Tome 81 — Numéro 2

MONTRÉAL, FÉVRIER 1952

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

•

ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT:
326 est, boulevard Saint-Joseph,
Montréal.

Rougier FRÈRES

Spécialités de prescription médicale

350, RUE LE MOYNE, MONTRÉAL, 1

DYSPNE-INHAL

le premier "AÉROSOL" de poche
le plus actif et le plus rapide
grâce à son "brouillard sec"
et aussi le plus économique
permet un soulagement immédiat
de la crise d'asthme.

Fabrication canadienne

dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde
"le seul remède qui ait survécu est l'or . . . " *

MYOCHRYSINE

(aurothiomalate de sodium)

SOLUTION AQUEUSE
SUSPENSION HUILEUSE } en diverses concentrations

demandez notre brochure détaillée

POULENC Limitée
Montréal

*J. R. Duthie, British Orthopaedic Association, Edinburgh, Oct. 25-27, 1951
Br. Med. Jour. (10 novembre) 1951, p. 1147

Cortone

MARQUE DÉPOSÉE

maintenant disponible pour emploi topique dans les affections des yeux

Des études cliniques ont démontré que l'activité thérapeutique de la Cortone* est la même, soit qu'on l'administre par voie orale ou par voie parentérale. Les doses requises sont à peu près identiques, et les deux voies d'administration peuvent être utilisées d'une façon alternative ou simultanée à tous les stades du traitement.

Documentation sur demande.

La clef d'une ère nouvelle en science médicale.

L'emploi topique de la Cortone est préférable dans le traitement de lésions inflammatoires du segment antérieur.

Le choix de la concentration dépend de la gravité du processus inflammatoire. Ne pas diluer ou mélanger avec d'autres substances avant l'instillation.

Cortone

MARQUE DÉPOSÉE

ACÉTATE

(Acétate de CORTISONE Merck)

(Acétate 21 de déhydro-11-hydroxy-17 corticostérone)

**CORTONE est la marque déposée de Merck & Co. Limited pour sa préparation de cortisone.*

MERCK

MERCK & CO. LIMITED

Chimistes fabricants

MONTRÉAL · TORONTO · VALLEYFIELD

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Edouard DESJARDINS

1872 - 1952 119

• • •

Henri CHARBONNEAU

Quatre cas de "maladie des griffes du chat" à Montréal — Lymphoréticulose aiguë bénigne d'inoculation 123

Vytautas PAVILANIS

Sur le virus de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation 129

J.-J. LAURIER, A. CZITROM et C.-A. MESSIER

Quinze ans de bronchoscopie à l'hôpital du Sacré-Cœur 132

Yves CHAPUT

L'aspect psychosomatique en gastro-entérologie 136

INDICATIONS:

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

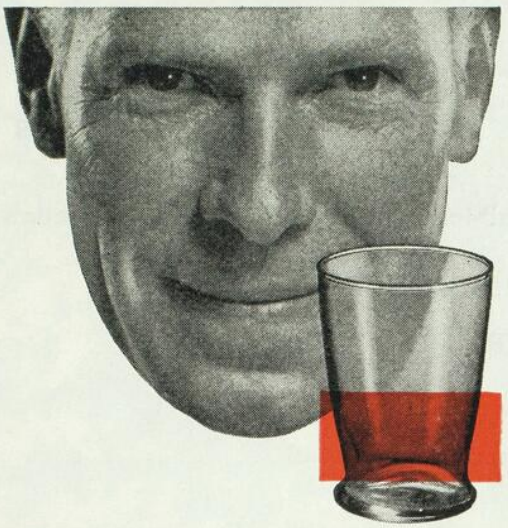
Gravelle urique et phosphatique — *Une bouteille par jour comme ci-dessus.*

Albuminurie des goutteux et des graveleux
Cystites — Néphrites
Artério-sclérose au début

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

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

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



Eskay's Neuro Phosphates*

Eskay's Theranates*

Toniques stimulants reconstituants

Surmenage
Convalescences
Manque d'appétit
États de dépression organique
Amaigrissement
Prétuberculose
Neurasthénie

ÉLIXIRS—en flacons de 6 et 80 onces liquides.
DOSES—Adultes: 2 cuillerées à thé à chaque repas.
Enfants: selon âge.

SMITH KLINE & FRENCH INTER-AMERICAN CORPORATION, Montréal 9

*Marques Déposées au Can. Pat. Off.

SOMMAIRE

(Suite)

Jean LONGTIN

La contraction cardiaque 142

RECUEIL DE FAITS

Wilfrid LeBLOND

Endomyces albicans (Muguet) dans une collection purulente sous-cutanée 147

René CHARBONNEAU

Ulcère à hypopyon 149

Adrien PLANTE

Odontablastome antro-nasal 153

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

Jules ARCHAMBAULT

La pénicilline dans le traitement des syphilis récentes et tardives 158

Chez le Patient "Rebelle au Fer"

"FERRO-CATALYTIC"

Carbonate Ferreux et Cuivre Actif

Capsules

"FERRO-CATALYTIC"

S.E.C. Nº 82 "Frosst"

*Carbonate ferreux..... 6¾ gr.
Cuivre (sous forme de carbonate).... 1/48 de gr.
Phénolphtaléine..... 1/12 de gr.

POSOLOGIE

Une capsule deux ou trois fois par jour

PRÉSENTATION

Boîtes de 50 et de 100

Sirop

"FERRO-CATALYTIC"

Sirop Nº 36 "Frosst"

Chaque once liquide renferme:
Phosphate de fer soluble, N.F..... 66-⅔ gr.
Cuivre (sous forme de sulfate)..... 1/12 de gr.

POSOLOGIE

Adultes: 2 cuillerées à thé 3 fois par jour.

Enfants: à proportion.

PRÉSENTATION

Flacons de 16 onces liquides

*Un grain de carbonate ferreux équivaut approximativement à ½ grain de fer à l'état ferreux.

EST SINGULIÈREMENT EFFICACE

Dans des centaines de cas d'anémie secondaire, Ferro-Catalytic a prouvé son efficacité thérapeutique en augmentant rapidement le pourcentage d'hémoglobine. La composition du sang accuse généralement une amélioration remarquable dans les 3 ou 4 semaines qui suivent le début de la médication.

De nombreux patients atteints d'anémie rebelle à d'autres formes de médication et qui, conséquemment, se voyaient dans un état de demi-invalidité à l'année, répondent de façon sensationnelle au traitement par le Ferro-Catalytic.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

Lipotrope

combinaison de tous les facteurs lipotropes éprouvés cliniquement et officiellement reconnus.

1941 L'action de l'Inositol pour accélérer l'élimination du cholestérol est établie et sa valeur reconnue dans la prévention de l'infiltration graisseuse du foie. *Gavin et McHenry, J. Biol. Chem., 139, 485, 1941. Eddy & Dalldorf (The Avitaminoses, Williams & Williams, Baltimore 1944),*

1946 L'action lipotrope de la Cystine est démontrée et plus particulièrement en association. *A. J. Beams, J.A.M.A., 130:190, Jan. 26, 1946.*

1947 La Choline est officiellement inscrite dans le N.N.R. comme agent lipotrope. *J.A.M.A. 135:16, 1073, Dec. 30, 1947.*

1948 La Méthionine est officiellement reconnue pour son activité lipotrope. *J.A.M.A., 139:6 430, Oct. 6, 1948.*

1952

Les expériences poursuivies en ce moment par Golfman et ses associés ont déjà apporté une contribution intéressante sur le sujet de l'hypercholestérolémie. Ces travaux semblent devoir vérifier l'hypothèse qu'une combinaison de facteurs lipotropes avec une quantité suffisante des facteurs essentiels du Complexe vitaminique B constituerait un traitement de choix.

Lipotrope représente la plus haute concentration et l'association la plus complète de tous ces facteurs connus.

Echantillon et documentation sur demande.

Flacons de 50 et 250 capsules ou comprimés.

1952 marque pour Rougier Frères le commencement de leur deuxième cinquantenaire d'efforts constants pour mettre à la disposition du Corps Médical des spécialités pharmaceutiques de la plus haute qualité.

50 ANNÉES DE PROGRÈS — 1901 — Rougier FRÈRES — 1951 — MONTREAL — 50 YEARS OF ACHIEVEMENT

Rougier Frères, 350, RUE LE MOYNE, MONTREAL 1

SOMMAIRE

(Suite)

•

REVUE GÉNÉRALE

Albert GUILBEAULT

La pyodermite du nouveau-né 164

Roger LACHANCE

Considérations sur l'emploi du pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire 170

Clovis DAGNEAU

Deux cent neuf cas d'obstruction intestinale 180

ÉDITORIAL

Léon GÉRIN-LAJOIE

Sur le journalisme médical 187

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

R. BÉRARD

Le laboratoire en rapport avec la santé publique 189

VARIÉTÉS

Gabriel NADEAU

Le dernier chirurgien du roi à Québec — Antoine Briault (1742-1760) (suite) 192

En devoir — Entre les mains des médecins 201

ANALYSES 204

MÉDECINE

Néphropathie diabétique (204). **Valeur de la biopsie gastrique au cours de l'étude de la gastrite chronique et de l'anémie pernicieuse** (204). **Le rhume banal** (205). **L'adénite subaiguë bénigne de nature inconnue** (205). **Effets du Veriloid sur l'hypertension essentielle** (206).

PHTISIOLOGIE

Le rôle des bronches dans la tuberculose pulmonaire (206). **Infiltrats discrets paucibacillaires récidivants après streptomycine. — Continuation de l'évolution cyclique de la tuberculose** (206). **La résistance du bacille tuberculeux à l'acide para-amino-salicylique (P.A.S.)** (207).

CHIRURGIE

La "ressuscitation" (207).

NEURO-PSYCHIATRIE

Manifestations neurologiques de l'anémie pernicieuse apparues durant l'administration de multivitamines (208).

SOCIÉTÉS 209

La Société Médicale de Montréal: séance du 4 décembre 1951 (209).

La Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec: séance de novembre 1951 (210).

Association des Médecins Canadiens en France: réunion du 16 octobre 1951 (210).

NOUVELLES 212

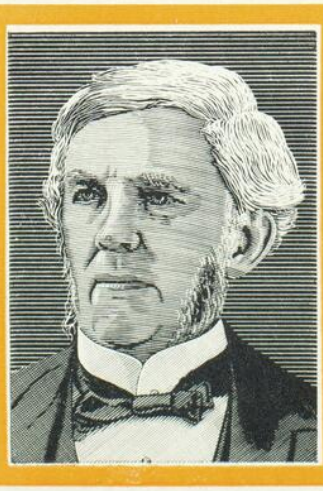
"L'Union Médicale du Canada", en 1883 217

REVUE DES LIVRES 219

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES 232

"Profession noble qui, depuis plus de 2,000 ans, se consacre à la poursuite des plus grands intérêts terrestres de l'humanité; profession continuellement assaillie et attaquée par ceux qui méconnaissent l'infinité de ses inquiétudes et labeurs, se mesurant toujours, dans un combat inégal, avec la pieuvre insatiable nuit et jour postée à l'affût de victimes, et cependant peinant sans cesse non seulement pour son propre bien et l'heure présente, mais pour la race et l'avenir."

Paroles d'Oliver Wendell Holmes sur la Médecine.



Copies de cette page procurables
de la maison
Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

Pour mieux combattre . . .

L'administration de sulfamides et de pénicilline en combinaison a donné d'excellents résultats cliniques dans le traitement de certaines infections.

"Trulfacillin"

MARQUE DE COMPRIMÉS DE TROIS SULFAMIDES ET DE PÉNICILLINE

possède les avantages des combinaisons sulfamido-pénicilliniques.

EFFETS SYNERGIQUES DES COMBINAISONS SULFAMIDO-PÉNICILLINIQUES

De nombreuses investigations[1,2,3] ont démontré les effets synergiques de la pénicilline en combinaison avec différents sulfamides contre certains micro-organismes Gram-positifs. D'autres[4,5,6] ont démontré un effet synergique semblable contre un certain nombre de micro-organismes Gram-négatifs.

RAPPORTS CLINIQUES FAVORABLES

La valeur de cette thérapie combinée est aussi illustrée par de nombreux rapports cliniques:
Dowling et al.[7] ont observé 94 cas de pneumonie pneumococcique traités à la sulfadiazine seule, et un nombre égal de cas traités à la sulfadiazine et à la pénicilline; chez les premiers le taux de mortalité fut de 9.6 p.c., pour baisser à 4.3 p.c. chez les seconds.

Dans la méningite pneumococcique traitée aux composés de sulfamides seuls, les taux de mortalité enregistrés ont varié entre 58-65 p.c.; à la pénicilline seule, environ 48 p.c. Des treize patients traités par Waring et Smith[8] au moyen des deux drogues combinées, douze guérirent. Nemir et Israel[9] traitèrent 15 enfants aux sulfamides et à la pénicilline; 14 se remirent, le quinzième, déjà moribond à son arrivée à l'hôpital, mourant 27 heures plus tard. Une revue de la documentation sur ce sujet fit remarquer par ces auteurs que sur 158 patients atteints de méningite pneumococcique et traités au moyen d'une combinaison des deux drogues, le taux de mortalité ne fut que de 19 p.c.

Le traitement combiné donna de meilleurs résultats à Hargreaves[10] dans les cas de blennorragie, et Johnson, Seabury et Dumville[11] ont observé d'excellents résultats avec l'emploi de la combinaison dans le traitement d'urétrite blennorragique aiguë.

Dans l'endocardite aiguë causée par une infection par streptocoques beta hémolytiques, pneumocoques, gonocoques et méningocoques, le traitement au moyen d'une combinaison de pénicilline et de sulfamides semble évidemment tout indiqué.

DOSE ORALE UNIQUE

Vollmer, Pomerance et Brandt[12] administrèrent une dose orale unique d'une combinaison de sulfamides et de pénicilline à 26 enfants dont le diagnostic de pneumonie avait été confirmé. La réponse fut prompte dans chaque cas, la température baissant dans les 4 à 28 heures. Une seconde élévation transitoire de température eut lieu chez seulement trois de ces patients dont un seul — jeune bébé qui accusa une rechute après 5 jours — eut besoin d'un second traitement.

Dans le traitement de ces cas, la proportion de sulfamides à la pénicilline fut de 0.1 G. de sulfamides pour 8-10 mille unités de pénicilline, et la dose fut calculée comme suit:

Enfants jusqu'à 10 kilos de poids — 0.2 grammes de sulfamides au kilo
" de 10 à 20 kilos de poids — 0.15 grammes de sulfamides au kilo
" de 20 kilos et plus de poids — 0.1 gramme de sulfamides au kilo.

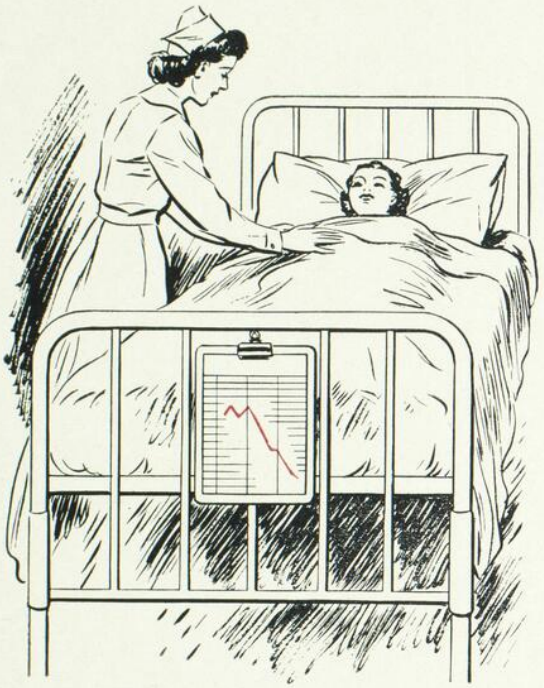
Une comparaison avec les résultats obtenus antérieurement par l'administration de sulfamides seuls, de la pénicilline seule injectée à intervalles réguliers et de sulfamides administrés oralement concomitamment avec une injection de pénicilline, fit conclure que la dose orale unique donne de bons résultats tout en étant beaucoup plus simple pour le patient comme pour le médecin.

On peut difficilement attribuer les résultats thérapeutiqes sensationnels observés à de simples effets additifs; ils indiquent plutôt un effet synergique de la pénicilline en combinaison avec les sulfamides dans ces genres d'infection.

DOSES FRACTIONNÉES

On traita à doses fractionnées vingt enfants souffrant d'amygdalite, d'otite moyenne, de lymphadénite, de fièvre scarlatine ou de pneumonie. Le traitement fut institué dans les douze heures qui suivirent le début de la maladie. La dose maximum fut de 0.1 gramme de sulfamides plus 8-10 mille unités de pénicilline par kilo de poids corporel par jour, la première dose absorbant la moitié de cette quantité, l'autre moitié étant administrée en deux doses à 4-6 heures d'intervalle. La défervescence s'observa après 8 à 33 heures. La fièvre ne reprit pas dans aucun cas et les symptômes cliniques s'affaiblirent rapidement.

Comprimés "Trulfacillin" procurent la synergie inhérente à la combinaison sulfamido-pénicillinique, tout en étant pratiquement exempts des risques associés à la sulfamido-thérapie.



"Trulfacillin" PÉDIATRIQUE 3-50, C.T. Nº 819 "Frosst"

Sulfaméthazine	64 mg.
Sulfadiazine	64 mg.
Sulfamérazine	64 mg.

Un total de 3 gr. de sulfamides

Pénicilline-G potassique cristallisée ..... 50,000 U.I.

POSOLOGIE: de ¾ à 1 grain de sulfamides combinés par livre de poids corporel par jour (p.e., pour un enfant de 20 livres, un comprimé toutes les 4 heures).

PRÉSENTATION: flacons de 20, boîtes de 100.

"Trulfacillin" 7½-100, C.T. Nº 821 "Frosst"

Sulfaméthazine	0.167 G.
Sulfadiazine	0.167 G.
Sulfamérazine	0.167 G.

Un total de 7½ gr. de sulfamides

Pénicilline-G potassique cristallisée ..... 100,000 U.I.

POSOLOGIE: de 1 à 4 comprimés, suivis de 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: boîtes de 12 et de 100.

"Trulfacillin" 5-25, C.T. Nº 818 "Frosst"

Sulfaméthazine	0.1 G.
Sulfadiazine	0.1 G.
Sulfamérazine	0.1 G.

Un total de 5 gr. de sulfamides

Pénicilline-G potassique cristallisée ..... 25,000 U.I.

POSOLOGIE: de 1 à 4 comprimés, suivis de 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: fioles de 20, boîtes de 100.

N.B. Afin d'en préserver toute la force, les comprimés des formats de distribution sont recouverts d'une feuille d'étain hermétiquement scellée.

Bibliographie

1. "Bactericidal and bacteriolytic action of penicillin on the staphylococcus." Chain and Duthie, Lancet, 248: 652, 1945.
2. "Combined action of penicillin and sulfonamide in vitro: nature of reaction." Klein and Kalter, J. Bact., 51: 95, 1946.
3. "Synergic action of penicillin and sulfonamides." Bigger, Lancet, 2: 142, 1944.
4. "Studies on the effect of penicillin on Gram-negative bacteria. Penicillin-sulfonamide synergy." Stewart, Jr. of Hygiene. 45: 282, 1947.
5. "The synergistic or additive activity of chemotherapeutic compounds." Kolmer, Am. J. Med., Sc., 215: 136, 1948.
6. "The combined effect of penicillin and of sulfonamides in infections with Gram-negative organisms." El Borolossy and Buttle, J. Ph. and Pharm., 2: 82 and 152, 1950.
7. "Penicillin and sulfadiazine compared with sulfadiazine alone in the treatment of pneumococcic pneumonia." Dowling et al., Ann. Int. Med., 25: 950, 1946.
8. "Combined penicillin and sulfonamide therapy in the treatment of pneumococcic meningitis." Waring and Smith, J.A.M.A., 126: 418, 1944.
9. "Pneumococcic meningitis in infants and children. Combined therapy using penicillin and sulfonamide." Nemir and Israel, J.A.M.A., 147: 213, 1951.
10. "Synergic action of penicillin and sulphathiazole in gonorrhoea." Hargreaves, Br. J. Ven. Dis., 23: 85, 1947.
11. "The use of oral penicillin in a buffered sulfonamide mixture in the treatment of acute gonorrheal urethritis." Johnson, Seabury and Dumville, Am. J. Syph. Gon. and Ven. Dis., 35: 83, 1951.
12. "Treatment of pneumonia with a single oral dose of a penicillin-sulfadiazine-sulfamerazine combination." Vollmer, Pomerance and Brandt, N.Y. State J. Med., 50: 2293, 1950.

Frosst DEPUIS 1899 LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHE PHARMACEUTIQUE

Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL, CANADA

QUAND LA SULFAMIDOTHÉRAPIE SEULE EST INDIQUÉE —

"Trulfa-zine" et "Trulfa"

Combinaison de trois sulfamides.
Efficacité — Elimination maximum de risques.

"Trulfa-zine"

Une combinaison de sulfaméthazine, sulfamérazine et sulfadiazine.

Suspension

Coloration jaune

Chaque once liquide renferme:

sulfaméthazine	13⅓ gr.
sulfadiazine	13⅓ gr.
sulfamérazine	13⅓ gr.

Chaque drachme (3.5 cc.) renferme un total de 5 gr. (0.3 G.) de sulfamides.

POSOLOGIE: bébés: de 1 à 2 ans — ½ à 1 drachme; enfants: de 3 à 10 ans — 1 à 2 drachmes; adultes: de 2 à 4 drachmes. Dans de l'eau, toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: flacons de 16 onces liquides.

Comprimés

C.T. Nº 810 "Frosst"

Coloration jaune — divisibles

sulfaméthazine	0.166 G.
sulfadiazine	0.166 G.
sulfamérazine	0.166 G.

Un total de 0.5 G. (7½ gr.) de sulfamides.

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: flacons de 100.

Comprimés

demi-concentration pour enfants

C.T. Nº 811 "Frosst"

sulfaméthazine	83 mg.
sulfadiazine	83 mg.
sulfamérazine	83 mg.

Un total de 0.25 G. (3¾ gr.) de sulfamides.

POSOLOGIE: 1 à 2 comprimés toutes les quatre heures.

PRÉSENTATION: flacons de 100.

"Trulfa"

La formule de la suspension TRULFA et des comprimés TRULFA est semblable à la formule ci-dessus sauf que le sulfathiazol remplace le sulfaméthazine.

AVERTISSEMENT. Bien qu'avec l'emploi des préparations décrites ici le danger des effets malencontreux associés à la sulfamidothérapie soit grandement diminué, il ne faut pas cesser d'exercer une constante vigilance dans la recherche et le diagnostic de ces effets tels que l'agranulocytose, la fièvre, les douleurs articulaires, les manifestations cutanées, etc.

Frosst — Depuis 1899 — Le symbole du mérite en recherches pharmaceutiques

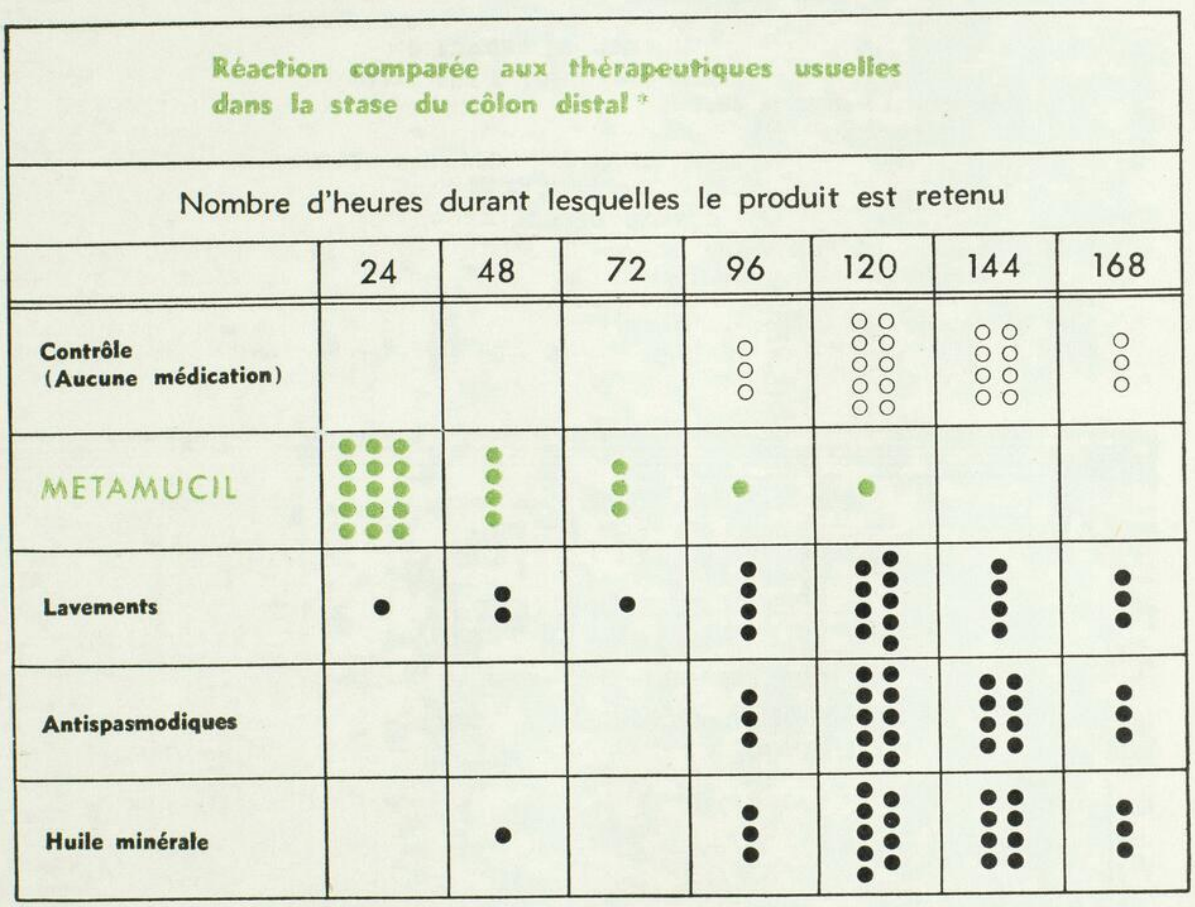
Charles E. Frosst & Co. MONTRÉAL, CANADA

METAMUCIL®

Efficace dans la stase du côlon distal *

"Une évaluation radiographique des thérapeutiques nouvelles... a démontré que la moins irritante, une substance muciloïde (Métamucil), s'est montrée des plus efficace dans la forme la plus répandue (de la stase du côlon), la stase du côlon distal... Les lavements n'ont donné de bons résultats que dans la stase rectale. L'huile minérale n'a produit que très peu d'effet. Les antispasmodiques et les sédatifs se sont montrés totalement inefficaces... on a trouvé que dans la plupart des cas on pouvait éviter l'emploi de purgatifs qui entraînent l'accoutumance." *

Réaction comparée aux thérapeutiques usuelles dans la stase du côlon distal *



METAMUCIL® est le muciloïde hautement purifié de Plantago ovata (50 pour cent), une semence appartenant au groupe des psyllium, associé à de la dextrose (50 pour cent) comme agent dispersif.

*Barowsky, H.: A Roentgenographic Evaluation of the Common Measures Employed in the Treatment of Colonic Stasis. Scientific Exhibit, National Gastroenterological Association, Chicago, Sept. 17-22, 1951.
*Nom déposé.

G. D. SEARLE of Canada, Ltd. • 390 Weston Road, Toronto 9, Ont.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES SELON L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

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

L'Union Médicale
du Canada

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Messieurs les Professeurs:
Maurice Roch (Genève),
Pasteur Valléry-Radot (Paris),
Wilbrod Bonin, doyen
Faculté de Médecine, Université de Montréal;
Charles Vézina, doyen
Faculté de Médecine, Université Laval, Québec;
Pierre Masson,
J.-A. Leduc,
T. Parizeau,
J.-N. Roy (Montréal).

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef: Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Roger-R Dufresne

Secrétaire adjoint de la Rédaction (Québec)
Antoine Pettigrew

BUREAU DE COLLABORATION:

MM. Maurice Beaudry, J.-M. Beauregard, Maurice Bélisle, A. Cantero, Roland Cauchon, Fernand Charest, C.-E. Côté, Paul David F.-X. Demers, R. Doré, Guy Drouin, Paul Dumas, Origène Dufresne, Roger Dufresne, H. de la Broquerie Fortier, M. Gervais, Pierre Jobin, P. Larivière, Valmore Latraverse, MM. Simon Lauzé, Rosaire Lauzer, René Lebeau, Sylvio Leblond, J.-Louis Léger, Emile Maranda, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier Rosario Robillard, L.-P. Roy, Henri Smith, Félix Têtu, Malcolm Vachon, Norbert Vézina.

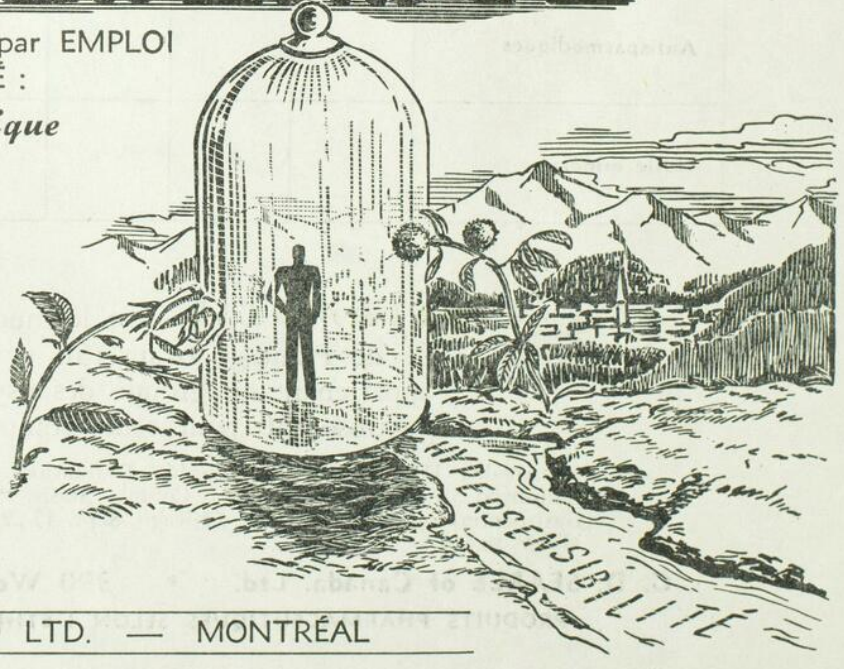
DÉSENSYL

DÉSENSIBILISATION par EMPLOI SIMULTANÉ :

d'un Antihistaminique
de l'Ephédrine
du Calcium

- Effets curatifs complémentaires
- Renforcement par synergie de mécanismes d'actions différents
- Diminution des actions secondaires

flacons de 40 comprimés,
flacons de 4 oz. de sirop.



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**

Parmi tous les antibiotiques,
les Pédiatres
portent souvent leur choix sur l'

AUREOMYCINE

parce que

l'Auréomycine peut s'administrer par voie buccale et, en cas d'urgence, par voie intraveineuse.
L'Auréomycine se diffuse facilement et rapidement dans tous les tissus et humeurs organiques.
L'Auréomycine, même administrée à faibles doses renouvelées, permet de réaliser des concentrations sanguines presqu'aussi élevées que celles qui résultent de l'ingestion d'une dose unique considérable.
L'Auréomycine s'avère, en clinique, réellement efficace dans le traitement des infections à bactéries, à rickettsies et à grands virus.

La littérature mentionne son activité — contre des germes auréomycinosensibles — dans les infections suivantes:

Bronchiolite, Bronchite, Colite, Coqueluche, Diarrhée épidémique, Fibrose pancréatique, Invasion secondaire consécutive à la varicelle, Infections génito-urinaires de l'enfance, Infections secondaires à la rougeole, Infections du nouveau-né, Laryngo-trachéo-bronchite, Mastoïdite, Otite moyenne, Pneumonie, Scarlatine.

Dans le monde entier, comme aux Etats-Unis, l'auréomycine est reconnue comme un antibiotique à large champ d'action et son efficacité a été largement démontrée.

Conditionnement:
En capsules à 50 mg.—Flacons de 25 et de 100 capsules; *En capsules* à 250 mg.—Flacons de 16 et de 100 capsules. *Forme ophtalmique*: Fiole renfermant 25 mg. offerte avec compte-gouttes. La solution se prépare extemporanément par addition de 5 cc. d'eau distillée.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
North American Cyanamid Limited
7335, boul. St-Laurent, Montréal 14, P.Q.

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

L'Union Médicale
du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Pierre Smith
Vice-président: Emile Blain
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal
Secrétaire-trésorier adjoint: P.-R. Archambault

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Pierre Smith, R. Amyot, J.-A. Vidal et Emile Blain.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. R. Amyot, Emile Blain et J.-A. Vidal.

CORRESPONDANTS

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

ADMINISTRATION et SECRÉTARIAT } **326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal**
PUBLICITÉ : Jacques D. Clerk } **Tél.: LAncaster 9888**

EGOSALYL

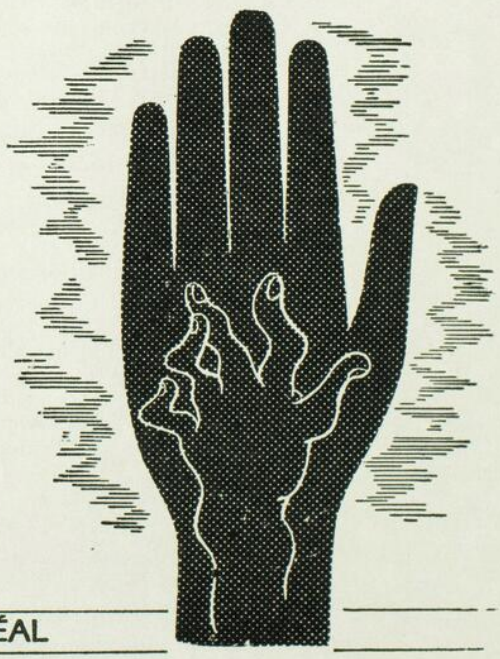
AMIDE SALICYLIQUE
— EGGER —

Un nouveau salicylé associé
au Calcium et aux Vitamines
essentielles

THÉRAPEUTIQUE MODERNE
des AFFECTIONS ARTHRITIQUES
ET RHUMATISMALES

Tolérance parfaite
Absence d'irritation
gastrique ou rénale

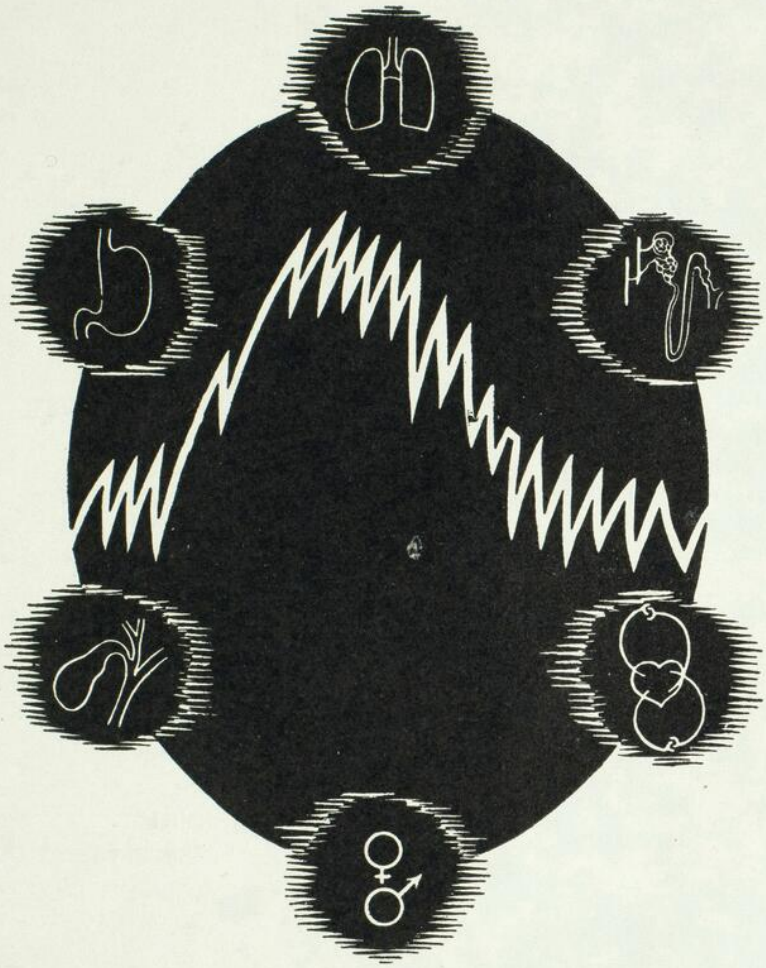
Haute salicylémie sans adjuvants
Effet analgésique puissant
Flacons de 100 et 1000 comprimés



EGGER (CANADA) LTD. — MONTRÉAL

Agents: **Laboratoires Jean Olive, 200, rue Vallée — Montréal.**

ANTISPASMODIQUE ATOXIQUE



CALME LES SPASMES DES MUSCLES LISSES
REMPLACE AVEC AVANTAGE
OPIUM, MORPHINE ET CODÉINE
COMME ANTISPASMODIQUE

SEDANTYL

BENZOATE DE BENZYLE + ORTHOFORMIATE D'ÉTHYLE

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL, P.Q.

OFFICIERS

DE

l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEURS GÉNÉRAUX HONORAIRES

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

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Emile BLAIN,
444 est, rue Sherbrooke, Montréal.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel, Montréal.

SECRÉTAIRE ADJOINT

B.-G. BEGIN
3440, rue Hutchison, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Emile BLAIN,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
J.-A. DENONCOURT,	Trois-Rivières.
J.-B. JOBIN,	Québec.
René DUBERGER,	Sherbrooke.
Sylvio LEBLOND,	Québec.
Antoine POULIOT,	Québec.

SECRÉTARIAT: 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal.
Tél.: HArbour 8076

•

COMITÉ DU XXIIe CONGRÈS

J.-B. JOBIN, président.

René DUBERGER,	1er vice-président.
J.-M. LAFRAMBOISE,	2e "
Gustave LACASSE,	3e "
Auray FONTAINE,	4e "

Sylvio LEBLOND,	Secrétaire.
Pierre JOBIN,	Secrétaire adjoint.
Antoine POULIOT,	Trésorier.

SECRÉTARIAT DU CONGRÈS:
Université Laval, Québec, P. Q.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE	**J.-A. JARRY**	**A.-L. RICHARD**
J.-H. LAPOINTE	**Charles VEZINA**	**Edmond POTVIN**
Albert PAQUET	**Richard GAUDET**	**J.-A. VIDAL**
Chs-N. deBLOIS		**J.-A. DENONCOURT**

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1954
ARCHAMBAULT, Gérard, 472, av. Laurier, St-Jean P.Q. 1952
BAILLY, Roland, 4339, avenue de Lorimier, Montréal .. 1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta. 1954
BELIVEAU, Pierre, Méthégan, N.-B. 1952
BIBAUD, Barthélemy, Valleyfield, P. Q. 1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec .. 1952
BONIN, Wilbrod, 575, avenue Davaar, Outremont .. 1954
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q. 1954
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1952
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1954
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1954
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1954
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal .. 1952
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec 1952
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q. 1952
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I. 1954
GAUTHIER, J.-D., Shippegan, N.-B. 1954
HURTUBISE, Raoul, Sénateur, 19, rue Durham, Sudbury, Ont. 1954
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1952
JOBIN, Pierre, 911½, rue d'Auteuil, Québec 1954
LECOURS, J.-A., 538, av. King-Edward, Ottawa, Ont. 1952
LEMIEUX, J.-R., Hôpital Saint-Sacrement, Québec 1952
MANSEAU, Georges, 924, rue St-Aubin, Ville St-Laurent 1952
MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-E.-Cartier, Montréal .. 1952
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. .. 1952
MORISSET, Pierre, Saint-Georges-de-Beauce, P. Q. ... 1952
PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. .. 1952
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1954
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1954
PILON, J.-L., 389 est, boul. Saint-Joseph, Montréal .. 1954
POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q. 1954
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1954
ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté de Nicolet, P.Q. 1952
SMITH, Pierre, 300, Carré Saint-Louis, Montréal 1954
TETRAULT, Adélard, 411, boul. Laviolette, T.-Rivières 1954
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1954
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1954

THIOMERIN, *diurétique mercuriel à radical soufré*

Toxicité cutanée réduite

Toxicité cardiaque pratiquement nulle

Efficace

Douleur réduite au minimum

LA THIOMERIN est versatile

". . . toxicité cutanée fortement réduite, d'après les épreuves intra-cutanées et sous-cutanées . . ."[1]

". . . irritation minime au point d'injection."[2]

". . . aucune réaction toxique grave, ni médiate, ni immédiate."[3]

". . . aucun d'eux ne manifesta de réactions."[4] (il s'agissait de 12 malades chez lesquels un diurétique mercuriel à la théophylline avait provoqué auparavant une hypersensibilité générale aiguë).

". . . son activité s'avère au moins égale à celle des autres diurétiques mercuriels."[5]

"La diurèse est plus prolongée et plus uniforme . . ."[3]

". . . la diurèse est un peu plus lente à se manifester, mais se prolonge davantage."[5]

". . . la douleur locale n'est pas plus vive qu'avec toute autre injection hypodermique d'une solution aqueuse."[6]

". . . les trois voies — intra-veineuse, intra-musculaire et sous-cutanée, — peuvent être utilisées indifféremment. C'est, de tous les diurétiques mercuriels dont on dispose, celui qui s'administre le plus facilement . . ."[7]

1. Ruskin, A., Rabinowitz, H., and Damiani, M.: J. Lab. & Clin. Med. *26*: 1, 1950.
2. Batterman, R. C., Unterman, D., and DeGraff, A. C.: J.A.M.A. *140*:1268, 1949.
3. Stewart, H. J., McCoy, H. I., Shepard, E. M., and Luckey, E. H.: Circulation *1*:502, 1950.
4. Whitman, J. F., and Proudfit, W. L.: Report, Twenty-fourth Scientific Session Am. Heart Assn., Atlantic City, N.J., June 8-9, 1951.
5. Herrmann, G. R., Chriss, J. W., Hejtmancik, M. R., and Sims, P.M.: Texas State J. Med. *46*:75, 1950.
6. Grossman, J., Weston, R. E., Edelman, I.S., and Leiter, L.: Circulation *1*:508, 1950.
7. Brimi, R. J.: Journal-Lancet 298, (Aug.) 1950.

