108.

Canadian Dental Association: Dr Harvey Reid, Toronto, président élu:

Sans avoir approuvé le principe d'Assurance-maladie, la Canadian Dental Association est prête à coopérer, tout en se rendant compte des dangers du développement à outrance d'un tel plan. Il fait les réserves suivantes: 1° autonomie de chaque profession; 2° assurance contributive de la part des assurés; 3° pas d'intermédiaire entre le patient et le dentiste; 4° limitation des soins des enfants au-dessous de 16 ans.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Dr F. S. Patch, Montréal, président:

Le docteur Patch nous entretient surtout des relations qui doivent exister entre l'enseignement universitaire et les recherches scienti-

fiques. Il nous fait aussi entrevoir l'opposition que la création de *spécialités* suscite en certains milieux.

Canadian National Committee for Mental Hygiene: Dr C. M. Hincks, Toronto, directeur général:

L'état d'infériorité de l'hygiène mentale exige nombre de modifications: 1° une proportion de 5 lits par mille de population pour maladie mentale, soit dix-sept mille lits supplémentaires; 2° vaste programme de réadaptation sociale pour ces patients qui retournent dans la vie civile; 3° dispensaires dans les hôpitaux d'aliénés; 4° dans chaque hôpital général, un consultant en médecine neuro-psychopatique; 5° hygiène mentale dans les écoles.

Health League of Canada: Dr Gordon Bates, Toronto, directeur général:

Le docteur Bates énumère toutes les raisons de continuer l'éducation populaire grâce à des organisations nationales volontaires.

Medical Council of Canada: Dr E. S. Ryerson, Toronto:

Le docteur Ryerson enfourche son vieux cheval de bataille Winnipeg et déclare que le droit de pratique médicale devrait être octroyé par un organisme centralisateur fédéral, c'est-à-dire le Conseil Médical du Canada.

Canadian Pharmaceutical Association: M. John Burgess, Toronto:

Tout en demandant une représentation de sa profession dans le plan d'Assurance-maladie, ce monsieur ne semble pas très enthousiaste de l'application de ce plan: les ordonnances magistrales seront rares; le pharmacien perdra intérêt dans ses activités, qui seront de plus en plus restreintes; le recrutement professionnel deviendra nul.

National Research Council: Dr J. B. Collip, Chairman Associate Committee on Medical Research:

Le docteur Collip s'est contenté de lire des extraits de son témoignage devant le Comité de Sécurité Sociale, à Ottawa, le 16 juin 1943, fascicule n° 22, p. 624.

Donatien MARION.

N'OUBLIONS PAS LA FRANCE

Notre dette envers la France est immense. Nous sommes reliés à elle par des liens de filiation; mais, en plus, nous lui devons d'avoir conservé et développé notre culture intellectuelle par le truchement de la langue qui fut celle de nos pères et selon des traditions dont nous ne pouvions déroger sans nous avilir.

Nos manuels d'instruction primaire et secondaire venaient de France; jusqu'à cette guerre elle inspirait, quand elle ne les fournissait pas, la plupart de nos livres d'enseignement. Nos professeurs à la Faculté de Médecine s'étaient formés dans les grands hôpitaux des villes de France. Nos manuels de médecine, écrits par les Maîtres de la Médecine française, nous ont permis d'apprendre et d'approfondir la science médicale.

La plupart des médecins actuellement en service dans nos hôpitaux et aux chaires d'enseignement de nos facultés de médecine, médecins et chirurgiens distingués qui à leur tour tiennent le flambeau, ont complété et affiné leurs connaissances médicales dans les centres hospitaliers et universitaires de Paris, de Lyon, de Strasbourg, de Montpellier; ils y furent accueillis par les chefs de service, les chefs de clinique et les internes comme s'ils avaient été de la même famille, de la même maison.

C'est en cette heure tragique où la France souffre dans sa chair et son esprit que nous devons nous souvenir de cette dette contractée.

Nous sommes les petits-fils de la France par le sang. C'est elle qui nous prodigua le savoir: nous sommes ses fils par l'intelligence.

Nos actes, notre générosité, doivent aujourd'hui manifester notre profonde sympathie et notre gratitude. **REPONDONS DONC A L'APPEL DE « CANADA-FRANCE ».** R. A.

POUR QUE LA FRANCE NE DEVIENNE PAS UN CIMETIÈRE

ouvrons notre cœur à sa détresse,
préparons-nous à alléger, dès que les circonstances le permettront,
son effarante misère.

CANADA-FRANCE

en appelle et à votre affection et à votre générosité.

Donnez en espèces,

Donnez en nature

(vêtements, tricots, tissus, laine, produits pharmaceutiques,
produits alimentaires non périssables, etc.).

Donnez généreusement,

Donnez sans tarder.

Adresser tout envoi à CANADA-FRANCE, 266 ouest, rue St-Jacques (Montréal),
ou à 149 ouest, rue St-Joseph (Québec).

LA HERNIE DU CERVELET AU-DESSUS DU TENTORIUM

Diagnostic ventriculographique entre les tumeurs de la partie haute du cervelet et les tumeurs de la partie postérieure du troisième ventricule.
Leur voie d'abord chirurgical.

Par Jacques Le BEAU,
Ancien chef de Clinique des hôpitaux de Paris
(Service du Prof. Clovis Vincent.)

L'expression de hernie cérébrale peut s'appliquer à deux catégories d'accidents:

Les hernies cérébrales externes. Elles se font vers la superficie par une solution de continuité du crâne. Elles sont la conséquence d'un traumatisme crânien (fracture ouverte compliquée d'encéphalite et d'œdème cérébral), d'un abcès du cerveau, parfois d'une tumeur à la suite d'une opération décompressive inadéquate.

Les hernies cérébrales internes compliquent au maximum les signes et le pronostic des tumeurs cérébrales, mais on peut aussi les voir après certains traumatismes crâniens (œdème cérébral ou hématome) et surtout au cours des abcès du cerveau. Ce sont des protrusions du cerveau ou du cervelet dont une partie « s'engage » le long du tronc cérébral au travers des orifices naturels dure-mériens. Parmi ces « engagements », la hernie vers le bas des amygdales cérébelleuses comprimant le bulbe au niveau du trou occipital est bien connue depuis longtemps; la hernie d'un ou des deux lobes temporaux en dedans et au-dessous du tentorium a fait l'objet de plusieurs études récentes (I, etc.); la hernie de la circonvolution du corps calleux sous la faux du cerveau lui est souvent associée, parfois isolée, elle pose quelques problèmes intéressants, surtout radiologiques.

Il existe une autre variété d'engagement, beaucoup plus rare sans doute, mais qu'il faut connaître parce qu'elle peut entraîner des erreurs de diagnostic. C'est la hernie du toit du cervelet au-dessus du tentorium, complication des tumeurs de la partie haute du cervelet. On risque de confondre son aspect ventriculographique avec celui des tumeurs de la partie postérieure du troisième ventricule. Nous avons individualisé cet accident dans notre travail de 1938 (I), puis complété et précisé la manière de le reconnaître avec Clovis Vincent (II). Reprenons ici la description d'une manière systématique en insistant avant tout

sur les problèmes radiologiques qu'elle soulève.

L'intérêt à la fois pratique et général de connaître cette variété de hernie cérébelleuse est de permettre l'extirpation d'un nouveau type de tumeur comprimant le tronc cérébral. Les tumeurs du tronc cérébral proprement dites sont inopérables, telles les tumeurs du bulbe, de la protubérance, des pédoncules, des parois du troisième ventricule; mais les tumeurs comprimant le tronc cérébral sont opérables, bien que cela soit très dangereux: par exemple les crânio-pharyngiomes, les tumeurs de l'épiphyse, les tumeurs situées à l'intérieur du troisième ventricule, les tumeurs nées de la face profonde du corps calleux. Les tumeurs hautes et antérieures du cervelet, comprimant la calotte pédonculaire, sont d'un accès difficile: l'existence d'une hernie cérébelleuse au-dessus du tentorium aggrave la situation; mais, à partir du moment où la ventriculographie bien interprétée met en évidence qu'il ne s'agit pas là d'une tumeur de la partie postérieure du troisième ventricule, l'opération doit être tentée et peut souvent réussir.

Nous suivrons dans cette étude le plan suivant:

- I) *Description de la hernie cérébelleuse et de ses conséquences anatomiques.*
- II) *Observations cliniques. Comment cette complication des tumeurs cérébelleuses a été reconnue par l'analyse des ventriculographies.*
- III) *Diagnostic ventriculographique des lésions neuro-chirurgicales médianes ou juxta-médianes de la région de l'aqueduc de Sylvius.*
- IV) *Conclusions thérapeutiques.*

DESCRIPTION ANATOMIQUE

Normalement, au niveau de la partie postérieure de l'orifice de la tente du cervelet, on trouve:

En arrière, au contact de l'arête durale, mais au-dessous d'elle, le bec du vermis sur la ligne médiane, et de chaque côté l'angle antérieur des deux hémisphères. Le toit du cervelet, comprenant aussi vermis et hémisphères, est cette portion de la face supérieure du cervelet qui tend à devenir horizontale.

En avant, on trouve les structures masquant la calotte pédonculaire: tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs, glande pinéale. Entre elles et le bec du vermis, les veines de Galien allant au sinus droit contenu dans l'union de la tente et de la faux du cerveau. Notons que l'épiphyse sépare le cervelet du troisième ventricule.

En bas, c'est le raccord du cervelet et du toit du quatrième ventricule au niveau du voile médullaire antérieur. Ici finit l'aqueduc de Sylvius dont la direction normale est presque verticale, un peu oblique en bas et en arrière; à son origine, il continue sans rupture de courbe la concavité du bord inférieur du troisième ventricule.

En haut, le bourrelet du corps calleux ou splénium qui descend dans l'orifice du tentorium; il est séparé du cervelet par les veines de Galien.

Montrons d'abord brièvement ce que fait une tumeur du cervelet du type habituel, mais située dans la partie haute du vermis ou des hémisphères, c'est-à-dire un peu au-dessus de l'angle postérieur du quatrième ventricule. Comme toute autre tumeur du cervelet, notons pour commencer qu'elle détermine rapidement une forte hypertension dans la fosse cérébelleuse pour deux raisons: volume de la tumeur, œdème du cervelet. Très vite on observe l'engagement des amygdales cérébelleuses dans le trou occipital, plus marqué du côté de la tumeur, symétrique si la tumeur est vermienne. D'autre part, le quatrième ventricule et l'aqueduc de Sylvius sont rapidement comprimés; une dilatation progressive des ventricules latéraux et du troisième ventricule s'installe et devient très importante. A partir de ce moment, l'hypertension intracrânienne est considérable et elle augmente sans cesse par l'effet d'un véritable cercle vicieux dont les éléments sont la dilatation ventriculaire, la

compression de l'aqueduc par le bord inférieur du splénium (Vincent), le blocage du trou occipital et de l'orifice inférieur du quatrième ventricule par la hernie des amygdales.

Les conséquences particulières des tumeurs hautes du cervelet, telles que nous les avons définies, sont en plus de ces différents accidents:

a) Abaissement du quatrième ventricule, qui est petit et refoulé en avant.

b) Allongement de l'aqueduc; refoulé en avant, il devient franchement vertical; il peut être, ou non, complètement obstrué par la pression à distance de la tumeur.

c) Refoulement du bord inférieur du troisième ventricule vers le haut; l'aqueduc a tendance à se tasser contre le troisième ventricule: leur point de raccordement, c'est-à-dire l'origine de l'aqueduc, s'élève en même temps qu'il est déplacé en avant. La courbe normale qui réunit le bord inférieur du troisième ventricule et l'aqueduc, devient un angle aigu dont le sommet est habituellement non pas l'origine de l'aqueduc, mais un point situé à quelques millimètres en arrière.

d) Soulèvement de la tente du cervelet: les cornes occipitales sont soulevées et leur concavité vers le bas s'accroît; si la tumeur est franchement latérale, cet aspect peut être asymétrique.

Un degré de plus, et la tumeur haute du cervelet se complique de hernie du cervelet au-dessus du tentorium. A notre avis, cela suppose que le trou occipital est déjà sérieusement bloqué par l'engagement des amygdales vers le bas. Le cervelet n'a plus d'autre issue que l'orifice supérieur de la loge sous-tentoriale, entre les pédoncules cérébraux et la dure-mère.

La hernie cérébelleuse peut contenir la partie supérieure de la tumeur. Ce n'est pas la règle: d'habitude, la tumeur reste sous la tente et la partie herniée est formée par du cervelet œdématisé, donc à la fois ramolli et sous tension. La hernie atteint en moyenne le volume d'une petite noix. Elle est constituée par le bec du vermis et par une portion plus ou moins importante de la face supérieure d'un hémisphère. Parfois, bien que la tumeur soit

franchement dans un seul hémisphère, la hernie est faite du vermis et de la portion adjacente des deux hémisphères. La hernie est limitée en avant par la face postérieure de la calotte pédonculaire; en arrière et latéralement par le bord libre de la tente qui marque un profond sillon sur la face supérieure du cervelet: la hernie est donc facilement reconnaissable à l'autopsie, même après qu'on a enlevé la dure-mère (voir figure I, reproduction schématique d'une photographie de la pièce anatomique de l'observation II).

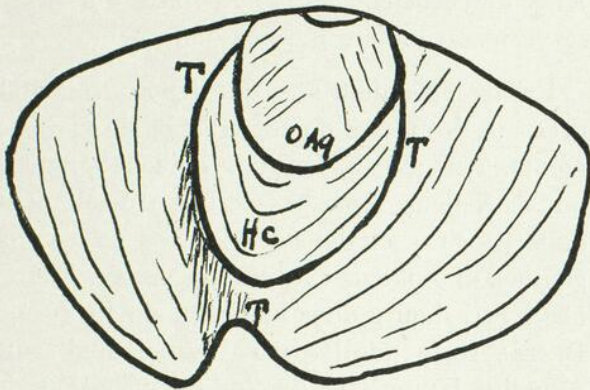


FIG. 1. — (Reproduction de pièce anatomique — observation 2.) Face supérieure du cervelet montrant la hernie cérébelleuse, dans la fosse cérébrale. — T.T.T. - Sillon de la tente du cervelet délimitant la hernie. — Aq. - Aqueduc de Sylvius — Hc. - Partie du cervelet herniée au-dessus de la tente.

La hernie cérébelleuse comprime tout ce qui est au-dessus et en avant d'elle: les veines de Galien, le splénium, la calotte pédonculaire, l'aqueduc, la partie postérieure du troisième ventricule. Insistons sur ces deux dernières formations, puisque le diagnostic ventriculographique de la hernie du cervelet au-dessus de la tente repose sur l'analyse de leur déviation.

L'aqueduc de Sylvius est complètement aplati par la poussée de la hernie contre la calotte pédonculaire et, pratiquement, il sera invisible sur les clichés, car il ne laisse pas passer l'air. Cependant, son origine subsiste en général formant une petite dent sur le bord inférieur du troisième ventricule.

Le troisième ventricule lui-même est basculé en haut et en avant. Son angle postérieur, épiphysaire, est soulevé par l'engagement. Son angle antérieur, optique, est relativement fixe, car il est amarré à la base du crâne par les 2 nerfs optiques. Mais il peut se dilater et

prend alors une forme arrondie. Le bord supérieur du troisième ventricule, dont la direction générale est horizontale, devient oblique en bas et en avant; le bord inférieur, dont la direction générale est oblique, devient presque vertical, mais les récessus sus et sous-épiphysaires ne sont pas amputés; ils sont étirés, aplatis, et on doit pouvoir les reconnaître sur les clichés.

Remarquons que cette déformation du troisième ventricule est analogue à celle qu'entraînent les tumeurs de la protubérance. Une telle tumeur est à la fois sus et sous-tentorielle en projection. Mais leur diagnostic est facile, car, en règle générale, l'aqueduc et le 4ème ventricule sont visibles, soulevés en arrière de la tumeur, écartés du troisième ventricule. Ici, c'est le contraire, puisque la tumeur et la hernie refoulent l'aqueduc en avant. D'ailleurs, elles l'obstruent à son origine et suppriment donc ces repères importants que sont l'aqueduc et le quatrième ventricule.

L'étude anatomique de la hernie cérébelleuse au-dessus du tentorium fournit donc tous les éléments de son diagnostic ventriculographique et de son traitement chirurgical:

1) L'engagement cérébelleux est à la place même où se développerait une tumeur pinéale ou quadrigéminale. Mais, le troisième ventricule étant envahi, il est basculé en haut et en avant. L'aqueduc de Sylvius est invisible, sauf à son origine.

2) Cette complication des tumeurs du cervelet est grave, car le tronc général est très comprimé. L'hydrocéphalie est considérable, la tumeur est difficilement accessible. Il faut se ménager une voie d'abord permettant d'opérer à la fois au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous avons observé jusqu'à présent la hernie cérébelleuse vers le haut dans sept cas avec vérifications anatomiques. Quatre de ces malades n'ont pas été étudiés cliniquement par nous-mêmes, et c'est à l'occasion de l'examen systématique des pièces d'autopsie que notre attention a été attirée sur cette déformation

du cervelet. Nous allons rapporter l'observation de trois malades que nous avons suivies. La première est morte sans opération. La seconde est morte après opération. La troisième a été opérée et guérie. Toutes ces observations ont été recueillies dans le service du docteur Clovis Vincent, à l'hôpital de la Pitié, à Paris.

Remarquons qu'il y a tout lieu de croire à une fréquence peut-être assez grande de cette hernie du cervelet. En effet, beaucoup de malades, porteurs d'une tumeur haute du cervelet, présentent un syndrome clinique typique de blocage de la fosse cérébelleuse et on intervient sans ventriculographie. Si le malade guérit, puisque l'intervention est uniquement sous-tentorielle, on ne saura pas s'il y a eu hernie du cervelet au-dessus de la tente. Si le malade meurt, la plupart du temps la tumeur aura été extirpée au moins en grande partie, l'engagement du cervelet a de fortes chances d'avoir été réduit et on n'en trouve plus trace à l'autopsie, si l'on n'y pense pas systématiquement (recherche d'un petit sillon, etc.).

1. *Abcès du cervelet avec engagement du cervelet vers le haut.* (Résumé.)

Il s'agissait d'une fillette de 14 ans, envoyée à la Pitié en décembre 1936, avec diagnostic probable de méningite évoluant depuis un mois. A l'examen, torpeur, stase papillaire bilatérale. Bien que les membres fussent plutôt contractés, la nuque était flasque, signe toujours grave. Il existait une légère hémiparésie droite, un signe de Babinski bilatéral.

Rapidement la respiration s'accéléra. Il y eut de l'hyperthermie et la malade mourut. A l'autopsie, abcès gros comme une noix situé dans la partie haute de l'hémisphère cérébelleux droit. Le toit du vermis et de la portion adjacente de l'hémisphère droit forment une hernie au-dessus de la tente du cervelet. La hernie coiffe et déborde la tente en champignon, déterminant une forte compression de l'aqueduc et du troisième ventricule. Mais l'abcès lui-même reste au-dessous de la tente du cervelet. Il existe un très gros engagement bilatéral des amygdales dans le trou occipital.

Les photographies de ce cas ont été publiées dans notre thèse (I).

Commentaires: l'évolution de ce cas fut trop brève pour que l'opération puisse être tentée et, d'ailleurs, l'état général était trop grave pour une ventriculographie. Le phénomène de la tête ballante témoignant de l'hypotonie des muscles de la nuque doit être rattaché à une compression intense du tronc cérébral. Peut-être dépend-il plus particulièrement de la compression pédonculaire par la hernie du cervelet vers le haut, mais cela est difficile à affirmer.

II. *Astrocytome du cervelet avec engagement du cervelet vers le haut.* (Résumé.) Observation complète publiée dans (II).

Enfant âgée de 9 ans, qui depuis Noël 1936 présente des crises de céphalée et de vomissements. Peu à peu, l'enfant devient « apathique ». A deux reprises, « crises » de douleurs dans les bras et dans les jambes s'accompagnant d'une pâleur extrême du visage. Examinée à Strasbourg dans le service du Professeur Barré: stase papillaire et baisse de l'acuité visuelle. Hypotonie droite. Perturbation des épreuves caloriques. Diagnostic probable: tumeur du quatrième ventricule.

Examinée à la Pitié le 25 mai 1937: légère hypotonie droite, dévie à droite dans la marche aveugle. Déviation des index à droite, surtout le droit. Stase papillaire énorme avec début d'atrophie optique. Paralysie du moteur oculaire externe droit. Radiographie: disjonction des sutures et amincissement irrégulier des os du crâne (aspect nuageux). La selle turcique n'est pas agrandie, mais ses contours sont usés.

Ventriculographie, 26 mai: énorme dilatation des ventricules latéraux; la partie postérieure du troisième ventricule n'est pas visible sur les clichés de face, et semble amputée sur les clichés de profil [(II), figure 2]. Diagnostic: tumeur comblant la partie postérieure du troisième ventricule. On décide de l'aborder par voie transcalleuse.

Opération, 26 mai (docteur Clovis Vincent). Volet occipital droit. Incision du corps calleux. Une énorme quantité de liquide céphalo-rachidien s'écoule. On voit une masse qui fait saillie en avant de la tente et repousse les veines de Galien. Ponction de cette masse, rien

d'anormal. On referme sans rien enlever. L'enfant est remise dans son lit en bon état, mais rapidement polypnée, hyperthermie, mort le lendemain.

Autopsie: astrocytome fibreux, non kystique, dans la partie haute de l'hémisphère droit. Engagement des amygdales plus marqué à droite. Surtout volumineuse hernie du cervelet vers le haut, au-dessus de la tente, formée par une petite partie de l'hémisphère gauche et une partie importante du vermis et de l'hémisphère droit. C'est un « engagement » en haut du toit du cervelet comprimant la calotte pédonculaire. Le schéma de cette pièce est reproduit figure I; les photographies originales ont été publiées dans (I) et (II).

Commentaires: la ventriculographie a conduit à une erreur de diagnostic que les constatations anatomiques ont permis d'expliquer. Les conclusions que nous avons tirées tout d'abord de ce cas [(I), page 157] étaient que la hernie du cervelet vers le haut produisait une amputation de la partie postérieure du troisième ventricule. L'analyse faite par le docteur Clovis Vincent à propos du cas suivant montra qu'il n'en est rien. Il s'agit en fait non d'une amputation, mais d'un refoulement du troisième ventricule dont le diagnostic doit être possible.

III. *Astrocytome kystique du cervelet avec engagement vers le haut.* (Résumé.) Observation complète et ventriculographies publiées dans (II).

Jeune femme de dix-huit ans malade depuis trois ans. Début de la maladie: démarche incertaine, céphalée, vomissements; puis pertes de conscience sans convulsions ni contractures survenant au bout d'un an presque tous les jours. Baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit. La malade subit une opération décompressive temporale et de la radiothérapie. Amélioration transitoire. Envoyée à la Pitié en mai 1938, où on met en évidence, à l'examen, un syndrome cérébelleux bilatéral plus marqué à gauche. Réflexes tendineux vifs. Stase papillaire modérée avec début d'atrophie à droite. Radiographie du crâne: sutures disjointes, impressions digitales très marquées. Selle turcique dilatée d'avant en arrière.

Ventriculographie, 3 mai: les ventricules latéraux sont très dilatés et symétriques. Le troisième ventricule est dilaté, visible dans les clichés pris occiput sur plaque, invisible dans ceux pris front sur plaque où l'on remarque en plus l'écartement des deux cornes temporales. La vue de profil (Schéma figure 4) montre en apparence une amputation de la partie postérieure du troisième ventricule. En fait, sa partie postérieure est refoulée en avant et en haut. Son grand axe, normalement presque horizontal, est devenu presque vertical; on voit le récessus sus-épiphysaire et l'origine de l'aqueduc à la limite postérieure de l'ombre. Le docteur Clovis Vincent, rapprochant ces clichés de l'observation II, porte le diagnostic de tumeur du cervelet avec hernie au-dessus de la tente, refoulant le troisième ventricule.

Première intervention le 3 mai (J. Le Beau). Grand volet occipito sub-occipital dépassant la ligne médiane sauf au niveau du pressoir. On n'ouvre pas le trou occipital. Il est possible par ce volet d'explorer la fosse cérébelleuse et la fosse sous-calleuse. *Deuxième intervention*, 5 mai (Clovis Vincent et J. Le Beau). Réouverture du volet. L'hémisphère cérébral est plus tendu que l'hémisphère cérébelleux. Ponction du ventricule latéral, ce qui détend le cerveau. Ecartement de l'hémisphère et incision du corps calleux. Flot de liquide céphalo-rachidien: la partie interne du ventricule latéral, énormément dilatée, est ouverte. On finit par apercevoir au-dessus de la tente une masse qui est bien le cervelet, car on reconnaît l'écartement des lamelles. On la ponctionne et on retire environ 40 centimètres cc. de liquide kystique jaune. Le kyste est ouvert. On morcelle et on enlève la tumeur murale (volume d'une petite noix). La cavité opératoire est remplie de Ringer chaud, le cerveau très affaissé flotte à nouveau. Suture de la dure-mère. Ringer dans le ventricule. Remise en place du volet.

Pendant plusieurs jours, la malade reste dans le décubitus ventral, la tête un peu tournée vers le côté droit: de cette façon, le ventricule gauche ne peut pas se vider par son ouverture opératoire et on évite le collapsus

cérébral. Tout se passe bien et au bout de trois semaines la malade se lève et présente bientôt un état normal.

Commentaires: l'analyse précise des images ventriculographiques et le rapprochement avec le cas précédent ont permis le diagnostic exact. L'opération adéquate a donc pu être réalisée et la malade a été guérie.

Ces trois observations prises successivement montrent comment s'est individualisée cette nouvelle complication de certaines tumeurs du cervelet.

Au début, ce fut simplement une constatation anatomique, telle notre observation I. Le cervelet peut être propulsé au-dessus de la tente par une tumeur sous-jacente. Il comprime alors les structures médianes de la région sous-calleuse.

Puis (observation II) on retrouve la même anomalie à l'autopsie d'un cas qui fut une erreur de diagnostic ventriculographique.

On conclut que la hernie du cervelet peut amputer la partie postérieure du troisième ventricule.

Enfin (observation III) on comprend que le troisième ventricule est non pas amputé, mais refoulé en haut et en avant, et on rapporte cette déviation à une hernie du cervelet au-dessus de la tente par tumeur du cervelet. Ce que vérifie l'intervention qui permet d'extraire la tumeur.

Voilà donc isolée maintenant une nouvelle possibilité qui rend un peu plus complexe le diagnostic des lésions neuro-chirurgicales médianes de la région sous-calleuse. D'une manière générale, ces lésions ont une histoire d'hydrocéphalie, avec des signes de localisation fort inconstants. La clé du diagnostic est la ventriculographie et plus particulièrement l'étude très soignée de l'aqueduc de Sylvius.

DIAGNOSTIC VENTRICULOGRAPHIQUE

D'une manière générale, il y a deux groupes de difficultés diagnostiques principales:

a) Entre (1) la sténose non-tumorale de l'aqueduc de Sylvius et (2) les tumeurs hautes du cervelet.

b) Entre (3) les tumeurs du cervelet avec engagement vers le haut et (4) les tumeurs de la partie postérieure du troisième ventricule.

Mais, avant de passer aux détails de ces différentes lésions neuro-chirurgicales, quelques remarques sont nécessaires. Les premières ont trait à la technique de la ventriculographie; en effet, beaucoup de particularités que nous allons décrire peuvent paraître difficiles à interpréter, mais ceci n'est qu'une apparence, et, en fait, elles sont très nettes et ont une très grande valeur. Pour cela, il faut qu'on soit absolument sûr de sa technique et il faut en particulier que le remplissage des ventricules et de l'aqueduc (s'il y a lieu) soit parfait. Il est inutile de chercher à faire le diagnostic précis de tumeurs situées plus ou moins haut dans le cervelet ou dans le tronc cérébral si les ventriculographies sont insuffisantes parce que le remplissage est incomplet ou parce qu'on n'a pas imprimé à la tête du malade les positions nécessaires à la prise de bons clichés (Lysholm). A la Pitié, le principe est de toujours remplir les ventricules au maximum, c'est-à-dire d'injecter autant d'air qu'il y a de liquide, en règle générale par des trous de ponction occipitaux. Puis, on incline la tête du malade en arrière, ce qui vide encore quelques gouttes de liquide: on injecte encore de l'air, puisque l'on veut que tout le liquide soit remplacé. Quant à la prise des clichés, on les fait successivement après avoir incliné la tête du malade dans la position voulue pendant environ une minute avant chaque cliché.

Dans ces conditions, sur un sujet normal ou plutôt sur un sujet présentant une légère dilatation ventriculaire, on doit voir parfaitement le troisième ventricule avec tous ses récessus et la *massa intermedia*, l'aqueduc de Sylvius, le quatrième ventricule de bout en bout.

Les quatre groupes de lésions dont nous allons décrire les images présentent certains caractères communs: dilatation des ventricules latéraux importante et parfois considérable, dilatation de la moitié antérieure du troisième ventricule. Si sa moitié postérieure et si l'aqueduc sont visibles, ils sont dilatés et restent médians en principe. Le quatrième ventricule est toujours invisible. Mais remarquons à ce propos que, plus les ventricules latéraux sont dilatés, plus il faut apporter d'esprit critique dans l'interprétation d'un

défaut de remplissage du troisième ventricule et des formations sous-jacentes.

I) *Sténose non-tumorale de l'aqueduc de Sylvius* (figure 2).



FIG. 2. — (Ventriculographie.) *Sténose non-tumorale de l'aqueduc de Sylvius.* — Le 3e ventricule a sa direction normale. L'aqueduc se termine en pointe, en biseau. En pointillé, 4e ventricule (invisible). 1. Aqueduc de Sylvius. — 2. Récessus supra et infra-épiphysaires. — 3. Récessus supra-optique. — 4. Trou de Monro. — 5. Bord inférieur de la corne occipitale.

Le troisième ventricule est parfaitement et entièrement visible. C'est dire qu'on reconnaît à sa partie postérieure les trois récessus: de haut en bas le récessus sus-épiphysaire, le récessus sous-épiphysaire, l'origine de l'aqueduc de Sylvius. Le diagnostic de la lésion réside dans l'analyse soignée de la forme de l'aqueduc: on peut le voir sur quelques millimètres seulement, mais c'est assez pour apprécier sa direction générale oblique en haut et en avant. Point important, cette petite portion de l'aqueduc se relie au bord inférieur du troisième ventricule sans changement de courbure. L'ensemble dessine une concavité vers le bas, sans brisure au point de raccordement de l'aqueduc et du troisième ventricule. La forme de la portion de l'aqueduc injecté d'air n'est plus le cylindre étroit normal: elle est dilatée au début, puis s'effile d'avant en arrière, se terminant en pointe, en biseau. En résumé, le diagnostic de sténose de l'aqueduc se fait sur trois caractères:

- Une petite portion de l'aqueduc est injectée.
- Cette portion est un triangle étroit à pointe postérieure.

c) Sa courbe continue celle du bord inférieur du troisième ventricule.

De plus, le bord inférieur du troisième ventricule donne l'impression d'être en position normale. Il n'est ni soulevé ni refoulé en avant, et ce signe négatif est très important.

Notons qu'une petite tumeur de l'aqueduc donne assez exactement les mêmes images qu'une sténose non tumorale, à cette différence près que l'extrémité postérieure de l'aqueduc n'est pas effilée. Mais c'est déjà une subtilité et le diagnostic se fait plutôt sur l'histoire de la maladie.

II) *Tumeur de la partie haute du cervelet* (figure 3).

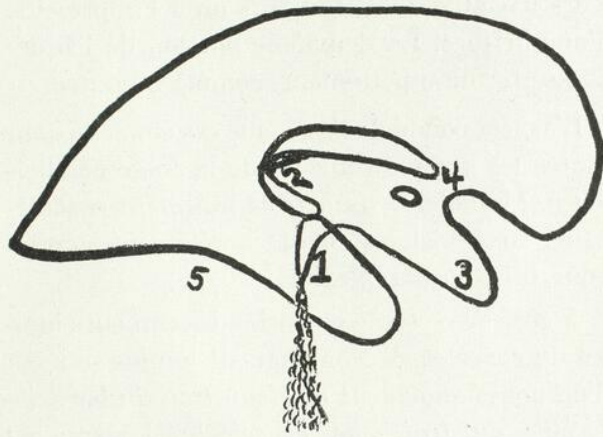


FIG. 3. — (Ventriculographie.) *Tumeur haute du cervelet sans hernie cérébelleuse au-dessus de la tente.* Le 3e ventricule est plus ventral que normalement. L'aqueduc est franchement coudé « en robinet ». En pointillé: fin de l'aqueduc et 4e ventricule lorsqu'ils sont visibles. Les chiffres correspondent aux mêmes parties anatomiques que sur la Fig. 2.

Nous envisagerons le cas de tumeurs qui empêchent l'injection par l'air du quatrième ventricule. Le cas contraire donne en effet l'image bien caractéristique d'un aqueduc allongé du haut en bas et refoulé d'arrière en avant, se terminant dans un quatrième ventricule plutôt petit tassé par le bas et propulsé en avant. Etudions donc seulement une tumeur du cervelet amputant l'aqueduc vers son milieu, éventualité d'ailleurs fréquente.

Tout d'abord, l'existence d'une petite portion de l'aqueduc est déjà de la plus haute importance: elle permet d'affirmer que la lésion est sous-tentorielle, donc la voie d'abord sera avant tout sous-occipitale. Mais les caractères mêmes de la portion visible de l'aqueduc permettent d'aller plus loin et, indépendamment

de toutes considérations cliniques, d'éliminer une tumeur de l'aqueduc ou une sténose non tumorale.

L'aqueduc est dilaté, donc en général bien visible. On est immédiatement frappé par son aspect coudé à angle presque droit « en robinet ». En effet son extrémité antérieure a conservé sa direction normale, continuant la courbe du bord inférieur du troisième ventricule. Mais, très vite, l'aqueduc s'infléchit brusquement en bas. Il présente donc deux portions: la première, la plus courte, à peu près horizontale; la deuxième, la plus longue, à peu près verticale.

L'angle qui réunit ces deux portions est d'ailleurs variable, mais toujours on a l'impression d'une brisure. La deuxième portion de l'aqueduc se termine nettement, comme amputée.

L'aspect coudé de l'aqueduc est ébauché dans toutes les grosses tumeurs de la fosse cérébelleuse. Même si deux à trois millimètres seulement sont visibles, c'est un élément capital pour faire le diagnostic.

A côté de ce signe essentiel, les tumeurs hautes du cervelet s'accompagnent le plus souvent d'un net *changement d'orientation du bord inférieur du troisième ventricule*. Légèrement propulsé en haut et en avant, il tend à être plus vertical que d'habitude. Il regarde plus en arrière. Parfois, sur les clichés de face, la partie postérieure du troisième ventricule n'est plus strictement médiane. Comme l'aqueduc lui-même dans ces cas, elle peut être un peu déviée latéralement du côté opposé à la tumeur. Enfin, les cornes occipitales des ventricules latéraux sont légèrement soulevées.

Tous ces signes sont la conséquence de la forte pression que la tumeur exerce sur le tronc cérébral et sur la tente du cervelet. Un degré de plus et c'est la hernie du cervelet au-dessus de la tente, alors que la tumeur reste essentiellement sous-tentorielle. C'est ce que nous allons décrire maintenant.

III) *Tumeur du cervelet avec engagement vers le haut.* (Figure IV.)

Ici la première impression est celle d'une amputation du troisième ventricule. En fait, il s'agit seulement d'un refoulement du troi-

sième ventricule par la masse cérébelleuse herniée au-dessus de la tente. L'apparence d'amputation résulte uniquement de l'exagération des caractères décrits dans le paragraphe précédent, et qui traduisaient tous un début de déviation des structures médianes du mésencéphale et du diencéphale.

Le diagnostic exact réside dans l'analyse attentive du bord postérieur de l'ombre qui représente le troisième ventricule. On y retrouve le récessus suprapinéal et un tout petit récessus qui est l'origine de l'aqueduc. L'angle inférieur, optique, a une forme globuleuse. Il se raccorde à la limite postérieure de l'ombre par une courbe et non par un angle plus ou moins aigu comme au cas de véritable amputation du troisième ventricule. En d'autres termes, ce que l'on voit, c'est un troisième ventricule véritablement bousculé en haut et en avant. Il se déforme en gardant à peu près fixe sa portion antérieure qui va du trou de Monro au chiasma optique. Son bord supérieur refoulé en haut, son extrémité inférieure se dilate considérablement. Son *bord inférieur enfin devient presque vertical* et c'est lui qui constitue la limite postérieure de l'ombre.

IV) *Tumeur de la partie postérieure du troisième ventricule.* (Figure 5.)

Ici au contraire, il s'agit d'une amputation vraie. La limite postérieure de l'ombre est une ligne droite ou convexe en avant, sans récessus; elle se raccorde au bord supérieur et surtout au bord inférieur de l'ombre par des angles bien tranchés. La partie qui va du trou de Monro au chiasma est analogue au cas précédent, mais le bord supérieur est plus horizontal, le *bord inférieur lui aussi reste plus horizontal* gardant sensiblement sa direction normale, l'extrémité antérieure enfin est élargie, mais garde peut-être plus nettement son aspect angulaire.

Bien entendu, on conçoit qu'il existe des cas intermédiaires où le diagnostic est très difficile parce que le refoulement du troisième ventricule est vraiment considérable. Telle était par exemple notre observation 2.

Il faut chercher à reconnaître la *vraie direction du grand axe du ventricule*: s'il est normal, c'est en faveur d'une amputation; s'il

tend à être vertical, c'est plutôt un refoulement.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

Comme on le voit, la lésion que nous venons de décrire, bien que rare, n'a pas un intérêt purement anatomique. Elle peut être reconnue radiologiquement, et, si l'on pense à sa possibilité, on évitera des erreurs de diagnostic qui peuvent avoir deux conséquences principales:

parce que le troisième ventricule est vraiment très déformé. Dans tous ces cas, et en s'aidant bien entendu de l'histoire de la maladie et des signes cliniques, il faut donner au malade toutes ses chances et par conséquent aborder la tumeur par voie sus et sous-tentorielle.

Le volet à pratiquer n'est peut-être pas tout à fait celui de l'observation III. Nous conseillons plutôt un agrandissement vers le haut du volet *occipito-sub-occipital bilatéral* que nous utilisons toujours pour les tumeurs du

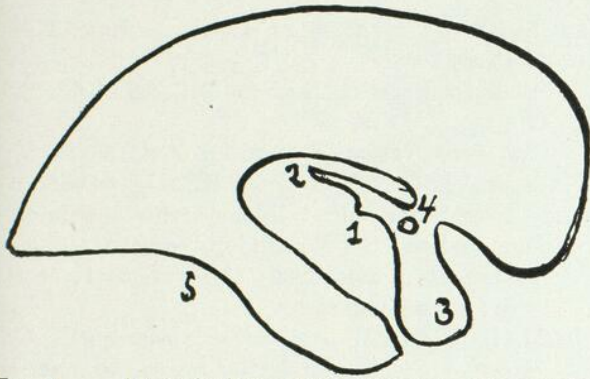


FIG. 4. — (Ventriculographie.) Tumeur du cervelet compliquée de hernie cérébelleuse au-dessus de la tente.

Fausse amputation du 3e ventricule qui est seulement refoulé en haut et en avant. A remarquer que les récessus supra et infra-optiques (3) sont dilatés.

a) Croire à une tumeur du troisième ventricule et considérer qu'elle est inopérable. Donc parfois, laisser mourir un malade porteur d'un astrocytome du cervelet.

b) Croire à une tumeur du troisième ventricule et décider de l'aborder par la voie transcalleuse. Mais le volet classique est purement occipital, au-dessus du sinus latéral. Si l'on ne pense pas à la possibilité d'un engagement cérébelleux vers le haut, on comprendra mal ce que l'on observe après la section du bourrelet du corps calleux, et, même si l'on rectifie le diagnostic au cours de l'opération, on peut avoir beaucoup de difficulté à enlever complètement la tumeur du cervelet qui, elle, reste habituellement en dessous de la tente.

La conclusion pratique de tout cela, c'est qu'il faut toujours analyser très soigneusement la limite de l'amputation du troisième ventricule. Parfois on reconnaîtra la probabilité de la hernie du cervelet vers le haut. Parfois, on aura seulement un doute, ou bien parce que l'injection d'air n'est pas parfaite, ou bien

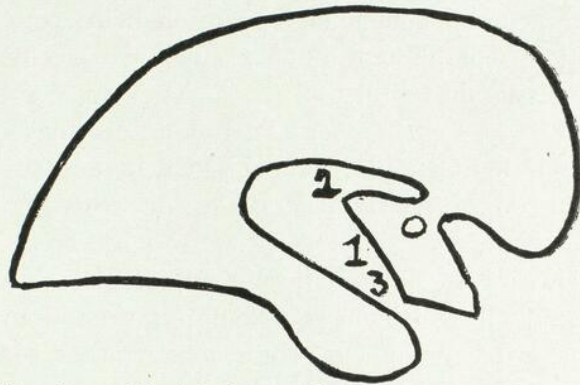


FIG. 5. — (Ventriculographie.) Tumeur de la partie postérieure. Le 3e ventricule est amputé et non pas refoulé. — 1. Limite postérieure de l'air (tumeur). 2-3. Ses angles de raccordement avec les bords supérieur et inférieur du 3e ventricule. Ce que l'on voit du 3e ventricule est dilaté, mais garde en général sa direction normale.

cervelet hautes et antérieures. C'est un volet principalement droit de préférence, puisqu'il va monter haut sur le lobe occipital: il découvre d'un côté complètement le lobe cérébelleux et le lobe occipital et il déborde de l'autre côté la ligne médiane sur 4 à 5 centimètres. Le presseur d'Hérophile est donc largement découvert, mais son hémostase n'est pas en général difficile quand on a ce qu'il faut pour cela. S'il en est besoin, on agrandit la trépanation sub-occipitale à la pince. Dans ces conditions, il est facile d'explorer toute la face supérieure du cervelet, les deux faces de la tente, la région pinéale, le bourrelet du corps calleux. On a beaucoup de place, ce qui est important, car il faut aller loin et profond, et on a la place qui convient de part et d'autre de l'orifice du tentorium.

Notons enfin l'importance, pendant plusieurs jours après l'opération, de garder le sujet dans le décubitus ventral. C'est, d'après Clovis Vincent, le meilleur moyen de parer aux accidents de déplétion ventriculaire sou-

vent mortels et que l'on observe après les interventions par voie postérieure destinées à supprimer une hydrocéphalie (III).

Cette précaution paraît d'autant plus importante dans les cas que nous envisageons que le volet est très grand, ce qui ajoute une décompression supplémentaire à celle consécutive à la levée de l'obstacle responsable de l'hydrocéphalie.

Résumé

I) Certaines tumeurs de la partie haute du vermis ou des hémisphères cérébelleux peuvent se compliquer d'une hernie du cervelet au-dessus du tentorium.

II) Cet « engagement du toit du cervelet » vers le haut simule radiologiquement une tumeur de la partie postérieure du troisième ventricule.

III) Mais, dans la hernie du cervelet vers le haut, le troisième ventricule est refoulé en haut et en avant. On peut reconnaître ses récessus postérieurs, en particulier l'origine de

l'aqueduc de Sylvius. Dans la tumeur du troisième ventricule, l'amputation supprime tous les récessus postérieurs et le troisième ventricule garde à peu près sa direction normale. La ventriculographie permet donc le diagnostic.

IV) Une telle tumeur du cervelet est opérable et doit être opérée par un volet donnant un large jour au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet.

BIBLIOGRAPHIE :

- I. J. LE BEAU: *L'œdème du cerveau* — Elbé, Thèse de Paris, 1938.
(Pour l'observation I, cf. pp. 201, 208 et fig. 8, 9, 42.
Pour l'observation II, cf. p. 157 et fig. 55, 56, 57.)
- II. Clovis VINCENT et J. LE BEAU: « Déformation de l'image du troisième ventricule injecté d'air au cours des tumeurs du cervelet. » *Revue Neurologique*, avril 1939 (observations II et III et fig. correspondantes).
- III. MAHOUDEAU: *Les accidents consécutifs à la déplétion des ventricules en neuro-chirurgie, en particulier chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1936.

À PROPOS DU TRAITEMENT DES FRACTURES DES DEUX OS DE LA JAMBE

Par **Lionel GROLEAU**.
(Sherbrooke).

Les méthodes de traitement des fractures de jambe, à cause des résultats inconstants et souvent non satisfaisants qu'elles ont donnés, ont beaucoup évolué jusqu'à présent. Comme l'immobilisation simple ne donne pas toujours les résultats espérés dans ce genre de fracture, il est devenu nécessaire de recourir à des méthodes de fixation capables de maintenir les fragments en place.

La documentation de ce travail repose sur 65 cas personnels où j'ai conservé des observations complètes.

Avant d'aborder le traitement, il y aurait avantage, je crois, à décrire les variétés de fracture et leur mécanisme. Après la revue des diverses méthodes de traitement pour chaque variété de fracture, je parlerai de l'évolution des fractures et de leurs causes de retard de consolidation; ensuite de la conduite à tenir durant la période de consolidation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En examinant attentivement les films radiographiques, on remarque que la fracture varie selon le siège et la direction du trait et selon le rapport des fragments. Le trait de fracture se rencontre à tous les niveaux de la diaphyse avec prédominance à l'union du $\frac{1}{3}$ moyen et du $\frac{1}{3}$ inférieur. La raison de cette localisation est anatomique; en effet, le tibia, de prismatique et triangulaire qu'il est dans sa partie supérieure, devient cylindrique au $\frac{1}{3}$ inférieur. En changeant ainsi de forme, il réalise un point moins volumineux et plus faible. Le péroné se brisera ordinairement à un autre niveau; soit plus haut, soit plus bas, et le plus souvent secondairement au tibia. D'après mes statistiques, en tenant compte du tibia seulement, je constate qu'il y a 12% de fractures au $\frac{1}{3}$ supérieur, 23% au $\frac{1}{3}$ moyen, 35% à l'union du $\frac{1}{3}$ moyen et du $\frac{1}{3}$ inférieur, 19% au $\frac{1}{3}$ inférieur, 11% de

fractures à trois fragments ou plus. Par conséquent, le $\frac{1}{3}$ inférieur à lui seul est intéressé dans 54% des cas.

Selon la direction du trait de fracture, on distingue quatre variétés de fractures: les fractures transversales, obliques, spiroïdes et comminutives. Les plus fréquentes sont les fractures obliques.

Si la direction du trait nous indique le choix de la méthode d'immobilisation, le rapport des fragments est également utile à connaître pour la réduction. Dans certaines fractures, le déplacement peut manquer ou être peu marqué. Lorsqu'il existe, le fragment inférieur remonte presque toujours en arrière et en dehors vers l'espace interosseux sous l'influence des muscles. Le déplacement longitudinal amène toujours du chevauchement. Dans le déplacement latéral, les fragments, par leur circonférence, se touchent par un point ou pas du tout. Il y a aussi le déplacement par rapport à l'axe.

C'est par le mécanisme qu'on peut expliquer la localisation et la direction des traits de fracture. Les fractures de causes directes sont localisées là où a porté le traumatisme. Schématiquement, quand il s'agit de choc, le trait est transversal. C'est dans la moitié supérieure que le trait est le plus souvent transversal. Quand il y a écrasements ou broiements, les fractures sont comminutives. Les fractures de causes indirectes par flexion produisent les fractures obliques; celles par torsion produisent les fractures spiroïdes. Ces variétés de fractures se rencontrent de préférence dans la moitié inférieure. Lorsque ces forces sont combinées, la radiographie montrera une fracture comminutive ou à fragments multiples. Les fractures comminutives au $\frac{1}{3}$ inférieur sont constatées dans 12% de mes cas.

Ces données anatomiques étant bien connues, il ne faut pas oublier le blessé; il faudra l'examiner de nouveau quant aux jointures adjacentes, aux téguments et aux paquets vasculo-nerveux. Par l'examen, on se rendra compte des battements artériels, de la coloration et de la température des téguments, du degré du gonflement, des plaies superficielles ou profondes ou des contusions de la région. Toutes ces constatations ont leur importance, car elles exercent une influence sur l'évolution des fractures.

TRAITEMENT

Au point de vue traitement, quelles sont les méthodes actuellement employées dans chaque variété de ces fractures? Puisque le but du traitement est de rétablir la forme et la fonction d'une façon aussi exacte que possible, il faudra, si l'on veut l'atteindre, se baser sur trois principes fondamentaux qui consistent à faire une bonne réduction, à maintenir une immobilisation adéquate et à ne pas entraver la circulation. Toutes les fois qu'on manquera à l'un de ces principes, le résultat sera long, médiocre ou mauvais parce qu'on aboutira soit à une consolidation vicieuse, soit à un retard de consolidation ou à une pseudarthrose. C'est encore la fracture qui consolide rapidement qui donne le meilleur résultat.

Il y a quatre méthodes de traiter une fracture de jambe: 1° l'immobilisation plâtrée; 2° la traction osseuse continue, qui est rarement employée et seulement pour des cas très particuliers; 3° la fixation externe des fragments par des fiches, broches ou vis, qui sont soit incorporées dans le plâtre, soit reliées à une attelle anatomique; 4° la réduction sanglante avec ou sans prothèse métallique.

Voici la façon dont je procède dans les fractures fermées, dans les fractures ouvertes et dans les fractures avec retard de consolidation ou avec pseudarthrose. Je passe sous silence les fractures vicieusement consolidées.

A) *Fractures fermées* — 1° Dans les fractures franchement transversales ou sans déplacement, lorsque le péroné sert de soutien, j'applique un plâtre circulaire modelé avec ou sans étrier. Quatre ou cinq jours après, je conseille la marche avec béquilles; vers le dixième jour, je demande une radiographie de contrôle. A la fin de la troisième semaine, je change l'appareil plâtré s'il est devenu trop grand à la suite de la disparition de l'œdème ou à la suite d'atrophie musculaire. Le 50e ou le 60e jour, le plâtre est enlevé. Si la radiographie révèle un bon cal ou s'il n'y a pas de mobilité anormale, le patient marchera avec canne ou béquilles durant 8 à 15 jours. Tous les jours, il fera des enveloppements humides chauds suivis de friction. 30% de mes cas sont traités par cette méthode.