Thiomerin

MERCAPTOMERIN SODIQUE

PRÉSENTATION: sous forme de poudre lyophilisée, en fioles d'une contenance suffisante pour préparer 10 c.c. et 30 c.c.

Wyeth

Marque Déposée

Saupoudrage
Instillation
Annonçant le
Pansement Humide
Infiltration
Hypodermique
INDICATIONS:
Empyème (tuberculeux, mixte ou non tuberculeux)
Moignons d'amputation
Hématomes sous-cutanés
Ostéomyélite
Gangrène diabétique
Ulcères variqueux
Plaies de lit
Abcès, fistules des tissus mous
Brûlures des 2e et 3e degrés

Tryptar

TRYPSINE CRISTALLISÉE PURIFIÉE, ARMOUR

un nouvel agent de DÉBRIDEMENT PHYSIOLOGIQUE ÉLECTIF

Le Tryptar, marquant un progrès qui fait époque en médecine générale et en chirurgie, effectue pour la première fois le DÉBRIDEMENT PHYSIOLOGIQUE ÉLECTIF des surfaces recouvertes de tissus nécrosés et de membranes pyogéniques.

Le Tryptar débride les ulcérations superficielles en quelques heures. Dans l'empyème, le dégagement et souvent même la stérilisation de la cavité pleurale s'obtient en quelques jours; dans l'empyème tuberculeux particulièrement, le Tryptar introduit un changement radical dans le traitement qui améliore grandement le pronostic.

Le Tryptar digère électivement les cellules et tissus non viables seulement sans toucher aux tissus vivants. La guérison des lésions se produit par suite de l'élimination des obstacles locaux et du renforcement des mécanismes de défense humorale de l'organisme. Si une intervention chirurgicale est indiquée, le Tryptar donne un champ opératoire propre, diminuant ainsi considérablement le risque chirurgical dans les états qui sont inaccessibles aux antibiotiques. Le Tryptar n'occasionne ni réactions locales ou antigéniques, ni sensibilisation.

Présentation : Le Tryptar est présenté en emballages comprenant deux fioles: une fiole de 30 cc. contenant 250,000 unités Armour (250 mg. d'activité trypsique) de trypsine cristallisée hautement purifiée, et une fiole de 30 cc. contenant 25 cc. de Diluant pour la Trypsine (Solution Tampon au Phosphate de Sorensen) avec un pH de 7.1, le tout accompagné d'un raccord en plastique pour usage avec l'insufflateur de poudre.

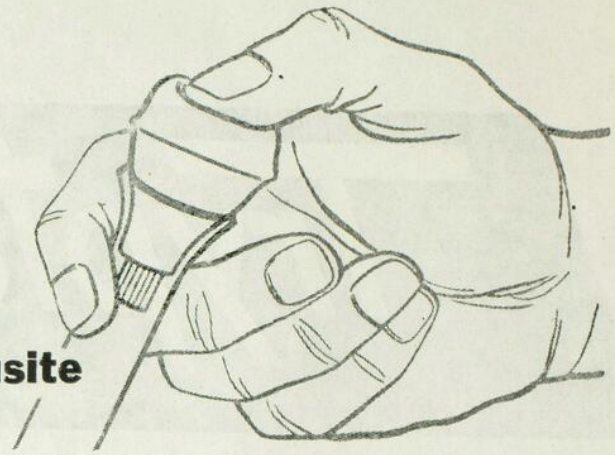
THE ARMOUR LABORATORIES

520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

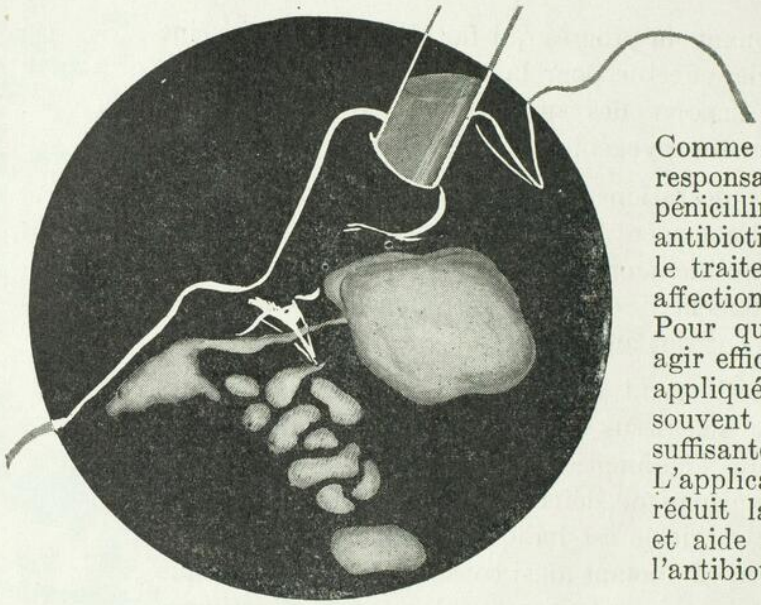
Distributeur canadien : LAURENTIAN AGENCIES, LIMITED

429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTRÉAL 1, QUÉBEC, CANADA

thérapeutique
antibiotique
décongestive
de la sinusite



Néo-Synéphrine[R] Pénicilline



Comme la plupart des organismes responsables de la sinusite sont pénicillino-sensibles,[1] cet antibiotique convient bien pour le traitement local de cette affection.[2]
Pour que la pénicilline puisse agir efficacement, elle doit être appliquée sur la région malade souvent et à une concentration suffisante.
L'application de Néo-Synéphrine réduit la congestion nasale et aide ainsi à faire pénétrer l'antibiotique.[3]

La Néo-Synéphrine[R] Pénicilline est présentée en emballage combiné (avec diluant) pour faire 15 cc. de solution de Chlorhydrate de Néo-Synéphrine à 0.25 pour cent contenant 10,000 U. I. de pénicilline par cc.

1. Scott-Moncrieff, R.: Penicillin in the Treatment of Sinusitis. Canad. Med. Ass. Jour., 56:296, Mar., 1947.

2. Craig, S. L.: New York State Jour. Med., 49:181, Jan. 15, 1949.

3. Woodward, F. D., and Holt, T.: Local Use of Penicillin in Infections of the Ear, Nose and Throat. J.A.M.A., 129:589, Oct. 27, 1945.

Winthrop-Stearns
of Canada, Limited
Windsor, Ont.

Pour une Double Action contre le Coryza, la Rhinite Allergique, la Rhinite Vasomotrice et la Sinusite . . .

Néo-Synéphrine Thenfadil[R]
Solution Nasale Antihistaminique Décongestive

Flacons de 1 once fluide renfermant
Chlorhydrate de Néo-Synéphrine 0.25%
Chlorhydrate de Thenfadil 0.1%.

Néo-Synéphrine, nom déposé de la phényléphrine.
Thenfadil, nom déposé du chlorhydrate de N,N-diméthyl-N'-(3-thényl)-N'-(2-pyridyl) éthylènediamine.

433 ouest, rue Sandwich, Windsor, Ontario

Des ingrédients **SUPPLÉMENTAIRES**

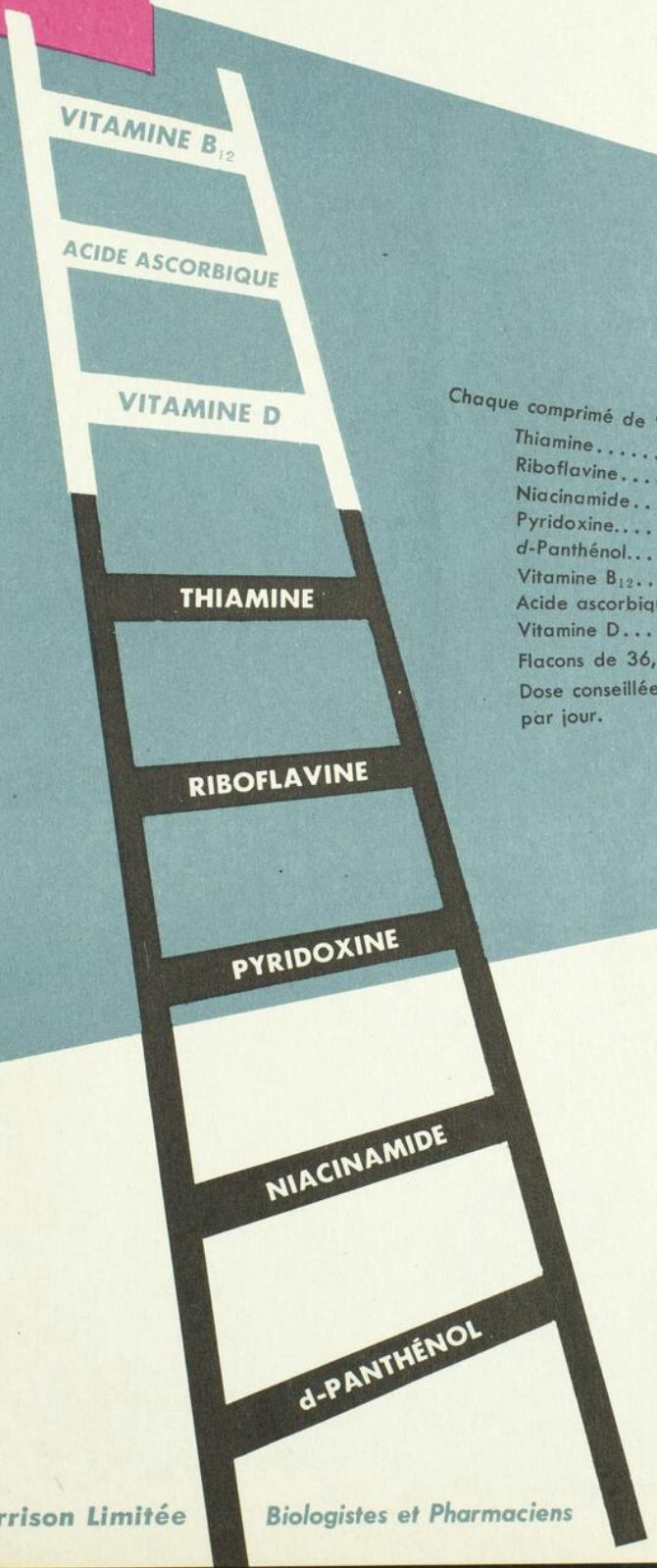
"Béminal" Plus

dans une préparation de complexe B

"Béminal"

Facteurs vitaminiques B

- Comprimés
- Concentré
- Liquide
- Composé
- Vitaminé C Fortis
- avec Fer et Foie
- Injectable (Solution)
- Injectable Fortis (Desséché)
- Injectable vitaminé C Fortis



Chaque comprimé de "Béminal" Plus renferme:

Thiamine	5 mg.
Riboflavine	2 mg.
Niacinamide	10 mg.
Pyridoxine	0 mg. 5
d-Panthénol	2 mg.
Vitamine B_{12}	1 microg.
Acide ascorbique	25 mg.
Vitamine D	500 U.I.

Flacons de 36, 100 et 500 comprimés

Dose conseillée: un comprimé 3 fois par jour.

Ayerst

Ayerst, McKenna & Harrison Limitée — Biologistes et Pharmaciens — Montréal, Canada

action combinée

"Prémarine" avec Méthyltestostérone

Dans les cas justiciables du traitement oestrogènes-androgènes

Association de stéroïdes permettant l'action à la fois complémentaire et neutralisante des oestrogènes et des androgènes.

Indications.—Fractures et ostéoporose chez l'un ou l'autre sexe
certains cas sélectionnés de ménopause
dysménorrhée
troubles de la cinquantaine

No 879 "Prémarine" ..... 1 mg. 25
(substances oestrogènes conjuguées équines)
Méthyltestostérone ..... 10 mg.

No 878 "Prémarine" ..... 0 mg. 625
(substances oestrogènes conjuguées équines)
Méthyltestostérone ..... 5 mg.

Flacons de 20 et 100 comprimés

Littérature détaillée concernant les indications et la posologie sur demande.

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITEE
Biologistes et Pharmaciens
Montréal, Canada

F3552

11 Sels Minéraux et 9 Vitamines

EN UNE SEULE CAPSULE

EQUILIBRE PARFAIT—La formule de VITERRA procure des doses bien équilibrées de vitamines, de sels minéraux et d'éléments à l'état de traces. Elle est composée de manière à augmenter la valeur nutritive de chacun des ingrédients qu'elle renferme. Les composants du VITERRA sont dans des proportions telles qu'ils assurent l'harmonie des rapports biologiques essentiels au bon fonctionnement des systèmes enzymotiques vitaux.

EFFICACITÉ—VITERRA contient toutes les vitamines que l'on sait être essentielles à l'alimentation humaine, ainsi que les 11 sels minéraux dont les aliments sont le plus ordinairement dépourvus.

COMMODITÉ—Grâce à VITERRA, il est possible, pour la première fois, de procurer des doses supplémentaires suffisantes de vitamines, de sels minéraux et d'éléments à l'état de traces, et cela en une seule capsule.

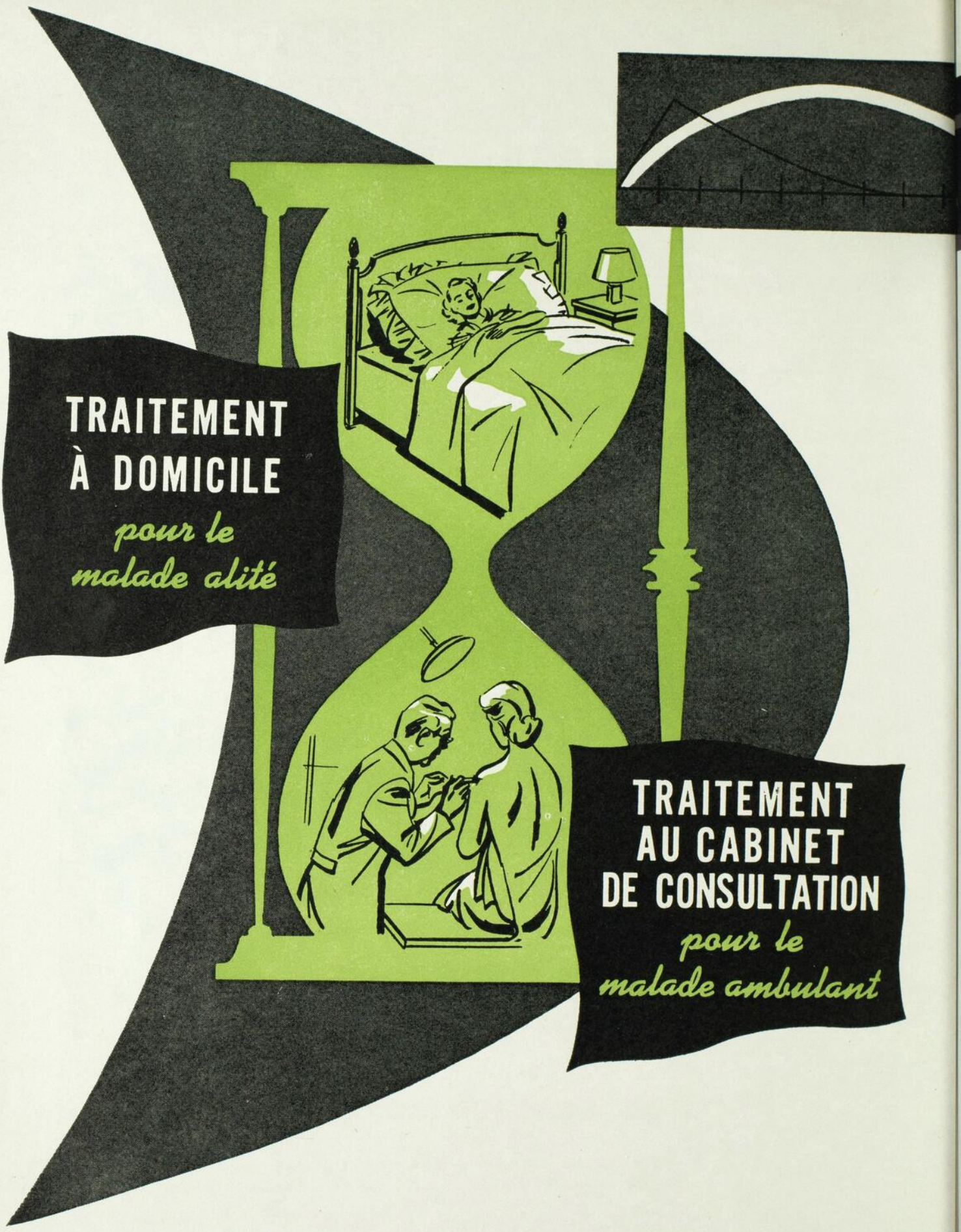
Viterra

Chaque Capsule Contient:

Calcium (du phosphate de dicalcium)	213 mg.	Vitamine A	5,000 Unités Int.
Cobalt (du sulfate de cobalt)	0.1 mg.	Vitamine D	500 Unités Int.
Cuivre (du sulfate de cuivre)	1 mg.	Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Iode (de l'iodure de potassium)	0.15 mg.	Riboflavine	3 mg.
Fer (du sulfate ferreux)	10 mg.	*Chlorhydrate de pyridoxine	334 mg.
Manganèse (du sulfate de manganèse)	1 mg.	Niacinamide	25 mg.
Magnésium (du sulfate de magnésium)	6 mg.	Acide ascorbique	50 mg.
Molybdenum (du molybdate de sodium)	0.2 mg.	*Acide d'pantothénique	1.67 mg.
Phosphore (du phosphate de dicalcium)	165 mg.	*Vitamine E (type VI)	3.34 Unités Int.
Potassium (du sulfate de potassium)	5 mg.		
Zinc (du sulfate de zinc)	1.2 mg.		

*Quantité nécessaire de ces vitamines en nutrition humaine n'est pas encore déterminée

J. B. ROERIG AND COMPANY (CANADA) LIMITED — 1255 Phillips Square, Montreal 2, Quebec


TRAITEMENT
À DOMICILE
pour le
malade alité
TRAITEMENT
AU CABINET
DE CONSULTATION
pour le
malade ambulant

ACTHAR* *Gel* À ACTION PROLONGÉE

ACTHAR *Gel* — la nouvelle préparation ACTH-RETARD à action prolongée — simplifie le traitement par l'ACTH au point que l'on peut le comparer au traitement du diabète par l'insuline-retard. Les traitements à la maison ou au cabinet de consultation deviennent faciles à appliquer et représentent une économie importante pour le patient. La facilité d'administration et une action thérapeutique de longue durée constituent les avantages remarquables de l'ACTHAR *Gel.*

De récentes études cliniques ont nettement établi la posologie recommandée pour le traitement de l'ACTHAR *Gel.* Il est essentiel de bien déterminer la dose afin d'obtenir les meilleurs résultats dans le traitement quotidien de l'ACTH au cours de votre pratique.

Indications: Arthrite rhumatoïde, fièvre rhumatismale, lupus érythémateux, sensibilité aux médicaments, asthme bronchique sévère, dermatite de contact, la plupart des affections inflammatoires de l'œil, pemphigus aigu, dermatite exfoliatrice, colite ulcéreuse, arthrite goutteuse aiguë, hypofonctionnement adréno-cortical secondaire. **Présentation:** fioles à doses multiples de 5 c.c. contenant 20 U. I. par c.c., et fioles à doses multiples de 5 c.c. contenant 40 U. I. par c.c.

* NOM DÉPOSÉ DE L'HORMONE ADRÉNOCORTICOTROPE (ACTH) DES LABORATOIRES ARMOUR

THE ARMOUR LABORATORIES

520 NORTH MICHIGAN AVENUE • CHICAGO 11, ILLINOIS

Distributeur canadien : LAURENTIAN AGENCIES, LIMITED

429, RUE SAINT-JEAN-BAPTISTE, MONTRÉAL 1, QUÉBEC, CANADA

"JELONET"

LE PANSEMENT DE GAZE "GELÉE DE PÉTROLE" EST INDIQUÉ : pour les greffes épidermiques, les fractures compliquées, les brûlures, etc., comme pansement non-adhésif, pour susciter la granulation.

Les mèches ouvertes facilitent la suppuration, assurent la ventilation aux greffes épidermiques, et au jeune épithélium, tout en causant le moins de traumatisme possible aux granulations.

La saturation uniforme avec de la Gelée de Pétrole empêche les hausses sérieuses de température causées par l'absorption de toxiques. Elle prévient aussi la dermatite secondaire de la peau environnante, provenant de l'écoulement, et permet une expulsion facile dans les cas de blessures profondes.

"Jelonet" est une gaze à mailles ouvertes, saturée uniformément de Gelée de Pétrole et de Baume du Pérou. Elle est emballée dans des contenants scellés de 36 pansements, stérilisés, prêts à servir immédiatement.

Paquet spécial pour les hôpitaux: longueurs continues de 8 verges.

SMITH & NEPHEW, LTD.

2285, AVENUE PAPINEAU, MONTRÉAL (24), P. Q.

Fait en Angleterre par les fabricants de "Elastoplast" et de "Gypsona"

T. J. SMITH & NEPHEW, LTD., HULL, ENGLAND

Les chaînes de la congestion nasale sont brisées . . .

Antistine-Privine*

. . . donne un soulagement frappant de la congestion nasale causée par: rhinite allergique, rhinite vasomotrice, sinusite, etc.

La combinaison synergique de l'antihistaminique Antistine et du vasoconstricteur Privine est "le médicament de choix pour application aux muqueuses nasales."[1]

PRÉSENTATION:

1. VAPORISATEUR commode: Emet un aérosol qui fait parvenir la solution directement à la région des symptômes
2. SOLUTION—Flacon de ½ once liquide avec compte-gouttes. Pour instillation dans les narines et dans le cul-de-sac conjonctival dans le traitement des affections allergiques des muqueuses nasales et de la conjonctive.

Ciba COMPAGNIE LIMITÉE • MONTRÉAL

1. Hunter, R.B., et Dunlop, D.M.; Quart. J. Med. 17: 271-290, 1948.

*Marque déposée

Un nouveau sirop

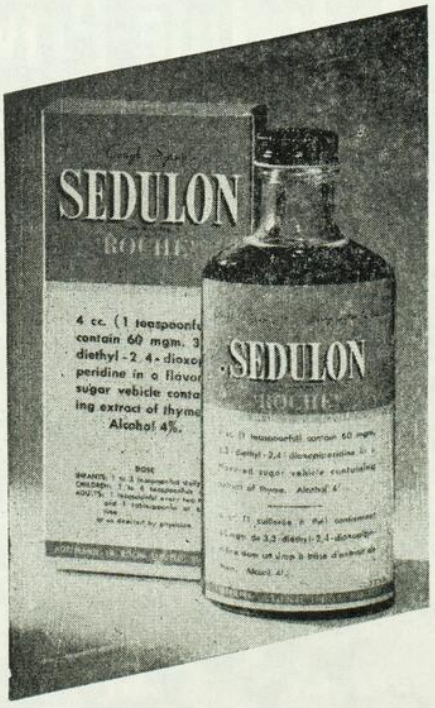
contre la toux nocturne

EFFICACE • AGRÉABLE AU GOÛT • BIEN TOLÉRÉ

Le Sedulon est un nouveau composé non narcotique d'une efficacité telle qu'il peut remplacer la codéine. Découvert après de longues études dans les Instituts de Recherches Roche, ce composé exerce une action sédative douce, même dans les toux les plus rebelles. L'expérience clinique démontre que le Sedulon est spécialement indiqué dans les quintes de toux nocturnes. D'un goût agréable, le sirop de Sedulon 'Roche' sera préféré par les patients jeunes ou vieux. Il est présenté en flacons de 4 et 16 onces.

Le Sedulon est la 3,3-diéthyl-2,4-dioxo-pipéridine.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE • MONTRÉAL



sedulon *'Roche'*

℞

Sedulon 'Roche' ℥ iv
Sig. ℥ i toutes les 2 heures;
$\frac{℥ss}{ss}$ au coucher
(contre la toux nocturne chez les adultes)

LE CONTRÔLE DE L'APPÉTIT FACILITÉ

Daniel Lambert, de Leicester (Angleterre) était l'homme le plus gros que citent les annales médicales. A 31 ans, il pesait 739 livres. (Dessiné d'après une peinture de H. Singleton)

PAR LES ADJUDETS

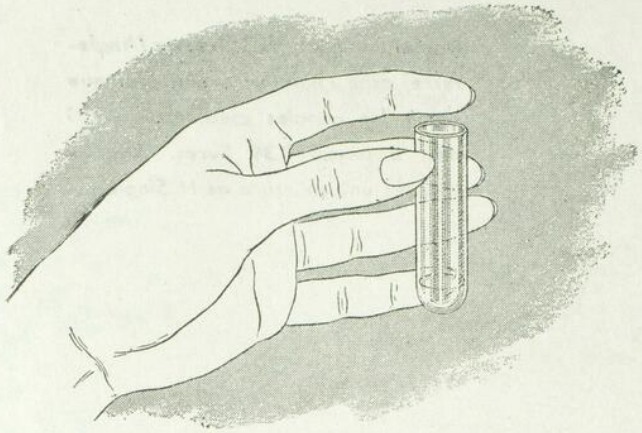
LOSANGES POLYVITAMINIQUES À L'AMPHÉTAMINE

- Le dextro-amphétamine freine l'appétit
- Le bonbon (d'une valeur calorique négligeable) satisfait la faim
- Complément vitaminique approprié
- Forme d'administration agréable et commode

Sur ordonnance seulement, flacons de 36

Wyeth
Marque Déposée

JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED
WALKERVILLE - ONTARIO



compagnon de contrôle pour l'ACTH et la CORTISONE

"En clinique, il est indiqué de rechercher la présence de sucre dans les urines des patients, diabétiques ou non, à intervalles réguliers, pendant l'administration de la cortisone ou de l'ACTH, et de poursuivre les investigations et le traitement appropriés, si une glycosurie est découverte. On doit apporter une attention particulière pour les diabétiques."

Sprague, R. G.: Cortisone and ACTH, Am. J. Med. *10*:567, 1951.

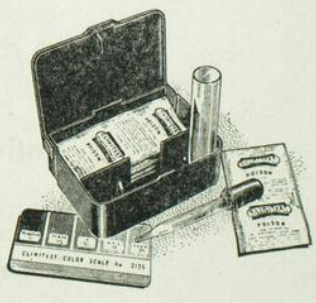
Pour éviter des surprises cliniques semblables et simplifier le contrôle clinique, il sera avantageux de faire un test de routine pour le sucre urinaire, *avant, pendant* et *après* l'administration de l'ACTH et de la Cortisone. Les Comprimés-Réactifs *Clinitest* offrent une méthode rapide, pratique et sûre — aussi facilement utilisée par le patient que par le médecin.

COMPRIMÉS-RÉACTIFS

CLINITEST pour le dépistage du sucre urinaire

Marque déposée

Vous assurez des analyses régulières et fiables pour le sucre urinaire en prescrivant le "Universal Model Set" (No 2155).



AMES Company of Canada, Ltd., Toronto

C-2

Une Réponse Clinique Rapide

AVEC LE

Chloromycetin®

SIGNIFIE UNE REPRISE RAPIDE DE L'ACTIVITÉ NORMALE

Un traitement soutenu par le CHLOROMYCETIN, qui est bien toléré, produit rapidement une réponse clinique dans une grande variété d'affections bactériennes et virales et de rickettsioses. La convalescence se poursuit sans incident et on peut s'attendre à une prompte reprise de l'activité normale du patient.

Le CHLOROMYCETIN (chloramphénicol, Parke-Davis) *est présenté sous les formes suivantes:*

Kapseals* de CHLOROMYCETIN, 250 mg., flacons de 16 et de 100.

Capsules de CHLOROMYCETIN, 100 mg., flacons de 25 et de 100.

Capsules de CHLOROMYCETIN, 50 mg., flacons de 25 et de 100.

Crème de CHLOROMYCETIN, 1%, tubes en étain de 1 once.

Onguent Ophtalmique de CHLOROMYCETIN, 1%, tubes en étain de ⅛ d'once.

CHLOROMYCETIN Ophtalmique, 25 mg. de poudre sèche pour solution, fioles individuelles avec compte-gouttes.

Palmitate de CHLOROMYCETIN, pour Pédiatrie, flacons de 60 cc.

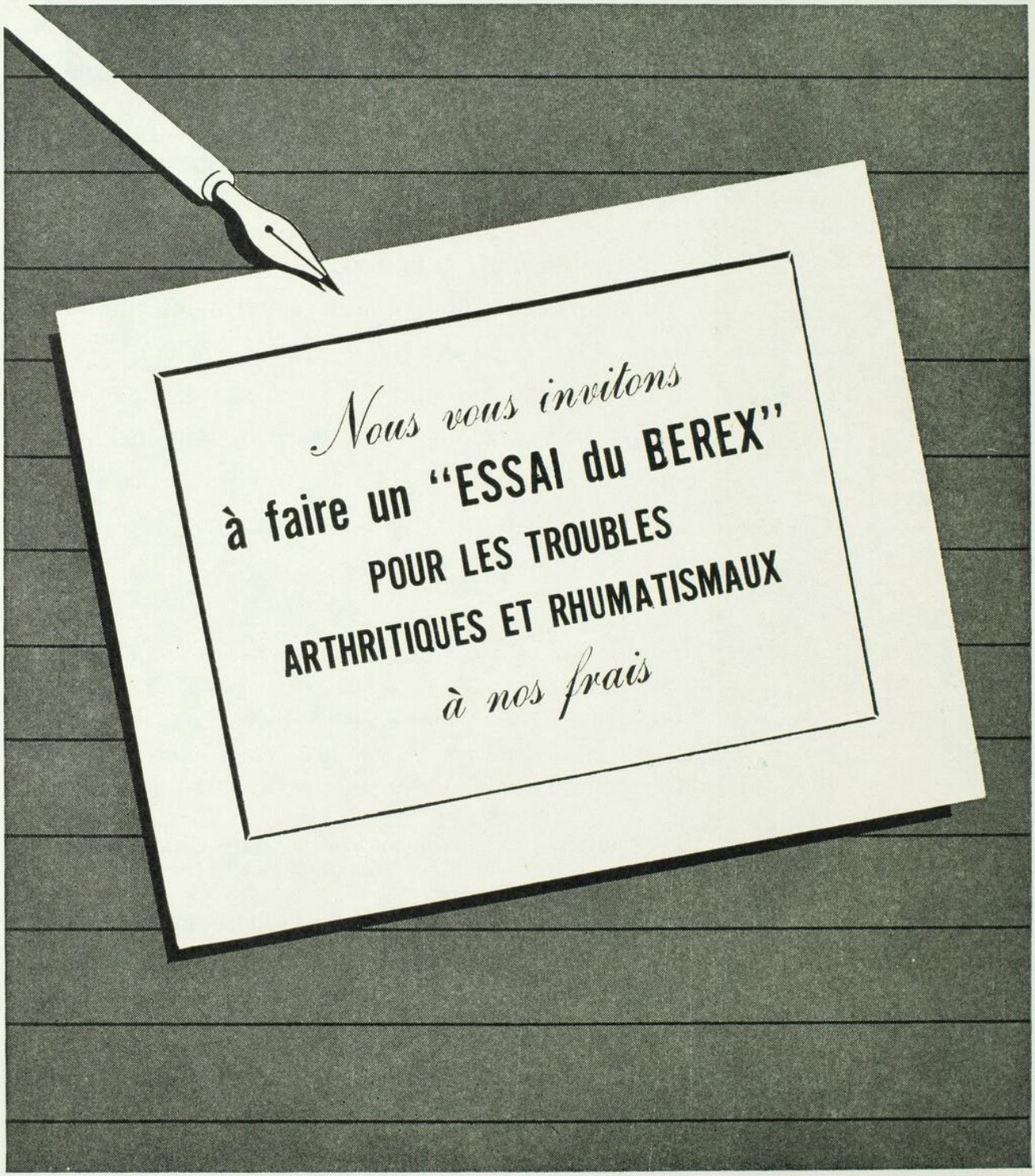
*Nom déposé.

PARKE, DAVIS & CIE., LTÉE.

MEDICAMENTA VERA

L'Union Méd. Canada
Tome 81 — fév. 1952

UNE OFFRE QUI SORT



DE L'ORDINAIRE...

aux médecins canadiens!

Tout ce que nous pourrions vous dire au sujet de l'efficacité du traitement oral par le succinate-salicylate (BEREX) des troubles arthritiques et rhumatismaux ne saurait être aussi convaincant que votre observation personnelle des résultats obtenus sur vos propres patients. C'est pourquoi nous faisons l'offre exceptionnelle suivante:

Nous vous fournirons GRATUITEMENT une quantité de BEREX suffisante pour que vous fassiez vous-même l' "ESSAI DU BEREX" sur deux malades souffrant de troubles arthritiques et rhumatismaux.

De cette façon, docteur, vous pourrez constater par vous-même — sans vous engager en aucune façon — la réponse remarquable produite par le traitement oral par le BEREX.

Des médecins qui ont prescrit le BEREX ou qui ont fait l' "ESSAI DU BEREX" rapportent . . . "les symptômes douloureux s'amendèrent rapidement" . . . "le BEREX est bien toléré" . . . "aucun indice de réactions toxiques, pas de constipation, pas de brûlements d'estomac" . . . "aucune réaction secondaire indésirable" . . . "se prête admirablement à un traitement prolongé."

Nous vous engageons, docteur, à faire l' "ESSAI DU BEREX" à nos frais. Vous avez tout à gagner et rien à perdre. Faites vous-même la démonstration que, dans le traitement de l'ostéo-arthrite, de la polyarthrite déformante, de la fièvre rhumatismale, de la myosote, de la fibrosite, de la bursite ou de la névralgie sciatique, le BEREX procure des bienfaits extraordinaires.

Dès que nous recevrons votre demande, **nous vous enverrons un format pharmacie de 500 comprimés BEREX avec les indications complètes sur la posologie. Des quantités additionnelles vous seront fournies au besoin afin que votre essai personnel du traitement oral par le succinate-salicylate (BEREX) puisse être concluant.**

Le BEREX se vend en flacons de 100 et en format pharmacie de 500 comprimés à votre pharmacie d'ordonnances. Fabriqué sous licence sous le nom déposé BEREX.

BEREX Pharmacal Company **36-48 Caledonia Road, Toronto, Canada**

L'AMINOPHYLLINE FRANÇAISE

CARÉNA

SÉDO-CARÉNA

COMPRIMÉS

Caréna — Phénobarbital — Papavérine

Neurodystonies cardiaques
Spasmes vasculaires, Algies des cardiaques.

CARÉNA

INTRAMUSCULAIRE
Théophylline-éthylène-diamine
Syndromes cardiaques
Syndromes Cardio-rénaux
Œdèmes cardiaques, rénaux et hépatiques.
Dyspnées

CARÉNA-OUABAÏNE

AMPOULES I. V. — COMPRIMÉS

VASO-DILATATEUR — CORONARIEN

Défaillance cardiaque, cœur sénile

TRINITRINE-CARÉNA

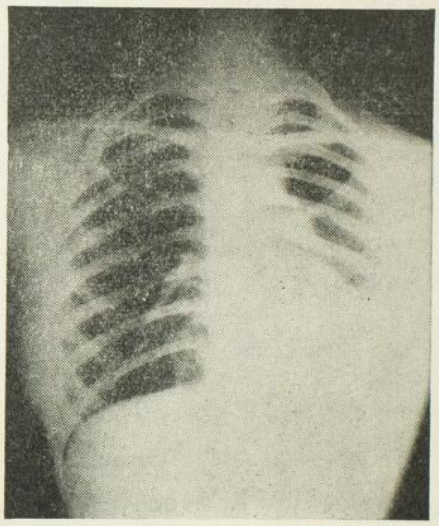
COMPRIMÉS

Algies paroxystiques, état de mal angineux, crises d'angine de poitrine.

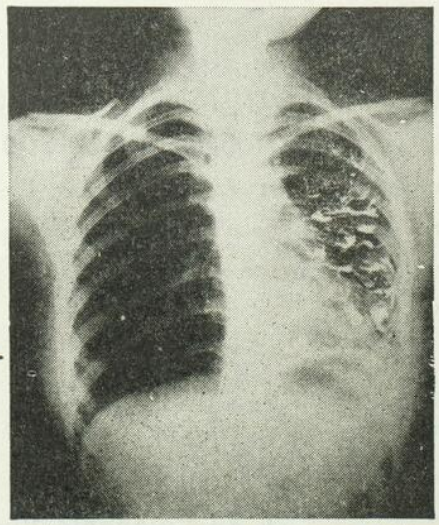
Laboratoires DELAGRANGE — Paris

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

Lipiodol*



Roentgenogramme sans Lipiodol



Roentgenogramme avec Lipiodol

complète l'image du diagnostic!

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

LABORATOIRES A. GUERBET & Cie 22, Rue du Landy, 22 PARIS - SAINT-OUEN

On a raison de les préférer — Ils ont subi l'épreuve clinique!

PRODUITS DE RECHERCHE DOHOW

PUBLICITÉ STRICTEMENT RÉSERVÉE AU CORPS MÉDICAL

Auralgan

contre **L'OTITE MOYENNE AIGUË**

pour **L'ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS CÉRUMINEUSES**

comme **ADJUVANT D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE**

contre **LES OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES CONTAGIEUSES**

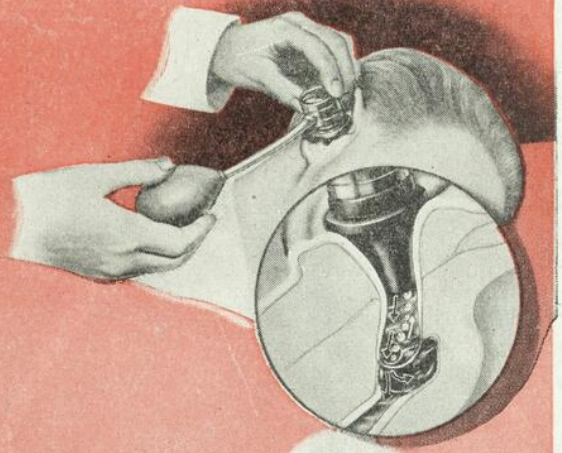
FORMULE: Glycérol (DOHOW) ..... 17.90 g
(la plus forte densité qui puisse être obtenue)
Phénazone ..... 0.87 g
Benzocaïne ..... 0.23 g

O-TOS-MO-SAN

contre **L'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE**

LA FURONCULOSE ET LA DERMATOMYCOSE AURICULAIRE

FORMULE: Urée ..... 2.0 g
Sulfathiazole ..... 1.6 g
Excipient glycérolé (DOHOW) .. 16.4 g



RHINALGAN

Favorise la décongestion nasale *sans* affecter les appareils circulatoire ou respiratoire

contre **LE RHUME ORDINAIRE • LES INFECTIONS DU SINUS**
LA CONTRACTION NASALE PRÉ-ET POST-OPÉRATOIRE
LE RHUME DES FOINS • LES RHINITES ALLERGIQUE ET HYPERTROPHIQUE

FORMULE: Saccharinate de désoxyéphédrine 0.50% p/v dans une solution aqueuse contenant 0.02% de laurylammonium saccharine. Aromatisé. pH 6.4.

Présenté dans le **SPRAY-O-MIZER DOHONY***
(Combinaison vaporisateur-compte-gouttes)
*MARQUE DE COMMERCE — BREVET EN INSTANCE

Egalement, en bouteilles de 16 onces liquides pour le bureau et l'hôpital.