2° Dans les fractures avec grand déplacement

ou difficiles à maintenir, même après une bonne réduction, c'est-à-dire dans les fractures comminutives, à trait oblique ou à trait spiroïde, j'ai recours à l'une des deux méthodes suivantes: soit la fixation externe par transfixation osseuse à double broche incorporée dans le plâtre, soit à la réduction sanglante avec ostéosynthèse au fil de soie. L'immobilisation plâtrée simple se révèle impuissante à maintenir les fragments dans ces cas, car la radiographie révèle, après quelques jours, un glissement et de l'angulation des fragments. Je considère qu'il y a 70% des fractures de jambe qui nécessitent l'une ou l'autre de ces deux méthodes.

a) Dans les fractures comminutives ou à fragments multiples, j'emploie la méthode de fixation externe parce que l'ostéosynthèse simple n'assure pas une immobilisation adéquate. Une fois le fragment proximal et distal transfixés par une grosse broche de Kirschner 3/32" ou 1/8", je fixe ces broches sur un appareil réducteur ajustable qui réduit et maintient en position les fragments. Après un contrôle radiographique, j'applique le plâtre qui incorpore les bouts des broches. Quand il est bien durci, j'enlève le membre plâtré de cet appareil. Le patient pourra marcher les jours suivants. Cette méthode me permet de ne pas fixer les jointures adjacentes. Six semaines après, le patient revient à l'hôpital pour faire enlever les broches et le plâtre si la consolidation est suffisamment avancée. Ensuite, un nouveau plâtre moulé sera appliqué pour quatre semaines ou plus, surtout dans les fractures à plusieurs fragments. D'après le relevé de mes dossiers, ces fractures multiples ont consolidé entre cinq et quinze mois. Il est vrai qu'il s'agissait presque toujours de gros traumatisme. Maintenant, aussitôt que je constate des signes de retard de consolidation, je recommande sans hésitation une greffe osseuse afin de hâter la consolidation.

b) Les fractures obliques ou spiroïdes peuvent être traitées par la fixation externe ou par la réduction sanglante suivie d'une ostéosynthèse au fil de soie ou avec greffon pris sur place. J'ai employé les deux méthodes, mais actuellement je préfère la réduction sanglante quand le patient ne peut être surveillé et examiné périodiquement durant la période d'immobilisation. Une fois le danger de l'infection passé, les fractures traitées

de cette façon évoluent comme une fracture simple et sont peu sujettes au déplacement secondaire. L'autre méthode occasionne une légère douleur au niveau des broches; il y a souvent du suintement; il faut plus de surveillance et le plâtre doit être renouvelé à la sixième semaine. Ces variétés de fractures consolident entre deux et trois mois.

Certains auteurs, tels Hudack et Mansfield, vont jusqu'à la préconiser comme la méthode de choix pour les fractures des deux os de la jambe, considérant que le traitement opératoire assure une meilleure réduction, une meilleure convalescence et de meilleurs résultats. Cette façon de procéder est exacte au point de vue réduction, mais elle est insuffisante au point de vue de l'immobilisation dans les fractures comminutives ou à fragments multiples qui exigent une fixation à distance. La réduction sanglante faite dans de bonnes conditions durant les premiers jours qui suivent l'accident nous assure une consolidation aussi rapide que la méthode conservatrice, nous donne plus de sécurité que celle-ci pour la contention des fragments et transforme souvent un cas difficile en un cas facile. Cependant, l'ostéosynthèse faite au delà du dixième jour de l'accident, pour une raison ou pour une autre, amènera une certaine perturbation locale qui occasionnera une ostéogénèse plus lente et des troubles trophiques qui persisteront plusieurs mois.

La méthode opératoire comporte des risques au point de vue infection et ne doit pas être employée par ceux qui ont peu d'expérience en chirurgie osseuse. Étant donné que le tissu osseux est un milieu facile à contaminer, il faudra une asepsie rigoureuse et bien surveillée; il faudra éviter les délabrements inutiles, les sutures métalliques, les tractions trop fortes, voilà autant de facteurs qui diminuent la vitalité des tissus et qui favorisent l'infection. Toutes les fois qu'il y a infection sérieuse, c'est un échec grave. Par contre, si la réduction sanglante est faite par un chirurgien expérimenté dans le traitement des fractures et dans un hôpital bien équipé, elle est exceptionnellement compliquée d'accidents infectieux. Ces accidents sont, du reste, bien compensés par les échecs des autres méthodes. Il m'est arrivé deux fois d'être obligé d'enlever les fils de soie après quelques mois

parce qu'il y avait des signes d'intolérance qui se manifestaient par de la douleur et de la rougeur à la région. Après l'ablation de ces fils, la plaie guérissait en dix à quinze jours.

Que penser de l'ostéosynthèse métallique? Cette technique donne plus d'échecs que l'ostéosynthèse simple. Les retards de consolidation, les complications infectieuses, les signes réactionnels locaux sont plus fréquents. Henderson et Scudder considèrent que 66 à 70% des pseudarthroses sont causées par des plaques métalliques. La raison qu'ils donnent, c'est que la plaque métallique, même si elle fixe bien les fragments, empêche assez souvent la formation du cal parce que les extrémités des fragments, se décalcifiant avant l'ostéogénèse, laissent ainsi un espace qui persistera à cause de la plaque qui empêche les fragments de se rapprocher de nouveau. Nous aurons alors une sclérose des extrémités qui évoluera vers la pseudarthrose si cet obstacle n'est pas enlevé à temps. Il m'est arrivé assez souvent d'enlever de ces plaques ou de ces fils métalliques à cause des complications suivantes: ostéite simple ou suppurée, retard de consolidation et signes d'intolérance.

Il existe aussi un autre mode de fixation externe. Plusieurs emploient, mais c'est encore le même principe, une attelle anatomique ou mécanique à crémaillère ajustable reliant à l'extérieur les fiches dans une position donnée; tels sont les fixateurs externes de Quenu-Lambret, de Lambotte, de Griswold, de Haynes, de Judet, de Bradford, de Steinmann, de Wilson, de Stader. Le fixateur externe le plus en vogue aujourd'hui est celui de Stader. Le mérite de l'auteur n'est pas dans sa découverte, puisque Lambotte et Quenu l'employaient durant la dernière grande guerre, mais bien d'avoir contribué à la faire connaître et à généraliser son usage. Stader, chirurgien de l'hôpital Bellevue de New-York, présenta son appareil à une réunion de médecins en décembre 1941. Il employait déjà cet appareil depuis cinq ans environ. C. M. Shaar et Frank P. Kreuz, chirurgiens de la Marine américaine, contribuèrent ensuite à faire connaître cet appareil en publiant les résultats obtenus dans des articles parus en décembre 1942 et en avril 1943. Cet appareil est composé de deux unités de demi-fiches et d'une grande tige à crémaillère ajustable reliant ces deux unités fixées aux fragments. Il

sert à la fois à la réduction et à la contention des fragments durant toute la durée de la consolidation. Le patient peut marcher dès les premiers jours en se portant sur son membre fracturé et les jointures adjacentes sont libres. Cette méthode présente cependant deux inconvénients qui ne sont pas trop graves toutefois: assez souvent il y a un peu de douleur et du suintement au niveau des broches ou des fiches. Ces inconvénients sont notés également par Robert Mazet, chirurgien de la Marine américaine. Il est vrai que je n'ai pas encore employé l'appareil Stader, mais il diffère peu de l'autre modalité. Ces deux procédés sont particulièrement avantageux lorsqu'il s'agit de fractures ouvertes infectées. Leur technique demande à être bien étudiée avant de les employer, car elle comporte certains dangers et bien des erreurs peuvent être commises.

B) *Fractures ouvertes.*

Les fractures ouvertes demandent encore plus de soins que les fractures fermées. D'après mes statistiques, elles sont au nombre de 20%. Elles doivent être immédiatement traitées. La désinfection soignée de la plaie doit précéder la réduction. Une fois la peau de la région bien désinfectée, il faut débrider largement la plaie, exciser les parties molles contuses ou suspectes, désinfecter la plaie et les extrémités osseuses au savon vert, à l'alcool à 70% et au sérum physiologique. Les esquilles libres seront enlevées, celles qui sont adhérentes seront conservées. En cas de doute, il vaut mieux les enlever. Pour plus de sécurité, la plaie sera saupoudrée avec le sulfanilamide cristallisé à la dose de 5 grammes.

Faut-il ou non suturer? Avant les dix premières heures, la contamination est légère; avec une bonne désinfection on est en droit de suturer la peau pour obtenir une cicatrisation par première intention. 75% environ de ces fractures ne suppurent pas. Dix heures après l'accident, toute fracture ouverte est considérée au moins potentiellement infectée. La plaie sera tamponnée avec une gaze vaselinée saupoudrée de cristaux de sulfanilamide. La guérison sera plus longue, mais on évitera les suppurations graves et prolongées, même les amputations de cuisse.

L'immobilisation par excellence sera la fixation externe avec plâtre fenêtré ou attelle ana-

tomique. L'ostéosynthèse est ici contre-indiquée à cause du danger de suppuration.

La médication consistera à relever le patient du choc, à lui donner du sérum anti-tétanique et antigangreneux combiné, même le sérum antigangreneux de Lederle à haute dose dès les premiers signes de cette infection. Durant les premières 24 ou 48 heures, on administrera par voie interne du sulfathiazole ou sulfadiazine à la dose d'un gramme toutes les 4 heures.

Les Sulfamidés.

Mode d'action. L'action des sulfamidés est bactériostatique et non bactéricide: ce qui signifie que les bactéries ne sont pas détruites proprement dit, mais sont entravées dans leur fonction de multiplication et de croissance. Pour que le médicament soit efficace, il faut qu'il vienne en contact direct avec les bactéries. C'est ce qui explique que là où il y a du pus ou du tissu mortifié en quantité, il se forme une protéine qui vient entraver son action. Pour combattre l'infection, il faudra que la présence des sulfamidés soit non seulement dans la plaie curettée et drainée, mais aussi dans le liquide interstitiel.

Dosage et administration. Actuellement, c'est la poudre de sulfanilamide qui est recommandée dans les plaies à cause de sa plus grande solubilité que les autres sulfamidés. La quantité employée est de 5 grammes pour une plaie. Si les plaies sont multiples, la quantité ne doit pas dépasser 10 grammes. Quant à l'usage interne, le sulfathiazole et la sulfadiazine sont préférables à cause de leur action moins toxique. La dose initiale, quand le patient peut absorber par la bouche, est de 4 grammes suivie d'un gramme toutes les 4 heures afin de maintenir un taux de concentration de 6 à 10 mgr, par 100 c.c. de sang. Ces médicaments s'administrent également par la bouche ou par la voie intramusculaire ou veineuse dans du sérum physiologique. La recherche du taux de concentration dans le sang doit être faite tous les 3 jours comme guide pour le dosage. A cette dose, il faudra hydrater suffisamment le patient pour qu'il maintienne une excrétion urinaire quotidienne au moins de 1000 c.c. L'examen d'urine, la leucocytose, l'hémoglobine doivent être faits tous les deux jours. Quand l'infection est sévère avec élévation de température, le médicament doit être administré

durant 5 jours après le retour au normal de la température.

Dans les fractures ouvertes à grand délabrement, par exemple les fractures par arme à feu, les fractures avec broiement osseux considérable avec lésion importante du paquet vasculo-nerveux, tels les accidents de chemin de fer, de rue, de la grande industrie, il ne faudra pas être conservateur à outrance. En différant trop longtemps l'intervention, le patient s'intoxiquera gravement et encourra le grave danger de la gangrène gazeuse ou d'une infection avec septicémie. Dans ces cas, on est justifiable de proposer l'amputation d'emblée aussitôt que l'état général le permet. Dans l'ensemble des fractures, je fus obligé de faire l'amputation dans 4% des cas.

C) Retard de consolidation.

Les fractures ne consolident pas toutes dans les délais normaux, c'est-à-dire dans deux à trois mois. J'ai constaté assez souvent des retards de consolidation et des pseudarthroses à cause de la gravité de la fracture ou de ses complications ou encore à la suite d'un traitement inadéquat. Anderson et Burgess admettent que 90% des retards de consolidation proviennent de causes locales: réduction insuffisante, immobilisation inadéquate, gêne de la circulation et j'ajoute les contusions graves. Pour ma part, j'ai observé que dans bien des cas les causes générales exerçaient aussi une influence bien marquée, principalement chez les gens âgés de plus de 45 ans, chez les surmenés, chez ceux qui sont en mauvais état de nutrition. La syphilis en particulier exerce une action directe sur l'évolution de la consolidation. J'ai eu personnellement trois cas de fracture chez des sujets syphilitiques. Dans les trois cas, il y eut retard de consolidation.

Dans ces cas, après la première période d'immobilisation qui dure 2 à 3 mois, si la réduction est bonne, on applique un plâtre de marche avec broches de Kirschner pour 2 à 3 mois. Si, malgré ce traitement, le cal n'a pas évolué de façon satisfaisante, on pourra conseiller la méthode de Beck, qui consiste à faire des forages multiples des extrémités des fragments pour activer la circulation locale et l'ostéogénèse. Un nouveau plâtre de marche sera appliqué et le patient marchera avec béquilles durant un mois; ensuite, il marchera sans béquilles le deuxième mois.

Assez souvent, il y aura consolidation, sinon, le cas sera considéré comme une pseudarthrose. C'est la façon de procéder de Campbell. A mon avis, quand on constate un retard de consolidation au delà de 4 mois, je recommande d'emblée la greffe osseuse parce qu'on ne sait plus où l'on va et souvent il faut accepter cette solution après avoir perdu bien des mois.

Dans les pseudarthroses confirmées ou dans les retards de consolidation où la fracture est mal réduite, il n'y a qu'un traitement à faire, celui qui consiste à dénuder les fragments, à aviver les bouts et à ouvrir la cavité médullaire, ensuite à appliquer sur ce foyer de fracture un greffon solide. La première immobilisation sera maintenue durant 2 mois. Ensuite un appareil de marche sera appliqué durant 2 autres mois. Personnellement, les cas de greffe osseuse dans les fractures de jambe ont consolidé pour la plupart dans 4 mois.

EVOLUTION DES FRACTURES ET LES CAUSES DE RETARD DE CONSOLIDATION.

Une fois que la fracture est bien réduite et maintenue par un appareil adéquat, il reste encore une autre question à résoudre. Le blessé demandera dans combien de temps sa fracture sera-t-elle consolidée? Comme les fractures ne consolident pas toutes dans le même délai, il faudra tout de même lui donner une réponse, sinon exacte, au moins satisfaisante.

Les facteurs qui entrent en ligne de compte dans le processus de consolidation sont nombreux; **c'est pourquoi on ne peut pas fixer arbitrairement la période de consolidation pour une fracture donnée.** Les anciens auteurs fixaient le temps de consolidation à 35 ou 40 jours pour les fractures transversales et à 50 jours pour les fractures obliques. Ces chiffres sont au-dessous de la réalité. Il faut se rappeler que les fractures avec déplacement des 2 os de la jambe sont lentes à consolider.

Pour évaluer d'une façon approximative la période de consolidation pour une fracture donnée, il faudra tenir compte de bien des facteurs, particulièrement du siège et de la variété de fracture, de la circulation, de l'état des parties molles, de la méthode de traitement, etc. On peut dire que les fractures simples, obliques et spirales consolideront après 8 à 10 semaines, que les fractures transversales du $\frac{1}{3}$ moyen de la

diaphyse, ayant une surface fracturaire plus petite, consolideront plus lentement, dans 12 semaines, les fractures comminutives sans contusion appréciable dans 4 mois et celles avec contusion, surtout au $\frac{1}{3}$ inférieur, dans 4 à 6 mois, même plus parfois.

Lorsqu'il s'agit de fractures ouvertes avec ostéomyélite secondaire, la consolidation peut se faire seulement après 8, 12, et même 15 mois. C'est dans les fractures lentes à consolider qu'il faut redoubler de soins pour l'immobilisation, si on ne veut pas perdre le gain de la réduction des premiers mois de traitement.

Les fractures les plus lentes à consolider sont celles du $\frac{1}{3}$ inférieur de la jambe et celles à trois fragments ou plus. Souvent elles sont accompagnées de contusions graves. Le $\frac{1}{3}$ inférieur est pauvre en nutrition, dépourvu de masses musculaires si propices à l'hématome et à la formation du cal. La cavité médullaire est plus petite, les vaisseaux et les nerfs sont souvent lésés.

Les fractures à trois fragments ou plus sont le plus souvent accompagnées d'un grand traumatisme et le délabrement amène une oblitération plus ou moins importante de la circulation du fragment intermédiaire, qui évolue assez souvent vers la sclérose. Alors le processus de réparation procède plus lentement.

Les fractures lentes à consolider ne sont pas exceptionnelles. Sur 65 cas, j'ai traité 12 cas qui ont consolidé entre 7 et 12 mois.

Autrefois, les mêmes problèmes de consolidation se posaient et pourtant on ne parlait pas d'ostéosynthèse, encore moins de greffe osseuse pour résoudre ces problèmes; aussi les résultats étaient pénibles. Le traitement consistait à immobiliser tant bien que mal durant 40 jours. Ensuite on demandait aux blessés de marcher avec béquilles. La pression faisait engrener davantage ou établissait un meilleur contact entre les fragments déplacés dans leur chevauchement et l'exercice améliorerait la circulation si utile à l'ostéogénèse. La fracture, après un temps variable, consolidait tardivement et au prix d'une grande difformité.

Lorsqu'on constate que l'ostéogénèse ne se fait pas normalement, il sera nécessaire de rechercher les causes. Elles sont d'ordre général parfois, d'ordre local le plus souvent. Parmi les causes

générales, la sénilité, la sous-alimentation, la dénutrition, le rachitisme, l'ostéoporose, l'artériosclérose, la syphilis sont autant de facteurs qui entravent l'ostéogénèse.

Les causes locales sont encore plus importantes. La mauvaise réduction, l'immobilisation inadéquate, le manque d'exercice, la gêne circulatoire sont des causes fréquentes.

Durant le traitement, il faut exhorter le patient à la marche dans le but de prévenir le plus possible l'atrophie osseuse et musculaire et d'assurer l'apport sanguin nécessaire à la fixation du calcium au niveau du cal.

Si, par malheur, en lisant une radiographie de contrôle au cours de la période d'immobilisation vous constatez une absence ou une trop faible ébauche de cal, il faut rechercher les signes d'un retard de consolidation ou d'une pseudarthrose. Certains auteurs disent qu'avant six mois il s'agit d'un retard de consolidation et qu'au delà de six mois il s'agit de pseudarthrose. Le temps compte peu comme facteur. Dans le retard de consolidation, le cal ne progresse pas ou faiblement, la décalcification des fragments est étendue et accentuée, la corticale de l'os est amincie et la cavité médullaire se trouve donc agrandie. Dans la pseudarthrose, laquelle arrive vers le sixième mois, on voit du tissu osseux éburné au bout des fragments, oblitérant la cavité médullaire. De plus, l'extrémité inférieure du fragment proximal prend la forme d'une cupule. C'est le tissu osseux sclérosé des extrémités, à vie réduite, qui empêche la consolidation. Au travers du trait de fracture il ne peut se former que de la fibrose entretenant une mobilité anormale au siège de la fracture.

Lorsque la fracture est arrivée au stade de consolidation, quels sont les signes qui servent de critère? Pour l'affirmer, il faut que l'examen clinique ne révèle pas de mobilité anormale, que la radiographie révèle un cal osseux d'une bonne densité, que le blessé n'éprouve pas de douleur au niveau du cal à l'occasion de la marche. Il arrive souvent que le patient retourne au travail avant que tous ces signes soient confirmés. Du moment que la clinique ne révèle plus de mobilité anormale au niveau du foyer de fracture, que le patient n'a plus besoin d'appareil d'immobilisation, on peut dire que la frac-

ture est arrivée au stade clinique de consolidation. D'après mes statistiques, 53% ont consolidé avant 3 mois, 15% avant 5 mois et 32% après 5 mois.

Quand peut-on conseiller le retour au travail? La période d'immobilisation terminée, il faudra recommander de la physiothérapie sous forme de chaleur humide et sèche, des massages, des mouvements actifs et passifs afin de combattre l'atrophie, l'œdème, les raideurs articulaires et les douleurs. Les blessés doivent être bien suivis si on ne veut pas prolonger cette période dite de convalescence durant laquelle le cal est encore douloureux. En général, on peut dire qu'un patient qui a consolidé à la fin du 2e mois retournera au travail dans 6 semaines; à la fin du 3e mois, il retournera à son travail dans 8 semaines; avant le 5e mois, il faudra compter 2 mois. Au delà de cette limite de temps, il est difficile d'établir une moyenne. Il faut savoir attendre la disparition de la douleur et suivre la récupération fonctionnelle du membre.

Résumé

Dans 30% des cas environ, une immobilisation plâtrée circulaire avec ou sans appareil de marche est suffisante pour les fractures des deux os de la jambe à trait transversal ou celles qui sont sans déplacement lorsque le péroné sert de soutien.

70% des cas relèveront d'une immobilisation par fixation externe ou par ostéosynthèse.

Les fractures comminutives, les fractures à trois fragments ou plus, les fractures ouvertes depuis plus de 10 heures, doivent être traitées par la méthode de fixation externe.

Les fractures obliques et spiroïdes sont traitées soit par la fixation externe, soit par l'ostéosynthèse simple; mais je préfère cette dernière méthode quand l'état des téguments ne pose pas une contre-indication.

Les fractures avec un retard de consolidation de plus de 4 ou 5 mois et les pseudarthroses sont traitées par une greffe osseuse.

A la lumière des considérations qui précèdent, on comprendra mieux pourquoi le traitement des fractures de jambe n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire.

RECUEIL DE FAITS

TRAITEMENT CAUSAL DES IRITIS ET PARTICULIÈREMENT DES IRITIS BACILLAIRES

Par **Philippe PANNETON**,
Professeur agrégé à la Faculté,
Chef de Service à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Sauf pour un novice, et encore faudrait-il qu'il fût distrait, le diagnostic de l'iritis est rarement difficile. Que le praticien s'y trompe parfois, malheureusement, cela est dû assurément d'abord au manque d'entraînement, au manque de méthode ensuite et aussi, pour une part, au fait qu'il ne songe pas suffisamment à rechercher les petits signes pourtant si précis qui identifient cette maladie: décoloration de l'iris, bien que le manque de transparence d'une cornée malade puisse parfois donner le change; *paresse de l'iris* , le signe fonctionnel majeur; et surtout dépôts de pigment irien sur la face antérieure du cristallin, qui sont la signature de l'iritis. Ce dernier symptôme demande certes un peu plus d'attention; il veut qu'on soit bien éclairé et armé d'une bonne loupe.

Mais le praticien méthodique ne fera pas d'erreur; ou exceptionnellement dans certains cas torpides où les caractéristiques sont un peu lentes à apparaître.

Ce qui nous paraît déplorable, c'est que l'on s'arrête là. On fait un diagnostic d'iritis, si l'on est praticien, d'irido-cyclite, si l'on est spécialiste, et le reste est automatique: compresses chaudes contre la douleur, cibalgine ou autres calmants pour que le malade puisse reposer et surtout: atropine. Cela prescrit, on s'arrête, satisfait. Or, c'est là qu'il fallait vraiment commencer à être médecin.

Car ce qui se passe du côté de l'iris n'est que symptomatique. Le vrai médecin cherche au delà, même s'il sait parfois devoir se heurter à quelque mystère médical dont ni son flair ni son application n'auront raison. Le diagnostic d'iritis une fois posé, commence le vrai travail, le travail passionnant qui, en plus d'être à soi-même sa récompense, en apporte une autre: celle de comprendre, puis enfin de guérir.

Le médecin qui se contente du traitement ci-dessus décrit, traite peut-être l'iritis, mais il ne traite vraiment pas la maladie.

Car ce terme d'iritis employé tout nu n'est pas plus satisfaisant que ne le serait celui de dermite, sans plus, ou de céphalée. Iritis, cela ne précise que l'organe malade, sans rien indiquer de la maladie; car la maladie, celle qu'il faut diagnostiquer pour la traiter à bon escient et traiter pour la guérir, c'est la maladie *causale* de l'iritis. Certes vous guérirez la plupart de vos iritis avec de l'atropine et des compresses chaudes. Ou plutôt les iritis guériront, avec ce traitement; elles auraient guéri presque toujours sans lui. La différence est que vous aurez protégé l'œil contre les synéchies et leurs conséquences; mais, si vous vous êtes contenté de ces prescriptions empiriques, vous risquez tout d'abord de voir la maladie se prolonger indûment; vous risquez aussi de la voir récidiver.

Une fois le premier diagnostic symptomatique posé, celui d'iritis, il vous faudra chercher à poser le plus important: le diagnostic causal. De quelle nature est l'iritis que vous êtes appelé à traiter?

Les causes en sont nombreuses et connues; ce n'est pas notre intention de les étudier aujourd'hui; parmi ces causes, nous en choisirons une qui nous paraît singulièrement négligée.

Les étiologies assignées habituellement à l'iritis sont, par ordre de fréquence:

La syphilis.

Le rhumatisme.

Les infections du voisinage, les dents d'abord, les sinus ensuite.

Pour ce qui est de la *syphilis* , on la tient, et probablement avec raison, responsable de la majorité des iritis. Aussi le premier devoir du médecin en face d'un iritis est-il de faire un Wassermann; s'il est positif, traitement immédiat de l'infection générale. S'il est négatif, il vaudra bien souvent d'essayer le traitement par injections mercurielles; on aura parfois des surprises.

Pour ce qui est du *rhumatisme* , on nous paraît avoir singulièrement exagéré son importance.

Tous admettront que rien ne vient généralement prouver la justesse de cette explication rhumatismale. C'est sur elle que l'on retombe ordinairement lorsque rien n'est venu appuyer les autres hypothèses. Mais de démonstration, point; de traitement, pas beaucoup plus. Tout iritis dont les examens ordinaires n'ont pas démasqué l'origine est étiqueté rhumatismal, surtout lorsque le malade avoue avoir, à quelque moment de son existence, ressenti de vagues douleurs dans les jambes, les bras, les mâchoires ou le cou. Nous l'avouons nettement: le rhumatisme est une explication commode; mais ce n'est pas une explication satisfaisante.

Il en va autrement pour ce qui est des *infections du voisinage*. Tout spécialiste a à la mémoire de ces cas d'iritis tenace où l'extraction d'une dent abcédée, l'avulsion d'un chicot oublié sous le râtelier a amené la guérison rapide d'un iritis jusque-là rebelle. Combien d'iritis, « rhumatismaux » pour un spécialiste peu curieux. ont été démontrés « dentaires » par un autre qui avait eu la curiosité de faire radiographier le maxillaire supérieur de son malade.

Ne mentionnons qu'en passant les iritis gonococciques, vraiment rares; laissons les autres de côté, surtout les iritis par ulcère cornéen, trop évidents.

*
* *

Ce sur quoi nous voulons attirer l'attention, c'est sur la fréquence, relative, il est vrai, mais véritablement trop souvent méconnue, de *l'iritis tuberculeux*.

Pour la masse des gens et pour la majorité des praticiens, la tuberculose, c'est la peste blanche. En l'évoquant, on songe aux sanatoria, aux jeunes filles de vingt ans minées par la consommation, aux jeunes gens glissant doucement vers une mort certaine. On oublie trop souvent une vérité évidente au point d'être presque une lapalissade: dans l'infection tuberculeuse la guérison est la règle et la terminaison fatale l'exception!

Radiographiez mille adultes au hasard. Combien trouverez-vous de tuberculoses en activité? Une sur mille peut-être et encore. Mais chez combien trouverez-vous des signes de tubercu-

lose guérie, cicatrisée depuis vingt, trente ans? D'après les autopsies, combien de personnes échappent à l'infection tuberculeuse?

Ce que l'on oublie trop souvent surtout, ce sont les cas frontières, ceux qui pendant des années traînent une tuberculose de peu de malignité, mais qui pour cela ne sont point guéris. Ceux qui, suffisamment forts pour tenir tête à l'infection, insuffisamment puissants pour la vaincre une bonne fois, restent ainsi pendant des années à la merci des circonstances. Reposés, bien nourris, ils guériront souvent sans savoir jamais ce qui si longtemps les menaça. Placés dans des circonstances défavorables, au contraire, ils finiront par céder et par être emportés par une de ces poussées tuberculeuses tardives qui étonnent parfois. Cela est si vrai, que cela justement est la raison d'être des sanatoria où des malades ayant quelque chance de guérir, guérissent parce qu'on les a placés dans des conditions où leurs défenses étaient appuyées au maximum.

Pour revenir à l'iritis tuberculeux, disons tout de suite qu'il se rencontre précisément chez des individus relativement solides, luttant contre une infection bacillaire relativement faible. Mais quelques cas cliniques illustreront encore mieux et la théorie et les résultats du traitement.

Observation 1.

Mlle J. P., âgée de 35 ans, se présente le 28 novembre 1930. Il y a un an, elle s'est aperçue d'un voile devant son œil droit; au début, cela était purement subjectif. Puis, après quelques semaines, elle put voir dans le miroir un reflet blanchâtre à la surface de l'œil. En outre, cet œil avait tendance à rougir surtout en un point de la sclérotique, vers trois heures. Elle sentait de ce côté de petites douleurs occasionnelles.

Rien de particulier dans son histoire, sauf un érythème noueux pour lequel on la traite depuis cinq ans, et surtout des lésions cutanées au niveau de la jambe droite et auxquelles le dermatologiste assigne une étiologie bacillaire. Il n'y a, rapporte son médecin, spécialiste en tuberculose, aucune lésion pulmonaire. D'ailleurs l'état général est plutôt satisfaisant bien qu'elle se sente un peu fatigable depuis quelque temps, qu'elle ait moins d'appétit et qu'elle ait un peu maigri. Mais rien de tout cela n'est très marqué.

Du côté de l'œil, au moment de mon examen, je constate une infiltration cornéenne parenchymateuse en foyers. Il y en a une à midi, et qui empiète un peu sur le limbe; une autre à deux heures. Au microscope cornéen il ne paraît pas y avoir de zone de ramollissement.

L'iris semble indemne au premier abord; mais, en y regardant bien, et en le comparant à l'autre, on voit qu'il est paresseux, un peu terne. La Descemet montre quelques précipités. La pression au niveau du corps ciliaire donne une douleur nette.

Aidé par les lésions cutanées de la jambe et le diagnostic qui en a déjà été fait, nous n'hésitons pas à poser celui d'atteinte probablement bacillaire du segment antérieur: kératite parenchymateuse unilatérale en foyers, avec irido-cyclite torpide.

Un confrère qui la traitait depuis dix semaines lui avait annoncé que la « taie » cornéenne était permanente. A la première injection de tuberculine, il y a eu réaction légère au niveau de l'œil, ce qui confirme le diagnostic. Le 3 janvier, après six injections, sans autre traitement, les lésions se sont améliorées de 75%. Après dix semaines tout a complètement disparu. La cornée est parfaite et l'iris souple.

Cela est resté guéri.

Observation 2.

Sœur G..., âgée de 31 ans. Depuis sept semaines, en 1942, diminution de vision de l'œil droit avec alternance d'aggravation et d'amélioration. Etat général passable sauf fatigabilité, perte modérée de poids et d'appétit.

Localement, assez nombreux foyers cornéens parenchymateux limités. Epithélium intact. Le foyer central est jaunâtre et semble tendre vers la fonte. L'iris est un peu terne, paresseux. Sensibilité limbique à la pression. Quatre dépôts pigmentaires sur la cristalloïde; quelques minuscules taches blanchâtres sous la corticale du cristallin.

L'examen pulmonaire ne montre aucune lésion décelable ni à l'auscultation ni à l'écran. Examen des crachats répétés, toujours négatifs. « Patch test » fortement positif.

Traitement à la tuberculine, avec mise au repos. A la sixième injection, soit après trois

semaines, l'amélioration est telle qu'elle semble guérie. Le traitement est continué pendant quelques semaines supplémentaires.

Elle est revue en septembre 1943. Les yeux sont parfaits, l'état général beaucoup meilleur.

Observation 3.

H. L..., 30 ans, se présente le 9 octobre 1942 pour une inflammation aiguë de l'œil droit datant de dix jours à peine. Il admet cependant que depuis quelque temps il avait de « petits ennuis » du côté de cet œil sans qu'il puisse préciser. Il s'est fatigué outre mesure dernièrement.

Au centre de la cornée, dans le parenchyme, une petite lésion d'infiltration bien visible à la lampe à fente. Iris paresseux de couleur normale cependant, ou à peu près. Dépôts pigmentaires sur la cristalloïde. Sensibilité limbique à la pression. Perte peu marquée de poids et d'appétit. « Patch test » fortement positif. Réaction oculaire à la première injection. Après trois semaines de traitement par la tuberculine, l'amélioration est de 90%. En mars 1943, après douze semaines, la guérison est complète. Il a repris vingt livres de poids!

Revu en janvier 1944, il reste, très bien.

Ces trois cas ne sont pas des cas d'iritis pur. Ils sont assez bien superposables tous trois, car il s'agit chaque fois d'une infection bacillaire du segment antérieur sans lésions pulmonaires décelables. Nous n'avons évidemment donné qu'un bref résumé de ces observations. Remarquons toutefois l'âge des trois sujets: 35 ans, 31 ans, 30 ans. La famille d'aucun de ces malades ne présentait d'histoire de tuberculose.

Observation 4.

Mlle F. P., 49 ans, souffre d'iritis depuis onze ans quand elle se présente le 13 septembre 1943. Elle en aurait eu, dit-elle, quatorze poussées depuis 1932, tantôt à un œil tantôt à l'autre! La poussée actuelle date de trois semaines et touche l'œil droit.

Traitée dans le passé avec de l'atropine, des compresses chaudes, parfois des injections mercurielles. La recherche de la cause est compliquée par le fait qu'elle souffre de fièvre de Malte à

laquelle on a cru un moment devoir attribuer ses iritis à répétition; et par un diabète qui se serait manifesté il y a quelques années à l'examen, bien que bénin. A maigri de 32 livres en un an.

Localement iritis classique de moyenne intensité. Les deux yeux montrent les traces banales d'iritis antérieurs. Un peu de sensibilité à la pression du globe.

«Patch test» positif. Examen général négatif. Signalons en passant un petit signe que nous avons retrouvé chez d'autres cas, mais ici particulièrement vif: une forte démangeaison à l'endroit du test.

Réaction locale à la première injection de tuberculine.

Le 23 septembre, après trois injections, l'œil droit a complètement blanchi! Il reste évidemment de vieilles adhérences tout comme à l'œil gauche.

Il y a depuis, pendant le traitement, quelques moments où au début l'œil a paru devenir un peu rose. Puis tout s'est calmé et depuis trois mois l'inflammation n'existe plus.

Observation 5.

J. F..., 36 ans. Se présente le 8 août 1941, pour iritis à répétition depuis six ans. Les deux yeux sont affectés, surtout le gauche, actuellement.

Pour ne pas allonger cette revue, je n'entrerai pas dans les détails de ce cas; il est sensiblement superposable au précédent comme description et comme évolution. En résumé: «patch test» positif, examen général négatif. Réaction locale à la première injection. Guérison de l'iritis actuel après deux semaines. Traité deux mois. Bien depuis, sauf les synéchies et dépôts accumulés dans les années précédentes.

Nous en avons quelques autres que nous ne donnons pas ici. Cette courte série nous semble déjà passablement démonstrative.

*
* *

Remarquons que dans tous ces cas le seul traitement a été la tuberculine et, bien entendu,

l'atropine localement. Or, pour nous, jamais l'atropine, qui ne s'adresse qu'à l'effet et nullement à la cause, qui n'a pour but que de mettre l'iris en repos (?) et de prévenir les adhérences, jamais l'atropine n'a guéri un iritis.

Dans ces cas, cependant, nous avons imposé le repos le plus grand possible, compatible avec la continuation du travail.

Ces cas ont donc en commun: la présence d'un iritis, une péjoration minime de l'état général de date récente, une épreuve cutanée positive, un examen général négatif du point de vue bacillose, une réaction oculaire au niveau de la lésion après la première injection de tuberculine.

Au cours du traitement tous ont vu la lésion locale s'améliorer rapidement pour disparaître ensuite tout à fait; et l'état général, appétit, résistance, poids, se bonifier de façon presque saisissante.

Tous ont été traités à la tuberculine de Koch en commençant par la solution au millionième. Nous n'ignorons pas que cette thérapeutique peut présenter quelques dangers si l'on ne s'entoure de précautions convenables; et qu'elle peut déterminer la flambée de lésions pulmonaires en activité latente. C'est pourquoi un certain nombre d'autres cas de ce genre n'ont pas été traités de la même façon.

De ceux que nous avons traités, ceux-ci et quelques autres, aucun jusqu'ici n'a manqué d'en bénéficier grandement.

Certes nous ne croyons pas que dans tous les iritis indistinctement l'on doive se précipiter sur la seringue à tuberculine. Nous sommes loin de l'opinion de certains auteurs pour qui 90% au moins des iritis sont bacillaires.

Mais nous ne cesserons, jusqu'à preuve du contraire, de réaffirmer les opinions suivantes:

1° *Un diagnostic d'iritis, sans étiologie, n'est pas un diagnostic satisfaisant.*

2° *Un grand nombre d'iritis sont d'origine bacillaire.*

3° *Dans les cas de bacillose irienne sans lésion pulmonaire, le traitement à la tuberculine donne d'excellents résultats.*

LE DIAGNOSTIC DE L'ABCÈS CÉRÉBRAL¹

Observation

Par J.-Antonio LECOIRS,
Service de Chirurgie, hôpital Général (Ottawa).

Si le traitement de l'abcès cérébral est en général du domaine de la chirurgie, le médecin et l'oto-rhino-laryngologiste, aussi bien que le chirurgien, doivent pouvoir reconnaître à temps cette affection. C'est donc un problème otomédico-chirurgical.

Sa gravité se traduit, d'autre part, par une mortalité opératoire de 50% et non-opératoire de 100%, mortalité que la précocité du diagnostic pourrait réduire. Il y aurait lieu ici, comme dans bien d'autres cas, de vulgariser certains symptômes précurseurs de cette affection cérébrale afin d'amener le patient à consulter à temps. Si le public savait, par exemple, que 80% des abcès cérébraux surviennent à la suite d'une otite moyenne, on ne laisserait pas une oreille suppurer pendant des semaines, même en l'absence de toute douleur ou de tout autre symptôme.

Pour le chirurgien, une fois le diagnostic fait, le traitement s'impose, mais c'est d'en arriver là et d'y arriver à temps qui importe; et il semble que plus le diagnostic est facile plus risquée soit la guérison. En d'autres termes, il ne faut pas se réjouir trop vite d'avoir en mains tous les éléments du diagnostic, car alors il est déjà trop tard.

Enfin, l'abcès cérébral d'origine otogène n'est pas une complication si banale que l'étude diagnostique de chaque cas en particulier soit dépourvue d'intérêt. Le polymorphisme de la symptomatologie et la précision du diagnostic de localisation, par exemple, en font un problème de raisonnement toujours passionnant.

L'observation suivante nous a fait passer par toutes les phases de la dialectique.

Observation.

Le 12 juillet 1943, nous sommes appelé à voir un cas qu'un oto-rhino-laryngologiste vient de déclarer à la famille ne pas être de son domaine. Il s'agit d'un homme de 56 ans, M. Dosithé M., venu de la campagne et admis, il y a quelques

heures, en chaise roulante. Nous le trouvons installé au lit et dans un état de torpeur qui le rend inapte à tout interrogatoire. Sa femme nous apprend alors qu'il est dans cet état depuis trois jours, et que l'évolution s'est faite comme suit.

Il y a trois mois, le patient commença à présenter à son oreille gauche un écoulement purulent accompagné de douleurs intenses. Celles-ci cédèrent peu après, mais l'écoulement continua pendant plus de deux mois sans autre symptôme qu'un peu de surdité de cette oreille. Il y a trois semaines, au moment de l'arrêt de l'écoulement, le malade commença à se plaindre de céphalée, de vertiges, d'anorexie et se mit à perdre du poids. Enfin, il y a trois ou quatre jours, il se mit à « déparler » et à vomir de temps à autre, jusqu'à ce qu'il en arrive à son état actuel d'affaissement, d'apathie.

Le patient est émacié, hirsute, affaibli. Il regarde au hasard d'un œil indifférent, vitreux, a la pupille dilatée avec tendance au strabisme convergent. Sa bouche est animée de mouvements de diduction. Il semble incapable de comprendre non seulement le sens de nos paroles, mais même qu'elles s'adressent à lui. A certaines de nos questions, il fait entendre des sons inarticulés dont il semble satisfait pour réponse.

On ne note aucune déformation ni blessure externe, aucun écoulement des orifices naturels; la palpation du crâne n'est douloureuse en aucun point, mastoïdes incluses. Le fond de l'oreille, d'après le rapport du spécialiste, est normal des deux côtés. La respiration est calme, régulière et de bonne amplitude; le pouls de 80, la température de 99°. Les réflexes tendineux sont exagérés et la force de contraction des muscles biceps et quadriceps droits est diminuée.

A ce point de notre examen, la famille nous demande un diagnostic, car on est déterminé à ramener le patient immédiatement s'il n'y a rien à faire pour lui. La notion d'otite moyenne suppurée nous fait faire, sous toute réserve, le diagnostic d'abcès cérébral et nous obtenons de garder le patient sous observation pour quelques jours.

1. Travail présenté aux « Conférences du vendredi » à l'hôpital Général d'Ottawa, 22 octobre 1943.

Le lendemain de l'admission, le rapport d'une analyse d'urines est normal, et celui d'une numé-

ration globulaire se lit comme suit: globules rouges, 4,990,000; globules blancs, 8,500, avec proportions normales; hémoglobine, 90%. Des radiographies stéréoscopiques, prises le même jour par le docteur P. Brodeur, montrent « une certaine opacité des cellules péri-antrales de la mastoïde gauche, avec éburnation s'étendant vers la périphérie ». Nous avons demandé une ventriculographie qui, malheureusement, ne put être réalisée. (Fig. 1.)

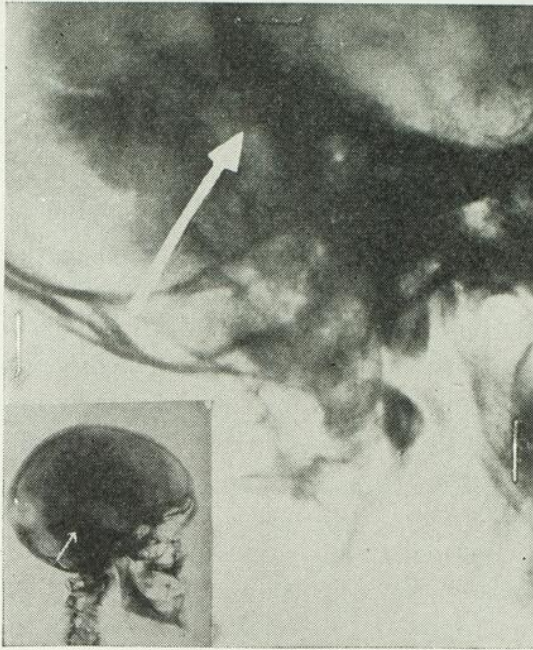


FIG. 1.

En face de cette autre probabilité de l'abcès chronique du cerveau qu'est la leucocytose normale, nous faisons, le 16 juillet, une ponction lombaire dans le double but de confirmer notre diagnostic et de diminuer l'hypertension intracrânienne. La pression de liquide céphalo-rachidien est de 30 mm. d'eau; il est clair, contient de la globuline, 14 gl. rouges et 7 gl. blancs par mmc.

Le lendemain, nous trouvons le patient changé du tout au tout; sa température est normale, il s'intéresse à ce qui l'entoure, répond parfaitement

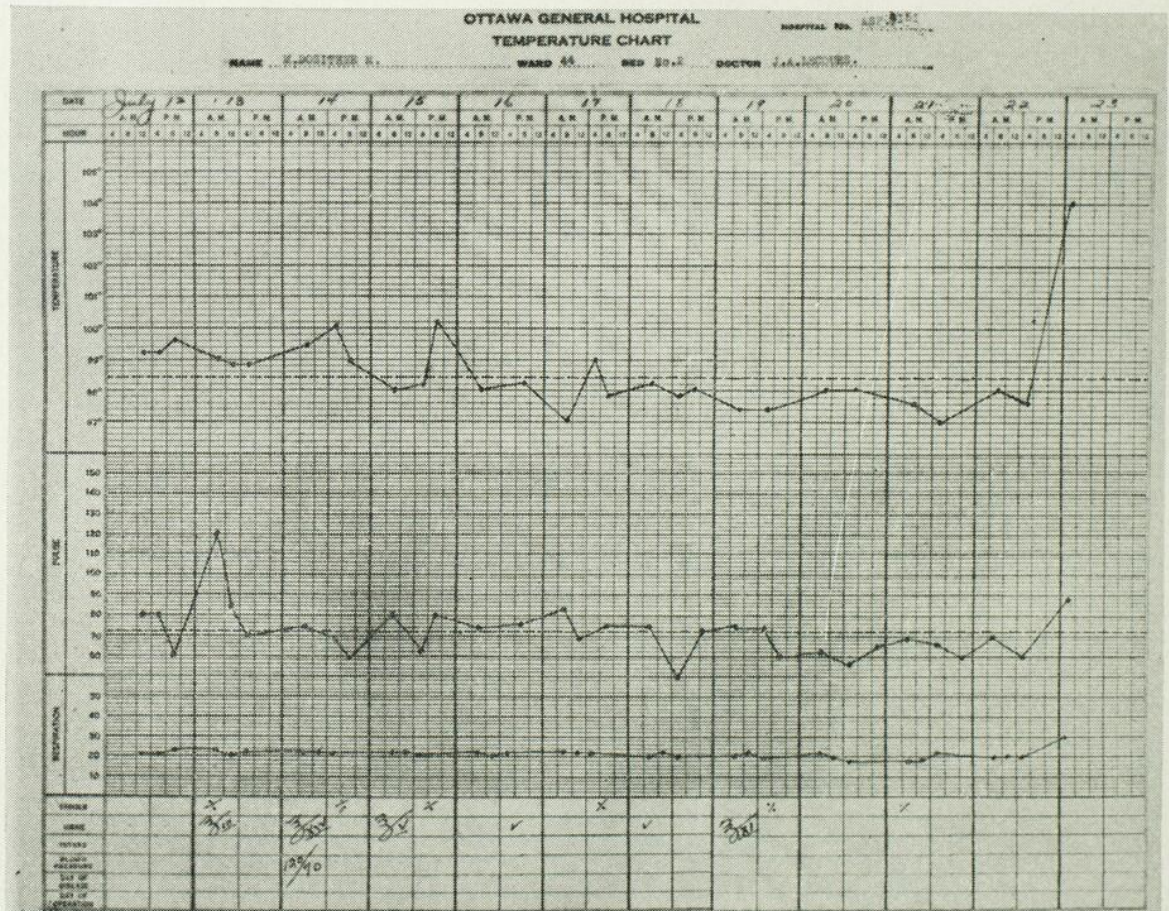


FIG. 2.

bien à toutes nos questions et se dit très bien, sauf pour une légère céphalée temporale gauche, à tel point qu'il nous fait douter encore du diagnostic et que nous décidons de temporiser. Cet état se maintient pendant les jours suivants et tout semble être rentré dans l'ordre. (Fig. 2.)

Le matin du 10^e jour, nous trouvons le patient dans le coma. La garde-malade nous apprend que dans la dernière partie de la nuit sa température est montée à 104°, qu'il est devenu soudainement inconscient après avoir eu des vomissements. Une nouvelle ponction lombaire retire un liquide trouble, est sans effet, et le patient expire peu après. Un examen bactériologique de ce dernier échantillon du liquide céphalo-rachidien montra du streptocoque.

Autopsie.

A l'ouverture de la boîte crânienne, les méninges apparurent normales. Au moment de l'ablation du contenu de celle-là, une masse de la grosseur d'une orange moyenne se dé-

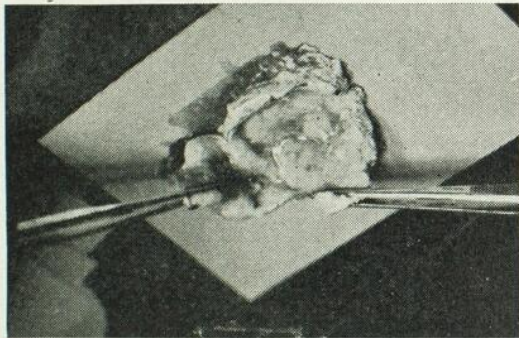


FIG. 3. — Abscès cérébral énucléé du lobe temporal gauche, à l'autopsie, et reconnaissable à sa coque épaissie.

tacha de l'hémisphère cérébral gauche et nous glissa entre les doigts. Nous reconnûmes alors un abcès cérébral à sa capsule épaissie, d'environ un demi-centimètre et à son contenu verdâtre. (Fig. 3.) Du côté du cerveau, l'abcès avait laissé, dans le lobe temporal gauche, un évidement qui communiquait avec le ventricule latéral; tandis que l'atmosphère hémisphérique péri-capsulaire avait subi une quasi-liquéfaction ne laissant plus voir aucune formation cérébrale.

Un frotti du contenu de l'abcès montra du streptocoque de même nature que dans le liquide céphalo-rachidien. Enfin, le rapport de l'examen anatomo-pathologique de la capsule et de la substance cérébrale péri-capsulaire se lisait comme suit: «lésion suppurative du cerveau, avec infiltration polynucléaire et destruction étendues de la substance cérébrale avoisinante.»

COMMENTAIRES

1. Au cours du diagnostic différentiel, on pouvait écarter la méningite septique par l'absence de fièvre élevée; la méningite tuberculeuse par l'absence de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien; la labyrinthite par l'absence de nystagmus. Enfin la tumeur cérébrale semblait moins probable, vu l'évolution rapide et l'absence d'hypertension du liquide c.-r.

2. Le diagnostic positif se fit surtout sur la notion d'otite moyenne suppurée, l'apathie du malade, sa céphalée et l'augmentation de la globuline dans le liquide c.-r.

3. Le diagnostic de localisation au lobe temporal gauche devenait assez facile du fait de l'aphasie.

4. La présence de streptocoque dans le liquide c.-r. au moment du coma, et sa présence dans l'abcès cérébral lui-même au moment de l'autopsie quelques heures après, semblent ne laisser aucun doute sur la perforation de l'abcès dans le ventricule latéral avec, comme conséquence, une leptoméningite diffuse purulente.