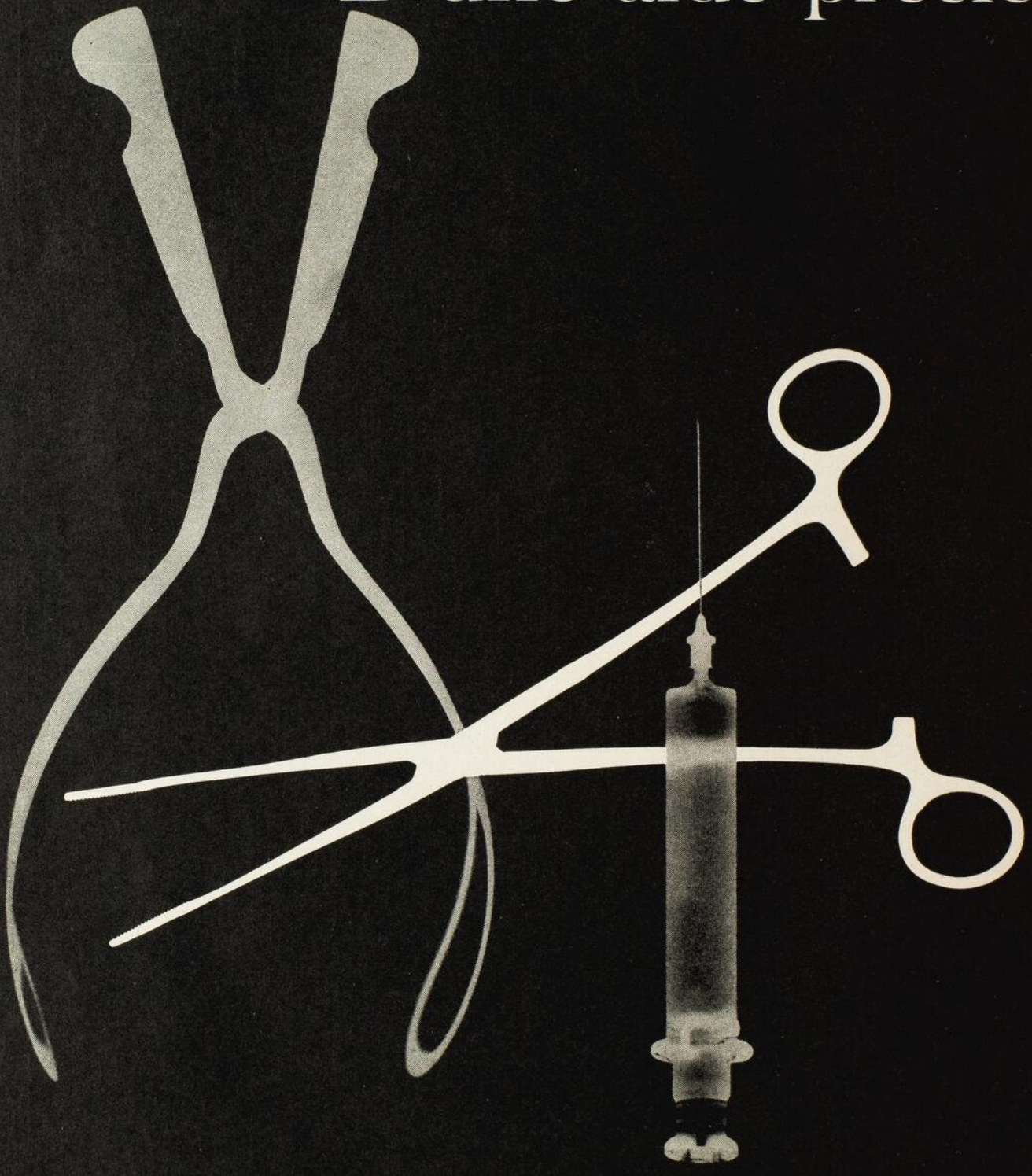
AGRÉABLE — EFFICACE
NON-TOXIQUE — BACTÉRICIDE

Documentation scientifique et clinique envoyée sur demande

THE DOHOW CHEMICAL, LTD. et MALLON DIVISION — fabricants du RECTALGAN

Montréal **New York 13** **Londres**

D'une aide précieuse



dans le thrombo-embolisme

chez . . . **"les personnes d'âge avancé, les sujets souffrant de troubles hépatiques graves, ou de maladie de coeur congestive, et . . . dans les cas graves d'alcalose ou d'acidose"**

"les sujets récemment opérés au cerveau, au cordon médullaire, à l'oeil, ou au système cardio-vasculaire"

"les femmes enceintes pendant le dernier mois de grossesse, et aussi pendant la période d'allaitement"

parce que . . . **"Dans tous ces cas, une héparinisation modérée peut être d'une aide précieuse, d'autant plus que son effet peut toujours s'intervertir immédiatement par le sulfate de protamine."** [1]

d'une aide précieuse **Chaque fois que l'héparinisation est indiquée:**

Rx Depo*-Héparine
SODIQUE

Produit créé par la compagnie Upjohn pour enrayer efficacement le phénomène thrombo-embolique —

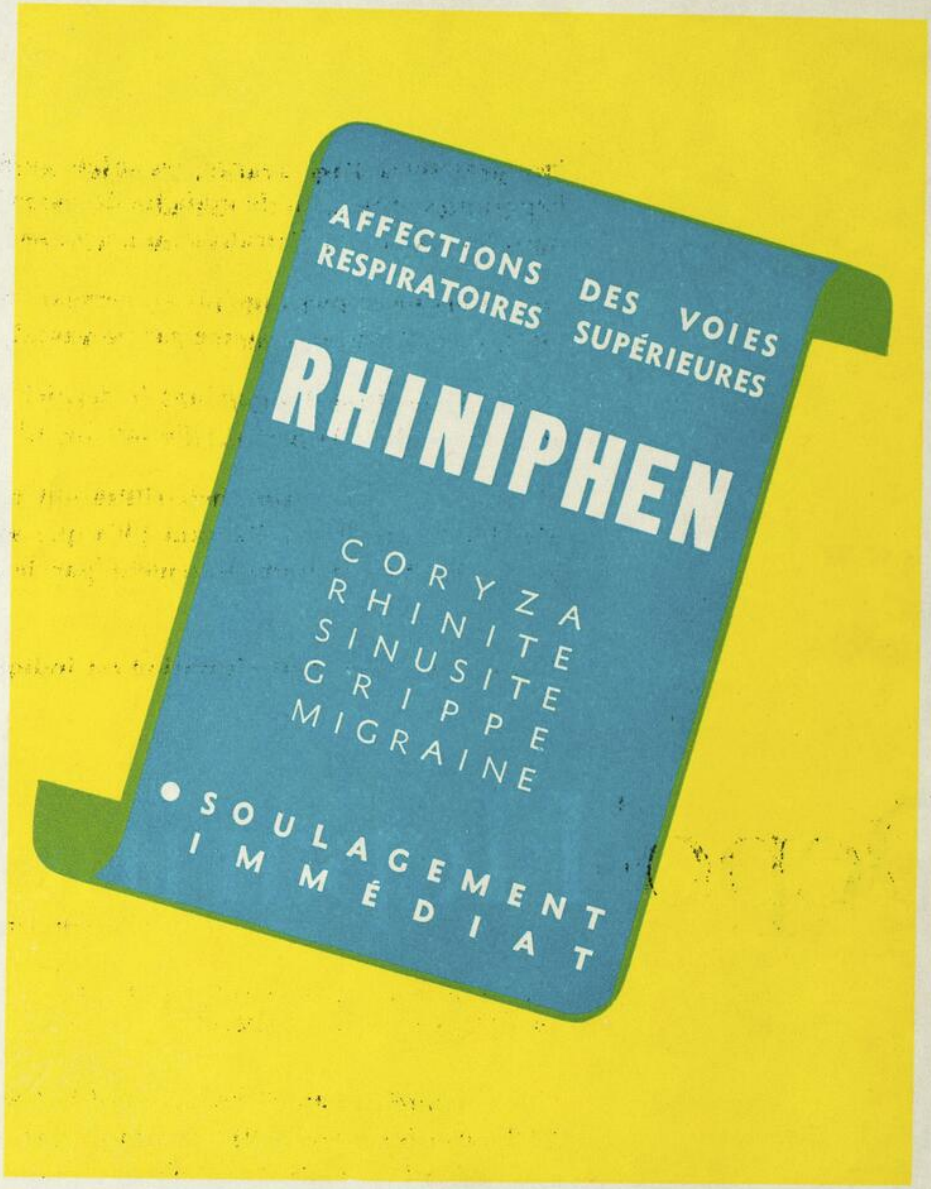
". . . le temps de caillement . . . peut être prolongé d'environ 24 heures lorsqu'on emploie des préparations dépositoires spéciales en doses de 200 à 400 milligrammes." [1]

1. Duff, U. F., Linman, J. et Birch, R.: The administration of heparin, Surg., Gynec. & Obst. 93:343 (septembre) 1951.

**Marque déposée*

Upjohn *Médicament . . . Préparé avec soin . . . Pour la santé.*

THE UPJOHN COMPANY, 384 RUE ADÉLAIDE, OUEST, ONTARIO CANADA



LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.
178 est, rue Jean-Talon
MONTRÉAL 10

JAN

Quand une personne au régime commence à dire *"Rien que cette fois-ci"...*

...La Tentation se Multiplie

QUAND l'obèse commence à prendre l'habitude de faiblir "rien que cette fois-ci," vous trouverez dans le chlorhydrate de DESOXYNE une aide précieuse pour freiner l'appétit et relever le moral.

Avec la DESOXYNE on peut se servir de *doses plus faibles* parce qu'à poids égal elle est plus active que d'autres amines sympathicomimétiques. Il suffit généralement d'un comprimé de 2.5 ou de 5 mg. avant le déjeuner et un autre environ une heure avant le lunch. Avec les doses recommandées on peut s'attendre à *une action plus rapide*, *un effet plus prolongé* et *peu d'effets secondaires*.

Comme adjuvant précieux dans le traitement des états déprimants associés aux longues maladies, à la convalescence ou à la ménopause, la DESOXYNE est le choix d'un grand nombre de médecins. Elle est efficace également dans le traitement de la narcolepsie et comme thérapeutique auxiliaire dans l'alcoolisme. La DESOXYNE est présentée en comprimés de 2.5 et de 5 mg., en élixir renfermant 2.5 mg. par drachme fluide et en ampoules contenant 20 mg. par cc. — se trouvent dans toutes les pharmacies. Abbott

Prescrivez le

Chlorhydrate de DESOXYNE

NOM DÉPOSÉ

(CHLORHYDRATE DE MÉTHAMPHÉTAMINE, ABBOTT)

Doses Plus Faibles

Action Plus Rapide

Effet Plus Durable

Effets Secondaires Minimes

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

•

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 80:

MM. Allard (Eugène) ; Amyot (Roma) ; Andersen (A.) ; Archambault (Jacques) ; Archambault (Jules) ; Archambault (Paul-René) ; Augustin (Marc) ; Badeaux (Georgine) ; Balestrazzi (N.) ; Baril (Edmond) ; Beauregard (J.-M.) ; Bélanger (Claude) ; Bélanger (Paul-Marcel) ; Bélisle (Maurice) ; Bertrand (A.) ; Blain (Emile) ; Bombardier (J.-P.) ; Boulanger (J.-B.) ; Bourbonnais (Georges) ; Bourgeois (Paul) ; Bourgeois-Gavardin (M.) ; Bourque (J.-P.) ; Boussat (André) ; Brisson (Gérard) ; Brunel (D.) ; Cabana (Léo-Paul) ; Caouette (Maurice) ; Champoux (Roger) ; Chaptal (J.) ; Charbonneau (Henri) ; Charest (Gustave) ; Comeau (Maurice) ; Côté (Fernand) ; Coutu (Albert) ; Couture (Ernest) ; Croissant (Odile) ; Cusson (André) ; Daguet (G.) ; David (Paul) ; Del Vecchio (Marc) ; Denoncourt (J.-A.) ; Desforges (Aimé) ; Desjardins (Edouard) ; Desmarais (Bernard) ; Desranleau (J.-Marc) ; Desrochers (Jean-Léon) ; Dionne (Paul) ; Doray (Maurice) ; Doré (Réal) ; Dubeau (Marius) ; Dubreuil (Lucien) ; Dufresne (Origène) ; Dufresne (Roger-R.) ; Dugal (Jean-Paul) ; Durand (Fernande) ; Durivage (Jacques) ; Dussault (Roland) ; Duvalier (François) ; Favreau (J.-C.) ; Fiset (Robert) ; Foisy (René) ; Foley (A.-R.) ; Fontaine (Rosario) ; Forget (Ulysse) ; Fourage; Frappier (Armand) ; Frenette (Ulric) ; Fugère (Paul) ; Fukuda (Toku Ro) ; Gagnier (L.-A.) ; Gagnier (M.) ; Gagnon (E.-D.) ; Gagnon (Jacques-N.) ; Gareau (J.-Roger) ; Gauthier (C.-A.) ; Gauthier (Louis-J.) ; Gauthier (Vincent) ; Genest (Jacques) ; Genest (Robert) ; Gervais (Maurice) ; Gill (Guillaume) ; Girard (Armand) ; Giroud (A.) ; Gosselin (Blandine-Yvette) ; Gosselin (Gilles) ; Gougoux (Jacques) ; Gratton (Armand) ; Gratton (Jean) ; Grignon (C.-E.) ; Grignon (Jean) ; Grignon (René) ; Groulx (Ad.) ; Guy (Rolland) ; Hébert (Gérard) ; Hector (Saint-Lucien) ; Hillemand (Professeur) ; Hood (A. J. G.) ; Hudon (Fernando) ; Jacques (André) ; Jarry (Gaétan) ; Jean (R.) ; Johnson (Réginald) ; Joncas (Gérard) ; Journet (Léon) ; Justin-Besançon (L.) ; Kelly (A. D.) ; Kourilsky (Raoul) ; Lacharité (Hervé) ; Ladouceur (Léo) ; Lafond (Guy) ; Lacasse (Philippe) ; Laham (Jean) ; Lamotte-Barillon (S.) ; Lamoureux (Louis) ; Lamquin (L.) ; Landry (Philippe) ; Langlois (Marcel) ; Lapointe (Henri) ; Lapointe (J.-A.) ; Larichellière (Raymond) ; Larivière (Paul) ; Larochelle (L.-N.) ; Larouche (Gérard - L.) ; Latraverse (Valmore) ; Lauzé (Simon) ; Lauzer (Rosaire) ; Lebeau (René) ; Leblanc (Loyola) ; LeBlond (Sylvio) ; LeBlond (Wilfrid) ; Lecours (Antonio) ; Lefebvre (René) ; Legault (Jean-Paul) ; Léger (Jacques) ; Léger (J.-Louis) ; Lemierre (Professeur A.) ; Lemieux (J.-E.) ; Lépine (Edgar) ; Lépine (Pierre) ; LeSage (Albert) ; LeSage (Jean) ; Lessard (Ivan) ; Letendre (Paul) ; Letondal (Paul) ; Longtin (Jean) ; Mackay (André) ; Marion (Donatien) ; Marion (Pierre) ; Marois (Paul) ; Martin (Hon. Paul) ; Martineau (Bernard) ; Marsolais (Almanzor) ; McCaffrey (Frank) ; Miller (J.-Chs) ; Mirallie (Charles) ; Monfette (Claude) ; Morissette (L.) ; Nadeau (Gabriel) ; Nègre (Léopold) ; Noël (Victor) ; Normand (Jos.) ; Panisset (Maurice) ; Paquet (A.-E.) ; Paquette (J.-P.) ; Pavilanis (Vytautas) ; Pesant (Laurent) ; Piette (Jean) ; Pilon (J.-Louis) ; Pinsonneault (G.) ; Plichet (André) ; Poirier (J.-R.) ; Poirier (Paul) ; Poirier (René) ; Pouliot (Antoine) ; Potvin (V.) ; Prévost (Jules) ; Redon (Henri) ; Ricard (H.) ; Riopel (Paul) ; Rives; Robillard (Rosario) ; Rochemont (Serge) ; Rolland (Gérard) ; Saint-Arnaud (Grégoire) ; Saint-Martin (Maurice) ; Saint-Martin (Théo.) ; Saint-Onge (Marie) ; Salvaing (J.) ; Samson (J.-Ed.) ; Saucier (Jean) ; Selye (Hans) ; Smith (Henri) ; Smith (Pierre) ; Sonea (Sorin) ; Sylvestre (I.-Ernest) ; Sylvestre (Lucien) ; Tétreault (Ernest-R.) ; Thibault (Eugène) ; Tougas (Hubert) ; Trudel (Hermile) ; Vaillancourt (J.-R.) ; Vallée (A.-F.) ; Vallée (Louis-Ivan) ; Valois (Ant. - B.) ; Verge (Willie) ; Vézina (Norbert) ; Albert-Weil (Jean) ; Wyckoff (Ralph W. G.).

...Je n'ai point l'intention de donner ces leçons sous la forme d'un cours didactique et régulier, mais bien de développer successivement ce que je considère comme les principes de l'art, afin que mes élèves puissent agir dans l'occasion d'après les comparaisons et les raisonnements qu'ils auront établis sur des principes connus. Je supposerai que la structure des diverses parties du corps humain vous est familière, et je vous ferai observer que l'intelligence des phénomènes physiologiques et des phénomènes morbides généraux, en d'autres termes, que la connaissance des principes de notre art n'est pas moins indispensable que la connaissance des principes généraux de toutes les autres sciences; sans elle, le chirurgien ressemblerait au philosophe chinois dont toute la science se composait de faits exclusivement. Dans un tel état de choses, la science ne pourrait faire de progrès qu'autant qu'il surgirait des faits nouveaux. En Europe, les savants raisonnent d'après des théories; et, de cette manière, ils rendent compte des faits avant qu'ils se présentent.

On ne saurait accorder trop d'attention aux faits. Cependant, des faits trop nombreux encombrent la mémoire, et n'offriraient aucun avantage s'ils ne nous conduisaient à poser des principes seulement les effets. Dans l'étude des maladies, il ne suffit pas de se rendre compte de ce qui est effet, comme l'inflammation, la suppuration, etc., il faut encore en connaître la cause. Si nous l'ignorons, en effet, notre pratique sera extrêmement limitée, et souvent nos moyens seront appliqués trop tard, puisque, dans un grand nombre de cas, nous devons nous attacher à prévenir les effets. Après la morsure d'un chien enragé, par exemple, on empêchera la maladie de se développer, par l'ablation de la partie mordue. Dans le traitement d'un chancre syphilitique, il ne faut pas seulement savoir comment guérir ce chancre, il faut encore s'efforcer de prévenir les effets nuisibles de l'influence qu'il peut exercer sur la constitution générale, et l'on y parvient en administrant le mercure à l'intérieur. D'un autre côté, il est souvent utile d'augmenter l'intensité de l'effet produit, ce qui n'est possible que lorsqu'on en connaît la cause. Dans beaucoup de cas où l'effet n'a pu être prévenu, et où, une fois produit, il ne peut être ni détruit, ni diminué, ni augmenté avec avantage, il convient de le transformer en un autre que nous puissions faire disparaître plus facilement. C'est ainsi, par exemple, que l'on transformera une inflammation syphilitique en une inflammation ordinaire. Lorsque la maladie est développée, il nous importe de savoir par quel mécanisme le corps *et ses* parties *tendent à se rétablir dans leur état normal, quelle est leur puissance de restauration propre, et quels sont les moyens d'assister cette dernière. Ou, si cette puissance et ces moyens sont insuffisants, c'est d'après l'ensemble des circonstances concomitantes que nous jugeons jusqu'à quel point il est nécessaire d'enlever le siège du mal, et quelle est la condition de l'économie la plus favorable pour une opération.*

John HUNTER, 1728-1793.

BULLETIN

1872 — 1952

Toute société, qui se veut prospère et aspire au progrès, exige, qu'à périodes fixes, un recensement soit fait de ses activités passées, de son avoir et de ses perspectives d'avenir. Les méthodes pour y arriver sont variables et nombreuses; elles s'appellent, entre autres, bilan, inventaire, analyse, évaluation, expertise.

Le but de ce Bulletin est de profiter du quatre-vingtième anniversaire de *L'Union Médicale du Canada* pour rappeler à ses lecteurs les étapes parcourues, faire le point et considérer l'horizon.

* * *

Les docteurs Rottot, Dagenais et Desrosiers écrivaient, à la première page du premier numéro de *L'Union Médicale du Canada*, celui de janvier 1872, que « notre parole ne devra donc pas être mise en doute si nous déclarons que notre seul but, c'est l'intérêt du public, l'intérêt de la science, et notre unique motif, l'accomplissement d'un devoir . . . Nous nous efforçons de combler une lacune qui existe déjà depuis trop longtemps parmi nous. C'est parce qu'une plus longue attente nous exposerait à mériter les reproches qu'on fait si souvent aux Canadiens de manquer d'énergie, d'esprit d'entreprise. On ne peut pas se défendre d'un certain sentiment de malaise, de honte même, en voyant qu'il n'y a pas un seul journal de médecine en langue française dans une province qui compte au delà de 600 médecins canadiens-français. Nous sommes pressés, poussés, par un certain nombre d'hommes pleins d'énergie et d'amour pour la science, qui veulent en suivre les progrès, contribuer même à les étendre, par la publication de leurs travaux, l'échange de leurs idées, l'encouragement mutuel. Nous voulons faire disparaître cet isolement dans lequel nous vivons les uns vis-à-vis des autres, véritable vide qui existe au milieu de nous et qui nous prive d'un des charmes de la vie. Nous l'entreprenons parce qu'il y a un bien immense à faire dans ce champ encore à peine exploré . . . Il faut mettre nos idées, nos travaux au jour, les discuter, les commenter et s'efforcer d'éclaircir ces questions obscures qui, en trop grand nombre, déparent la science médicale. »

Ces lignes de 1872 s'intitulaient: prospectus à nos confrères. Elles s'inspiraient de mobiles supérieurs: le dévouement au patient,

la science, le devoir. 80 ans ont passé et *L'Union Médicale du Canada* est toujours au service de la personnalité humaine.

En 1932, le docteur Albert LeSage a magnifiquement dit ce que le journal avait accompli en son demi-siècle d'existence. En novembre 1946, plusieurs articles ont été consacrés à l'œuvre du quart de siècle qui venait de s'écouler. Toutes ces études montrent que, sous aucun de ses directeurs, le Journal n'a jamais dévié de la route tracée par ses fondateurs. Tout au long de sa vie, le Journal a été rédigé en vue de l'intérêt du public et de la science.

La mission a été accomplie parfois facilement, d'autres fois avec d'extrêmes difficultés, tantôt sous d'heureux auspices, tantôt malgré les obstacles. Le travail a presque toujours été d'équipe; il a été le fruit d'une collaboration, où, pour être juste, il faut admettre qu'elle s'exerçait à parts inégales; le chef assumant les tâches les plus lourdes.

L'Union Médicale du Canada est un des journaux médicaux dont la continuité de parution est la plus longue. Elle trouve une assurance de longévité dans cette invulnérabilité aux maux qui ont frappé tant et tant de ses concurrents et surtout dans le renouveau de jeunesse que lui suscitait l'apparition de ses émules.

Le rôle de *L'Union Médicale du Canada* ne s'est jamais éloigné du but primitif. Ses colonnes ont servi à lancer toutes les campagnes scientifiques, aucun mouvement d'intérêt public n'a été négligé de ses bulletins ou de ses éditoriaux. Si le présent est la continuation de la politique traditionnelle, que sera l'avenir? Le futur ne doit être envisagé, à mon avis, que comme devant être supérieur. Mais pour cela, il faut espérer une collaboration plus fournie. Nulle décision n'est meilleure que celle de la mise sur papier de ses idées; comme l'enseignement profite toujours à celui qui le donne, il en est de même des écrits. Ecrire un article demande un travail considérable, mais combien profitable; réflexion, alignement des pensées maîtresses, esquisse du plan, recherche des mots, agencement des phrases, équilibre entre les parties, recherche d'une entrée en matière, logique à respecter, conclusion qui s'impose.

Ils n'avaient pas tellement tort les anciens qui exigeaient une maîtrise de la langue écrite, chez ceux qui voulaient se lancer dans l'enseignement; car écrire est s'exposer à la critique et celui qui n'expose pas clairement ses données risque de n'être pas compris.

L'Union Médicale du Canada remplirait son rôle tellement

mieux, si tous ceux qui sont capables de le faire, comprenaient leur devoir. Un maître n'a pas le droit de garder pour lui seul le fruit de ses observations. Il se doit de les communiquer à ceux qui sont susceptibles d'en bénéficier. Hippocrate n'a-t-il pas dit: « Le maître qui m'a enseigné l'art, je le tiendrai pour père et, à lui, je communiquerai et fournirai d'un cœur reconnaissant, le vivre et les choses d'usage nécessaires. Ses descendants tiendront près de moi la place de frères germains et s'ils veulent aborder l'art, je les éduquerai sans salaire, ni conditions. Pour ce qui est des préceptes et des leçons, ainsi que pour tout le reste de la discipline, je ferai participer avant tout ces miens, enfants de celui qui m'a élevé, à l'éducation des autres disciples qui m'auront donné leur confiance et juré leur foi médicale. »

Les maîtres ne doivent pas se démettre de leurs responsabilités. Une revue médicale n'est pas un journal littéraire; certains internes font de très belles observations qui, commentées par leurs aînés, pourraient être l'objet d'articles fort goûtés. On se défend de ne rien publier en disant qu'il s'écrit trop de choses de peu d'intérêt; mais on oublie que la lecture d'un fait considéré par l'un comme banal peut être profitable à beaucoup d'autres. On oublie également que la science médicale aurait bien peu progressé si chacun avait gardé ses observations par devers lui. On oublie aussi que l'écrit dans un journal médical est, de tous les moyens de publicité, celui qui est en tout point conforme à la déontologie.

De tous les coins du monde parviennent au bureau de *L'Union Médicale du Canada* des demandes de tirés à part; c'est dire que la diffusion du journal est grande. Elle le serait plus encore, si les auteurs faisaient suivre leurs articles d'un court résumé en français, en anglais, en espagnol. Cela se fait beaucoup ailleurs, car l'ère est aux digestes et ces résumés peuvent être reproduits tels quels.

Il y aurait beaucoup de leçons à tirer de l'anniversaire: 1872-1952. Ce qui frappe, c'est la continuité dans l'œuvre générale : bien du patient, recherche du progrès scientifique. Politique traditionnelle sans déviation.

Ce qui serait souhaitable, c'est que *L'Union Médicale du Canada* puisse, par la valeur de ses articles, dépasser les cadres nationaux pour devenir un grand journal à portées internationales. Il lui faudrait aussi le concours de groupes brillants et actifs qui sont liés à des attaches qui ne devraient pas être aussi exclusives;

il faudrait que nos chercheurs lui confient le résultat de leurs travaux.

Bref, il s'agit de reprendre ces mots du *prospectus aux confrères* de 1872: « (il faut) un certain nombre d'hommes pleins d'énergie et d'amour pour la science, qui veulent en suivre les progrès, contribuer même à les étendre, par la publication de leurs travaux, l'échange de leurs idées ».

Edouard DESJARDINS.

QUATRE CAS DE « MALADIE DES GRIFFES DU CHAT » À MONTRÉAL

LYMPHORÉTICULOSE AIGUË BÉNIGNE D'INOCULATION [1]

Henri CHARBONNEAU,
Professeur titulaire de pédiatrie, Université de Montréal,
Médecin à l'hôpital Pasteur.

La « maladie des griffes du chat » dont l'étude clinique est due à Robert Debré qui la signalait déjà en 1930 (1), fut par la suite quelque peu oubliée jusqu'en 1950, alors que le professeur Debré (2) publia de nouveau à son sujet attirant l'attention sur sa fréquence et sur ses symptômes. Depuis lors, des études virologiques, immunologiques et anatomo-pathologiques très poussées ont été publiées par Mollaret, Reilly, Bastin et Tournier (3).

La maladie fut ainsi nommée parce que les premiers cas étudiés cliniquement présentaient tous un point d'inoculation par des griffades de chat. Plus tard, toutefois, on constata que bien d'autres sources d'inoculation étaient possibles: notamment les égratignures par des ronces, ou encore les plaies superficielles par les échardes, les débris métalliques, etc.; et même allant plus loin, on s'aperçut que la porte d'entrée pouvait être buccale, pharyngée ou oculaire.

La maladie en général est bénigne et comporte une évolution favorable, parfois ennuyeuse, mais toujours suivie de guérison. Son intérêt primordial ne réside donc pas tellement dans sa gravité que dans les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut prêter.

Ainsi au début de son évolution, elle peut être prise pour une tuberculose ganglionnaire, ou pour une maladie de Hodgkin, et dans ce dernier cas, même la biopsie pourrait être douteuse. Plus tard, elle peut facilement être confondue avec la maladie de Nicolas-Favre.

Il devient donc d'importance capitale de pouvoir la différencier.

Rares sont les maladies qui en si peu de temps ont été étudiées si complètement et si parfaitement. En effet, moins d'un an après la reprise de la description clinique des premiers cas par le professeur Debré, non seulement la sympomatologie clinique était établie, mais l'anatomie pathologique de toutes ses phases l'était également. De plus, le virus était découvert, on réussit à mettre au point un antigène spécifique, et à prouver que la réaction de fixation du complément était commune à celle de plusieurs autres virus voisins. Tout ceci à la gloire de la médecine et de la virologie françaises.

La publication de Robert Debré, de même que celle d'André Lemaire parues dans l'Information médicale de Montréal (4), m'avaient certes extrêmement intéressé, mais me paraissaient tout de même peu pratiques pour nous du Canada, croyant, bien à tort que ce virus pouvait comme nous connaître des frontières et être arrêté par des barrières douanières.

Quelque temps plus tard cependant, d'autres publications parurent en France, puis en Suisse, en Norvège et même à Bombay. Grâce aux publications françaises, la maladie commençait à être reconnue ailleurs. Enfin, tout récemment il en fut rapporté aux Etats-Unis (6).

Le virus de la lymphoréticulose d'inoculation ne connaît donc pas de frontières.

Ce fut toutefois avant que je prisse connaissance de ces dernières publications que j'eus l'occasion de tomber sur le cas d'un petit malade (obs. no 1), chez lequel je n'aurais jamais pu poser un diagnostic qui m'eut satisfait, n'eussent été les réminiscences de l'article du professeur Debré, lesquelles me revinrent à la mémoire, en face du syndrome présenté par mon malade.

Observation 1.

Georges X, 9 ans — 15 septembre 1951 —

1. Communication présentée à la Société de Pédiatrie de Montréal, le 13 décembre 1951.

Beau garçon, solidement bâti, en excellente santé antérieure, se plaint à son père, médecin, d'une gêne à la région axillaire droite, gêne qui s'accompagne de douleur et l'empêche même de fermer son bras sur le corps. Le père à l'examen constate une volumineuse adénopathie axillaire, une température vespérale de 101°, une légère atteinte de l'état général de l'enfant, lequel se plaint de fatigue, de manque d'entrain et d'une diminution générale de l'appétit. Il lui fait faire immédiatement un hémogramme, lequel se lit comme suit:

Globules rouges 4,500,000, Hgl. 80%,

Globules blancs 12,200, Poly. 75%, Lymp. 23, Eo 2.

A l'examen suivant, on constate qu'il existe en plus, une adénopathie plus petite à l'épitrochlée, à la région axillaire gauche, de même que des ganglions cervicaux légèrement hypertrophiés. Il n'existe aucune hypertrophie de la rate ou du foie. La gorge est saine, les dents également, et il n'existe aucune gingivite ou stomatite.

Du fait de l'hémogramme il ne peut s'agir, ni de mononucléose infectieuse, ni de lymphocytose aiguë bénigne. C'est alors que nous vint à l'idée qu'il pouvait s'agir du syndrome décrit par le professeur Debré.

Un questionnaire poussé chez un petit bonhomme très intelligent nous prouva bientôt qu'il n'avait joué avec aucun chat depuis plusieurs mois, et il ne se souvenait d'aucune blessure. Cependant, un examen très attentif nous fit voir à la face antérieure de son avant-bras droit, la cicatrice d'une égratignure qui remontait à environ trois semaines ou un mois auparavant, et qu'effectivement il se rappela s'être infligée dans les ronces à la campagne alors qu'il était en vacances.

Intradermo-réaction à l'antigène de Frei: négative. Cutiréaction à la tuberculine: négative.

Diagnostic probable par élimination à ce moment: lymphoréticulose aiguë bénigne d'inoculation.

Traitement: auréomycine et envoi de sérum au Dr Pavilanis de l'Institut de microbiologie de l'Université de Montréal pour test de fixation du complément.

Evolution: diminution lente mais graduelle de l'adénopathie, laquelle est réduite des trois quarts en trois semaines. Chute rapide de la température, retour de l'entrain et de l'appétit normal.

Observation 2.

Michel, 6 ans, frère du précédent.

Quinze jours environ après le début de la maladie chez son frère, l'enfant présente lui aussi une adénopathie axillaire bilatérale, moins volumineuse cependant, ainsi qu'une adénopathie cervicale multiple, avec température vespérale légère et peu d'atteinte de l'état général.

Hémogramme: Glo. R. 4,200,000, Glo. B. 11,350, Polys. 78%, Lymph. 22.

Pas d'hypertrophie de la rate. Aucune porte d'entrée visible. Pas de stomatite, ni angine, ni rhinite, ni conjonctivite.

Intradermo-réaction à l'antigène de Frei négative, tuberculino-réaction négative.

Nous commençons à douter du diagnostic, mais nous soumettons toutefois le malade au même traitement antibiotique.

Evolution: guérison plus rapide que celle de son frère.

Nous commencions à douter de notre diagnostic devant ce second cas si peu orthodoxe, et qui cadrait si mal avec ce que nous savions en ce moment de la maladie.

C'est alors que nous eûmes la bonne fortune de soumettre le cas au professeur Pierre Lépine alors à l'Institut de microbiologie, et à déplorer devant lui, le fait que dans l'impossibilité de nous procurer un antigène pour effectuer une intradermo-réaction, nous étions dans l'impossibilité de prouver notre diagnostic clinique. Le professeur Lépine eut l'extrême obligeance de demander lui-même par avion l'antigène de Mollaret et Reilly. Nous reçumes donc l'antigène en quelques jours et l'intradermo-réaction faite aussitôt a été nettement *positive chez nos deux malades* après 48 heures.

Nous avions alors la preuve irréfutable que nos deux malades faisaient bien de la lymphoréticulose aiguë bénigne d'inoculation, et qu'ils étaient à notre connaissance les premiers au Canada.

Le premier de nos malades se conçoit certes très bien, et cadre avec le mode habituel d'inoculation de la maladie. Quant au second, qui ne présentait aucune trace de plaie ou d'égratignure et survenait environ 15 jours après le premier, nous avons dû admettre une voie d'inoculation différente, peut-être pharyngée. Plus tard au cours de nos recherches bibliographiques, nous nous rendîmes d'ailleurs compte que le fait n'était pas unique et qu'un autre cas du même genre avait déjà été rapporté.

En effet, F. Page, H. Darlange et J.-H. Dulac rapportent à la société de médecine Militaire Française le cas d'une femme apparemment contaminée par son enfant et présentant une forme purement ganglionnaire cervicale. Le cas n'était donc pas sans précédent.

Chez nos deux malades, l'intradermo-réaction fut donc positive après 48 heures et dura plusieurs jours. La réaction à l'antigène de Frei fut négative. La réaction de fixation du complément, laquelle, comme nous le verrons plus tard, est commune avec plusieurs maladies à virus voisins, fut tentée par le docteur Pavilanis avec le virus de la psittacose et demeura négative. Normalement elle eût dû être positive; mais chez nos deux malades traités avec des antibiotiques, il n'y eut pratiquement pas d'évolution et aucune suppuration. Mollaret et Reilly sont d'accord que la réaction de fixation du complément reste négative dans ces circonstances.

Observation 3.

Il s'agit d'une petite malade de 18 mois, laquelle s'est présentée en mai 1951 à l'hôpital Pasteur, après un séjour de trois semaines dans une autre institution, où elle avait été traitée pour une volumineuse adénite cervicale avec régression très légère sous l'influence de la pénicilline, régression suivie en quelques jours d'une recrudescence plus marquée.

A l'admission, l'adénite offre une légère fluctuation. L'ouverture amène un pus amicrobien avec suppuration prolongée non améliorée par la pénicilline et la streptomycine. L'hémogramme présente une légère polynucléose; la tuberculino-réaction est négative.

Evolution torpide jusqu'à ce que nous utilisions la chloromycétine, laquelle amena une disparition rapide de tous les symptômes.

Après l'observation des deux premiers cas cités, l'idée nous vint qu'il pouvait s'être agi chez elle de lymphoréticulose aiguë bénigne. Nous la retraçâmes donc à son domicile et nous constatâmes que l'enfant possédait effectivement un chat. L'intradermo-réaction fut faite cinq mois après l'évolution de la maladie et fut positive après 48 heures.

Observation 4.

Cette observation nous fut possible grâce à l'obligeance du docteur Rolland Dussault de l'Hôtel-Dieu, lequel après avoir traité la malade et établi un diagnostic clinique probable de « Maladie des griffes de chat », nous la dirigea pour une intradermo-réaction. La réaction fut positive après 60 heures. Voici un résumé du dossier que nous a fourni le docteur Dussault:

Mlle X, 27 ans, se présente fin octobre 1951 avec une volumineuse adénite cervicale gauche multiple, une adénite cervicale droite également volumineuse, ainsi qu'une adénite susclaviculaire droite de moindre volume mais tout de même encore comparable à un œuf. La malade présente également une dyspnée très considérable due à une adénopathie médiastinale volumineuse. A son admission, le diagnostic fut d'abord dirigé vers un Hodgkin et une biopsie fut pratiquée, sans confirmation du diagnostic.

L'état général de la malade, légèrement fébrile, se maintint bon en dépit du fait que les adénopathies continuaient à progresser.

Analyses

R. X. thorax: élargissement du médiastin supérieur et bosselure à gauche. La constata-

tion est en accord avec le diagnostic de lymphogranulomatose.

Hémogramme: G.R.: 4,140,000, G.B.: 15,000, Poly.: 82, Lympho.: 14, Baso.: 1, Mono.: 2, Sédimentation: 31, Glycémie et azotémie: normales, B.W. négatif.

Biopsies: *27 octobre.* — Adénite non spécifique avec périadénite. Pas d'image suggestive d'un Hodgkin ou d'un lymphosarcome.

3 novembre. — Forte périadénite fibroblastique. Le ganglion lui-même est encore structuré. Dispersées dans le tissu lymphoïde, on aperçoit des cellules plus claires de provenance réticulaire. La plupart de ces cellules ont un noyau petit, finement structuré, un nucléole minuscule. De rares cellules ont un noyau déformé à nucléole un peu plus gros. Absence de mitoses typiques ou atypiques.

On ne peut conclure d'une façon positive à la lymphogranulomatose. M. Masson semble éliminer la maladie de Hodgkin. (Dr J.-L. Riopelle).

Traitement initial: radiothérapie.

Evolution: les adénites commencent à régresser lentement sans suppuration.

C'est alors que le docteur Dussault, remarquant des cicatrices d'égratignures au poignet droit de la malade, apprit que celle-ci était une fervente de la gent féline, et a toujours eu un chat chez elle, chat qu'elle allait même jusqu'à s'installer autour du cou.

Devant l'élimination des autres diagnostics possibles, il en vint à la probabilité d'une lymphoréticulose bénigne d'inoculation, laquelle fut confirmée par une intradermo-réaction positive. Les résultats de la fixation du complément ne sont pas encore connus.

Traitement terminal: terramycine, 750 milligrammes toutes les 4 heures durant 8 jours.

*
* *

Un excellent résumé de toute cette affection parut dans la Semaine des Hôpitaux de Paris (5) dans lequel nous puiserons abondamment. En effet, on y constate « le grand intérêt avec lequel la société médicale des Hôpitaux a suivi l'annonce, l'exposé, la discussion de deux grandes écoles parisiennes sur une maladie nouvelle dont en une année les étapes de la description clinique, de l'immunologie et de la description du virus ont été accomplies ».

La bénignité de la maladie en est peut-être le caractère le plus marquant et c'est sans doute la raison pour laquelle elle n'a pas été isolée plus tôt malgré sa fréquence.

Mais depuis les premières publications, les cas rapportés se sont multipliés, et en un an, plus de 200 cas sont apparus dans la littérature française surtout.

Cette affection que le professeur Debré avait d'abord appelée « maladie des griffes de chat », peut apparaître à la suite d'inoculations accidentelles aussi bien par les animaux et les végétaux que par les objets métalliques. Le chat, comme d'autres mammifères servirait de réservoir de virus.

Le diagnostic se pose beaucoup plus devant l'adénopathie que devant la lésion initiale. Un malade se plaint de ganglions un peu douloureux qui le gênent parfois depuis deux ou trois semaines. A l'examen on aperçoit des ganglions multiples frappant en général sur deux étages, mais pouvant également se généraliser. La rate reste indemne, et le malade en général ne présente qu'une température peu élevée. Dans certains cas, une légère éruption cutanée peut accompagner le tout.

Devant cette adénopathie, il faut faire un examen du territoire cutané drainé par les ganglions intéressés. On peut y trouver une cicatrice d'égratignure guérie ou un granulome simple ou centré par une gouttelette de pus donnant l'apparence d'un furoncle ou d'une pustule d'impétigo. On a constaté qu'en général c'est le ganglion distal et non le proximal qui évolue vers la suppuration.

L'interrogatoire révèle habituellement une égratignure ou une écharde au point d'inoculation, incident oublié la plupart du temps, puisqu'il a pu se produire 15 ou 20 jours avant l'apparition de la lésion granulomateuse locale, laquelle précède souvent elle-même de deux à trois semaines l'adénopathie.

Dans 42 cas observés en France jusqu'en décembre 1950, 19 griffades de chat et deux morsures de cet animal ont pu être incriminées. Quant aux autres inoculations, elles étaient dues à des piqûres d'os, de couteaux de cuisine, de moustiques et surtout d'échardes. Sur 13 cas sans inoculation connue, l'absence de chat dans l'entourage de 8 malades était prouvée. Plus tard, on admit la possibilité des inoculations bucco-pharyngées et oculaires.

Devant le syndrome clinique présenté par ces malades, les recherches qui s'imposent sont de deux ordres: les réactions d'élimination pour les affections avec lesquelles il peut être confondu: notamment les réactions à l'antigène de Frei et à la tuberculine, et ensuite l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique de la lymphoréticulose, antigène préparé au moyen d'un pus tyndallisé, dilué et titré de façon précise. La lecture se fait au bout de 48 à 60 heures. Positive, la réaction consiste en une « rougeur avec infiltration étendue et profonde, et souvent une petite phlyctène centrale; la trace en peut subsister durant des semaines ou des mois; une réaction focale est possible, soit au niveau de la lésion primaire qui peut être le siège d'une véritable reviviscence », soit au niveau de l'intradermo-réaction avec adénopathie satellite parfois considérable comme la chose est arrivée chez notre malade no 4.

Une fois le diagnostic établi tant sur les données cliniques que sur les épreuves de laboratoire, on peut porter un pronostic bénin « mais en sachant que l'évolution est de durée variable, et va de la résolution spontanée à une suppuration plus ou moins prolongée ». La guérison est donc de règle mais peut être accélérée par la terramycine laquelle d'après les auteurs français, serait supérieure à la chloromycétine et à l'auréomycine.

Comme on le voit, le diagnostic clinique de l'affection est aisé à condition qu'on y pense, et l'on devra y penser devant des adénopathies qui ne veulent pas relever de la mononucléose, de la lymphogranulomatose bénigne, du Hodgkin, de la tularémie, ou encore une adénopathie simulant la tuberculose avec une cutiréaction négative.

Mais l'étude de la maladie fut poussée beaucoup plus loin en France, et une étude anatomo-pathologique, virologique et immunologique extrêmement intéressante a été publiée par Mollaret et Reilly dont nous résumerons les faits saillants parus dans leur excellente monographie.

Au point de vue anatomo-pathologique, les études faites à la suite de biopsies et de ponctions répétées au trocart ont démontré qu'il existe trois stades dans l'adénopathie:

1. — Un stade initial où il y a réaction inflammatoire réticulaire nette;

2. — Un stade où l'architecture ganglionnaire est totalement bouleversée avec formation de microabcès et infiltration de plasmocytes, histiocytes, lymphocytes et cellules géantes. Enfin, un troisième stade avec foyers suppuratifs étendus pouvant être confondus avec la maladie de Nicolas-Favre.

Au point de vue immunologie, l'intradermo-réaction et la réaction de fixation du complément existent toutes deux et ont chacune leur intérêt. *L'intradermo-réaction*, très pratique, est précoce et durable. *Elle est spécifique*. Elle n'est pas positive dans les maladies à virus voisins, et la réaction de Frei n'est jamais positive chez ces malades.

La réaction de fixation du complément n'est pas aussi pratique; elle n'est pas spécifique. C'est une réaction de groupe qui peut être positive avec le virus de la psittacose, de l'ornithose, des pneumonies atypiques, de la maladie de Nicolas-Favre (groupe des Miaganella). Elle est tardive (après 6 semaines) et peut être négative si l'évolution n'est pas complétée, soit spontanément, soit par traitement avec les antibiotiques.

LE VIRUS

Molarret, Reilly ont mis le virus en évidence après plusieurs essais infructueux par des inoculations au singe chez lequel la maladie évolue cliniquement, la lésion histologique est comparable, la réaction intradermique iden-

tique, et le virus mis en évidence sous forme de granulocorpuscules.

En conclusion,

La lymphogranulomatose bénigne d'inoculation paraît être une maladie assez fréquente en Europe surtout, et sa présence déjà signalée aux Etats-Unis est prouvée à Montréal.

Maladie habituellement bénigne, elle comporte peu de difficulté au point de vue du diagnostic à condition que l'on y pense, et que l'on soit pourvu de l'antigène nécessaire à l'intradermo-réaction. Le traitement en est facile et se fait au moyen des antibiotiques dont la terramycine.

BIBLIOGRAPHIE

(1) R. DEBRE, M. LAMY, M. L. JAMMET, L. COSTIL et P. MOZZICONACCI: « La maladie des griffes de chat. » *Bull E. Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris,* **1-2**: 76, 1930.

(2) R. DEBRE, etc.: *La Semaine des Hôpitaux de Paris,* **26**: 40 (30 mai) 1950.

(3) P. MOLLARET, J. REILLY, R. BASTIN et P. TOURNIER: « La découverte du virus de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation. » *La Presse Médicale,* **59**: 681 et 701 (19 et 23 mai) 1951.

(4) André LEMAIRE: « Une maladie nouvelle et fréquente. » *L'Information Médicale et Paramédicale,* **2**: (2 mai) 1950.

(5) F. B.: « Une maladie nouvelle: la lymphoréticulose bénigne. » *La Sem. des Hôpitaux,* **27**: 2155 (2 juillet) 1951.

(6) W. E. R. GREER et C. S. KEEFER: « Cat Scratch Fever. » *New England J. of Med.,* Boston, **244**: 15 (12 avril) 1951.

SUR LE VIRUS DE LA LYMPHORÉTICULOSE BÉNIGNE D'INOCULATION

Vytautas PAVILANIS,
Service des Virus, Institut de Microbiologie et d'Hygiène
de l'Université de Montréal.

Pour classer une maladie donnée parmi les maladies à virus il faut qu'elle présente une symptomatologie caractéristique qui permette de la distinguer des autres infections. Puis il faut mettre en évidence des lésions spécifiques produites par l'agent causal. Ensuite il faut transmettre la maladie à une ou à plusieurs espèces sensibles et retrouver chez les animaux infectés, des lésions spécifiques. L'agent causal, pour qu'on puisse l'appeler virus, doit être un parasite intracellulaire obligatoire, de petite taille. Les caractères antigéniques du virus et les phénomènes de l'immunité observés au cours de la maladie, permettent de le séparer des autres virus.

Comme la symptomatologie dans la maladie des griffes de chat a été très bien décrite par le docteur Charbonneau et que le docteur Riopelle va décrire des lésions spécifiques, je vais me limiter à la maladie expérimentale, aux réactions immunologiques et à la place que ce nouveau virus occupe parmi les autres.

Ce sont les auteurs français, Mollaret, Reilly, Bastin et Fournier (1) qui, après des recherches bactériologiques infructueuses, ont réussi à transmettre la lymphoréticulose bénigne d'inoculation ou maladie des griffes de chat, de l'homme malade au singe cercopithèque. Rappelons-nous leur protocole du singe *cercopithécus œthiops sabeus*. Ce singe reçoit dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras, 1/10 de centimètre cube de l'émulsion d'un fragment de ganglion humain. Celui-ci a été prélevé le jour même, par biopsie, à partir d'un cas typique de lymphoréticulose bénigne d'inoculation. Ce cas présentait une adénopathie épitrochiéenne gauche non suppurée, dont le début clinique remontait à quatre semaines. Le 28e jour après l'inoculation on a aperçu au point d'injection, l'apparition d'une papule blanchâtre, nettement saillante, de 6 millimètres de diamètre, avec un point de ramollissement dans son centre. A l'examen histologique on a pu démontrer la présence d'un granulome dans l'hypoderme. Ce granulome était constitué par des lymphocytes avec une nécrose centrale.

Ainsi Mollaret et ses collaborateurs ont pu reproduire des lésions spécifiques chez plusieurs singes. Leurs études montrent que l'incubation de la maladie expérimentale est très longue, entre 28 et 40 jours. Après ce laps de temps, au lieu d'inoculation, apparaît un granulome. Il se trouve dans l'hypoderme et présente une nécrose centrale. Un peu plus tard on observe une tuméfaction des ganglions lymphatiques régionaux qui sont fixés à la face profonde du derme. A l'examen microscopique on trouve une périadénite et dans le ganglion des microabcès qui sont formés par des cellules réticulaires hyperplasiées à protoplasme clair, et par des lymphocytes. Au centre, on trouve une zone nécrotique avec des débris cellulaires, des détritus et des polynucléaires.

Dans le granulome cutané, au niveau des microabcès et surtout dans les foyers ganglionnaires jeunes, on observe des cellules réticulaires, des plasmocytes et les grands lymphocytes qui possèdent dans leur protoplasme des granulocorpuscules ou des corpuscules élémentaires. Parfois ces corpuscules basophiles semblent s'être substitués à la totalité du protoplasme et la cellule paraît être constituée par un noyau entouré de ces corpuscules. Parfois ces granulocorpuscules ont des amas entourés par un halo périphérique et ont l'apparence d'un kyste dans le protoplasme. Mais aussi, vers le centre de nécrose peut-on retrouver les granulocorpuscules libres ou en formations arrondies accolés à des débris cytoplasmiques.

Toutes ces lésions décrites chez le singe sont absolument identiques à celles observées chez l'homme malade.

Maintenant il faut que je vous rappelle que les granulocorpuscules représentent le virus de la maladie des griffes de chat et les diverses formes des inclusions que je viens de décrire représentent les diverses formes de développement du virus. Au moment de la suppuration des ganglions lymphatiques on ne peut pas mettre en évidence les granulocorpuscules et on ne trouve plus de virus actif dans les tissus pathologiques.

Rappelons-nous aussi que les lésions qu'on trouve dans la lymphogranulomatose inguinale de Nicolas-Favre ressemblent beaucoup à celles décrites dans la maladie des griffes de chat (2). On trouve la même réaction du tissu lymphoréticulaire et les mêmes corpuscules élémentaires basophiles situés dans le protoplasme.

Dans la maladie des griffes de chat aussi bien que dans la maladie de Nicolas-Favre on observe une réaction allergique qui est très spécifique. Le pus chauffé provenant de ganglions suppurés non fistulés inoculé par voie intradermique chez un malade provoque une inflammation locale. Cette réaction n'est positive qu'avec l'antigène préparé à partir des ganglions de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation. Elle apparaît au début de la maladie, probablement vers la deuxième semaine, elle est constante et durable. Grâce à la grande spécificité de l'intradermo-réaction, Mollaret et ses collaborateurs ont démontré la présence de trois variants antigéniques de lymphoréticulose bénigne d'inoculation. L'antigène de Frei (de la maladie de Nicolas-Favre) ne donne jamais d'intradermo-réaction positive chez les patients, avec la maladie des griffes de chat.

Par contre on a remarqué qu'un grand nombre de malades possèdent des anticorps sériques qui fixent le complément en présence de l'antigène de la lymphogranulomatose inguinale. Cette réaction ne devient positive à un taux significatif qu'après un certain temps d'évolution de l'adénopathie et spécialement après la suppuration de celle-ci. Si l'adénopathie ne suppure pas ou s'il y a eu ablation chirurgicale précoce, la réaction de fixation du complément reste négative. Ce point limite la valeur pratique de la réaction de fixation du complément sans diminuer sa valeur théorique. Cette réaction indique que ce nouveau virus possède un antigène commun avec le virus de la lymphogranulomatose inguinale et il appartient au groupe des virus de psittacose-lymphogranulomatose.

Ce groupe est formé par les virus causant des maladies diverses chez l'homme et chez les animaux. Parmi les affections humaines de ce groupe nous trouvons la maladie de Nicolas-Favre, la psittacose, l'ornithose, la pneumonie de Louisiane, la méningo-pneumonite et la pneumonie de San Francisco. La pneumonie de Louisiane présente des caractères intermédiaires entre ceux de la psittacose et de l'ornithose et la méningo-pneumonite et la pneumonie de San Francisco sont plus proches de l'ornithose. Ce sont les affections transmises de l'homme à l'animal. D'autres affections humaines qui ne sont pas encore transmises aux animaux, mais présentent des lésions pathologiques semblables aux précédents (des granulocorpuscules) et peuvent provoquer une réaction de fixation du complément avec l'antigène lymphogranulomateux, appartiennent à ce groupe. Il s'agit du trachome, de l'urétrite à inclusions et de la conjonctivite à inclusions. Les virus de moindre importance médicale comme ceux de la pneumonie féline (Baker) et le virus de la pneumonie des souris (Nigg) font aussi partie de ce groupe.

Toutes ces affections possèdent une communauté antigénique qui se traduit par des réactions de fixation du complément positives, à des titres variables en présence des mêmes antigènes (3). Grâce à la neutralisation croisée, à l'action des sérums hyperimmuns et aux différents caractères de virulence pour l'animal, Cox (4) a démontré que tous ces virus diffèrent l'un de l'autre à l'exception de la psittacose et de l'ornithose. Ces deux virus

possèdent des antigènes identiques. Par ces réactions on a démontré que le virus de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation diffère des autres virus de ce groupe. Mollaret et ses collaborateurs ont prouvé qu'il n'infecte pas le singe inoculé par voie cérébrale, par contre que le virus de la lymphogranulomatose vénérienne inoculé par voie intracérébrale au singe produit une méningo-encéphalite mortelle. Comme je l'ai mentionné, pendant la maladie des griffes de chat, la réaction avec l'antigène de Frei, est toujours négative, elle est toujours positive pendant la psittacose et pendant la maladie de Nicolas-Favre (2, 5).

Tous ces virus sont relativement grands, leur taille varie d'un demi-micron à 1/5 de micron. Ils se colorent par des colorants basophiles; en raison de cette propriété on les appelle virus Castaneda positifs. Ils ont une structure interne bien définie. A l'examen au microscope électronique, on observe une zone périphérique absorbant peu les électrones et une zone centrale consistant en un amas dense et opaque (6, 7, 8, 9).

Les virus de ce groupe possèdent des antigènes thermolabiles, détruits à 60°C, qui sont spécifiques et par lesquels ils peuvent être différenciés, et un antigène thermostabile résistant à l'autoclave à 135°C, qui donne des réactions sérologiques croisées. En plus certains virus possèdent des toxines spécifiques qui sont thermolabiles. Certains de ces virus sont sensibles aux sulfamidés et aux antibiotes notamment à l'auréomycine.

Les propriétés biologiques et morphologiques que ces virus possèdent, les distinguent des rickettsies d'une part et des virus dont le diamètre particulaire est immédiatement inférieur, d'autre part. Plusieurs auteurs (10) proposent de les classer entre les virus et les bactéries, et de les appeler chlamidia pour les distinguer des rickettsies qui aussi occupent une position entre les virus et les bactéries.

BIBLIOGRAPHIE

(1) P. MOLLARET, J. REILLY, R. BASTIN et P. TOURNIER: « La découverte du virus de la lymphoréticulose bénigne d'inoculation. 1. Caractérisation sérologique et immunologique. *La Presse Médicale*, **59**: 681 (19 mai) 1951. 2. Inoculation expérimentale au singe et colorations, *ibid*, 701 (23 mai) 1951.

(2) J. C. LEVADITI et P. LEPINE: « Les méthodes biologiques actuelles de diagnostic de la maladie de Nicholas-Favre et leurs conséquences. » *La Semaine des Hôp. de Paris*, **27**: 44 (14 juin) 1951.

(3) P. LEPINE: « L'ornithose. » *La Semaine des Hôp. de Paris*, **26**: 3376 (2 septembre) 1950.

(4) H. R. COX: « Psittacosis, Ornithosis and Related Viruses. » *Ann. of the New York Academy of Sc.*, **48**: 393, 1947.

(5) M. D. EATON, M. D. BECK et M. PEARSON: « Virus from cases of a typical pneumonia: relation to viruses of meningo-pneumonitis and psittacosis. » *J. Exp. Med.*, **73**: 641, 1941.

(6) T. J. KUROTCHKIN, L. R. LIBRY, E. GAGNON et H. R. COX: « Size and morphology of elementary bodies of psittacosis-lymphogranuloma group of viruses. » *J. Immunol.*, **55**: 283, 1947.

(7) P. LEPINE, J. GIUNTINI, O. CROISSANT et L. REINIE: « Microscopie électronique du virus de la lymphogranulomatose inguinale. » *Ann. Inst. Pasteur*, **73**: 822, 1947.

(8) P. LEPINE, O. CROISSANT et L. REINIE: « Structure du virus de la lymphogranulomatose inguinale examiné au microscope électronique. » *Ann. Inst. Pasteur*, **79**: 421, 1948.

(9) C. F. BARWELL, J. M. DAWSON et A. S. McFARLANE: *Proceed. Con. Electron Microscopy*. Delt. 1950, p. 123.

(10) H. JONES, G. RAKE et B. STEARNS: « Studies on lymphogranuloma venereum; action of sulfonamides on agent of lymphogranuloma venereum. » *J. Inf. Dis.*, **76**: 55, 1949.

QUINZE ANS DE BRONCHOSCOPIE À L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR[1]

J.-J. LAURIER, A. CZITROM et **C.-A. MESSIER,**
Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal).

Bien que la première bronchoscopie ait été faite en 1936 à l'Hôpital du Sacré-Cœur, il nous a été impossible de trouver les dossiers pour 1936 et 1937, et ce n'est que par le rapport annuel de l'Hôpital que nous avons su que 17 bronchoscopies avaient été faites en 1936 et 4 en 1937. Ces deux années ne sont donc pas incluses dans nos statistiques.

Abstraction faite des incidents minimes et sans lendemain que l'on rencontre communément tels que: poussée thermique au soir de l'intervention, phénomènes de sensibilisation dûs à l'anesthésique, etc., nous n'avons eu à déplorer aucun accident majeur immédiat. Nous pensons tout particulièrement à la dissémination controlatérale dont la crainte fait encore reculer tant de phtisiologues devant une bronchoscopie chez le tuberculeux. En effet nous n'avons jamais pu faire la preuve qu'une bronchoscopie pratiquée dans de bonnes conditions et par des spécialistes avertis ait pu causer un ensemencement ni porter le moindre préjudice au patient. Nous tenons à mentionner toutefois qu'un cas de laryngospasme rapidement contrôlé par du penthotal sodique et deux cas de psychose aiguë et passagère sont les seuls accidents imputables à l'intervention que nous avons pu retrouver.

Nous devons dire tout d'abord que nous ne faisons pas encore de bronchoscopie systématique chez tous nos patients. Nous ne les faisons que lorsqu'il existe une indication clinique ou radiologique, expectorations bacillifères sans explication parenchymateuse, syndrome bronchique auscultatoire, lésions parahilaires etc.

Dans l'espace de quinze ans nos broncholologistes ont fait 3 504 bronchoscopies; dans ce chiffre ne sont pas compris: laryngoscopies, œsophagoscopies, bronchographies, traitements laryngés qui font partie de leur routine journalière. Ces 3 504 bronchoscopies ont été pratiquées chez 1 595 patients dont 1 214 tuberculeux et 381 non tuberculeux, 701 hommes et 894 femmes. L'âge de ces patients variait de 4 à 70 ans.

3 504 Bronchoscopies
1 595 patients.

Aucune tuberculose endobronchique	568	35,7%
Tuberculose endobronchique	333	20,8%
Bronchite chronique	155	9,8%
Bronchiectasie	95	6,0%
Abcès pulmonaire	68	4,2%
Suppuration bronchopulmonaire	60	3,8%
Trachéobronchite chronique	49	3,1%
Congestion et œdème	45	2,7%
Broncho-aspirations	40	2,5%
Cancers bronchogéniques	34	2,1%
Arbre bronchique normal	32	2,0%
Asthme bronchique	30	2,0%
Bronchite atrophique	23	1,4%
Atélectasie	18	1,1%
Compression extrabronchique	14	0,8%
Adénome bronchique	12	0,8%
Divers	19	1,2%

Les indications motivant ces bronchoscopies ont quelque peu changés au cours des années. Tandis qu'au début, de 1936 à 1940, nous intervenions surtout chez des patients non tuberculeux, porteurs d'abcès pulmonaires, bronchiectasies ou cancers, les cinq dernières années, le nombre de bronchoscopies faites chez les tuberculeux atteint 90% du nombre total des interventions. A cela plusieurs raisons: tout d'abord l'évolution de nos idées, une connaissance plus approfondie de la tuberculose endobronchique et de son importance sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, en particulier la collapsothérapie; 2° l'avènement des antibiotiques qui a considérablement diminué la fréquence des suppurations et des abcès pulmonaires; 3° le chan-

1. Communication à la séance du 20 novembre 1951 de la Société Médicale de Montréal.

gement survenu dans le matériel des malades hospitalisés chez nous: la proportion de tuberculeux a en effet considérablement augmenté dans notre institution.

Voici un aperçu général sur les principaux diagnostics posés par la bronchoscopie chez 1 214 tuberculeux:

Aucune tuberculose endobronchique..	568	46,7%
Tuberculose endobronchique	333	27,4%
Bronchite chronique	155	12,7%
Trachéobronchite chronique	49	4,0%
Œdème bronchique et congestion ..	45	3,7%
Arbre bronchique normal	32	2,6%
Atélectasie	18	1,4%
Compression extrabronchique	14	1,1%

Dans un grand nombre de cas l'examen n'a pas démontré de tuberculose endobronchique: chez 568 de nos patients nous n'avons trouvé qu'une bronchite banale généralement localisée aux bronches qui drainent le segment pulmonaire intéressé, un déversement plus ou moins abondant de sécrétions, parfois un épaississement des éperons des divisions segmentaires lorsque tout le lobe est intéressé. Dans tous ces cas, aucune lésion typiquement tuberculeuse n'a pu être mise en évidence.

Dans 32 cas l'arbre bronchique a été trouvé absolument normal. D'autres fois une bronchite chronique généralement diffuse ou même une trachéobronchite chronique explique chez nos patients leur toux et leurs expectorations.

Etant donné que l'Hôpital du Sacré-Cœur est un centre purement sanatorial, les cas de primo-infection tuberculeuse sont très rares chez nous; ceci explique le fait que nous n'avons pratiquement jamais rencontré la tuberculose endobronchique qui accompagne parfois la primo-infection, à savoir le chancre d'inoculation bronchique d'une extrême rareté, la perforation dans la bronche d'un ganglion caséeux et les épituberculoses.

Dans 14 cas nous avons eu l'occasion par contre de constater une compression extrabronchique due à un ou plusieurs ganglions trachéobronchiques hypertrophiés.

Un certain nombre de bronchoscopies a été pratiqué chez des malades porteurs d'un collapsus médical ou chirurgical: dans 15 de ces cas, l'exploration nous a permis de mettre en évidence une coudure d'une bronche lobaire entraînant une atélectasie totale ou partielle du lobe intéressé.

Parmi les 1 214 tuberculeux bronchoscopés, 333 ont présenté une berculose endobronchique. Comme actuellement les différentes formes cliniques et évolutives de cette atteinte bronchique sont bien connues mais encore très discutées, nous allons essayer d'exposer les idées que l'expérience nous a imposées. Nous croyons qu'il faille différencier les formes évidentes, universellement décrites, des formes jeunes qui souvent par la suite font la preuve de leur spécificité. C'est ainsi que ler formes granulo-ulcéreuses, hypertrophiques et sténosantes sont souvent sinon toujours précédées par une congestion accompagnée d'œdème localisé à une ou plusieurs bronches.

Formes de tuberculose endobronchique.

Simple congestion avec œdème	84	25,2%
Infiltrante	37	11,1%
Granulo-ulcéreuse	143	42,9%
Hypertrophique	15	4,5%
Sténosante	54	16,2%

Beaucoup d'auteurs et même nos bronchologues ont pratiqué des biopsies dans ces formes congestives et œdémateuses dont l'exament histo-pathologique n'a révélé qu'une hyperplasie banale sans cellules géantes et sans aucune évidence de tuberculose. Il faut dire cependant que souvent ces lésions étant localisées à une bronche segmentaire ou apicale, la biopsie est techniquement impossible. Toutefois les examens répétés nous ayant démontré que ces formes étaient généralement suivies de l'apparition de lésions typiques, surtout dans les cas n'ayant pas eu de streptomycine, nous sommes convaincus que si des bronchoscopies pouvaient être pratiquées à une époque précoce, ces formes congestives, œdémateuses seraient trouvées dans la plupart des cas.

L'intérêt de ces formes réside dans leur sensibilité au traitement par les antibiotiques. Leur découverte précoce donne de grandes chances aux malades d'éviter l'apparition des for-

mes plus évoluées qui sont bien plus difficiles à guérir et dont la présence peut compromettre le succès de toute collapsothérapie. A défaut de traitement précoce, la tuberculose endobronchique évolue et donne les formes qui sont devenues aujourd'hui typiquement classiques; c'est ainsi que nous avons trouvé 143 cas de forme granulo-ulcéreuse entamant profondément la muqueuse bronchique. Ce sont ces cas-là qui nécessitent le plus à notre avis un traitement local endobronchique intensif par destruction des granulations, application de médicaments détergents tels que Huile de Choulmoogra et des dilatations préventives de façon à éviter l'évolution vers le stade irréversible: la sténose bronchique et ses complications. C'est vers ce stade qu'évoluent aussi les formes infiltrantes.

Toutes ces formes, comme nous l'avons dit, évoluent vers la sténose qui est généralement fibreuse, en forme de manchon ou d'entonnoir. Chez bon nombre de nos patients, nous avons pu suivre cette évolution pas à pas, et malgré les tentatives répétées de dilatation, dans bien des cas la sténose s'est constituée, irréversible et définitive avec les atélectasies, les crises de rétention, les suppuratoins qui en sont le corollaire. Dans ces cas, seule l'exérèse chirurgicale peut sauver le malade. Aucune collapsothérapie, aucun antibiotique, (la streptomycine favorisant le processus sténosant) ne peuvent rien pour ces malades. Lorsque la topographie des lésions le permet, lorsqu'il reste suffisamment de tissu bronchique sain pour permettre de ligaturer en toute sécurité, lorsqu'enfin le poumon restant est intact, l'exérèse chirurgicale doit toujours être tentée dans ces cas. Certaines de ces sténoses sont découvertes seulement lorsqu'elles sont déjà constituées. Elles sont des séquelles d'anciennes lésions ulcéreuses ou granuleuses dont on retrouve la trace sous forme de cicatrice blanchâtre, nacrée sur la muqueuse bronchique.

Une mention spéciale pour la forme hypertrophique: elle est rare à l'état pur; nous l'avons rencontrée dans 15 cas, soit 4,5% de la totalité des tuberculoses endobronchiques découvertes. Deux formes principales la caractérisent: le tuberculome dont nous avons vu deux cas et les formes végétantes, papillomateuses, isolés. Ce sont ces formes hypertriphiques qui sont parfois rencontrées chez des patients non tuberculeux pulmonaires et qui constituent une découverte fortuite. Elles peuvent donner des syndromes d'obstruction bronchique sans qu'il y ait sténose.

En conclusion, au cours de nos explorations endoscopiques, nous avons découvert les diverses formes de tuberculose endobronchique chez 333 de nos malades, ce qui représente 20,8% de la totalité de nos malades bronchoscopés et 27,4% des malades bronchoscopés pour tuberculose pulmonaire. Nos résultats confirment les données classiques en ce qu'elles montrent la plus grande fréquence de cette localisation chez les femmes: 76% des tuberculoses endobronchiques et sa localisation plus fréquente à gauche: 52,6%. Ce sont surtout les bronches souches qui sont intéressées, mais avec nos moyens perfectionnés (télescopie rétrograde pour les bronches lobaires supérieures, optique latérale etc.) nous avons pu en découvrir sur les bronches lobaires ou même segmentaires.

Tuberculose endobronchique.

Bilatérale	25	7,5%
Droite	133	39,9%
Gauche	175	52,6%

L'importance de cette tuberculose endobronchique réside dans le fait que souvent méconnue, elle peut être à l'origine des échecs thérapeutiques, et que découverte, elle doit guider notre conduite aussi bien dans la collapsothérapie que dans l'administration des antibiotiques.

Résultats de bronchoscopies chez 381 patients non T. B.

Bronchiectasie	95	24,9%
Abcès pulmonaire	68	17,5%
Suppuration broncho-pulmonaire	60	15,8%
Broncho-aspiration	40	10,5%
Cancer bronchogénique	34	8,9%
Asthme bronchique	30	7,8%
Bronchite atrophique	23	6,2%
Adénome	12	3,2%
Divers	19	4,9%

381 malades non tuberculeux ont subi des bronchoscopies; une forte proportion d'entr'eux: 58,2% ont présenté les différentes formes de suppuration broncho-pulmonaire; 15,8% avaient des suppurations diffuses avec déversement de pus plus ou moins fétide et bronchite sous-jacente. Ces formes de suppuration ont nécessité des interventions répétées pour aspirer le pus et améliorer la ventilation pulmonaire.

L'exploration minutieuse de l'arbre bronchique jointe à la bronchographie, nous a permis dans 27,9% des cas de découvrir des bronchiectasies de toutes les formes: ampullaires, cylindriques, sacciformes et de toutes les dimensions. Chez 68 de nos malades enfin nous avons pu mettre en évidence des abcès pulmonaires, parfois putrides et gangrèneux. Comme nous l'avons dit, leur fréquence décroît notablement depuis l'ère des antibiotiques. Tandis qu'en 1939, sur 65 malades bronchoscopés nous trouvions 9 abcès pulmonaires, soit 13,9%, en 1950 sur 333 malades nous n'avons trouvé qu'un seul abcès ou 0,4%.

Nos explorations nous ont amené à découvrir un certain nombre de tumeurs de l'arbre bronchique, les unes bénignes les autres malignes; 12 fois nous avons trouvé des adénomes bronchiques dont la nature bénigne fut prouvée par l'examen histo-pathologique.. Les biopsies pratiquées sur des masses végétantes, bourgeonnantes et saignant au moindre contact, ont démontré la présence de cancers bronchogéniques, des épithéliomas malpighiens ou à petites cellules. Dans les cas où la biopsie est techniquement impossible, l'aspiration ou même le lavage bronchique permet parfois de mettre en évidence des cellules néoplasiques qui signent la présence de l'épithélioma. Dans l'espace de 15 ans nous avons pu trouver et diagnostiquer 34 cas de cancer bronchique.

En dehors des suppurations et des tumeurs nous avons pu découvrir aussi diverses pathologies qui, du moins dans un centre sanatorial comme le nôtre, sont bien plus rares. C'est ainsi que nous avons vu 30 cas de bronchite asthmatique et 24 cas de bronchite atrophique. Nous avons vu aussi des cas de lichen plan, de communication broncho-pleurale etc.

Mais la bronchoscopie n'est pas seulement une arme diagnostique, elle est aussi un adjuvant thérapeutique de valeur, soit qu'il s'agisse de poser une indication opératoire, soit qu'elle agisse curativement. Ainsi notre service de chirurgie thoracique exige une bronchoscopie avant de faire toute collapsothérapie. La résection pulmonaire demande aussi une exploration minutieuse de l'arbre bronchique, spécialement des bronches qui devront supporter des ligatures. Après l'intervention, la broncho-aspiration permet aux malades qui n'arrivent pas à expectorer, de franchir le cap difficile des suites post-opératoires immédiates. Les instillations médicamenteuses, les cautérisations au nitrate d'argent ou au galvanocautère, les mèchettages détergents sont autant de moyens curatifs actuellement d'usage courant.

En conclusion, nous ne croyons pas la bronchoscopie dangereuse pour le patient, qu'il soit tuberculeux ou non et nous l'employons sans hésitation chaque fois qu'un examen bronchique est jugé nécessaire.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de mentionner le nom du Dr André Czitrom actuellement assistant au Sanatorium de Gaspé qui fut mon collaborateur dans la préparation de ce travail ainsi que les noms des Docteurs M. Bonniet et C.-A. Messier, nos deux bronchologues qui ont rendu ce travail possible et sans les commentaires desquels ce sujet n'aurait pu être entrepris.

L'ASPECT PSYCHOSOMATIQUE EN GASTRO-ENTÉROLOGIE[1]

Yves CHAPUT,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Le tube digestif est particulièrement sensible et réagit souvent violemment aux perturbations émotionnelles. Cette notion de réaction du tube digestif aux influences psychiques est connue depuis longtemps; déjà Rabelais, dans ses écrits amusants, avait remarqué que la crainte était, selon lui, une forme de traitement de la constipation. En 1833, le docteur William Beaumont avait eu l'occasion, dans des expériences classiques, d'observer un trappeur canadien-français, du nom d'Alexis St-Martin, porteur d'une fistule gastrique motivée par une blessure accidentelle à l'estomac. Dès cette époque, Beaumont avait remarqué l'influence primordiale des perturbations physiques et psychiques sur la physiologie gastrique. De nos jours, comme nous le verrons tout à l'heure, la physiologie expérimentale et humaine a prouvé, d'une façon catégorique, l'influence des émotions sur le tube digestif.

En pratique de tous les jours, une proportion importante des malades, consultant pour troubles digestifs, — soit 25% — souffrent de perturbations émotionnelles ou de névrose, relevant particulièrement de cette médecine ou plutôt discipline psychosomatique connue depuis au moins Hippocrate, mais trop souvent oubliée de nos jours. La médecine psychosomatique n'est pas une spécialité nouvelle et ne doit pas le devenir: elle constitue un point de vue, une orientation qui s'applique à la médecine comme à la chirurgie. Claude Bernard, Charcot, Freud, Sir William Osler en furent, en quelque sorte, les pionniers et, de nos jours, Alvarez, Alexander, Dunbar, Weiss et English, Wolf et Wolff, Selye, etc., en ont bien démontré l'importance. Cet aspect de la médecine a pour but primordial de chercher l'individu et sa personnalité au travers des symptômes qu'il accuse et non seulement la maladie pour laquelle il vient nous consulter. En définitive, nous avons affaire, ici, à un groupe de patients chez qui il faut traiter non seulement la maladie, mais l'individu qui en est atteint.

Une statistique assez récente de la Clinique Mayo, portant sur 15 000 dyspeptiques, a démontré les chiffres suivants, après examens cliniques, radiologiques, endoscopiques et examens divers de laboratoire: 15,5% de ces patients souffraient d'ulcère duodénal ou gastrique; 2,6% étaient atteints de cancer de l'estomac, ce qui représente 18% de maladies organiques. En pratique courante, il est admis que 10% des malades souffrant de troubles digestifs seront des individus atteints de maladies organiques; 30 à 40% seront des individus souffrant de dyspepsie réflèxe à point de départ appendiculaire, rénal, ovarien, etc., et au moins 25% et davantage seront des malades souffrant de perturbations émotionnelles avec répercussions digestives et ces malades sont véritablement des névrosés que le médecin doit dépister pour orientation thérapeutique ultérieure. Ce sont précisément ces malades qui, en principe, sont difficiles à soigner et qui sont malheureusement souvent peu compris, peu écoutés par les médecins et qui deviennent souvent l'apanage de charlatans tel que cela existe dans toutes les villes de notre pays.

Si Beaumont avait bien observé le rôle des perturbations physiques et psychiques sur l'estomac, les travaux de Wolf et Wolff, de l'Université Cornell, ont précisé d'une façon remarquable ces observations. En effet, ils ont eu une occasion exceptionnelle de rencontrer et d'observer, comme par hasard, un individu âgé de 47 ans, portant le nom de Tom: ce sujet était porteur d'une gastrostomie avec hernie

1. Communication au XXIème Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, Trois-Rivières, octobre 1951.

de la muqueuse gastrique. Ces deux chercheurs ont pendant des semaines, des mois, des années, étudié cet individu à l'aide de photographies et de cinéma intragastriques, de dosages chimiques et d'épreuves manométriques tout ce qui peut se passer dans un estomac, sans faire de laparatomie ou de gastroscopie. Ils ont prouvé d'une façon irréfutable que l'émotion avait une influence sur la motricité, la sécrétion, la circulation et l'absorption gastriques. Leurs conclusions ont été les suivantes: les sentiments de type agressif tels que colère, hostilité, envie, provoquent une augmentation de la motricité gastrique (spasme), une augmentation de la sécrétion du suc gastrique avec hyperacidité et, au point de vue circulatoire, des vasodilatations capillaires intenses, avec œdème de la muqueuse et, à un stage plus marqué, érosion hémorragique et même, petits ulcères superficiels.

A l'opposé, les sentiments de type dépressif tels que chagrin, mélancolie, tristesse, désappointement, provoquent sur la motricité des manifestations de ralentissement marqué, sous forme d'hypotonie et même d'atonie gastrique. Au point de vue de la sécrétion gastrique, une diminution marquée de la sécrétion du suc gastrique avec hypochlorhydrie allant même jusqu'à une achlorhydrie temporaire. Au point de vue circulatoire, une stase marquée de la circulation sous-muqueuse. Corollairement, une diminution de la fonction d'absorption.

Si l'on veut bien transposer ces expériences humaines en pratique ou observations de tous les jours, l'on comprendra facilement que l'individu qui est chagriné ou déprimé pour une raison quelconque, pourra se sentir l'estomac trop plein, l'estomac gonflé, car, physiologiquement, c'est vrai. Il a , à ce moment, une atonie temporaire, une hyposécrétion d'acide chlorhydrique et, quelquefois, une achlorhydrie qui pourrait expliquer facilement son anorexie du moment.

Depuis plusieurs années, les travaux de monsieur H. Selye ont bien démontré cette notion que des lésions tissulaires peuvent être causées par des troubles psychologiques intenses et prolongés.

Lors de la dernière guerre en Angleterre, l'incidence d'ulcéreux duodénaux ou gastriques a progressé d'une façon remarquable. On a décrit avec raison sous le nom de *air raid ulcers* une catégorie d'individus atteints d'ulcères aigus récents chez des gens à passé digestif tout à fait négatif, chez lesquels, indubitablement, et plus que les privations alimentaires, l'angoisse, l'anxiété, la crainte, que doivent sûrement provoquer les bombardements, était le facteur causal de ces ulcères aigus.

Depuis longtemps, pour ce qui regarde la maladie ulcéreuse, le clinicien avait remarqué que l'individu qui développait un ulcère avait souvent une composante émotionnelle assez particulière qui d'ailleurs a été bien étudiée par Alexander et son école. Du point de vue pratique, il faut se rappeler que l'ulcéreux est souvent en proie à un conflit ou dans sa vie privée ou dans sa vie professionnelle, etc., et le médecin doit toujours faire une enquête à cet effet, car la réussite du traitement est inséparable de cet aspect psychologique. A propos de ces patients, un auteur américain, dont j'ai oublié le nom, avait dit cette phrase: *"It is not what you eat which is causing the ulcer, but that which is eating you."*

Un autre syndrome qui très souvent relève de perturbations émotionnelles importantes, est celui du cardiospasme. Cette maladie peut être fréquemment due à un conflit où prédominent des sentiments d'hostilité ou de frustration ou de dégoût à l'égard d'une situation ou d'une personne. Ce qui veut dire qu'en plus du traitement médical et endoscopique, il faut tenir compte du terrain émotionnel et voir le problème, afin de le solutionner si possible.

Un autre syndrome de même nature, c'est celui du côlon irritable ou colopathie spasmodique, faussement dénommée colite. Et enfin, dans le même domaine, une maladie très grave, à savoir, la colite ulcéreuse: elle aussi reconnaîtra souvent comme agent déclenchant, un conflit émotionnel où prédominent des sentiments d'agressivité ou d'hostilité envers une

personne ou une situation. Les mêmes auteurs (Wolf et Wolff) viennent de publier un livre sur le côlon humain, qui prouve chez des colostomisés, ces faits. Les recherches de ces auteurs ont bien démontré que l'abdomen est, sans aucun doute, la caisse de résonance de nos émotions.

Depuis longtemps d'ailleurs, l'Ecole de Freud avait attiré l'attention sur ces faits, à savoir, que le petit bébé, dès sa naissance, associait à la sensation de recevoir du lait ou maternel ou artificiel, un sentiment de confort, de sécurité et d'affection; lorsqu'il est privé volontairement de sa nourriture, il réagit violemment, comme vous le savez peut-être pour avoir passé quelques nuits blanches, par des cris, des pleurs, enfin des manifestations émotionnelles qui, chez l'adulte, seront décrites sous le nom d'angoisse. Il faut retenir de cela: qu'il y a, chez l'adulte, des fixations infantiles qui persistent et qui viennent se manifester sur le tube digestif lorsque l'individu fera face à une situation émotionnelle qu'il ne veut pas voir, mais qu'il devrait voir, ou dont il veut s'échapper; et il pourrait alors réagir par des crampes d'estomac, de l'aérophagie, des régurgitations post-prandiales, des brûlements d'estomac, des vomissements.

Parmi les symptômes les plus fréquemment rapportés par les malades qui consultent, soi-disant, pour leur tube digestif, il y en a quelques-uns qui doivent attirer brièvement notre attention. L'anorexie est très souvent le symptôme d'une névrose importante ou d'une psychose au début qu'il faut savoir dépister. La nausée sera très souvent, pour un patient, une façon d'exprimer son dégoût pour une situation à laquelle il ne veut pas faire face. Les symptômes de régurgitation, qu'il ne faut pas confondre avec le vomissement, de même que celui encore plus rare de rumination, doivent attirer l'attention du médecin, car quelquefois, ils seront témoins d'une psychose au début, type dépression maniaque aiguë. Les brûlements d'estomac, si souvent rapportés par les patients, reconnaîtront, dans à peu près 60% des cas, une réaction d'hyperacidité de l'estomac justifiable des médications antacides; mais, dans 40% des cas, il s'agira de perturbations émotionnelles amenant des mouvements antipéristaltiques, gastro-œsophagiens chez lesquels une médication antacide n'aura aucun résultat.

Il y aurait aussi long à dire sur le diagnostic, si souvent porté, de la descente d'estomac. Ce diagnostic anatomique et radiologique n'existe pas: il s'agit simplement d'une modification fonctionnelle avec un état d'hypotonie ou d'atonie gastrique, dont l'expression symptomatique sera rarement guérie par le port d'un support mécanique. Cette image radiologique n'est qu'une partie d'un tout complexe où prédominent des manifestations émotionnelles qu'il faut étudier dans l'aspect thérapeutique, complété par les cures classiques d'engraissement, etc.

Dans le public non-médical et aussi médical, il existe une autre fausse notion, à savoir, que les vertiges ou les sensations subjectives d'étourdissements sont des symptômes de maladie du foie. Ceci est tout à fait à l'opposé des études cliniques et physiologiques de pathologie hépatique récente; à preuve qu'un malade atteint d'ictère supposons néoplasique éprouve rarement ces symptômes. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir fréquemment sur ce point de vue diagnostic.

Du point de vue pratique, nous pouvons avoir affaire à quatre types de réactions émotionnelles à symptomatologie digestive. La première et la plus simple, est la réaction émotionnelle à la suite d'un chagrin. Parmi les névroses à symptomatologie gastro-intestinale, la névrose d'angoisse est évidemment la plus fréquente. Vient ensuite, la névrose obsessionnelle ou de compulsion. Il existe aussi certaines phobies courantes qui peuvent amener les malades au médecin avec des troubles digestifs. Il y a d'abord la phobie du cancer: une quantité importante de patients viennent consulter pour des symptômes digestifs motivés par la phobie du cancer chez eux. Ces patients doivent être examinés méticuleusement du point de vue clinique, radiologique, endosco-

pique et autre, pour dissiper la crainte qui a été la cause de leurs symptômes. Une autre catégorie d'individus est celle, assez curieuse, d'individus ou qui se font opérer souvent à cause d'une attitude personnelle franchement masochiste ou alors, et beaucoup plus fréquemment, les gens qui ont subi des opérations non motivées, surnommés les balafrés du ventre, ou encore les balafrés de Plombières. Ces individus, et nous en voyons encore beaucoup, ont souvent subi quatre ou cinq opérations majeures dans un délai relativement court, à partir de l'appendice soi-disant chronique, le petit ovaire kystique gros comme un pois, le fibromyome gros comme un marbre. Ces malades étaient indubitablement névrosés dès le début des symptômes qui ont motivé la première intervention chirurgicale: cette névrose est évidemment singulièrement aggravée par ces traumatismes chirurgicaux répétés. C'est dire que le chirurgien qui ignore l'aspect psychosomatique de la douleur abdominale, ou qui ne veut pas l'admettre, peut faire des opérations inutiles, sinon de véritables mutilations physiques et psychologiques.

Une autre névrose à symptomatologie digestive est la réaction dépressive simple où les symptômes gastro-intestinaux se présenteront sous l'aspect d'une atonie gastrique ou intestinale.

Comment envisager ces patients du point de vue thérapeutique? Le médecin de famille joue, ici, un rôle primordial, car de par sa situation, très souvent, sinon la plupart du temps, il connaît le passé pathologique et particulièrement psychologique du malade ou de sa famille, ce qu'on pourrait appeler, si l'on veut me pardonner cet anglicisme: le *background* émotionnel. Il connaît les troubles de famille, les tares héréditaires, les plaies sociales telles que: alcoolisme, etc. Et c'est précisément ce passé psychologique ou de l'individu ou de ses ascendants qui, souvent, est en cause dans la symptomatologie exprimée par le malade. Cet aspect thérapeutique psychosomatique repose, comme toujours, sur les principes classiques de l'examen clinique complet du patient, complété, presque la plupart du temps (surtout chez les malades névrosés) par des examens de laboratoire et des radiographies: le diagnostic de troubles fonctionnels ne devant être posé qu'après exclusion de tout processus pathologique défini.

A propos de l'examen complet, il y aurait peut-être lieu, ici, d'attirer l'attention sur la tendance néfaste de faire passer le laboratoire avant la clinique, sinon même avant le malade, comme malheureusement cela existe actuellement.