5. Rappelons que, du point de vue anatomo-pathologique, l'abcès cérébral n'est jamais primitif, que dans 80% des cas il est secondaire à l'otite moyenne et siège dans le lobe temporal, qu'il est dû en général au streptocoque, au staphylocoque ou au pneumocoque, qu'il cause souvent des érosions osseuses, mais pas de méningite généralisée, qu'il a tendance à l'extension et à l'encapsulation, et qu'il peut rompre dans un ventricule comme dans l'observation rapportée.

LA PERFORATION DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Symptômes; traitement ¹

Par **Pierre SMITH,**

Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc (Montréal).

L'objet de cette brève communication est d'envisager la perforation de l'ulcère gastro-duodéal en vue du praticien; car, si la perforation d'un ulcus se produit quelquefois lorsque le malade est déjà hospitalisé, c'est le plus souvent en dehors des milieux hospitaliers que le drame débute, et c'est le praticien qui alors en est le premier témoin.

Nous allons donc mettre en relief les faits essentiels et nécessaires pour aider le praticien à poser un diagnostic précis de perforation d'ulcère gastro-duodéal lorsque le syndrome se manifeste dans sa forme banale, qui est d'ailleurs la plus fréquente.

Au point de vue terminologie, notons d'abord que le terme gastro-duodéal prête à une interprétation incomplète des faits; si l'on désire employer un qualificatif désignant les localisations éventuelles de l'ulcère, il nous semble préférable de choisir celui de gastro-pyloro-duodéal, qui au moins implique l'idée que l'ulcus peut aussi bien se rencontrer sur ces trois segments continus du tractus digestif.

Par ordre de fréquence dans la localisation, c'est d'abord sur le duodénum que l'on rencontre le plus souvent l'ulcère, puis ensuite sur l'estomac et enfin sur le pylore. Mais même en cours d'opération, il est souvent malaisé de préciser si l'ulcère est franchement localisé sur l'anneau pylorique, ou s'il n'est pas plutôt situé sur un des versants du pylore, soit gastrique, soit duodéal. Le tissu fibreux ou calleux péri-ulcéreux, l'œdème, l'infiltration de voisinage, font que les éléments anatomiques concernés ont perdu de leur netteté, et rendent, dans ces circonstances, le diagnostic de localisation souvent imprécis, d'où les termes confus de pyloro-gastrique et pyloro-duodéal. Cependant, nous employons

encore couramment ces derniers mots, malgré que les exigences cliniques actuelles, demanderaient que l'on décrive séparément, au point de vue de l'évolution symptomatique, l'ulcère gastrique et l'ulcère duodéal.

Mais, comme nous ne parlerons aujourd'hui que de la perforation seule, nous ne saurions analyser ces caractères différentiels, les signes fondamentaux de la perforation étant sensiblement identiques, quelle que soit la localisation de l'ulcère.

L'ulcère duodéal est généralement plus fréquent que l'ulcère gastrique et surtout que l'ulcère pylorique; d'autre part, l'ulcère duodéal se rencontre de préférence chez l'homme. C'est donc surtout chez l'homme que l'on notera le plus souvent l'ulcère et ses complications éventuelles, notamment la perforation.

Au nombre des complications de l'ulcère, mentionnons:

1° la *cancérisation*: inexistante sur le duodénum, elle est très rare et même contestée sur le segment gastro-pylorique, les cancers de ce segment étant plutôt des cancers ulcérés que des ulcères cancérisés;

2° les *hémorragies, hématémèses* ou *melaenas*, légères et répétées, ou massives, graves, voire mortelles;

3° la *sténose pylorique* entraînant la stase gastrique, consécutive à un ulcus pylorique ou gastro-pylorique, fibreux, calleux, bref sténosant;

4° la *perforation* seule ou associée à l'une des complications précédentes.

Généralement, la perforation survient chez un ulcéreux averti et conscient, depuis plus ou moins longtemps, des malaises physiques inhérents à l'ulcère. Autrement dit, il existe une histoire ou un passé gastrique.

1. Communication présentée à l'hôpital Saint-Luc, lors du XVII^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord. Séance clinique.

Dans la pathologie digestive, les signes objectifs ou les symptômes physiques sont le plus souvent atténués, insignifiants, sinon totalement absents. C'est donc l'histoire subjective qui est importante et révélatrice: histoire de douleurs épigastriques en barre ou sous forme de crampes, de brûlures, de pesanteur, de gêne locale, avec sensation de faim douloureuse.

La douleur est post-prandiale, tardive, survenant à partir d'une demi-heure jusqu'à trois ou quatre heures après les repas, souvent atténuée par l'ingestion d'aliments ou de médicaments alcalins.

Ces troubles gastriques et ces douleurs présentent non seulement un rythme dans la journée, mais elles sont en outre épisodiques dans le cours de l'année, survenant par périodes de recrudescence, alternées par des périodes de sédation pouvant persister plusieurs semaines, plusieurs mois, voire davantage et donner ainsi l'illusion de la guérison.

Souvent, c'est précédée d'une recrudescence plus notable, de quelques jours ou de quelques semaines que va se produire soudainement la perforation. Si bien qu'un clinicien prévenu, peut dire, à l'instar de Pauchet: « Attention, surveillez ce malade, il va faire sa perforation. »

Pendant, il ne faut pas trop compter sur les nausées, les vomissements, les hémorragies gastriques ou intestinales visibles ou occultes, dans l'histoire des crises douloureuses des ulcéreux, car ces signes peuvent souvent manquer.

Ce n'est ni le lieu ni le temps d'étudier le diagnostic différentiel des autres lésions abdominales qui peuvent donner le change pour la maladie ulcéreuse.

Ce que je viens de dire concernant les troubles gastriques évoluant suivant un rythme assez constant dans la journée et dans l'année, nous suffit pour faire penser à la grande possibilité d'une histoire d'ulcère. Si, au cours de l'évolution d'un ulcère, un examen radiologique a été fait, il démontrera le plus souvent la présence sur le cliché d'une niche ou d'une encoche caractéristique. De même la gastroscopie pourra révéler l'ulcère et sa localisation précise sur la muqueuse gastrique.

C'est donc moins en période d'accalmie qu'au cours d'une période d'aggravation des symptômes

que le malade risque de faire sa perforation; aggravation favorisée par les fatigues physiques ou les soucis moraux, par les excursions et les voyages exténuants, par les écarts de régime, par l'abus du tabac et de l'alcool.

Pour déterminer la fréquence des perforations, on ne peut aujourd'hui encore que se rapporter aux données statistiques, dans l'ensemble imprécises sinon contradictoires. Toutefois, on peut, en risquant des chiffres, avancer, avec assez de vérité, que dix à trente-cinq pour cent des ulcéreux feront une perforation.

Ce drame abdominal aigu compliqué de péritonite, se place par ordre de fréquence après les péritonites appendiculaires. C'est dire toute son importance dans les syndromes aigus de l'abdomen commandant l'opération d'urgence.

Les témoignages cliniques qui vont d'emblée nous faire penser à la perforation sont, par bonheur, peu nombreux et très révélateurs dès leur apparition.

Trois symptômes, trépied symptomatique capital, vont nous permettre d'identifier la lésion. Cette triade symptomatique, ces signes essentiels et suffisants sont les suivants:

douleur brusque et violente à début sus-ombilical;

contracture rigide, invincible et douloureuse de la paroi abdominale;

antécédents gastriques suggérant l'histoire ulcéreuse rappelée tout à l'heure.

LA DOULEUR

Analysons un instant la douleur; c'est en effet une douleur brusque, soudaine dans son apparition coutumière; la douleur insidieuse, lentement progressive, reste l'exception qui ne saurait infirmer la règle; comme nous le disions tout à l'heure, elle surprend le malade au cours d'une crise douloureuse après quelques jours d'exacerbation, ou, plus rarement, frappe l'ulcéreux connu ou ignoré, en pleine période de repos ou d'accalmie.

La douleur violente, atroce, intolérable, est de règle aussi. Ces superlatifs ne sont pas exagérés; ils traduisent au mieux l'acuité de cette douleur de la perforation. On la compare à juste titre, comme pour la plupart des douleurs accompagnant la perforation d'un viscère creux de l'ab-

domen, à un « coup de poignard », expression depuis longtemps classique.

L'endroit initial de cette douleur est sus-ombilical, épigastrique le plus souvent, quelquefois en regard du duodénum, en tout cas, juxta-médian et haut situé. En très peu de temps elle va se généraliser à toute la paroi abdominale, en conservant toutefois son maximum d'acuité au creux épigastrique.

LA CONTRACTURE

Le deuxième symptôme de la perforation est immédiat aussi, contemporain de la douleur, qu'elle accompagne donc simultanément, c'est la contracture, la rigidité, la défense musculaire de la paroi abdominale. Cette contracture, lorsqu'elle est nettement caractérisée, est un témoignage incomparable, un symptôme royal de la perforation gastrique ou duodénale, surtout associé à la douleur brusque et précédé de l'anamnèse. En regardant l'abdomen à nu, avant même toute palpation manuelle, on constate déjà l'immobilité rigide de la paroi abdominale et solidairement l'immobilité du diaphragme. Les muscles droits saillants, en relief, se dessinent sur l'abdomen aussi contracturé dans son ensemble. Le ventre est plat, rétracté, tendu. Si, avec la main, on cherche à apprécier ou à vaincre cette contracture, on constate son intensité, son invincibilité. C'est une résistance absolue, une tension ligneuse, un « ventre de bois », suivant le terme heureusement consacré, une tension que toute pression va rendre plus douloureuse encore.

PASSÉ GASTRIQUE

Si à ces deux témoignages, à ces deux signes princeps, vous pouvez ajouter le passé gastrique, révélé séance tenante ou antérieurement, n'ayez aucune hésitation, portez le diagnostic ferme d'ulcère perforé et vous aurez toutes les chances d'être du côté de la vérité.

TRAITEMENT

Ce diagnostic immédiat commandera l'opération chirurgicale d'urgence qui sauvera presque à coup sûr votre malade.

Et, si le chirurgien, en cours d'opération, constate qu'il s'agit d'une lésion aiguë autre que la

perforation escomptée, n'ayez aucun remords: l'indication opératoire n'en était pas moins impérieuse, et le geste chirurgical non moins libérateur.

Sans doute, d'autres symptômes associés aux signes capitaux précédents peuvent présenter un intérêt documentaire et non négligeable. Par exemple, les signes du choc, pâleur, sueurs froides; l'angoisse, l'agitation, l'anxiété, la terreur du malade; les modifications plus ou moins accentuées du pouls et de la température, la dyspnée ou la polypnée, la leucocytose, la sonorité pré-hépatique traduisant un pneumopéritoine provoqué par l'issue de gaz du tube digestif dans la cavité péritonéale, pneumatose que l'examen radiologique peut également démontrer; nausées, efforts de vomissements, etc.

Mais n'attendez pas l'apparition de tous ces symptômes, après tout secondaires en l'occurrence. Surtout n'attendez pas les manifestations péritonitiques, signes avant-coureurs d'une mort quasi certaine. Ne comptez pas sur la fermeture ou l'occlusion spontanée de la perforation, elle est trop rare et trop précaire; n'espérez pas la localisation d'une péritonite commençante qui pourrait trop rarement aboutir à l'abcès enkysté, à l'abcès péri-gastrique, sous-hépatique ou sous-diaphragmatique.

Ce perforé doit être hospitalisé d'urgence, quelles que soient les conditions matérielles de transport du domicile à l'hôpital; et l'opération d'urgence s'impose impérieusement.

Chaque heure d'hésitation, chaque heure de retard est une chance de guérison et de survie enlevée au malade.

Ce malade laissé à lui-même mourra dans les 24, 48 ou 72 heures qui suivent la perforation. Il mourra de péritonite, dans le collapsus, en hypothermie.

Ce dénouement fatal, il faut le prévoir très nettement; c'est sans opération la mort habituelle, à très brève échéance, dans 95 pour cent des cas.

Au contraire, chaque heure gagnée assure en proportion la sécurité de l'opération et ses immenses chances de succès.

Praticien et chirurgien, en effet, sauveront le malade 9 fois sur 10, si le diagnostic est posé sans

délai et sans hésitation, et si l'acte chirurgical est réalisé sans retard.

Le résultat est franchement inverse, si le geste opératoire n'a pu être exécuté que tardivement, soit douze heures après la perforation, et davantage mauvais dans ses résultats, si le retard est encore plus prolongé. Dans ce cas, c'est neuf malades sur dix ou même davantage qui mourront malgré l'intervention chirurgicale.

L'équation ici est rigoureuse: la guérison est en fonction de la précocité de l'opération.

L'opération consistera dans la suture ou l'enfouissement de l'ulcère; cet enfouissement sera ou non complété par une gastro-entérostomie postérieure, suivant qu'il existe ou non une sténose ou obstruction pylorique.

Eventuellement, une gastrectomie pourrait être pratiquée, en tenant compte toutefois de l'âge du malade, de son état général et de sa résistance physique actuelle, de l'état péritonéal, et du temps écoulé depuis la perforation.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS CERVICALES

Par Réal DORE,

Chirurgien à l'hôpital Général de Verdun.

Le diagnostic des tumeurs cervicales comporte, lors de l'examen physique, la connaissance d'un fait essentiel.

Ou bien la tumeur en cause est d'origine thyroïdienne (goitre), ou bien elle ne l'est pas.

S'il y a goitre, quelle qu'en soit la forme clinique, la déglutition crée un mouvement d'ascension de cette tumeur.

C'est un symptôme pathognomonique exclusif au goitre, toute autre tumeur restant immobile lors de la déglutition. La glande thyroïde est normalement adhérente au larynx et à la trachée. C'est ce qui explique son mouvement d'ascension. Il en est de même du goitre surnuméraire des régions sus ou sous-hyoïdiennes et sus-sternale. Quant au goitre plongeant vrai, celui-ci étant situé totalement en arrière du sternum, il est impossible de se rendre compte de sa mobilité par le palper.

L'embryologie nous enseigne que la persistance d'un segment du canal thyroïdienne peut être le point de départ d'un bourgeon thyroïdien, bourgeon qui plus tard, en s'hyperplasiant, donnera le tableau clinique de l'hyperplasie thyroïdienne, toxique ou non.

En présence d'un syndrome thyroïdien, que celui-ci se manifeste par de l'hypo ou de l'hyperfonction, quand la glande thyroïde est normale de volume et de consistance, il faut aller à la recherche d'un goitre surnuméraire.

Le goitre surnuméraire peut exister à la base de la langue. Le goitre lingual n'est pas fréquent. Mais il existe. De nombreux travaux sont pu-

bliés à date à son sujet. Personnellement, je n'ai pas eu la bonne fortune d'en rencontrer encore.

Le goitre surnuméraire, ou goitre aberrant, peut aussi apparaître au niveau des régions sus ou sous-hyoïdiennes et sus-sternale.

La région rétro-sternale, où se trouve le goitre plongeant vrai, ne peut être mise à jour que par une radiographie de profil. La percussion peut en délimiter les contours.

Le palper est le moyen indispensable que nous avons à notre disposition pour affirmer l'existence d'une tumeur cervicale, que celle-ci soit d'origine thyroïdienne ou non.

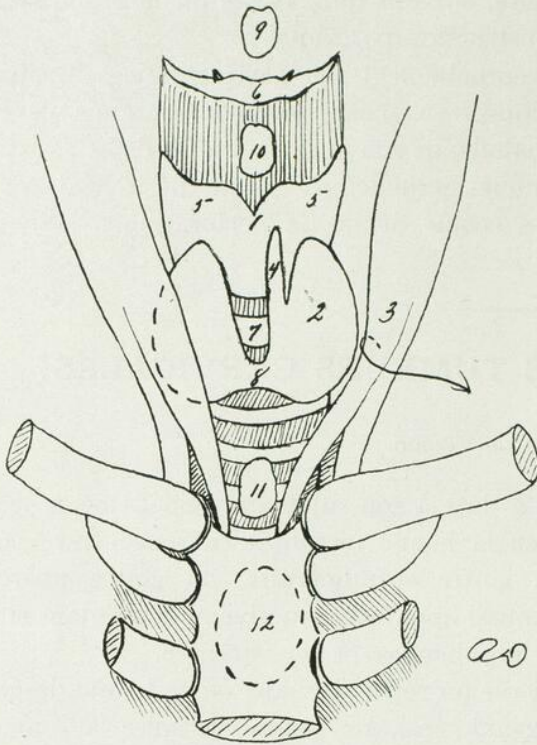
Mais, avant de dire ce que doit être le palper, parlons sommairement de l'anatomie de la région thyroïdienne.

La glande thyroïde normale présente, en général, les dimensions que voici: deux pouces de longueur, un de largeur et $\frac{3}{4}$ d'épaisseur.

Chaque lobe thyroïdien est situé sur la face externe du cartilage thyroïde et des premiers arcs trachéaux. Une bandelette de tissu thyroïdien, que l'on retrouve sous le bord inférieur du cartilage cricoïde, réunit entre eux, à leur pôle inférieur, les lobes thyroïdiens. Les pôles supérieurs n'excèdent pas en hauteur une ligne horizontale qui passe au niveau de la région la plus proéminente (pomme d'Adam) du larynx.

Pour que le palper soit pratiqué avec précision, il faut récliner de dedans en dehors les muscles sterno-mastoïdiens en introduisant entre ceux-ci et les lobes recherchés deux ou trois doigts. Si cette précaution n'est pas prise, les muscles en

question peuvent être confondus avec un lobe thyroïdien et donner l'impression qu'il y a augmentation du volume de la glande.



- 1) Repère le plus important et facile à localiser: la pomme d'Adam.
- 2) Lobe thyroïdien gauche mis à jour en réclinant le muscle sterno-mastoïdien.
- 3) Muscle sterno-mastoïdien gauche récliné en dehors.
- 4) Pyramide de Lalouette.
- 5) Cartilage thyroïde.
- 6) Os hyoïde.
- 7) Cartilage cricoïde.
- 8) Isthme thyroïdien.
- 9) Goitre surnuméraire sus-hyoïdien.
- 10) " " sous-hyoïdien.
- 11) " " sus-sternal.
- 12) " " ou plongeant vrai, rétro-sternal.

A la lumière des faits fournis par l'anatomie et des points de repères mentionnés, il est possible d'affirmer qu'il y a ou non augmentation du volume des lobes thyroïdiens ou présence d'un goitre surnuméraire.

La présence d'hyperplasie thyroïdienne sus ou sous-hyoïdienne ou sus-sternale, étant située sur la ligne médiane, ne demande pas que les muscles sterno-mastoïdiens soient réclinés.

FORMES CLINIQUES DU GOITRE; FORMES QUI PRÉSENTENT LE MOUVEMENT D'ASCENSION LORS DE LA DÉGLUTITION

1) *L'hyperplasie simple*, compensatrice, est rencontrée, en général, à la puberté, au cours des

grossesses ou à la suite de celles-ci, à la ménopause, ou encore, ce qui arrive assez souvent, quand il y a dysménorrhée. Les déficiences organiques et alimentaires peuvent avoir une répercussion sur la fonction thyroïdienne.

Ici la glande thyroïde est augmentée de volume, sa surface est lisse, sa forme est ovoïde et ses contours sont nets.

2) *L'hyperplasie toxique*. Les lobes sont, en général, peu augmentés de volume, mais de consistance dure. Cette forme est vouée au basedowisme.

3) *Tumeur adénomateuse* unique ou multiple. L'adénome est sphérique, plus ou moins volumineux, de consistance plutôt dure. L'adénome est greffé sur le lobe thyroïdien. En palpant son pourtour, le doigt perçoit le lobe thyroïdien sous-jacent.

4) *Le goitre colloïde* est généralement volumineux quand le patient s'amène à l'examen. Cliniquement, il n'est pas toxique et sa consistance est rénitente. Une déficience alimentaire ou organique en est la cause plutôt que la déficience iodée.

5) *Kyste thyroïdien*. Cette tumeur est en général rénitente, à moins que la tension intrakystique ne soit élevée. Si tension élevée il y a, sa consistance est pratiquement celle de l'adénome. Ce qui constitue un diagnostic difficile à poser.

6) *Goitre cancérisé*. Consistance dure et même très, ligneuse, bosselée, à contours mal définis, anfractueux. Son mouvement d'ascension disparaît quand il y a envahissement extracapsulaire. A ce moment de l'évolution, l'état cachectique du patient met le clinicien sur la piste du diagnostic.

Le cancer de la glande thyroïde peut être une métastase d'un organe primairement cancérisé.

7) *Adénome parathyroïdien*. Si le syndrome clinique hyperparathyroïdien n'existe pas, cet adénome est facilement confondu avec l'adénome thyroïdien. Il en a tous les caractères.

8) *Thyroïdite*. C'est une augmentation en masse d'un lobe ou des deux lobes thyroïdiens. L'évolution aiguë ou subaiguë (douleur locale au palper, chaleur, température, etc.), permet de poser un diagnostic.

9) *Pyramide de Lalouette*. Quand cette pyramide existe, elle évolue, en général, concurremment avec un ou les deux lobes thyroïdiens en hyperplasie. Il faut toujours la rechercher. Cette pyramide est située sur l'une ou l'autre des faces externes du cartilage thyroïde, chaque côté de la pomme d'Adam.

10) *Le goitre surnuméraire* est en général constitué de tissu thyroïdien hyperplasié; ses contours sont mal définis.

TUMEURS CERVICALES NON THYROÏDIENNES
SUSCEPTIBLES D'ÊTRE CONFONDUES
AVEC UN GOITRE

(Voir *Traité d'embryologie* de Dubreuil.)

Comme elles n'ont pas de point d'attache à l'os hyoïde, au larynx ou à la trachée, elles restent immobiles lors de la déglutition.

Elles sont situées latéralement au larynx et à la trachée. Il y a absence de tout syndrome

hypo ou hyperthyroïdien. La glande thyroïde est palpable et normale de volume et de consistance.

Je me limite à l'énumération de ces différentes tumeurs.

Kyste branchial.

Fibro-chondrome branchial.

Anévrisme artériel.

Anévrisme artério-veineux.

Adénite cervicale.

Phlegmon.

Tuberculose ganglionnaire.

Lipome.

Lymphadénome ou lympho-sarcome.

Branchiome.

Hodgkin.

Moluscum pendulum.

Pott cervical abcédé.

A celui qui est prévenu que toute tumeur cervicale n'est pas toujours un goitre, les caractères propres de chacune d'elles permettent de poser, dans la plupart des cas, un bon diagnostic.

MOUVEMENT MEDICAL

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE DÉFORMANT PAR LES SELS D'OR AVEC ADJONCTION DE THÉOBROMINE ET DE SALICYLATE DE SOUDE

Rapport préliminaire de 35 cas

Par Léopold MANTHA,
(Ottawa).

Les sels d'or, depuis quelques années, sont de plus en plus utilisés pour le traitement de l'arthrite rhumatismale. Sous l'impulsion des travaux de Forestier, leur usage s'est répandu et aujourd'hui c'est à eux que l'on a recours dans nombre de cas d'arthrite déformante. Nous les utilisons personnellement depuis plusieurs années, et, comme bien d'autres, nous avons obtenu, dans certains cas, de très beaux résultats, alors que dans d'autres nous avons eu à déplorer des échecs, la plupart causés par l'apparition de réactions d'intoxication ou d'intolérance.

Nous voulons aujourd'hui rapporter nos expériences avec l'aurothiomalate de sodium¹ lors-

que nous avons été amené à lui associer, d'une façon tout à fait empirique, la théobromine et le salicylate de soude.

De cette thérapeutique, nous avons retiré de grands avantages, bien qu'il nous soit impossible, à l'heure actuelle, d'expliquer le mécanisme d'action qui résulte de cette association médicamenteuse et qu'il ne nous soit pas donné, malheureusement, de pouvoir appuyer nos résultats cliniques sur ceux du laboratoire.

C'est en janvier 1938 que se présentait à notre bureau, pour la première fois, une jeune femme de 23 ans, mère de deux enfants, atteinte de rhumatisme chronique déformant au début, à forme frustrée, si bien que j'avais posé alors le diag-

1. La « Myochrysin ».

nostic de rhumatisme articulaire infectieux. Ce n'est qu'après avoir vu échouer le salicylate de soude, les traitements adjuvants, et suivi l'évolution de la maladie que put réellement se reconnaître et se signer le diagnostic de la maladie existante.

Durant quinze mois, des séries d'injections de « Myochrysin » furent administrées à doses croissantes jusqu'à atteindre 0 gr. 10 comme dose maximum. Les résultats obtenus montrèrent une certaine amélioration, mais il persistait toujours de la douleur, du gonflement, de l'œdème des articulations atteintes avec des raideurs et de la gêne musculaires, si bien que la marche était devenue très pénible pour ne pas dire impossible.

Nous en étions là lorsque le hasard nous amena une dame âgée, souffrant de rhumatisme chronique et présentant tous les symptômes d'une insuffisance cardio-rénale: arythmie, dyspnée, œdème, etc. Sous l'effet d'une thérapeutique à base de théobromine et de salicylate de soude, l'œdème disparut et l'état général s'améliora. Les mouvements musculaires, très difficiles au début, devinrent moins douloureux et plus faciles.

C'est alors que nous vint l'idée d'associer la théobromine à la « Myochrysin » pour le traitement de notre premier cas. Les résultats obtenus furent inespérés. En deux mois, l'œdème était presque complètement disparu, la patiente avait perdu vingt livres, se servait de ses membres et pouvait marcher. Il est à noter que dans ce cas l'œdème n'était pas causé par une insuffisance cardio-rénale.

Enthousiasmé par ces résultats, nous avons depuis traité de cette façon trente-cinq cas d'arthrite rhumatismale avec des résultats très encourageants et que nous croyons être bien supérieurs à ceux que nous avons obtenus par l'emploi de la « Myochrysin » seule. A titre d'expérience, nous avons utilisé la théobromine seule sans obtenir aucun résultat.

Tous les patients traités et soumis à cette thérapeutique ont semblé mieux tolérer la « Myochrysin ». Les réactions d'intoxication, moins fréquentes, ont été également moins graves. Ce qui nous a grandement surpris, c'est le fait d'administrer des doses de « Myochrysin » moins élevées, à des intervalles plus espacés, tout en

obtenant de meilleurs résultats. Ainsi des doses de 0 gr. 05 à tous les dix et même quinze jours.

Le schéma de traitement que nous avons adopté est le suivant:

« Myochrysin »: 0 gr. 05 tous les dix jours ou quinze jours.

Théobromine	} à 0 gr. 30 pour une capsule,
Salicylate	
de soude	

Traitements adjuvants: toniques, massages, diathermie, etc.

CONCLUSIONS

Bien qu'il nous soit impossible de pouvoir appuyer nos résultats cliniques sur des analyses et des rapports de laboratoire élaborés, nous avons traité, en clientèle, au cours des cinq dernières années, trente-cinq cas d'arthrite rhumatismale en utilisant la « Myochrysin », à laquelle nous avons associé la théobromine et le salicylate de soude.

Cette association médicamenteuse a semblé donner de meilleurs résultats que ceux que nous avons obtenus par l'emploi séparé de l'un et l'autre de ces médicaments tout en produisant une diminution en fréquence et en gravité des réactions d'intolérance ou d'intoxication.

Si nous cherchions à expliquer l'action de la théobromine, nous pourrions alléguer que, par ses propriétés diurétiques, elle favorise la fonte de l'œdème, même localisé aux articulations, ce qui permet une mobilisation plus précoce du membre tout en produisant une concentration plus grande des sels d'or au niveau de ces mêmes articulations et comme conséquence l'administration de doses de « Myochrysin » plus faibles à des intervalles plus espacés.

De plus, sous l'effet de la diurèse provoquée, les dangers d'intoxication par l'or sont considérablement diminués.

Devant les résultats obtenus à date, nous avons l'intention de poursuivre nos expériences, et de contrôler nos résultats cliniques par des analyses répétées de la sédimentation sanguine, du sang, des urines, etc. Entre-temps, nous nous demandons si des recherches dans ce sens ne pourraient être entreprises par ceux qui en ont la facilité.

**Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord**

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 73 — N° 3 Montréal, mars 1944

**LA CHIMIOTHÉRAPIE
DE LA TUBERCULOSE**

La lutte contre la tuberculose s'effectue dans tous les pays où les circonstances et les moyens le permettent. Aux Etats-Unis, elle se fait sans relâche autant par l'action sociale que par l'activité des cliniques et des sanatoria; encore mieux, on cherche sans se lasser un agent médicamenteux qui pourrait détruire le bacille de Koch déjà introduit dans l'organisme et, conséquemment, amènerait la régression des lésions existantes.

Il y a quelques années, la promine et la diasone, deux substances synthétiques du groupe des sulfones, avaient été expérimentées avec succès sur le cobaye préalablement inoculé. Introduites dans l'organisme de cet animal, elles pouvaient arrêter l'évolution de l'infection.

Malheureusement, ces deux produits possédaient une toxicité trop élevée à la dose efficace; on n'en appliqua pas l'usage à l'homme. On a donc depuis dirigé les recherches vers la découverte d'une substance qui aurait la même efficacité contre le bacille de Koch, sans comporter une activité aussi nocive pour l'organisme qui l'héberge.

Tout dernièrement, on nous apprit¹ l'emploi d'un autre sulfone, le « promizole ». Il fut expérimenté sur le cobaye rendu tuberculeux. Il se montra actif, aussi actif que la promine et la diasone; d'autre part, il apparut comme beaucoup moins toxique. Aussi, exerça-t-on

son action sur l'être humain tuberculeux². Durant 1943, on l'administra à 56 malades, par la bouche, à des doses qui amenèrent une concentration sanguine comparable à celle qui s'était montrée active chez le cobaye, c'est-à-dire à des doses qui furent de 2 à 4 fois supérieures à celles qu'on utilise pour les sulfamidés (de 10 à 16 grammes par jour). La concentration sanguine avec de telles doses est habituellement de 1.5 à 4.2 milligrammes pour cent. Aucun ennui sérieux ne fut observé: occasionnellement une cyanose passagère, en deux occasions un érythème léger, enfin des indices sanguins de régénération globulaire. Pas d'hématurie, de leucopénie, de fièvre médicamenteuse ou tout autre phénomène d'idiosyncrasie thérapeutique. Cet essai ne peut actuellement produire aucune conclusion positive. Et, en effet, Hinshow se garde-t-il bien de mentionner aucun résultat clinique, de porter aucun jugement positif sur l'efficacité du promizole. Une chose semble assez certaine, c'est que le produit ne s'est pas avéré toxique à des doses déterminant une concentration sanguine efficace du produit. Attendons d'autres rapports, celui-ci est des plus préliminaires.

**LA LEUCOTOMIE FRONTALE
EN PSYCHIATRIE**

En octobre 1941, nous publions un Editorial sur la psycho-chirurgie, sur la chirurgie du cerveau appliquée à la cure de certaines maladies mentales, qui est réalisée au Portugal (Egas Moniz fut l'instigateur de la méthode) et aux Etats-Unis, depuis 1936.

Le procédé consiste à sectionner les fibres nerveuses du centre ovale du lobe frontal, l'isolant ainsi en grande partie du reste du cerveau. L'opération est assez simple; elle comporte la réalisation de deux petites ouvertures pratiquées dans la voûte crânienne, par lesquelles on introduit de chaque côté l'instrument qui sectionnera, par action transversale à l'axe antéro-postérieur, la substance blanche du lobe frontal. On applique ce mode théra-

1. W. H. Feldman. — « The effect on experimental tuberculosis of 2,2'-diaminophenyl-5'-thiazole sulfone (Promizole). » A preliminary report. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*. 19: 25 (26 janvier) 1944.

2. H. C. Hinshow. — « The clinical administration of (Promizole). » A preliminary report. *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*. 19: 25 (26 janvier) 1944.

peutique à diverses affections mentales: démence précoce, mélancolie d'involution, psychasténie obsessionnelle, rebelles à toute thérapeutique, et à des syndromes où une agitation violente, une anxiété profonde se sont emparés du malade et le tiennent sans répit malgré tous les modes de traitements employés. Cette thérapeutique chirurgicale s'avérait comme le dernier espoir, la dernière planche de salut.

Que s'est-il passé depuis? Du stage expérimental, la méthode est-elle devenue d'usage courant et pratiqué?

Eh bien, si on en juge par les travaux parus dans les journaux américains, il apparaît comme si ce mode de traitement se répand chez nos voisins. On le réserve encore aux mêmes catégories de malades: déments précoces surtout du type paranoïde, aux mélancoliques et aux grands psychasthéniques obsédés qui n'ont tiré aucun profit des autres traitements³.

Cependant, on tend maintenant à penser que les résultats les plus heureux sont obtenus dans la mélancolie⁴. Il se pourrait qu'on écarte de plus en plus du champ des indications la démence précoce ou schizophrénie et les états psychasthéniques. Et, si on considère le principal effet de la lobotomie préfrontale chez les malades, c'est-à-dire l'atténuation étonnante et même la disparition de l'anxiété, de l'appréhension et des préoccupations morales, on convient que ce traitement chirurgical s'applique bien à la mélancolie, qui est primitivement constituée de ces phénomènes idéo-affectifs, et moins bien aux autres processus chez lesquels l'anxiété et l'amertume morale ne sont que des phénomènes secondaires.

La lobotomie préfrontale n'exerce aucune influence sur le délire, sur les hallucinations, sur les erreurs de jugement et le flottement de la volonté; les affections mentales qui présentent ces troubles n'en sont pas libérées par l'intervention, seule la réaction affective du sujet à leur activité peut en être amoindrie malgré leur persistance. D'autre part, l'opéra-

tion de Moniz crée l'optimisme où auparavant le pessimisme et la tristesse envahissaient le champ de la conscience, elle porte vers l'indifférence, vers l'insouciance même et le «je m'en foutisme» l'esprit qui était hanté par l'inquiétude et l'appréhension; comment ne pas comprendre alors les résultats heureux obtenus chez les mélancoliques?

L'épreuve du temps ne semble pas avoir mis en péril la survivance de la leucotomie préfrontale comme traitement psychiatrique.

Cependant, son action, limitée au début de son emploi, se restreint davantage et elle demeure toujours un mode thérapeutique de dernier ressort.

LA PÉNICILLINE CONTRE LA SYPHILIS

La pénicilline serait-elle un agent de traitement susceptible de causer toutes les surprises? Il est certain que son absence de toxicité la rend des plus maniables et que l'on peut en tenter l'usage sans obstacle. Il est bien vrai qu'elle agit favorablement dans une multitude d'infections par microbes pyogènes, même quand les sulfamidés ont échoué. Mais il est plus renversant d'apprendre que la pénicilline peut posséder une certaine efficacité contre le spirochète de la syphilis. Et pourtant, Mahoney, Arnold et Harris l'ont affirmé en publiant des succès heureux obtenus par eux dans la syphilis aiguë⁵.

Et, tout récemment encore, O. A. O'Leary⁶ rapportait une observation qui paraît confirmer cette nouvelle propriété de la pénicilline. Le cas de O'Leary a trait à une lésion gommeuse du nez (syphiloderme) chez une malade à réaction sanguine fortement positive et réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien également positives. La malade fut traitée exclusivement par la pénicilline pendant 8 jours, recevant 320,000 unités par voie intramusculaire. Trois semaines après la fin du traitement, la lésion nasale avait régressé en totalité, ne laissant qu'un certain degré de

3. A. E. Bennett, J. J. Kelganer, C. B. Wilbur. *J.A.M.A.* 123: 809 (27 nov.) 1943.

4. F. P. Moersch et N. C. Petersen. — «Prefrontal lobotomy in the treatment of mental diseases.» *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic.* 18: 368 (6 oct.) 1943.

5. *Am. Jr. Pub. Health* 33: 1387 (décembre) 1943.

6. P. A. O'Leary et W. E. Herrell. — «Penicilline in the treatment of late cutaneous syphilis: Report of case.» *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic* 19: 20 (12 jan.) 1944.

pigmentation tégumentaire. D'autre part, les réactions biologiques du sang n'étaient pas modifiées 5 semaines après les premiers examens; celles du liquide céphalo-rachidien montraient cependant un léger changement favorable: la courbe de l'or colloïdal était moins profondément positive et les lymphocytes diminués de moitié (31-16).

L'auteur se propose évidemment de suivre cette malade, de la soumettre à d'autres séries

d'injections de pénicilline, et de surveiller l'évolution des réactions biologiques. Jusqu'à maintenant, on ignore encore jusqu'à quel degré la pénicilline peut combattre la syphilis. On sait qu'elle exerce une certaine action contre elle. Peut-elle la vaincre totalement et assez rapidement?

Si cela était, elle serait bénie de Vénus, et Esculape aurait opéré une double conquête.

Roma AMYOT.

MEDECINE SOCIALE

LES MODES DE RÉMUNÉRATION SOUS LE PLAN D'ASSURANCE-MALADIE

Dans la livraison de janvier 1944, volume n° 50 du « Journal de l'Association Médicale Canadienne », on a déjà pu lire le texte suivant que nous traduisons dans son entier, parce que nous croyons que tout ce qui y est discuté intéresse directement la profession médicale. Il est possible que plusieurs de nos lecteurs n'aient pas eu l'occasion de lire et d'étudier ce texte que nous croyons important, qui mérite une attention toute particulière et qui, sans aucun doute, valait la peine d'être traduit et reproduit ici avec l'autorisation de l'Association Médicale Canadienne à qui nous savons gré de ce geste courtois.

C.-A. GAUTHIER.

*
* *

Nous avons ici un des problèmes principaux qui doivent être considérés dans l'étude d'un plan d'assurance-maladie. Notre association se doit donc d'étudier très attentivement les modes de paiement qui peuvent être suggérés, et elle doit s'efforcer de décider lequel de ces modes est le plus convenable avant qu'un bill provincial sur l'assurance-maladie ne soit mis en loi. Laissant de côté pour le moment *combien* le médecin doit recevoir, l'on conviendra qu'il est pour le moins raisonnable de nous décider pour savoir *comment* nous serons payés. De plus nous devons réaliser que, si nous ne nous arrangeons pas pour que nos dé-

sirs soient connus, nous devons nous attendre à ce que la décision soit prise par d'autres pour nous.

MODES DE PAIEMENT À CONSIDÉRER

Il existe trois modes possibles de paiement pour les services médicaux: 1° paiement par acte médical; 2° tarif par capitation; 3° salaire. Nous devons faire notre choix parmi l'un de ces trois modes ou en réalisant une combinaison de ces trois modes de paiement.

Paiement par acte médical

Avantages sous l'A.-M.

1) Ce système est juste pour ceux qui rendent les soins médicaux et donnent en conséquence l'assurance de soins complets et adéquats. C'est la méthode coutumière et traditionnelle.

2) Ce mode de paiement assure des chiffres statistiques précieux, puisque les dossiers contiennent la qualité des services rendus, en tout ce qui touche la morbidité, la durée de la maladie, etc.

3) Il stimule la rapidité d'action en ce qui regarde les mesures préventives médicales.

4) Le travail supplémentaire, tel que durant le temps des épidémies, recevrait dans ces conditions une rémunération supplémentaire correspondante.

5) Selon ce mode, les médecins seront moins enclins à assumer des responsabilités pour plus

de travail qu'ils seront capables de mener à bonne fin.

6) Il est possible que toute mesure de médecine préventive reçoive plus d'attention de la part du médecin si chaque procédure ou groupement de procédures dans ce sens implique une rémunération, tel que les inoculations, vaccinations, etc., pour un ou pour un groupe de patients.

Inconvénients sous l'A.-M.

1) Certains médecins pourraient être poussés, sous ce mode de paiement, à garder leurs patients trop longtemps ou à retarder de les transférer soit à un hôpital, soit à un médecin consultant en cas de nécessité.

2) Ce système requerrait une tenue de livres très complète et un nombre incalculable de rapports concernant les visites à domicile, les traitements au bureau des consultations, le milage, etc., rapports mensuels à l'usage des officiers du fisc.

3) Ce système pourrait entraîner une diminution sérieuse du nombre des malades qui vont dans les salles publiques d'hôpitaux, à cause de la tendance qu'auraient les médecins à conserver le traitement médical de leurs patients à l'hôpital plutôt que de les laisser aller sous les soins d'autres médecins. Ceci constituerait une très grave difficulté en ce qui regarde le matériel d'enseignement clinique.

4) Il pourrait exister de la part de quelques rares médecins une tendance à prolonger sans nécessité les traitements médicaux et chirurgicaux en vue du gain financier seulement.

Commentaires.

On peut peut-être résumer les principaux avantages en disant que c'est là le mode de paiement qui a subi l'épreuve du temps et il semble être le moyen le plus juste de recevoir paiement pour la besogne accomplie; la plus sérieuse objection qu'on puisse faire, c'est que, sous un plan d'assurance-maladie, ce mode de paiement nécessiterait une formidable tenue de livres et de rapports de détails même non médicaux. Il en résulte qu'il est probable que les notes concernant la maladie et l'observation scientifique en souffriraient.

Il n'est pas possible de mettre de côté l'objec-

tion que ce mode de paiement pourrait être chez quelqu'un une source d'exploitation, mais nous pouvons tout de même répondre à cela que des gens malhonnêtes trouveront toujours le moyen d'exploiter n'importe quelle méthode et que, de plus, nous croyons sincèrement que la majorité des membres de la profession médicale sont, sans aucun doute, assez honnêtes pour ne pas en abuser.

Tarif par capitation

En réalité, ceci est un mode de paiement par salaire. Le médecin reçoit un certain montant d'argent chaque année pour chaque personne sur sa liste de clientèle « panel ».

Avantages.

1) C'est un système économique, tout autant en ce qui concerne le temps du médecin alloué à tenir des dossiers détaillés de ses visites, etc., qu'en ce qui concerne l'aspect du contrôle administratif.

2) Ce mode de paiement n'implique pas la fameuse question de distribution proportionnelle qui a toujours été une cause constante de protestation de la part du médecin.

« *Distribution proportionnelle* » c'est-à-dire les comptes des médecins sont payés par la caisse centrale proportionnellement au montant dont cette caisse peut disposer, c'est-à-dire en enlevant de chaque compte de médecin $x\%$ de façon à ce que la répartition des argents de cette caisse soit proportionnelle pour tous au nombre des malades traités durant ce laps de temps. (C.-A. G.)

3) Ce système pourrait pousser le médecin à s'occuper davantage de l'aspect préventif de la maladie parmi sa clientèle de façon à diminuer de la sorte le nombre des personnes malades parmi ceux dont il a la responsabilité des soins médicaux.

4) Le médecin serait libre de visiter ses patients autant de fois qu'il le croit nécessaire sans crainte de la critique et en l'absence de toute question monétaire entre lui, le patient ou la Commission.

5) Ce système diminuerait la tendance que pourraient avoir certains médecins à faire plus

que de nécessité dans certains cas de façon à augmenter leur revenu annuel.

6) La quantité de malades dans une salle publique d'hôpital, pouvant servir à l'enseignement, ne se verrait pas diminuer selon le système de capitation.

7) Ce système a survécu à la critique en Grande-Bretagne et s'est révélé comme pratique.

8) Sur une moins grande échelle, ce système fut approuvé dans vingt et un comtés en Ontario par le *Medical Relief Services* et prenait de plus en plus d'ampleur comme mode de rémunération jusqu'au temps où le nombre croissant de personnes sous les secours directs et sous la loi de la pension de vieillesse rendit nécessaire pour un certain temps de revenir au mode de rémunération par acte médical.

Inconvénients.

1) Les malades dont les noms seront sur la liste (« panel ») pourraient exiger de la part du médecin plus de soins que n'en requiert réellement leur état.

2) Il pourrait y avoir un danger de voir augmenter la pratique de « médecine à tiroir », de même qu'un moins grand souci pour l'examen des malades.

3) Certains médecins pourraient faire moins en disant que, de toute façon, ils seront payés de la même manière. Les mesures de prévention, telles qu'inoculation, etc., pourraient être, dans certains milieux, négligées.

4) Certains médecins pourraient négliger les appels de nuit parce qu'il n'y aurait pas de rémunération particulière pour ces appels.

5) On pourrait voir survenir une tendance vers une augmentation d'hospitalisation et de consultation de la part de certains praticiens qui voudraient se débarrasser des malades ou passer la responsabilité à un autre et ainsi éviter du travail qui pourrait être très bien fait par l'aviseur médical.

6) Si l'on appliquait le système de capitation seulement à la pratique générale et le système de paiement par acte médical aux actes médicaux spéciaux, on pourrait voir augmenter dangereu-

sement et peut-être inutilement les actes médicaux spécialisés, de telle sorte que le spécialiste retirerait plus que sa part raisonnable de la distribution proportionnelle « pour ».

Commentaires.

Il est possible que le principal argument en faveur du système de la capitation soit, en dépit des nombreuses critiques qu'on a faites à son sujet, le fait qu'il a été accepté et apparemment aimé de la profession médicale en Grande-Bretagne. D'un autre côté, plusieurs médecins aiment ce système, parce que, avec lui, l'assurance d'un revenu prévu à l'avance enlève de gros embarras financiers et permet l'établissement d'un budget défini.

Il est très probable que sous un tel système la tentation d'en faire le moins possible pour l'argent retiré doit être très forte, mais existe-t-il un seul système sous lequel il n'est pas possible de réduire la qualité du travail fourni? Ce qui nous semble le plus important est le point suivant: un homme dont la principale et première pensée est pour ses malades sera-t-il capable de continuer à faire de la bonne besogne sous le système de capitation?

SALAIRE

Il est très probable que, dans certaines parties du Canada où la population est peu dense sur une large superficie, les médecins devront être rémunérés sur une base de salaire. Ce mode a été appliqué depuis de nombreuses années dans le Territoire du Nord-Ouest canadien. Mais l'application générale de ce mode devient une tout autre question.

On a dit qu'il existe déjà de nombreux états professionnels dont les services sont payés de cette façon, et il y a certainement plusieurs arguments en faveur de ce mode de rémunération. Mais qui paiera le salaire du médecin? Le gouvernement est la seule agence centrale par l'entremise de qui une telle chose pourra être faite, si cela signifie la médecine d'Etat; alors nous n'avons pas besoin de discuter ce point, puisque la profession médicale s'est déjà prononcée comme étant totalement opposée à cette forme de contrôle.

Cependant on pourrait procéder d'une autre façon, par exemple on pourrait mettre à part des allocations gouvernementales dans chaque province pour payer les services médicaux. Puis, après réglementations, les médecins se paieraient eux-mêmes, à même ce fonds, proportionnellement au genre de service médical rendu, à l'entraînement post-scolaire et à l'expérience et au nombre des années de pratique, etc. On pourrait aussi, par cette manière, régler les vacances, la rémunération en temps de maladie, du travail post-scolaire, et la pension de vieillesse, jusqu'à un certain point c'est la méthode que l'on suit dans les forces armées du pays, et plusieurs médecins dans ces forces armées se sont déclarés très favorables à ce plan de salaire. On devra peser sérieusement ce problème. Dernièrement, on suggéra en Angleterre de mettre les médecins pratiquant sous le plan d'assurance de santé nationale, à l'exception des spécialistes, sous une base de salaire, mais cette proposition fut retirée quelque temps plus tard.

* * *

Nous avons présenté quelques-uns des arguments en faveur et contre les différents modes de rémunération pour services médicaux de façon

à aider les médecins à se former une opinion. Quand on étudiera ces différents aspects, nous suggérons que les points suivants soient toujours présents à l'esprit avant de tirer une conclusion:

1) Quel est le mode de rémunération qui aidera à produire un meilleur rendement médical préventif et curatif pour la population de notre pays?

2) Quel est le mode de rémunération qui coûtera le moins cher au point de vue administration? Il ne faut pas perdre de vue que le coût de l'administration ne doit pas employer des montants non en proportion avec le total de l'argent que l'on peut obtenir.

3) Quel mode de rémunération sera plus utile en ce qui a rapport au maintien du matériel pour enseignement clinique?

4) Par lequel de ces modes de paiement sera-t-il plus facile d'exercer un contrôle sur ceux qui, sans scrupule, seraient tentés d'exploiter les fonds disponibles pour le paiement des services médicaux?

5) Quel mode de rémunération sera propre à attirer le plus grand nombre de bons étudiants en médecine de façon à ce que la profession médicale de l'avenir n'en souffre pas?

MÉDECINE PRATIQUE

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE DANS L'ÉNURÉSIE

En général, dit Comby, l'incontinence essentielle d'urine est capricieuse et rebelle à la thérapeutique. « Tout réussit et tout échoue en pareille matière. *Tout réussit*, depuis l'action directe — électrisation du col vésical par F. Guyon, injections épidurales de F. Cathelin, laminectomie de P. Delbet et A. Leri — jusqu'à l'opothérapie, la psychothérapie et l'homéopathie, en passant par les chimiothérapies les plus variées, sans exclusion du salvarsan ni du bismuth. La liste est longue des moyens employés contre l'énurésie, preuve indirecte de leur peu d'efficacité. Les succès obtenus sont inconstants et temporaires; voilà pourquoi nous pouvons dire que tout échoue. » Dans ces conditions, on conçoit, étant donnée l'incertitude des résultats, qu'on prescrive tout d'abord la thérapeutique la plus simple, la plus

facile à réaliser, puisque aussi bien elle a autant de chance d'être efficace que les méthodes plus compliquées ou moins inoffensives.

1° TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ÉNURÉSIE

L'élément étiologique le plus constant dans l'énurésie semble bien résider dans un état neuro-pathique spécial dont la vagotonie représente la manifestation. Dans ces conditions, toute cause d'excitation psychique ou réflexe devra être évitée, et la médication sédative interviendra de préférence.

Hygiène et diététique dans l'énurésie.

Les prescriptions suivantes devront être rigoureusement observées.

Vie calme, de préférence à la campagne, et séjour au grand air le plus possible, avec exercice physique modéré et absence de tout surmenage cérébral. On évitera les jeux en commun, les spectacles et les veillées prolongées.

On essaiera la rééducation. Si l'enfant urine vers 2 heures du matin, on le réveillera un peu avant cette heure, et même une première fois vers 10 heures du soir, et on ne le recouchera qu'après une miction complète. Après deux ou trois semaines, on recommandera au petit malade de se lever seul, dès qu'il sentira le besoin d'uriner.

L'hydrothérapie sera réalisée soit sous forme de lotions chaudes, matin ou soir, soit à l'aide d'un drap mouillé trempé dans l'eau froide, appliqué pendant une demi-heure, au lever et au coucher, recouvert d'un linge. Accessoirement, le port d'une ceinture de flanelle peut être recommandé, ainsi que des frictions sèches.