Une fois cet examen complété, et si l'on doit porter le diagnostic de troubles émotionnels, il faut alors passer à l'étude de l'individu et de sa personnalité. Il vient, évidemment, à l'idée de tous les médecins que le facteur temps va intervenir dans cette façon d'approcher le malade. Nous sommes d'accord, à savoir que les malades de type fonctionnel prennent beaucoup plus de temps que les malades organiques à examiner et à classer. Mais nous n'avons pas le choix: il faut prendre les individus tels qu'ils sont et non pas comme on voudrait qu'ils soient. Pour le médecin praticien, dont la journée est si remplie, une façon peut-être utile pour lui serait de procéder chez un nouveau patient, en quelque sorte, par étapes. En définitive, pourquoi tant se presser, quand il n'y a pas d'urgence évidemment, à poser un diagnostic et à donner la pilule magique qui, très souvent, n'arrange rien du tout. Le médecin peut, à sa première entrevue, par un questionnaire bien orienté, souvent faire la part de l'organique et du fonctionnel; son examen clinique complet étant fait, il peut, s'il le juge à propos, demander des examens complémentaires. C'est à ce moment qu'il devra, dans une autre entrevue, demander au patient de revenir afin qu'il le connaisse davantage. Lorsqu'on explique au malade le but de cette deuxième ou troisième entrevue, la plupart du temps, il est heureux de revenir parce que très souvent, il se rend compte que le médecin s'intéresse et à son bobo et à lui comme individu. Il n'est pas besoin d'être un psychiatre diplômé pour faire une étude psychologique

succincte et souvent satisfaisante des malades: il s'agit d'être patient, et de bien se souvenir de ce que le professeur Sergent disait, dans ses cliniques, au sujet des qualités du médecin: « science, bon sens, conscience ».

Un principe qu'il ne faut pas oublier, dans cette enquête psychologique, c'est de donner le temps au patient de conter son histoire et, comme disait un médecin américain: *"Listen to the patient, instead of him listening to you"*. Déjà, cette façon de faire donne une grande confiance au malade et établit le principe nécessaire de toute bonne thérapeutique psychologique (ce que nos confrères psychiatres appellent le « rapport ») c'est-à-dire ce contact personnel et intime en quelque sorte du malade envers son médecin. L'enquête dirigée devra porter sur certains points de la jeunesse, certains points du stage scolaire de l'individu, son milieu et son enfance heureuse ou non, certains stigmates émotionnels tels que l'énurésie prolongée, etc. Comment l'individu a-t-il réagi à ces circonstances? Et assez rapidement on peut reconnaître certains signes ou de perturbations émotionnelles simples, ou de névrose au début, ou de névrose fixée avancée, ou de psychose.

Dans cette même orientation thérapeutique, il m'a toujours paru très utile d'expliquer au malade, d'une façon sommaire et à sa portée, le mécanisme de ses troubles. Nous croyons que l'époque où le médecin ne donnait aucune explication au patient que de lui remettre une prescription plus ou moins mystérieuse est définitivement périmée et doit être abandonnée. Un autre point pratique est celui de demander au patient ce qu'il pense de sa maladie et très souvent par sa réponse, le médecin pourra dissiper très facilement une crainte non fondée. Il y aurait aussi beaucoup à dire sur l'aspect iatrogénique de la médecine c'est-à-dire les symptômes qui sont greffés dans l'esprit du malade quelquefois par une parole malheureuse et mal choisie du médecin, et à mon sens le diagnostic de descente d'estomac en est un exemple classique.

Un point de vue important de cette enquête est celui qui porte sur la vie sexuelle de l'individu. Très souvent, on pourra trouver des tensions nerveuses importantes dont le point de départ réside dans un trouble de la sexualité de l'individu, homme ou femme, dont les modalités sont si nombreuses et pour en mentionner les plus importantes et ce qui m'a paru être une des plus courantes: chez la femme mariée, la crainte de grossesses répétées, certains cas de dyspareunie avec frigidité, dont le point de départ est presque toujours une crainte sinon une véritable phobie dans l'esprit de la patiente.

En conclusion, tous les médecins admettront facilement, qu'il existe une chirurgie majeure pour les chirurgiens qualifiés et une chirurgie mineure à la portée du médecin praticien. De même, en matière de psychiatrie, il existe une psychothérapie mineure qui est et doit être pratiquée tous les jours par le médecin non spécialisé; pour ce qui est de la psychothérapie majeure, elle relève, évidemment de nos confrères psychiatres spécialisés. Mais nous croyons qu'en clientèle générale, une proportion majoritaire de patients peuvent être aidés et guidés au point de vue psychologique, par leur médecin de famille. Les trois principes de base qui doivent guider celui-ci, dans cette psychothérapie mineure, sont ceux depuis longtemps classiques de « réassurance, réadaptation, réorientation » du patient. Ainsi, par exemple, il sera assez facile de rassurer le patient qui a une phobie du cancer, supposons d'estomac, en lui démontrant par le moyen à notre disposition, clinique, radiologique et autre, qu'il n'a pas de cancer, du moins, au moment où il vous consulte. La réadaptation du malade consistera très souvent, à lui faire voir son problème, que souvent il a refusé d'accepter, quelquefois, à lui montrer que son raisonnement est faux et que c'est lui qui est responsable des symptômes qu'il accuse. Quant à la réorientation du patient, il y a dans certaines villes et particulièrement dans la nôtre, des organismes sociaux qui s'occupent, soit de la jeunesse délinquante ou malheureuse, soit des individus maladaptés dans leur milieu ou à

cause de leur milieu, et c'est ici, que la nécessité d'un Service Social s'impose dans un hôpital bien organisé et complet.

Nous avons à l'hôpital Notre-Dame, un Service Social dirigé par Mademoiselle Monique Lambert, dont les secours nous ont toujours été bien précieux sinon souvent indispensables, dans certains problèmes où les symptômes digestifs ne faisaient partie que d'un tout bien complexe. La directrice du Service Social de notre hôpital, a bien voulu me donner un résumé de ses activités. Parmi les problèmes que ce Service Social rencontre, le plus fréquemment, il y a:

1. — Les problèmes émotionnels sous-jacent une condition physique;
2. — La résistance au traitement médical;
3. — Les mauvaises relations familiales;
5. — Les conditions d'habitation inadéquates;
6. — L'organisation de la vie du patient à la sortie d'hôpital;
7. — Les mauvaises relations maritales;
8. — Les placements pour convalescents et invalides;
9. — La réhabilitation des délinquants;
10. — L'interprétation de la maladie auprès de la famille;
11. — Le problème des personnes seules, etc.

En résumé, le Service Médical exerce son rôle à l'admission du malade, dans le traitement et souvent particulièrement après l'hospitalisation en aidant le patient à se réadapter à son milieu.

En conclusion de cette vue d'ensemble d'un problème souvent bien complexe, je me permettrai de citer textuellement deux auteurs bien connus dans cet aspect de la médecine. Sir William Osler: *"There are people in life, and there are many of them, whom you will have to help as long as they live"*, et Walter C. Alvarez: *"The best medicine does not always come out of a bottle."*

BIBLIOGRAPHIE

Sigm. FREUD : *Introduction à la Psychanalyse.* Payot, Paris, 1947.

Hans SELYE: *Stress.* Acta Inc. Medical Publishers, Montréal, Canada, 1950.

WEISS et ENGLISH: *Psychosomatic Medicine.* 2e édition. W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1949.

Edward A. STRECKER : *Fundamentals of Psychiatry.* 4ème édition. J. B. Lippincott Co., 1947.

James D. PAGE: *Abnormal Psychology.* McGraw-Hill, Publications, 1949.

Arthur P. NOYES : *Modern Clinical Psychiatry.* 3ème édition. W. B. Saunders Co., 1951.

Walter C. ALVAREZ: *Nervousness, Indigestion and Pain.* W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1951.

Walter C. ALVAREZ: *The Neurosis: Diagnosis and management of functional disorders and minor Psychosis.* W. B. Saunders Co., Philadelphie et Londres, 1951.

Flanders DUNBAR: *Psychosomatic Diagnosis.* 3ème édition. Hober Pub., New-York, 1943.

Flanders DUNBAR: *Emotions and Bodily changes.* 3ème édition. Columbia University Press, New-York, 1947.

WOLF and WOLFF : *Human Gastric Function.* Oxford Medical Pub., 1943.

William J. GRACE, Stewart WOLF et Harold J. WOLFF: *The Human Colon.* Paul B. Hober, Inc., 1951.

LA CONTRACTION CARDIAQUE.

Jean LONGTIN,
Hôpital-Sanatorium Saint-Joseph, de Rosemont (Montréal).

L'application de données physiologiques ou expérimentales à la pathologie cardiaque humaine a un intérêt considérable. Il est en effet indiscutable qu'un traitement rationnel des cardiopathies doit se baser sur la compréhension des mécanismes intimes qui déterminent les diverses modalités de la défaillance cardiaque. L'étude de la physiologie musculaire squelettique a permis de formuler certaines lois de la contraction du cœur. Dans cette étude, diverses méthodes ont été employées: les unes sont d'ordre purement mécaniques, les autres cherchent à établir des parallélismes entre le métabolisme des ventricules et leur comportement mécanique.

Historique

Cyon, le premier, emploie le cœur de grenouille isolé dans le laboratoire de C. Ludwig. Blasius et Boehm en 1871, continuent ces expériences. Ils utilisent le cœur de grenouille isolé en conservant le sinus *(sinus venosus)* et les oreillettes ou encore en isolant le ventricule des oreillettes par une ligature. Dans ce dernier cas, la circulation se fait par une canule double (remplissage et éjection) et est réglée par des soupapes artificielles qui remplacent les valvules cardiaques (appareil à cœur de grenouille de Williams 1880). W. Straub emploie une préparation analogue mais simplifiée à canule simple.

Plus tard, Langerdoff utilise le cœur de mammifère isolé avec perfusion des vaisseaux coronaires, mais la plupart des auteurs emploient la méthode d'isolement cœur-poumons.

Cette méthode décrite d'abord par Tchistowitsh en 1887, modifiée par H. E. Hering en 1882 et Bock en 1898, est mieux connue dans la modification de Starling.

Facteurs intervenant dans l'étude de la contraction cardiaque

Augmentation de la pression de remplissage

Les expériences sur le cœur de grenouille et sur le cœur de mammifère ont démontré qu'avec l'augmentation de la pression de remplissage, le débit cardiaque augmente parallèlement à une augmentation du volume diastolique. Ces constatations ont été faites sous contrôle des facteurs de fréquence et de résistance à l'éjection. A partir d'un certain moment critique, une augmentation de la pression de remplissage n'amène plus d'augmentation de débit.

Facteurs de résistance à l'éjection

Dans l'appareil de Williams (cœur de grenouille) une augmentation de la résistance à l'éjection s'accompagne d'une augmentation de la pression systolique dans le ventricule. Ces mêmes constatations ont été faites sur le cœur de mammifère. Si on augmente progressivement la résistance à l'éjection, on arrive à un point critique où le ventricule n'arrive plus à vaincre cette résistance. Dreser a désigné ce point critique par « Force absolue du cœur ». L'augmentation de la pression développée va de pair avec une augmentation du volume diastolique.

Volume diastolique

L'adaptation cardiaque à une augmentation de la pression de remplissage ou encore à une augmentation de la résistance à l'éjection, va aussi de pair avec une augmentation du débit diastolique. Ce facteur semble ainsi constituer le facteur essentiel dans l'adaptation du cœur aux variations des conditions circulatoires.

Sang résiduel

Toutefois l'augmentation du volume diastolique n'augmente pas directement le débit cardiaque. Il s'ensuit que le cœur retient, sous ces conditions, une certaine quantité de sang résiduel.

En d'autres mots, le volume diastolique du cœur représente la somme de deux quantités: le sang résiduel, la quantité systolique. Ce dernier facteur seul répond au débit cardiaque. C'est un fait clinique bien connu que les cardiopathies, à un certain stade de leur évolution, s'accompagnent très souvent d'une augmentation du volume du cœur, sans que le débit cardiaque augmente.

En fait, à partir d'un certain moment de décompensation, le débit cardiaque tombe malgré que radiologiquement, on trouve un gros cœur. Dans des conditions expérimentales, il est facile de trouver une expression numérique pour la quantité de sang résiduel, par des mesures pléthysmographiques du volume cardiaque et des mesures de débit.

En pathologie humaine, par contre, il est beaucoup plus difficile de trouver des valeurs numériques pour ce même facteur. On connait les difficultés qui s'opposent en clinique, à la détermination exacte du débit, ou encore à la mesure précise du volume cardiaque. Ce sont surtout les auteurs suédois qui se sont attachés à l'étude de ces mesures.

Dans la détermination du volume cardiaque, des méthodes radiologiques (formule de Roher-Karlsdorff) ont été utilisées. En général, ces auteurs ont constaté:

Que la plupart des cardiopathies s'accompagnent d'un volume résiduel.

Que l'importance de ce volume résiduel semble augmenter avec l'aggravation clinique de la cardiopathie.

Que le volume du cœur mesuré radiologiquement pendant la vie, semble supérieur au volume du cœur mesuré après la mort.

La présence d'un sang résiduel dans un cœur normal est discutée.

Travail du cœur

L'énergie totale libérée par une contraction cardiaque est formée de deux composantes: le travail mécanique, l'énergie dégradée en chaleur. Le travail mécanique peut être calculé comme produit de la quantité de sang chassé par la résistance qui s'oppose à cette éjection: T: QxP.

Le travail kinétique «ébranlement» de la masse sanguine $\frac{MV2}{2}$, peut en général être négligé. Etant donné que la pression dans l'aorte est supérieure à la pression dans l'artère pulmonaire (chez les chiens les 2 pressions se comportent comme 4 à 1) on peut calculer le travail total du cœur en augmentant de ¼ la valeur obtenue pour le travail du ventricule gauche. Ceci est permis parce que les débits des 2 ventricules sont nécessairement identiques.

Rendement

Il va sans dire que le travail mécanique peut être exprimé par son équivalent thermique. En mettant en rapport l'équivalent thermique du travail fourni et le nombre de calories libérées (consommation d'O2) on obtient le rendement cardiaque. Le rendement du cœur est ainsi le travail systolique produit divisé par la consommation d'oxygène. Des calculs semblables ont été effectués en partant de la préparation cœur-poumons. On a trouvé que le rendement variait entre 4 et 19, avec un maximum approximatif de 25.

Divers facteurs influencent le rendement cardiaque:

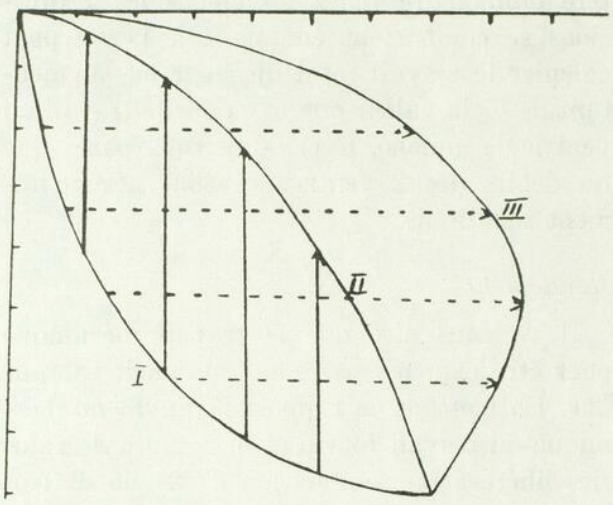
L'augmentation de la pression de remplissage ou encore l'augmentation de la résistance à l'éjection augmentent d'abord, puis à partir d'un certain moment diminuent le rendement. Pourtant ce dernier augmente plus avec l'augmentation de la pression de remplissage qu'avec l'augmentation de la résistance à l'éjection: cette dernière élevant la consommation d'oxygène beaucoup plus que ne le fait la première.

Le rendement augmente avec la diminution de la fréquence et croît avec son augmentation.

Dans l'insuffisance cardiaque spontanée ou encore dans l'insuffisance cardiaque obtenue par des poisons cardiaques (Moé, Vissler, Fahr et Bueler) le rendement cardiaque diminue de même.

Loi de Starling proprement dite

Certains des facteurs considérés précédemment peuvent être représentés graphiquement et exprimés sous forme de loi (Otto Frank et Starling).



Dans le graphique emprunté à H. Straub, la première courbe représente l'augmentation du volume diastolique par rapport à l'augmentation de la pression de remplissage. La deuxième est celle des maxima isotoniques. Elle représente les maxima des débits systoliques que le cœur fournit en se contractant à partir de certains volumes diastoliques, dans le cas où la pression développée pendant l'éjection reste constante.

La troisième représente les maxima isométriques. Par une ligature de l'aorte, on empêche l'éjection de sang. Pendant la « systole », le cœur ne fournit donc pas de travail proprement dit. Toute son action systolique se résume à développer de la pression, le volume du cœur ne changeant pas.

Cette courbe correspond à ce que Dreser a désigné comme force absolue du cœur.

L'ensemble de ces courbes illustre quelques faits fondamentaux:

La pression développée augmente avec l'augmentation du volume diastolique, lequel est lui-même en relation avec la pression de remplissage.

La surface comprise entre les courbes 1 et 2, représente les variations entre les volumes diastoliques et systoliques. On voit que pour une large partie de cette surface, les distances (flèches verticales) ne changent que très peu. En d'autres mots, le débit cardiaque reste à peu près le même pour des volumes diastoliques différents.

Il s'ensuit que le résidu diastolique augmente quand le volume diastolique a atteint un certain point. A partir d'un moment critique, le débit et encore la pression développée décroissent brusquement.

Dans la détermination de l'aire comprise entre les courbes 1 et 3, il n'entre plus de variations de volume. Le seul facteur déterminant cette surface est donné par des variations de pression. On constate que la force absolue augmente avec l'augmentation du volume diastolique de départ, se rappelant que ce volume ne change pas. Les pressions développées au cours des contractions isométriques (force absolue) sont supérieures aux pressions développées pendant les contractions isotoniques pour des volumes diastoliques comparables. Etant donné qu'il n'y a pas de débit pendant les contractions isométriques, toute l'énergie disponible pour la contraction s'exprime sous forme de pression. Au contraire, pendant la contraction isotonique, une partie de l'énergie disponible est transformée en pression, l'autre partie, en déplacement de volume. Dans ce sens, il n'est pas sans intérêt de rappeler que d'après Bonnenkamp, l'énergie totale disponible pour chaque contraction cardiaque est constante et ne dépendrait pas de la pression initiale, ni du travail fourni.

On a vu que le volume diastolique et en conséquence la pression développée dépendent ou bien de la pression de remplissage ou encore de la résistance à l''éjection. Ces deux facteurs sont indépendants l'un de l'autre.

Rappelons que la loi formulée par Starling diffère de celle formulée par Frank dans ce sens que Starling admet que le volume diastolique peut augmenter sans qu'augmente la pression de remplissage. Cette divergence

de vues reste encore aujourd'hui le point le plus controversé dans l'étude des facteurs mécaniques déterminant l'action ventriculaire.

En effet, la question suivante se pose: par quel mécanisme le volume diastolique augmente-t-il, si on augmente la résistance à l'éjection? Les expériences sur le cœur d'animal ont montré que l'augmentation de la résistance à l'éjection est suivie immédiatement d'une augmentation de la pression systolique et diastolique ainsi que de la pression différentielle. Le volume diastolique augmente de même. On a vu à l'étude du graphique qu'à certaines pressions développées correspondent des volumes diastoliques déterminés. Si la résistance à l'éjection est augmentée, les systoles suivantes émettent un volume systolique inférieur au volume émis avant l'augmentation de la résistance à l'éjection; le volume diastolique n'est pas en corrélation avec la pression à surmonter, et le ventricule travaille sur un niveau inadéquat pour la pression à surmonter. Il reste ainsi à l'intérieur du ventricule un résidu systolique, après l'augmentation de la résistance à l'éjection.

Toutefois, si on suppose que le volume ne peut augmenter qu'avec la pression de remplissage, il est difficile d'admettre que pendant la diastole suivante, le « *même* » volume (ajouté auparavant et avant l'augmentation de la pression à l'éjection) soit maintenant ajouté au volume résiduel laissé à l'intérieur du ventricule par les systoles inadéquates.

On voit que le volume diastolique augmente s'il y a augmentation de la résistance à l'éjection. On doit donc admettre qu'il y a au moment de la « systole », un facteur déterminant d'augmentation du volume diastolique.

Stead et Warren concluent de même que la pression auriculaire ou veineuse ne constitue pas un facteur primordial dans la détermination du débit cardiaque, ainsi que l'avait formulé Starling. En d'autres mots, le volume diastolique pourrait augmenter sans qu'augmente la pression de remplissage.

Il est possible que dans la détermination de ces phénomènes intervienne le tonus cardiaque qui constitue une question très débattue.

La plupart des auteurs nient l'existence d'un tonus chez le cœur des mammifères, mais certains faits expérimentaux rares d'ailleurs (Johnson et Katz) semblent être en faveur de l'existence d'un tonus ventriculaire.

Consommmation d'oxygène

On a rappelé l'intérêt de l'étude du rendement cardiaque, étude liée à des calculs de consommation énergétique.

Bruns affirme que la production de chaleur totale ne croît pas, mais décroît avec le travail fourni.

D'après Bonnenkamp, l'énergie totale disponible pour chaque contraction cardiaque, serait une constante ne dépendant pas ni de la pression initiale, ni du travail fourni. La production de chaleur diminuerait dans le même ordre de grandeur qu'augmenterait le travail mécanique fourni.

Bonnenkamp parle d'un « quotient énergétique glissant ».

Dans ce cas, le pouvoir d'adaptation et la notion de réserve pourraient être considérés comme liés au comportement particulier de ce quotient.

L'absorption d'oxygène ne paraît pas être en fonction linéaire du travail fourni. D'après Eismayer et Quincke, elle varie avec le volume diastolique de départ.

Il est probable d'après ces mêmes auteurs, qu'avec l'augmentation de la surface respiratoire par augmentation du volume diastolique, le cœur gagne en faculté de resynthèse.

Les travaux de Starling et de Fischer ont montré que la consommation d'oxygène est en fonction de la longueur des fibres du myocarde. D'après ces auteurs, le rapport d'une variation donnée de la consommation d'oxygène à la variation correspondante du volume diastolique est une constante valable pour une suite assez longue de variations du volume diastolique.

Conclusion.

Certaines constatations relevées par les études métaboliques s'harmonisent avec les faits constatés au cours d'expériences d'ordre purement mécanique. Les deux ordres de phénomènes paraissent intimement liés l'un à l'autre. Il est probable que les variations du métabolisme du muscle cardiaque jouent un rôle primordial et prédominant dans les variations du comportement mécanique.

BIBLIOGRAPHIE

BONNENKAMP: « Energieumwandlung in der Arbeitsphase des Herzmuskels. » *Verhandlung der deutsihen Gesellsihaft Fur innere Medezin,* Munihen, **37**: 387, 1925.

A. COURNAND et al: « Measurement of cardiac output in man using technique of catheterization of right auricle or ventricle. » *J. Clin. Investigation,* **24**: 106-116 (janvier) 1945.

C. Lovatt EVANS: *Principles of Human Physiology.* J. and A. Churchill Ltd., London, 1949.

O. FRANK: *Biologie,* **32**: 370, 1895; **41**: 370, 1895.

O. FRANK: *Z. F. Biol.,* **50**: 309, 1908.

KATZ: *Am. J. Physiol.,* **99**: 579, 1932.

McMICHAEL et SHARPEY-SCHAFER : *Brit. Heart Journal,* **6**: 33, 1944.

E. H. STARLING et coll.: « The regulation of the heart beat. » *J. Physiol.,* **48**: 465, 1914.

E. H. STARLING et coll.: « On the mechanical factors which determine the output of the ventricles. » *J. Physiol.,* **48**: 357, 1914.

E. H. STARLING: *Principles of Human Physiology.* Lea and Febiger, Philadelphie, 1920.

E. H. STARLING: *Lancet,* 212, 1921.

H. STRAUB: « Cardiac Herzeweiterung. » *Deutsihe Med. Woihensihrift,* **45**: 676 (19 juin) 1919.

H. STRAUB: « Das Arbeitsdiagram des Saugetierherzens. » *Arih. f. d. ges. Psyihol., Bonn,* **199**: 564-594, 1917.

VISSCHER et STARLING: *J. Physiol.,* **62**: 243, 1927.

WIGGERS: *Circulation in Health and Disease.* 2e édition. Lea and Febiger, Philadelphie, 1923.

RECUEIL DE FAITS

ENDOMYCES ALBICANS (MUGUET) DANS UNE COLLECTION PURULENTE SOUS-CUTANÉE

Wilfrid LeBLOND,
Chef de laboratoiire à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Observation.

Le 29 décembre 1950, l'enfant Roxanne D., âgée de 7 mois, est admise avec symptômes de méningite: l'examen du liquide c.r. révèle la présence de *B. hæmophilus influenzæ*. La thérapie à la pénicilline et à la streptomycine combinée est instituée par le chef du service de Pédiatrie, le prof. de la Broquerie Fortier; la patiente guérit de sa méningite, et quitte l hôpital le 4 mars 1951. Le *follow-up* du 3 juin 1951 nous apprend que l'enfant est bien rétablie sans séquelles apparentes.

L'objet de cette communication est le fait que, vers le 1er février 1951, alors que tout traitement avait cessé, il est apparu sur la fesse gauche de la malade une petite tuméfaction qui s'est développée progressivement dans la suite pour atteindre son volume maximum au bout de dix jours alors qu'on s'est trouvé en présence d'une tumeur à contours mal délimités, de consistance mollasse et non sans ressemblance avec un myxome.

Durant toute l'évolution de cette tumeur, sauf la présence d'un léger érythème pourpré, la peau est demeurée intacte.

Le 12 février 1951 il fut soutiré, par ponction de la tuméfaction, un pus verdâtre, visqueux, et à granulations macroscopiques jaunes blanchâtres.

L'examen cytologique de ce produit a montré uniquement des lymphocytes, un certain nombre d'éléments épithélioïdes et quelques macrophages. On note également et principalement sur ce premier examen une abondance de corps levuriformes.

Les frottis pour examen bactériologique du pus, immédiatement après prélèvement, n'ont permis de déceler aucune bactérie pyogène ou autre. Il n'y avait que ces levures ovalaires, gram-positives, sans filaments mycéliens. L'examen microscopique d'une des granulations montre qu'elles sont formées d'un groupe compact de levures retenues par une substance gélatineuse.

Les divers milieux de culture utilisés: maltose de Sabouraud à la pénicilline, tous les milieux « standard », à l'inclusion du Pétragnani, du Loewenstein, et de la gélose profonde de Veillon, n'ont permis de mettre en évidence que ce micro-organisme bien connu dans les laboratoires de services hospitaliers: l'endomyces albicans, dont les manifestations à la bouche des enfants sont communément désignées sous le nom de « Muguet ».

Suivant en cela le comportement habituel de l'endomyces en culture, celui-ci ne donna des filaments mycéliens qu'après trois semaines, filaments variables dans leur longueur, leur division. Les uns sont segmentés, les autres pas. On ne trouve pas de granulations dans les sinus.

D'autres ponctions furent faites les 14, 19, 24 et 29 février 1951. Les examens ont toujours montré les mêmes micro-organismes, avec la même morphologie.

Chez la patiente, à part le gonflement et l'érythème déjà signalés, aucune autre manifestation à la peau.

La collection a diminué graduellement, mais lentement; en fin de mars 1951 elle a disparu complètement sans laisser de traces.

Jusqu'à preuve contraire il semble bien que l'endomyces albicans ait été l'agent direct de cette tuméfaction et collection purulente.

* * *

En 1896, Curtis a isolé du produit d'une tuméfaction sous-cutanée, également de la région fessière, un micro-organisme sporulé qu'il a appelé le *Saccharomyces tumefaciens*. Il a décrit la tumeur comme étant de consistance gélatineuse, et formée par l'accumulation de corps levuriformes dans un réticulum aux mailles lâches faites de tissu conjonctif. Il n'a noté aucune réaction inflammatoire, et les parois de la tumeur étaient infiltrées de lymphocytes, de macrophages et de cellules géantes. Cependant ce micro-organisme, en plus de « virer » le milieu à la saccharose, détermine par inoculation au rat, au cobaye, à la souris, au chien et au lapin des tuméfactions semblables aux points d'inoculation.

Une autre tuméfaction cliniquement superposable a été décrite aussi par Blanchard et Binot, dans le produit de laquelle les auteurs précités ont trouvé exclusivement des micro-organismes levuriformes qu'ils ont appelés *Saccharomyces Blanchardi*... Ces noms ont un intérêt surtout historique par leur association avec la théorie (abandonnée du reste) « Blastomycétienne » du cancer. Afin d'éviter un cloisonnement trop rigoureux dans l'étude des saccharomycètes, il est utile de rappeler, suivant le Traité de C. W. Dodge, qu'il y a 28 variétés connues de saccharomyces et 264 variétés de champignons sporulés plus ou moins pathogènes pour les hommes et les animaux.

Rappelons aussi à toutes fins pratiques que l'endomyces albicans (saccharomyces albicans, Oïdium albicans, monilia albicans) peut en plus de ses manifestations sur les muqueuses, le Muguet, causer des infections superficielles assez fréquentes. A la peau il peut déterminer des lésions analogues à celles produites par les dermatophytes. Il cause souvent du gonflement des tissus mous autour des ongles (paronychie), ressemblant à des tournioles, et de l'épaississement des ongles, surtout chez les personnes dont le travail implique l'immersion fréquente ou prolongée dans l'eau. Anderson, dans la dernière édition de sa *Pathology*, rapporte des cas de dermite généralisée, mais il ne signale qu'un seul cas d'abcès sous-cutané. Le même auteur signale le cas d'un enfant qui présentait du Muguet à la langue, lequel s'est répandu à la face, aux doigts et aux orteils causant une desquamation humide *(soggy)* entre les doigts, et un épaississement des ongles.

Les infections profondes et viscérales sont moins fréquentes. Miale rapporte le cas d'une infection méningée et épendymaire du cerveau. Le début s'était manifesté plusieurs années avant la mort du sujet par du Muguet à la langue et à la muqueuse buccale. Un œil fut atteint dans la suite et dut être enlevé; des filaments mycéliens furent trouvés dans les lésions de l'œil. A l'autopsie on trouva à l'épendyme une poussée macroscopique de filaments et de spores.

Néanmoins, suivant Langeron, le pouvoir pathogène propre de l'endomyces albicans est faible, et il ne manifeste de virulence que sur un terrain préparé en quelque sorte par une autre infection, ou par une diminution marquée de la résistance d'un individu déjà porteur du « Muguet », ou encore par un état d'allergie.

Deux cas d'infection viscérale ont été signalés au cours de l'année 1951 dans le journal de l'Association Médicale Canadienne dont l'un par le prof. Morin, de Québec.

BIBLIOGRAPHIE

M. LANGERON: *Précis de Mycologie*. 1945.
H. ANDERSON: *Pathology*. 1948.
C. W. DODGE: *Medical Mycology*. 1935.
E. BRUMPT: *Précis de Parasitologie*. 1936.
Institut Pasteur, Paris. *Notes du cours*. 1935.

ULCÈRE À HYPOPYON

René CHARBONNEAU,
Assistant en ophtalmologie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Dans un ulcère à hypopyon, l'inflammation est d'emblée de caractère suppuratif. La virulence des toxines libérées est si grande que les tissus cornéens sont nécrosés localement et la diffusion de ces toxines produit une forte exsudation purulente venant non seulement des vaisseaux limbiques mais aussi des vaisseaux de l'iris et du corps ciliaire. En agissant sur les vaisseaux péricornéens les toxines provoquent une migration extensive de cellules de pus dans la cornée, produisant une zone d'infiltration grossière, blanc jaunâtre, autour de l'endroit ulcéré. Diffusées dans le globe oculaire, ces toxines produisent une vaso-dilatation assez marquée pour libérer des leucocytes et de la fibrine en quantité qui se logent dans l'angle inférieur de la chambre antérieure pour former un hypopyon.

Le terme hypopyon signifie donc en ophtalmologie: présence de pus dans la chambre antérieure de l'œil.

L'hypopyon se forme par chémotactismie. Il est dû à la diffusion des toxines seulement et par conséquent est stérile, aussi longtemps que la membrane de Descemet reste intacte, car les organismes ne peuvent passer à travers cet organe.

Au début, la chambre antérieure présente une sorte de nuage formé d'une suspension d'éléments très fins. Ces particules tendent à tomber à l'endroit le plus déclive et s'agglomèrent en une formation délicate pouvant facilement passer inaperçue, et constituant une mince ligne blanchâtre, cachée presqu'en entier, derrière l'anneau sclérotical. Si la virulence du processus infectieux se maintient, l'hypopyon grossit, monte jusqu'à la pupille et peut même remplir complètement la chambre antérieure.

L'hypopyon, encore petit, se compose presqu'entièrement de leucocytes polymorphonucléaires. Quelquefois, on y verra, en petite quantité, des érythrocytes, des éosinophiles, des lymphocytes et de grandes cellules mononucléaires dérivés du stroma irien. A ce stage, l'hypopyon est fluide et change de position avec les mouvements de la tête. Un peu plus tard, l'élément fibrineux s'intensifie et englobe les cellules pour les consolider en une masse semi-solide pouvant être enlevée en bloc avec une pince, par une ouverture pratiquée dans la cornée.

Avec la progression de la maladie, l'hypopyon, d'abord horizontal, monte plus haut sur la face postérieure de la cornée que sur l'iris, surtout dans le voisinage de l'ulcère. Un fin nuage de cellules peut couvrir toute la surface postérieure de la cornée et en arrière de l'ulcère, ces cellules ont tendance à s'entasser. Par une macération de l'endothélium et de la descemet, un foyer purulent peut s'introduire dans les lamelles postérieures de la substance propre et former un abcès postérieur. L'endothélium subit quelquefois une exfoliation et des cellules gonflées et altérées sont rejetées pour se mêler à l'hypopyon.

L'ulcère cornéen qui donne habituellement un hypopyon est l'*ulcus serpens* ou ulcère à pneumocoque.

C'est un ulcère destructif à infiltration extensive, blanc grisâtre ou jaunâtre en forme de disque, avec une tendance marquée à s'étendre en une direction spéciale, typiquement associée à une kératite diffuse, une iridocyclite sévère un hypopyon et souvent accompagné d'un abcès postérieur de la cornée.

Etiologie

Le microbe le plus souvent en cause est le pneumocoque. Sur 50 cas (Hertel, 1902) trouva du pneumocoque dans 33 cas dont 26 ne présentaient que ce bacille. Cet organisme provient habituellement des *voies lacrymales infectées* et rétrécies. Il pénètre dans la cornée

à la faveur d'une éraillure de l'éthélium produit par un corps étranger, comme une poussière, les barbes d'un épi de blé (Kératite des Moissonneurs) un coup d'ongle et souvent par un microtraumatisme passé inaperçu. Cette affection arrive souvent, surtout chez l'adulte et le vieillard.

Le pneumocoque, bien que le plus fréquent, n'est pas le seul microbe capable de produire un ulcère à hypopyon. D'autres organismes ont été trouvés, tels le diplobacille de Morax, le bacille liquéfiant de Petit, le paratyphique, le méningocoque, le bacille pyocyanique, le bactérium celi et aussi d'autres associations microbiennes. Dans le cas cité plus bas, l'on a trouvé que le staphylocoque pyogène.

Pour produire un hypopyon, il faut deux facteurs importants; d'abord, il faut que l'organisme infectieux soit très virulent et aussi que la résistance des tissus soit très pauvre; c'est pourquoi, cet ulcère à hypopyon arrive surtout chez le vieillard, chez le scléreux, chez les alcooliques, ou chez les individus où la résistance a été amoindrie par des infections de longue durée, soit locales ou systématiques.

Anatomie pathologique.

L'épithélium soulevé est infiltré de leucocytes polynucléaires; il est séparé par des lacunes d'œdème de la membrane de Bowman qui disparaît près du bord de la perte de substance de la cornée. Le parenchyme est aussi envahi par des polynucléaires surtout dans les couches superficielles et ceux-ci peuvent former de petits abcès intra-cornéens. Les couches moyennes de la cornée sont les moins touchées et dans les couches postérieures, juste en avant de la Descemet, la densité de l'infiltration augmente jusqu'à ce que, vis-à-vis de l'ulcère, il se forme un abcès postérieur. La Descemet est souvent séparée, par une couche de leucocytes, de l'endothélium qui est desquamé dans les régions correspondant à l'ulcère. Elle peut être perforée indépendamment de toute rupture cornéenne. Lorsque l'ulcère progresse en profondeur, les lamelles du parenchyme sont successivement éliminées et le fond de l'ulcère est constitué par la seule membrane de Descemet qui fait hernie entre les bords de l'ulcération, formant une véritable descemétocèle.

L'inflammation se propage à l'iris et au corps ciliaire toujours infiltrés de cellules et présentant une vascularisation anormalement développée. Le segment postérieur de l'œil est normal sauf dans les cas compliqués de panophtalmie.

Symptômes

Début

Sensation de gravier, puis douleur croissante périorbitaire.

Rougeur du globe; photophobie; léger œdème des paupières.

Fièvre modérée, frisson, fatigue.

Localement

Sur la cornée on voit une tache grisâtre, opalescente, d'abord limitée, puis progressant rapidement. Les bords sont flous. La cornée est moins transparente. L'hypopyon est alors représenté par une mince ligne grisâtre qui double le bord inférieur du limbe. Injection périkératique. Aspect terne de l'iris.

Période d'état

Formation de l'ulcère au niveau de la plaque opalescente; son fond est tapissé d'un exsudat blanc-gris; bordé par un liséré irrégulier, grisâtre, plus épais et plus étalé sur un secteur qui représente la zone de progression de l'infection. La cornée devient opalescente sur toute son étendue. L'hypopyon augmente très rapidement. L'iris est recouvert d'exsudat gris. La pupille est déformée par des synéchies postérieures. La tension oculaire est généralement augmentée.

Evolution

La progression de l'ulcère serpigineux se fait surtout en surface et peut affecter les deux tiers de la cornée. Dans les cas favorables, au bout d'une à deux semaines, les lésions se stabilisent, puis régressent sous l'influence d'un

traitement. L'ulcère guérit en laissant un leucome définitif. Si les couches profondes sont envahies, il peut y avoir perforation de la cornée. L'iris alors s'enclave dans l'ouverture et il se forme secondairement un leucome adhérent avec toutes les complications ultérieures possibles: kérato-iritis, glaucome, staphylome antérieur, panophtalmie, phtysie.

Diagnostic

L'ulcère à hypopyon ne peut être confondu avec d'autres.

Le diagnostic bactériologique se fait par l'examen direct de l'exsudat et par des cultures.

Pronostic

Toujours très réservé. Dépend de l'infection en cause. Le pneumocoque est la forme microbienne la plus dangereuse.

Prophylaxie

Traitement des larmoiements chroniques ou des suppurations du sac.

Traitement

1 — *Traitement de l'ulcère*

Depuis l'avènement des antibiotiques, et des méthodes de laboratoire nous permettant une bonne identification microbienne et leur sensibilité ou résistance aux médicaments, nous avons rarement recours à la cautérisation ou au chauffage de l'ulcère. Il suffit presque toujours de donner l'antibiotique approprié, soit local ou général pour voir apparaître une amélioration marquée et assez rapide de l'ulcère.

2 — *Traitement de l'iritis et hypopyon*

Pour empêcher les synéchies postérieures, il faut dilater la pupille, mais cette dilatation doit être très prudente à cause de l'élévation possible de la tension oculaire. Il faut se méfier de l'atropine dont l'action est prolongée, et employer des dilatateurs assez puissants mais de courte durée tels: l'homatropine 5% ou la néo-synéphrine de 2½% à 10%.

Si la tension augmente trop, il est bon de faire une paracenthèse de la cornée et chercher à évacuer l'hypopyon. Il faut alors être très prudent car on risque d'infecter la chambre antérieure.

On peut ajouter la protéinothérapie sous forme de lait stérilisé en injection musculaire, ou la vaccinothérapie avec le vaccin typhique et paratyphique A et B.

3 — *Traitement des voies lacrymales*

Il faut toujours explorer les voies lacrymales et les traiter s'il y a lieu soit par des lavages, l'ablation du sac ou faire une dacryocystorhinostomie selon l'indication.

4 — *Traitement des séquelles*

Si l'ulcère a laissé une taie centrale nuisant considérablement à la vision, une iridectomie optique rendra de grands services.

Lorsque la cornée a été assez amincie pour provoquer un staphylome antérieur avec la valeur fonctionnelle de l'œil définitivement compromise, souvent il faut faire l'amputation du segment antérieur dans un but esthétique.

Observation.

Roger P., 37 ans, arrive à la clinique d'ophtalmologie, se plaignant de rougeur et douleur à l'œil gauche depuis quelques jours. Au cours des deux dernières semaines, il a reçu deux ou trois fois des particules de fonte dans les yeux et les a fait enlever par des camarades. Au début, il ne ressentait qu'une sensation de grattage, mais depuis 2 jours, il éprouve une douleur assez violente, ne peut envisager la lumière et la vision de son œil gauche est brouillée.

Examen local

Vision œil droit 20/20. Vision œil gauche 20/200. L'œil droit ne présente rien de particulier. A gauche les paupières sont légèrement gonflées; La tension oculaire au tonomètre de Bailliart est de 24 mm. Hg. La cornée entourée d'une injection ciliaire est terne et présente vers 2 hres à 2 millimètres du limbe, un ulcère grisâtre, arrondi et excavé.

Dans la chambre antérieure, il y a de nombreuses cellules et l'on voit dans le bas, à un demi millimètre au-dessus du limbe, une ligne jaunâtre de pus semi-solide. La pupille est en myosis, paresseuse, et l'iris est congestionné.

Le diagnostic d'ulcère à hypopyon est posé.

Un prélèvement des sécrétions est fait dans le sac conjonctival et le malade est hospitalisé.

Examen général

Le patient accuse une perte d'appétit depuis 5 à 6 mois avec un amaigrissement d'environ 5 à 6 livres depuis 2 mois, attribués à de longues heures de travail.

Dans les antécédents héréditaires il n'y a rien d'intéressant.

Dans ses antécédents personnels, on note des maladies d'enfance, la diphtérie à 8 ans. Il a été hospitalisé en 1936 pour une fracture de la jambe droite; en 1938 pour une fracture de la jambe gauche; en 1940 il a eu la main gauche fracturée et en 1941 il a subi un écrasement du thorax.