La question du régime est importante. On interdira le vin, le thé, le café, les mets épicés ou fermentés, c'est-à-dire tous les aliments excitants. D'autre part, le repas du soir devra être peu copieux et sec, sans potage. Il semble, a-t-on dit, qu'il y ait avantage à supprimer tout ce qui peut orienter la réaction des urines vers l'alcalinité, c'est-à-dire le pain, les féculents, les légumes et les fruits, ou tout au moins à réduire leur quantité au profit de la viande, des œufs, du laitage, à la condition toutefois que ces aliments soient bien tolérés par le malade.

Médicaments dans l'énurésie.

On fait appel, suivant les cas, à la médication antisiphilitique, à la médication acide, à la médication sédative.

Traitement antisiphilitique. — Il n'y a pas lieu de l'essayer systématiquement. Par contre, on ne saurait oublier l'influence que Pinard, Toporkoff, André Thomas, Barbier accordent à l'hérédosyphilis dans l'apparition de l'énurésie; et, pour peu que l'existence de stigmates, des antécédents suspects ou une sérologie positive orientent le diagnostic, on utilisera la méthode de Pinard¹.

Médication acidifiante. — On la réalise habituellement avec le mandelate d'ammonium ou l'acide phosphorique, selon la formule de Joulié: trois cuillerées à café ou à soupe par jour, suivant l'âge. Il est possible que la méthode provoque de la pollakiurie par irritation vésicale; dans ce cas, on réduirait les doses. D'ailleurs, si les urines présentaient une réaction spontanée trop exagérément acide, il serait plutôt indiqué d'essayer les effets du bicarbonate de soude et de l'alimentation végétarienne.

Médication nerveuse. — De tous les médicaments utilisés, c'est encore la belladone qui paraît donner les meilleurs résultats; mais elle peut échouer, et de nouvelles tentatives seront alors réalisées avec d'autres sédatifs.

1° La belladone se prescrit sous forme de teinture, à la dose de cinq à trente gouttes. Comby conseille de faire prendre le soir au coucher, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, V gouttes d'une solution avec un centigramme de sulfate neutre d'atropine pour 10 grammes d'eau distillée; on augmentera d'une goutte par jour jusqu'à X, XV, XX, suivant l'âge, mais on arrêtera en cas d'intolérance, dont il faut cependant atteindre les limites, si l'on veut obtenir des effets satisfaisants². La scopolamine a été recommandée par Alajouanine et Thurel en raison de son action modératrice sur l'activité automatique des centres de la miction

1. Deux ou trois séries successives de sulfarsénol, aux doses suivantes, pour un enfant de 12 kilogrammes: injections sous-cutanées de 0 gr. 02 le premier jour, 0 gr. 04 le deuxième, 0 gr. 06 le huitième, 0 gr. 10 le douzième; et ensuite tous les six ou sept jours, 0 gr. 14, 0 gr. 16, 0 gr. 18, 0 gr. 18. Puis vingt et un jours d'arrêt et nouvelle série avec des doses analogues ou légèrement supérieures; et, de nouveau, vingt et un jours d'arrêt. Puis, série de piqûres, de bismuth oléo-soluble, avec 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de bismuth-métal par piqûre et deux par semaine. Un mois d'arrêt, puis deuxième série analogue.

2. Trousseau donnait des doses de belladone tellement élevées qu'on se demande comment les malades pouvaient les supporter: « Je fais prendre au malade, chaque soir, au moment de se coucher, un centigramme d'extrait de belladone ou bien un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine; si, au bout d'un certain temps, huit ou dix jours par exemple, l'amélioration ne fait pas de progrès, j'augmente la dose de belladone et j'en fais prendre, toujours le soir, 2 centigrammes. Suivant la même règle et guidé par les mêmes indications, j'accrois successivement ainsi les quantités du remède, que je porte à 3, 4, 5, 6, 10, 15, 20 centigrammes et même au delà, selon que l'action thérapeutique est plus ou moins prononcée, selon aussi la tolérance individuelle. »

que l'activité volontaire déficiente ne parvient plus à inhiber.

2° *Les autres médicaments généralement utilisés sont*: l'antipyrine, 0 gr. 50 le soir, en deux ou trois fois, à une demi-heure d'intervalle, dans un peu d'eau sucrée; le *gardénal*, surtout si l'on soupçonne la nature épileptique de l'énurésie; l'*extrait fluide de rhus aromaticus*, ou de *rhus radicans*, XX gouttes deux ou trois fois par jour pour commencer, et l'on pourra atteindre LX gouttes; l'*alcoolature de ballote fétide*, à la dose de X gouttes, quatre à cinq fois par jour; l'*extrait fluide de cupressus* (cyprès), préconisé par H. Leclerc, à la dose de XX gouttes, au milieu de chacun des deux principaux repas. Enfin, lorsqu'au lieu du spasme vésical on soupçonne l'atonie du sphincter, on utilise la strychnine, sous forme de teinture de noix vomique à doses progressivement croissantes.

2° INTERVENTIONS DANS L'ÉNURÉSIE.

Les interventions directes sur les voies urinaires ne sont plus guère utilisées actuellement. Si l'on pratique encore la circoncision, lorsqu'elle apparaît nécessaire, et sans que ses résultats puissent être régulièrement escomptés, on a renoncé pratiquement à la dilatation urétrale de Bazy, à la cautérisation ou galvanisation sphinctérienne de Guyon, ainsi qu'aux injections rétro-rectales de sérum artificiel que préconisait Jaboulay. La ponction lombaire a donné quelques résultats à Babinski et Boisseau. Deux méthodes sont encore quelquefois utilisées: la laminectomie, qui n'est qu'exceptionnellement pratiquée, et les injections épidurales sacro-coccygiennes.

Injections épidurales dans l'énurésie. — La méthode a été préconisée par Sicard, en 1901; Cathelin, Barbier, etc., lui attribuent un certain nombre de guérisons. De préférence au sérum physiologique, qu'on employa d'abord, on a recours actuellement au lipiodol, qu'on injecte lentement, à la dose de 8 à 10 centimètres cubes. Le malade reste pendant une dizaine de minutes dans la position génu-pectorale, puis il se replace dans le décubitus dorsal, le bassin étant plus élevé que le tronc. Une légère poussée fébrile, un certain degré de rachialgie représentent les inconvénients de l'injection qui, par

ailleurs, peut donner des résultats favorables — du fait de son action mécanique et peut-être chimique sur le système neuro-végétatif local — après une seule séance. Au besoin, la méthode peut être reprise deux à quatre fois à un ou deux mois d'intervalle.

Laminectomie dans l'énurésie. — Delbet, par la laminectomie, suivie ou non de la résection de brides fibreuses, aurait obtenu neuf guérisons complètes, cinq améliorations et trois échecs. Bréchet, Santy et Cibert, Favre, Lemoine, etc., signalent également des résultats favorables. En général, la sensation du besoin d'uriner est presque immédiatement perçue par le malade, qu'elle réveille la nuit, ce qui lui permet de se lever et supprime la miction au lit. Toutefois, les échecs sont fréquents (Legueu); des résultats ont été obtenus même lorsque l'intervention n'a pas révélé de compression fibreuse, ou même à la suite d'un simulacre opératoire; si bien que l'on peut admettre ou supposer le rôle de la suggestion ou d'un choc vago-sympathique. Pratiquement, la méthode ne doit être utilisée que chez les adolescents et les adultes, et alors que tous les autres modes de traitement ont échoué.

Formulaire pour le traitement de l'énurésie

Acide phosphorique officinal . . .	17 gr.
Phosphate de soude	34 —
Eau	250 —

Une cuillerée à café ou à soupe, dans de l'eau, au milieu des trois repas (Joulie).

* * *

Sulfate neutre d'atropine . . .	1 cent.
Eau distillée bouillie	10 gr.

V gouttes, le soir au coucher, dans un peu d'eau. Augmenter d'une goutte par jour, jusqu'à X, XV, XX, suivant l'âge et la tolérance (Comby).

* * *

Extrait fluide de <i>Rhus aromaticus</i> .	30 gr.
--	--------

XX à XXX gouttes au début des principaux repas.

* * *

Extrait fluide de <i>cupressus</i> . . .	30 gr.
--	--------

XX gouttes, au milieu des principaux repas.

SAVY¹.

1. *Traité de thérapeutique clinique.* Masson & Cie, éditeurs, Paris 1938.

“L'Union Médicale du Canada” en 1875

Mars 1875.

Conversation des drogues

La nuit chez un apothicaire

Bonsoir, Opodeldoch! comment vas-tu, mon cher?
Reconnais-tu ma voix? c'est moi qui suis l'Ether.
J'attends depuis tantôt avec impatience
Qu'on ferme les volets, pour rompre le silence;
Vois-tu, mon bon ami, mes nerfs sont irrités
De tous les sots propos aujourd'hui débités.
Les hommes sont plaisants avec leurs maladies;
Ils ont, pour se guérir, de drôles de manies;
Tel parmi nous jadis faisait le plus grand bien,
Qui, par leur inconstance, aujourd'hui n'est plus rien.
— Ah! que c'est bien parler, mon cher, dit la Verveine;
Au fond de mon bocal, je succombe à la peine;
J'eus aussi mes beaux jours: telle que tu me vois,
J'étais apte à guérir les peuples et les rois;
Dans les temples anciens j'étais entretenue;
Vénus était ma mère! Aujourd'hui méconnue,
J'expie et mes grands airs et ma fatuité
Et je suis au bureau dit de la charité.

— Mais d'où vient tout ce bruit? c'est un pauvre
S'ouvrant à son voisin, un oublié sulfure; [chlorure
C'est le suc de nerprun, la poudre d'azarum,
La coque du levant, l'ambre et le galbanum,
Et mille autres oisifs poussant des cris de rage
De l'ennui que leur cause un éternel chômage.

— Vous plairait-il, messieurs, de bavarder moins haut;
Vous m'avez réveillé, par le diable, en sursaut;
Quand aux travaux, le jour, on a fourni carrière,
On a droit de dormir au moins sa nuit entière.

— Ah! ça, ne vas-tu pas faire le grand seigneur?
Bouffi de ton succès, prendre ici l'air vainqueur?
Que faisais-tu jadis, toi, l'huile de morue?
Mon Dieu, tout simplement sur le cuir étendue,
Des gens de Saint-Crépin tu salissais les mains;
Ne nous fais donc plus rire avec tous tes dédains.
Placé sur le pinacle, en vertu d'un caprice,
Tu verras, mon très cher, crouler ton édifice;
A te parler bien net tu donnes mal au cœur;
Si tu crois sentir bon, tu fais fameuse erreur.
Sans trop te déranger, vois l'anti-scorbutique;
Il a depuis longtemps, mon cher, fermé boutique,
Bien qu'il eût l'entreprise, au moins depuis cent ans,
De faire grimacer tous les jeunes enfants,
Aujourd'hui, le voilà languissant sur la place,
Abandonné de tous, réduit à la besace.

— Qui donc parle si haut? quel est ce myrmidon?
Est-ce un esprit? — Oh! non; c'est un impondérable,
Qui se dit plus puissant que tout être palpable.
Figurez-vous que *Rien* voulut être un beau jour,
En dépit du bon sens, quelque chose à son tour.
Ce néant quelque chose est l'homeopathique;
Des travers de l'esprit enfant scientifique,
Après ces jours de gloire, il s'en ira dormir;

Devant, comme mensonge, à certain temps finir.

— Dans une antique amphore à forme séculaire:

Riait de tout son cœur un vieil électuaire:
Ecoutez-moi, messieurs, moi votre maître à tous:
Vous êtes aujourd'hui des insensés, des fous.
Mon Dieu, pourquoi ces cris, ces soupirs et ces larmes!
Ne soyez pas si vifs, amis, sachez-le bien,
L'homme est capricieux et ne s'attache à rien,
Je dors depuis cent ans: j'étais fort à la mode,
Lorsque pour mes péchés on préféra l'iode;
J'en ai pris mon parti; dormant sur mes lauriers,
Je vis en bon bourgeois, comme font les rentiers.
Si je veux, quelque jour, révéler des mystères,
J'aurai bien observé chez les apothicaire;
Dans le siècle dernier, c'était bien le bon temps:
Pour ne jamais vieillir, on faisait des onguents,
On rendait le teint frais au moyen d'un cautère;
En porter au moins un était belle manière.

Le soir d'un mariage, on cite les aveux,
D'un époux à sa belle, — Oh! monsieur, j'en ai deux,
Et vous n'en avez qu'un, répondit la Lucrèce!
Du ménage jugez quelle fut l'allégresse!

Et si je vous parlais de nos grands médecins,
Vous verriez, sur ma foi, de bien drôles de saints.
L'un déterge toujours, l'autre met des sangsues,
Il n'est pour celui-là que des femmes bossues.
Jadis d'un guérisseur la canne à pomme d'or,
Annonçait l'arrivée. En vrai tambour major,
Chez monsieur son malade, il faisait son entrée;
Au pauvre diable ému survenait la suee.

C'était en vérité pour lui beaucoup d'honneur,
Que Dame Faculté lui fit un peu frayeur,
Et ces nobles messieurs, les beaux apothicaire,
Du médecin en vogue illustres mandataires,
Les ai-je vus de près, prenant des airs savants,
Faire avaler en masse et loochs et stimulants!
Les malins savaient bien, par la force ou la ruse
Faire sur tous les tons chanter leur arquebuse.
Arrêtons-nous ici, montrons-nous tous d'accord.
Et cessons d'accuser l'inévitable sort.

Chaque chose a son temps sur la machine ronde;
Il arrive pour nous ce que subit le monde,
Dormons donc tous en paix jusqu'à ce qu'un bon jour.
Le bon public enfin nous reprenne en amour.
Puisque le cher patron a fermé sa boutique,
Formons un petit bal, faisons de la musique:
Que les premiers dessus soient pour les vomitifs,
Et confions enfin la basse aux purgatifs.

De la salubrité des habitations privées

A cette époque de l'année, un grand nombre de personnes sont occupées à rechercher des logements qui leur conviennent soit par leur situation, soit par leur dimension; mais, en général, on se préoccupe fort peu des conditions de salubrité que ces maisons peuvent présenter. Il suffit pourtant de considérer que l'homme

passer sous le même toit, pour les besoins du sommeil, ordinairement huit heures sur vingt-quatre, outre un temps considérable pour ses repas et ses autres occupations, que la femme et les enfants y sont retenus presque toute la journée pour comprendre l'importance du choix d'une habitation.

Il n'est pas besoin d'examiner en détail les conditions de salubrité et d'insalubrité des habitations pour prouver que la plupart de nos demeures sont loin de remplir, à cet égard, les vœux de l'hygiène. Sous le point de vue seulement de la pureté de l'air qu'on y respire, la plupart sont dans des conditions déplorable.

Il est admis aujourd'hui que l'air vicié agit sur l'économie comme un poison spécial. Tantôt son action est lente, insensible et se traduit par des états cachectiques, l'anémie, la chlorose, les scrofules et surtout la phthisie; tantôt elle est plus énergique, et engendre les fièvres éphémères et typhoïdes, le scorbut, le purpura, etc., l'air vicié exerce de plus une influence marquée, sur le développement et la propagation des maladies épidémiques et contagieuses.

C'est encore une cause d'aggravation pour les maladies zymotiques qui continuent de faire de si terribles ravages parmi notre population.

La petite vérole, la diphtérie, la scarlatine, etc., maladies autrefois confinées dans les faubourgs au milieu de la population peu aisée, gagnent les institutions publiques, les collèges et les demeures opulentes de nos citadins.

Les propriétaires, il faut l'avouer, se sont attirés sur eux-mêmes les maux dont ils souffrent aujourd'hui, car de l'édification vicieuse des demeures privées dépend en grande partie les maladies dont on déplore la présence dans notre ville.

Dans un but d'économie mal placée, on transforme les caves en logements. La chaleur et le soleil ne pénètrent jamais dans ces soubassements où l'humidité et le défaut de renouvellement d'air se joignent à l'encombrement pour ruiner la santé de ceux qui les occupent.

Une autre cause d'humidité qui rend les maisons très malsaines, c'est l'absence de parois de menuiserie, séparées des murs par une couche d'air intermédiaire. Les murs de ces appartements sont tellement humides qu'il est à peu près impossible de les recouvrir de tapisseries; dans ces conditions, elles se décollent et leurs couleurs s'altèrent en peu de temps.

Indépendamment du mode de construction d'une maison, il n'est guère de cause plus grave d'insalubrité que le mauvais état des canaux. Dans cette ville, non seulement les eaux pluviales et ménagères, mais encore les matières fécales se rendent au moyen de conduits particuliers à l'égoût principal de la rue et de là dans le fleuve. Quand les égoûts sont obstrués par une cause quelconque, à la suite d'un orage, par exemple, les matières et surtout les gaz refluent dans les maisons. En outre, l'atmosphère des habitations étant à une température plus élevée que l'air des égoûts, il se fait un appel plus ou moins énergique et les gaz infects remontent dans les demeures particulières. Ces reflux peuvent avoir lieu malgré les soupapes hydrauliques

placées au-dessous des évier et des cabinets d'aisance, à plus forte raison quand elles n'existent pas. Dans ces conditions, un logement devient un vaste réservoir pour l'air méphitique des égoûts.

Le rapport de l'inspecteur de la cité constate que sur 7,645 maisons visitées durant l'année dernière, 1,756 n'avaient aucune soupape à l'abouchement des drains et les gaz délétères s'épanchaient dans les maisons. Dans 994 de ces logements l'odeur était très sensible et dans quelques-uns abominable. La plupart des branchements qui mettent les maisons en communication avec l'égoût de la rue, sont en bois. Depuis 1872 cependant, la loi a défendu ce mode de construction et prescrit des conduites en poteries. Un grand nombre de ces branchements en bois sont pourris, d'autres sont percés de trous de rats, et remplis de terre, en sorte que les détritiques et les matières fécales s'accumulent dans le sol des cours et des caves.

A ces causes d'insalubrité viennent se joindre des conditions particulières pour certaines demeures. Un bon nombre de propriétaires, mus par un intérêt sordide, ont couvert les terrains qu'ils possèdent d'habitations impropres à abriter des êtres humains. Méprisant les règles salutaires de l'hygiène, on érige dans les cours des logements simples en profondeur et qui n'ont qu'un seul côté, en sorte que la ventilation de ces demeures est impossible à effectuer.

Dans un certain quartier de cette ville, un propriétaire a fait plus que cela; ayant érigé au fond d'une cour une série de hangards et de latrines pour l'usage d'un pâté de maisons qu'il possède sur la rue, il a trouvé plus tard que son terrain n'était pas suffisamment utilisé et il a fait ériger au-dessus de ces annexes des demeures particulières. Lorsque nous avons visité ces logements, l'odeur était telle qu'il fallait un certain courage, même pour y demeurer quelques instants.

Doit-on s'étonner de voir les maladies épidémiques se propager dans ces bouges infects?

Les propriétaires de ces demeures homicides sont cependant d'honorables citoyens, voire peut-être des conseillers de ville, qui ne craignent pas d'exiger des pauvres qui les habitent des loyers exorbitants.

N'est-il pas temps de ramener les spéculateurs et les entrepreneurs aux règles du sens commun dans l'érection des bâtisses?

Pour obtenir ce résultat, il n'existe pas d'autre moyen que de passer une loi sévère prescrivant les conditions de salubrité d'une maison et de nommer un inspecteur chargé de la mettre à exécution d'une manière rigoureuse. La loi devrait spécifier certaines conditions sanitaires sans lesquelles une maison ne pourrait être déclarée habitable, aucune nouvelle demeure ne pourrait être habitée sans les garanties requises et les anciennes seraient aussi altérées de manière à remplir les règles prescrites. Il ne s'agit pas de demander partout l'érection de maisons modèles sous le point de vue de l'hygiène, mais d'exiger au moins que les règles les plus élémentaires de cette science ne soient point violées au grand détriment de la santé des individus et de la réputation de la ville.

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

I. E. PUGSLEY et FARQUARSON. — **L'usage clinique de l'Isinglass.** "Can. Med. Ass. Journ.", 49: 262 (octobre) 1943.

61 patients ont reçu par voie intraveineuse une solution d'isinglass de 4 à 7% (l'isinglass est une poudre purifiée dissoute dans un sérum physiologique salé). 51 ont reçu à titre d'étude de la toxicité et 10 pour traitement de choc et d'hémorragie aiguë.

Bien préparé, l'isinglass est un substitut sanguin sûr. Dans une faible proportion des cas, l'on a vu la température s'élever; la plus forte élévation n'a pas dépassé 103.8° F. et n'a duré que quelques heures. Chez aucun patient traité pour choc il n'y eut de fièvre ni même de réaction désagréable.

Dans quelques cas de choc, l'isinglass a paru améliorer la situation.

Pierre JOBIN.

N. B. TAYLOR, MOORHOUSE et STONYER. — **L'emploi de l'Isinglass comme substitut du sang dans l'hémorragie et le choc.** "Can. Med. Ass. Journ.", 49: 251 (oct.) 1943.

L'isinglass est une substance collagène provenant de vessies natatoires de merluches traitées par l'ébullition prolongée et l'hydrolyse. Les auteurs prouvent que la transfusion d'isinglass est physiologiquement possible et une série d'expériences démontre sa valeur dans les cas d'hémorragies aiguës.

Au cours de ces recherches, l'on a constaté que ni le sang complet ni l'isinglass n'ont pu traiter convenablement le choc par traumatisme musculaire. Ce qui semble bien démontrer que le choc traumatique n'est pas dû à la déperdition de liquide au niveau du foyer contus.

L'isinglass actuel est très peu toxique, malgré qu'il produise une légère élévation de la température, car l'autopsie n'a révélé aucune perturbation histologique chez les animaux d'expérience, qui ont reçu par voie intraveineuse de grandes quantités d'isinglass pendant des semaines. Il est même possible que la nouvelle protéine injectée soit utilisée à l'édification des protéines du plasma, car les auteurs ont constaté que l'isinglass ne retarde pas la régénération des protéines du plasma sanguin humain.

Pierre JOBIN.

I. J. PATTON. — **Pyélonéphrite unilatérale et hypertension.** "Can. Med. Ass. Journ.", 48: 347 (avril) 1943.

Le cas que rapporte Patton est intéressant par sa rareté. C'est un malade de 49 ans qui, en revenant de son travail, se sent faible, se couche et, une heure plus tard, tombe dans le coma: respiration du type Cheyne-Stokes avec hémiplégie droite. Il meurt 36 heures après le début des symptômes.

La pression artérielle est de 200/100; température à 104°, pouls 140, respiration à 40. La ponction lombaire ne révèle rien d'anormal. La glycémie est de 204 mgm., mais il n'y a pas de sucre dans les urines. Le diagnostic probable est celui d'une hémorragie cérébrale.

L'autopsie ne montre rien au cerveau ni au pancréas. Il y a de la congestion passive des poumons, une gastrite hypertrophique avec du sang libre dans l'estomac, mais surtout une pyélonéphrite proliférative et exsudative intense du rein droit, avec dilatation de l'uretère droit. La cause de l'obstruction de l'uretère n'a pu être mise en évidence.

Le rein gauche est tout à fait normal.

Ce cas doit souvent se présenter et en imposer pour une hémorragie cérébrale qui cause la mort rapide en présentant des symptômes d'irritation et de compression cérébrale, mais, à l'autopsie, on ne retrouve aucune trace d'hémorragie. C'est au rein, et d'un seul côté, que siège la lésion d'infection compliquée d'hypertension. Ce malade avait été licencié de l'armée six mois auparavant pour hypertension artérielle.

Pierre JOBIN.

Chester S. KEEFER, Francis G. BLAKE, E. KENNERLY MARSHALL Jr., John S. LOCKWOOD et W. Barry WOOD Jr. **La pénicilline dans le traitement des infections. Rapport portant sur 500 cas.** "J. A. M. A.", 122: 1217 (28 août) 1943.

Voie d'administration.

Intraveineuse, intramusculaire, ou localement (application locale sur la peau, injection intrarachidienne, intrapleurale, intrapéricardique, intra-articulaire).

Voie buccale non utilisable.

Concentration et volume de la solution.

a) Pour injection intraveineuse:

répétée: concentration de 1,000 unités Oxford au c.c.; continue: de 5,000 à 10,000 unités à l'heure, jour et nuit, soit 120,000 à 240,000 unités par 24 hrs., pénétrant à la vitesse de 75 à 100 c.c. à l'heure, dans une solution salée ou dans une solution sucrée à 5%; la pénicilline est mélangée au sérum physiologique ou glucosé, ou bien elle est injectée périodiquement dans le tube de l'appareillage.

b) Pour injection intramusculaire: concentration de 5,000 unités par c.c.

Dose.

La quantité de chaque dose, l'intervalle des injections, et la durée totale du traitement ont varié.

D'une façon générale, la dose de 5,000 unités à toutes les 4 heures a été satisfaisante (soit 30,000 unités par 24 hrs); la dose exacte n'est pas encore fixée, mais il semble qu'elle doit se chiffrer entre 1,000 et 25,000 unités par heure. Pour apprécier la dose nécessaire dans un cas donné, on peut se baser:

a) sur la concentration sanguine:

différentes méthodes ont été employées pour titrer la pénicilline dans le sang et dans les liquides de l'organisme (y compris les exsudats), elles ont toutes pour objet de déterminer la quantité de pénicilline nécessaire pour inhiber la croissance d'un nombre donné d'une souche standard de streptocoque hémolytique, ou de staphylocoque doré, ou d'un nombre donné du microbe en cause;

b) sur la réponse clinique: évolution de la température et de la vitesse du pouls, modification des symptômes cliniques, résultat de l'hémoculture, et effet sur l'infection locale.

Absorption, excrétion, distribution.

Rammelkamp et Keefer ont étudié cette question. Les concentrations sanguine et urinaire ont été déterminées après des administrations de 5,000 à 40,000 unités par différentes voies.

- a) A la suite d'une injection intraveineuse, la concentration sanguine est haute au début, puis elle subit une chute brusque qui correspond à une élimination urinaire de 58% de la dose injectée.
- b) A la suite d'une injection intramusculaire, l'absorption est rapide.
- c) A la suite d'une injection sous-cutanée, l'absorption est lente.
- d) A la suite d'une injection dans une des cavités du corps l'absorption est lente, comme en témoigne la concentration urinaire; de même après application locale.
- e) Par voie entérale, l'absorption est rapide au niveau du duodénum, pauvre lorsque le médicament est administré par voie buccale ou par voie rectale.
- f) Lorsqu'il y a insuffisance rénale, l'excrétion est lente, comme en témoigne le taux de la concentration sanguine qui demeure élevé.
- g) La pénicilline est détruite par l'acide chlorhydrique du suc gastrique.
- h) Elle n'est pas fixée en quantité importante au niveau des globules rouges (moins que 10% de la quantité du plasma).
- i) Elle n'est pas excrétée seulement par l'urine, mais aussi par le foie, puisqu'il est possible d'en trouver à un taux de concentration plus élevé dans la bile que dans le sang.
- j) A la suite d'une injection intraveineuse, on n'en trouve pas dans le liquide céphalo-rachidien, la salive ou les larmes.
- k) A la suite d'une injection intrarachidienne, l'absorption est lente (on en trouve encore dans le liquide

31.5 heures après une injection de 10,000 unités) et l'excrétion urinaire est lente.

A noter que l'injection par cette voie est irritante, puisqu'elle peut être suivie de céphalée, vomissement, élévation de la pression du liquide céphalo-rachidien, et augmentation du nombre des éléments.

L'absorption est plus rapide cependant chez un sujet qui souffre de méningite que chez un individu normal.

Résistance à la pénicilline.

Il peut arriver qu'après avoir été soumise pendant longtemps à l'action de la pénicilline, une souche microbienne lui devienne résistante, perde de sa virulence et devienne sensible aux sulfamidés; lorsqu'un microbe devient résistant aux sulfamidés, il devient au contraire plus virulent.

Méthode de préparation de la pénicilline pour le traitement.

Elle est présentée en ampoules (poudre sèche) de 5,000, 10,000, 25,000, 100,000, et 1,000,000 unités.

a) Pour injection intraveineuse:

répétée: dissoudre dans un sérum physiologique à la concentration de 1,000 à 5,000 unités par c.c.

continue: dissoudre dans du sérum physiologique ou dans du sérum glucosé à 5% à la concentration de 35 à 50 unités par c.c.;

b) pour injection intramusculaire: dissoudre dans du sérum physiologique à la concentration de 5,000 unités par c.c.;

c) pour application locale: la poudre elle-même (sel sodique) est irritante pour les surfaces blessées, il faut la dissoudre dans du sérum physiologique à la concentration de 250 unités par c.c.; dans les cas plus sérieux, on peut augmenter à 500 unités par c.c.

Résultats du traitement.

Les essais ont été restreints aux infections les plus fréquentes dans les forces armées et à celles qui sont peu influencées par les sulfamidés.

1) Infections à staphylocoque doré avec septicémie.

On sait que, dans ces cas, la gravité est d'autant plus grande que le sujet est âgé de plus de 40 ans et que l'infection locale n'est pas accessible au drainage chirurgical.

60% de guérison sur 91 cas, avec une dose variant de 100,000 à 3,465,000 unités, administrée pendant une durée variant de 7 à 21 jrs; parmi ces cas, il y avait des cas d'ostéomyélite aiguë, de septicémie sans porte d'entrée apparente, d'infection de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, de pneumonie, d'abcès épidual, de brûlure infectée, de méningite et de thrombose du sinus caverneux.

Les cas non influencés étaient au-dessus de 40 ans et compliqués.

Il est important de traiter précocement et de donner les doses nécessaires.

2) Infections à staphylocoque doré sans septicémie: ostéomyélite, empyème, infections de la peau et des tissus sous-cutanés: 80% de guérison sur 137 cas.

3) Infections à streptocoque: (autres que l'endocardite infectieuse):

hémolytique: 13 guérisons sur 23;
anaérobie: 4 guérisons sur 6;
non-hémolytique: 3 morts et 1 insuccès (pyélonéphrite et endocardite).

4) Infections à *pneumocoque*: (ce microbe est très sensible).

pneumonie: plusieurs guérisons en 2 ou 3 jours, avec dose de 100,000 unités;

endocardite: résultat désappointant;

méningite: 7 guérisons sur 23, mais il n'y a pas eu d'injection dans le canal rachidien;

empyème: guérison avec injection dans la plèvre.

5) Infections à *gonocoque* (ce microbe est aussi très sensible).

A noter que ce traitement a été tenté après échec des sulfamidés. 125 guérisons sur 129 cas; après traitement ayant duré de 9 à 48 hres; avec dose de 10,000 U. aux 3 hres pour 16 doses; ou de 20,000 U. pour 5 doses; ou de 25,000 U. pour 3 doses, par voie intraveineuse.

6) Infections à *méningocoque*: (très sensible).

4 guérisons sur 5 cas; parfois la guérison a été obtenue avec des seules injections intraveineuses ou intramusculaires, mais il est préférable d'associer les injections intrarachidiennes.

7) *Endocardite infectieuse subaiguë*.

Sur 17 cas, 23% de mortalité et 59% d'insuccès; le traitement a été poursuivi pendant une durée variant de 9 à 26 jours. Le traitement de cette affection sera mieux étudié plus tard, lorsque le produit pourra être obtenu facilement en grande quantité.

8) *Cas variés*:

insuccès: pneumonie atypique, abcès cutanés multiples, actinomycose, monilias, abcès putride du poumon, agranulocytose, infection à *micrococcus tetragenus*.

9) Expérimentalement, elle agit sur les infections gazeuses.

Dose conseillée dans les infections.

1) Dans les infections sérieuses à streptocoque hémolytique, à staphylocoque doré, ou à pneumocoque, avec ou sans septicémie:

a) dose initiale de 15,000 à 20,000 U. par voie intraveineuse;

b) subséquemment, 5,000 U., à chaque heure, injectées dans le tube de l'appareil à sérum; ou bien injection intraveineuse continue d'une solution qui s'écoulera au rythme de 70 à 100 c.c. à l'heure et apportera de 5,000 à 10,000 U. à l'heure;

c) lorsque la température est normale, réduire de moitié la dose totale des 24 hres, et continuer de la donner pendant 7 jours.

2) Dans les blessures chroniques infectées (fractures composées infectées, blessures infectées des parties molles):

a) dose initiale de 10,000 U. par voie parentérale;

b) dose subséquente de 10,000 U. aux 2 hres ou de 15,000 U. aux 3 heures.

3) Dans les infections gonococciques résistant aux sulfamidés:

a) Injection intraveineuse ou intramusculaire de 10,000 U. répétée 12 fois à toutes les 3 hres;

b) ou bien injection de 20,000 U. répétée 5 fois à toutes les 3 heures.

4) Dans les empyèmes à streptocoque, à pneumocoque ou à staphylocoque:

a) aspirer le pus ou le liquide; dans une solution salée physiologique;

b) injecter dans la cavité, 1 ou 2 fois par jour, de 30,000 à 40,000 U.;

c) ne pas se servir de la solution de pénicilline sous forme d'irrigation.

5) Dans les méningites à staphylocoque, pneumocoque ou streptocoque:

a) une ou deux fois par jour, injecter, dans le canal rachidien, 10,000 U. dans une solution salée physiologique titrée à 1,000 U. par c.c.;

b) en donner aussi en injection intramusculaire ou intraveineuse.

6) Dans la pneumonie:

Pendant une période variant de 3 à 7 jrs, donner chaque jour en injection intramusculaire ou intraveineuse, de 60,000 à 90,000 U.

Réactions toxiques. (La pénicilline est peu toxique).

1) Parfois de petits frissons et une élévation de la température à 100 ou 101 (12 cas sur 500).

2) Urticaire (14 cas sur 500): cède facilement à une injection d'épinéphrine. Probablement dû à l'impureté de la solution.

3) Thrombophlébite au siège de l'injection; lorsque l'injection est trop concentrée. Parfois les patients se plaignent de douleur le long de la veine injectée.

4) Il arrive que, pendant quelques minutes suivant l'injection, les malades se plaignent de sensation de battements dans la tête, de rougeur de la face, de picotements au niveau des testicules, de douleurs musculaires, ou de sensation de constriction thoracique, ce qui paraît bien pouvoir être rattaché à l'impureté de la solution.

Guy DROUIN.

CARDIOLOGIE

Robert C. BATTERMAN et William W. ENGSTROM. — **Persistence de la digitalisation après usage de la digitale et de la ouabaïne.** "American Heart Journal", 24: 458 (oc.) 1942.

Les auteurs ont étudié l'effet et surtout la durée de la digitalisation par ces deux glucosides chez douze patients avec fibrillation auriculaire chronique et qui, quand n'étant pas sous l'influence de la digitale, étaient en état d'insuffisance cardiaque avec un taux ventriculaire de plus de cent à la minute. La manière de procéder fut celle-ci. Durant une période préliminaire, on observa l'efficacité d'une dose d'entretien de digitale afin d'estimer la réserve cardiaque, c'est-à-dire le degré de compensation pouvant être atteint. Ensuite la digitale fut discontinuée et le patient surveillé chaque jour, lui laissant atteindre le degré original d'insuffisance car-

diague et de tachycardie. Quand cet état était confirmé et persistait alors que le malade était au lit, celui-ci était rapidement et complètement digitalisé, jusqu'à symptômes d'intoxication, par une des trois méthodes sous-mentionnées, tâchant de lui faire atteindre chaque fois le même degré d'intoxication. On évita, bien entendu, tous les facteurs pouvant influencer l'état cardiovasculaire et la persistance de l'effet de la digitale, comme les diurétiques, la paracentèse, etc.

16 digitalisations furent faites avec la digitale seule, 21 avec la ouabaïne seule, et 20 avec combinaison de ouabaïne et digitale.

Ouabaïne: 0.5 mg. intraveineux, puis doses successives de 0.1 mg. toutes les demi-heures ou toutes les heures jusqu'à apparition de signes toxiques.

Méthode combinée: consistait en l'administration de 0.5 mg. de ouabaïne avec 0.40 à 0.80 gramme de feuille de digitale par la bouche.

Digitale: selon la méthode de Eggleston, c'est-à-dire la moitié de la dose estimée, et la balance en doses divisées toutes les six heures.

Les auteurs concluent que la ouabaïne seule maintient un rythme ventriculaire ralenti pendant 4.3 jours, la ouabaïne et la digitale combinées pendant 9.6 jours et la digitale seule pendant 16.1 jours. Quant à la réapparition des signes d'insuffisance cardiaque, l'action de la ouabaïne persisterait en moyenne 4.9 jours, celle de la ouabaïne et digitale combinées 10.5 jours, et celle de la digitale seule 17.2 jours.

Il faut bien noter cependant que dans chacune des méthodes l'effet de la digitalisation et sa durée sont en rapport avec le degré d'insuffisance cardiaque. Le temps de digitalisation étant plus court si l'insuffisance cardiaque est prononcée.

Il faut aussi noter que l'on n'étudie pas l'élimination du médicament, mais la persistance de son effet. On sait que, après une digitalisation avec la ouabaïne, un patient peut en tolérer 24 heures après une même dose, comme si ce glucoside n'avait pas été donné auparavant. Quant à l'élimination de la digitale, elle est beaucoup plus lente, mais il est à croire que l'effet dépasse encore le temps d'élimination.

Félix TETU.

ENDOCRINOLOGIE

Saul ROSENZWEIG. — **La psychologie féminine au cours du cycle menstruel.** "Journ. Clin. Endocrin", 3: 296 (mai) 1943.

Pendant longtemps, la superstition a fait considérer les menstruations comme des phénomènes dangereux que l'on entourait de nombreux tabous et qui imposaient à la femme les restrictions les plus fantaisistes. La physiologie et la psychologie ont libéré la menstruation de tous les mythes et croyances populaires et ont permis de tracer avec précision les étapes du cycle menstruel.

On sait maintenant que la folliculine augmente graduellement jusqu'au moment de l'ovulation alors qu'elle atteint son plus haut taux. A partir de ce mo-

ment, le taux de la progestérone augmente graduellement pour diminuer pendant les quelques jours qui précèdent les menstruations. Juste avant les menstruations, la folliculine et la progestérone sont à leur plus bas taux dans l'organisme. Avec ces variations hormonales, on a constaté qu'il y a des variations analogues de la température du corps. Au moment de l'ovulation, alors que le taux de la folliculine est très élevé la température est à son plus bas niveau. Elle augmente progressivement en même temps qu'augmente le taux de la progestérone.

On a fait de nombreuses études sur le comportement affectif, l'état psychologique de la femme aux différentes étapes du cycle menstruel, en se basant sur les informations fournies par les femmes elles-mêmes et en même temps que sur l'examen de frottis vaginaux et le contrôle de la température corporelle. On a pu ainsi constater que les changements dans la production de hormones sexuelles sont en corrélation intime avec certains changements que l'on observe dans l'orientation psychologique de la femme pendant le cycle menstruel.

Dans la phase pré-ovulatoire, alors que le taux de folliculine est très élevé, on observe chez la femme une tendance hétérosexuelle active très marquée, un ressaut d'activité physique et mentale. Cette recherche impérieuse de l'homme s'accompagne de tendances destructives: désirs de briser, de tuer. Si la femme obtient la satisfaction de ses désirs sexuels à cette période, la tension nerveuse et sexuelle se relâche. Cet état de tension s'accroît au contraire, s'il n'y a pas de satisfaction sexuelle.

Au moment de la phase ovulatoire, de la rupture du follicule, il se produit une détente qui se traduit par un état de réceptivité passive; c'est le moment où la femme désire être aimée, recherche les attentions. En même temps que le taux de la folliculine baisse et que le taux de la progestérone augmente, on note que la femme concentre tout son intérêt sur sa beauté corporelle. Ce désir de la femme d'être cajolée et de se faire belle à ce moment coïncide avec le temps où l'utérus se prépare pour la nidation de l'œuf. Inconsciemment, la femme se préoccupe de la beauté de son propre corps qui doit être le nid de son futur enfant.

Dans les derniers jours qui précèdent la menstruation la femme subit une période de dépression émotive. Comme la nature a été frustrée de son espoir de fertilisation, l'organisme se débarrasse par la menstruation des matériaux qu'il avait accumulés pour la nidation de l'œuf. Inconsciemment, la femme, semble se rendre compte que la menstruation est la période négative du cycle menstruel; c'est le témoin d'un échec de l'ovule. C'est pourquoi à cette période on observe chez la femme ces phénomènes de dépression, d'irritabilité. La femme devient anxieuse, soupçonneuse; sa mémoire est moins fidèle, elle a des obsessions; elle devient souvent méticuleuse à l'excès. Cet état de dépression mentale est à son acmé deux jours avant la menstruation et c'est précisément à cette période que l'on observe le plus de tentatives de suicide.

En somme, on observe au moment des menstruations

à peu près les mêmes phénomènes qu'à la période de la ménopause. La menstruation représente la faillite de la fertilisation dans un cycle individuel comme la ménopause représente le terme, la fin de tout un cycle vital en ce qui concerne la procréation. Comme a dit Metchnikoff, la menstruation est, en un sens, une chose anormale. La menstruation ne surviendrait pas s'il y avait grossesse, comme le voulait la nature.

Ces phénomènes psychiques que l'on observe chez la femme pendant le cycle menstruel selon un rythme qui suit les variations physiologiques montrent bien les relations intimes et l'unité qui existent entre la vie psychique et la vie somatique.

Antonio MARTEL.

CHIRURGIE

Hugh AUCHINCLOSS. — **Drainage et fermeture de la plaie dans l'appendicite.** "Ann. Surg.", 116: 435 (sept.) 1942.

L'auteur reconnaît que le taux de mortalité dans l'appendicite est encore très élevé aux Etats-Unis (dans l'ensemble). Alors que dans la plupart des grands centres hospitaliers cette mortalité est extraordinairement basse. Cela indique que la technique et l'expérience sont importantes.

Une opération pour appendicite peut être l'intervention la plus facile en chirurgie ou la plus difficile. Il est évident que trop d'appendicites sont opérées par des médecins qui n'ont pas la formation, l'habileté et l'expérience voulues.

Le problème de la fermeture de la plaie dépend en grande partie de la façon dont elle a été faite et de la nécessité du drainage.

En général les incisions pour appendicite doivent être faites aussi près que possible où l'appendice est localisé.

On doit faire le moins de dommage possible à la paroi de l'abdomen.

Et l'on doit faire en sorte que, si le drainage est nécessaire, il sera effectif et ne provoquera pas de complications post-opératoires qui font suite habituellement lorsqu'on introduit un corps étranger dans la cavité péritonéale.

Les différentes situations de l'appendice sont bien connues et il est facile de le situer avant l'opération; par la percussion déterminant la contraction et la défense; la douleur localisée au doigt par une palpation digitale délicate; l'examen rectal (toucher) et le R. X. de l'abdomen, lequel dans la plupart des cas donne une ombre gazeuse au cæcum et au côlon ascendant. Les meilleures incisions pour appendicite aiguë sont le McBurney, qui est sans doute supérieure, car elle peut être agrandie facilement. Parfois l'incision transverse allant de l'épine iliaque à l'ombilic pour la résection du côlon; le Jolaguer, ou l'incision parallèle au muscle droit est à condamner à cause du mauvais drainage, de la possibilité de hernie, des lésions des vaisseaux mésentères par le drainage. De plus le petit intestin est porté à se fixer dans la plaie, et cette incision est toujours difficile à fermer.

L'incision médiane sous-ombilicale est parfaite pour une meilleure exploration.

Après l'ouverture du péritoine par une incision McBurney, la première chose que le chirurgien doit faire, c'est de bien voir, il ne doit pas aller fouiller avec le bout de ses doigts pour trouver un appendice inflammé, c'est très mal. Le mieux, c'est d'avoir trois écarteurs qui permettraient de bien voir avant d'agir.

Le cæcum et le côlon ascendant doivent être les premiers vus, puis l'appendice en suivant les bandelettes.

Le moignon appendiculaire ne devrait pas être attaché avant d'être enfoui.

Il est certain qu'il faut beaucoup d'habileté et d'expérience pour enlever un appendice très malade surtout s'il y a abcès. Il arrive parfois que l'appendice ne peut être enlevé, mais c'est plutôt rare.

Quand au drainage, on doit se souvenir que, s'il y a doute, il faut drainer, cela dépendra des forces du malade, de la durée de l'infection, et de l'état de nécrose.

Les longues interventions et les nombreuses manœuvres, les nombreuses ligatures, les corps étrangers, un enfouissement incertain, l'ouverture du péritoine postérieur, les thromboses mésentériques provoquant la formation d'un abcès sont des raisons pour drainer, surtout si on a affaire à des obèses ou à des patients en moindre résistance.

Parmi les drains, il y a le drain cigarette qu'on enlève au bout de 24 à 48 heures. Cependant les tubes en caoutchouc et les lames ondulées sont meilleurs s'il y a une grande inondation de la cavité.

La fermeture de la plaie au-dessus d'un drainage n'est pas conseillée, mais il y a alors danger d'éviscération qui sera prévenu par l'emploi d'un tampon avec une soie de Chine dans laquelle on met des mèches serrées. Cette soie n'adhère pas et s'enlève facilement après quelques jours. L'emploi des sulfamidés localement a été démontré comme très actif.

Le tamponnement fait bien dans les petites incisions, mais dans les grandes il faut fermer avec un point bien ancré dans tous les tissus et sur bourdonnets afin d'éviter la nécrose.

Ant. PETTIGREW.

NEURO-PSYCHIATRIE

Byron STEWART. — **Quelques observations sur l'usage du curare comme préventif des complications dans la thérapeutique convulsive par le choc.** "Diseases of the nervous system": 8: 236 (août) 1943.

En 1844, Claude Bernard fit la description du curare et découvrit que cette substance affectait la jonction myoneurale ou les plaques terminales motrices en paralysant le synapse entre le nerf et le muscle. En injectant le curare, avant l'électro-choc, la jonction neuromusculaire se trouve bloquée, on empêche l'impulsion excessive du nerf de se rendre aux muscles et, par le

fait, on diminue la sévérité des contractions musculaires.

Le curare est une substance gommeuse extraite d'une plante et nous vient d'Amérique du Sud; au Canada, il est préparé en solution aqueuse par la compagnie Squibb et est présenté sous le nom d'«Intocostin»; c'est un antagoniste et un antidote de la strychnine.

1 c.c. «Intocostin» représente 20 mgs de curare et va curariser 35 à 40 lbs du poids du corps humain.

3 c.c. seront donc suffisants pour une personne de 120 lbs. Pour le premier traitement, on prend $\frac{1}{2}$ c.c. de moins que la dose calculée, ou 10 mgs de moins.

Pour le deuxième traitement, on augmente de $\frac{1}{4}$ de c.c. ou 5 mgs, ainsi de suite pour les traitements subséquents jusqu'à l'obtention de la dose calculée en premier lieu. Les femmes ont besoin de doses moins grandes que les hommes et les jeunes de doses moindres que les vieux.

Technique.

Le curare est injecté dans une veine lentement; il faut prendre 1 minute à $1\frac{1}{2}$ minute pour faire l'injection.

L'effet maximum prend 2 minutes à $2\frac{1}{2}$ minutes à se produire. C'est alors que le patient se plaint de *troubles de la vision*: on observe un *ptosis bilatéral* avec des secousses nystagmoïdes et un relâchement des muscles de la face et une pesanteur dans les mâchoires.

Le patient se plaint d'une serrement dans la gorge, d'une pesanteur et d'une faiblesse des muscles du cou. Il devient incapable de lever sa tête. La faiblesse ou parésie gagne les muscles de la colonne vertébrale, des jambes, des bras et se rend, en dernier lieu, aux intercostaux et même au diaphragme.

Tout ceci se produit en 2 minutes environ; c'est alors le bon temps de produire l'électro-choc et on observe que la convulsion produite est moins intense et les complications sous forme de fracture, luxations, sont prévenues.

Après la crise, il faut surveiller le malade, à cause de l'action du curare sur les muscles respiratoires; si le malade respire mal, on doit injecter tout de suite 1 c.c. *i. v.* de Prostigmine 1/1000, ou de l'épinéphrine, ou de la strychnine.

Le curare est éliminé en 10 à 15 minutes, mais on ne doit jamais répéter l'injection avant 24 heures.

L'usage du curare est une très grande amélioration dans les traitements par le choc; il élimine ou réduit à presque rien les cas de fractures et de luxations; il prévient la céphalée, les nausées et les myalgies; il permet d'employer le choc chez des gens âgés et chez ceux qui ont des maladies organiques modérées.

Alcide PILON.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

J. W. McCALL et F. S. GARDINER. — **Simplification d'une opération correctrice de la paralysie bilatérale des dilatateurs des cordes vocales.** "The Laryngoscope", 53: 307 (mai) 1943.

Les auteurs rendent hommage aux docteurs Brian King et Jos. Kelly comme pionniers de la chirurgie réparatrice

de la paralysie des abducteurs des cordes vocales, résultant des thyroïdectomies.

Le premier a tenté de rétablir la fonction du crico-aryténoïdien postérieur sur l'aryténoïde, par la suture du ventre antérieur de l'omohyoïdien à l'apophyse musculaire de l'aryténoïde désarticulé chirurgicalement. Il obtiendrait ainsi une abduction fonctionnelle de la corde vocale.

Le second considère le problème comme un procédé orthopédique. Il pratique l'aryténoïdectomie à travers une fenêtre tranchée dans le $\frac{1}{3}$ postéro-inférieur de l'aile thyroïdienne et fixe la corde au plan musculo-chondral.

L'auteur est d'avis que l'aryténoïdectomie n'est pas nécessaire. Il insiste sur l'étroite collaboration d'un bronchoscopiste et note que l'identification et l'immobilisation de l'aryténoïde sont l'alpha et l'omega de cette technique chirurgicale particulière. La variété des positions de l'aryténoïde donne lieu à la grande difficulté qui est de tailler la fenêtre d'accès au bon endroit. L'A. résoud le problème ainsi. Une fois l'aile thyroïdienne mise à nu, le bec d'un laryngoscope à commissure antérieure enveloppe l'aryténoïde et le presse contre la paroi laryngée du même côté; à la faveur de l'obscurité, la zone illuminée dans le champ opératoire présente une ombre qui correspond à l'aryténoïde que le chirurgien peut ainsi facilement reconnaître. Il exécute alors la fenêtre trans-thyroïdienne à cet endroit. Le laryngoscope, de nouveau introduit, immobilise l'aryténoïde. Une petite aiguille portant un catgut chromique 0.1 est passée à travers l'apophyse vocale de l'aryténoïde qui, à ce moment, est désarticulé et libéré des muscles ary-aryténoïdiens sectionnés.