Le malade fume 40 cigarettes par jour et a fait un usage excessif de boissons gazeuses jusqu'à il y a 1 an.

Il est amaigri et pâle. Les poumons et le cœur sont normaux. La pression artérielle est de 120/65. Il n'y a rien à noter du côté de l'abdomen. Ses jambes sont légèrement déformées.

Analyses

Sang: globules rouges: 4 675 000; globules blancs: 8 750; hémoglobine (Haldane): 90%; valeur globulaire: 0,9; polynucléaires neutrophiles: 61; grands mononucléaires: 2; lymphocytes: 32; polynucléaires éosinophiles: 5.

Le B.W. est négatif.

Urée: 54 mgm.; glucose: 102 mgm.

Les urines sont troubles et montrent une légère trace d'albumine sans sucre.

Il y a présence d'oxalates et de leucocytes. Le rapport bactériologique des sécrétions oculaires révèle la présence de *staphylocoques pyogènes* sans autre microbe et le test à la sensibilité se lit comme suit:

Chloromycétine XXX.
Terramycine XXX.
Auréomycine XXX.
Streptomycine XX.
Pénicilline XX.

Traitement

Avant le rapport du laboratoire, le patient a reçu pendant 2 jours:

1) Pénicilline: 400 000 U.S.R.
en injection I.M. I fpj.
Streptomycine: 500 000 U.

2) Acide acétylsalicylique V. grains I comprimé 3 fpj.

Localement: 1) Pansements humides chauds sur l'œil gauche pendant 20 minutes 4 fpj. 2) Homatropine 5%, 1 goutte 3 fpj. 3) Poudre sulfathiazole 3 fpj.

Deux jours après son arrivée et d'après le rapport bactériologique, la pénicilline et streptomycine sont cessées et remplacées par l'auréomycine, 250 mgm. 2 comprimés 4 fpj *per os* et localement l'onguent ophtalmique d'auréomycine remplace la poudre de sulfathiazole.

Le malade reçoit en plus des injections intramusculaires de lait stérilisé, 6 cc. aux 3 jours par lesquelles sa température monte jusqu'à 100° et 101°.

EVOLUTION

La troisième journée après l'admission, l'hypopyon commence à régresser mais l'ulcère cornéen proprement dit persiste. Le cinquième jour, l'hypopyon est disparu complètement; l'ulcère s'éclaircit et la cornée redevient un peu transparente. Il persiste un léger blépharospasme et de la photophobie. La pupille est bien dilatée et la tension est normale.

Douze jours après son arrivée le malade a son congé. La vision est de 20/20 dans les 2 yeux. La cornée gauche est claire sauf, au niveau de l'ulcère, ou la lampe à fente nous montre un cratère tapissé d'épithélium. La membrane de Bowman et les premières couches de la substance propre sont disparues. Les

deux tiers postérieurs et la membrane de Descemet sont intacts, mais l'endothélium semble brisé. La chambre antérieure est claire et il y a présence de pigments sur la cristalloïde antérieure du cristallin.

Le malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison. Nous le voyons au bout de cinq jours et trouvons son œil complètement guéri. Il ne persiste qu'une taie grisâtre à l'endroit de l'ulcère, juste en dehors de la pupille, ne faisant aucun obstacle à la vision.

BIBLIOGRAPHIE

1. DUKE-ELDER: *Text Book of Ophthalmology*. Vol. II, p. 1913-1934 à 39.
2. *Traité d'Ophtalmologie*. Vol. IV, p. 734 à 742.

ODONTOBLASTOME ANTRO-NASAL

Adrien PLANTE (Roberval).

Observation.

Le 13 octobre 1943, J. L..., âgé de 6 ans, métis, m'était adressé, par le médecin de la réserve, pour obstruction nasale gauche. Les seules complaintes rapportées par les parents de l'enfant étaient que ce dernier avait une respiration nasale droite très laborieuse et une respiration nasale gauche nulle, avec déjections continuelles muco-purulentes et parfois rougeâtres. Cet état durait depuis plus de deux ans. Par ailleurs, sa santé était excellente et son développement intellectuel proportionné à son âge et à l'éducation familiale reçue.

Les antécédents personnels et familiaux de l'enfant n'offraient rien à signaler. L'examen d'admission devait être cependant plus révélateur.

Il s'agissait d'un enfant présentant une légère dyssymétrie faciale: sillon naso-génien-gauche moins prononcé, œil gauche repoussé en masse vers le haut et légèrement basculé sur son axe latéro-latéral, hémiface gauche plus saillante.

L'enfant respirait continuellement par la bouche. La narine gauche était complètement obstruée par une masse dure, à contours réguliers et lisses. Le septum, refoulé vers la fosse nasale droite, diminuait la perméabilité de cette dernière. Rhinorrée antérieure et postérieure rougeâtre. A la palpation, nous sentons une masse lisse au niveau du plancher de l'orbite. L'œil est surélevé d'autant. La pression sur le sinus maxillaire ne développe pas de douleurs, mais le plan osseux se laisse facilement déprimer sur une région d'un pouce près de diamètre. Il n'y a aucune transparence au niveau du sinus maxillaire gauche, tandis que celle des autres sinus est normale. Le palais dur n'est pas déformé. La première dentition est complète. On ne trouve pas d'adénite cervicale. L'indocilité de l'enfant ne nous permet pas une rhinoscopie postérieure. Une biopsie est décidée, sous anesthésie générale, avec diagnostic de fibrome antro-nasal probable.

En abordant la masse présumée tumorale, nous croyons d'abord qu'il s'agit plutôt du cornet inférieur et de la cloison antro-nasale qui seraient littéralement écrasés sur le septum, lequel est d'ailleurs refoulé dans la fosse nasale droite. Nous faisons quand même et généreusement sauter ce que nous croyons être la tête du cornet. L'hémorragie est légère. Les bourdonnets introduits pour absorber le sang, ramenèrent à notre grand étonnement,

des débris de muqueuse, d'os et des masses de tissus mous ressemblant à des granulations. Et, sans autre instrument qu'un bourdonnet, nous sortîmes de ces débris tant et si bien qu'à la fin la fosse nasale était libre.

Cependant le mur antro-nasal n'existait plus dans sa région moyenne et le bourdonnet plongeait assez librement dans l'antre gauche. Evidemment il ne s'agissait plus d'un fibrome. Nos espoirs de diagnostic ne reposaient plus qu'en l'examen histologique, l'évolution lente et les signes cliniques ne nous permettant pas de suspecter une ostéomyélite ou un sarcome. Les spécimens prélevés furent envoyés au

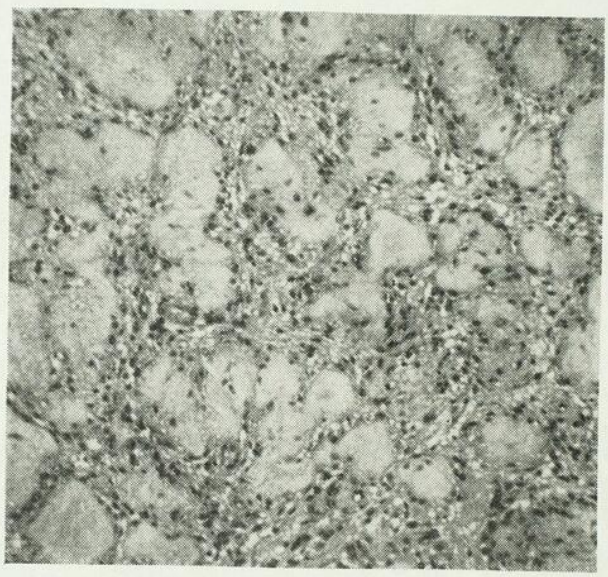


Figure 1.

docteur Louis Berger, qui nous faisait tenir, quelques jours plus tard, le protocole histologique suivant:

« Les fragments examinés sont complètement constitués par du tissu néoplasique, qui présente un aspect très curieux que nous n'avions jamais vu jusqu'à présent; formé de cellules mésenchymateuses très ramifiées et anastomosées les unes avec les autres, il contient de nombreux amas arrondis ou irréguliers de substance collagène dense, mais nettement fibrillaire qui semble provenir des cellules néoplasiques. Celles-ci ne présentent aucune mitose, mais ont un aspect jeune, (embryonnaire) et montrent d'assez nombreuses figures de division directe (amitotique).

Il s'agit à notre avis d'un néoplasme ayant pris naissance au niveau de la partie mésenchymateuse d'une ébauche dentaire (odontoblastome). »

Et dans une note explicative ultérieure. « ... nous avons examiné tous les fragments que vous nous aviez envoyés. Nous ne pouvions évidemment plus juger à ce moment de la consistance des tissus, mais on peut établir,

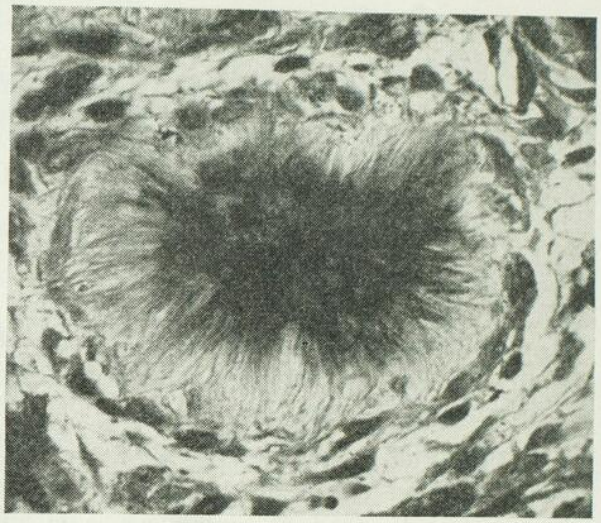


Figure 2.

suivant l'aspect histologique, les équivalences entre les débris mous et durs. Une partie de ces débris était exclusivement composés de tissu tumoral (odontoblastique); ce tissu tout en étant fibreux (mais pas scléreux) contenait des zones œdémateuses, de sorte que l'ensemble pouvait macroscopiquement donner un aspect gélatineux. Une autre partie des débris contenait, en dehors des boyaux tumoraux, des travées osseuses, qui correspondent manifestement à des résidus d'os normal envahi par la tumeur, et dont la présence devait donner une consistance beaucoup plus dure... »

Bien que cette tumeur mésenchymateuse bénigne eût été probablement radio-sensible, nous avons opté, vu le repoussement des parois antrales, surtout du toit, avec déplacement du globe oculaire, pour une cure chirurgicale.

Tome 81 — fév. 1952

L'antre, dont les parois étaient amincies et refoulées, était rempli d'un tissu mou, d'aspect gélatineux, sans aucune consistance, de couleur rougeâtre, ne contenant aucune manifestation odontoplastique et étant en tout superposable aux masses de tissu d'aspect granuleux trouvées à la biopsie, et dont l'étude microscopique révéla une histologie exclusivement odontoblastique. Ce tissu était libre dans l'antre, non retenu par une capsule.

L'évidement se fit facilement par succion avec un tube de caoutchouc d'un diamètre ne dépassant pas 10 à 12 millimètres.

La muqueuse antrale fut enlevée.

Les parois osseuses n'étaient aucunement infiltrées, mais seulement refoulées et très minces, sauf au niveau de l'union inférieure des parois antérieure et interne. Là, en effet la paroi osseuse était dépolie et fut soumise à un curettage minutieux. A la fin, l'antre et la fosse nasale ne faisaient plus qu'une seule cavité. Les suites opératoires furent banales. Il y eut rhinorrée séro-sanguinolente et formation de croûtes pendant une dizaine de jours. Les pansements se limitèrent à des insufflations quotidiennes de poudre sulfamidée dans l'antre.

L'enfant retournait chez lui quinze jours après l'opération.

Nous l'avons suivi régulièrement depuis. La guérison se maintient. Il y a toutefois expulsions intermittentes de concrétions dures et sans odeur, qui nous font craindre pour plus tard des manifestations ozéneuses.

Il est donc intéressant de faire ici un bref rappel embryologique en nous inspirant des données de Dubreuil.

*
* *

On se souviendra que les dents dérivent de l'ectoderme par l'émail et du mésoderme par l'ivoire et la pulpe. De la *lame dentaire*, d'origine épithéliale, naissent les bourgeons dentaires qui se renflent, à leur extrémité distale, en forme d'hémisphère avec face concave du côté de la profondeur. Par cette face concave, le bourgeon dentaire embrasse, pour ainsi dire, une condensation mésenchymateuse qui constitue le bulbe dentaire ou papille. Chaque bourgeon dentaire avec sa papille s'isole, à un moment donné, de la lame dentaire et constitue un follicule ou germe dentaire qui évolue désormais pour son propre compte.

Les cellules les plus superficielles de la papille et les plus profondes du bourgeon épithélial se différencient pour constituer, celles-là, les odontoblastes, celles-ci, les adamantoblastes.

Figure 3.

Les odontoblastes secrètent par leur pôle externe l'ivoire ou dentine, et les adamantoblastes, par leur pôle interne, l'émail.

Ces cellules embryonnaires ont donc un rôle particulier et temporaire à jouer. Elles sont appelées à disparaître ensuite. Il arrive cependant assez souvent que des débris de la

lignée épithéliale persistent longtemps et soient même l'origine de kystes paradentaires ou de tumeurs dites adamantinomes. Ces tumeurs, tel le cas rapporté dans le numéro de juillet 1944 des archives d'otolaryngologie par le docteur Masher, sont la plupart du temps constituées de tissu exclusivement épithélial; d'autres contiendront du tissu mésenchymateux en plus ou moins grande quantité; mais presque toujours ce tissu aura manifesté une activité odontoplastique.

Je n'ai cependant trouvé nulle part qu'il fut fait mention de tumeurs d'origine dentaire, constituées exclusivement de tissu conjonctif resté à l'état embryonnaire et n'ayant manifesté aucune activité odontoplastique.

Ewing divise les tumeurs d'origine dentaire en:

Adamantinomes Kystes radiculo-dentaires Kystes dentigènes	Lignée épithéliale.
Odontomes	Lignée mésenchymateuse.

Mais les odontomes contiendraient presque toujours des cellules de la lignée épithéliale; de plus les odontoblastes du début perdraient, en partie du moins, leur allure jeune et donneraient des ébauches dentaires.

Broca divise les odontomes en:

1.—Odontome radiculaire: qui se développe au cours de la formation de la racine.
2.—Odontome coronaire: qui se développe après le début de la formation de la couronne.
3.—Odontome odontoplastique: c'est-à-dire avec tendance à la dentification.
4.—*Odontome embryoplastique,* c'est-à-dire sans tendance à la dentification.

Cette dernière division répondrait en partie au cas présenté en ce sens que les cellules ne donnent pas d'ébauches dentaires; mais ces cellules ne relèvent pas exclusivement de la ligne mésenchymateuse et ont perdu leur tendre jeunesse c.àd. ne sont plus des odontoblastes, mais des odontoplastes.

Ces odontomes peuvent être hétérotopiques, mais ils se rencontrent surtout chez les sujets jeunes et presque invariablement au maxillaire inférieur, tandis que l'adamantinome a une prédilection pour le maxillaire supérieur.

Lloyd en rencontre un cas au maxillaire supérieur, mais il était dur.

Schlaessmann cependant, rapporta un cas d'otontome mou, chez un enfant de 10 ans, mais il était dans le maxillaire inférieur et on y trouva de l'émail aux endroits où la dentine venait en contact avec les organes formant l'émail.

Il y avait donc mélange des deux organes formateurs et ceux-ci avaient manifesté de l'activité.

Il a d'ailleurs généralement été reconnu que les odontomes typiques contiennent des dents en formation, entourées d'une membrane épithéliale et d'une capsule fibreuse. De plus la première ou la deuxième molaire est habituellement manquante dans l'odontome; et si la dentition est complète on présume que la tumeur se serait organisée aux dépens d'une dent surnuméraire hétérotopique.

Enfin il arrive assez souvent que les tumeurs dentaires se développent dans l'antre d'Highmore; ce sont surtout les kystes radiculo-dentaires, les kystes dentigènes et les variétés glandulaires de l'adamantinome.

Résumons les caractères habituels de l'odontome:

1 — Tumeur se rencontrant surtout au maxillaire inférieur — Un seul cas est rapporté au maxillaire supérieur — aucun dans l'antre d'Highmore.

2 — Tumeur habituellement dure.

3 — Absence presque constante d'une molaire.

4 — Présence habituelle d'ébauches dentaires, et de tissu épithélial.

Par contre dans le présent cas, la tumeur, qui se classe dans les odontomes, était au maxillaire supérieur, et même dans le sinus; elle était molle et ne contenait aucune ébauche dentaire, ni tissu épithélial; les cellules avaient gardé leur aspect embryonnaire mais s'étaient

multipliées à l'infini; enfin aucune dent ne manquait à la première dentition.

Il s'agirait donc d'une tumeur ayant pris origine sur des cellules superficielles de la papille dentaire, lesquelles cellules auraient échappé à l'embrassement par le bourgeon dentaire et se seraient ensuite, une fois devenues aberrantes, multipliées sans manifester d'activité odontoplastique, c'est-à-dire sans donner d'ivoire.

Ces cellules se seraient probablement détachées d'un noyau dentaire de la deuxième dentition, qui paraît pourtant devoir être complète.

Il est enfin raisonnable de croire, si l'on veut reconstituer l'évolution de cette tumeur, qu'après s'être multipliées au niveau de la base antérieure du mur antro-nasal, ces cellules aberrantes ont envahi partiellement le cornet inférieur, tandis que d'autres faisaient éruption dans le sinus maxillaire pour s'y multiplier librement jusqu'à remplir cette cavité et y déterminer une force d'expansion telle que les parois antrales furent repoussées, et que le mur antro-nasal, manquant de contre pression et déjà rendu plus faible par l'envahissement partiel initial, céda sous cette poussée inexorable.

Je m'en voudrais de ne pas signaler ici l'intérêt qu'ont porté les Professeurs Louis Berger et Thoma, et le docteur Carlton Auger à l'étude de cette tumeur, et de ne pas les remercier publiquement de leur généreuse collaboration. A eux seuls, en effet, revient tout le mérite.

MOUVEMENT THÉRAPEUTIQUE

LA PÉNICILLINE DANS LE TRAITEMENT DES SYPHILIS RÉCENTES ET TARDIVES

Jules ARCHAMBAULT,
Directeur Scientifique, Division des Maladies Vénériennes,
Ministère de la Santé, Montréal.

La Division des Maladies Vénériennes du Ministère de la Santé de la Province de Québec fournit la pénicilline aux médecins pour leurs patients souffrant de syphilis, à l'exception de ceux qui peuvent sans difficulté suivre ce traitement dans les cliniques de la Division. Deux conditions essentielles s'imposent.

La première condition à remplir est la déclaration du cas à la Division des Maladies Vénériennes, tel que requis par la loi, aussitôt que le diagnostic de syphilis est dûment établi par les symptômes cliniques et/ou par les examens de laboratoire. Les résultats de ceux-ci doivent être clairement indiqués sur la formule de déclaration, mais il est préférable et plus simple d'annexer le rapport du laboratoire. La bonne tenue des dossiers de la Division exige que les patients soient désignés par leur nom sur la formule de déclaration, aussi bien que sur le tube contenant l'échantillon de sang et sur le feuillet rose qui l'accompagne. Tout renseignement est tenu comme strictement confidentiel.

En plus, la Division des Maladies Vénériennes attend des médecins qu'ils voudront bien coopérer afin que les formules de traitement et dosages recommandés soient appliqués dans chaque cas et que l'action de la thérapeutique sur la sérologie soit correctement évaluée. Il est désormais acquis que des mois, même une année et plus peuvent s'écouler à la suite d'un traitement couronné de succès, avant que la sérologie ne devienne définitivement négative chez tous les patients traités pour syphilis récente. Dans la syphilis latente tardive, acquise ou congénitale, tout au plus trente-cinq pour cent des cas suffisamment traités suivant nos critères, deviendront séro-négatifs en moins de cinq années.

L'insuffisance des doses employées au début et la qualité inférieure de la pénicilline dont on disposait en 1945 et jusqu'en 1946, ont contribué à créer une impression défavorable, qui persiste encore dans certains milieux, relativement à l'emploi exclusif de la pénicilline dans le traitement de la syphilis récente. Mais il fut bientôt prouvé par une série d'observations systématiques et coordonnées, sous la direction du Conseil National des Recherches et du United States Public Health Service, aussi en Europe, que la pénicilline appliquée à la syphilis primo-secondaire, la « guérit » tout aussi bien et en moins de temps que le traitement arseno-bismuthique. Une observation de 2 à 5 années nous a déjà suffisamment rassurés sur l'efficacité de la pénicilline, nous le serons encore davantage dans 15 ou 20 ans d'ici lorsque la permanence des « guérisons » obtenues sera définitivement confirmée. A l'heure actuelle, un nombre important de cliniciens, particulièrement en Europe, considèrent qu'il est prudent de faire suivre la pénicilline d'un traitement de consolidation par le bismuth.

Les essais de Chargin, Sobel et Rosenthal et plusieurs autres observations n'ont pas réussi à démontrer que l'association du bismuth, qu de la médication arseno-bismuthique à la pénicilline, augmente la proportion des succès thérapeutiques en syphilis récente; par contre cette association réduirait sensiblement le taux des récidives et des réinfections. Ce résultat s'explique par l'état réfractaire de l'organisme à toute nouvelle infection, qui se maintient

aussi longtemps que dure le traitement. On n'en constate pas moins une tendance générale vers l'emploi exclusif de la pénicilline, même en Europe où l'expérimentation de cette thérapeutique est de date récente. La pénicilline seule est jugée suffisante dans le traitement de la syphilis récente par Bolgert, Joulia et Durel (France), par Guthe, Directeur de la Section des Maladies Vénériennes de l'Organisation Mondiale de la Santé (Genève) et par plusieurs représentants d'autres pays auprès de cet organisme; par Hermans (Pays-Bas), Burkhard (Suisse), Noguer-More (Espagne). De plus, les arsenicaux, y compris le mapharsen, sont délaissés à cause de leur toxicité. Pareil argument ne saurait être invoqué contre l'emploi du bismuth à titre de médication adjuvante de la pénicillinothérapie et, d'accord avec Monsieur le docteur Gaumond (Québec), nous conseillons d'administrer quelques séries de bismuth en commençant une dizaine de jours après le dernier traitement par la pénicilline.

I. — Syphilis primaires, secondaires et latentes de moins de deux années

Dosage: 6,0 millions d'unités de pénicilline procaïnée dans l'huile additionnée de monostéarate d'alumine. Cette dose totale sera répartie en 10 injections de 2 cc., contenant 600,000 unités, qui seront répétées à des intervalles de 24 à 48 heures.

Chimiothérapie: N'est admise qu'en syphilis secondaire et latente. Limiter le bismuth à deux séries de 10, le mapharsen, s'il est ajouté, à une quinzaine d'injections.

Des épreuves sérologiques quantitatives sont requises à des intervalles déterminés. A cette fin expédier un plein tube de sang au Laboratoire Provincial avant l'administration de la pénicilline, et une fois chaque mois au cours de la première année; durant la seconde, l'examen sera répété tous les trois mois, puis dans la suite deux fois l'an jusqu'à la fin de la cinquième année. *Veuillez retourner à la Division* les rapports reçus du Laboratoire; ils seront toujours réadressés sans délai au médecin.

L'action favorable de la pénicilline se révèle par le déclin régulier, plus ou moins rapide suivant la durée de l'infection, du titre sérologique, qui atteint la séronégativité vers le sixième, parfois vers le neuvième mois ou plus tard. Même au douzième mois, une séro-réaction positive avec sérum dilué 1: 2 n'est pas l'indice d'un échec thérapeutique, ni de la nécessité d'un nouveau traitement; un titre aussi faible est appelé à disparaître spontanément au cours de la deuxième année. Voir graphique no 1.

Reprise du traitement par la pénicilline. Dans les syphilis contractées depuis moins de deux années un second traitement s'impose lorsque:

a) Après neuf mois, à la suite du traitement initial, le sérum reste positif à un titre plus élevé que la dilution 1: 4.

b) La courbe sérologique, après s'être abaissée normalement, avoir atteint ou non la séronégativité, présente un relèvement marqué par une série de réactions positives obtenues sur des dilutions de sérum de plus en plus étendues.

c) Le titre initial persiste au même niveau durant plus de trois mois, ou encore la courbe décline tout en se maintenant à des titres sérologiques élevés qui font prévoir un échec. — Voir graphique no II.

La ponction lombaire s'impose dans ces cas. Ils ne représentent pas tous des échecs thérapeutiques et nombreux sont les patients réinfectés, quelquefois même par leurs propres spirochètes qu'ils ont transmis à leurs partenaires et reçus d'eux en retour. Ces réinfections, s'ajoutant aux séro-résistances et aux récidives, dont il est impossible de les différencier, portent à 17,2 pour cent, dans les statistiques de E. Thomas, le taux des syphilitiques qui ont requis plus d'un traitement. Parmi eux 81,4 devinrent séro-négatifs après de nouvelles séries de pénicilline; chez les autres le titre sérologique a décliné jusqu'aux dilutions 1: 2 (16,4%) et 1: 4 (2,2%). Les résultats obtenus par Mahoney sont d'accord

avec ceux-ci pour démontrer l'efficacité de la pénicilline.

Jusqu'à présent, affirme le Dr Chs Rein, il n'a été trouvé aucun cas probant de résistance véritable à la pénicillinothérapie (Colloque International tenu à Paris, septembre 1950). Aussi, en cas d'insuccès, doit-on recourir à la pénicilline en portant la dose à 9,0 millions d'unités, ou même plus, suivie de quelques séries de bismuth, associé ou non au mapharsen.

II. — Traitement préventif de la syphilis congénitale

Pour la femme enceinte syphilitique qui a reçu un traitement jugé insuffisant ou un traitement complété moins d'une année avant la grossesse.

Dosage: 6,0 millions d'unités de pénicilline dans l'huile. Diviser cette dose totale en 10 injections de 600 000 unités et les administrer à des intervalles de 24 à 48 heures, sans traitement adjuvant car la chimiothérapie n'est pas recommandable chez la femme enceinte.

Les tests quantitatifs seront répétés chaque mois et, si le titre sérologique s'élève, une nouvelle série de pénicilline est requise. Il est prudent de reprendre le traitement vers la fin de la grossesse lorsque celle-ci coincide avec une syphilis primo-secondaire. Dans les syphilis tardives, il est normal que le titre sérologique reste stationnaire après le traitement.

III. — Traitement de la syphilis congénitale

L'infection congénitale récente doit être diagnostiquée par des signes cliniques et/ou par une sérologie positive, qui ne s'est pas négativée spontanément au cours des trois premiers mois qui suivent la naissance. Le nouveau-né trouvé cliniquement normal, qui présente une sérologie négative au quatrième mois, peut être considéré indemne de syphilis.

Dosage: 200,000 unités de pénicilline procaïnique par livre de poids. Cette dose totale sera divisée en 10 injections, espacées de 24 heures (sauf chez le nouveau-né).

Au delà de ce poids l'enfant requiert le dosage de l'adulte, sans qu'il soit nécessaire de le dépasser.

Le traitement de la syphilis congénitale tardive se confond avec celui de l'infection acquise. Voir V.

IV. — Traitement de la neurosyphilis

Le diagnostic de toute syphilis nerveuse doit reposer sur l'existence de symptômes cliniques et/ou sur les anomalies constatées à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Dose initiale. Elle est généralement de 9,0 millions d'unités, répartie en 10 injections de 600 000 unités, qui seront espacées de 24 à 48 heures. C'est une sage pratique d'administrer 8 à 10 injections de bismuth avant la pénicilline afin d'éviter une réactivation, ou réaction d'Herxheimer, bien qu'il en résulte rarement des accidents graves.

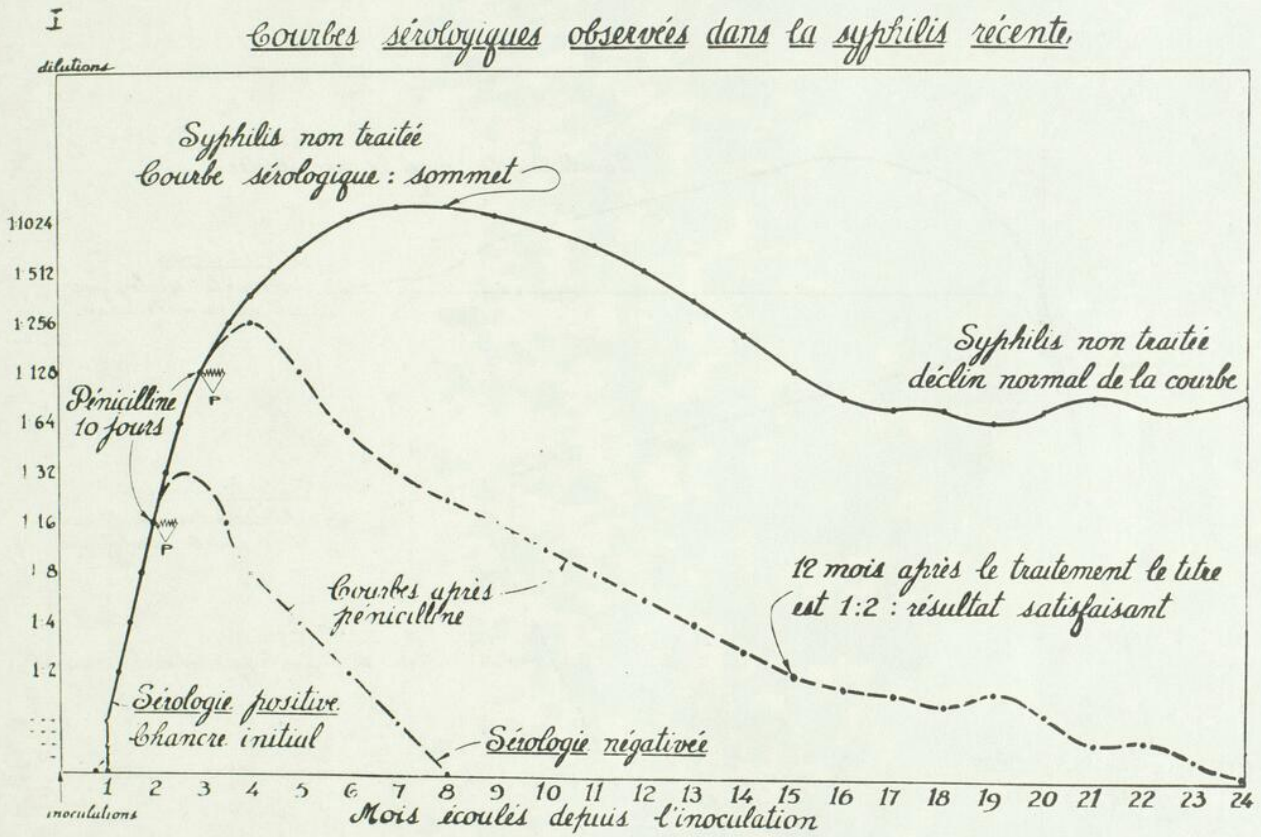
Examen du liquide céphalo-rachidien. Il est de règle qu'il soit pratiqué avant le traitement et répété entre le 9e et le 12e mois, puis une année plus tard, à moins que les signes cliniques ne fournissent d'autres indications.

C'est en comparant les résultats de deux examens faits sur le liquide céphalo-rachidien que l'on jugera de la conduite à tenir. Sans doute il faudra répéter les séries de pénicilline, à des intervalles de 6 à 12 mois, aussi longtemps que les examens révéleront des signes d'activité du processus. Le premier de ces signes à disparaître est la pléocytose (plus de trois cellules par mmc); le deuxième est le taux des protéines, considéré anormal au-des-

Nouveau-né	7 injections de	½ cc. (150 000 U):	1	million U.
Poids 10 livres	10 injections de	⅓ cc (200 000 U):	2	millions U.
Poids 20 livres	10 injections de	1½ cc (450 000 U):	4,5	millions U.
Poids 30 et plus	10 injections de	2 cc (600 000 U):	6	millions U.

sus de 40 mg. et qui correspond étroitement à l'intensité des altérations du tissu nerveux (Dattner). La modification de la courbe de l'or colloidal est d'un pronostic favorable lorsque la décoloration totale du réactif dans plusieurs tubes de gauche est remplacée par une gamme de teintes qui atteint le rouge clair quand la réaction est négative. Enfin, l'action favorable de la pénicilline se manifeste par un déclin du titre sérologique au Wassermann. Cette épreuve, la seule qui prouve l'existence de la neurosyphilis, est aussi la dernière à disparaître et il ne faut pas s'étonner qu'elle se maintienne positive durant plusieurs années après l'arrêt du traitement. En somme, les résultats d'examen sur le liquide céphalo-rachidien forment un syndrome qui doit être interprété dans son ensemble. Lorsque les quatre réactions donnent des résultats négatifs, l'existence de la neurosyphilis est fort douteuse (Dattner).

Graphique No I



V. — Traitement de la syphilis tardive latente

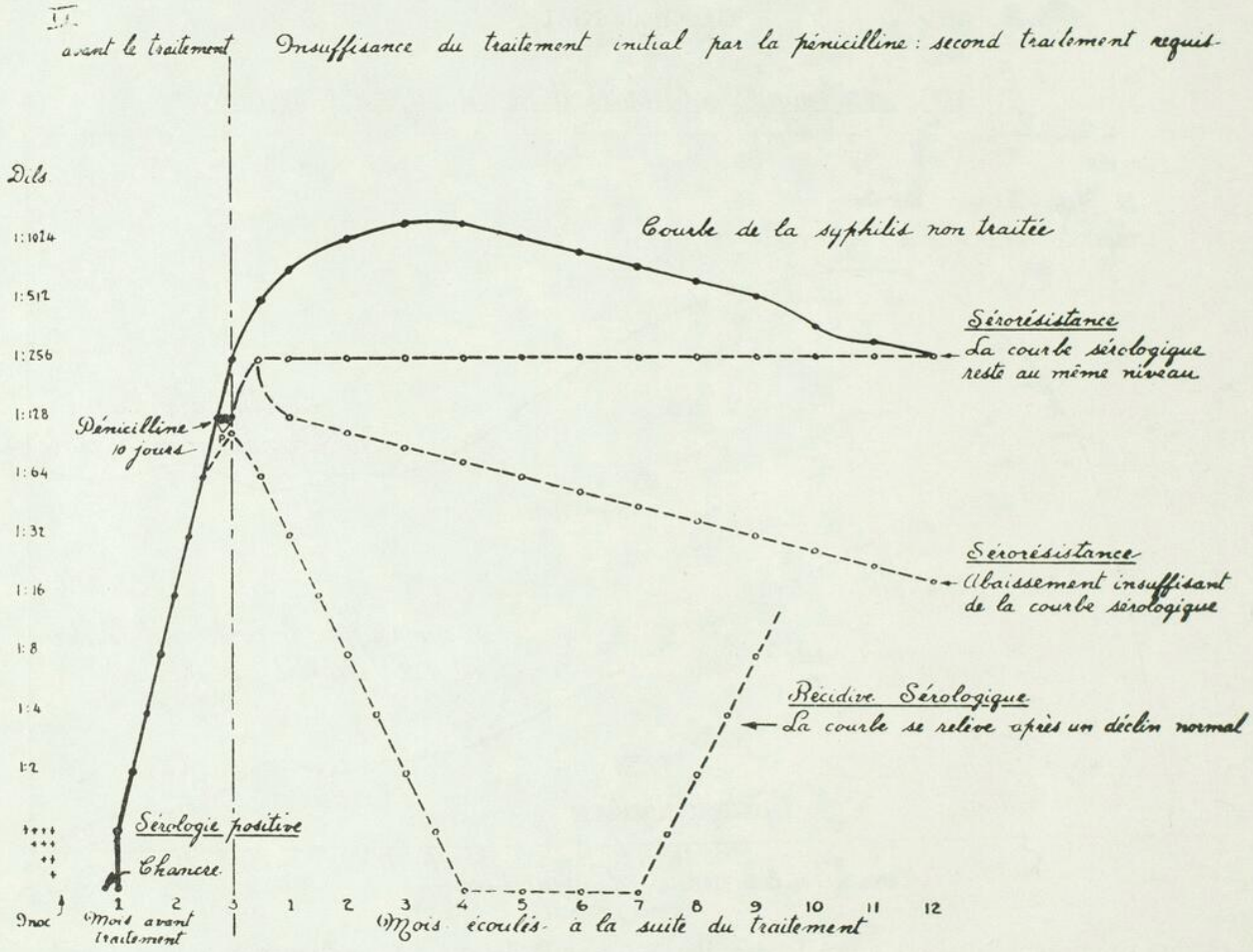
Il est difficile de formuler un traitement de la syphilis tardive et de l'appliquer en routine, sauf au groupe des patients asymptomatiques chez qui l'examen du liquide céphalo-rachidien a éliminé toute possibilité de syphilis nerveuse. Aussi la Division des Maladies Vénériennes a-t-elle raison d'insister pour qu'un rapport sur le liquide céphalo-rachidien lui soit soumis, ou qu'à défaut, des explications soient données, toutes les fois que la pénicilline est requise pour le traitement initial d'une syphilis tardive latente.

Période de la chimiothérapie. Tout d'abord il faut admettre avec la majorité des syphiligraphes que la syphilis latente a été traitée et l'est encore bien au delà des limites requises pour enrayer l'évolution de la maladie. C'est que l'on commet l'erreur de croire que la séro-

logie doit servir de guide, aussi bien lorsque le traitement est institué à une époque tardive que s'il intervient au début de la syphilis. Pourtant l'expérience a démontré que l'organisme depuis longtemps infecté conserve les anticorps ou réagines syphilitiques, même qu'il continue à les produire après que les tréponèmes ont été détruits. De là il est facile de conclure à la futilité d'un traitement prolongé durant les cinq ou dix années requises pour l'élimination des réagines syphilitiques.

Déjà à l'époque où l'on croyait nécessaire d'obtenir la séronégativité en répétant et élevant les doses des arsenobenzenes, des syphiligraphes éminents, entre autres John Fordyce (1917), avaient constaté qu'il n'était pas possible d'obtenir ce résultat sans mettre en danger la vie du malade. Mais ce n'est que beaucoup plus tard, grâce à E. Moore et à ses associés, que se précisa la tendance des syphiligraphes à réduire de plus en plus la durée et l'intensité du traitement des patients souffrant de syphilis tardive latente. Près d'un millier de ceux-ci furent tenus en observation durant cinq années et plus par Moore, Diseker et Clark qui en vinrent aux conclusions suivantes:

Graphique No II



Dans la moyenne des infections latentes tardives:

a) Il suffit de 20 injections d'arsenic et de 20 injections de bismuth pour enrayer le progrès de la syphilis, lorsqu'elle ne se manifeste pas déjà par des symptômes cliniques.

b) A la suite d'un traitement de moyenne intensité les récidives cliniques se produisent dans moins de 5% des cas seulement; elles

sont peu graves et n'épargnent pas plus les patients dont la sérologie est négativée que les séro-résistants.

c) Il n'existe aucun rapport entre la « guérison » de la syphilis considérée du point de vue clinique et du point de vue de la sérologie.

Acceptées en principe ces conclusions ont totalement modifié le pronostic et le traitement des syphilis tardives latentes. La durée de ce traitement fut réduite à 18 mois environ et la chimiothérapie combinée, recommandée par Moore et le Coopératif Clinical Group, limitée à 24 injections d'arsenic: mapharsen ou novar; à 60 traitements bismuthiques.

Ere de la pénicillinothérapie. « La miracu- « leuse pénicilline de Fleming appliquée à la « syphilithérapie par J. P. Mahoney et son « équipe: R. C. Arnold, Ad Harris, etc.., a ré- « volutionné le traitement des syphilitiques. « Son efficacité et sa tolérance sont incontes- « tées. Elle tend de plus en plus à remplacer « les arsenicaux ». Ces termes employés par le Professeur Gougerot résument l'opinion des cliniciens convoqués à Paris, en septembre et octobre 1950, par l'Organisation Mondiale de la Santé. Nous pouvons attendre de la pénicilline ce que la chimiothérapie combinée accomplit (Rein). Une thérapeutique suffisamment active pour enrayer la neurosyphilis dans son évolution, comme le démontrent des examens successifs sur le liquide céphalorachidien, possède également la propriété de détruire les tréponèmes situés dans tout autre endroit de l'organisme (Dattner).

Il serait prématuré de conclure que la chimiothérapie sous toutes ses formes doit être abandonnée. L'Ecole française tient au traitement de consolidation par le bismuth seul et considère d'ores et déjà que l'emploi de l'arsenic n'est plus souhaitable en raison de ses accidents imprévisibles (Joulia, Noguer- More, Touraine, Degos, Gougerot). En plus les pénicillinorésistances, jusqu'à présent, restent exceptionnelles.

Formule de traitement. Les considérations qui précèdent sur l'efficacité de la pénicilline, la toxicité des arsenicaux et la nécessité d'une action prolongée de la thérapeutique dans les syphilis tardives, fournissent des éléments suffisants, à notre avis, pour suggérer la formule de traitement comprenant:

a) *Pénicilline procaïnée dans l'huile*: 6,0 à 9,0 millions d'unités comme traitement d'attaque. Ces doses totales seront divisées en 10 ou 15 injections de 2cc. trois fois la semaine; ou encore la dose individuelle sera portée à 3cc. (900 000 U.), et administrée deux fois la semaine seulement.

b) *Bismuth* 40 injections administrées à la suite de la pénicilline au taux d'une injection par semaine par séries de 10 à 15 injections. Allouer un repos de 10 à 15 jours après la pénicilline et des intervalles de quelques semaines entre les séries de bismuth.

c) Si le mapharsen est ajouté, l'administrer deux fois la semaine pour une vingtaine d'injections. Arrêter le traitement plus tôt s'il se manifeste quelque symptôme d'intolérance.

Reprise du traitement. Chez les patients asymptomatiques, la courbe sérologique fournit une indication précise à la reprise du traitement, lorsqu'elle atteint dans plusieurs examens successifs, des niveaux quatre et huit fois plus élevés que les titres des réactions quantitatives précédentes.

L'application d'un deuxième traitement chez les malades à courbe sérologique fixe n'apporte pas généralement de modification appréciable à cette courbe qui tend vers une négativation lente et progessive durant les six à dix années qui suivent le traitement.