Une fois l'aryténoïde tiré à l'extérieur de la fenêtre, l'A. le fixe au préchondre externe au lieu de l'enlever.

V. LATRAVERSE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Lieutenant Nathan BOGRAD. — **Traitement des mycoses cutanées par le chlorure d'éthyle.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 48: 511 (nov.) 1943.

Dans le Sud du Pacifique, le traitement des dermatomycoses par le chlorure d'éthyle a donné d'excellents résultats. La technique est très simple: un jet de chlorure d'éthyle est dirigé sur les lésions jusqu'à ce que celles-ci blanchissent. Ce traitement ne connaît aucune contre-indication. Plus les lésions sont récentes, plus les résultats sont rapides.

Les vésicules ne doivent jamais être ouvertes, quelle que soit leur grosseur; le jet de chlorure d'éthyle dirigé directement sur elles, les fait disparaître en peu de temps. S'il s'agit de lésions maculeuses, le jet est dirigé sur les bords seulement.

Les lésions primaires et les petits groupes de vésicules sans érythème doivent être soumis à l'action du chlorure d'éthyle et quelques secondes de plus qu'il n'est nécessaire pour les faire blanchir. De 2 à 4 applications sont suffisantes pour obtenir une guérison définitive.

Les lésions circonscrites sont traitées un peu différemment: le jet de chlorure d'éthyle est dirigé sur les bords des lésions une fois par jour pendant 2 jours. Ceci a pour effet de faire disparaître l'inflammation et de rendre visibles de fines vésicules; ces vésicules sont alors traitées comme il a été dit précédemment.

Les lésions des mains et des pieds sont un peu plus longues à guérir. Une épidermomycose palmaire ou plantaire qui dure depuis 5 ou 6 mois par exemple, demandera un traitement de 5 ou 6 semaines pour disparaître. Le chlorure d'éthyle, dans un cas comme celui-là, devra être appliqué tous les jours pendant une semaine, puis tous les 2 jours dans la suite.

La dysidrose mycosique des mains guérit après 1 ou 2 traitements.

Toutes les lésions cutanées mycosiques superficielles, qu'elles soient aiguës ou chroniques, et même les réactions secondaires à distance, peuvent être traitées par cette méthode. La supériorité du chlorure d'éthyle sur tous les autres médicaments employés dans le traitement des mycoses cutanées superficielles, ne fait aucun doute pour l'auteur.

Henri SMITH.

Leslie W. KNOTT, Leo H. T. BERNSTEIN, H. EAGLE, T. E. BILLINGS, R. L. ZOBEL et E. G. CLARK. — **Le diagnostic différentiel du lymphogranulome vénérien et de la chancrelle par le laboratoire et les épreuves cutanées.** "American Journal of Syphilis, Gonorrhea and venereal Diseases", 27: 657 (novembre) 1943.

Le diagnostic différentiel de la chancrelle, du granulome inguinal et du lymphogranulome vénérien présente parfois de grandes difficultés. Ces trois maladies vénériennes, en effet, se ressemblent entre elles et de plus ressemblent à certaines manifestations de la syphilis ainsi qu'à d'autres maladies non vénériennes.

Les procédés de laboratoire, s'ils apportent une aide précieuse à la clinique, n'ont cependant pas une valeur absolue au point de vue diagnostic différentiel.

Les auteurs étudient l'utilité (1) de l'intradermo-réaction d'Ito, (2) de l'intradermo-réaction de Frei, (3) de l'intradermo-réaction au « Lygranum » (antigène provenant de la culture du virus lymphogranulomateux sur embryon de poulet), (4) de l'épreuve de fixation du complément au lygranum, (5) des changements observés dans le taux de la protéine du sérum et le rapport albumine-globuline.

En dernier lieu, les auteurs étudient les réactions sérologiques de la syphilis, lesquelles sont souvent faussement positives chez des malades porteurs de lésions génitales non syphilitiques.

Les malades observés sont répartis en 6 groupes: 44 cas de chancrelle, 31 cas de lymphogranulome vénérien, 18 cas de contact vénérien, 78 cas de syphilis récente et 20 sujets normaux servant de contrôle.

On s'efforce d'abord de faire un diagnostic chez tous les malades par le seul examen clinique. Ensuite, chaque malade subit une série d'examen spéciaux: examen du sang au point de vue syphilis, recherche du tréponème à l'ultra-microscope, épreuves cutanées d'Ito, de Frei, au lygranum; épreuve de la fixation du complément avec le lygranum et enfin, chez quelques malades, recherche des protéines et du rapport albumine-globuline du sang.

Les résultats de ces examens de laboratoire sont les suivants:

1. Sur 44 cas de chancrelle diagnostiqués cliniquement, 34 présentèrent une réaction d'Ito positive, 2 une réaction douteuse et 8 une réaction négative. De plus, et ceci est particulièrement troublant, 22 de ces cas de chancrelle donnèrent des réactions positives aux tests cutanés du lymphogranulome vénérien. Trois seulement de ces 22 cas avaient peut-être été infectés antérieurement.

Pour ce qui est de la syphilis, 22 malades sur 44 diagnostiqués cliniquement comme chancrelleux donnèrent des réactions sérologiques positives ou douteuses. Dix de ces malades n'avaient jamais présenté de symptômes ou d'histoire de syphilis.

Chez 10 malades de ce groupe sur 10, on nota une augmentation de la protéine du sang et chez 4 seulement une diminution dans le rapport albumine-globuline.

2. Vingt-neuf des 31 cas de lymphogranulome vénérien réagirent positivement aux différents tests qu'on leur fit subir pour cette maladie. L'épreuve d'Ito cependant fut positive dans 55 pour cent des cas et chez 5 de ces derniers malades il a été impossible de relever une histoire antérieure de lésions génitales ou de bubons.

Une ou plusieurs réactions sérologiques pour la syphilis furent trouvées positives chez 20 malades de ce groupe de 31. Chez 10 de ces malades, les réactions sérologiques se négativèrent en moins de 15 semaines sans aucun traitement anti-syphilitique. Ces 10 cas doivent apparemment être classés comme présentant des réactions sérologiques faussement positives.

Chez 16 malades, 87 pour cent avaient une protéinémie élevée et 56 pour cent avaient une diminution de la valeur albumine-globuline.

3. Des 18 malades souffrant de lésions génitales autres que la chancrelle ou le lymphogranulome vénérien, 8 présentèrent une réaction d'Ito positive ou douteuse; 4 d'entre eux ne présentaient aucune histoire d'infection

chancrelleuse dans le passé. Huit malades réagirent positivement à l'épreuve cutanée au lygranum et à l'antigène de Frei, 9 eurent des réactions positives avec l'épreuve de fixation du complément au lygranum; 4 de ces derniers malades ne présentaient aucun signe présent ou passé de lymphogranulome vénérien.

Deux malades de ce groupe présentèrent temporairement des réactions sérologiques positives pour la syphilis.

Trois malades sur 5 avaient de l'hyperprotéïnémie et 4 sur 5 un rapport albumine-globuline abaissé.

4. Trois malades ayant été en contact avec des cas de chancrelle furent examinés. La réaction d'Ito fut trouvée positive chez 2 de ces malades et douteuse chez l'autre, alors que la réaction de Frei fut trouvée négative chez 2 malades ayant une épreuve de fixation du complément au lygranum positive. Par contre, la réaction de Frei se révéla positive chez un malade qui avait une épreuve de fixation du complément au lygranum négative.

Six patients ayant été en contact avec des cas de lymphogranulome vénérien ne présentaient aucune histoire présente ou passée de cette maladie; 3 d'entre eux cependant avaient une réaction positive à l'épreuve de fixation du complément à l'antigène lygranum. La réaction de Frei chez l'un de ces malades était positive, douteuse chez un autre et négative chez le troisième.

5. Tous les tests furent négatifs chez les 20 sujets servant de contrôle.

6. Soixante cas de syphilis récente sur 78 présentèrent une réaction positive à une ou plusieurs épreuves de laboratoire pour le lymphogranulome vénérien. Seize de ces malades, sur les 34 dont on a pu relever l'histoire antérieure, avaient eu dans le passé des lésions génitales pouvant être de nature lymphogranulomateuse. Les 18 autres cas ne présentaient aucun symptôme actuel ni aucune histoire antérieure de la maladie.

Les auteurs étudient ensuite l'action du traitement anti-syphilitique sur 36 cas de syphilis ayant une épreuve de fixation du complément au lygranum positive, mais sans présenter de lésions de lymphogranulome vénérien. Chez 15 de ces malades, le traitement anti-syphilitique négativa rapidement la réaction de fixation du complément. Ces 15 malades représentent très probablement de fausses réactions positives dues à la syphilis. Dans les 21 autres cas, la réaction de fixation du complément demeura positive malgré le traitement anti-syphilitique. Il y a lieu de considérer dans ces cas la possibilité de l'existence d'un lymphogranulome vénérien latent.

Les conclusions des auteurs sont à retenir, du moins en substance:

1. Les épreuves cutanées (Ito, Frei, Lygranum) doivent être interprétées avec beaucoup de prudence. Une réaction positive n'établit pas nécessairement le diagnostic, une réaction négative ne l'exclut pas.

2. L'épreuve de fixation du complément avec l'antigène lygranum n'est pas absolument spécifique puisque l'on trouve un grand nombre de réactions positives chez des malades ne présentant aucun symptôme de lymphogranulome vénérien et n'en ayant jamais présenté dans le passé. De plus, cette réaction peut être influencée par d'autres maladies vénériennes et en particulier par la syphilis.

3. Chez un syphilitique, une première épreuve de fixation du complément au lygranum n'est aucunement concluante.

4. La chancrelle, le lymphogranulome vénérien et d'autres lésions génitales non syphilitiques s'accompagnent souvent de réactions sérologiques positives pour la syphilis.

5. Le plus sûr moyen de diagnostic différentiel de la chancrelle et du lymphogranulome vénérien est encore un examen clinique minutieux des lésions. Le laboratoire ne peut servir qu'à confirmer un diagnostic clinique.

Henri SMITH.

Morris MOORE et Geo. MANTING. — **Sporotrichose à la suite d'une piqûre de maringouin.** "American Archives of Dermatology and Syphilology", 48: 525 (nov.) 1943.

Les Indiens d'Amérique semblent réfractaires à la sporotrichose. Cependant cette immunité disparaît si le sang de la race indienne est mêlé à du sang de la race blanche. Plusieurs agents peuvent transmettre l'infection sporotrichosique à l'homme: le chien, le cheval, l'âne, le rat, le perroquet, la poule, les légumes, les fruits, les fleurs, les plantes et différents insectes.

Les auteurs rapportent l'histoire d'un cas de sporotrichose qui semble bien avoir été transmise par le maringouin.

Il s'agit d'une fillette de 9 ans dont la mère est indienne et le père Français et indien.

Cinq mois avant de se présenter à la consultation, la malade a été piquée au poignet par un maringouin. A l'endroit de la piqûre apparut une papule qui se transforma en nodule, puis s'ulcéra. D'autres nodules apparurent qui s'ulcérèrent. Les lésions s'étendirent graduellement du poignet au coude.

Le contenu d'un nodule non rupturé est aspiré et ensemené sur milieu de Sabourad. Le diagnostic de sporotrichose ne fait aucun doute.

La malade prend de l'iodure de potassium par la bouche et, localement, on applique un onguent au bismuth. Deux mois plus tard, les lésions ont cessé d'évoluer et sont grandement améliorées. Elles laissent cependant des cicatrices.

Henri SMITH.

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.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL Séance du 18 janvier 1944

Allocution du Président, M. J.-U. Gariépy

Mes chers Collègues,

A l'heure présente, « La Société Médicale de Montréal » symbolise la plus haute expression de l'avancement scientifique en notre pays. Elle poursuit sa marche en avant, tenant fièrement en mains le *Labarum* du progrès. Les questions abordées et traitées en son sein, font toujours figure d'actualité; elles se situent dans le temps qui commande une réponse ou elles donnent la clé d'un problème qui, assez souvent, clôt un chapitre de nosologie ou de thérapeutique. Les solutions parent fréquemment d'un tour neuf des sujets alors rafraîchis par des aperçus nouveaux. D'autres fois, ce sont des symposiums qui cristallisent des faits jeunes ou un traitement dont il faut faire le point. La splendide idée de visiter les hôpitaux, pour poser des conclusions pratiques aux exposés et aux discussions, imprime une poussée originale attisant l'émulation des membres de l'Association.

Depuis quelques années surtout, notre Société a procédé par bonds et la propulsion a culminé en l'éclosion de cette superbe floraison que sont les « Journées Médicales ». Là se déroule un incomparable panorama de thèmes, d'idées, d'avancés, de controverses saines qu'illuminent un savoir et une conscience qui bénéficient aux auditeurs et aux patients. Ces Assises sont la prolongation lointaine du Dimanche du Praticien. Vingt-trois ans ont compté depuis, tout en tenant le contact avec les réalités. Les Journées forgent un maillon qui les relie à la chaîne du passé. C'est la Tradition qui s'est renouée.

Des activités précitées se découpe en relief la devise de ceux qui m'ont précédé à la direction de notre Société; ils ont tous été des hommes d'éclatante réputation dans les différentes sphères de leurs occupations professionnelles. Ayant à cœur le bien scientifique de la communauté, tous ces chefs furent animés des plus belles et des plus

libérales intentions. Leur dignité, leur fermeté, leurs larges connaissances, leur science des hommes et des choses, leur personnalité, leur jugement sûr, leur tact, le rayonnement intensif de leur caractère, leur influence, leur perspicacité, leur aménité, leur sens du devoir en ont fait des pilotes habiles pour mener la barque à bon port.

Recueillir la succession de quarante-trois présidents représente un fardeau écrasant! Cependant, je n'ai pas cru devoir m'y dérober parce que j'ai considéré la position comme un devoir à remplir. Je juge insigne l'honneur que l'on m'a conféré. C'est une des plus grandes marques d'estime à un confrère que de l'élever sur le pavois pour lui remettre les signes du commandement. De toute mon âme, je remercie la Société Médicale des hautes fonctions dont elle m'a investi. Ma reconnaissance lui est acquise et mon dévouement sera inlassable.

Je serais plein d'appréhension si je me sentais seul aux leviers de commande, mais je me sens appuyé par un Exécutif dont les titulaires, figures-vedettes de la profession, totalisent des valeurs impressionnantes de rendement à tous égards.

Vous présenterai-je le vice-président, le docteur Paul Letondal? Il est impossible de décrire, en quelques lignes, le travail infatigable, l'expérience, les talents d'organisation et d'improvisation, l'ingéniosité mentale de celui qui fut, durant les cinq dernières années, tout à la fois secrétaire général, trésorier et secrétaire des programmes, dont il a été élu Directeur pour 1944, tout en gravissant à la vice-présidence. Sa coopération précieuse nous est ainsi conservée. L'apogée de ses succès fut incontestablement atteint lors de sa fondation des « Journées Médicales » qu'il a marquées de son sceau personnel. Cette création restera pour constituer le plus beau fleuron de sa couronne d'animateur des intérêts scientifiques médicaux. Aussi, suis-je persuadé que cette aide fidèle nous garantira le succès dans le montage et l'exécution de nos ordres du

jour, dont le premier comporte une séance à l'hôpital Notre-Dame, tout au début de mon terme d'office. C'est une délicatesse dont je suis plein gré au docteur Letondal.

Le docteur Edouard Desjardins a été nommé notre grand argentier! Chirurgien de grande marque, d'une honnêteté et d'une conscience professionnelles hors conteste, d'une discrétion éprouvée, d'allures racées, d'une dignité frappante, de manières simples, d'un commerce affable, ces qualités trouvèrent écho au Comité de Régie où son nom fut immédiatement agréé. Il accepta la charge de trésorier aussi simplement qu'elle lui fut offerte! Nous apprécions d'autant plus son geste désintéressé que nous savons ses loisirs limités. Il fut arrêté dans nos délibérations, d'après des renseignements particuliers, qu'il mènerait à bien l'administration des finances de la Société. Sa présence à l'Exécutif est un endos de bonne gestion du Trésor!

Le Secrétariat Général est dévolu, cette année, au docteur Roger Dufresne, antérieurement secrétaire des séances. Tous reconnaîtront le peu de place qu'il cherchait à occuper dans l'accomplissement de son mandat habituel. Sa modestie supportait mal la lumière. Personne, néanmoins, ne s'y trompait parce que transparaisaient sa probité, son sens de la mesure, son jugement et sa rectitude d'esprit! Aussi quels comptes-rendus plus clairs, plus précis, plus honnêtes, plus fidèles que les siens! Et quel style plus concis! Mes rapports répétés avec lui à l'hôpital Notre-Dame me le font priser de plus en plus et je suis plus qu'heureux de l'avoir comme collaborateur.

Le docteur Raymond Labrecque fera fonction de secrétaire des séances. Malgré sa jeunesse, il est déjà en vue. C'est une étoile qui monte à l'horizon! Après avoir suivi, de 1938 à 1942, le plan d'internat et de résidence de l'hôpital Ste-Justine, il part pour les Etats-Unis, où il suit le « New York Post Graduate Medical School » pour ensuite fréquenter le « Boston Harvard Medical School » et le « Children's Hospital ». Dès son retour, en mai 1943, il est attaché à l'hôpital Ste-Justine comme médecin pédiatre. Sa bonne volonté, sa loyauté, son amour du travail, son désir d'être utile, en acceptant une tâche ingrate et obscure, font foi qu'il saura remplir le rôle qui lui a été confié.

Vous avez remarqué, mes chers confrères, que le Secrétariat Général et la Trésorerie ont été dissociés! La mesure s'imposait par l'ouvrage encombrant le département unique auparavant! Nous avons reporté aussi la Direction des Programmes à la vice-présidence à cause de la vaste expérience de l'occupant actuel. Nous croyons ainsi que le docteur Letondal pourra mieux concentrer ses efforts vers la mise en œuvre des agendas de nos séances.

C'est avec un tel Comité Exécutif que je suis sûr de réaliser les ambitions scientifiques que je veux maintenant porter à votre connaissance:

1° Un conférencier d'honneur paraîtra, une fois par mois, à la tribune de la Société, pour mettre en lumière les sujets scientifiques les plus variés et visant entre autres l'actualité. A l'occasion de cette innovation, il m'est infiniment agréable de signaler à votre attention que l'honorable Henri Groulx, ministre de la Santé et du Bien-Etre Social du Québec, a bien voulu, avec sa générosité coutumière, soutenir notre projet par un chèque de mille dollars, don qui étaye la venue de dix conférenciers pour l'exercice de 1944. Je rends le témoignage public de notre gratitude à celui qui répond toujours oui à tous les mouvements concernant la santé générale de la population.

2° Nous lançons, comme item des plus importants, l'invitation au médecin praticien de monter à la chaire scientifique pour y apporter ses considérations, son point de vue, ses critiques, ses appréciations, ses corrections sur toute matière se rapportant aux maladies ou aux malades. Peut-être a-t-on murmuré, dans le passé, contre les universitaires ou les hospitaliers qui semblaient seuls avoir le privilège de prêcher l'évangile de la science. En tout cas, la porte est grande ouverte à tous pour se prévaloir de ce droit que nous reconnaissons au praticien! Nous espérons que cette politique sera fructueuse et que les inscriptions de travaux dépasseront nos espoirs.

3° Nous voulons essayer de matérialiser le rêve déjà fait d'affilier les sociétés-sœurs à la société-mère. Chirurgie, Gastro-Entérologie, Orthopédie, Phtisiologie, Radiologie, Nutrition, devraient former des sections de notre corporation sans pour cela entamer leur autonomie ou communiser leurs cotisations dans la caisse de-

la Société principale. Chaque section pourrait contribuer à une séance scientifique par année, apportant ainsi une diversion et un intérêt inestimable. A cet effet, laissez-moi rappeler que nous dispersons nos énergies, que nous fragmentons et éparpillons nos efforts! Il est d'ailleurs pitoyable de nombrer l'assistance aux réunions de ces divers groupements. Je suis toujours désolé de nous voir tenir séparément le rôle de la flèche solitaire qui se brise aisément au moindre choc, tandis qu'un faisceau de flèches est impossible à rompre. Nous prions donc chaque société-sœur de réfléchir sérieusement à nos avances et de répondre dans le sens que nous désirons ardemment.

4° Nous voulons constituer un comité de pharmaciens qui opérerait en marge de notre société. Il servirait à nous proposer des conférenciers qui nous entretiendraient sur les médicaments, leur pharmacodynamie, leur posologie, leurs applications pratiques. Des médecins ouvriraient la discussion d'où jaillirait un échange de vues ou de réflexions bénéficiales à tous.

5° Nous avons aussi l'intention d'accélérer le recrutement. Il est certainement trop grand le nombre de ceux qui ne figurent pas encore sur la liste de nos adhérents. Tous les médecins devraient rallier le giron pour rendre florissante une société que délaisse trop souvent une proportion inquiétante d'indifférents. Malgré les présages, nous faisons confiance à l'avenir et nous croyons fermement que les espaces libres se combleront de façon à rehausser l'éclat de nos réunions et de rendre plus attachants encore les débats qui s'y livrent.

6° Nous voulons continuer la tradition commencée, il y a quatre ans, savoir: la publication de l'Annuaire, les « Journées Médicales » et le banquet annuel clôtural.

7° Nous avons décidé de maintenir, à titre permanent, le comité d'hygiène, institué par mon prédécesseur, le docteur Adélar Groulx. Le fonctionnement de ce comité répond à une nécessité de l'heure, surtout par la médecine préventive qui fait partie intégrante de l'hygiène et de la médecine générale.

Voilà notre manifeste au complet étalé devant vous, dont certains articles promulguent quelques nouveautés qui s'imposaient. La formule

usuelle risquait la routine. Il fallait là renouveler et la rafraîchir.

Arriverons-nous à conserver le standard que nous affichons? La réponse est dans vos esprits et dans vos actes! J'ai la conviction ancrée que nous pouvons faire mieux que par le passé si tous les fidèles de notre belle société font nombre et encouragent l'élan que nous souhaitons imprimer. Nous avons incessamment besoin du concours entier, franc et généreux de tous nos sociétaires pour travailler et collaborer au programme que nous proposons.

D'ailleurs, il est opportun, plus que jamais, de présenter un front commun aux difficultés et aux luttes sociales ou autres qui sont déjà plus qu'amorcées. Ne nous laissons pas submerger ou désemparer! Tirerons-nous de l'arrière? Nous n'avons pas le droit ni les moyens de rester neutres! Ne réussirions-nous qu'à sceller entre nous une union indéfectible que cette fusion des énergies nous permettrait un pas immense en avant! Cependant, même la concorde accomplie réclame plus encore, c'est la synchronisation des puissances de la cohésion et du travail. Nous commencerons alors cette ascension qui, débutant par l'agencement d'une année scientifique exceptionnelle, nous mènera ensuite, sans arrêt mais non sans heurts, vers les Cimes Eternelles de l'Entente, du Savoir et du Renouveau.

—o—

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL Séance du 22 janvier 1944

Présidence de M. Charles Bohémier

Samedi, le 22 janvier 1944, à 7.30 p.m., avait lieu au Cercle Universitaire le dîner annuel de la Société de Chirurgie de Montréal, auquel assistaient les membres ainsi que plusieurs chirurgiens invités.

Au cours de cette assemblée inaugurale, il y eut lecture des rapports du secrétaire annuel, du trésorier, du secrétaire général; discours du président sortant de charge et du président élu; conférence sur « *Le Monde invisible* ».

1. RAPPORT DU SECRÉTAIRE ANNUEL.

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport annuel concernant les activités de la Société de Chirurgie de Montréal pour l'année 1943.

La Société compte présentement 29 membres.

Au cours de l'année, l'Exécutif a tenu deux réunions et la Société, sept assemblées scientifiques avec une moyenne de 14 présences.

Le 20 janvier 1943, la première réunion ou assemblée inaugurale eut lieu au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur C.-A. Bohémier. Un dîner-causerie réunit 18 membres, 9 chirurgiens invités et deux hôtes d'honneur, les Révérends Pères J. Ledit, s.j., et G. Labonté, s.j.

Après lecture des rapports du secrétaire annuel sur les activités de 1942, et du secrétaire général faisant l'éloge des regrettés docteurs Alphonse Ferron et Eugène Prud'Homme, le docteur J.-U. Gariépy, président sortant de charge, exprima ses regrets de quitter le siège présidentiel et encouragea les jeunes chirurgiens à devenir membres de la Société.

Le docteur C.-A. Bohémier, le nouveau président, invita le conférencier à prendre la parole. Le Révérend Père J. Ledit intitula sa causerie: « Certains problèmes de la Russie moderne. »

Dans une courte allocution, le docteur A. Bellerose remercia le Père Ledit d'avoir accepté de donner la conférence devant un auditoire choisi et préparé à recevoir un sujet aussi captivant qu'intéressant.

RÉUNIONS SCIENTIFIQUES

En février, le docteur Eugène Dufresne fit une communication concernant *Un avorton*, naine de 4 ans présentant plusieurs anomalies et qui, après un traitement adéquat, a grandi de 2 pouces, a augmenté son poids de 12½ livres, a marché et a même parlé.

En mars, le docteur C.-E. Hébert présenta un travail intitulé: *Un cas de rupture traumatique de la rate*. Il conclut ceci: surveiller tous les traumatismes abdominaux, se méfier des hémorragies à retardement, si défense musculaire, faire laparotomie.

Dans la même séance, le docteur J.-P. Legault parla sur *Le calcul rénal*. Il rapporta un cas chez qui il a tenté une dissolution *in vivo* du calcul au moyen de la solution du docteur Suby avec résultat catastrophique nécessitant une néphrectomie subséquente.

En avril, le docteur R. Larichellière fut au programme. Son travail a porté sur les *Os surnuméraires du pied*. Il parla de la classification, de l'origine de ces os et ajouta des considérations cliniques avec présentation de radiographies.

Le second rapporteur, le docteur Antonio Samson, intitula sa communication *Les tumeurs à cellules géantes du radius*. Il rapporta l'observation d'une malade à qui il fit une résection du radius et une transplantation du péroné. Il illustra le succès de l'intervention par des radiographies.

En mai, le docteur P.-M. Ricard nous donna un exposé sur *Un cas d'éléphantiasis*. Après une courte revue sur l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique de ces états éléphantiasiques, de la lymphangioplastie de Handley, il fit dérouler un film en couleur sur l'opération pratiquée chez sa malade.

Le docteur A. Bellerose, également au programme, illustra les heureux résultats *D'une technique de gastrectomie* par des projections lumineuses.

En octobre, grâce à la générosité de la Compagnie Ciba, la Société tenait sa réunion dans les salons de la Compagnie. Le docteur Oliver Cope, du Massachusetts Hospital de Boston, était l'invité d'honneur. Dans sa causerie sur *Le traitement des brûlures*, il mit en évidence la simplicité du traitement et l'avantage qu'il y a à ne pas débrider, à éviter l'infection, à ne pas nettoyer, à appliquer immédiatement un onguent et un pansement compressif sur la surface brûlée.

En novembre, le docteur R. Lauzer présentait un travail sur *La cholécystite aiguë au début d'une typhoïde*. Il rapporta l'observation détaillée d'un cas qui évolua heureusement.

Le docteur C. Bisson nous parla d'un cas de *Pancréatite aiguë chez une enfant de 4 ans*.

En décembre, le docteur Edmond Dubé nous fit bénéficier de son expérience chirurgicale dans le domaine de la *Sténose du pylore*; en présence, conclut-il, d'un cas de sténose hypertrophique congénitale du pylore, il n'y a qu'un seul traitement à envisager, la pyloroplastie.

Ces travaux scientifiques ont soulevé d'intéressantes discussions qui furent à l'honneur de ceux qui ont présenté une communication.

Nouveaux membres.

La Société a accueilli avec plaisir trois nouveaux membres dans les personnes des docteurs J.-P. Legault, R. Larichellière et A. Samson.

Mortalité.

Un nouveau deuil a frappé la Société en 1943. Les docteurs R. Bourgon et B.-G. Bourgeois nous ont quittés.

Election de l'Exécutif.

A son assemblée du 15 décembre, la Société a procédé à l'élection de l'Exécutif, pour 1944, avec le résultat suivant:

Président: Dr Antonio Bellerose.
 Vice-Président: Dr Pierre Smith.
 Secrétaire général: Dr C. Lefrançois.
 Secrétaire annuel: Dr J.-E. Cabana.
 Trésorier: Dr J.-H. Rivard.
 Bibliothécaire: Dr Guy d'Argencourt.

2. RAPPORT DU TRÉSORIER.

Le docteur J.-H. Rivard donna lecture de son rapport financier pour 1943, lequel fut approuvé à l'unanimité par tous les membres.

3. RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Le docteur Pierre Smith fit les éloges des docteurs R. Bourgon et B.-G. Bourgeois, décédés au cours de l'année 1943.

4. DISCOURS DU PRÉSIDENT SORTANT DE CHARGE.

Le docteur C.-A. Bohémier, dans son allocution, remercia tous les membres de la Société qui ont présenté des travaux scientifiques, ceux qui ont assisté aux séances de même que ceux qui, n'ayant pu assister, se sont excusés, car ils étaient, pour la plupart, des membres fondateurs. Il souhaita la bienvenue à son successeur, le docteur A. Bellerose, et l'invita à prendre place au fauteuil présidentiel.

5. DISCOURS DU PRÉSIDENT ÉLU, LE DOCTEUR ANTONIO BELLEROSE.

« Mes premières paroles sont pour vous remercier de m'avoir élu président de la Société de Chirurgie de Montréal. Je ne m'illusionne pas sur mes qualifications et je suis convaincu que vous m'avez accordé cet honneur par considération pour l'Institution dont je fais partie, je

veux parler de l'hôpital Notre-Dame. Je m'efforcerai d'être digne de la confiance que vous avez mise en moi et pour cela je n'ai qu'à suivre les sillons tracés par ceux qui m'ont précédé à cette fonction. Encore une fois merci. »

6. CONFÉRENCE DU RÉVÉREND PÈRE VENANCE, CAPUCIN.

Cette causerie a consisté en un commentaire d'un film en couleur intitulé *Le monde invisible*. Le Père Venance, auteur de la pellicule, présenta sur l'écran et expliqua les procédés de récolte, d'examen en laboratoire, de classification et les appareils de micro-cinématographie en rapport avec l'étude des microorganismes. Le conférencier illustra son exposé par les résultats obtenus sur les protozoaires d'eau douce, à savoir: les infusoires, ciliés et flagellés et les rhizopodes.

Le docteur Pierre Smith remercia le conférencier et l'encouragea fortement à continuer ses ouvrages de recherche.

Le secrétaire annuel,

J.-E. CABANA.

*
* *

IN MEMORIAM**Éloge du docteur B.-G. Bourgeois. ¹**

Monsieur le Président,

Messieurs,

Parler du docteur B.-G. Bourgeois nous ramène un an en arrière, mais dans des circonstances assez proches de celle-ci, puisque c'est le lendemain même de notre grande assemblée annuelle qu'il mourut, c'est-à-dire, le 28 janvier 1943.

Sa disparition revêtait la marque tragique d'un sort implacable, puisque quelque temps avant sa mort il avait été frappé en plein cœur par l'annonce du décès de son fils, le lieutenant-chirurgien Jacques Bourgeois, tué pendant qu'il pratiquait une opération d'urgence en pleine bataille d'Oran. Une carrière d'un épanouissement exceptionnel, une autre pleine de promesses, s'interrompaient brusquement, créant un vide particulièrement senti dans les rangs de nos chirurgiens.

¹ Prononcé à la Réunion annuelle de la *Société de Chirurgie de Montréal*, le 22 janvier 1944.

Né à Bécancour, comté de Nicolet, le 2 avril 1877, Benjamin-Georges Bourgeois était le fils d'un ingénieur civil et de Marie-Flore Beauchemin, des Trois-Rivières. Il avait fait ses études au collège St-Joseph de cette dernière ville et à l'Université Laval de Montréal. Le Dr Bourgeois avait été admis dans la profession médicale en juin 1902, puis avait été se perfectionner à Paris, en 1906. Nommé assistant-chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Montréal de 1907 à 1908, il devint en 1909 chirurgien régulier de l'hôpital Notre-Dame. Il fut aussi l'un des fondateurs de l'hôpital Sainte-Justine et chirurgien de l'Institut Bruchési. En 1929, il avait été nommé chirurgien en chef de l'hôpital Notre-Dame, poste qu'il avait occupé jusqu'à sa mort. De 1936 à 1940, au même hôpital, il assumait des fonctions dans le domaine administratif, à titre de président.

Peu nombreux sont ceux qui auront fourni une telle participation à la vie hospitalière de Montréal. Mais celle-ci ne le cède en importance qu'à sa carrière universitaire.

Démonstrateur en anatomie à l'Université de Montréal de 1907 à 1909, professeur agrégé et suppléant à la chaire de pathologie externe et plus tard professeur adjoint de clinique chirurgicale avant de devenir titulaire de cette chaire en 1927, tels sont les postes de confiance que l'Université jugeait le Dr Bourgeois digne de remplir. En 1929, il avait été nommé membre du Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, alors qu'en 1938, il en était devenu le vice-doyen.

Il avait été, en 1938, nommé président de la « Canadian Clinical Surgeons of Canada ». Fellow du « Royal College of Surgeons and Physicians of Canada », il en avait été l'un des fondateurs et était devenu, il y a quelques années, vice-président de cette importante association médicale. Le Dr Bourgeois était de plus Fellow du « Royal College of Surgeons » de Londres, de même que Fellow de l'« American College of Surgeons ».

En 1915, il avait été choisi président de la Société Médicale de Montréal.

Il était officier d'Académie de France, et membre correspondant de l'Académie de chirurgie de Paris, de même que membre de l'Association internationale d'urologie.

De 1912 à 1913, le Dr Bourgeois avait été trésorier de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord. En 1920, il avait été président de la section de chirurgie au congrès tenu à Québec, et de 1938 à 1940 il était vice-président de cette même Association.

Au début de la guerre, le Dr Bourgeois avait été nommé par Ottawa membre du « National Research Council Regional Committee on Surgery », de même que membre du « Wounds Treatment Committee ».

Cette accumulation de présidences et d'honneurs ne lui faisait nullement négliger ses devoirs professionnels, car il était de ceux qui n'acceptent point de charges qu'ils ne peuvent remplir honnêtement et avec toute la dignité inhérente aux responsabilités qu'elles comportent. Par sa haute stature, par sa parfaite maîtrise de soi et par son affabilité naturelle, sa personnalité s'imposait et ajoutait à ce que sa réputation de maître chirurgien et d'excellent professeur avait de justifié. Il fut un grand patron à la française, dont l'impartialité et la loyauté étaient encore plus enviées que le succès.

Membre fondateur de notre Société, depuis la première réunion du 7 janvier 1929, le Dr B.-G. Bourgeois n'a cessé, par la suite, d'être un de ses auditeurs et un de ses participants les plus fidèles. Il fut des nôtres pour la dernière fois à notre réunion du 21 janvier 1942.

Enumérons, ici, les travaux qu'il nous a soumis. Le 8 octobre 1929: Eloge du Dr Mercier père, décédé durant l'année.

Le 15 janvier 1930: « Cancer secondaire du foie » avec présentation de pièces.

Le 18 janvier 1930: « Lecture des conclusions de la Société de Chirurgie sur les hernies accidentelles. Le travail est intitulé: « Mémoire sur les hernies accidentelles. »

Le 3 décembre 1930: « Présentation de radiographies de lésions abdominales et de lésions de l'avant-bras avec commentaires. »

Janvier 1931: « Rein néphrectomisé après blessure traumatique du rein et du bassin. »

Le 3 mai 1933: « Un cas d'anomalie rénale; néphrectomie partielle; guérison. »

Le 7 juin 1933: « A propos des calculs du rein. »

Le 2 mai 1934: « Un cas de cardiospasme: opération de Heller, guérison. »

Le 1er avril 1906: En collaboration avec le Dr P.-M. Ricard: « La broche de Kirschner dans les fractures du membre inférieur. »

Mais c'est dans *L'Union Médicale du Canada*, dont il était directeur depuis plusieurs années et collaborateur actif, dès 1907, que nous retrouvons surtout la trace de sa vaste culture médicale et des nombreux sujets qu'il traita. Jugez-en plutôt.

Mai 1907: « Les altérations mécaniques du rein et leurs conséquences. »

Août 1907: « A propos du cathétérisme de la vessie. »

Septembre 1909: « Compression cérébrale par hématome intracrânien; trépanation. Ligature de la méningée moyenne. Guérison. »

Mars 1910: « Araignées et charlatans, histoire vraie. »

Novembre 1910: « Les adénopathies cervicales. Leurs causes et leur traitement. »

Novembre 1913: « Corps étranger du poumon. »

Décembre 1914: « Un cas de mégacôlon ou Maladie de Hirschsprung. »

Octobre 1915: « Occlusion intestinale par le diverticule de Meckel. »

Février 1916: « Les Sociétés de Médecine canadiennes-françaises à Montréal. »

Mars 1917: « Observation clinique — Contusion du rein. »

Février 1923: « Le traitement des pleurésies purulentes. »

Octobre 1925: « Le devoir du praticien en présence d'un urinaire. »

Septembre 1930: « La transplantation intestinale des uretères. »

Février 1932: « A propos des erreurs dans le diagnostic des lésions du secteur droit de l'abdomen. »

Octobre 1932: « A propos de l'appendicite chronique. »

Septembre 1935: « Les cancers du gros intestin à l'hôpital Notre-Dame. »

Mars 1943: « Le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodéal. » (Travail présenté à l'hôpital Notre-Dame lors du XVIIe Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, en septembre 1942.)

Seules de solides connaissances de base l'autorisaient à faire preuve d'une telle diversité d'action et d'enseignement.

Dans son discours de président exécutif pour l'année 1931, le Dr Bourgeois nous disait ces quelques paroles qui gardent encore toute leur actualité: « La Société de Chirurgie peut ne pas exister, mais, si elle existe, que ce soit pour l'honneur des chirurgiens de Montréal. Cet honneur des chirurgiens, personne d'entre eux ne l'a reçu en gage spécial avec mandat spécial de le protéger ou de le défendre, mais il dépend du sentiment de solidarité. Chacun aussi doit avoir le sentiment naturel et noble de faire ce qui lui incombe sans s'en rapporter pour cela à son voisin plus généreux. »

Ces mots n'ont pas été vains dans la bouche du Dr Benjamin-Georges Bourgeois, car il a prêché d'exemple et toute sa vie a été à la hauteur des paroles qu'il a prononcées. C'est pourquoi, répondant à son appel, nous voulons demeurer solidaires dans le souvenir et honorer en lui, ce soir, autant l'homme probe que le chirurgien émérite.

Pierre SMITH,

Secrétaire général.

*

* *

Éloge du docteur Rodrigue Bourgon ¹

La fatalité allonge sans cesse la liste des membres de la Société de Chirurgie qui nous quittent sans retour. Après les docteurs O.-F. Mercier, Wm.-Jos. Derome, A. Marien, Louis de Lotbinière Harwood, Z. Rhéaume, François de Martigny, Eldège Ethier, O.-A. Gagnon, Léo Blagdon, Alphonse Ferron, Ernest Prud'homme, B.-G. Bourgeois, c'est le docteur Rodrigue Bourgon qui meurt chrétiennement, le 5 mai 1943, âgé seulement de 44 ans, à la suite d'une maladie qui l'épuisait sourdement depuis de longs mois.

C'est donc une carrière qui se termine implacablement dans le plein épanouissement de sa maturité, encore chargée de brillantes promesses et de séduisantes perspectives.

Fils de Léon Bourgon et de Clérida Saint-Denis, le docteur Bourgon naquit à Saint-Télesphore de Soulanges, le 3 août 1898.

Il fit ses études classiques au Collège Sainte-Marie, et termina sa médecine à l'Université de Montréal en 1923.

1. Prononcé à la Réunion annuelle de la *Société de Chirurgie de Montréal*, le 22 janvier 1944.

Pendant les années 1922 et 1923, il fut interne à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Après un séjour d'une année à l'Hôpital d'Etat de Northampton, Massachussets, U.S.A., à titre d'assistant médical, il se rendit en Europe pour y étudier la chirurgie pendant trois ans.

A Paris, il fit un stage prolongé à l'hôpital Saint-Antoine où régnait alors, en maître incontesté, le professeur Félix Lejars.

Il alla ensuite en Europe centrale, plus précisément à Klunick et à Budapest, où il suivit des cours de perfectionnement, et où il fut élu par ses collègues canadiens et américains président de l'American Medical Association (Association médicale américaine) de Budapest et de Vienne.

De retour au Canada, il fut attaché comme chirurgien à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et comme chirurgien-chef à l'hôpital Notre-Dame de la Merci.

Elu Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, en 1938, il remplit cette fonction pour la durée d'un terme, c'est-à-dire jusqu'en 1942.

C'est au début de 1938, qu'il devint membre de notre Société de chirurgie, après la présentation d'un travail patronné par le professeur Eugène Saint-Jacques, à la séance du 1er décembre 1937.

Ce travail bien documenté portait comme titre « Perforation des ulcères d'estomac en péritoine libre » et s'appuyait sur 21 cas personnels.

Si sa présence à nos réunions fut, par la suite, quelque peu espacée, le docteur Bourgon n'en continua pas moins à honorer régulièrement la Société de Chirurgie de sa redevance annuelle.

Bourgon fut un chirurgien habile d'une activité étonnante. Il était doué d'une grande souplesse physique qui ne lui fut certes pas inutile dans la pratique de son art. Toute sa vie il avait montré une aptitude remarquable pour les exercices et les sports de plein air. Il fut aussi attiré par la vie à la campagne et le calme de la forêt. Peut-être devait-il à cette propension à équilibrer ses activités, son optimisme, son sourire épanoui et l'aménité de son caractère.

Sa bonne humeur coutumière, sa riche mentalité et sa sérénité lui acquirent et lui conservèrent jusqu'à la fin de très nombreux amis et une clientèle particulièrement attachée, qu'il

semblait préférer aux titres honorifiques divers et aux honneurs éventuels.

Indifférent aux intrigues, il avait parfois coutume de dire à ses intimes, sans amertume et avec une certaine résignation: « Pourquoi compliquer notre existence déjà tellement compliquée? Vivons donc et laissons vivre; il y a place et travail pour tous. » Il existe, certes, plusieurs façons de traverser la vie en faisant de notre profession enviée une œuvre hautement humanitaire.

Les uns s'imposent comme novateurs, créateurs, organisateurs. D'autres se consacrent par leur enseignement et leurs écrits à la divulgation des acquisitions solidement établies ou des données plus récentes de la science médicale. Un grand nombre cherchent, dans la fréquentation assidue des sociétés d'étude, les renseignements utiles pour le mieux-être de leurs malades. Certains savent, par l'apport régulier de leurs communications scientifiques, faire profiter leurs collègues de leur expérience personnelle, de leurs succès, voire même de leurs déboires. Quelques-uns, enfin, par leur activité inlassable, leurs soins généreux, s'immolent quotidiennement et sans relâche au soin des malades, soulageant les maux innombrables, sauvant les existences soudainement menacées, semant consolations, encouragements, gestes libérateurs.

C'est cette dernière formule de sacerdoce chirurgical que le docteur Rodrigue Bourgon a plus particulièrement choisie et réalisée. A ce titre méritoire, que son nom reste gravé dans nos mémoires et dans les annales de la Société de Chirurgie!

Pierre SMITH,

Secrétaire général.

*
* *

Allocution de remerciement au Révérend Père Venance, invité d'honneur.¹

Monsieur le Président,
Mon Révérend Père,
Messieurs,

Laissez-moi d'abord vous féliciter, Monsieur le Président, de l'heureuse idée que vous avez eue d'inviter le Révérend Père Venance, comme

1. A l'assemblée générale de « La Société de Chirurgie de Montréal », le 22 janvier 1944.

hôte d'honneur. Et vous, mon Révérend Père, qu'il me soit permis de vous dire combien nous avons été heureux de vous recevoir et jusqu'à quel point vous avez su nous intéresser par votre conférence et l'exposé objectif de vos travaux sur « Le monde invisible ».

Sans doute, vous avez déjà eu, pour vous entendre, des auditoires plus nombreux que celui de ce soir. Mais vous n'en avez certainement pas rencontré de plus sympathiques ni de plus compréhensifs.

En effet, le médecin — et, plus encore peut-être le chirurgien — pour pouvoir penser cliniquement, d'une façon qui ne soit pas empirique et fantaisiste, pour pouvoir comprendre les lésions pathologiques et les symptômes objectifs, doit, de toute nécessité, se rapporter aux infiniment petits, à l'anatomie et à la physiologie pathologique, à l'histologie, à l'histo-physiologie, à la microbiologie. Bref, il doit penser *microscopiquement*, si je puis m'exprimer ainsi, pour pouvoir interpréter *cliniquement*. C'est en raison de cette nécessité, que les études de base, les années pré-médicales et les premières années médicales proprement dites, revêtent une si grande importance.

Je dirai davantage: pour pouvoir s'engager de façon fructueuse dans le domaine de la recherche scientifique, médicale ou autre, il faut revenir aux infiniment petits et les reprendre également comme point de départ.

Je connais l'expression amusante et parfois malveillante des profanes à l'égard de ceux qu'une noble passion pousse vers ces explorations. Mais entre les « visionnaires » qui regardent dans le vide, et les « visionnaires » dont la vue juste et précise scrute méthodiquement, analyse, compare et classe le fruit de leurs recherches, il y a toute la différence du monde.

D'ailleurs, ce n'est pas d'aujourd'hui que l'analyse et la contemplation des infiniment petits ont pu servir de motifs d'édification aux hommes.

Pascal lui-même, le grand Pascal, cherchant à situer l'homme dans l'infini, entre l'infiniment grand et l'infiniment petit, s'arrête à ces considérations:

« Qu'est-ce qu'un homme dans l'infini? Qui le peut comprendre?

« Mais pour lui présenter un autre prodige

aussi étonnant, qu'il recherche dans ce qu'il connaît, les choses les plus délicates...

« Il pensera peut-être que c'est là l'extrême petitesse de la nature. Je veux lui faire voir là-dedans un abîme nouveau. Je veux lui peindre non seulement l'univers visible, mais encore tout ce qu'il est capable de concevoir de l'immensité de la nature, dans l'enceinte de cet atome imperceptible...

« Qu'il se perde dans ces merveilles aussi étonnantes par leur petitesse que les autres par leur étendue. Il tremblera dans la vue de ces merveilles, et je crois que, sa curiosité se changeant en admiration, il sera plus disposé à les contempler en silence. » Et moi j'ajoute, mon Révérend Père, « à les rechercher avec obstination. »

Si, laissant le domaine de l'histoire des idées, nous entrons dans celui des réalisations pratiques, nous rencontrons, deux siècles après Pascal, un autre puissant génie, dont l'existence entière fut consacrée à l'étude des infiniment petits. Cet homme, dont le nom a conquis l'immortalité, n'est nul autre que Pasteur.

Ce n'est ni le temps, ni le lieu, de raconter en détail comment Pasteur, parti d'une étude sur les cristaux de l'acide tartrique, passant de là aux fermentations, puis à la maladie qui décimait les vers à soie, et à la question des générations spontanées, Pasteur, grâce aux intuitions de son clair génie, grâce à une rigoureuse méthode de travail, qui ne laissait rien au hasard, en vint à incriminer, dans la genèse de l'infection, le rôle des germes microscopiques, auxquels Sedillot devait donner plus tard le nom de microbes. C'était tout un monde nouveau, comme celui que vous nous avez montré ce soir, mon Père, qui s'ouvrait devant les yeux des hommes émerveillés.

Mais n'allons pas croire que la vie de Pasteur fut des plus sereines. Après des efforts inouïs pour arracher à la nature ses secrets, ce furent des années de lutte incessante pour arriver à persuader ses contemporains, les savants de son temps, de la véracité de ses découvertes et de leur haute portée pratique, surtout dans le domaine de la thérapeutique médicale et de la pratique chirurgicale.

Un jour, excédé par l'apathie, l'indifférence, l'incompréhension et peut-être la mauvaise foi de ses auditeurs, il s'écria, en pleine séance de l'Académie de Médecine: « Tenez, ce qui vous

manque à vous tous, Messieurs, c'est de savoir regarder dans un microscope.»

On connaît les conséquences de l'application des découvertes de Pasteur. Depuis un demi-siècle, chaque jour, de par le monde, des milliers de vies humaines sont arrachées à la maladie ou à la mort. Et il en sera ainsi jusqu'à la fin des temps, Pour s'être acharné une vie entière à l'étude des infiniment petits, Pasteur mérite le nom de plus grand bienfaiteur de l'humanité.

Cette goutte d'eau, que vous avez choisie pour objet de vos études, est en effet tout un monde... invisible.

Vous y avez déjà fait des découvertes absolument merveilleuses. Nous vous souhaitons de vivre encore de très nombreuses années pour que vous puissiez en réaliser nombre d'autres. Et qui sait si, un jour, de ces études d'avant-garde, ne naîtront pas des applications insoupçonnées aujourd'hui; qui sait si, par là, maints problèmes angoissants, dont on cherche vainement la solution ailleurs, ne seront pas résolus par l'étude de la goutte d'eau!

En tout cas, grâce à vous, la voie, dans ce domaine, est ouverte et bien tracée. Puisse-t-elle se continuer très loin. C'est dans cet esprit, mon Révérend Père, que je vous redis encore une fois le plaisir édifiant que vous nous avez procuré ce soir, et vous prie d'agréer, au nom de mes collègues, l'expression de notre haute considération et de notre profonde gratitude.

Pierre SMITH,
Secrétaire général.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTREAL

Séance du 30 septembre 1943
Tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville

Présidence de M. Fernand Hébert

Tuberculose et armée
M. CUDDIHY

Le rapporteur nous parle de la tuberculose pulmonaire, de la pleurésie et de la silicose en rapport avec l'armée.

Tuberculose pulmonaire. Un travail statistique établi par le Dr Warner sur la fréquence

de la tuberculose pulmonaire entre les recrues et les soldats et basé sur des radiographies à l'entrée et à la sortie de l'armée a démontré qu'environ 1% des recrues était exclues pour tuberculose pulmonaire.

La découverte de ces cas fut faite grâce aux radiographies.

Sur 4,000 cas refusés par l'armée:

80% de ces cas étaient minimes et n'avaient pas de signe physique.

65% étaient modérément avancés et n'avaient aucun signe physique.

13% étaient très avancés n'ayant aucun signe physique.