Il reste à considérer chaque cas en particulier et dans plusieurs il semble plus sûr d'appliquer un deuxième traitement, environ 9 à 18 mois après le premier. A la condition toutefois que ni le médecin ni le malade n'attendent de cette reprise du traitement la sérónégativité, ni même un déclin rapide du titre sérologique.

REVUE GÉNÉRALE

LA PYODERMITE DU NOUVEAU-NÉ[1]

Albert GUILBEAULT,
Professeur agrégé de Pédiatrie à l'Université de Montréal,
et chef du Service de pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

La staphylococcose est l'infection de l'organisme humain par le staphylocoque. Depuis quelques années, les infections à staphylocoques sont de plus en plus nombreuses. L'ostéomyélite, les pleurésies purulentes, même les méningites et les broncho-pneumonies sont des localisations graves de la staphylococcose qui nous invitent à relire des chapitres de médecine que nous avions délaissés depuis un certain temps, nous croyant en toute sécurité sous l'abri des antibiotiques Ce soir, Monsieur le Président, nous nous attacherons à l'étude de l'une des manifestations de la staphylococcose chez le nouveau-né: la pyodermite.

La pyodermite du nouveau-né

La pyodermite (du grec, puon, pus et derma, peau) est une infection aiguë atteignant les couches superficielles ou profondes de la peau. D'après cette définition, trois formes de pyodermite sont possibles: une première forme affectant surtout l'épiderme dont la fine épaisseur est soulevée par une gouttelette de liquide séreux, de couleur jaune citron ou le plus souvent blanc laiteux, véritable pus contenant en abondance des cadavres de polynucléaires et des staphylocoques dorés. C'est le pemphigus épidémique des nouveaux-nés. Quelques-uns de ces vésicules peuvent atteindre jusqu'à un demi-pouce de diamètre. Elles siègent de préférence aux plis du cou, des aisselles, des aines et au cuir chevelu. Quelquefois la première lésion apparaîtra sur la peau de l'abdomen. Elles épargnent toujours la paume des mains et la plante des pieds. Elles sont précédées de quelques heures, par une petite zone congestive, une macule dont le centre devient un petit point blanc qui s'élargissant produit la vésicule.

La couche épidermique qui recouvre cette vésicule est une mince membrane qui offre peu de résistance à la pression. Ces vésicules, une fois crevées, laissent apparaître le derme, rouge, irrité par l'infection. Elles deviennent des croûtes qui au cuir chevelu, emprisonneront les cheveux par paquets.

Le nombre de ces vésicules varient: quand leur nombre dépasse la vingtaine, il y a, en plus, des lésions plus profondes du derme, à l'endroit ou dans le voisinage de la vésicule. Cette première forme de pyodermite est plutôt un pyoépidermite.

La deuxième forme siège dans l'épaisseur du derme. Elle est caractérisée par une élevure indurée, rouge dans toute sa masse et à la base, dont le sommet pâlira après 12 à 18 heures. La résistance à la pression est plus grande. Ce n'est qu'après une évolution de 2 à 3 jours, que s'échappera un liquide purulent, riche, lui aussi, en staphylocoques dorés. C'est la véritable pyodermite.

L'observation quotidienne met sous nos yeux une troisième forme de pyodermite, caractérisée par l'envahissement du tissu sous-cutané par le processus infectieux: c'est la forme phlegmoneuse-circonscrite, sans traînée de lymphangite ni atteinte grave de l'état général. Ces abcès sous-cutanés siègent de préférence au cuir chevelu. Aux membres et au siège, ces collections purulentes sont beaucoup plus importantes: elles peuvent contenir jusqu'à 200 cmc de pus. Les glandes mammaires du nouveau-né peuvent s'infecter facilement,

1. Travail présenté à la première séance d'étude de la Société de Pédiatrie de Montréal, tenue à l'Hôpital Pasteur.

la mammite du nouveau-né peut donc se situer dans cette troisième catégorie.

Etiologie

L'agent pathogène mis en évidence par le laboratoire est constamment le staphylocoque doré. A l'assemblée scientifique mensuelle de l'Hôpital Notre-Dame, le 31 mai 1951, le docteur André Leduc, a donné le compte-rendu de ses recherches sur la sensibilité aux antibiotiques de ces staphylocoques dorés. L'étude a porté sur 215 échantillons de pus.

Sensibles à la streptomycine	0%
" " la pénicilline	21%
" " l'auréomycine	73%
" " la terramycine	85%
" " la chloromycétine	91%

La pyodermite du nouveau-né existe depuis deux ans à l'état épidémique dans les crèches, les pouponnières et les services de médecine infantile, sous l'une ou plusieurs des modalités cliniques déjà décrites: pyoépidermite, pyodermite ou phlegmon.

La période d'incubation est très variable — de quelques heures après la naissance à trois ou quatre jours. La plupart du temps, les lésions apparaissent vers le quatrième jour alors que l'enfant est encore à la pouponnière. Pouvons-nous parler ici de véritable période d'incubation? Ne s'agit-il pas plutôt d'une pénétration du microbe dans la peau à des moments variant d'un cas à l'autre, le microbe déjà à la surface de la peau, n'attendant qu'une occasion, qu'une blessure microscopique de l'épiderme ou du derme. La voie de pénétration du staphylocoque dans la peau est bien la voie directe. La voie digestive semble être l'exception; rarement, en effet, la pyodermite est précédée d'épisode diarrhéique. La voie de contact direct est la plus fréquente; le staphylocoque est déposé à la surface de la peau par les mains des personnes préposées aux soins de l'enfant, par les mains du médecin, plus souvent qu'on ne le pense, et aussi par les vêtements. Cette blessure microscopique de la peau peut être faite par les ongles de l'enfant, par des lavages du corps à l'eau savonneuse, ou par des frictions ou des pressions exagérées. Dès l'épiderme franchi, le staphylocoque y commence ses ravages, d'autant plus facilement que les éléments de défense chez les nouveaux-nés sont très faibles; le sang du nouveau-né contient très peu d'anticorps et d'immunisines. Tout se passe comme si l'enfant n'en apportait pas de sa mère; même l'allaitement maternel ne lui en fournit pas davantage. Il doit faire face, avec ses propres moyens, à un staphylocoque qui devient de plus en plus résistant aux antibiotiques ordinaires. Ces deux facteurs: absence d'immunité de la part de l'enfant, et résistance accrue aux antibiotiques, du staphylocoque, facilitent la progression rapide de l'infection.

Pronostic

Convenablement traitée, la pyodermite du nouveau-né guérit sans laisser de trace. La fréquence des récidives est fonction de la précocité du traitement et de l'application des mesures de protection et d'hygiène. Les complications existent: voici la marche de l'infection chez quelques malheureux cas: enfant de 14 jours — pyodermite-omphalite-otite-bronchopneumonie-diarrhée grave-mort. Enfant de 7 jours — pyodermite-empyème — guéri. enfant de 10 jours — pyodermite-ostéomyélite du radius — guéri.

La contamination des parents et des personnes préposées aux soins de l'enfant est toujours possible: abcès du sein chez la mère, surtout si elle nourrit son enfant, furonculose tenace chez l'un ou plusieurs membres de la famille.

Traitement local

Il faut crever les vésicules dès qu'elles sont constituées en empêchant de se répandre le liquide qu'elles contiennent. Ce liquide est riche de staphylocoques, il faut éviter l'autocontamination. La vésicule ouverte sera immédiatement recouverte d'un liquide antiseptique comme le mercurochrome, la teinture de mer-

thiolate, 1 pour 1 000, la teinture de zéphiran, etc. Nous employons une poudre antiseptique dont la composition sera donnée au chapitre de la prévention.

Les pustules plus profondes sont pressées entre les doigts recouverts d'une compresse. Cette petite opération sera complétée par l'application de la poudre antiseptique spéciale.

Les phlegmons seront ouverts au bistouri au point le plus ramolli et non nécessairement le plus déclive. L'incision sera assez large pour permettre l'évacuation facile du pus. Point n'est besoin d'anesthésie ni générale ni locale. A l'aide de compresses pressées au pourtour de l'abcès le pus est dirigé vers l'ouverture jusqu'à l'évidement complet. Nous avons toujours trouvé d'une réelle valeur l'injection, dans un ccm3 de liquide tampon. L'emploi local de pénicilline en concentration élevée, indépendamment de la sensibilité du microbe, remplace avantageusement l'introduction de mèches. L'application de pansements humides chauds sur l'abcès, une fois vidé complètera la guérison.

Quand la pyodermite est déclarée, il est inutile de continuer les bains d'huile conseillés au chapitre de la prévention. Mieux vaut, à notre avis débarrasser la peau et le cuir chevelu des croûtes qui recèlent les microbes par un bon bain quotidien à l'eau savonneuse suivi d'application de poudre antiseptique. Dans la pyodermite du cuir chevelu, il est prescrit de couper les cheveux de manière à obtenir des plaies propres.

Traitement général

Administrer l'antibiotique indiqué par les tests de sensibilité.

La pénicilline G. en solution aqueuse sera prescrite à dose de 10 000 unités, en injection sous-cutanée à toutes les 3 heures. La dose de pénicilline procaïnée-retard pour un nouveau-né est de 200 000 unités par jour.

Les autres antibiotiques tels que chloromycétine-terramycine et auréomycine, se donnent à la dose de 50 mgm *per os* à toutes les 4 heures. On verse le contenu d'une capsule de 50 mgm dans un peu d'eau ou de lait (une once), cette quantité est servie avant la tétée ou le biberon.

Le traitement aux antibiotiques est institué pour 4 jours. Associé au traitement local, il vient à bout de la plupart des cas de pyodermite. Les lésions sèchent rapidement. Si, quelques jours après la cure aux antibiotiques, il y a réapparition des lésions, on répète le traitement pour 4 autres jours. Dans les cas rebelles, ou profondément infectés, les petites transfusions quotidiennes de sang complet (50 à 70cc) sont d'une très grande utilité.

Le traitement préventif

Un grand nombre d'accouchements se font de nos jours à l'hôpital général qui attribue un certain nombre de lits à l'obstétrique, comme la plupart des hôpitaux généraux de la province ou à l'hôpital spécialement réservé aux cas de maternités. Dans l'un et l'autre cas, les soins à donner au nouveau-né, les méthodes de protection contre l'infection et l'organisation de la pouponnière sont les mêmes.

Voici l'énumération de ces méthodes de protection:

1. — *Pouponnière*

a) nombre de berceaux: 10 à 13.

b) cubage par nouveau-né: 300 pieds cubes pour enfant sain; 500 pieds cubes pour enfant malade.

Note: le surpeuplement des pouponnières favorise les infections de voisinage et rend plus difficile l'administration des soins.

c) Le berceau métallique doit être soigneusement lavé, ainsi que le matelas avant d'être habité par un nouveau patient.

d) La température de la pouponnière: 70 à 72° Farenheit.

e) L'humidité: 40 à 60%.

f) Balayage à sec défendu.

g) La porte de la pouponnière doit être fermée aux médecins et à toute personne qui n'est pas directement préposée aux soins de l'enfant.

Les examens doivent se faire en dehors de la pouponnière, à la salle d'examen.

h) Un nouveau-né qui sort de la pouponnière pour aller à la chambre de ses parents ou au baptême ne doit pas y revenir. Il doit alors être conduit à la salle d'isolement.

i) Tout nouveau-né infecté doit être confiné à une autre salle d'isolement.

Personnel médical

La pouponnière doit être entièrement sous la direction du pédiatre en chef. Les médecins doivent coopérer et observer la plus stricte hygiène: (lavage soigneux des mains, port du masque, et de la blouse stérilisée). En temps d'épidémie, le médecin, tout comme tous les membres du personnel hospitalier doit accepter le prélèvement des secrétions du nez et de la gorge. S'il est atteint lui-même de furonculose ou de pyodermite, il ne doit pas visiter les nouveaux-nés.

A la salle d'accouchement, le nouveau-né, doit être enveloppé immédiatement après la section du cordon, dans une serviette ou un drap stérilisé et être transporté dans la pouponnière. Dès l'arrivée à la pouponnière, ce drap stérilisé doit être remplacé.

Le pédiatre en chef est responsable de la direction générale de la pouponnière.

Personnel hospitalier

L'infirmière surveillante:

L'infirmière surveillante doit posséder des connaissances spéciales sur la physiologie et la pathologie du nouveau-né, sur les soins ordinaires et les soins d'urgence, sur les techniques particulières comme l'aspiration des secrétions, le gavage, les prélèvements de secrétions, les injections intra-veineuses, la préparation des boires, l'alimentation maternelle ou artificielle, l'administration de l'oxygène et la respiration artificilelle. Elle doit savoir reconnaître les symptômes d'alarme, comme les convulsions, l'apnée, la cyanose.

La surveillante doit savoir administrer un département, diriger un personnel et lui enseigner. Elle doit coopérer avec l'administration de l'hôpital, en comprendre tous les rouages.

L'infirmière surveillante doit se rendre compte de l'état de santé de son personnel et surveiller l'observance de la technique, tant par ses subalternes que par les médecins.

La facture des dossiers relève de l'infirmière surveillante.

L'infirmière surveillante participe personnellement à l'administration des soins; elle a des connaissances pour tout exécuter dans une pouponnière. En maintes occasions, surtout aux heures de surmenage, elle donne elle-même les soins aux bébés. Elle préside aux premières séances de l'allaitement maternel; elle surveille l'état des seins.

En résumé: savoir, économie, autorité, enseignement, sens des responsabilités, loyauté, tact, étiquette professionnelle.

B) Les infirmières étudiantes et les garde-bébés:

Chaque unité de 13 lits (nombre idéal) doit avoir ½ surveillante (1 surveillante par 26 lits) 1 infirmière étudiante; 2 garde-bébés.

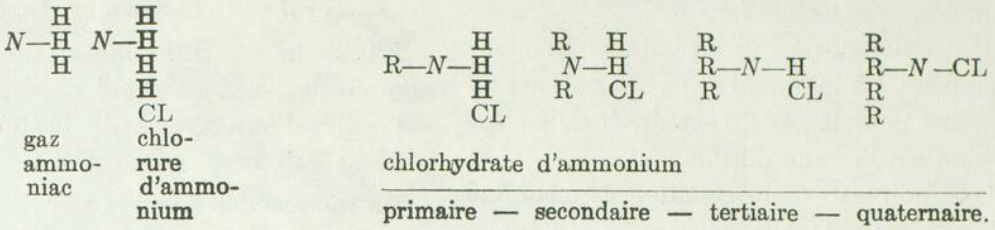
Ce personnel est en fonction pendant 8 heures et ne peut passer d'une unité à l'autre, l'infirmière surveillante exceptée; pour couvrir une journée de 24 heures, il faut trois équipes.

Toute infection de la peau ou la présence de staphylocoques dans la gorge d'un membre du personnel médical ou hospitalier est une cause de suspension. Les prélèvements de la gorge sont faits à tous les mois ou chez toute recrue.

La technique

1. Port de masque.
2. Lavage des mains.
3. Blouse individuelle pour chaque bébé.
4. Bain à l'huile pendant toute l'hospitalisation.
5. Application sur tout le corps de poudre antiseptique à base d'ammonium quaternaire[1].

1. Provenance des ammoniums quaternaires:



L'action d'un dérivé halogéné (RCL) sur l'ammoniaque (NH3) conduit au mélange d'amines primaire, secondaire, tertiaire, ainsi qu'au sel d'ammonium quaternaire. Les sels quaternaires dérivent théoriquement des sels ammoniacaux par substitution de radicaux alcooliques aux atomes d'hydrogène.

Le phénol (C6H5-OH) ou les crésols (C6H4CH-CH3) de la série cyclique peuvent remplacer un radical R. On obtient ainsi des ammoniums quaternaires qui possèdent une action bactéricide très puissante et une toxicité très faible pour les animaux à sang chaud. Ils sont facilement solubles dans l'eau. Les solutions obtenues sont stables, inodores, douées d'une action bactéricide de surface qui en font des désinfectants de premier ordre.

Etude du pouvoir bactéricide de l'ammonium quaternaire in vitro.

L'ammonium quaternaire employé dans la fabrication que nous avons expérimentée, est hautement bactéricide comme le prouvent les expériences suivantes:

Dilution	5 mts à 20° C.	5 mts à 37° C.	10 mts à 37° C.
Eberthella typhosa	1 ds 12000	1 ds 200000	1 ds 20000
Escherichia Coli .	1 ds 12000	1 ds 15000	1 ds 15000
Staphylococcus aureus	1 ds 25000	1 ds 50000	1 ds 90000
Streptococcus (hémolitique) .	1 ds 30000	1 ds 60000	1 ds 100000
Pseudomonas aeruginosa ...	1 ds 1000 (pas d'action)	1 ds 3500	1 ds 4500
Diplococcus pneumoniae ..	1 ds 80000	1 ds 120000	1 ds 180000
Corynebacterium diphteriae	1 ds 45000	1 ds 90000	1 ds 120000
Neisseri gonorrhoeae		1 ds 100000	1 ds 100000
Hemophilus pertussis		1 ds 20000	1 ds 20000

N. B. Nous avons employé la poude Medin.

6. Examen de l'enfant au départ de l'hôpital. Cet examen est fait par le pédiatre en présence de la mère. Si l'enfant a des lésions de pyodermite, la mère est invitée à consulter son médecin. Quand la peau de l'enfant est saine, le pédiatre donne les trois conseils suivants:

a) continuer les bains à l'huile minérale pendant quinze jours, pour prévenir l'ouverture des pores de la peau par un bain à l'eau savonneuse suivi d'essuyage et de friction qui pourrait causer des blessures microscopiques à la peau et favoriser l'infection.

b) se servir de la poudre antiseptique à l'ammonium quaternaire surtout aux plis du cou, des aisselles et des aines.

c) se laver les mains avant de toucher à l'enfant. Dans le même ordre d'idées, défendre aux visiteurs de prendre l'enfant.

La salle d'examen

La salle d'examen réservée aux bébés est située entièrement en dehors des pouponnières. Elle sert pour les examens complets du bébé, pour les opérations, telles que circoncision ou pour les techniques spéciales telles que transfusions, exsanguino-transfusions, ressuscitation, etc.

7. Le laboratoire des boires doit être vaste et sous la direction d'une diététiste ou d'une infirmière spécialisée dans la préparation des boires. Ce travail ne doit pas être confié à une étudiante, à moins que ce ne soit sous la surveillance très étroite de la diététiste.

8. La salle d'isolement est complètement isolée des pouponnières. Elle a son propre personnel.

9. Buanderie: stérilisation chirurgicale de tout le linge de lit et de corps.

Le problème de la pyodermite du nouveau-né réside primordialement dans l'organisation des pouponnières et l'observance rigoureuse de la technique. Il faut, non seulement empêcher que l'infection se développe chez le nouveau-né pendant son séjour à l'hôpital, mais faire une guerre serrée au staphylocoque doré. Toutes les précautions observées à l'hôpital, doivent se continuer à domicile. Pour résoudre un tel problème, l'unité de commandement et la coopération de tous sont nécessaires.

Discussion générale

La discussion qui suivit cette conférence donne l'occasion aux pédiatres les plus éminents de Montréal d'exposer leur opinion sur la pyodermite du nouveau-né. Tous furent d'avis que les bains à l'eau savonneuse sont à supprimer.

Le Dr J.-P. Bombardier, chef de service à l'Hôpital Général de Verdun et son assistant le Dr R. Archambault estiment que la pyodermite est d'autant plus grave et sujette à récidive que l'infection se rapproche de la naissance.

Le Dr E. Baril de l'Hôpital Général de la Miséricorde recommande que les parents soient renseignés sur la nature de la maladie. Il ne s'agit pas de jouer à cache-cache. Grâce à ces renseignements, les parents pourront faire traiter précocement leurs bébés et pourront aussi se protéger contre toute contamination. De plus le Dr Baril estime que la friction exagérée de la peau pousse le staphylocoque à travers l'épiderme et provoque la pyodermite. Le Dr G. Joncas, chef du service de Pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc, insiste sur la suppression des bains à l'eau savonneuse, sur le maintien de la température de la pouponnière à 70° F. De plus, il conseille la stérilisation de l'air à l'ozone.

Le Dr B. Primeau, pédiatre consultant du service de Santé de la Ville de Montréal, met en garde contre un optimisme exagérée vis-à-vis ce problème. Cette maladie a nécessité la création d'un comité d'études au point de vue épidémiologique. Le comité s'est déjà mis à la tâche.

Pour résoudre le problème posé par la pyodermite, il faudra la coopération de tous les médecins, des autorités hospitalières et des corps publics de santé. Le médecin doit avoir conscience du fait *microbe*. Les autorités hospitalières doivent organiser les pouponnières selon des règles bien définies.

Le Dr Charest, épidémiologiste du Service de Santé de la Ville de Montréal, insiste sur le dépistage des porteurs de germes. Le prélèvement doit se faire au niveau du nez.

Le Dr D. Longpré, chef du service de Pédiatrie de l'Hôpital St-Luc, relate l'expérience précieuse qu'il a acquise alors qu'il était le pédiatre en chef de la Crèche de Liesse.

En 1928, cette institution, réservée aux enfants illégitimes, recevait 900 admissions par année. A cette date, il y avait une épidémie de pyodermite et de vulvo-vaginite. L'épidémie n'a cédé qu'après l'application rigoureuse d'une technique d'isolement et de stérilisation de tout le linge de lit et de corps.

Le Dr Larose, de l'Hôpital Ste-Justine, estime que le public devrait être mis au courant de cette épidémie.

Le Dr Henri Charbonneau, professeur titulaire de Pédiatrie à l'Université de Montréal, président de la Société de Pédiatrie, jouit d'un poste d'observation exceptionnel comme médecin en chef de l'Hôpital Pasteur; depuis quelques mois, une soixantaine d'enfants de 10 jours à 5 mois, sont hospitalisés à cet hôpital de contagieux. Un grand nombre de ces enfants sont sortis, avec une peau saine, de l'hôpital où ils sont nés. De retour à la maison, la mère a commis l'imprudence de laver l'enfant à l'eau savonneuse, ce qui a déclenché l'infection.

Il y a des cas de mortalité chez les enfants et même chez les adultes, par bronchopneumonie, empyème et phlegmon diffus de la face.

Les sulfamidés et la pénicilline ont perdu l'action qu'ils avaient il y a deux ans. Le professeur Charbonneau se demande pendant combien de temps le staphylocoque doré restera sensible aux autres antibiotiques.

Pour le moment, le gros du problème réside dans la prévention.

CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DU PNEUMOPÉRITOINE DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE[1]

Roger LACHANCE,
Sanatorium Bégin, Lac-Etchemin, P. Q.

De tous les traitements, anciens ou nouveaux, qui ont été préconisés contre la tuberculose pulmonaire, le pneumopéritoine est un de ceux qui ont été le plus longtemps sujets à discussions quant à leur utilité et à leur valeur.

En effet, il a été recommandé par Banyai (1) en 1931 et c'est en ces dernières années seulement qu'on l'a employé sur une certaine échelle. Jusque là, il semble que, dans les milieux phtisiologiques, on avait plus ou moins confiance dans un collapse déterminé par une ascension diaphragmatique de quelques centimètres. Toutefois, durant plusieurs années, l'association pneumopéritoine-paralysie du phrénique a recueilli les faveurs d'un certain nombre de spécialistes du poumon, parce qu'elle amenait une plus forte ascension du diaphragme.

La présente étude sera surtout une très courte revue de la question de l'emploi du pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, en insistant sur les notions les plus récentes apportées par divers auteurs sur le sujet.

Histoire

Tout d'abord, voici quelques renseignements sur l'histoire du pneumopéritoine:

Au début, on l'a essayé pour traiter la péritonite et l'entérite tuberculeuses, des péritonites non tuberculeuses, l'emphysème pulmonaire, les hémorragies causées par ulcères d'estomac ou varices œsophagiennes. Certains médecins utilisaient l'injection simple d'oxygène: d'autres établissaient un courant continu d'oxygène dans la cavité péritonéale, courant qui devait empêcher la formation d'adhérences; à cette thérapeutique, on soumettait des péritonites appendiculaires et puerpérales, de même que des pyosalpinx. En 1893, Mosetig-Moorhof, de Vienne, et Nolen, de Hollande, publièrent des rapports sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par l'injection d'oxygène dans la cavité péritonéale. Les résultats auraient été excellents dans trois des quatre cas mentionnés.

En 1909, Bainbridge faisait part, lui aussi, du succès d'un tel traitement chez 17 malades porteurs de péritonite ou d'entérite tuberculeuses. En 1922, le même auteur affirmait que dans les ascites des cirrhotiques, l'injection d'oxygène, après soustraction du liquide, permettait des ponctions moins fréquentes dans l'avenir à cause de la moindre rapidité de reproduction du liquide. C'est en 1931 que le pneumopéritoine a été pour la première fois utilisé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il avait alors été réalisé accidentellement lors d'une tentative d'amorce d'un pneumothorax dans un cas hémorragique. L'hémoptysie massive du malade en fut arrêtée du coup et le penumopéritoine fut continué.

En 1933, Klopstock et Schucler constatent une amélioration marquée des lésions pulmonaires d'un malade auquel ils avaient administré un pneumopéritoine pour traiter sa tuberculose intestinale.

En 1936, Dias Malaver et Purnick provoquent accidentellement un pneumopéritoine en tentant d'amorcer un pneumothorax. La constatation d'une amélioration importante de la tuberculose pulmonaire du malade amène ces phtisiologues à considérer le pneumopéritoine comme un mode de traitement de cette maladie.

La même année, Fremmel recommande l'as-

1. Leçon donnée au Cours de Perfectionnement en Maladies du Thorax, le 26 avril 1951, au Sanatorium Bégin.

sociation de la phrénicectomie au pneumopéritoine.

En 1934, Monaldi mentionnait le pneumopéritoine comme traitement symptomatique de l'asthme bronchique.

Puis différents auteurs donnèrent à ce traitement des indications des plus variées telles que vomissements gravidiques, hoquet irréductible, troubles intestinaux de toutes sortes, bronchectasies, bronchites aiguës etc...

Au début, l'oxygène servit aux insufflations, mais on passa vite à l'air filtré.

Au cours des quinze dernières années, le pneumopéritoine a été plus ou moins utilisé suivant les milieux, mais son principal emploi a été dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Technique

Plusieurs ont été décrites. Elles varient suivant les auteurs. Ces variations concernent surtout le site de l'injection. Certains médecins injectent l'air au point de Mac-Burney, d'autres le font sur la ligne médiane dans la région sous-ombilicale, d'autres encore pénètrent à travers le muscle grand droit gauche, d'autres enfin font l'injection sur le bord externe du grand droit gauche à la hauteur de l'ombilic.

L'aiguille sera par exemple de calibre 18 et à biseau court, pour les deux premières insufflations alors qu'une infiltration à la novocaïne à 1% de toute l'épaisseur de la paroi abdominale servira d'anesthésie locale. L'appareil Bethune conviendra très bien pour ces premières insufflations, une aide devant alors exercer une légère pression sur la cloche de l'appareil. Pour les réinsufflations, l'appareil Zavod fait très bien l'affaire, de même qu'une aiguille de calibre 20, l'anesthésique n'étant plus alors utilisé.

Au moment de l'introduction de l'aiguille dans la cavité péritonéale, on demandera au malade qui est en décubitus dorsal de faire le gros « ventre », puis de relâcher sa paroi lorsque l'aiguille est entrée. Pour s'assurer que la pointe de l'aiguille est bien dans l'espace péritonéal et qu'elle n'embroche rien, on pourra alors adapter à l'aiguille une seringue, par exemple de 10 cc, dont le jeu libre du piston nous rassurera à ce sujet.

La difficulté de l'injection tient habituellement au fait qu'on n'est pas allé assez profondément. Et si on insuffle sans s'être assuré d'avoir atteint l'espace péritonéal, on peut provoquer des complications parfois sérieuses. Celles-ci seront traitées plus loin. Pour le moment permettez-moi de mentionner l'emphysème des tissus (peau, muscles, fascias) qu'on déterminera en injectant l'air dans la paroi. Au cours de l'année 1950, 1 574 insufflations, dont 59 amorces, de pneumopéritoines ont été pratiquées au Sana Bégin sans incident.

Au début, les insufflations ne seront que de 500 cc à la fois et seront répétées aux deux ou trois jours pour quelques traitements, puis, les intervalles entre les insufflations seront graduellement rallongés d'abord aux cinq jours, puis à la semaine, aux 10 jours, 15 jours etc... Les quantités d'air pourront être augmentées, par exemple de 100 cc chaque fois jusqu'à l'atteinte d'un maximum qui sera, en général, de l'ordre de 1 000 cc environ. Les pressions finales varieront entre 6 et 12 centimètres d'eau. Les pressions intra-péritonéales et les intervalles à maintenir entre les insufflations de même que les quantités de celles-ci devront être établies sous contrôle fluoroscopique sans négliger l'observation clinique et radiologique. Il est à noter que le diaphragme atteindra un niveau d'ascension variable suivant les individus. Une fois qu'on a obtenu que le muscle ne bouge plus ou à peu près au cours d'une respiration normale, il ne sert à rien et il peut être même dangereux de créer de fortes hypertensions dans le but de forcer l'ascension. D'ailleurs un tel procédé, lorsque le pneumopéritoine n'est pas associé à une paralysie du phrénique, n'aurait que peu ou pas d'influence pour augmenter cette ascension et ne ferait qu'accentuer les viscéroptoses.

Durant les premières semaines d'un pneumopéritoine thérapeutique, les malades ressentent différents malaises; douleurs aux omoplates, aux épaules et à l'abdomen, un peu

d'anorexie et des troubles digestifs variés. Les douleurs aux omoplates et aux épaules apparaissent à peu près toujours à la suite des premières insufflations, sont soulagées par le décubitus dorsal et sont dues à l'irritation que l'air détermine au niveau du diaphragme. Elles sont transmises par les nerfs phréniques aux 3e, 4e et 5e paires cervicales et, de là, aux nerfs cutanés supra-claviculaires.

Durée du traitement

Le pneumopéritoine sera entretenu plus ou moins longtemps suivant qu'il sera efficace et suivant le but à atteindre. Si on l'a employé comme préparation à une autre forme de collapsothérapie, il sera abandonné lorsqu'il aura produit ce qu'on attendait de lui. Par contre, si on l'utilise comme seul traitement dans un cas donné, on devra agir en considération des facteurs suivants:

1 — L'âge de la maladie lors de l'institution du pneumopéritoine;

2 — L'efficacité du traitement;

3 — L'importance et le siège des lésions;

4 — La nature de ces lésions, suivant qu'elles seront très minimes et fraîches ou plus anciennes;

5 — La présence ou l'absence, la forme, la grosseur et le siège des cavités;

6 — La résistance du sujet.

Banyai (1) dit qu'on ne doit pas abandonner le traitement avant que la tuberculose n'ait atteint le stage apparemment arrêté depuis au moins deux ans.

But

Détendre le poumon malade en diminuant son volume et sa mobilité par production d'une ascension et d'une immobilité plus ou moins complète du diaphragme. Sans doute le plus souvent le pneumothorax est employé dans le même but et exerce même une action plus directe sur les lésions. En effet, l'air insufflé par le pneumothorax arrive directement au contact du poumon, alors que, dans le pneumopéritoine, l'air insufflé doit, pour permettre une détente pulmonaire, vaincre une résistance qui n'est pas négligeable dans certains cas. Cette résistance est constituée par le muscle diaphragmatique et les deux séreuses qui le tapissent sur chacune de ses faces, la plèvre et le péritoine. Le pneumopéritoine, bien qu'étant une collapsothérapie pour ainsi dire moins directe, et moins énergique que le pneumothorax, a sur celui-ci l'avantage de pouvoir être presque toujours réalisable alors que le pneumothorax est très souvent empêché ou rendu inefficace par la présence d'adhérences ou par l'importance de lésions bilatérales. De plus, le pneumopéritoine, étant un moyen de collapsothérapie toujours réversible présente beaucoup moins de danger de complications sérieuses que le pneumothorax. L'association au pneumopéritoine d'une paralysie du phrénique rendra possible une plus forte détente pulmonaire du côté paralysé.

Effets

A) *Sur la fonction respiratoire*

Wright (2), de Saranac Lake a démontré que le pneumopéritoine est un moyen suffisant de diminuer le volume et la distension du poumon. Cette action pouvant être comparable, dans certains cas, à celle que peut exercer un pneumothorax collabant jusqu'à 50%, et étant bien supérieure comme effet à une paralysie simple du phrénique.

De plus, suivant le même auteur, l'étude d'un cas où le pneumopéritoine était associé à une paralysie du phrénique a montré que le pneumopéritoine n'amène qu'une légère diminution de l'air fonctionnel résiduel dans le poumon homolatéral et protège partiellement celui-ci contre une distension compensatrice périodique.

La part que le poumon du côté paralysé prend à la respiration est légèrement moindre que celle prise par l'autre poumon. Il faut dire qu'un cas seulement de pneumopéritoine et de paralysie associée du phrénique a été étudié. Et Wright émet un doute sur l'utilité de la paralysie du phrénique avec le pneumo-

péritoine. Il est d'avis que cette procédure de collapsothérapie associée a besoin d'être étudiée davantage et il se demande si elle n'a pas été jusqu'ici pratiquée et inutilement sur une trop haute échelle.

Le port d'une bande abdominale serrée comme adjuvant n'exerce pas grand effet sur l'ascension du diaphragme, une fois que le pneumopéritoine a atteint sa pression maxima efficace. La bande n'aura d'utilité, semble-t-il, que pour suppléer à une trop grande laxité de la paroi abdominale.

Le pneumopéritoine diminue à un degré marqué l'air résiduel et le volume total des poumons d'un sujet en position debout. Cette action est un peu moins marquée en position couchée.

La capacité respiratoire maxima est légèrement réduite par le pneumopéritoine. Cette constatation, de même que la réversibilité de ce traitement, permet de pouvoir utiliser cette forme de collapsothérapie chez des sujets très atteints au point de vue fonction respiratoire.

D'après Bennett, la capacité vitale n'est que très peu diminuée.

B) *Sur le cœur*

Le pneumopéritoine produit une élévation et une certaine rotation du cœur sur lui-même; il n'apporte pas de modification sensible du côté du pouls et de tension artérielle.

L'E.C.G. effectué en position couchée sur les porteurs de pneumopéritoine, est normal. Sur le malade en position assise, les modifications qu'il présente sont négligeables.

C) *Sur l'anatomie broncho-pulmonaire*

Himalstein (3), dans la revue *Diseases of the chest* de mars 1951, fait part de ses constatations bronchoscopiques sur des sujets où on a obtenu une ascension importante du diaphragme par pneumopéritoine seul ou pneumopéritoine associé à une paralysie du phrénique.

D'après cet auteur, la force d'ascension de l'hémidiaphragme droit s'exerce perpendiculairement à la bronche souche. Il n'y a pas de déformation bronchique droite importante à moins que le diaphragme atteigne le 2e ou 3e espace intercostal. Dans ce cas, la déformation habituellement constatée est un aplatissement de la bronche souche au niveau de l'orifice du lobe moyen; le raccourcissement et le rétrécissement de la lumière bronchique ne semble pas toutefois devoir atteindre un degré qui cause une entrave au drainage.

A gauche, c'est bien différent, à cause de l'anatomie bronchique propre à ce côté. Une ascension importante du diaphragme amènera ici une accentuation de l'angle que normalement la bronche souche gauche fait avec la ligne médiane. Cet angle passera de 75° environ (sa normale) à 90°. De plus la courbure dorsale qu'affecte normalement la bronche du lobe inférieur gauche, pourra se couder sous la pression du diaphragme. Et le calibre des bronches segmentaires de ce lobe sera réduit v.g. de la moitié et même parfois de plus de la moitié. L'orifice de la bronche supérieure pourra être réduit à une mince fente.

Himalstein ajoute que ces constatations doivent nous mettre en garde contre l'exagération dans l'établissement de mesures destinées à produire une ascension du diaphragme, puisque, suivant Chevalier L. Jackson, les obstructions trachéo-bronchiques, même minimes, déterminent dans la partie distale du poumon des délabrements tout à fait hors de proportion avec leur degré.

Les complications sont donc plus à craindre à gauche qu'à droite. Et c'est plutôt une élévation optima qu'une élévation maxima du diaphragme qu'il faut obtenir. Cette élévation optima devrait être basée non seulement sur des observations fluoroscopiques et radiographiques constantes mais aussi sur des contrôles bronchoscopiques surtout quand les lésions à traiter siègent au poumon gauche.

Le poumon refoulé par la montée du diaphragme présente une réduction de volume de tous les éléments qui le constituent à un degré sensiblement le même à tous ses niveaux, compte tenu des considérations précédentes au point de vue bronchique. L'ascension du diaphragme et, par suite, la diminution du vo-

lume pulmonaire sera en rapport avec les facteurs suivants:

1) Le tonus et l'intégrité du diaphragme (v.g. présence ou absence d'adhérences et de paralysie du diaphragme);

2) Le tonus de la paroi abdominale;

3) L'état pulmonaire; présence ou absence de fibrose pulmonaire ou pleurale; présence ou absence d'actélectasie, de pneumothorax, de thoracoplastie ou d'épanchement pleural;

4) La quantité d'air injecté;

5) Le type respiratoire: les sujets à respiration surtout costale sont plus susceptibles de garder leur air au contact du diaphragme (indépendamment de la position) que les sujets à respiration abdominale.

Les ascensions maxima du diaphragme (sans paralysie du phrénique), constatées par Banyai (1) sont de l'ordre de 6 à 7,5 cms, mesurées sur films. Avec paralysie du phrénique, le pneumopéritoine peut permettre à l'hémi-diaphragme correspondant d'atteindre des niveaux beaucoup plus élevés v.g. jusqu'à l'extrémité antérieure de la 2e côte.

D) *Effets sur la pression intra-péritonéale*

L'injection d'air augmente la pression intrapéritonéale. D'après Banyai, la pression intrapéritonéale normale est équivalente à la pression atmosphérique. Cette pression peut être portée à 8 - 10 - 12 - 15 cms d'eau au fur et à mesure de la répétition des insufflations et de l'augmentation graduelle de leurs quantités.

E) *Sur le péritoine lui-même et les viscères abdominaux*

Les insufflations répétées d'air dans le péritoine ne provoqueraient de péritonite chronique que dans les pneumopéritoines ayant atteint un certain âge. Des réactions séro-fibreuses n'auraient lieu que dans les cas où le péritoine était antérieurement atteint de tuberculose. D'après Bennett, là où de petits épanchements ascitiques se sont produits, il s'agissait de malades porteurs d'adhérences abdominales qui avaient été constatées à la fluoroscopie.

Suivant Trimble, Eaton et Moore, l'apparition d'un épanchement péritonéal important serait le signe d'une péritonite tuberculeuse. En fait, il y a alors, des symptômes tels que; état sulfébrile ou nettement fébrile, douleurs abdominales diffuses, troubles digestifs variés et signes généraux. Dans les petits épanchements asymptomatiques, simples découvertes fluoroscopiques, les ponctions ne sont pas nécessaires et le traitement peut être continué sans inconvénient.

Des adhérences péritonéales localisées peuvent former une poche communiquant par un petit orifice avec le reste de la cavité péritonéale et donner sur le film l'image d'un « pneumatocèle » intra-abdominal.

L'introduction d'air dans le péritoine amène un déplacement du foie et de la rate en bas et en arrière, à moins d'adhérences préexistantes de ces organes au péritoine.

Ce déplacement serait dû à la pression de l'air et à la diminution de la négativité de la pression sous-diaphragmatique qui, normalement, attire vers le haut les organes sous-diaphragmatiques.

F) *Comment le pneumopéritoine favorise-t-il la guérison des lésions pulmonaires tuberculeuses?*

1° — En améliorant le drainage des bronches et des cavités et en ralentissant la circulation sanguine des poumons collabés. Ainsi les cavités tendent à perdre du volume et les manifestations toxiques, s'atténuent, de même que la toux et les expectorations. Par conséquent, l'état général devient meilleur et les réparations tissulaires sont favorisées.

2° — En ralentissant la circulation lymphatique pulmonaire, ce qui aide la formation de la fibrose.

La détente pulmonaire provoquée par le pneumopéritoine s'effectue dans le sens vertical et peut aider à la guérison des cavités siégeant à n'importe quel niveau du poumon, y compris l'apex. Il va s'en dire que les cavités de type ulcéro-caséeux, et de calibre réduit, ayant à leur service une bonne bronche de drai-

nage, seront les plus susceptibles d'être améliorées ou même fermées. Alors que les cavernes à épais contour fibreux ne tireront aucun profit d'une détente pulmonaire par pneumopéritoine, les cavités mal drainées seront aggravées par celui-ci.

3° — Par la diminution de la fonction respiratoire; cet effet bienfaisant est comparable à celui produit par le pneumothorax i.e. en rapport avec la mise en repos, la diminution de la tension élastique et du volume du poumon.

Indications dans la T. B. pulmonaire

Elles semblent s'élargir de jour en jour, surtout depuis l'association de pneumopéritoine aux antibiotiques.

En voici les principales:

1) *Hémoptysies*: par exemple quand le pneumothorax est impossible à réaliser ou, quand le côté d'où provient le sang ne peut être déterminé.

2) Pneumothorax avec adhérences pleurales impossibles à sectionner, alors que la collapsothérapie chirurgicale pour une raison ou pour une autre, ne peut être envisagée.

3) Pneumothorax bilatéral indiqué mais impossible à réaliser à cause d'adhérences.

4) Dans certains cas (de plus en plus rares) ou un pneumothorax est inefficace, un pneumopéritoine avec paralysie du phrénique pourra faire l'affaire.

5) Lésions pulmonaires caséeuses, ulcéro-caséeuses, ou même parfois fibro-caséeuses bilatérales étendues v.g. avec cavités à parois minces.

6) Lésions bilatérales extensives, chez des malades d'un certain âge ou à capacité respiratoire réduite.

7) Chez des mères tuberculeuses, immédiatement après un accouchement.

8) Tuberculose pulmonaire associée à de l'asthme et, ou à un emphysème marqué des bases pulmonaires.

Voici maintenant les indications qu'Alexander a proposées pour l'association d'une paralysie du phrénique au pneumopéritoine:

1) Lésions unilatérales productives ni scléreuses ni cavitaires.

2) Lésions unilatérales exsudatives, peu volumineuses mais disséminées.