Pleurésies avec épanchement. Elles sont considérées comme de nature tuberculeuse et la proportion des cas est ici beaucoup plus grande. Il faut au moins 3 ans de bonne santé avant l'enrôlement.

Traitement: le rapporteur persiste ici sur le repos prolongé au moins 3 mois au lit et 6 mois de convalescence parce que beaucoup d'anciens pleurétiques ont présenté des tuberculoses pulmonaires à des degrés très avancés. Le degré de la douleur thoracique importe peu; il faut parfois empêcher les sujets de reprendre le travail trop vite, par contre dans le civil, il y en a d'autres qui ont intérêt à rester malades.

Maladies pulmonaires chroniques. Bronchite chronique, dilatations bronchiques, etc. Ici, bien souvent la maladie ne montre rien, mais l'auscultation fait entendre des râles après toux, des ronchi abondants. Ce sont des maladies qui ne sont pas sérieuses chez le civil, qui le deviennent dans l'armée. Leur début remonterait soit à une coqueluche, à une pneumonie aiguë, à un rhume prolongé ou à une broncho-pneumonie aiguë. Il faut donc nécessairement ausculter et, si on entend des ronchi aux lobes inférieurs, on ne doit pas enrôler le sujet pour le moment.

Silicose. Si la silicose est découverte, il ne faut pas non plus enrôler ces sujets. Puis le rapporteur nous présente les radiographies pulmonaires de 4 cas où il était impossible de deviner, par la radiographie seule, les signes fonctionnels pulmonaires, les signes cliniques et la durée de travail dans les mines. Il ne faut donc pas conclure trop vite d'après une radiographie. Une image suggestive de silicose ne rend pas nécessairement le sujet silicotique: pour l'empêcher de travailler

immédiatement, il faut attendre et être prudent. On ne doit pas non plus déclarer le sujet tuberculeux avant d'avoir trouvé le B.K.

Enfin le Dr Cuddihy insiste sur les qualités d'un bon certificat médical. 1° Etablir la raison du certificat; 2° fournir un dossier et un examen médical complet; 3° donner des preuves objectives; 4° mentionner sa spécialité.

Pour les droits à la pension, ces certificats sont mis au dossier du sujet et examinés par la Commission des Pensions à Ottawa.

La tuberculose pulmonaire donne 100% d'incapacité, jamais moins de 50%.

La pleurésie avec épanchement donne aussi au début 100% d'incapacité, puis diminue de 20% à tous les 6 mois pour en arriver à 0 en 3 ans. Il est difficile de prouver que la tuberculose pulmonaire peut être causée par le service militaire, c'est une opinion médicale. Il faut établir l'état de santé antérieur du malade, savoir le genre de service militaire fait. Il s'agit en somme de degré d'incapacité seule.

Discussion.

M. J.-A. VIDAL félicite le Dr Cuddihy de son intéressant travail. En silicose, il faut être prudent, on n'est pas en général silicotique avant 5 à 10 ans de travail.

Malade tuberculeuse traitée par les sels d'or M. J.-A. MILLET

La malade présentée fut déjà traitée par les sels d'or et eut une accalmie de ses lésions tuberculeuses. Elle entre à l'hôpital du Sacré-Cœur avec une tuberculose excavée du sommet droit. Le côté gauche est stable. En 1939, elle pesait 87 lbs et 82 lbs en 1940. Malgré l'indication hasardeuse alors, la chirurgie a eu raison, 10 mois plus tard la patiente va mieux et ses expectorations sont négatives. On remarque des dilatations en doigts de gant à la base droite.

Elle déclenche plus tard une hémoptisie à domicile, puis un pneumothorax hypotensif est alors créé sous la thoracoplastie et laisse voir des adhérences. Il y a amélioration des bronches. Le poids demeure stationnaire et la patiente est pauci-bacillaire. Malgré les adhérences, doit-on continuer le pneumothorax?

Les effets du contro-latéral ou d'une phrénicectomie sur la base à la suite d'une thoracoplastie seraient bien différents du pneumothorax.

Discussion.

M. J.-A. VIDAL. Comment le pneumothorax peut-il oblitérer la cavité avec les adhérences?

M. J.-A. MILLET répond:

au Dr Vidal: le pneumothorax stimule le pouvoir rétractile périlésionnel. On pourra toujours envisager la thoracoplastie complémentaire.

M. DESHAIES affirme que le pneumothorax n'a pas nui à la malade.

M. Louis VERSCHULDEN expose le pour et le contre de la méthode tout en laissant croire que l'entretien du pneumothorax pourra créer des ennuis.

Le docteur Gabriel NADEAU, du Sanatorium de Rutland, Mass., nous donne une autre intéressante conférence sur le plus illustre de nos partenaires, Sir Wilfrid Laurier. Comme cette conférence doit paraître *in extenso* dans les prochains numéros de *L'Union Médicale*, je vous laisserai donc le plaisir de la lire en entier.

Le Secrétaire,

J.-Louis PILON.

Séance du 25 octobre 1943

Tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville

Présidence de M. Fernand Hébert

Considérations sur la tuberculose génitale

M. Samuel LETENDRE

Le but du rapporteur, dans ses « considérations sur la tuberculose génitale chez la femme », est surtout de nous exposer les idées à date.

Il nous parle d'abord de la tuberculose des organes génitaux externes: vulve et vagin, et des organes génitaux internes: utérus et ses annexes. Il passe ensuite en revue les formes anatomo-pathologiques, cliniques, avec symptomatologie particulière à la vulve, au vagin, au col utérin, au corps utérin, aux annexes utérines et au péritoine et considère la question du traitement: traitement d'ordre général.

Traitement d'ordre local: exérèse chirurgicale, radiothérapie, curiethérapie. Enfin le rapporteur insiste sur la fréquence de la tuberculose endométriale et l'importance de faire la biopsie.

Discussion.

M. J.-A. VIDAL demande si on peut faire de la radiothérapie dans les fièvres ovariennes ou menstruelles?

M. J.-A. MILLET. Au cours des périodes d'aménorrhées, doit-on donner un traitement hormonal?

M. Samuel LETENDRE répond:

au Dr Vidal: pas de radiothérapie; plutôt l'hormone du corps jaune, l'hormone du mâle; il s'agit d'inhiber la fonction de l'hypophyse.

au Dr Millet: si l'aménorrhée est due à une lésion organique, il faut une biopsie et s'abstenir si troubles fonctionnels: traitement hormonal; si hypoplasie: traitement hormonal également.

Deux observations cliniques

M. J.-P. PAQUETTE

Dans le second travail au programme, le docteur Paquette nous expose deux histoires de cas. Il s'agit d'abord d'une jeune tuberculeuse qui présente des vomissements post-prandiaux incoercibles, rebelles à toute médication; après examens, il pense à une épine appendiculaire possible. L'appendicectomie faite, la malade se reprend à vomir; malgré la progression lésionnelle, à droite, un pneumothorax est impossible à cause de symphyse. Quelques mois après la phrénicectomie, la patiente cesse les vomissements. Le diagnostic clinique posé fut: vomissements spasmodiques d'origine neuro-végétative.

L'autre cas était celui d'une femme de 57 ans, souffrant d'une tuberculose sub-évolutive du sommet droit. En septembre 1942, Bruchési la recommande pour thoracoplastie. Malgré l'indication technique, l'opération est écartée pour le moment, à cause d'une mauvaise épreuve cardiaque. On s'en tient à la cure seule.

Formes familiales de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte

M. Albert JOANNETTE

Sur un total de 67 groupes de tuberculose familiale, 47 groupes ont présenté une identité radiographique et 17 groupes ont présenté une identité de début clinique et de réaction au traitement.

Le rapporteur fait ensuite quelques considérations sur l'hérédité en tuberculose, théories de Lumière basées, dit-il, sur des faits d'observation inattaquables: hérédité de graine et de terrain, réactions humorales et cellulaires inconnues cependant, réactions similaires à l'infection tuberculeuse, antécédents familiaux, similitude des

images, hérédité de condition, etc. Dans sa conclusion, le rapporteur appuie sur le dépistage précoce et une thérapeutique adéquate.

Le docteur Joannette fait remarquer que la question d'hérédité n'explique sûrement pas tout en tuberculose, il y a, en outre, la virulence du microbe, la localisation organique et la réaction de l'état général.

Le Secrétaire,

J.-Louis PILON.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE MONTREAL

Séance du 26 janvier 1944

Présidence de M. Jean LeSage

SYMPOSIUM SUR LA RECTO-CÔLITE ULCÉREUSE

Quatre observations de recto-côlite ulcéreuse

M. Yves CHAPUT

La définition de Bensaude, i. e. maladie grave atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à la surface et à sa terminaison, se traduisant le plus souvent par un syndrome dysentérique d'allure aiguë ou chronique, évoluant par poussées successives et d'étiologie encore totalement inconnue, est bien la conception que l'Ecole française se fait de cette maladie et ceci en opposition à la conception de l'Ecole américaine qui s'inspire des données de Bergen et de ses élèves reconnaissant une recto-côlite spécifique, causée par un diplo-streptocoque.

La recto-côlite ulcéreuse idiopathique est une entité bien définie. Elle débute en santé apparente par des émissions muco-purulentes par l'anus, suivies de côlite muqueuse (?). A évolution aiguë, elle est généralement fatale, mais heureusement, elle est moins fréquente que la forme chronique. De cette dernière l'on reconnaît des phases intercalaires d'accalmie plus ou moins longues, similaires à l'évolution de l'ulcère gastrique ou duodénal.

Les particularités de la forme chronique sont la périodicité bien définie des crises et l'absence très fréquemment de la diarrhée, puisque l'évacuation anale muco-purulente se fait sans selles avec peu ou pas de ténésme.

Aussi entre l'état général et la condition locale, il y a paradoxe. Les aspects endoscopiques sont typiques et bien précis, et la recto-sigmoïdoscopie est l'élément du diagnostic le plus im-

portant dans le syndrome clinique, la radiologie et l'examen des selles n'occupant qu'un second plan. Fait à noter: même en période d'accalmie, l'endoscopie révèle une muqueuse conservant toujours son aspect granité caractéristique.

Les complications locales sont peu fréquentes, il y a cependant l'abcès péri-rectal. L'évolution polypoïde, la sténose et le rétrécissement, la perforation sigmoïdienne ainsi que les hémorragies graves sont rares.

Enfin la cancérisation semble possible d'après les statistiques de la Clinique Mayo.

L'étiologie de cette maladie a soulevé beaucoup de discussion. Il semble que 85% des recto-côlites sont idiopathiques et qu'après le décalage fait sur celles d'origines spécifiques, il y a un certain pourcentage où l'allergie peut être incriminée.

En somme, des multiples causes, toutes peuvent être possibles ou aggravantes. Au point de vue de la flore intestinale proprement dite, le diplostreptocoque de Bergen ainsi que l'aepsie et l'achylie gastriques qui sont très fréquentes, aggravent sûrement la digestion et sont pour une cause dans la diarrhée. Par contre pour Bensaude, l'hypovitaminose n'est pour rien dans l'étiologie de cette maladie.

Le traitement de la recto-côlite présente toujours le même problème, i. e. qu'il demeure toujours inefficace et non spécifique.

La vaccinothérapie, les sulfamidés, les traitements locaux, la vitaminothérapie, le traitement par extraits de la cortico-surrénale et le traitement chirurgical sont inopérants dans une grande majorité des cas.

A l'aide de quatre observations personnelles, M. Chaput fait noter comment une thérapeutique, le plus à la mode cependant, n'a donné que des déboires. Malgré une amélioration apparente la rectoscopie révèle dans l'un des cas rapportés que la lésion est toujours présente et qu'il ne faut pas, pour le moment, parler de guérison.

Discussion.

M. Roger DUFRESNE fait noter que les formes hémorragiques sont souvent celles qui sans traitement font des rémissions spontanées totales. Par contre, les autres s'améliorent peu ou pas. Dans quelques cas, l'autohémothérapie a fait cesser les hémorragies.

M. Paul LETENDRE attire l'attention sur l'efficacité du succinyl-sulphothiozale et les résultats obtenus dans la Clinique de Chicago, qui paraissent très encourageants.

Il est d'opinion qu'il y a intérêt chez ces malades à rechercher le rapport sérum-albumine et sérum-globuline.

M. RICARD demande s'il y a relation entre la recto-côlite ulcéreuse et certaines lésions de la peau. Il fait noter qu'en 1942 à l'hôpital Notre-Dame, il observa chez un malade, associée à une recto-côlite ulcéreuse, une ulcération en placard soulevé sur la peau, sans suintement et simulant un érythème squameux.

Le malade s'améliora avec des petites transfusions de 35 c.c. de sang durant plusieurs jours. L'érythème squameux disparut totalement et le malade s'améliora.

Certaines considérations anatomo-pathologiques

M. Alphonse BERNIER

M. Bernier présente quelques considérations anatomo-pathologiques, au sujet de la première observation de M. Chaput, qui offre certaines particularités anatomo-pathologiques constatées à l'autopsie, i. e. muqueuse rectale congestionnée, dont une partie révèle une légère dépression bordée par un bourrelet rouge taillé à pic. Une étendue d'intestin semble indemne, mais plus haut apparaissent des élevures ressemblant à des polypes en nappes. Il faut noter que ces formations sont parallèles à l'axe de l'intestin. Des ulcérations à formes rectangulaires et non arrondies de la muqueuse donnent à l'intestin un aspect en domino, qui se continue jusqu'à la valvule iléo-cæcale. Au premier abord, il y avait à penser qu'il s'agissait d'une polypose intestinale. Les formations élevées sont en quelque sorte des « atolls » de la muqueuse colique, parmi des ulcérations considérables.

Les aspects radiologiques

M. L.-P. BELISLE

Les aspects radiologiques de la recto-côlite ulcéreuse semblent précis, mais par contre une étude attentive des clichés est souvent nécessaire pour en retirer le maximum de rendement et poser un diagnostic différentiel. Le spasme segmentaire localisé fait prévoir une côlite ulcé-

reuse, mais d'origine tuberculeuse. Quoique cette lésion soit élective du cæcum, la tuberculose du côlon se reconnaît par ce spasme segmentaire.

Il faut savoir distinguer l'état polypoïde qui peut accompagner la cõlïte ulcéreuse des polypes vrais de l'intestin, de la cõlïte secondaire à une parasitose intestinale et d'une cõlïte avec rétrécissement de la région recto-sigmoïdienne prise quelquefois pour un néo sténosant et stimulant même la maladie Nicolas-Fabre.

A l'aide de nombreux clichés, M. Belisle fait une démonstration radiologique du diagnostic différentiel dont il faudra tenir compte lorsque l'on procède à l'examen radio-clinique de la recto-cõlïte ulcéreuse.

Discussion.

M. BRODEUR doute de la valeur diagnostique du thorium en couche tel que préconisé par Gosselin, Jutras et Maignot, comme moyen de diagnostic dans la cõlïte ulcéreuse.

M. Pierre SMITH préconise dans les cas de cõlïte ulcéreuse où le traitement médical demeure inévitablement inefficace, le traitement chirurgical: résection intestinale précédée d'un anus artificiel.

M. Jacques BRUNEAU soutient d'après les statistiques des cliniques américaines que le traitement chirurgical doit se limiter simplement aux complications: l'iléo-sigmoïdostomie, parce que rarement trouve-t-on un rectum avec tissu indemne, condition essentielle pouvant assurer une anastomose efficace.

L'allergie alimentaire dans la recto-cõlïte ulcéreuse

M. Gérard CASGRAIN

L'expression d'allergie alimentaire varie de l'herpes labial jusqu'aux grands syndromes. La réaction allergique a cependant moins de place dans la recto-cõlïte ulcéreuse, car il est douteux que l'allergie puisse aller jusqu'à la création d'ulcères.

L'impression d'Andresen que 75% des cas sont allergiques, soit au lait, blé, tomate, orange, œufs, est discutable. La plupart réfutent cette opinion en disant que 10% seulement sont allergiques à ces aliments.

L'allergie alimentaire présuppose que l'élimination de l'aliment nocif fera disparaître les

symptômes allergiques. Dans ces cas seulement peuvent-ils être incriminés.

L'hémorragie cutanée ou intestinale d'origine « allergie alimentaire » se rencontre sûrement. Heberman, Anderson et Rubin ont rapporté de nombreuses observations. Ce dernier en effet rapporte le cas d'un enfant qui étant seulement quelques semaines au lait, voit apparaître du sang dans les selles, suivi de coliques et le tout rentre dans l'ordre dès que l'on cesse de donner du lait.

M. Gasgrain fait noter que l'allergie gastro-intestinale doit être envisagée soit comme associée à d'autres manifestations allergiques, soit comme une manifestation gastro-intestinale pure et simple. Aussi dans le premier groupe, les malades souffrent soit d'asthme, d'urticaire ou de rhinite allergique. Le diagnostic dans ces cas est assez facile, soit que les symptômes gastro-intestinaux apparaissent rapidement ou se trouvent retardés.

Par contre dans le second groupe, le diagnostic est beaucoup plus difficile. Il faut alors éliminer les troubles organiques à l'aide de l'examen radiologique, examen des selles, chimisme gastrique, ou bien par l'histoire de la maladie et un interrogatoire poussé qui révèle si certains aliments sont dédaignés ou bien employés en excès.

Dans ce groupe l'incrimination des aliments dans les troubles gastro-intestinaux ne sera donc possible que si leur ingestion de nouveau reproduit les symptômes.

Par l'entremise de tests, l'on peut dépister les terrains allergiques. Cependant il faut rappeler que les réactions positives sont très rares. Aussi l'intradermoréaction est-elle préférable à la scarification ou « Scratch test. »

Quelques observateurs préconisent encore les diètes d'élimination, mais elles sont peu pratiques.

M. Casgrain termine en rapportant plusieurs cas typiques d'allergie alimentaire dont l'une de recto-cõlïte à la suite d'une réaction allergique prouvée aux pommes de terre.

Comme conclusion, on peut dire seulement que l'allergie alimentaire peut être une contribution à la recto-cõlïte ulcéreuse, mais elle ne paraît pas la cause principale.

Discussion.

M. BERNIER demande combien de temps après l'ingestion d'un aliment la réaction allergique fait son apparition.

B. BELISLE. Y a-t-il relation entre dermographisme et allergie alimentaire?

M. CASGRAIN répond:

à M. Bernier que l'on reconnaît deux formes: apparition rapide ou retardée;

à M. Bélisle il fait noter que les deux conditions sont distinctes et leur mode d'action différent.

Le Secrétaire,

A. CANTERO.

**REUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU
MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME**

Séance du 16 décembre 1943

Présidence de M. Charles Hébert

Tuberculose laryngée

M. J. BRAHY

Puisqu'on n'a pas encore pu prouver une lésion tuberculeuse primitive du larynx, on doit considérer la tuberculose laryngée comme une complication de la bacillose pulmonaire, surtout si l'on tient compte du fait que cette complication laryngée ne se rencontre pas dans d'autres manifestations bacillaires: telles que péritonite, ostéite, etc.

Le mode d'envahissement le plus plausible serait donc expliqué par le contact direct des sécrétions purulentes remontant l'arbre bronchique et infectant les diverses parties du larynx au passage à leur niveau.

Dans l'ordre de fréquence des lésions observées, ou plutôt dans la chronologie des symptômes, on note ce qui suit: espace inter-aryténoïdien, les cordes vocales (ou vice versa), puis les aryténoïdes. Plus tard, l'épiglotte participera au processus, si l'évolution de la maladie est assez longue pour cela. Au début, on remarque une rougeur ou hyperhémie d'une ou des deux cordes vocales, une légère infiltration inter-aryténoïdienne, puis ce sont les aryténoïdes mêmes qui se mettent de la partie. Ces symptômes bénins du début s'accroissent ensuite pour passer par diverses étapes plus ou moins accélérées et atteindre le stage d'œdème véritable, d'ulcéra-

tion plus ou moins étendue, avec ou sans bourgeonnements. La bilatéralité presque générale des lésions aide, jusqu'à un certain point, à poser le diagnostic différentiel avec le cancer et la syphilis, du moins au début.

Le pronostic est, de prime abord, très mauvais. La tuberculose laryngée ne se rencontre que chez les sujets dont l'état pulmonaire est assez avancé, ou chez des malades dont la lésion primitive n'a aucune tendance à régresser. Ceci nous amène à attirer l'attention sur la grande valeur que présente la complication laryngée (et son développement, en bien ou en mal), dans le pronostic de l'évolution de la tuberculose pulmonaire elle-même.

Voilà pourquoi le traitement du larynx se résume à peu de chose qui en vaille la peine. Trouvons un vaccin, un sérum ou un antidote du bacille de Koch logé dans le poumon et nous n'aurons plus de tuberculose laryngée. Si la lésion pulmonaire va de mieux en mieux, le larynx fera de même. C'est ainsi que le pneumothorax, la phrénicectomie, la thoracoplastie, la lobectomie, etc., etc..., sont de très précieux adjuvants dans le traitement du larynx tuberculeux. Le silence et le gargarisme fréquent sont de rigueur, mais toute manipulation active sur la lésion laryngée ne doit être faite qu'avec la plus grande circonspection, et jamais chez un tuberculeux bilatéral avec température. Le blocage du récurrent donne de bons résultats subjectifs passagers.

**Complication cardio-vasculaire post-partum
de nature à déterminer**

M. Hervé GIBEAULT

Madame A. R., enceinte de 8 mois et demi, grande multipare 6e bébé, arrive à l'hôpital le 15 mai 1943, très pâle, affaissée, toussant beaucoup, avec une température de 99° et une pression artérielle de 120/78.

Due à son extrême pâleur, une formule leucocytaire d'urgence nous donna le résultat que voici: globules rouges 2,350,000 — globules blancs 4,250 — hémoglobine 38% — valeur globulaire 0.8 — polynucléaires 75% — grands mononucléaires 1 — lymphocytes 24.

A peine commencions-nous à remonter la maladie par le traitement d'usage, sérum physiologique, foie de veau, transfusion, etc., que la patiente tombe en douleurs et met au monde

une fille de 6 livres d'un accouchement tout à fait normal et sans perte de sang appréciable.

Evolution. Cinq jours après son accouchement, la malade qui, jusque-là, reprenait ses forces, accusa subitement de fortes douleurs dans la poitrine, avec angoisse extrême, dyspnée intense et suffocante, cyanose de la face et des membres.

Nous lui donnons d'urgence Eschatin 5 c.c. intramusculaire, et par la suite 2 c.c. à toutes les 6 heures avec morphine $\frac{1}{4}$ grain et oxygène.

Sa pression, qui au moment de la crise était de 85/0, remonte au bout d'une heure à 125/40.

La formule sanguine prise ce jour-là (25 mai 1943): globules rouges 1,100,000 — globules blancs 7,000 — hémoglobine 27% — valeur globulaire 1 — polynucléaires neutrophiles 69% — grands mononucléaires 6% — lymphocytes 24 — polynucléaires éosinophiles 0 — métamyélocytes 0 — myélocytes 1 — anisocytose oui.

Une radiographie prise au lit de la malade, le même jour: « Sur toute l'étendue des deux plages, la trame pulmonaire est fortement épaissie, accompagnée de quelques taches plus ou moins denses et plus ou moins irrégulières. La région des bases est particulièrement grise. On ne peut affirmer la présence de pneumonie ou de pleurésie, mais il y a un certain état d'opacification du parenchyme. »

Jusqu'au 1er juin, la patiente fit des crises à répétition avec angoisse et douleurs précordiales intenses, qui nous obligèrent de continuer le même traitement.

La patiente cessa alors de faire des crises et sortit de l'hôpital le 19 juin en bonne voie de guérison.

Une formule sanguine, faite le 31 mai, nous donna le résultat suivant: globules rouges 2,225,000 — globules blancs 13,500 — hémoglobine 48% — valeur globulaire 1 — polynucléaires neutrophiles 89% — grands mononucléaires 2 — lymphocytes 7 — polynucléaires éosinophiles 1 — hématies nucléées oui — métamyélocytes 0 — myélocytes 1.

Une autre formule sanguine, le 14 juin: globules rouges 2,100,000 — globules blancs 5,000 — hémoglobine 52% — valeur globulaire 1x — polynucléaires neutrophiles 68 — grands mono-

nucléaires 13 — lymphocytes 16 — polynucléaires éosinophiles 3.

Une radiographie pulmonaire, le 14 juin: « L'image cardiaque et pulmonaire est maintenant radiologiquement normale. Les opacités des bases sont complètement effacées. »

(Dr. L. Bélisle.)

Je n'ai pas souvenir d'avoir vu des complications aussi graves et aussi dramatiques chez une accouchée. J'apprécierais hautement mes collègues de bien vouloir m'éclairer sur le mécanisme de cette complication *post-partum*.

Discussion.

M. Roger DUFRESNE rapporte le cas analogue d'une patiente qui est morte d'une complication semblable.

M. Jacques GAUTHIER. L'état cardiaque de cette patiente peut-il résulter de son anémie?

M. Hervé GIBEAULT aimerait connaître l'action pharmacologique de l'Eschatin.

M. Charles-Emile GRIGNON. « L'Eschatin » (Parke, Davis & Cie) est un extrait total cortico-surrénal: il agit sur la tension artérielle et sur le métabolisme de l'eau et du chlorure de sodium: il en empêche l'excrétion par le rein, diminue la perméabilité vasculaire et empêche la concentration sanguine; il favorise la glycolyse hépatique, il augmente le métabolisme basal et le volume du sang circulant: c'est le médicament par excellence de tous les états de choc.

M. Donatien MARION. Le diagnostic de cette complication était difficile à porter, mais les symptômes notés font penser à ceux de l'embolie pulmonaire.

M. Yves CHAPUT. Les symptômes cliniques et radiologiques de cette malade confirment l'impression qu'il s'agissait d'une embolie pulmonaire.

M. Hervé GIBEAULT. Il y avait 2 possibilités de diagnostic chez cette malade: 1° thrombose coronarienne; 2° embolie pulmonaire.

Corps étranger de l'utérus

M. Raymond SIMARD

Malade de 23 ans se présentant à l'hôpital pour des douleurs intenses et continues dans le bas ventre, avec amaigrissement considérable et mauvais état général.

Pubère à 16 ans, cette malade a toujours eu des règles douloureuses qui ne l'impressionnèrent pas davantage non plus que sa famille.

A 22 ans elle se maria et, devant l'intensité douloureuse toujours croissante de ses menstruations, se décida à consulter un médecin de son entourage, dans une petite ville d'une province étrangère.

Ce dernier, après examen, décida qu'il fallait intervenir et conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital pour une opération bénigne et de peu d'importance, dans le but de la soulager d'une façon définitive. L'intervention eut lieu à la fin d'avril 1943, dès le lendemain des règles, et, après un séjour de 10 jours à l'hôpital, la malade reçut son congé en même temps que l'assurance de sa guérison complète.

Le mois de mai se passa dans un calme relatif, mais avec juin les douleurs réapparurent plus intenses qu'auparavant, forçant la malade à abandonner tout travail et même à s'aliter.

Dès ces moments apparut un écoulement vaginal jaunâtre très abondant et infecté qui força la malade à se garnir. La station assise lui était particulièrement douloureuse et toute tentative de rapprochement sexuel fut, jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 2 décembre dernier, franchement impossible.

A partir de juin dernier, le cycle menstruel, toujours très régulier, commença à se modifier au point qu'il devint franchement méconnaissable. En effet, la malade accuse depuis bientôt 5 mois des pertes rouges acycliques plus ou moins abondantes et d'une durée de 6 à 15 jours.

En présence de cet amaigrissement continu et de douleurs toujours accrues, la famille décida de diriger, à nouveau, la malade vers un centre hospitalier. Elle fut admise dans le service, le 2 décembre dernier.

Lors de l'examen, on constate un état général plus ou moins bon. Au niveau de l'abdomen, dans la région sus-pubienne, on palpe une petite masse douloureuse et non mobilisable.

Le toucher vaginal nous met en présence d'un corps étranger rigide, enfoui au fond du Douglas et s'intériorisant par le col.

Après extraction, nous constatons qu'il s'agit d'une tige en verre, genre laminaire, d'une longueur de 2 pouces $\frac{3}{4}$ et d'une circonférence de 2 centimètres.

L'utérus, augmenté de volume, est flanqué à gauche d'une masse annexielle du volume d'une orange, absolument immobile et remplissant tout le paramètre correspondant.

Le cul-de-sac droit s'étale sous forme d'empatement dur et douloureux. Il s'agit d'une infection massive utéro-annexielle avec participation des deux paramètres.

Conclusion. Cette jeune femme de 23 ans, traitée pour un syndrome dysménorrhéique, fut soumise à une dilatation du col par mise en place d'une laminaire. On oublia, malencontreusement, la prothèse qui demeura *in loco* pendant plus de 7 mois, avec comme conséquence une métrosalpingite double, suppurée, nécessitant, à brève échéance, une castration complète.

Discussion.

M. Charles-Emile GRIGNON. La dilatation du col comme thérapeutique des dysménorrhées est-elle encore employée par les gynécologues?

M. Raymond SIMARD. La dilatation du col comme thérapeutique des dysménorrhées est une utopie: la mise en place d'un instrument temporaire ne pouvant amener une dilatation permanente. A noter que la grossesse fait souvent disparaître, et d'une façon permanente, la dysménorrhée. La malade a dû subir une castration due à l'infection causée par un corps étranger.

Coma diabétique et hypoprotidémie

M. Armand GRATTON

Nous rapportons ce cas parce qu'il nous a permis de faire des constatations intéressantes au cours du traitement, et qu'il nous a rappelé certaines notions fondamentales qu'il ne faut jamais perdre de vue dans le traitement du coma diabétique.

Madame J. I..., 27 ans, dossier 9806-43. Hospitalisée d'urgence, le 13 octobre, à 11.30 a.m., pour coma diabétique.

En résumé, il s'agit d'une jeune femme dont le diabète a été découvert, il y a 2 ans, par la présence de prurit vulvaire intense et glycosurie.

Le médecin consulté dans le temps avait prescrit un régime hypo-hydrocarboné plutôt vague, que la malade n'a d'ailleurs pas suivi.

En mars 1943, nouvelle poussée de prurit vulvaire, consultation avec un second médecin qui, en dépit de l'amaigrissement prononcé, prescrit

un régime « très sévère » au dire de la malade, mais que nous n'avons pu préciser, et des « pilules contre le diabète » (?). Ce médecin toutefois l'avertit qu'elle devra prendre de l'insuline, si ce régime et ces pilules n'améliorent pas son état. Craignant les injections d'insuline, elle ne revoit pas le médecin et ne suit pas ses prescriptions. Elle dépérit graduellement en même temps que la polyphagie, la polydypsie et la polyurie s'intensifient.

Enfin, le 12 octobre, vers 4 heures du matin, les nausées puis les vomissements apparaissent accompagnés de douleur épigastrique. Elle vomit toute la journée et le soir la douleur devient tellement intense au creux épigastrique qu'on juge à propos de consulter un troisième médecin qui lui donne 2 injections de morphine à 11 hres p.m. et à 3 hres a.m. La céphalée et la douleur épigastrique sont peu calmées et, vers 5 hres du matin, elle tombe dans un état d'inconscience que le médecin, demandé à nouveau, diagnostique coma diabétique. Nous la recevons à l'hôpital à 11 hres de l'avant-midi, présentant tous les symptômes cliniques du coma diabétique sur lesquels nous n'insisterons pas, sauf présence de bouffissure de la face.

Vous trouverez, ci-dessous, un résumé du traitement mettant en évidence les points que nous voulons faire ressortir:

Pendant la période représentée sur ce tableau la malade reçut en plus 2 inj. I.V. de 1,000 c.c. de solution physiologique glucosée à 5%, 4 c.c. S.C. d'Eschatin et 1 ampoule de Coramine I-M. aux 6 heures.

A retenir. De 11.30 hres a.m. à 5.30 p.m. (soit en 6 hres) nous avons injecté à la malade 583 unités d'insuline, dont 25 u. d'insuline ordinaire par la voie veineuse, 500 u. d'insuline ordinaire par la voie sous-cutanée et 60 u. d'insuline-protamine-zinc.

Evolution. Le lendemain, 15 octobre, les œdèmes étaient généralisés à la face, au tronc, et aux membres supérieurs et inférieurs. En dépit d'un état général apparemment bon et d'une diurèse à 3 litres par 24 heures, l'azotémie monta de jour en jour pendant 6 jours jusqu'à 2.14 et l'œdème augmentait lui aussi. Le dosage des protides dans le sang nous donna alors 54.70 grs %, au lieu de 70 à 80 grs % (la normale). Dès que la malade était devenue consciente, nous lui avons prescrit la diète liquide contenant G. 164 — L. 45 — P. 50.

En présence de l'hypoprotidémie, nous avons alors modifié le régime dans le sens suivant: diète solide contenant G. 182 — L. 45 — P. 93. Dès le jour même où cette diète fut instaurée, les œdèmes diminuèrent, puis disparurent totalement, et l'azotémie baissa rapidement au point

Date	Hres	Glyc.	Azot.	Urines			Insuline		P.A.	Etat du malade
				suc.	acét.	alb.	Ord.	Prot.		
13 oct.	11.30 a.m.	7.60	0.87	51	xx	xx	25		85/20	Coma profond
—	12.05 p.m.							100		— —
—	1.							100		— —
—	2.45 —	4.16							60	— —
—	3.30 —							100		85/20 Demande eau, devient agitée puis de nouveau inconsciente.
—	4.30							100		Subconsciente. Boit. Répond aux questions.
—	5.30			ANURIE				100		— —
—	6.15 —	3.84	1.05	0	0				110/40	— —
—	7.00							25	(ttes les hres jusqu'à 5 hres a.m.)	Consciente
—	11.	2.77		0	0					Consciente, très agitée
14 —	6.45 a.m.	0.71	1.27	0	0	xx	10	40	120/80	Calme, bien consciente

que la patiente quitta l'hôpital le 31 octobre, avec un état général parfait et les examens de laboratoire suivants: glyc. 0.66 — azot. 0.60 — absence de sucre, d'acétone et d'albumine dans les urines. La dose d'insuline était au départ: 10 unités d'insuline ordinaire et 28 unités d'insuline-protamine-zinc, une fois par jour avant le déjeuner.

J'ai revu régulièrement cette patiente depuis son départ et l'amélioration de sa santé a continué au point qu'elle vaque actuellement à toutes ses occupations et se sent bien comme elle ne l'a pas été depuis longtemps.

Conclusions.

Nous avons présenté ce cas pour mettre en évidence les faits suivants:

1° Lors de la découverte de son diabète, si on avait prescrit un régime précis et averti la malade de la gravité de son cas (diabète chez une jeune personne), celle-ci aurait probablement mieux suivi les prescriptions médicales et n'aurait pas fait de coma. (Grande épargne au point de vue social et économique.)

2° Importance du diagnostic précoce du pré-coma et du coma diabétique en vue d'instituer un traitement précoce et intensif.

Les symptômes prémonitoires du coma ont duré 12 heures.

Importance d'un examen complet (clinique et laboratoire).

3° Le diagnostic étant posé, un traitement intensif par l'insulinothérapie doit être institué sans délai. Ne pas craindre de donner de fortes doses d'insuline et aussi longtemps que le patient est comateux. On ne rapporte pas de mort par hypoglycémie dans le traitement du coma diabétique, mais plusieurs sont morts faute d'avoir reçu suffisamment d'insuline.

4° Ne pas perdre de vue la nécessité de soutenir le cœur. Ici, l'Eschatin et la Coramine nous ont rendu d'appréciables services, car la malade était en plein collapsus cardio-artériel.

5° A cause d'un état de dénutrition azotée prolongée, cette malade a présenté une complication que les auteurs anglais appellent « Hunger Edema » (nausées, vomissements, œdèmes généralisés, hyperazotémie, hypoprotidémie). Tout rentre

dans l'ordre en donnant une diète solide riche en protides, aliments plastiques nécessaires à la réparation de l'usure normale des tissus et qui avaient fait défaut pendant longtemps dans le cas présent.

6° En général, un diabétique (qui s'ignore ou qui ne suit pas les prescriptions médicales) tombera dans le coma à la suite d'une infection: grippe, pyélite, etc. Ici nous n'avons pu retracer aucune infection qui aurait pu être en cause. Au contraire, l'hypoprotidémie nous incline à croire que le coma n'a été que l'aboutissant logique d'un diabète non traité chez une jeune femme.

Discussion.

M. J.-Urgel GARIEPY. Le bicarbonate de soude est-il encore employé dans l'acidose diabétique?

M. Roma AMYOT. Au cours des grandes famines de l'histoire et surtout parmi les récentes, on a constaté l'existence du « Hunger Edema »: la carence en vitamine « B » ne serait-elle pas une des causes principales d'œdème chez certains sujets à régime carenciel longtemps maintenu?

M. Charles-Emile GRIGNON. La notion d'œdème dû à l'hypoprotidémie est un fait acquis et reconnu pathologique; mais dans ces cas ce n'est pas le dosage total des albumines sanguines qui donne le plus de renseignements, mais bien celui de la serine et de la globuline: l'œdème est dû à une diminution de la pression osmotique des albumines. Il demande au docteur Gratton quelle est la signification de l'expression « dénutrition azotée » au cours du diabète. L'avitaminose « B » comme facteur d'œdème est connue: il y a deux formes de bérubéri: une avec œdème et l'autre sans œdème.

M. Armand GRATTON n'a jamais employé le bicarbonate de soude pour combattre l'acidose diabétique, il est d'accord avec le docteur Grignon sur les renseignements du dosage des albumines sanguines à savoir qu'il vaut mieux faire le dosage total de la serine et de la globuline que celui des albumines totales. Il est certain que l'addition de protéine dans le régime de cette malade lui a sauvé la vie.

Le sarcome de l'utérus

M. J. GAUTHIER

Le deuxième jour de ses menstruations, Mme X., 47 ans, accuse une violente douleur abdominale, avec prédominance à l'hémi-abdomen droit et à la région sous-ombilicale; le lendemain, ses pertes vaginales augmentent et elle remarque plusieurs caillots noirâtres avec membranes; le médecin de famille, appelé à ce moment, conserve un des débris membraneux et le transmet, pour examen, à un pathologiste dont le rapport sera donné un peu plus loin.

Depuis déjà six mois, Mme X a remarqué que ses menstruations devenaient plus abondantes et qu'elle passait plusieurs caillots. Elle attribuait ces troubles à une présumée fausse couche survenue à ce moment; elle avait eu alors quelques douleurs abdominales et tous les troubles dataient de cette époque.

En outre, depuis quelques mois, la patiente se sent fatiguée et dit avoir perdu quelques livres de poids.

Appareils nerveux: émotivité.

circulatoire: } rien à noter.
respiratoire: }

digestif: bon appétit, bonne digestion, aucune constipation.

urinaire: pollakiurie.

Antécédents personnels: rien à noter; héréditaires: idem.

Questionnaire gynécologique.

Menstruée à 12 ans. Mariée à 26 ans. Jusqu'au mariage, menstruation régulière, non douloureuse, durée: 4 jours. Depuis le mariage, régulière, non douloureuse, durée: 4 jours. Date de la dernière: actuellement menstruée. Aucune leucorrhée.

Grossesses: 8 dont 6 accouchements à terme et 2 avortements. Date du dernier accouchement: 1930. Date du dernier avortement: il y a six mois?

Examen général.

Apparence: Teint jaune. Asthénie.

Tête: Yeux: réflexes normaux.

Nez: perméabilité bilatérale.

Bouche: caries dentaires.

Cou: Rien à noter.

Rachis: Rien à noter.

Thorax: Cœur: rythme régulier, bruits bien frappés. T. A. 100/50.

Poumons: vibration conservée. Quelques râles aux deux bases.

Abdomen: Ballonnement marqué. A la palpation profonde, nous constatons la présence d'une masse volumineuse développée surtout dans la fosse iliaque droite; cette masse est très peu mobile et légèrement douloureuse.

Organes génitaux. Vulve: cystocèle, écoulement sanguin.

Vagin: lisse.

Col: de multipare.

Corps: augmenté de volume et correspondant à la masse volumineuse que nous avons constatée à la palpation abdominale.

Culs-de-sac: remplis par la masse.

Le diagnostic de « tumeur maligne de l'utérus » fut porté et, le même jour, le rapport du pathologiste nous revenait ainsi: « Fragment mesurant 5 cm. par 3 et par 2. Le pourtour est infiltré de polynucléaires. La tumeur mal fixée laisse voir de nombreuses mitoses et des monstruosités cellulaires. Les cellules sont tantôt allongées; tantôt arrondies. Image de leiomyosarcome. »

Examens de Laboratoire.

Cytologie: Globules rouges 3,100,000 — globules blancs 26,250 — hémoglobine 42% — valeur globulaire 0.7 — hématies nucléées oui — anisocytose oui — poikilocytose oui — poly. neutrophiles 88% — grands mono. 2% — lymphocytes 9% — poly. éosinophiles 1%.

Analyse des urines: Traces d'albumine — rares leucocytes.

Azotémie: 0 gr. 48.

Glycémie: 0. gr. 95.

Radiographie pulmonaire.

« Il existe quelques taches annulaires, au voisinage du hile droit, très suspectes d'être des métastases pulmonaires. » (Dr P. Bélisle.)

Remarques.

Le sarcome de l'utérus est une tumeur assez rare et il constitue environ 4.5% des tumeurs utérines malignes. Il survient ordinairement à l'un des deux pôles de la vie génitale, à la puberté ou à la ménopause, et même parfois chez la fillette toute jeune. Il siège ordinairement sur le corps de l'utérus, mais il peut aussi se développer sur le

col utérin et donner alors l'aspect d'un polype ou l'aspect en forme de grappe du sarcome racémeux; sur le corps utérin, il est dans la paroi musculaire, ou endocavitaire sous forme de polype.

Les auteurs décrivent une origine primitive du sarcome et une origine secondaire, c'est la plus fréquente. En effet, le sarcome se développe ordinairement dans un utérus fibromateux; d'après Edwing, 3% des fibromes deviendraient malins.

La symptomatologie du sarcome n'est pas très distinctive et souvent le diagnostic n'est porté qu'après l'intervention chirurgicale. L'écoulement sanguin est parfois normal, si l'endomètre n'est pas encore atteint, mais, s'il survient après la ménopause et surtout chez une patiente porteuse de fibrome, il devient significatif. Chez la femme jeune, nous devons y penser en présence de ménorragies ou de métrorragies.

Certaines patientes, au contraire, n'accuseront qu'un écoulement séro-sanguinolent avec des menstruations normales.

Le symptôme le plus caractéristique est l'augmentation rapide de volume d'un utérus fibromateux s'accompagnant ou non de douleur abdominale.

Le sarcome utérin se propage surtout par voie sanguine; les deux organes favorisés quant aux métastases sont les poumons et le foie.

Le traitement curatif du sarcome est l'hystérectomie totale. D'après Masson, il y a 75% de guérisons si la tumeur est encore encapsulée dans l'utérus et découverte à l'ouverture de la pièce, tandis que les guérisons se réduisent à 15% si le sarcome n'est plus enclos dans la paroi utérine et alors la mortalité opératoire est d'environ 12%. Quelques auteurs mentionnent la radiothérapie, mais sans aucun enthousiasme.

Discussion.

M. Roland DECARIE. La malade présentée a été référée au docteur Gauthier par lui-même. La tumeur était volumineuse et s'extériorisait par le col.

M. Raymond SIMARD. La malade avait-elle des troubles de la menstruation?

M. Jacques GAUTHIER. La malade présentait des troubles menstruels sous forme de ménor-

ragie. Le rapport anatomo-pathologique fut celui du docteur Alphonse Bernier. A noter que cette tumeur maligne a évolué avec très peu de manifestations.

L'hématurie symptôme

MM. P. BOURGEOIS, L. FOURNIER
et J. ETHIER

Madame A. F., 66 ans, entre à l'hôpital Notre-Dame le 17 octobre 1943. Depuis l'été dernier, elle ressent de vagues malaises au niveau de l'abdomen, elle sent ses forces diminuer, éprouve du dégoût pour les aliments. Sa digestion, qui avait été excellente, est devenue difficile. On a vainement tenté de relever son état général. Les choses traînent en longueur jusqu'au 14 octobre alors qu'elle est prise subitement d'une crise de rétention complète aiguë des urines. Un cathétérisme donne issue à des urines rouges, contenant de nombreux caillots longs et étroits. Elle est alors dirigée à Notre-Dame où nous sommes appelés à la voir dès son entrée.

Nous sommes en présence d'une malade au teint pâle, amaigrie. L'examen clinique rapide confirme une pression artérielle basse, un cœur au rythme légèrement accéléré, l'hypocondre droit est occupé par une masse volumineuse présentant les caractères de contact lombaire, de ballottement rénal et de sonorité antérieure.

Le toucher vaginal démontre un utérus petit, sénile, avec des annexes non perçus.

L'histoire, l'hématurie totale avec caillots vermiformes, la palpation de la masse de l'hypocondre droit nous permettent de porter le diagnostic clinique d'hypernéphrome du rein droit ou pour le moins de tumeur rénale.

Le 19 octobre, sous anesthésie locale, une dilatation du méat urétral facilite la cystoscopie qui démontre une vessie d'aspect normal. Les deux orifices urétéraux normaux des deux côtés sont cathétérisés à 22 cm. de hauteur.

La division des urines donne comme examen histobactériologique:

<i>Rein droit:</i>	<i>Rein gauche:</i>
Sang	Sang
Pus	Cellules épithéliales
Cellules épithéliales	Quelques leucocytes.
Colibacilles.	

Comme examen fonctionnel: 70 minutes.

	Reins	
	droit	gauche
Quantité totale:	47 c.c.	44 c.c.
Urée au litre:	3 grs 51	8 grs 05
Urée, quantité réelle:	0.164	0.354
Chlorures au litre:	1.47	2.85
P.S.P.:	10%	50%

Une radiographie simple est prise avec les sondes opaques en place. On ne note aucune ombre pouvant être interprétée comme un calcul au niveau de l'arbre urinaire. On note, cependant, que l'ombre du rein droit est allongée surtout aux dépens du pôle inférieur. La pyélographie instrumentale est insuffisante en raison du peu de liquide injecté dans les voies excrétrices des deux reins.

Le 21 octobre, une pyélographie intraveineuse est tentée au diodrast afin d'éclaircir et de confirmer la déformation des calices, signe habituel d'une tumeur envahissant les voies excrétrices. L'image n'est pas fameuse en raison du peu d'excrétion du rein droit, mais l'on a encore l'impression d'une augmentation de volume du pôle inférieur du rein droit par une tumeur développée dans son épaisseur.

Nous maintenons notre diagnostic de tumeur du rein droit et, après préparation, le 28 octobre, sous anesthésie au cyclo-propane, une lombotomie droite nous conduit, malgré un panicule adipeux imposant, sur un rein augmenté de volume. Le pôle inférieur est bosselé, adhérent à la capsule graisseuse et au duodénum. Cette tumeur présente l'aspect macroscopique de l'hypernéphrome, couleur blanc jaunâtre et flots plus rougeâtres même visibles sous la capsule propre du rein.

Une néphrectomie atypique est alors exécutée; la douzième est réséquée, le pôle supérieur est libéré, le pédicule vasculaire est ligaturé après expression de la veine rénale, le bassinnet est disséqué avec toute la graisse hilaire dans laquelle on sent de petits ganglions. La libération du pôle inférieur est difficile en raison des adhérences avec le duodénum. Il nous faut, malgré tout, laisser deux petits nodules sur l'intestin. L'uretère est ligaturé et sectionné; la plaie est refermée en 3 plans sur un drainage par un tube et deux cigarettes.

Les suites opératoires sont assez simples et la malade quitte l'hôpital le 18 novembre, alors que depuis plusieurs jours la radiothérapie est commencée.

L'examen de la pièce montre une tumeur occupant tout le pôle inférieur et se prolongeant jusque dans le bassinnet. L'examen histologique révèle une tumeur polymorphe, tantôt cordonale, tantôt hypernéphroïde, tantôt glanduliforme. (Dr L.-C. Simard.)

Nous avons cru bon de rapporter cette observation pour insister sur la valeur de ce que nous appelons l'hématurie symptôme. En urologie, nous sommes souvent appelés à voir des malades qui font de l'hématurie. Plusieurs maladies à point de départ général, telles que les pyrexies, les maladies du sang, peuvent s'accompagner d'urines rouges, mais nous sommes convaincus que ces hématuries, qui ne sont en somme qu'un épisode au cours de l'évolution et ne représentant qu'un élément de pronostic, ne nécessitent aucune intervention de notre part du point de vue thérapeutique.

L'hématurie symptôme d'une affection de l'arbre urinaire, s'accompagne habituellement de troubles de la miction ou de douleurs ressenties au niveau d'un des points classiques: tels que le costo-lombaire, les points urétéraux ou vésicaux.

Dans d'autres cas, elle sera le seul signe constaté par le malade, qui pourra le diriger vers le médecin et faire rechercher, par des examens appropriés, la maladie dont elle représente le symptôme.

Discussion.

M. J.-A. LAMBERT fait remarquer que depuis quelques semaines il a eu l'occasion d'observer, dans la section de dermatologie, une quantité sans cesse croissante d'hématuries microscopiques. Il aimerait en connaître l'explication.

M. J.-Urgel GARIEPY attire l'attention sur la modalité d'hématurie qui peut être initiale, terminale ou totale, cette dernière provenant toujours du rein.

M. A. BERTRAND. Les sulfamidés sont souvent la cause d'hématurie microscopique.

M. Georges HEBERT. Parmi les antiseptiques urinaires les plus fréquemment employés, la théobromine et l'uroformine employées peuvent provoquer de l'hématurie microscopique; c'est

pourquoi on ne doit pas les employer pour une durée de plus de 4 ou 5 jours, quitte à reprendre leur usage après un repos intercalaire.

M. Paul BOURGEOIS. En urologie l'hématurie symptôme prend une importance capitale et attire immédiatement l'attention sur l'appareil génito-urinaire. Il ne faut pas confondre « l'hématurie symptôme » avec l'hématurie qui accompagne les diverses maladies infectieuses; celle-ci n'est qu'un épisode et ne nécessite aucune intervention de la part des urologistes. L'urotropine à dose prolongée peut être une cause d'hématurie microscopique.

Chorio-épithéliome

M. Antonio LABERGE

Le chorio-épithéliome provient de la transformation maligne des éléments du syncytium. Généralement, on le rencontre à la suite d'un avortement ou après l'expulsion d'une môle hydatiforme. Il semble qu'il doit être associé à une grossesse, puisqu'il se voit le plus souvent chez les femmes fertiles. L'âge de prédilection serait de 20 à 30 ans.

Observation.

Mme C., 24 ans, a des métrorragies depuis 3 mois, date du dernier accouchement à terme. Hospitalisée ailleurs, on lui fait un curetage. L'hémorragie persiste quand même tous les jours. La malade se sent très affaissée et accuse de temps à autre quelques douleurs généralisées à l'abdomen.

A l'examen subjectif, on note de l'anorexie et de la constipation, de la toux sans expectoration, des palpitations et de la dyspnée d'effort.

Pubère à 15 ans, la patiente se marie à 18 ans.

Elle a 3 grossesses avec 3 accouchements normaux.

A l'examen général, le cœur présente un souffle systolique aux 3 foyers, un rythme normal et une pression artérielle de 115/70.

Les poumons nous donnent une respiration soufflante et des râles crépitants à la base du lobe gauche.

L'abdomen est en légère défense musculaire et en hyperesthésie à l'hypogastre.

Examen gynécologique.

Sang à la vulve. Douleur à la pression de la partie inférieure de l'abdomen.

Au palper bimanuel, on perçoit un col entr'ouvert et déchiré, un utérus gros, mou, mobile et très douloureux, des annexes normales.

27/7/43. Diagnostic provisoire: métrite puerérale. Curetage à pratiquer.

18/8/43. Sous anesthésie au pentothal, on constate la présence d'un petit fibrome à la face latéro-ant. et inf. du corps utérin. Le col se dilate facilement. A la curette mousse, on retire de nombreux débris placentaires, nécrosés et infectés. Ecouvillonnage. Tamponnement intra-utérin à l'aide d'une mèche de 5 verges et sulfamul. Compresses vaginales.

Examen anatomo-pathologique.

« On note des plages où le syncytium des villosités placentaires est en hyperplasie extraordinaire formant souvent des cavités. Les cellules chorales sont aussi très actives et présentent des mitoses nombreuses. L'image est celle d'un chorio-épithélioma typique. »

24/8/43 Opération. Anesthésie à l'éther. L.M.C.O.

On constate des adhérences épiploïques et intestinales avec fausses membranes à l'utérus, à la vessie et aux annexes, elles se débrident d'ailleurs facilement. L'utérus est gros, molasse, avec fibrome à la paroi antérieure et inférieure. On procède à l'hystérectomie totale, sans trop de difficulté, avec ligature des ligaments utéro-sacrés. Mise en place d'une mèche iodoformée vagino-paramétrale. Fermeture du vagin. Péritonisation viscérale. Appendice court, sous-péritonéal, recroquevillé sur lui-même avec fausses membranes. Appendicectomie. Fermeture de la paroi en trois plans avec deux drains cigarettes dans le Douglas. Crins et agrafes sur la peau.

(Chirurgien Dr L. Gérin-Lajoie.)

Examen anatomo-pathologique.

L'utérus présente deux foyers de chorio-épithéliome caractéristique. L'endomètre est en réaction inflammatoire subaiguë. (Dr L.-C. Simard.)

Evolution.

5/9/43. Au fond du vagin, on sent un nodule d'induration, au niveau de la commissure droite de la cicatrice.

Pyrexie de 103 à 100 les premiers jours.

Sortie après 56 jours d'hospitalisation.

Examen du sang.

Kline: négatif
Azotémie: 0.39
Glycémie: 1.10

Hémogramme.

1 — 28 juillet 1943:

Gl. rgs: 2,250,000	Poly. neutro.: 42
Gl. bls: 3,500	Grands mono.: 7
H.: 45%	Lymphocytes: 51
V. glo.: 1	Poly. éosino.: 0

2 — 5 août 1943:

Gl. rgs: 3,375,000	Poly. neutro.: 79
Gl. bls: 6,000	Grands mono.: 5
H.: 58%	Lymphocytes: 13
V. glo.: 0.9	Poly. éosino.: 2

3 — 19 août 1943:

Gl. rgs: 2,525,000	Poly. neutro.: 62
Gl. bls: 5,250	Grands mono.: 2
H.: 50%	Lymphocytes: 33
V. glo.: 1	Poly. éosino.: 3

4 — 31 août 1943:

Gl. rgs: 3,050,000	Poly. neutro.: 69
Gl. bls: 7,500	Grands mono.: 3
H.: 62%	Lymphocytes: 26
V. glo.: 1	Poly. éosino.: 2

Urines.

1 — Analyse: traces d'albumine — leucocytes rares — cellules épithéliales.

2 — Réaction d'Asheim Zondek négative (18 sept. 1943).

3 — Dosage: 1100 c.c.

Radiographie.

1 — 25 août 1943: Poumons:

On ne trouve pas de signe évident d'ombre pouvant nous faire penser à la présence de métastases ou de T. B. en évolution. On note, cependant, une bande grise dans la partie inférieure de la plage pulmonaire droite, le long du côté droit du cœur. (Dr Léonard.)

2 — 15 septembre 1943: Poumons:

Image cardiaque et pulmonaire radiologiquement normale. (Dr Bélisle.)

Traitement.

1 — Transfusions répétées.

2 — Sérums physiologiques et glucosés à 5%.

3 — Sherman 38.

4 — Douche intra-utérine (appareil Boseman).

5 — Sulfathiazole et sulfadiazine.

6 — Lavement évacuant.

7 — Fertinic et Solucamphre.

8 — Douche vaginale au Dakin 1/200.

Diagnostic.

Il y a similitude avec l'endométrite aiguë par rétention. Dans le chorio-épithéliome, un premier curetage donne quelquefois une amélioration passagère, du moins en apparence. Tel ne fut pas le cas présentement. La prolifération épithéliomateuse continua sa marche progressive.

Le chorio-épithéliome a généralement une allure foudroyante avec de nombreuses métastases, dont les plus fréquentes sont à localisation pulmonaire.

Le contrôle stétacoustique et radiologique ne nous a pas montré de lésions pulmonaires, jusqu'ici.

Cette malade est suivie au centre anticancéreux et nous aurons, peut-être, l'occasion d'en parler à une séance subséquente. Lors de sa dernière visite, elle avait engraisé de 12 livres en 2 mois.

Discussion.

M. Donatien MARION suggère de faire le dosage de l'hormone gonadotrope pour aider le diagnostic.

M. Charles-Emile GRIGNON. La réaction de Zondek est positive dans les cas de chorio-épithéliome. La malade avait-elle une sécrétion lactée normale? L'examen des sécrétions vaginales, la recherche des cellules néoplasiques est une méthode qui rend de grands services.

M. Roma AMYOT. Pourquoi les débris placentaires se transforment-ils en chorio-épithéliomes?

M. Charles SIMARD. La réaction de Zondek étant négative chez cette malade, il demande à quelle époque la réaction fut faite. L'étude des sécrétions vaginales (Test Papanicolau) est positive dans 60% des cas.

M. Antonio LABERGE. La réaction de Zondek fut faite après l'intervention. L'étiologie est celle de tous les cancers, c'est-à-dire totalement inconnue.

Facteur "Rh" et fausses couches répétées.

M. Albert BERTRAND

Cette communication a paru comme article original dans le numéro de janvier 1944 de *L'Union Médicale*, page 40.

Le secrétaire adjoint du Bureau Médical,
Yves CHAPUT.

DERMOPHYL

CRÈME DERMIQUE

Préparée selon les plus récentes données scientifiques, la pommade DERMOPHYL présente une association parfaitement balancée de médicaments les plus efficaces et sous leur forme la plus active; associés à une base hydrophile spéciale, ils réalisent une crème dermique d'une efficacité remarquable.

Composition

Soufre colloïdal	3 grammes
Résorcine.....	3 "
Peroxyde de zinc.....	15 "
Oxyde de titane.....	3 "
Baume du Pérou.....	3 "
Excipient spécial.....	q.s.p.100 "

Indications

Acnés - Eczémas secs et Chroniques - Parakératoses - Pityriasis - Sycosis - Psoriasis

Mode d'emploi

En applications locales sur les parties affectées.

FABRICANTS ET CONCESSIONNAIRES AU CANADA

ROUGIER FRÈRES

350, RUE LE MOYNE

— MONTREAL

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR J.-L.-A. MOREAU

Le docteur J.-L.-A. Moreau vient de mourir à l'âge de 65 ans. Le défunt avait reçu son doctorat en médecine de l'Université Laval de Montréal en 1904, et y avait également obtenu sa licence de pharmacien. C'est tout particulièrement dans Outremont que le docteur Moreau exerça la médecine et son droit de pratique en pharmacie.

LE DOCTEUR JOSEPH-AVILA RANGER

Le docteur J.-A. Ranger est décédé tout récemment à l'âge de 76 ans. Durant de longues années, il avait été l'assistant du docteur A.-H. Desloges, alors directeur du service provincial des maladies vénériennes.

Nous offrons nos condoléances au docteur Hubert Ranger, son fils, médecin à Pointe-Claire.

LE DOCTEUR ERNEST-E. LAUZON

Le docteur E.-E. Lauzon est décédé le 8 février à l'âge de 70 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal, où il obtint son doctorat en 1896. Depuis 1906, le docteur Lauzon était examinateur en chef de la compagnie d'assurance « Metropolitan Life ».

Nous offrons nos condoléances à son gendre, le docteur Roland Roux, chirurgien attaché à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

LE DOCTEUR JOSEPH OLIVIER

Le docteur J. Olivier vient de mourir à Vancouver à l'âge de 61 ans. Le défunt était un ancien diplômé de l'Université Laval de Québec où il obtint son doctorat en 1904. Il avait exercé d'abord à Charny, puis à Saint-Agapit, enfin en Alberta et à Vancouver.

LE DOCTEUR JULES-M. DUGAS

Le docteur J.-M. Dugas est mort accidentellement en novembre 1943 à l'âge de 32 ans. Le défunt était un diplômé de l'Université Laval de Québec. Il exerçait à Saint-Pierre, Manitoba.

LE DOCTEUR GUSTAVE PROVENCHER

Le docteur G. Provencher vient de mourir à l'âge de 51 ans. Après avoir fait ses études médicales à l'Université de Montréal, il pratiqua sa profession pendant 15 ans dans l'Ouest canadien, puis vint s'établir à Granby en 1936. A sa mort, il était coroner du comté de Shefford.

NOUVELLES

LUTTE POUR L'HYGIENE DENTAIRE¹ PAR LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL

Monsieur le président,

Messieurs,

On est en droit d'attendre de nos universités qu'elles donnent le ton chaque fois que la santé intellectuelle, physique ou morale de la nation est en cause. Par le moyen des écoles et des facultés qui la constituent, l'université est appelée à faire valoir son influence dans les différents milieux d'un pays. Nous avons l'avantage, dans cette partie-ci de la province, de bénéficier des

directives éclairées de deux institutions d'enseignement supérieur, l'une s'inspirant du génie anglais, l'autre du génie français. Nous sommes à même de constater, ce soir, que ces deux universités s'intéressent de très près à notre conservation nationale et qu'elles accordent une attention particulière à toute méthode qui a pour effet de sauvegarder notre santé.

Autrefois, lorsqu'on parlait d'hygiène ou de médecine préventive, on disait qu'il s'agissait en l'occurrence de la médecine de l'avenir. Ces prédictions ont, je crois, donné raison à leurs auteurs. On ne peut douter, aujourd'hui, de l'efficacité des moyens de prévention. Les résultats sont patents. Nous avons réduit d'une façon appréciable, par exemple, le taux des décès causés par les ma-

1. Allocution prononcée par l'Honorable Henri Groulx au dîner de clôture des « Journées médico-sociales » des dentistes de la province de Québec, à l'Université de Montréal.

LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX



Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufre, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.

**PUISSANT MODIFICATEUR DU
TERRAIN RHUMATISMAL**

●

DOSES: Jusqu'à cessation des douleurs, la dose devra être forte, de 12 à 18 Capsules par 24 heures. Prendre de préférence une Capsule — ne jamais dépasser 2 capsules — toutes les heures ou toutes les deux heures. Après la cessation des douleurs, réduire la dose du tiers, puis de la moitié et plus.

PRÉSENTATION: En flacons de 100 Capsules.

SULFOSALYL

Échantillon sur demande.

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE
209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

ladies contagieuses. A côté des statistiques que nous pouvons apporter, nous sommes fiers d'ajouter, à l'occasion, les opinions de professionnels avertis en matière d'hygiène publique et, ce que nous considérons d'une importance capitale, les sages conseils de nos universitaires.

Vous avez, pendant ces deux jours, plaidé la cause de la dentisterie préventive. Vous avez, par conséquent, donné une fois de plus votre adhésion aux méthodes que nous avons adoptées depuis les dernières années afin d'enrayer les ravages d'une maladie qu'il est facile d'éviter. Il faut proclamer les bienfaits de l'hygiène dentaire. Dans trop de milieux, on témoigne d'une ignorance complète à ce sujet. Trop nombreux sont ceux qui feignent de comprendre l'influence que peut exercer l'hygiène dentaire sur notre santé. La presque impossibilité d'attacher un dentiste à chaque localité est un autre facteur qui milite en faveur de l'observation des principes de la dentisterie préventive.

Le Collège des Chirurgiens dentistes de la province de Québec a fait preuve d'une intelligente compréhension dans le passé en secondant les efforts du gouvernement de cette province pour donner à l'hygiène préventive l'importance qui lui était due. Il y avait d'une part le souci de mettre en évidence les bienfaits des méthodes de prévention. Il y avait aussi l'urgence de renseigner nos populations sur l'œuvre néfaste de la carie dentaire et sur les dangers de négliger le traitement requis pour la préservation des dents de nos enfants et des adultes.

Il est admis qu'une hygiène dentaire mal observée retarde considérablement l'avancement de l'hygiène en général. La pyorrhée, la carie dentaire influent malheureusement sur la santé de l'individu qui souffre de ces éléments destructeurs. Il entre dans les fonctions des membres de la profession dentaire de faire comprendre à nos gens que les dents et la bouche sont des foyers de microbes contre lesquels il faut se défendre. Par ailleurs, les enfants sont les premiers à qui l'on doit protection, les premiers à qui il convient d'appliquer les moyens de prévention. Il est pénible de constater que 98% des enfants de chez nous souffrent de la carie des dents et que chacun d'entre eux représente à lui seul cinq dents cariées. Il n'est pas besoin de déterminer jusqu'à quel point la santé de l'enfant se ressent de la perte prématurée ou de la carie des dents. L'expé-

rience a prouvé que l'enfance et l'adolescence sont des périodes critiques de la vie. Exposer à cette époque la résistance et appeler la maladie, faute de moyens appropriés pour conserver la première et prévenir la seconde, c'est mettre en danger l'avenir même de la nation.

Les chirurgiens dentistes de cette province ont étudié les différents problèmes et discuté du pratique des nouvelles méthodes de prévention au cours de congrès dont le dernier fut tenu à Québec, du 21 au 23 octobre 1943. Nos universités, je suis heureux de le souligner, ont institué au moment voulu des chaires de dentisterie préventive. Nos étudiants se sont familiarisés avec les causes de la carie dentaire et les façons de l'éviter. On leur a enseigné, aussi, la manière de traiter les dents des enfants. Le gouvernement de cette province a mis sur pied, en 1942, un département qu'il a appelé la Division d'enseignement de l'Hygiène dentaire. Nos spécialistes sont allés dans nos maisons d'enseignement pour y donner des cours d'hygiène dentaire. Ils ont prononcé des conférences publiques et tenu des cliniques. Ils ont fait en sorte de suppléer au manque de connaissances de milliers et de milliers de nos concitoyens. Ils ont établi les conséquences d'une mauvaise nutrition sur la formation et le développement naturel des dents. Ils ont révélé les désordres qu'entraînent généralement la négligence et le manque de soins apportés à nos dents.

Dans nos régions rurales, le travail de propagation et de vulgarisation en hygiène dentaire est laissé d'ordinaire à nos médecins et à nos gardes-malades. Dans les centres de colonisation, l'infirmière s'emploie à dispenser les conseils voulus aux familles de nos colons. Il entre dans nos intentions d'attacher à chaque unité sanitaire un dentiste hygiéniste. Son travail consistera à donner des conférences, à visiter les écoles et les institutions enseignantes, à examiner la bouche de tous les enfants d'âge scolaire, à aviser les parents de l'état de leurs enfants. En 1942, alors que deux jours par semaine dans dix-huit unités sanitaires un dentiste hygiéniste s'occupait exclusivement d'hygiène dentaire, 669 conférences furent données, 3,951 enfants furent examinés et trouvés normaux. Un examen fut fait de 28,366 autres enfants lesquels souffraient de défectuosité quelconque. Il y eut extraction de 18,638 dents et 6,769 cas de prophylaxie.

PÈRES DE LA MÉDECINE CANADIENNE

★ UNE AUTRE ANNONCE DE LA SÉRIE



Michel Sarrazin

MÉDECIN ET CHIRUGIEN
(1659-1734)

SARRAZIN fut le plus renommé des médecins-chirurgiens de son temps au Canada. En outre, il se distingua comme naturaliste. Il naquit en France, en 1659, à Nuicts-sous-Beaune, en Bourgogne. Il fut diplômé en médecine à l'Université de Reims. En 1686, il fut Chirurgien-Major des troupes françaises à Québec, où il s'établit et prit part à la vie de la colonie.

En 1693, il fut choisi comme médecin de l'Hôpital Général par les Religieuses qui dirigeaient cet hôpital. Un an plus tard, il retournait en France pour se perfectionner dans sa profession. Pendant son retour au Canada, à bord de la "Gironde", il lutta contre une épidémie de typhus et sauva de nombreuses vies, y compris celle de Mgr de Saint-Vallier, Evêque de Québec et fondateur de l'Hôtel-Dieu dans cette ville.

Les mémoires qu'écrivit Sarrazin sur la faune canadienne lui valurent d'être élu membre de l'Académie Royale des Sciences de France. Ces travaux comprennent des études sur l'anatomie du lynx, du rat musqué, du chevreuil, de l'original, du porc-épic et du castor. Il catalogua plus de 200 plantes canadiennes et écrivit également un traité sur la production du sirop d'érable.

Sarrazin opéra Soeur Marie Barbier et Soeur Elizabeth Chéron, pour une maladie qu'on suppose

avoir été le cancer. On lui attribue plusieurs opérations similaires et "d'autres plus difficiles". On croit qu'il introduisit la plante distillatoire (*Sarracenia Canadensis*) pour le traitement de la variole.

Ce grand pionnier de la médecine et de la chirurgie ne recevait rien ou presque rien de ses patients. Comme Docteur du Roi, on lui accordait 300 livres par année et même quand ses émoluments furent portés à 600 livres, ses ressources étaient si maigres qu'il manifesta le désir de quitter la colonie. Pour prévenir son départ et augmenter ses revenus, on le nomma membre de la Cour Supérieure. Plus tard, ses émoluments furent portés à 2,000 livres par année.

Encore actif à 75 ans, Sarrazin tomba malade et mourut de la variole hémorragique à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 8 septembre 1734, après deux jours de maladie.

L'exemple donné par des hommes de caractère comme Sarrazin, qui ont contribué à établir la pratique de la médecine au Canada sur une base solide, inspire notre compagnie à veiller toujours plus jalousement sur le maintien de sa politique — Exactitude Thérapeutique et Excellence Pharmaceutique.

WILLIAM R. **WARNER** & COMPANY LTD.

Fabricants de Produits Pharmaceutiques
727-733 KING STREET WEST, TORONTO
1856-1944

LE SYMBOLE
D'EXCELLENCE
PHARMACEUTIQUE



WARNER
FONDÉE EN 1856

Pour faire triompher l'hygiène, il faut conserver une partie imposante de ses activités à la question de l'éducation. Nous comptons que nos dentistes hygiénistes pourront avoir accès à tous les milieux scolaires, qu'il s'agisse de maisons d'enseignement secondaire, d'écoles normales, de couvents ou de collèges. Le geste que vous avez posé ces deux jours en donnant à vos universités des cours particuliers sur la dentisterie de l'enfant nous confirme davantage dans l'opinion que le premier point à aborder est bien celui de l'éducation de nos gens. Il est à espérer qu'un enseignement pratique ajouté à une volonté sans limite de coopérer de la part de nos professionnels, des facultés et des associations dentaires de cette province nous aiderait à faire disparaître les défauts trouvés actuellement dans la dentition et de relever ainsi la santé et le bien-être de nos populations.

Venant de si haut, un mouvement comme le vôtre, Messieurs, ne pourra que frapper l'imagination de l'individu. Eclairer le peuple sur ses devoirs et ses responsabilités est une prérogative qui vous est réservée et que vous partagez avec les autorités gouvernementales. Membres d'une même société, nous sommes obligés vis-à-vis nos semblables. La conservation et l'amélioration de la santé de notre voisin nous sont confiées. Nous manquerions singulièrement à nos devoirs en omettant de mettre à la portée du profane les outils, les instruments que nous procure une science en progrès.

Vous n'êtes pas, Messieurs, de ceux qui se dérobent à de tels devoirs. Vous avez pris une initiative, que je me plais à louer, en préconisant la dentisterie préventive. Je vous en félicite et je vous exprime la reconnaissance de vos concitoyens et de ceux qui ont la tâche de les gouverner.

ELECTIONS AU COMITE PROVINCIAL DE DEFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Le docteur J.-A. Vidal a été élu Président de cet organisme, succédant ainsi au docteur J.-A. Couillard.

Le docteur Adélarde Groulx en a été nommé Vice-Président.

Le docteur Georges Grégoire demeure au poste de Secrétaire.

Les Directeurs de ce comité, en plus des officiers déjà mentionnés, sont: les docteurs Jean Grégoire (sous-ministre de la Santé), Jarry, Couillard, Wherret, Foley, Desmeules, Lasalle Laberge, Hervé Baudoin, Gérard Michaud, Burke, MacDonald et Fernand Hébert, qui vient d'être ajouté au groupe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTREAL

Heure de Biologie
1943-1944

Programme pour les conférences du second semestre

organisée par la Société de Biologie de Montréal
sous les auspices de l'« A.C.F.A.S. » et de la
« Revue Canadienne de Biologie »

Deuxième semestre

- 13 janvier 1944 — *M. Charles Oberling, M.D.:*
« La science moderne devant les infiniment
petits. »
- 20 janvier 1944 — *M. Maurice Panisset, M.V.:*
« Sérums et antitoxines. »
- 27 janvier 1944 — *M. Pierre Masson, M.D.:*
« Histoire d'une découverte par un témoin.
E. Bataillon ou la parthénogénèse trauma-
tique. »
- 3 février 1944 — *M. L. Brouha, M.D.:*
« L'Homme au travail. Considérations phy-
siologiques. »
- 10 février 1944 — *Abbé R. Dolbec:* « La bio-
logie du castor. »
- 17 février 1944 — *M. J.-E. Morin, M. D.:*
(Titre à paraître plus tard.)
- 24 février 1944 — *M. Guy Gauthier, D.Sc.:*
« Le hanneton commun du Québec. »
- 2 mars 1944 — *M. Roger Gaudry, D.Sc.:* « Les
acides aminés et la vie. »
- 9 mars 1944 — *M. L. Berger, M.D.:* « Les
éléments hétérosexuels dans l'ovaire hu-
main. »

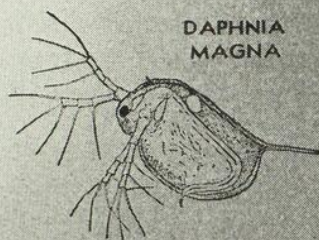
RF
PN MO-
GARIQUE

SOULAGEMENT SYMPTOMATIQUE

DANS L'HYPERTENSION

VÉRATRITE

CONTRÔLÉ ET TITRÉ PAR LA DAPHNIA



DAPHNIA
MAGNA

La "Daphnia Magna" est un réactif vivant qui permet de déterminer sûrement la toxicité relative des préparations de Veratrum (ellébore). Le complexe du Veratrum a une action si marquée sur la locomotion de la "Daphnia" qu'on peut exprimer quantitativement le degré d'altération de cette fonction.

Vératrite apporte un soulagement durable aux hypertendus qui présentent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il aide à prévenir les bouffées et les accès explosifs de l'hypertension et évite ainsi au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité. Vératrite contient du Veratrum Viride, du nitrite de soude et du phénobarbital, principes dont l'efficacité thérapeutique est reconnue.

Le Veratrum Viride (ellébore vert) employé dans la fabrication du VÉRATRITE est titré biologiquement par la méthode de la Daphnia Magna.

On devra en établir la dose d'après l'abaissement des pressions systolique et diastolique que l'on aura enregistré à la suite de son administration. Il s'administre par la bouche.

Nous vous fournissons sur demande une plus ample documentation touchant ce produit.

Présentation en flacons de 50, 100 et 500 comprimés



IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS AU CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL

**CLINIQUES DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE
DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL**

1944

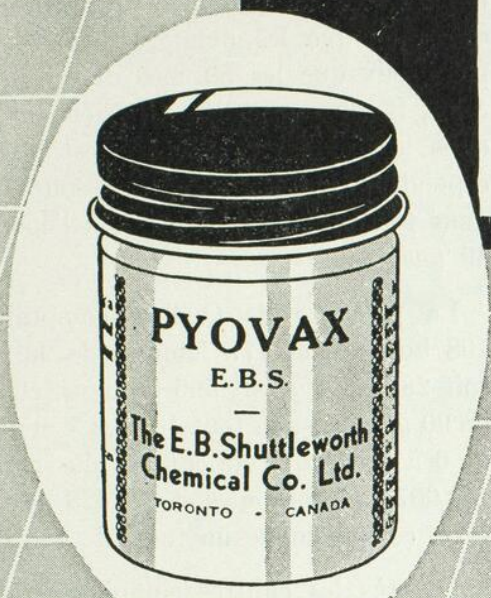
PROFESSEUR: ALBÉRIC MARIN (Notre-Dame).

Professeur agrégé: Paul Poirier (Hôtel-Dieu).

Assistants: F.-L. Boulais (Notre-Dame).

A. Lambert (Notre-Dame).

Mois	Date	Jour	Lieu	Heures	Groupe	Titres
Mars	23	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	II	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.
—	24	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	I	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.
—	27	Lundi	N.-Dame	9 à 12	II	Impétigo. Sycosis. Intertrigo, etc.
—	30	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	II	Eczéma. Urticaire. Allergie, etc.
—	31	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	I	Impétigo. Sycosis. Intertrigo, etc.
Avril	13	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	II	Pelade. Teigne. Pédiculose. Gale, etc.
—	14	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	I	Eczéma. Urticaire. Allergie, etc.
—	17	Lundi	N.-Dame	9 à 12	II	Cancers et précancers.
—	20	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	II	Tuberculose et tuberculides.
—	21	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	I	S. I, II, III, Latente. Diagnostic.
—	24	Lundi	N.-Dame	9 à 12	II	S. I, II, III, Latente. Diagnostic.
—	27	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	II	Traitements de la syphilis.
—	28	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	I	Syphilis congénitale.
Mai	1	Lundi	N.-Dame	9 à 12	II	Syphilis nerveuse et viscérale. Diagnostic.
—	4	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	II	Traitement de la syphilis nerveuse.
—	5	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	II	Eczéma. Urticaire. Allergie, etc.
—	8	Lundi	N.-Dame	9 à 12	III	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques.
—	11	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	III	Impétigo. Sycosis. Intertrigo, etc.
—	12	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	II	Psoriasis. Pityriasis Rosé. Acné. Séborrhée, etc.
—	15	Lundi	N.-Dame	9 à 12	III	Psoriasis. Pityriasis Rosé. Acné. Séborrhée, etc.
—	19	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	II	Syphilis I, II, III, et Latente. Diagnostic.
—	22	Lundi	N.-Dame	9 à 12	III	Eczéma. Urticaire. Allergie, etc.
—	25	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	III	Cancers et précancers.
—	26	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	II	Traitement de la syphilis.
—	29	Lundi	N.-Dame	9 à 12	III	Syphilis I, II, III et Latente. Diagnostic.
Juin	1	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	III	Traitements de la syphilis.
—	2	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	II	Syphilis congénitale.
—	5	Lundi	N.-Dame	9 à 12	III	Syphilis nerveuse et viscérale. Diagnostic.
—	8	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	III	Traitements de la syphilis nerveuse.
—	9	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	III	Herpès. Zona. Lichen Plan. Verrues, etc.
—	12	Lundi	N.-Dame	9 à 12	I	Psoriasis. Pityriasis Rosé. Acné. Séborrhée.
—	15	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	I	Pelade. Teigne. Pédiculose. Gale, etc.
—	16	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	III	Tuberculose et tuberculides.
—	19	Lundi	N.-Dame	9 à 12	I	Cancers et précancers.
—	22	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	I	Tuberculose et tuberculides.
—	23	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	III	Syphilis I, II, III et Latente. Diagnostic.
—	26	Lundi	N.-Dame	9 à 12	I	Herpès. Zona. Lichen Plan. Verrues, etc.
—	29	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	I	Syphilis I, II, III et Latente. Diagnostic.
—	30	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	III	Traitements de la syphilis.
Juil.	3	Lundi	N.-Dame	9 à 12	I	Traitements de la syphilis.
—	6	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	I	Syphilis nerveuse et viscérale. Diagnostic.
—	7	Vend.	H.-Dieu	9 à 10.30	III	Syphilis congénitale.
—	10	Lundi	N.-Dame	9 à 12	I	Traitements de la syphilis nerveuse.
—	13	Jeudi	N.-Dame	9 à 12	I	Récapitulation, etc.

Pour ce**“mal embêtant”****l'Anthrax ordinaire****PYOVAX E.B.S.****ONGUENT VACCIN POUR L'ANTHRAX**

La plupart des tumeurs furonculeuses sont causées par un staphylocoque ou un streptocoque quelconque. Comme vaccin concentré, pour application locale, le Pyovax E.B.S. est préparé de façon à ce que chaque gramme contienne 40,000,000 de staphylocoques et 40,000,000 de streptocoques tués, et, pour plus de force, 20,000,000 de bacilles pyocyaniques sont aussi inclus dans chaque gramme, à cause du grand champ d'activité bactéricide de la pyocyanine.

Le contrôle biologique local ainsi obtenu est aidé par l'action chimique désinfectante des sulfo-ichtyolates et de l'oxyde de zinc.

Le Pyovax est utile et recommandé dans tous les cas où il y a du pus. Il faut d'abord bien laver les parties affectées à l'eau bouillie, y appliquer du Pyovax, et les recouvrir de gaze stérilisée. Le traitement doit être renouvelé soir et matin, tant que cela est nécessaire. Les comprimés

Stannid E.B.S., administrés per os, sont un adjuvant très utile pendant ce traitement.

Le Pyovax E.B.S. est vendu dans toutes les pharmacies modernes, en pots opales de ½ once, très pratiques.

Quand vous ordonnez du Pyovax E.B.S. ou du Stannid E.B.S., faites toujours suivre le nom du produit des lettres E.B.S. afin de bien l'identifier.

R
Pyovax E.B.S.

R
Stannid E.B.S.

Références:

Boyce, Lampert et McPetridge, New Orleans M. & S. Jour.: 86:158, 1933.

Krueger et Scribner, J. A. Med. Assn. Vol. 116, No 19, 20 (1941). Jour. Lancet Minneapolis, fév. 1941, p. 56.



Toronto

Ontario

Etabli en 1879

Documentation descriptive sur demande.

PROMOTIONS AU SERVICE DE SANTE DE MONTREAL

Docteur J.-N. Laporte, D.P.H., nommé *directeur adjoint* du service de santé et surintendant de la division de l'hygiène de l'enfance.

Docteur C.-A. Bourdon, M.P.H., nommé *officier spécial* au cabinet du directeur du service de santé et chef des districts sanitaires.

Docteur J.-A. Landreville, M.P.H., nommé *officier spécial* au cabinet du directeur du service de santé et chef adjoint des districts sanitaires.

Docteur L. Dubreuil, M.P.H., nommé *assistant-surintendant* de la division de l'hygiène de l'enfance.

6.500 IMMUNISATIONS ANTIDIPHTERIQUES

Grâce aux progrès de l'hygiène, grâce aux vaccinations et à l'intervention dans tous les pays de la législation sanitaire, la science apporte à la collectivité des bienfaits incalculables. Durant les deux derniers mois, afin d'assurer la prophylaxie de la tuberculose, près de trois cents cliniques anti-tuberculeuses ont eu lieu dans les territoires desservis par les unités sanitaires de la province de Québec; plus de neuf mille personnes y furent examinées. Chaque jour, la médecine devient plus préventive; elle ne s'applique pas seulement à l'individu, mais à la famille, à la collectivité. Par exemple, afin de préserver et de préparer, pour l'avenir, les générations nouvelles, les Unités sanitaires de la province utilisent tous les moyens de prévention. Près de 3,000 vaccinations antivarioliques ont eu lieu en novembre et en décembre. Les immunisations antidiphtériques (complétées) dépassèrent six mille cinq cents. C'est dire qu'une protection efficace est assurée à tous nos enfants dont les parents se conforment aux conseils des hygiénistes et des médecins praticiens.

LES HOMMES L'EMPORTENT SUR LES FEMMES DANS LE QUEBEC

La répartition de la population selon l'âge et le sexe dans la province de Québec permet de constater que les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes dans les régions rurales, tandis que celles-ci détiennent la majorité dans les centres urbains. Il est bon d'observer cependant que les hommes sont en majorité dans toute la province, sauf à l'époque de 20 à 49 ans.

La province de Québec comptait, en 1941, 108 hommes et 177 femmes de 95 ans et plus, soit 285. Il y avait 596 hommes et 911 femmes de 90 à 94 ans, en tout 1,507. Ce sont les enfants de 0 à 4 ans qui étaient les plus nombreux, soit 179,007 enfants mâles et 174,428 bébés de l'autre sexe, ce qui donne un total de 353,435.

D'après les chiffres compilés par la division de démographie du ministère de la santé et du bien-être social de la province de Québec, la distribution de la population en 1941 selon l'âge et le sexe s'établit comme suit:

Age	total	hommes	femmes
0 à 4 ans	353,435	179,007	174,428
5 à 9 ans	347,940	175,179	172,761
10 à 14 ans	361,438	181,899	179,539
15 à 19 ans	351,193	175,941	175,252
20 à 24 ans	304,237	148,355	155,882
25 à 29 ans	282,059	139,533	142,526
30 à 34 ans	242,691	122,662	124,029
35 à 39 ans	217,399	110,057	107,342
40 à 44 ans	183,201	91,789	91,412
45 à 49 ans	162,220	83,773	78,447
50 à 54 ans	140,100	71,935	68,165
55 à 59 ans	114,288	59,251	55,037
60 à 64 ans	91,726	47,154	44,572
65 à 69 ans	71,159	36,162	34,997
70 à 74 ans	49,504	24,450	25,054
75 à 79 ans	30,576	14,660	15,916
80 à 84 ans	16,341	7,505	8,836
85 à 89 ans	6,583	2,966	3,617
90 à 94 ans	1,507	596	911
95 à	285	108	177

La population globale définitive de 1941 atteignait donc 3,331,882 personnes, dont 1,672,982 hommes et 1,658,900 femmes.

UROPRALINE

An illustration of two runners in profile, running from left to right. The runner in the foreground is white, while the one behind is a black outline. They are running on a green background that has a white vertical line and horizontal motion lines on the left side, suggesting speed and movement.

Elimin

L'ACIDE
URIQUE

Hexaméthylènetétramine - Ben-
zoate de Lithine - PIPERAZINE
Bicarbonate de Soude
SOUFRE COLLOIDAL

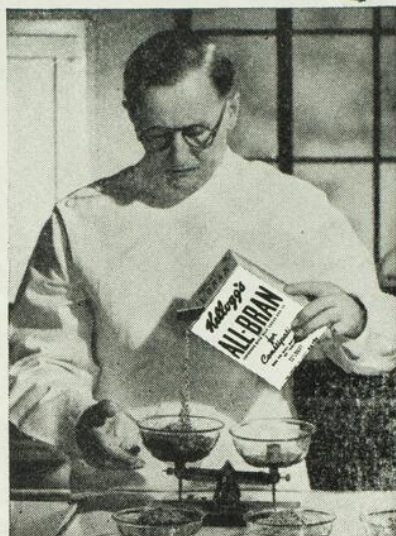
HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL — MONTRÉAL

Les céréales sont reconnues comme source efficace de substance fibreuse

Une grande différence existe dans le degré de digestibilité de l'élément fibreux de diverses sources alimentaires!



AFIN de se rendre compte si, théoriquement, d'égales quantités de substances fibreuses, provenant de sources diverses, produiraient les mêmes résultats laxatifs, un groupe d'étudiants en chimie d'une Université du mid-west des Etats-Unis, fut soumis à un régime d'épreuve exempt de substance fibreuse *. On y ajouta par la suite des aliments contenant d'égales quantités d'éléments fibreux, mesurées conformément aux tableaux que donnent les manuels de nutrition, puis on compara les effets laxatifs.

Tel que prévu, l'effet laxatif fut quelque peu différent chez les divers sujets. Cependant, des différences appréciables dans la digestibilité des substances fibreuses provenant de sources naturelles furent constatées.

Les épreuves ont démontré que la substance fibreuse du chou et du ALL-BRAN de KELLOGG possédait les propriétés les plus efficaces pour former le volume nécessaire dans l'intestin, en outre d'une action laxative appréciable. Les fruits et certains légumes à l'épreuve donnèrent des résultats inconstants et moins prononcés.

On peut donc constater que le ALL-BRAN de KELLOGG, céréale uniformément préparée, possède une teneur en éléments fibreux presque constante; par conséquent, ses propriétés pour former le volume nécessaire et son action laxative sont sûres.

* Sur demande, les médecins recevront des imprimés de ces rapports ainsi que d'autres articles sur le même sujet.

KELLOGG COMPANY OF CANADA LIMITED, London, Ont.

LA SYPHILIS HEREDITAIRE ET SES PERILS

Parmi tant d'innocentes victimes que font les maladies vénériennes, celles qui ont reçu la syphilis comme héritage méritent particulièrement notre sympathie et la mise en œuvre de tous nos moyens d'action. Il faut à tout prix que ces tragédies soient évitées en exigeant le certificat prénuptial, l'examen du sang chez la femme au début des grossesses, et le traitement s'il y a lieu, déclare le docteur Jules Archambault, directeur de la division des Maladies vénériennes au ministère de la santé et du bien-être social de la province de Québec.

La transmission de la syphilis héréditaire se fait toujours par la voie maternelle. La femme qui a été infectée de syphilis et n'a pas été suffisamment traitée, devra l'être durant ses grossesses, même si celles-ci surviennent plus de quatre ans après la contamination. Institué assez tôt, c'est-à-dire avant le cinquième mois, ce traitement assure pratiquement la naissance d'enfants sains, tandis que, s'il fait défaut, l'enfant issu d'une mère syphilitique, neuf fois sur dix sera infecté, soit qu'il naisse avec des stigmates ou des lésions, qu'il en présente plus tard, ou que se produise chez lui un arrêt au développement intellectuel.

Dans sa forme héréditaire, la syphilis diminue la valeur de l'individu. La kératite interstitielle, par exemple, qui atteint 25 pour cent des hérédos, malgré qu'elle cède d'ordinaire au traitement, retarde l'instruction de l'enfant au point de gaspiller ses énergies intellectuelles et de compromettre son avenir.

Souvent enfin la syphilis aura créé chez l'hérédos des lésions du cerveau, des organes et des glandes endocrines, légères, mais suffisantes pour produire une jeunesse paresseuse, insupportable, voleuse, dolente et malade, qui peuple les hôpitaux d'enfants et fait, dans la vie, des diminués voués à la décadence et à l'immoralité, quelquefois même au crime.

A VENDRE.

Résidence et pharmacie à vendre ou bureau et pharmacie à louer. Abandon des affaires pour cause de santé. Docteur J.-B. Drouin, Victoriaville.

THÉRAPIE QUOTIDIENNE RATIONNELLE *Simplifiée* AUX VITAMINES RENDUE POSSIBLE AVEC UNE CAPSULE

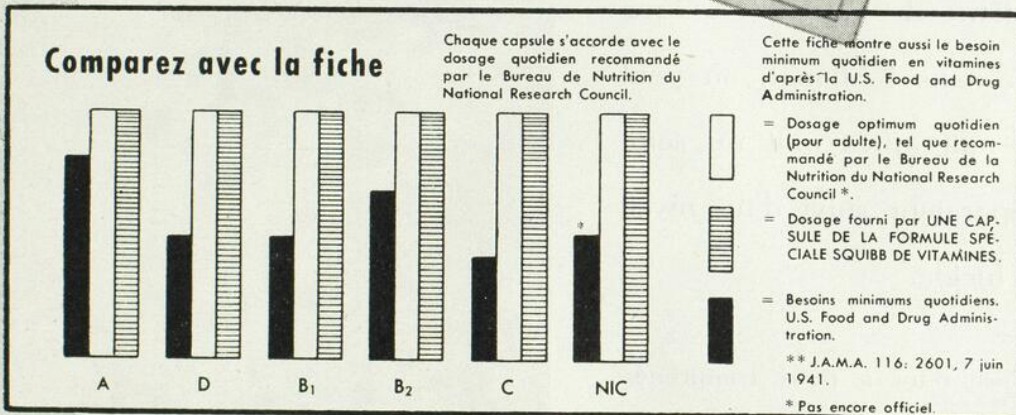
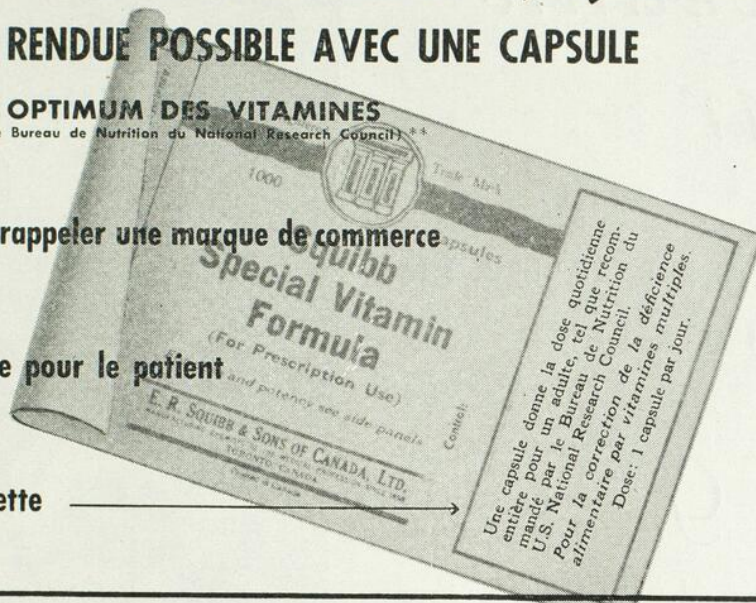
SUPPLÉMENT OPTIMUM DES VITAMINES

(recommandé par le Bureau de Nutrition du National Research Council)**

Pas besoin de se rappeler une marque de commerce

D'un prix minime pour le patient

Examinez l'étiquette



Voici quelque chose de **NOUVEAU** en Thérapie Vitaminique Correcte:

Pour tous renseignements s'adresser à:—
36 CALEDONIA ROAD, TORONTO, ONT.
**E. R. SQUIBB & SONS
OF CANADA, Ltd.**
FABRICANTS DE PRODUITS CHIMIQUES
POUR LE CORPS MÉDICAL DEPUIS 1858

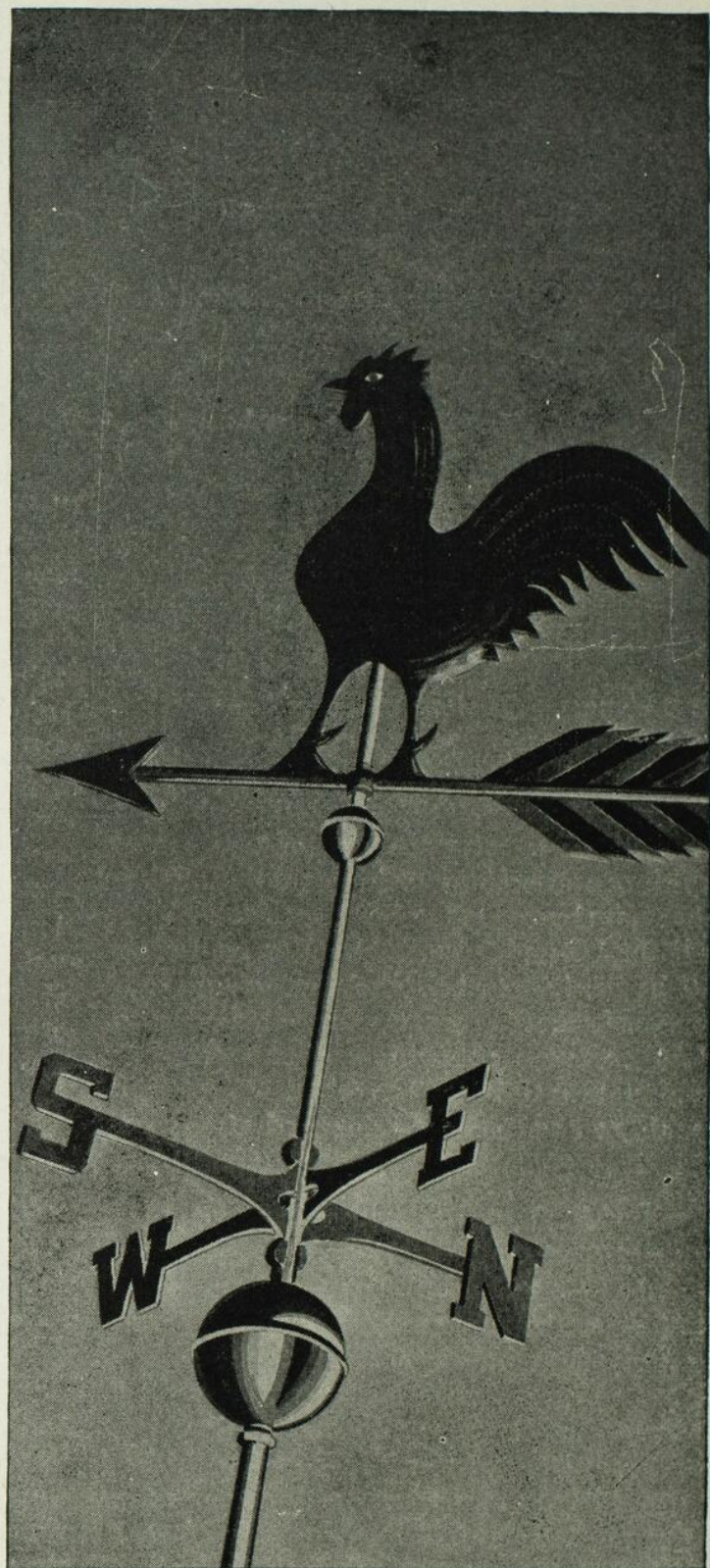
1. Les Capsules de Vitamines d'après la Formule Spéciale Squibb se vendent en vrac aux pharmaciens. Le pharmacien n'est pas obligé de garder sur ses tablettes des paquets de différentes grandeurs; de fait, il n'y en a pas.
2. On prescrit pour un patient le nombre de capsules qu'on veut pour n'importe quelle durée de temps.
3. En général, les pharmaciens remplissent la prescription au prix d'une capsule, environ sept ou huit cents la capsule, que l'on en prescrive 10 ou 100.
4. La thérapie aux vitamines avec les Capsules de Vitamines d'après la Formule Spéciale Squibb n'est pas coûteuse. Les Laboratoires Squibb font tout possible pour que le prix reste bas... pour encourager le médecin à prescrire la préparation polyvitaminique... pour conserver le contrôle de la thérapie vitaminique à qui elle appartient: la surveillance du médecin unie à la collaboration du pharmacien.

Je chante clair

AU CIEL CLAIR
DE L'AURORE

Grâce à la prompté élimination du sédatif unique contenu dans l'Allonal, on peut obtenir nuit après nuit un sommeil réparateur suivi d'un réveil clair et lucide.

A la dose d'un à deux comprimés, l'Allonal procure un sommeil tranquille de 6 à 8 heures, même si l'insomnie est accompagnée de douleur. En effet l'allyl-isopropylbarbiturate de phényl-diméthyl-diméthylaminopyrazolone possède la double action d'un sédatif et d'un *analgésique* de qualité.



HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, Montréal



fertinic



Fertinic

est la plus récente contribution des laboratoires de recherches à la science de l'Hématologie. Le phosphore de sa formule prévient la déphosphatation qui accompagne habituellement les traitements au fer sous une autre forme. FERTINIC offre du fer à l'état ferreux stable. Il est extrêmement bien toléré.

FLACONS ORIGINAUX DE 90 CAPILS

POSOLOGIE: SIX CAPILS PAR JOUR

Echantillons et littérature sur demande

LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL

Chimistes • Pharmaciens • Biologistes

FABRICANTS DE HAUTES SPÉCIALITÉS THÉRAPEUTIQUES

Reconstituant des forces musculaires



EUSTHENYL

méthylarsinate de sodium — cola — vitamine B₁
 phosphate acide de sodium — noix vomique
 nucléinate de sodium — teinture de gentiane

FATIGUE GÉNÉRALE — SURMENAGE — ASTHÉNIE
 TROUBLES DE LA NUTRITION ET DE LA CROISSANCE

Une à deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, avant les repas.



SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE
 INCORPORÉE

680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

Collaboration des LABORATOIRES avec les MEDECINS

LES EXAMENS NECESSAIRES AU DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS

Les laboratoires du ministère de la Santé et du Bien-Être social sont gratuitement mis à la disposition de tous pour les examens nécessaires au diagnostic de la syphilis. Mais il faut recourir à un médecin dûment qualifié pour appliquer ces méthodes d'examen et pour en interpréter les résultats en regard des symptômes du patient.

- Lorsque la lésion initiale de la syphilis vient d'apparaître, 3 semaines environ après le contact infectant, l'examen du sang ne révèle pas encore l'infection. On s'assurera qu'elle existe au moyen du microscope qui fait voir les tréponèmes mobiles et vivants dans la sérosité du chancre syphilitique.
- Vers le quinzième jour qui suit le début du chancre, la réaction du sang devient positive et le restera d'ordinaire aussi longtemps que le syphilitique n'est pas traité. Connue sous le nom de Wassermann, qui le premier l'appliqua, cette réaction constitue la preuve la plus certaine

et la plus constante de la syphilis, lorsqu'elle est positive et dûment contrôlée. Elle accompagne les manifestations, toujours passagères, des premières années de la syphilis, et se retrouve encore 10, 20 et 30 ans plus tard, lorsque surviennent, au système nerveux, au cerveau, au cœur, ou aux autres organes, les terribles accidents qui rendent la maladie si redoutable.

- Avant qu'ils n'apparaissent, il s'écoule une longue période latente, où la syphilis ne se manifeste par aucun autre symptôme qu'une sérologie positive. A ce moment, 50% des individus atteints ignorent qu'ils sont infectés; d'autres ont abandonné le traitement qu'ils croient inutile, parce qu'ils se portent bien. Ils jouissent d'une fausse sécurité et s'acheminent vers des désastres, car le tréponème accomplit silencieusement dans l'organisme son œuvre de destruction. Pour l'enrayer il n'existe qu'un moyen: le traitement. Aussi faut-il l'appliquer au plus tôt à tous les syphilitiques, et dépister cette maladie insidieuse en pratiquant l'examen du sang chez tous sans distinction.

- La division des maladies vénériennes — Ministère de la santé et du bien-être social.

Honorable Henri Groulx,
ministre.

Dr Jean Grégoire,
sous-ministre.



RADIOSTOLEUM

Nom déposé

(Solution standardisée de Vitamines A et D)

Aucun mode d'administration des Vitamines A et D n'est plus efficace, et ordinairement plus agréable, que celui offert par le Radiostoleum.

Le Radiostoleum liquide contient 15,000 unités internationales de Vitamine A et 3000 unités internationales de Vitamine D par gramme. Chaque ampoule contient 6000 unités internationales de Vitamine A et 1200 unités internationales de Vitamine D.

On peut donc ainsi administrer des doses prophylactiques et thérapeutiques de Radiostoleum sous un faible volume d'huile végétale d'assimilation facile et d'un goût agréable.

L'administration régulière du Radiostoleum est particulièrement conseillée pendant tout l'hiver lorsque les besoins en Vitamines A et D se font davantage sentir et que leur apport dans l'alimentation est moindre, et aussi au cours du printemps à cause de la diminution des réserves dans l'organisme pendant les mois d'hiver.

On peut employer le Radiostoleum-D comme thérapeutique lorsque de plus fortes proportions de Vitamine D sont nécessaires. Chaque gramme de cette préparation contient 15,000 unités internationales de Vitamine A, et 10,000 unités internationales de Vitamine D.

Le Radiostoleum se vend au Canada chez tous les principaux pharmaciens. Renseignements sur demande en vous adressant à :

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Toronto Canada

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

A. de Saint-Exupéry	LE PETIT PRINCE	\$2.00
Geneviève de la Tour Fondue	RETOUR A LA VIGIE	\$1.00
Alain-Fournier	LE GRAND MEAULNES	\$1.25
Léon Bloy	LA FEMME PAUVRE	\$1.25
René Bazin	MAGNIFICAT	\$1.25
Madeleine d'Angreville	LADY FLORENCE	\$1.50
Oscar Masse	LA CONSCIENCE DE PIERRE LAUBIER	\$0.75
Solange Chaput-Rolland	FUMÉES	\$1.00
Marie de Villers	REPONSE A DESEPOIR DE VIEILLE FILLE	\$0.75
Léon Chancerel	LES JEUX DRAMATIQUES	\$0.75
Maurice Bedel	GEOGRAPHIE DE MILLE HECTARES	\$0.75
Mrs. James Roosevelt	MON FILS FRANKLIN	\$1.25
Jacques Chastenet	WILLIAM PITT	\$1.50
René Grousset	HISTOIRE DE LA CHINE	\$1.50
C.-V. Johnson	A TRAVERS LE TEMPS ET L'ESPACE	\$1.25
Jean Bruchesi	HISTOIRE DU CANADA POUR TOUS, 2 vol.	\$2.50
Léon Marchal	VILLE-MARIE. Les origines de Montréal	\$1.25
Mgr Camille Roy	DU FLEUVE AUX OCEANS	\$1.00
Emile Lengyel	DAKAR	\$1.50
Elie-J. Bois	LE MALHEUR DE LA FRANCE	\$2.25
Léon Marchal	DE PETAIN A LAVAL	\$1.50
Général Eon	LA BATAILLE DES FLANDRES	\$1.00
Général Vanier	PAROLES DE GUERRE	\$0.75
Emile Vaillancourt	LE CANADA ET LES NATIONS UNIES	\$0.75
Arthur Maheux	POURQUOI SOMMES-NOUS DIVISES?	\$1.00
Abbé Charles Journet	VUES CHRETIENNES SUR LA POLITIQUE	\$1.00
Abbé Louis Bouhier, p.s.s.	MADAME BRAULT, une mystique canadienne	\$1.25
Abbé Paul Lachapelle	PSYCHIATRIE PASTORALE	\$1.25
Gabrielle Carrière	COMMENT GAGNER SA VIE	\$1.00
Abbé C.-E. Roy	ORGANISATION CATECHISTIQUE	\$2.50
R. P. Denis	PRIERES DE SAINTE GERTRUDE	\$1.00

LE NOM À RETENIR

ORÉTON

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

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

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

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

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

ACHETEZ DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE — DÈS AUJOURD'HUI

SCHERING CORPORATION LIMITED



137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

BIS KAM OIL

Hyperchlorhydrie — Affections de l'estomac.

1 à 3 cuillerées de poudre délayées dans de l'eau froide.

HEMOSTYL du Dr Roussel

(Ampoules et sirop)

Anémies. Convalescence. Allaitement.

1 à 2 ampoules dans $\frac{1}{4}$ de verre d'eau par jour ou
1 cuillère à soupe de sirop avant les repas.

TAXOL

Rééducateur physiologique de l'intestin.

2 à 4 comprimés avant le repas du soir. (Dose moy.,
2 comprimés.)

NEURINASE

Sédatif et hypnotique sans accoutumance.

1 à 2 tablettes au coucher.

ALEPSAL

Epilepsie. Convulsions (Non dépressif).

Comprimés dosés à 0 Gr. 015 et à 0 Gr. 10.

INOTYOL

Affections de la peau. Démangeaisons. Brûlures.

Applications journalières.

PLURIGLANDINE

Extrait opothérapique total. Déficiences organiques.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

VEINATONE

Affections veineuses.

2 à 4 dragées glutinisées par jour.

ARTICHOBYL

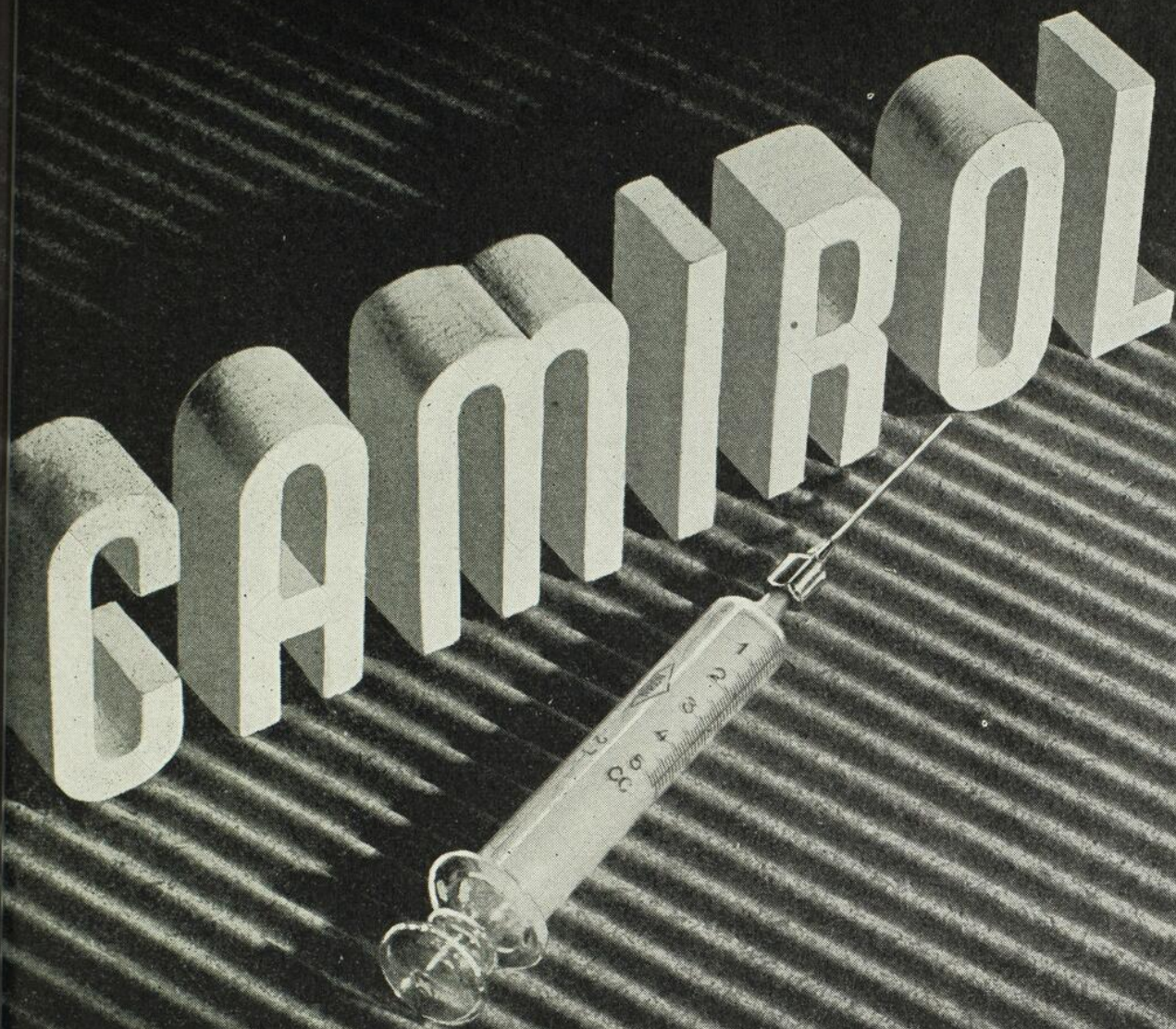
Maladie du foie. (Action très douce.)

4 à 10 pilules à intervalles réguliers.

J. EDDÉ Limitée

Edifice New Birks,

MONTRÉAL



FORMULE

odoforme Menthol
odures Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de
faible acidité)

*Nouvelle Médication
pour la sinusite et les infections
des voies respiratoires
Injection Intramusculaire*

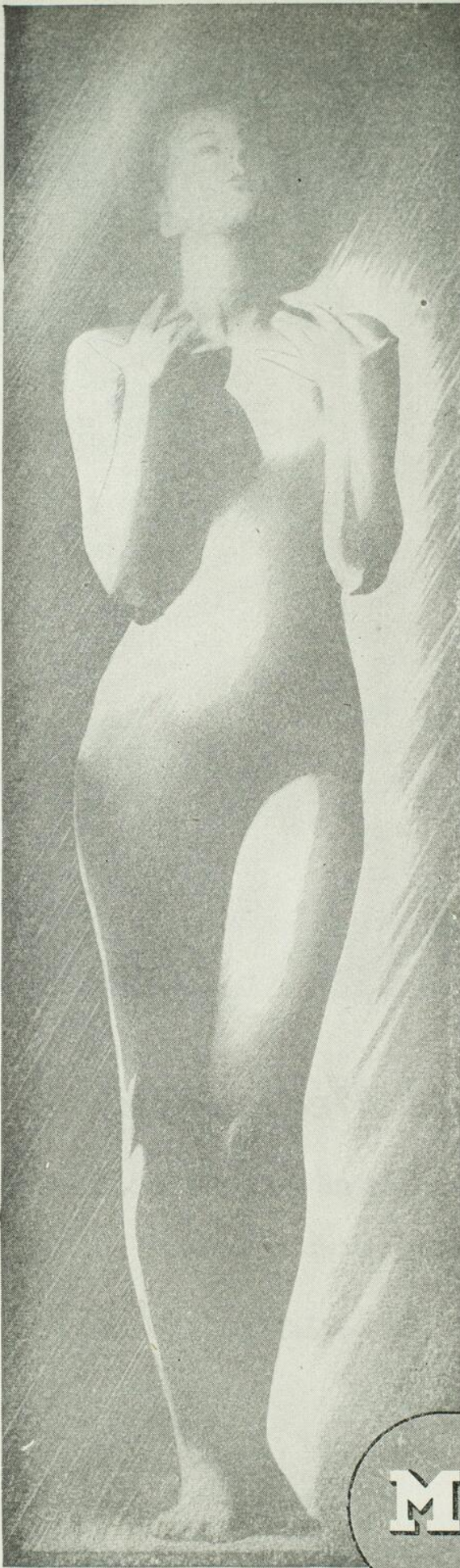
Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027. AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL



Annonçant...

**UNE NOUVELLE
DÉCOUVERTE DE MERRELL**

NETHACETIN

UNE MARQUE DE COMPRIMÉS D'ANODIN SYMPATHOMIMÉTIQUE

**POUR LE TRAITEMENT
PLUS EFFICACE DE LA
DYSMÉNORRÉE PRIMAIRE**

LES essais faits pour éliminer la douleur causée par les contractions menstruelles excessives, au moyen d'une médication analgésique seule, ont eu un piètre succès. Dans beaucoup de cas, les opiatés ont fourni la seule source de soulagement.

Une récente découverte faite dans les Laboratoires de Recherches de la maison Merrell rend possible le soulagement des douleurs menstruelles en combinant une nouvelle amine sympathomimétique avec des drogues analgésiques connues, et fournissant ainsi . . .

**LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR PLUS
CONTRÔLE DU SPASME UTÉRIN**

La Néthamine, l'agent sympathomimétique du Nethacétin, agit d'une façon similaire à l'éphédrine, mais n'exerce pas la même excitation ou action stimulante centrale. Par conséquent, les réactions telles que l'insomnie et la nervosité sont extrêmement rares.

Efficacité clinique

Des résultats cliniques publiés ont montré que le Nethacétin procure un soulagement symptomatique bien défini dans 85.3% des cas. Habituellement, il n'est pas nécessaire de prendre plus de trois comprimés pendant chaque crise.

Les Comprimés de Nethacétin sont vendus dans les pharmacies d'ordonnance, en flacons de 100 et de 1000.

FORMULE

Chaque Comprimé de Nethacétin contient $\frac{2}{3}$ gr. de chlorhydrate de méthyléthylamino-phénylpropanol (marque Néthamine), $3\frac{1}{2}$ gr. d'acétylphénétidine, et 2 gr. d'acétylsalicylique.

Dose—Un ou deux comprimés immédiatement, puis 1 comprimé toutes les 2 ou 3 heures selon le besoin.



MERRELL

115th Year

THE WM. S. MERRELL COMPANY • CINCINNATI, U. S. A.

DÉPÔT CANADIEN: 2565 DUNDAS ST. WEST, TORONTO 9, CANADA

10 raisons valables . . .

pourquoi l'*Heptosol*

(Isotonic solution of 2-amino-heptane sulphate)

est un vasoconstricteur plus efficace!

1. Efficacité et action vasoconstrictive rapide. Action de beaucoup supérieure à celle de l'éphédrine.
2. Solution isotonique, aqueuse stable, dépourvue d'huile.
3. Action prolongée.
4. Absence d'effets généraux indésirables.
5. Absence de réaction sur l'appareil ciliaire.
6. Absence de réactions locales.
7. Absence de vasodilatation compensatrice.
8. Absence d'effets astringents et d'assèchement de la muqueuse.
9. Propriétés bactéricides et fongicides remarquables.
10. Absence d'accoutumance après usage prolongé.



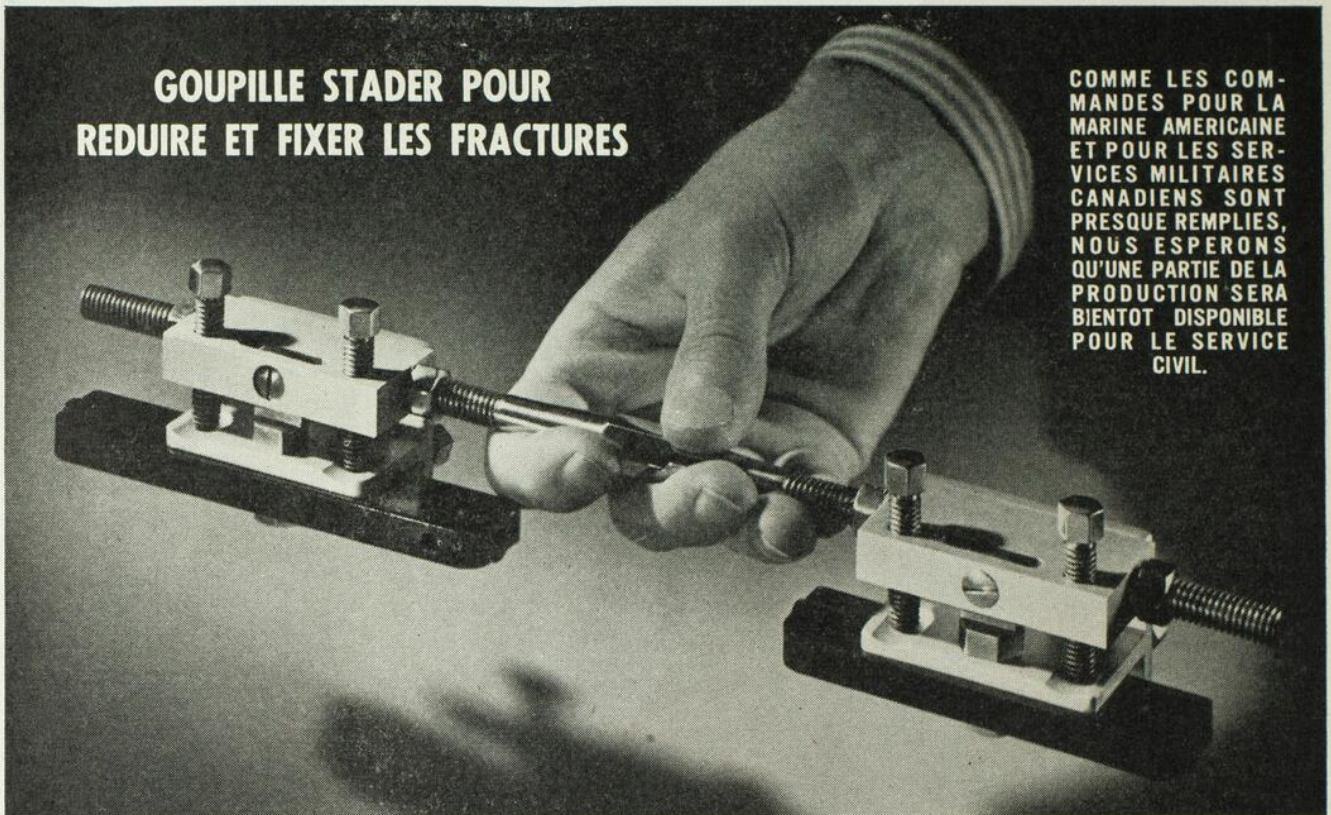
Mowatt & Moore Ltd.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX
MONTREAL

La préparation de la solution du sulfate 2-amino-heptane a été entreprise et vulgarisée au Canada par les Laboratoires Mowatt & Moore sous la marque de commerce "Heptosol".

Bientôt prête POUR LE SERVICE CIVIL

GOUPILLE STADER POUR REDUIRE ET FIXER LES FRACTURES



COMME LES COMMANDES POUR LA MARINE AMERICAINE ET POUR LES SERVICES MILITAIRES CANADIENS SONT PRESQUE REMPLIES, NOUS ESPERONS QU'UNE PARTIE DE LA PRODUCTION SERA BIENTOT DISPONIBLE POUR LE SERVICE CIVIL.

Il nous fait plaisir d'adresser un mot d'optimisme, maintenant justifié, aux nombreux chirurgiens, et surtout à ceux qui se sont renseignés sur la goupille Stader, nous demandant à quelle date ils pourraient se la procurer et à quel endroit.

Depuis le début, la production de la goupille Stader n'était destinée qu'aux services de guerre, et nous ne pouvions pas satisfaire la demande générale. Nous avons des raisons de croire que très prochainement nous serons en mesure de fournir, au moins en partie, les commandes de ceux qui en désirent depuis longtemps.

Le choix de la General Electric X-Ray Corporation comme représentant exclusif de la goupille Stader assure aux hôpitaux, aux cliniques et aux chirurgiens une source facile d'approvisionnement, puisque les succursales et les dépôts régionaux de la General Electric sont faciles à atteindre à n'importe quel endroit.

La goupille Stader permet de réduire mécaniquement une fracture et de fixer les fragments au moyen d'un seul appareil. L'emploi clinique qu'on en a fait à date a prouvé son efficacité dans le traitement de plusieurs variétés de fractures par son mode de fixation externe osseuse*.

Les commandes pour la goupille Stader seront expédiées aux hôpitaux et aux chirurgiens, selon les dates de réception, aussitôt qu'elle sera disponible. Nous nous permettons de vous suggérer de nous adresser vos commandes dès maintenant. Spécifications et prix sur demande.



* Le volume récemment publié "Manual of Fractures—Treatment by Skeletal Fixation" vous fournira des renseignements précieux sur les diverses applications de la goupille Stader. Les auteurs: C. M. Shaar et Frank P. Kreuz, jr, tous deux du corps médical de la marine américaine, donnent une description des méthodes employées durant une période de deux ans.

\$3.50 l'exemplaire. Sujet à augmentation de la taxe de vente s'il y a lieu.

F.O.B. Montréal.

VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.
MONTREAL: 600 Medical Arts Building - WINNIPEG: Medical Arts Building



BIESTRINE Lafa

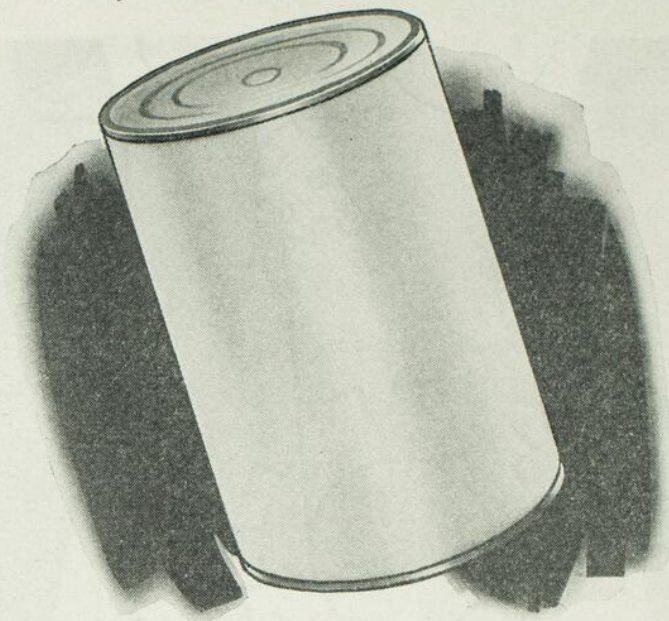
**PERMET UNE FONCTION
OVARIENNE NORMALE**

COMPLEXE B NATUREL + EXTRAIT OVARIEN

Laboratoires Associés Franco-Anglais

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

Échantillon et littérature sur demande.



L'étiquette n'ajoute rien mais elle dit tout

L'étiquette n'ajoute rien à la qualité du Lait Carnation Irradié. Mais pourrait-on jamais vous convaincre qu'une boîte *non étiquetée* de lait évaporé « vaut le Carnation » ?

C'est l'étiquette Carnation rouge et blanche qui inspire la confiance avec laquelle on emploie le Lait Carnation Irradié dans l'alimentation des tout-petits.

Elle est acceptée comme garantie de stérilité, de digestibilité, de composition uniforme, et d'activité vitaminique D contrôlée, produite par l'irradiation.

Et elle représente certains *impondérables importants* — l'influence de la grande ferme expérimentale Carnation, la surveillance étroite des sources d'approvisionnement de lait par les inspecteurs de la compagnie, et l'insistance soutenue sur la qualité qui, au cours de nombreuses années, a établi la réputation d'un nom en qui tous ont confiance...

CARNATION COMPANY LIMITED, TORONTO, ONT.

Lait

Produit
dans le Québec



Carnation

IRRADIÉ

"provenant de vaches bien nourries"



Pourquoi un support Spencer donne plus pour le même argent



Le jour ou le soir, la corsetière Spencer est au service du médecin, au bureau de celui-ci, à l'hôpital ou au domicile de la patiente. Elle suit consciencieusement les instructions du médecin et assume la responsabilité d'un ajustement confortable.

Quand vous prescrivez un support Spencer, votre patiente ou malade profite des avantages suivants :

- 1 Chaque support Spencer est dessiné, taillé et fait séparément pour répondre aux besoins de la personne qui doit le porter. Cela assure support impeccable, bon ajustement, confort et durée.
- 2 Si l'attitude de la patiente est défectueuse, on dessine le Spencer de manière qu'il guide, gentiment mais efficacement, vers un meilleur maintien. Les médecins nous disent que c'est là une des plus précieuses caractéristiques du Service de Dessin Spencer. (Les registres, contenant les mesures de millions de personnes, indiquent que 9 sur 10 ont quelque défaut d'attitude.)
- 3 Chaque Spencer est *garanti* ne jamais perdre sa forme originale. Cela est important à deux points de vue :
 - (a) Le support dure plus longtemps.
 - (b) Les supports qui perdent leur forme, perdent leur valeur. En fait, ils deviennent préjudiciables. (Le support Spencer n'a jamais été fait de manière à s'étirer pour ajuster — depuis 40 ans, il est dessiné *individuellement* pour bien ajuster.)

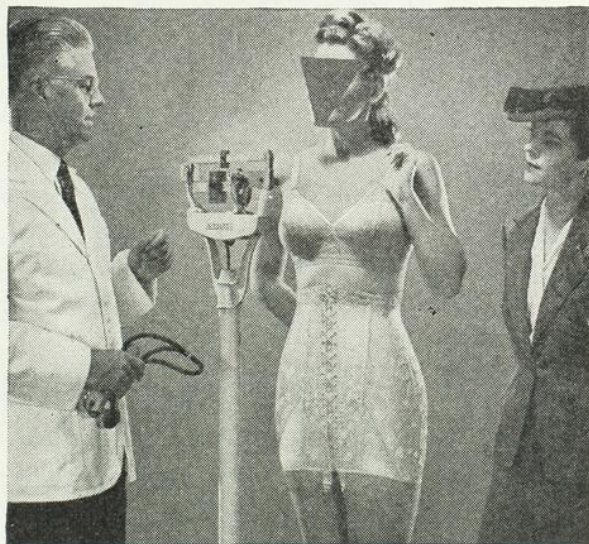
et pourquoi il est avantageux pour vous que le Spencer ne se vende pas dans les magasins

Chaque Spencer étant dessiné pour l'individu, on n'ajuste jamais à votre patiente ce qui se trouve sur les tablettes, plutôt que ce que vous avez prescrit.

Non seulement la corsetière Spencer livre le support et l'ajuste comme il convient, mais elle se tient en communication avec la patiente, afin de s'assurer que la satisfaction est permanente. Cela épargne du temps et évite du trouble au médecin. (Quand la chose est nécessaire, la corsetière accompagne la patiente chez le médecin pour un examen.)

La maison Spencer dessine des supports pour hommes, femmes et enfants.

Pour atteindre une spécialiste Spencer, consultez le bottin du téléphone, sous "Corsetière Spencer" ou écrivez-nous directement.



Quand le médecin désire s'assurer personnellement des avantages que la patiente retire de son support Spencer, la corsetière se rend au bureau du médecin avec la patiente et se tient en communication avec celle-ci, pour s'assurer que la satisfaction est permanente.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) Limited,
Rock Island, Québec.
Aux Etats-Unis: Spencer Incorporated,
New Haven, Connecticut.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Limited,
Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

..... M.D.
.....
..... 151-3-44

Supports pour l'abdomen, le dos et les seins
DESSINÉS INDIVIDUELLEMENT PAR SPENCER

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyréthérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

4445 ouest, Boulevard Gouin,

Téléphone: BYwater 1240

RÉSUMÉ DES BULLETINS
DES
LABORATOIRES KILLIAN

L'HOMOGENÉISATION AUGMENTE LA DIGESTIBILITÉ DES ALIMENTS LIBBY POUR BÉBÉS

*Rapport des Laboratoires Killian sur une série d'épreuves In Vitro
et des expériences cliniques.*

Au début de son rapport sur les "Aliments Homogénéisés de Libby pour Bébé", John A. Killian, Ph.D., fait cette déclaration significative:

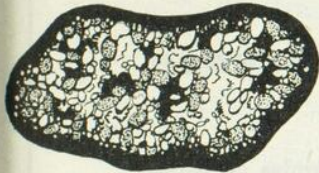
"L'Homogénéisation, d'après le procédé appliqué par Libby aux Aliments pour bébés, donne les résultats suivants:

- elle fait éclater les cellules végétales et réduit en poussières de larges particules,
- elle distribue uniformément les substances digestives en fines particules sous la forme d'une émulsion dans toute la masse alimentaire,
- elle augmente grandement les surfaces des substances digestives en contact avec les enzymes digestives,
- elle transforme les grossières fibres végétales en une masse fine répartie uniformément.

"On peut démontrer par des examens microscopiques des aliments ces changements produits par l'homogénéisation dans la forme physique des fruits, des végétaux et des céréales. Plusieurs séries conservées en filière de photomicrographies d'échantillons tamisés et non tamisés d'aliments homogénéisés et non homogénéisés fournissent la preuve convaincante d'altérations dans la structure physique produites par l'homogénéisation."

Pédiatres et médecins sont priés de demander la série de Bulletins qui résument les expériences cliniques et les épreuves *in vitro* sur l'alimentation des nourrissons entreprises par les Laboratoires Killian.

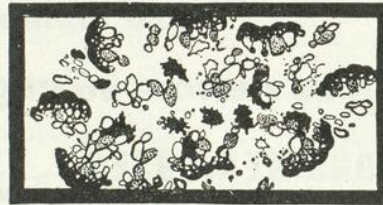
CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que la substance nutritive est recouverte d'une rude paroi de cellulose que ne brise pas un tamisage fait avec soin. Les sucs gastriques à l'état latent de l'estomac du nourrisson ne peuvent franchir la paroi de cellulose, ce qui fait perdre une substance nutritive nécessaire. Des aliments non digérés pénètrent dans le gros

intestin où ils peuvent fermenter et produire des désordres graves.

CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGENÉISATION



Cellule nutritive après l'homogénéisation par un procédé spécial de Libby. La rude paroi de cellulose a été complètement brisée. La substance nutritive a été libérée pour une digestion rapide. Presque disparu le danger de troubles intestinaux produits par la fermentation d'aliments partiellement digérés. Le bébé reçoit plus de substance nutritive pour la même quantité d'aliments.

8 MÉLANGES D'ALIMENTS BIEN ÉQUILIBRÉS POUR BÉBÉS

Ces mélanges de légumes, de céréales, de soupes, et de fruits homogénéisés rendent facile la tâche du médecin dans le choix d'une variété d'aliments solides pour les nourrissons.

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Pois.
Betteraves.
Asperges. | 4. Lait
complet.
Blé
complet.
Farine de
pois chinois. | 7. Soupe maigre composée de
céleri, de pommes de terre, de
pois, de carottes, de tomates, de
farine de soya et d'orge. Peut
être donnée à de tout jeunes
bébés. | 10. Tomates, carottes et pois —
ceux-ci donnent un nouveau mé-
lange végétal avec des propriétés
diététiques et une saveur excel-
lentes. |
| 2. Courge.
Tomates.
Haricots
verts. | 6. Soupe —
Carottes.
Céleri —
tomates.
Foies de
poulet.
Orge,
oignons. | 9. Mélange entièrement de « lé-
gumes verts » — Nombre de
médecins en ont fait la demande.
Pois, épinards et haricots verts
sont mélangés de façon à donner
une préparation de légumes très
appétissante. | |
| 3. Pois.
Carottes.
Épinards. | | | |

En plus, deux simples légumes spécialement homogénéisés:

**POIS, ÉPINARDS ET
LAIT ÉVAPORÉ HOMOGENÉISÉ DE LIBBY**

Les aliments Libby pour Bébé sont les seuls homogénéisés.

Libby's
HOMOGENIZED
(EXTRACELLULAR)
BABY FOODS

Dragées glutinisées

CHAQUE DRAGÉE
CONTIENT:

Mandelate de calcium 1 gr.
Hydrate de terpine . . . ½ gr.
Phosphate d'ammonium 1 gr.
Acide nicotinique . . . ¼ gr.
Benzo — Méthyl —
Oxyquinoléine . . . ⅔ gr.

PYÉLOSE**DIURÉTIQUE ACIDIFIANT MICROBICIDE**

Réalise la désinfection des reins, des voies biliaires
et urinaires.

Indications : Pyélites, pyélonéphrites, lithiases, cystites, colicystites, toxémies colibacillaires.



Mode d'emploi : Deux dragées trois fois par jour suivant l'avis du médecin.

Littérature et échantillons sur demande.

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

**COLLYRE ISOTONIQUE STABILISÉ**

Préparation sûre, commode, approuvée par un grand nombre de médecins, beaucoup employée sous les conditions rigoureuses qui existent dans les industries de guerre.

Il est bien reconnu que les propriétés astringentes et toniques de la berberine et de l'hydrastine exercent une action bienfaisante sur les délicates membranes

muqueuses des yeux, du canal lacrymal et des voies nasales. Ce collyre contient de la berberine et de l'hydrastine sous forme de chlorhydrates; il a été créé par des oculistes à l'usage de l'hôpital et du foyer. Depuis longtemps cette préparation s'est montrée très efficace dans le traitement des affections oculaires ordinaires.

Cependant, depuis le début de la guerre, ce collyre a donné des résultats appréciables dans les postes de premiers soins et les hôpitaux de plusieurs industries de guerre, d'un océan à l'autre, au Canada et aux Etats-Unis.

MURINE, dont le nom provient de la **MUR**iate de berberINE, offre au médecin un collyre isotonique tamponné adoucissant dont l'action est légèrement antiseptique... il coopère aux fonctions normales des glandes lacrymales sans provoquer la moindre irritation.

MURINE a une pression osmotique identique à celle des larmes... elle est modérément alcaline... peu astringente... elle aide à nettoyer le canal lacrymal de toutes les sécrétions albumineuses, et elle soulage l'inflammation causée par l'irritation ou la simple conjonctivite.

Littérature descriptive sur demande.

THE MURINE COMPANY - - TORONTO, ONTARIO

**INGRÉDIENTS**

Bicarbonat de potassium.
Boracé de potassium.
Acide borique
Chlorhydrate de berberine
Glycérine
Chlorhydrate d'hydrastine
Eau stérilisée.
"Merthiolate" (Ethyle mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001%.

Remarques que l'action libre du potassium et l'acide borique sont maintenus dans la lotion présentée

Couvert au front... le PETROLATUM est tout indiqué dans le traitement superficiel des BRULURES

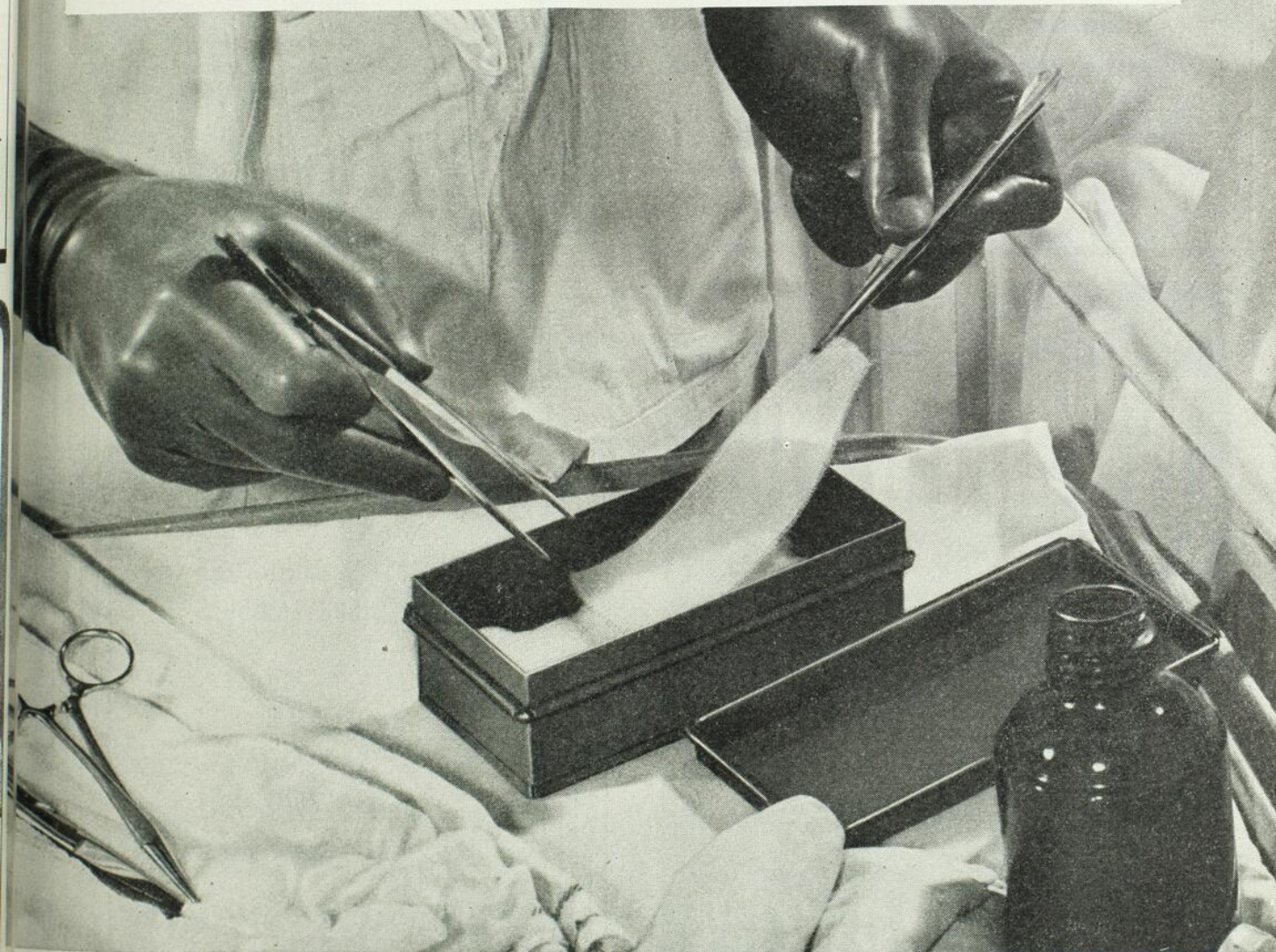
GELEE DE PETROLE 'VASELINE' PETROLATUM U.S.P.

A L'HÔPITAL de base où l'on admettait les victimes de Tobruk et de El Alamein¹, on ne possédait aucune facilité pour la déterision préliminaire des brûlures.

Le petrolatum, cependant, était disponible. Un simple pansement de gaze et de petrolatum et un saupoudrage furent employés comme succédanés à d'autres traitements dans ces "pires cas de brûlures" subies au cours de combats de chars d'assaut¹. On administra en même temps une thérapeutique appropriée à l'organisme.

De plus en plus, l'emploi clinique^{1,2,3,4} qu'on a

fait du petrolatum dans les services de guerre et en pratique générale, dans le traitement superficiel rapide et efficace des brûlures, démontre les avantages de l'usage de cette préparation bienfaisante. La Gelée de Pétrole 'Vaseline' (Petrolatum U.S.P.) est présentée en tubes et en pots pour l'usage professionnel et l'hôpital. La Gelée de Pétrole 'Vaseline' boratée est offerte en tubes seulement. Ces deux produits ne sont ni irritants ni collants.



Vaseline

Nom déposé aux Etats-Unis.

GELEE DE PETROLE

1. Brit. M. J. 2:223 (août) 1943.

2. Ann. of Surg. 117:885 (juin) 1943.

3. J.A.M.A. 122:909 (31 juillet) 1943.

4. Surg., Gynec. and Obst. 74:914 (mai) 1942.

FABRIQUÉE SEULEMENT PAR CHESEBROUGH MANUFACTURING COMPANY, CON'D., MONTRÉAL.

TONISEDINE

RÉGULATEUR DU CŒUR, TONIQUE NERVIN
DE VALEUR FORTIFIANT ET RÉGÉNÉRATEUR
DE LA NUTRITION, ANTISPASMODIQUE.



ÉTATS NÉVROPATHIQUES : insomnie, surmenage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse, et nervosisme durant ménopause.

CONTIENT À L'ONCE:

Crataegus	0.972
Passiflore	0.972
Salix alba	0.972
Valériane	0.972
Méthylarsinate de soude	0.004
Les glycérophosphates de Calcium	0.518
Soude	1.036
Manganèse	0.065
Chlorure de thiamine "B ₁ " 500 U.I. Pepsine, Pancréatine et Diastase.	

POSOLOGIE:

une à deux cuillerées à thé avant les repas et au coucher.

LABORATOIRE MAROIS
MONTREAL

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

J.-O. GIROUX
OPTICIEN

Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

Assisté de MM.

A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. LAURIER

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères
LIMITÉE

MONTREAL

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE
Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits



EAU ALCALINE NATURELLE JAILLISSANTE

*Fortement recommandée par
Messieurs les Médecins*



**ALCALINE
ÉTAT
NAISSANT**
C'est dans cet état que l'eau alcaline possède son maximum d'énergie.

Analyse Bactériologique:
Colibacilles dans 100 cc. 0
Nitrites 0.0
Nitrates 0.0
Fer 0.0
P H 8.4
Température: 36 F.

USINE D'EMBOUTEILLAGE "MASKI"
Saint-Justin, Qué., Canada

La pureté de l'eau "Natalka" est d'une importance capitale pour la profession médicale et le bien des consommateurs.



**L'EAU
"JUSTIN"**
Bicarbonatée,

mise en bouteilles aux sources, avec Système Scientifique, de la Source à la bouteille sans le contact de l'air.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
Pharmacie en Gros

445, boul. Saint-Laurent Tél.: LANcaster 3292 Montréal

COUVRETTE-SAURIOL Ltée
50, rue De Bresoles

Tél.: HARbour 8151

Montréal

Langlois & Paradis Limitée — Tél.: 2-2071 — 19, rue Saint-Jacques, Québec.

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 4156, rue Adam.
1926, rue Plessis.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

POURQUOI
CHOISIT-ON
CUPREX



Parce qu'il . . .

- ✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes!
- ✓ Une application suffit habituellement!
- ✓ Est inodore et non collant!
- ✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL

WYANOÏDS

pour

HÉMORROÏDES

TABLE DES ANNONCEURS

	Pages	Pages	
Abbott Laboratoires Ltée (Pénicilline)	37	Laboratoires Poulenc Frères (Coryphédrine)	2e p. de la couv.
Abbott Laboratoires Ltée (Pentothal sodique)	38	Lederle Laboratoires ("Vi-Ferrin Lederle")	11
Anglo-French Drug Cie (Sulfosalyl)	317	Libby, McNeill and Libby of Canada, Ltd. (L'homogénéisation augmente la digestibilité des aliments Libby pour bébés)	343
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Béminal")	2	Librairie Beauchemin Ltée	332
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ("Supplavite")	1	Mead Johnson & Co. of Canada Ltd. (Pabulum)	21
British Drug Houses (Canada) Ltd. The (Radiostoleum)	331	Merck & Co., Ltd. (Cuprex)	350
Canada Drug Co., Ltd. (Pavéral)	350	Merck & Co., Ltd. (Pyridium)	5
Carnation Company Limited (Lait Carnation irradié)	340	Merrell Company, The Wm. S. (Oravax)	336
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Iodosyl avec vitamine "C")	27	Millet, Roux & Cie Ltée (Endo-Plex-D)	9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Maltocrine)	15	Monty, Gagnon et Monty	350
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Eau alcaline Nataalka)	349	Mowatt & Moore Ltd. (Heptosol)	337
Chesebrough Manufacturing Company con'd. (Petro-latium)	347	Murine Co. (Collyre isotonique stabilisé)	346
Ciba Compagnie Limitée (Lettre aux docteurs)	25	Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La	4
Couvrette-Sauriol, Ltée (Eau Justin)	349	Rougier Frères (Dermophyl)	315
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Galatest)	13	Rougier Frères (Lyxanthine Astier)	3
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Antiphlogistine)	16	Sanatorium de Blois (47e année d'existence)	344
Dohow Chemical Company, Ltd. (Auralgan)	351	Sanatorium Prévost Inc.	342
Eddé, J., Ltée (Bis Kam Oil) — (Hemostyl du Dr Roussel) — (Taxol) — (Neurinase) — (Alepsal) — (Inotyol) — (Pluriglandine) — (Veinatone) — (Artichobyl)	334	Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Plasma humain normal 'Lyovac')	3e p. de la couv.
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.	1ère page de la couverture	Schering Corporation Ltd. (Oréton)	333
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. (La thérapeutique par les barbiturates)	7	Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)	341
Frost, Charles E. & Co.	17-18-19-20	Shuttleworth E. B. Chemical Co. Ltd. (Pyovax E.B.S.)	323
Giroux, J.-O. (Opticien)	348	Smith & Nephew Ltd. (Elastoplast)	31
Gouvernement de la Province de Québec, Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social. (Les examens nécessaires au diagnostic de la syphilis)	330	Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. (Eusthenyl)	329
Heinz Company of Canada Ltd. (Purées)	345	Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd. (Capsules de Vitamines)	327
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine)	325	Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick (Mucilose)	23
Herd & Charton, Inc. (Vératrite)	321	Usines Chimiques du Canada Inc. (Asm "Valor")	352
Herd & Charton, Inc. (Camirol)	335	Vinant Limitée (Pulmo-Bailly)	30
Hoffmann-La Roche Limitée (Allonal)	328	Vinant Limitée (Pipérazine Midy) — (Valérianate Pierlot)	32
Horner, Frank W., Ltd. (Histoire de cas)	28	Vinant Limitée (Biestrine Lafa)	339
Horner, Frank W., Ltd. (Tablettes Féronol)	29	Victor X-Ray Corporation of Canada Ltd. (Goupille Stader)	338
J. J. Joubert Limitée (Produits)	349	Warner, Wm. R. Ltd. (Pères de la Médecine canadienne)	319
Kellogg Company of Canada Limited (All-Bran)	326	Winthrop Chemical Co., Inc. (Creamalin)	24
Laboratoire Nadeau Ltée (Fos-Alum)	14	Winthrop Chemical Co., Inc. (Drisdol)	36
Laboratoires DesBergers-Bismol (Iodaminol) 4e p. de la couv.	346	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (B-Plex Wyeth)	34-35
Laboratoires Désautels (Pyélose)	346	Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John (Wyanoïds pour hémorroïdes)	348-350
Laboratoires Jean Olive (Lantol) — (Neurosolène)	26	Whitlow, Fred J. & Co., Ltd. (Clintest)	33
Laboratoire Marois (Tonisedine)	348		

Une thérapeutique efficace pour... l'Otite Moyenne

DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal — New-York — London

Valor

"Valor"

ASTHME CHRONIQUE


Ephédrine (chlorh) 1/6 gr. (0.0108 gm.)
Calcium (lactate) 1/3 gr. (0.0216 gm.)
Potassium (Iod) 2½ gr. (0.17 gm.)
Colorant préservatif 1:100,000
Sirop simple tyndallisé ad. 1 fl. dr. (3.6 cc)




Usines Chimiques du Canada,
Inc. Montréal



Une autre diminution de prix du PLASMA humain normal 'Lyovac'

NOV. 1941 (prix courant) \$50.00 chacun 

AOÛT 1942 (prix courant) \$45.00 chacun 

maintenant

(prix courant)

\$40.00

chacun 



UNE DEUXIÈME diminution de prix importante en moins de trois ans . . . résultat d'amélioration dans la méthode de fabrication et du coût de production moins élevé.

En 1940, les Services de Guerre adoptèrent le plasma desséché comme succédané de choix du sang¹. C'est au cours de recherches poursuivies depuis plus de dix ans dans les Laboratoires de Sharp & Dohme que l'on découvrit la méthode de conservation dite "Technique Lyophile"; et c'est pour cette raison que la production de plasma desséché des neuf premiers mois, destinée aux Services de Guerre, fut exclusivement préparée dans les laboratoires de Sharp & Dohme avec le sang offert à la Croix Rouge Américaine².

En avril 1941, sous une autre forme d'organisation, le sang obtenu des donneurs professionnels fut utilisé dans la production du Plasma humain normal 'Lyovac' afin que le plasma humain fût disponible pour la profession médicale en général.

Depuis cette date, le Plasma humain normal 'Lyovac' s'est montré exceptionnellement avantageux pour la transfusion dans le traitement du shock. L'augmentation de la production du plasma desséché nécessitée par la guerre, en outre du travail primordial accompli avant Pearl Harbor, ont fourni à Sharp & Dohme beaucoup d'avantages qui ont contribué à rendre possible la présente diminution de prix.

Stable et transportable, le Plasma humain normal 'Lyovac' peut se garder en magasin sans réfrigération — durant au moins cinq ans. Il constitue une "réserve de sang" dans les cas d'urgence de shock, dans les salles d'accidentés, dans les salles d'opération et d'accouchement, le cabinet de consultation, les postes de premiers soins, les formations de secours aux sinistrés. Chaque flacon de 250 cc du Plasma humain normal 'Lyovac' fournit approximativement autant de protéines osmotiquement actives que 500 cc de sang total.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.

PLASMA humain normal 'Lyovac'

Une découverte du Service de Recherches
Sharp & Dohme

1. Kendrick, D. S., and Newhouser, L. R.: Military Surgeon, 90:360, 1942.
2. Taylor, B. S.: J.A.M.A., 117:2135, 1941.

IODAMINOL



Flacons de
100 comprimés.
1 à 6 comprimés
par jour.

L'IODAMINOL résulte d'une synthèse partielle des principes iodo-thyroïdiens, dont l'iode est entièrement utilisable par l'organisme, à la fois dans les influences thyroïdiennes et dans les insuffisances du métabolisme.

Les acides aminés contenus dans l'IODAMINOL sont ceux que l'on trouve dans les substances protidiques du protoplasme cellulaire.

Médication Iodée Idéale

- L'Iodaminol ne renferme pas l'Ion Potasse.
- Un comprimé équivaut à 4 gouttes de Solution Lugol.

*Littérature et Echantillons
à MM. les Médecins.*



LABORATOIRES
DESBERGERS-BISMOL
MONTRÉAL