3) Lésions exsudatives ou productives unilatérales, peu vieilles et peu extensives, associées à une cavité à contours minces et dont le diamètre n'est pas plus de 4 cms.

4) Lésions bilatérales de même type que les précédentes lorsqu'un côté est beaucoup plus atteint que l'autre, où les lésions sont peu ou pas actives.

Depuis quelques années l'emploi du pneumopéritoine et de la paralysie du phrénique associés a été de plus en plus limité. Nous avons vu que Wright se demande si on n'a pas abusé de ce procédé. Quelques auteurs le considèrent comme un moyen d'exception, entre autres, Paraf et Belbenoit (4); celui-ci affirme que, en présence du pneumopéritoine, « la paralysie du phrénique n'apporte qu'une mutilation fonctionnelle inutile et dangereuse ». On sait aujourd'hui que la simple phrénemphraxie ne donne pas toujours des paralysies temporaires, mais bien des paralysies totales permanentes dans un certain pourcentage des cas, et assez souvent des paralysies qui dureront deux et même trois ans.

Dans un travail intitulé « Inertie diaphragmatique et thoracoplastie » (5) et publié dans le Laval médical de janvier 1951, Roger, Lemieux et Beaulieu ont démontré que l'inertie diaphragmatique favorise les phénomènes atélectasiques homolatéraux dans les suites opératoires immédiates des thoracoplasties. Ils attiraient aussi l'attention sur le fait que le pneumopéritoine ayant, durant un certain temps, refoulé un hémi-diaphragme paralysé devait favoriser l'atrophie de celui-ci et rendre plus que problématique son retour à son ancien tonus, conséquence sérieuse pour l'avenir puisque le diaphragme est le principal muscle de la respiration.

D'après le même travail, il semble donc qu'une bonne raison de limiter les interventions sur le phrénique, d'un côté donné (surtout associé au pneumopéritoine) est celle des

cas où on entrevoit pour l'avenir la probabilité d'une thoracoplastie sur ce même côté. Le pneumopéritoine simple rendrait peut-être alors le service qu'on allait demander à une paralysie du diaphragme? Et il n'en aurait pas les inconvénients.

Nos observations personnelles sur l'emploi du couple pneumopéritoine-paralysie du phrénique ne nous ont pas permis de tirer de conclusion parce qu'il n'a été utilisé ici que chez deux malades. Dans les deux cas, l'ascension du diaphragme n'a pas été augmentée. Le pneumopéritoine a dû être abandonné chez une de ces deux patientes peu de temps après l'intervention à cause de l'importance des adhérences péritonéales. L'amélioration clinique et radiologique dans les mois suivants a été plus marquée chez la personne dont le pneumopéritoine a été abandonné que chez celle ou il a été continué.

Contre-indications

1) Cavités à parois épaisses et rigides;
2) Drainage bronchique déficient surtout à gauche;
3) Diaphragme fixé par des adhérences du côté malade;
4) Tuberculose généralisée;
5) Cyanose d'origine cardiaque ou respiratoire;
6) Lésions coronariennes et aortiques;
7) Décompensation cardiaque;
8) Péritonite plastique et adhérences péritonéales qui rendent le pneumopéritoine dangereux en plus d'être inutile.
9) Amyloïdose.

Complications

Elles sont assez variées mais heureusement peu fréquentes.

1) *La mort subite,* dont le mécanisme est inconnu.

2) *Embolie aérienne*; peut conduire à la syncope. Le meilleur moyen de l'éviter est de ne jamais injecter d'air sans être absolument sûr que l'aiguille est bien entrée dans la cavité péritonéale.

Symptômes:

Soit la syncope brutale, immédiate, soit des malaises variés, tels que agitation, sueurs froides, étourdissements, sensation de faiblesse, d'engourdissement des extrémités, diplopie.

Il peut y avoir confusion mentale, hallucinations, incohérence du langage, convulsions diverses, puis finalement syncope passagère ou définitive.

Traitement:

Mettre le patient tête basse (très basse).

Adrénaline i.m., i.v. ou i.-cardiaque.

Coramine.

Oxygène en inhalations.

Respiration artificielle.

3) *Epanchement péritonéal*

Comme il a été mentionné plus haut (effets du pneumopéritoine sur le péritoine lui-même), les épanchements péritonéaux d'une certaine importance sont dus à de la péritonite tuberculeuse et ils doivent faire abandonner le pneumopéritoine. Nous avons eu quelques cas d'épanchement péritonéal, et nous avons cessé le traitement. Par contre, chez deux ou trois des malades qui ont présenté des petits épanchements à peu près asymptomatiques, les insufflations ont été temporairement espacées puis reprises avec des pressions finales un peu plus basses et rien d'anormal ne s'est produit depuis.

4) *Emphysèmes des tissus: par exemple, sous-cutané*

Avec une bonne technique, il sera rare; tout de même, une toux excessive et une hypertension péritonéale importante pourront, lancer l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané par le trajet de l'aiguille qui a servi à l'insufflation.

5) *Hernies*

Ce sont surtout des hernies ombilicales ou inguinales; on les fait opérer et on peut reprendre le traitement.

6) *Atélectasie*

On la rencontre surtout à gauche et à la base. En fait, les quelques cas d'atélectasie et de cavités soufflées, rencontrés chez nos porteurs de pneumopéritoine, sont apparues de façon à peu près exclusive au poumon gauche.

Cause: lésions bronchiques amenant une obstruction bronchique secondaire à l'ascension du diaphragme.

7) *Injection d'air dans l'intestin*

C'est rare et ne serait pas grave.

8) *Hoquet*

Survient au début du traitement; pas de cas graves rapportés ni de cas ou le pneumopéritoine a dû être abandonné.

9) *Emphysème médiastinal (rare)*

L'air passerait du péritoine dans le médiastin par les hiatus qui donnent passage à l'aorte, l'œsophage, la grande veine azygos, la veine cave inférieure et le canal thoracique. Cette complication survient de quelques minutes à quelques heures après l'insufflation. Les symptômes sont plus ou moins sérieux suivant le degré de l'emphysème: ce sont de l'enrouement, une sensibilité anormale dans la région du larynx et la sensation d'étouffement; le malade est dyspnéique et anxieux. Il a de la difficulté à avaler et à tousser. Il peut accuser des douleurs à la région rétro-sternale et dans les épaules avec irradiation aux bras, douleurs en imposant parfois pour une crise de coronarite.

A l'examen, on pourra noter une crépitation au niveau et alentour du larynx alors qu'il n'en existe nulle part ailleurs. La radiographie en latéral peut permettre de déceler les collections d'air en avant ou en arrière du cœur ou dans le médiastin supérieur.

Je n'ai pas rencontré d'auteurs qui mentionnent de mort à la suite de cette complication qui s'amendera complètement en moins de 3 jours.

Traitement: analgésiques et sédatifs, par exemple, codéïne ou héroïne.

10) *Pneumothorax*

Il se produit toujours à droite. Une vingtaine de cas seulement ont été rapportés jusqu'ici. La cause serait un point faible d'origine congénitale dans le muscle diaphragmatique.

Les symptômes sont ceux d'un pneumothorax spontané. (Dans le « Lancet » d'avril 1950, un auteur faisait mention du cas d'un malade porteur à la fois d'un pneumothorax droit et d'un pneumopéritoine qui, une semaine après ses insufflations, avait perdu, si l'on peut dire, son pneumopéritoine et présentait un collapse droit inusité. Il semble bien que l'air avait fusé directement de son péritoine dans sa plèvre droite).

11) *Autres complications*

1) Hémorragies intrapéritonéales: rares mais peuvent être sérieuses.

2) Torsions de la rate: un cas (6) a été rapporté dans l'American Review of T.B. d'octobre 1950, cas où la gravité de la complication a nécessité une splénectomie.

3) Complications pelviennes: ce sont des cystocèles, des rectocèles et des prolapsus utérins. Le port de pessaires, l'éloignement des insufflations et la diminution de leur quantité permettent la continuation du pneumopéritoine.

12) *La grossesse compliquant un pneumopéritoine*

Banyai (1) conseille de continuer le traitement comme d'habitude, i.e. avec les mêmes quantités d'air et les mêmes intervalles entre les insufflations, suspendre celles-ci au huitième mois et les reprendre aussitôt après l'accouchement. Il n'y aurait pas d'inconvénient à reprendre un pneumopéritoine immédiatement après une césarienne.

Résultats

Il nous est difficile de vous faire part des résultats que nous avons obtenus au Sanato-

rium Bégin; d'abord parce que le recul du temps et le petit nombre des cas est insuffisant pour nous permettre de les évaluer, et surtout parce que nous avons à peu près toujours associé d'autres traitements au pneumopéritoine, soit antibiotiques, soit bronchoscopiques. Une revue de tous les dossiers de nos porteurs de pneumopéritoines (71 contre 41 pneumothorax) nous a convaincus qu'il était impossible en général de démêler ce qui revient à ce traitement de ce qui revient aux antibiotiques, ou encore aux traitements endo-bronchiques que plusieurs de ces malades ont reçus. De plus, tous nos patients traités par pneumopéritoine ont été soumis à la cure d'air et de repos. Si vous le voulez bien nous allons plutôt considérer les résultats que des auteurs américains ont rapportés en ces dernières années sur les services rendus par le pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ces rapports portent sur des nombres appréciables de malades traités. L'un de ces travaux (7) paru dans l'American Review of Tuberculosis de mai 1948 est l'étude de 382 cas, y compris 63, soit 16,5%, où une paralysie du phrénique avait été provoquée. 144 de ces malades présentaient des lésions surtout exsudatives, 67, des lésions surtout productives, et 171, des lésions tant exsudatives que productives. Il y avait 213 tuberculoses très avancées.

Le résultat général est le suivant: arrêté: 218 (soit 57%); amélioré: 48; non amélioré: 44; Morts: 72.

Des complications nécessitant l'interruption définitive des insufflations sont survenues chez 6% des patients traités. Un second rapport américain (8) encore publié dans l'American Review of Tuberculosis (numéro de janvier 1951) et, comme le précédent, basé sur une période d'observation de 10 ans, concerne 246 cas, dont plus de 80% avec paralysie associée du phrénique. 16 seulement de ces malades avaient des lésions surtout exsudatives. 94 avaient des lésions fibreuses, 136 des lésions à la fois fibreuses et exsudatives. On comptait 244 cas (soit plus de 98%) très avancés, comme il fallait s'y attendre, le résultat général a été beaucoup moins beau que dans l'étude précédente, soit:

1) *Pour les cas avec lésions exsudatives*: 75% d'arrêt de la maladie.

2) *Pour les fibreux*: l'auteur, sans préciser davantage, dit qu'un nombre insignifiant de ceux-ci ont pu finir par contrôler leurs lésions.

3) *Pour les fibro-exsudatifs*: les résultats, un peu meilleurs que dans le groupe précédent, ont été défavorables dans plus de 80% des cas.

Il n'y a eu complications que chez 6 malades. Quelques publications françaises portant sur de petits nombres de patients font part de résultats analogues à ceux des auteurs américains, et l'étude de ces rapports fait ressortir les deux points suivants:

1) Les résultats en général, compte non tenu de l'étendue des lésions, sont d'autant meilleurs que le pneumopéritoine n'était pas associé à une paralysie diaphragmatique; et que les lésions étaient plutôt exsudatives que productives.

2) Le nombre des complications a été très petit.

Conclusions.

Le pneumopéritoine peut réaliser un collapse pulmonaire qui est loin d'être négligeable et qui peut être comparé à celui fourni par le pneumothorax. Son association à une paralysie du phrénique sauf exception, n'est pas recommandable. Elle serait même inutile et dangereuse au point de vue fonctionnel. Par contre, le pneumopéritoine employé seul, portant très peu atteinte à la respiration, peut être administré à des sujets dont la capacité respiratoire est limitée.

Le pneumopéritoine détermine des déformations bronchiques. La déformation de l'arbre bronchique gauche favorise le développement de complications broncho-pulmonaires; aussi faut-il tenter d'obtenir une élévation optima plutôt que maxima, du diaphragme. Il est recommandable que le degré de cette élévation soit basé sur l'observation bronchoscopique.

Les indications du pneumopéritoine s'élargissent de plus en plus grâce à son association aux antibiotiques. Actuellement le couple pneumopéritoine-streptomycine connaît une vogue croissante. De plus l'étude des statistiques médicales annuelles de plusieurs sanatoriums pour l'année 1950 montre qu'on fait de plus en plus des pneumopéritoines et de moins en moins des pneumothorax. D'ailleurs ceux-là ont sur ceux-ci des avantages appréciables; par exemple le pneumopéritoine peut être réalisé dans un plus grand nombre de cas, il est complètement réversible, pouvant être abandonné en tout temps sans aucun danger de complications pleurales ou de non-expansion du poumon; de plus, on peut le réamorcer à volonté et ses complications sont relativement rares.

La revue de plusieurs travaux récents sur le pneumopéritoine permet de constater que, dans les cas où il a été associé à d'autres traitements, et à l'heure actuelle ce sont les plus fréquents, il a toujours participé plus ou moins aux succès obtenus, soit pour l'obtention d'une guérison non chirurgicale, soit pour la préparation à une intervention chirurgicale de malades qui avaient d'abord été considérés comme des cas désespérés.

BIBLIOGRAPHIE

(1) A. L. BAMYAI: *Pneumoperitoneum Treatment.* The C. U. Mosby Co. 1946.
(2) G. W. WRIGHT, R. PLACE et P. PRINCI: « The physiological effects of pneumoperitoneum upon the respiratory apparatus. » *American Rev. of Tuberculosis,* **60**: 706, 1949.
(3) M. R. HIMALSTEIN: « Bronchoscopy in tuberculosis. » *Diseases of the Chest,* **19**: 346, 1951.
(4) L. BELBENOIT: « Succès, échecs et limites du pneumopéritoine. » *Revue de la Tuberculose,* **14**: 1223, 1950.
(5) J. P. ROGER, J. M. LEMIEUX et BEAULIEU: « Inertie diaphragmatique et thoracoplastie. » *Laval Médical,* 1951.
(6) J. M. MIDDLETON, W. H. PICKETT et A. O. SINGLETON, Jr.: « Torsion of the spleen associated with pneumoperitoneum. » *Amer. Review of Tuberculosis,* **62**: 439, 1950.
(7) H. G. TRIMBLE, J. L. EATON, G. L. CRENSHAW et I. GOMLEY: « Pneumoperitoneum in the treatment of pulmonary tuberculosis. » *Amer. Review of Tuberculosis,* **62**: 439, 1950.
(8) S. NIETZWE: « Ten years of pneumoperitoneum. » *Amer. Review of Tuberculosis,* **63**: 62, 1951.

DEUX CENT NEUF CAS D'OBSTRUCTION INTESTINALE[1]

Clovis DAGNEAU (Sherbrooke).

PHYSIOLOGIE.

Depuis sa naissance et tout le long de sa vie, l'être humain devra se nourrir pour se développer et grandir; pour maintenir son énergie et réparer les pertes de ses tissus. Cette fonction essentielle à la vie sera remplie par l'alimentation qui consiste dans l'ingestion de matières empruntées à l'extérieur et dans leur transformation par les fonctions digestives, de façon à les rendre aptes à passer dans l'économie et à être portées dans la circulation.

Ces fonctions appartiennent au tube digestif dans lequel les matières alimentaires subissent les transformations nécessaires à la digestion.

Ce tube digestif est un canal continu, dont la lumière est constamment perméable et dont les parois ont des fonctions de motricité, de sécrétion et d'absorption. Les échanges nutritifs au niveau de ce canal sont assurés par le sang et la lymphe.

DÉFINITION.

Après ces quelques données physiologiques, nous pourrons définir l'occlusion ou l'obstruction intestinale par un état pathologique qui fait que plus ou moins brusquement, la progression normale des aliments dans le tube intestinal soit impossible à cause d'une condition locale mécanique; nous désignerons cet état « iléus dynamique » par contraste avec l'iléus paralytique où l'arrêt de la progression normale sera dû à un simple trouble moteur sous une influence nerveuse ou inflammatoire sans présence d'obstacle réel.

La cause de l'obstruction intestinale ou de l'iléus dynamique devra donc être mécanique et elle pourra exister soit dans la lumière intestinale elle-même, soit venir de la paroi ou bien, être extérieure à celle-ci.

L'obstruction intestinale est une maladie grave où le pourcentage de mortalité demeure encore élevé malgré l'aide importante qu'apportent au traitement les antibiotiques et les données relativement récentes de l'équilibre des électrolytes et des liquides de l'organisme; il est important de comprendre la pathologie propre à cette affection afin d'arriver à un diagnostic précis le plus tôt possible et afin d'appliquer un traitement approprié avant que l'évolution soit trop avancée et que les dommages soient irréparables.

CLASSIFICATION.

Les causes d'obstructions sont nombreuses et il existe plusieurs classifications. Les unes sont basées sur l'anatomo-pathologie, les autres sur l'étiologie et les autres sur la clinique.

1) Les Allemands en ont deux variétés qui sont des formes anatomo-pathologiques.

La première est appelée *strangulation* id est, c'est la variété où en plus de l'obstruction, il y a un trouble circulatoire tel que dans l'invagination, le volvulus sur axe du mésentère, les hernies internes étranglées et, enfin, étranglement par diverticules ou par brides.

2) La deuxième variété des Allemands est l'*obturation;* c'est l'obstruction simple de la lumière intestinale avec intégrité des vaisseaux mésentériques. Ceci comprend les sténoses néoplasiques inflammatoires ou congénitales, le volvulus sur axe intestinal, les corps étrangers et des larges compressions.

Dans la classification française, il y a 4 variétés qui sont des formes étiologiques.

1) La première catégorie est caractérisée par un *vice de position* et elle comprend l'invagination, le volvulus, la hernie interne.

2) La deuxième catégorie est caractérisée par la *compression*: soit compression *large* comme dans les tumeurs ou les gros kystes, soit compression *étroite* comme dans les brides ou les diverticules.

1. Travail présenté à la réunion des Bureaux médicaux de Sherbrooke, février 1951.

3) La troisième catégorie représente les *rétrécissements* néoplasiques, inflammatoires ou congénitaux.

4) Enfin, la quatrième variété représente les *oblitérations* par corps étrangers ou fécalomes.

Les Anglais ont deux classifications:

1) La première est une classification étiologique qui ressemble beaucoup à la classification française.

2) La deuxième classification est basée sur la pathologie et elle est identique à la division allemande.

Les Américains, pour la plupart, ont tendance maintenant à classifier l'obstruction mécanique en deux formes cliniques: l'obstruction du petit intestin représente la première catégorie tandis que l'obstruction du gros intestin représente la deuxième. Cette dernière classification me semble être la plus simple et la plus pratique.

Pour ce travail, nous suivrons la classification américaine et, pour ma part, je m'en tiendrai à l'obstruction mécanique du petit intestin.

Je vous parlerai de l'anatomo-pathologie en général, des symptômes et un peu du diagnostic; je vous présenterai quelques statistiques locales.

La physio-pathologie.

Disons d'abord que toute la partie haute du tube digestif jusqu'au jéjunum inclusivement a une fonction de sécrétion et de digestion tandis que la partie basse du petit intestin a une fonction d'absorption.

En tenant compte du fait que la partie haute du tube digestif laisse sécréter environ sept litres de liquide en 24 heures, nous comprendrons facilement que les vomissements apparaîtront rapidement dans l'obstruction haute, qu'ils seront abondants et continuels et pour ceci les pertes de chlorures par la sécrétion gastrique et duodénale seront rapides et le débit urinaire diminuera vite et le taux de l'azote du sang montera rapidement; dans l'espace de trente à quarante-huit heures la perte des liquides pourra donner des signes de déshydratation très marquée, ce qui arrive quand il y a perte d'environ 6% des liquides du corps humain par vomissements ou par succion gastrique.

Cependant l'obstruction la plus fréquente porte habituellement sur l'iléon. Dans ces cas l'absorption par l'intestin des liquides sécrétés plus haut, peut se faire pendant un certain temps au début de la maladie et c'est pourquoi les vomissements peuvent parfois prendre plusieurs heures à apparaître; de plus dans ces cas l'intestin offre un plus grand réservoir pour les liquides, comme conséquence les changements du côté urinaire et du côté sanguin seront moins rapides à apparaître. Cette forme d'obstruction peut cependant devenir plus dangereuse à cause de son évolution parfois insidieuse au début.

A mesure que les liquides et les gaz s'accumulent en haut du point d'obstruction et avant que le reflux par vomissements puisse vider ce réservoir, l'intestin dilaté se replit sur lui-même formant ainsi des chambres à air séparées les unes des autres et même s'il persiste encore du péristaltisme, ces différents segments n'arriveront pas à se débarrasser de leur contenu. Ces anses perdront graduellement leur péristaltisme jusqu'à devenir complètement atones à mesure que les gaz et les liquides s'y accumuleront; quand la distension sera assez avancée on verra apparaître les troubles circulatoires de la paroi intestinale. Ces troubles circulatoires seront causés par la tension trop forte qui agit de façon constante sur toute la paroi interne de l'intestin; la muqueuse intestinale sera alors la première à être altérée et à laisser résorber des produits toxiques de putréfaction, qui habituellement ne passent pas à travers une muqueuse en bonne santé. Comme résultat nous verrons apparaître les signes de toxémie.

Par la suite, à mesure que la distension augmentera, la simple congestion et l'œdème du début dans la paroi intestinale feront rapidement place à une cyanose prononcée à cause du mauvais drainage veineux et il y aura alors

une perte rapide de plasma dans la lumière intestinale à travers la muqueuse altérée; les zônes hémorragiques apparaîtront d'abord dans la portion antémésentérique de l'intestin où la circulation normale est moins bonne et, graduellement, nous verrons apparaître la gangrène de toute la paroi d'une région étranglée ou de toute la paroi d'un segment intestinal.

Les troubles circulatoires sont donc en relation directe avec le degré de distension et avec la longueur de la durée de la maladie.

Les symptômes.

Les symptômes ordinaires de l'obstruction intestinale se groupent en un syndrome caractérisé par la douleur abdominale, les vomissements, la distension abdominale et, enfin, par l'arrêt des gaz et des matières fécales.

Le premier symptôme qui attire notre attention est la douleur; c'est la colique abdominale accompagnée de nausées et de borborygme intestinal; ces crampes intestinales sont récurrentes et augmentent graduellement d'intensité jusqu'à devenir très fortes donnant un aspect clinique caractéristique; quand nous approchons du malade, nous sommes impressionnés de le voir s'agiter continuellement, de réclamer des calmants et de faire des efforts pour vomir; de plus, il nous dit qu'il voudrait passer des gaz mais qu'il ne réussit pas à s'en débarrasser.

A l'examen de l'abdomen et des régions herniaires, nous pourrons peut-être déceler un endroit plus douloureux qu'ailleurs où semblerait porter l'obstruction, mais après quelques heures, tout l'abdomen devient douloureux. Au début, il n'y a pas de changement notable du côté de la température, mais le pouls a tendance à monter ainsi que la leucocytose.

La distension peut prendre parfois huit à douze heures à apparaître définitivement. Quand la maladie a évolué plusieurs heures, le péritoine devient irrité et un exsudat se développe dans la cavité péritonéale et la douleur prend un caractère plus constant; il y a alors la douleur avec paroxysmes et il y a la douleur à la palpation de l'abdomen qui est distendu et, en plus, si nous comprimons délicatement, nous obtiendrons une douleur de décompression en laissant la paroi subitement à elle-même.

Un autre symptôme hâtif de l'obstruction est la présence de gaz dans le petit intestin mise en évidence par a radiographie simple de l'abdomen; ce symptôme est d'une aide précieuse mais cependant pas toujours à l'abri d'erreur.

Ce signe est basé sur la théorie qui veut que les gaz intestinaux étant habituellement uniformément diffus dans les liquides ne sont pas visibles aux rayons X, tandis que dans l'obstruction mécanique, la collection de ces gaz à un niveau quelconque du petit intestin peut devenir apparente aux rayons X même avant que la distension abdominale devienne cliniquement bien établie; lorsqu'il y a présence de niveaux liquides retenus dans l'intestin, le diagnostic est plus facile et plus certain.

Il faut se souvenir cependant, que ce signe doit être bien interprété par un œil habitué à la radio diagnostique, de plus, il est bon parfois de répéter les radiographies après quelques heures afin de contrôler la première interprétation.

L'auscultation de l'abdomen contribue aussi à mettre en évidence la présence des contractions intestinales qui existent dans l'obstruction mécanique, car l'intestin luttera pendant plusieurs heures devant l'obstacle; ce péristaltisme peut persister pendant trente à quarante-huit heures, mais quand la maladie a trop évolué, ce signe disparaît quand la péritonite s'est installée et que l'intestin est devenu atone.

Diagnostic.

Le premier diagnostic à faire est celui de l'indication chirurgicale.

Dans certains cas la question est vite réglée quand nous pouvons palper une hernie étranglée ou une masse qui comprime l'intestin, mais dans d'autres cas, nous sommes portés

à nous demander s'il y a urgence à prendre une décision surtout dans les iléus postopératoires; parfois il ne s'agit que d'une gastro-entérite aiguë ou bien d'une colique spasmodique aiguë, autant de cas où le traitement médical seul est indiqué, c'est précisément dans ces cas qu'il est justifiable d'observer le malade pendant six à huit heures et même parfois douze à vingt-quatre heures tout en surveillant l'état général.

C'est précisément à ces heures critiques où le diagnostic est difficile qu'il est bon d'avoir l'opinion d'un consultant qui voit le malade pour la première fois; il est même utile d'avoir l'opinion d'un interniste et l'opinion d'un chirurgien; pour ma part l'expérience m'a prouvé que la consultation en plus d'aider à établir l'indication opératoire contribue aussi à évaluer les risques et les dangers d'une attente trop prolongée.

Traitement

Quelle est la conduite à tenir devant ces cas où l'on soupçonne l'obstruction mécanique?...

D'abord ne pas attendre trop longtemps avant de s'en occuper, ne pas purger, ne pas donner de baryum, mais soutenir l'état général.

Même si on décide de remettre l'intervention à plus tard, il n'est pas nécessaire d'attendre pour calmer un peu ce patient, le décomprimer avec l'appareil à succion pour remplacer les pertes de liquides de l'organisme, pour soutenir et éliminer le choc avec la transfusion. Il est bon de prévenir les complications infectieuses en se servant des antibiotiques; il serait mal aussi de laisser mourir ces cas d'acidose ou d'alcalose.

Après l'intervention, il est bon de continuer à surveiller l'anémie ainsi que la trop grande perte de protéines et de chlorures et de veiller attentivement à prévenir les complications pulmonaires, autant de facteurs qui peuvent contribuer à augmenter le taux de mortalité, car ici le succès dépendra beaucoup des soins pré et postopératoires.

Pour ces soins, le laboratoire peut nous aider beaucoup à constater la réserve alcaline, le taux des protéines azotées ou non azotées du sang — de l'hématocrite — la formule sanguine, ainsi que le taux des chlorures sanguins et urinaires.

Pour simplifier le calcul concernant la quantité des sérums à donner, disons d'abord que le besoin journalier de l'organisme pour le chlorure de sodium est satisfait par la quantité de chlorures contenue dans 1 000 cc. de sérum physiologique; pour le total des liquides à donner, on peut dire qu'il nous faudra compenser les pertes suivantes; environ 1 000 cc. par évaporation cutanée et pulmonaire, environ 1 200 à 1 500 cc. par les urines et en plus ajouter la quantité obtenue par la succion gastrique mais naturellement il faudra soustraire de celle-ci la quantité des liquides ingérés par la bouche. Le grand total des liquides à donner en sérum glucosé et en sérum physiologique sera habituellement de 3 000 à 3 500 cc. par 24 heures.

Pour ma part, les jours qui précèdent et qui suivent l'opération — jusqu'à ce que le péristaltisme intestinal soit bien établi et que le patient puisse s'alimenter et garder les liquides ingérés je donne les ordres suivants:

1 Mesurer les liquides ingérés et excrétés à tous les jours.

2 Dosage quotidien du chlorure de sodium dans les urines et s'il y a apparition d'œdème — dosage des chlorures sanguins.

3 Tous les jours — sauf avis contraire — donner au patient 1 000 cc. de sérum physiologique et 2 500 cc. de sérum glucosé à 5%, mais si la quantité obtenue par la succion gastrique dépasse 2 000 cc. donner au moins la moitié du total succionné en sérum physiologique.

4 Oxygène en permanence ou aussi souvent que possible pour 72 heures, au moins 15 minutes à toutes les heures.

5 Mouvements respiratoires profonds pour au moins 12 à 15 inspirations à toutes les 3 heures.

6 Changer de position souvent — de préférence, position semi-assise et remuer souvent les jambes.

7 Avertir si le patient tousse.

8 Pénicilline et streptomycine à hautes doses pour quelques jours.

9 Veiller attentivement à la succion en permanence.

10 Surveiller la tension artérielle et le pouls au moins 2 fois par jour pour les 3 premiers jours.

Assez souvent, si le cas l'exige, j'ajoute au traitement, une transfusion de sang la première journée et la 3e journée après l'intervention afin de balancer la perte des protéines et prévenir le choc secondaire ou tardif..

Je crois que ces recommandations sont utiles; elles contribuent au rétablissement du patient et facilitent la tâche du chirurgien qui veut éviter les complications postopératoires.

Quant à l'usage de stimulants du péristaltisme intestinal après l'intervention, il semble qu'il est recommandable de ne pas laisser l'intestin faire de la paresse trop longtemps et de ne pas le laisser tomber dans l'iléus paralytique, mais certains auteurs s'abstiennent de s'en servir pendant les 2 premiers jours après l'intervention; ils attendent que le péristaltisme revienne par lui-même et qu'ils puissent entendre les bruits intestinaux à l'auscultation de l'abdomen avant de donner un peu d'alimentation et de stimuler l'évacuation intestinale.

Comme conclusion nous pouvons répéter les paroles du début, tout le long de sa vie l'être humain devra s'alimenter et s'il y a un obstacle mécanique qui entrave cette fonction vitale et que nous retardons trop longtemps à enlever cet obstacle ou bien que nous négligeons les soins pré et postopératoires, nous aurons contribué à lui faire abandonner non seulement l'alimentation mais la vie elle-même.

Cependant cet état pathologique comporte tellement de facteurs, que même malgré toutes les attentions nécessaires, le taux de mortalité demeure encore élevé.

Les auteurs Colihan, Kennedy et Blain rapportent dans le Bulletin du John Hopkins en 1946 une série de 204 cas où le taux de mortalité a été de 20% tandis que les auteurs Michel, Knapp et Davidson du Charity Hospital, Nouvelle-Orléans, rapportent dans le numéro de juillet 1950 de la revue Surgery une série de 258 cas où le taux de mortalité est de 16%.

Dans ces articles il semble que les facteurs qui ont contribué le plus à augmenter le taux de mortalité sont d'abord la longueur du temps écoulé avant l'intervention, l'âge avancé du patient, la péritonite et enfin les complications rénales et pulmonaires.

Pour ce qui nous concerne nous avons étudié une série. Nous avons fait la révision de 209 cas d'obstruction intestinale dont 41 ont été traités à l'Hôtel-Dieu et 168 à l'Hôpital Général St-Vincent de Paul de Sherbrooke durant la période 1941-1950.

Ce total comprend 181 cas d'obstruction mécanique aiguë du petit intestin et 28 cas d'obstruction aiguë du gros intestin.

Le taux de mortalité dans l'obstruction du petit intestin est de 17% tandis que dans l'obstruction du gros intestin, il est de 40%. Le taux de mortalité totale couvrant les deux variétés est de 20%.

*

* *

Le petit intestin

Dans nos statistiques, la première cause d'obstruction du petit intestin est la hernie étranglée. Elle représente 52% des cas avec un taux de mortalité de 3%.

La deuxième cause est l'adhérence ou la bride. Elle représente 35% des cas avec un taux de mortalité de 30%.

La troisième cause est le volvulus intestinal. Il représente 4% des cas avec un taux de mortalité de 28%.

La quatrième cause est l'invagination intestinale. Elle représente 4% des cas avec un taux de mortalité de 33%.

La cinquième cause est le diverticule de Meckel. Il représente 2% des cas avec un taux de mortalité de 20%.

La sixième cause est le polype. Il représente 1,5% des cas — aucune mortalité.

Et enfin l'épithélioma glandulaire qui re-

présente 1,5% des cas avec une mortalité de 50%.

LA HERNIE

Si nous faisons une étude plus complète du tableau des hernies, nous verrons qu'on peut donner les chiffres suivants: sur 95 cas, nous en verrons 83 chez l'homme et 12 chez la femme.

Quant à la variété de hernie étranglée, le tableau nous montre:

1) 68 *cas de hernie inguinale* dont 82% sont des hernies droites et 18% des hernies gauches.

2) 19 *cas de hernie crurale* dont 68% sont des hernies droites et 22% des hernies gauches.

3) Ensuite 6 cas de hernies ombilicales.

4) Et enfin 1 cas de hernie obturatrice.

L'âge des patients morts de hernie étranglée était de 65 ans à 85 ans.

Les causes ont été: le choc opératoire, inspiration des matières alimentaires dans les bronches et enfin la péritonite.

Les décès: 75% chez les femmes et 25% chez les hommes.

La durée minimum de l'étranglement chez les morts a été de 3 jours.

LES ADHÉRENCES

Dans nos statistiques, la deuxième cause d'obstruction mécanique du petit intestin est l'adhérence ou la bride; elle représente 35% des cas avec un taux de mortalité de 30%..

Si nous faisons une étude plus complète du tableau des adhérences, nous verrons qu'on peut donner les chiffres suivants concernant la pathologie première de l'adhérence; 10% des cas n'ont jamais subi d'intervention chirurgicale avant d'être atteints d'obstruction tandis que 90% ont été soumis à une opération abdominale précédant la crise d'obstruction soit de quelques jours soit de plusieurs années. Dans certains cas la première intervention a eu lieu 25 et 30 ans avant.

La première maladie en cause est l'appendicite, elle représente 64% des cas d'obstruction par adhérences; l'appendicite suppurée ou aiguë simple a causé 31% des cas; dans 14% l'obstruction a été immédiate, c'est-à-dire quelques jours après l'appendicectomie. Dans 17% des cas l'obstruction a été tardive, c'est-à-dire plusieurs mois ou plusieurs années plus tard.

La péritonite appendiculaire a causé 33% des cas avec 23% d'obstruction immédiate et 10% d'obstruction tardive.

Les opérations gynécologiques ont causé 17% des cas d'obstruction par adhérences; l'hystérectomie a été la première intervention dans 11% des cas et l'obstruction ici a quasi toujours été une complication tardive tandis que la salpingectomie a causé 6% des cas et la complication a été aussi souvent immédiate que tardive.

La balance des cas d'adhérences a été causée par ulcère perforé avec péritonite, et perforation traumatique avec péritonite.

Dans le tableau des mortalités des cas d'obstruction par adhérences — le facteur temps ou durée de l'obstruction semble important; 14% ont été malades 6 jours et plus avant l'intervention, 53% ont été malades 4 jours avant l'intervention, 13% - 3 jours et enfin 20% ont été en obstruction 2 jours avant l'intervention.

L'âge et le sexe ne semblent pas avoir influencé ici nos statistiques. En effet 46% étaient du sexe masculin, tandis que 54% du sexe féminin; quant à l'âge 60% des cas étaient compris dans la période de 18 à 50 ans, c'est-à-dire période de la vie où l'on croirait l'individu le plus robuste et le plus apte à supporter une maladie grave, tandis que 20% dépassait 50 ans et 20% avait moins de 15 ans.

Le genre d'opération ne semble pas avoir influencé énormément le taux de décès. En effet 50% des cas ont subi une entérostomie ou iléostomie tandis que 44% ont subi simplement un débridement des adhérences. 6% ont subi une résection.

Il me semblait aussi que l'usage des stimulants du péristaltisme intestinal avant l'intervention avait influencé le taux de mortalité, mais après compilation des dossiers j'ai constaté que 50% des cas décédés avaient reçu des stimulants du péristaltisme avant l'intervention tandis que 50% n'en avaient pas reçu.

Les causes de mortalité ont été immédiates dans 53% des cas, c'est-à-dire que dans les 24 heures qui ont suivi l'intervention le patient est mort de choc, de collapsus circulatoire ou de complications pulmonaires, tandis que dans 46% des cas les complications et la mort sont venues tardivement, c'est-à-dire quelques jours et même plusieurs semaines après l'intervention — les causes tardives ont à peu près toujours été la fistule stercorale, la péritonite et la toxémie.

Maintenant quant au volvulus et à l'invagination qui sont la 3e et la 4e cause d'obstruction mécanique du petit intestin, il semble avoir deux facteurs importants qui ont influencé le taux de mortalité.

En effet tous les cas décédés avaient moins d'un an de vie et de plus, tous les cas décédés ont subi une résection intestinale, c'est donc dire que les deux facteurs sont l'âge et la pathologie de la maladie nécessitant une intervention plus grave.

Quant au diverticule de Meckel comme 5e cause de l'obstruction, nous avons une statistique qui ressemble au tableau de l'appendicite sauf que le diverticule suppure moins vite que l'appendice et il cause plus souvent l'obstruction avant la péritonite tandis que dans l'appendicite la péritonite est plus fréquente. (d'après les dossiers.)

Pour conclure ce travail sur l'obstruction mécanique du petit intestin, permettez-moi de dire que nous n'espérions pas régler cette question aujourd'hui, car comme vous le constatez il y a beaucoup de facteurs qui contribuent à rendre cette maladie une menace très grave pour la vie des patients, mais notre intention était de contribuer à éveiller et à entretenir le plus d'intérêt possible dans les moyens à notre disposition pour diminuer le taux de mortalité.

GROS INTESTIN

Gros intestin, 28 *cas* (Hôtel-Dieu: 6; Hôpital Général St-Vincent de Paul: 21.)

1 — Taux de mortalité 40%.

2 — Cause d'obstruction: cancer: 75%; adhérences: 17%; invagination: 4%; volvulus: 4%.

3 — Age — *Les cas de cancer*:

8%: 80 ans et plus
21%: de 70 à 80 ans
42%: de *60 à 70 ans*
8%: de 50 à 60 ans
21%: de 40 à 50 ans

Les cas de volvulus, d'invagination et d'adhérences sont tous plus bas que 40 ans.

4 — Localisation du cancer: cœcum et côlon ascendant: 12%; angle hépatique: 4%; angle splénique: 21%; recto-sigmoïde: 33%; sigmoïde: 25%; rectum: 4%.

Morts — Obstruction du *gros intestin*:

1 — Sexe: femmes 70%; hommes 30%.

2 — Cause: cancer 90%; adhérences 10%.

3 — *Durée de l'obstruction avant l'intervention*

9 jours — 16%
8 jours — 16%
7 jours — 16%
6 jours — 33%
5 jours — 33%
4 jours — 16%

La conclusion est que l'obstruction du gros intestin est un peu plus lente à donner des symptômes dramatiques et que ce facteur fait que l'obstruction du gros intestin est souvent opérée tardivement.

BIBLIOGRAPHIE

E. L. ELIASON et R. F. WELTY: « Ten years survey of intestinal obstruction. » *Annals of Surgery*, **125**: 57, 1947.

R. J. COLIHAN, J. D. KENNEDY et A. BLAIN: « 204 Intestinal obstructions. » *Bulletin John Hopkins Hospital*, **79**: 21, 1946.

Michel, KNAPP, DAVIDSON et Arthur LEONARD: « Acute intestinal obstruction. » *Surgery*, **28**: 90 (juillet) 1950.

GOSSET, LENORMANT et DUVAL: *Pathologie chirurgicale*. Paris.

Rodney MAINGOT: *Abdominal Operations*. London, Eng., 1948.

ILGENFRITZ et C. HUGH: *Pre and Postoperative case. Surgical patients*. University of Louisiana, 1948.

Archives Hôpital Général St-Vincent-de-Paul, Sherbrooke. 1941-1951.

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

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

Tome 81, Numéro 2 — Montréal, février 1952

SUR LE JOURNALISME MÉDICAL

L'un des événements marquants à la réunion annuelle de l'Association Médicale Mondiale, en octobre dernier, a été la conférence des rédacteurs médicaux. L'intérêt provoqué par les travaux présentés a dépassé le cadre habituel de ceux qui s'occupent des questions de publication. L'un avait trait aux « Responsabilités du lecteur, de l'auteur et du rédacteur ».

L'évolution constante de la médecine n'est pas exclusivement d'ordre scientifique et, dans quelque domaine qu'on envisage la question, il surgit des problèmes d'ordre économique et social que le médecin avait peu ou pas le souci de discuter avec son patient.

La vulgarisation apportée, dans ces derniers temps, par l'hygiène publique, les conférences à la radio, les articles de journaux extra-médicaux, tiennent l'individu au courant de faits particuliers qui obligent le praticien à avoir des données précises sur les nouveautés médicales. C'est pour cela qu'il est indispensable de ne publier, dans nos revues, que des articles à buts bien précis et d'utilité reconnue.

Le praticien général ou spécialisé n'a pas à sa disposition le temps voulu ni l'économie financière qui lui permettent de lire tout ce qui s'écrit. Nombre d'articles publiés ne présentent pas toujours une valeur réelle. En parlant des responsabilités du lecteur, le rédacteur-en-chef du *Journal of the American Medical Association,* souligne qu'il est de son devoir d'indiquer sa satisfaction ou sa désapprobation d'un article ou d'une politique éditoriale puisque c'est le lecteur que l'auteur et le rédacteur veulent atteindre.

Il est futile de se plaindre à ceux qui ne sont en aucune façon responsables de ce qui est imprimé quand un mot adressé à l'auteur ou au rédacteur porterait fruit. Le lecteur voit surgir à son imagination des suggestions dont il pourrait faire bénéficier les autres abonnés s'il voulait simplement les exposer à ceux qui dirigent la revue: il serait surpris de voir la sympathie que l'on accorde aux suggestions qui nous sont faites. Enfin, le lecteur devrait devenir « auteur » en mettant par écrit ce qu'il rencontre d'intéressant dans sa clientèle. Il y a vraiment trop de bonnes idées perdues par manque d'expression.

L'auteur doit se placer dans la situation de celui qu'il veut atteindre. Son premier souci est d'obtenir et de soutenir l'attention du lecteur et de lui faire part de ses pensées. Malheureusement trop d'auteurs n'envisagent pas le problème de cette façon et se laissent entraîner plutôt par la satisfaction de voir leur nom publié en tête ou à la fin d'un article.

Pour toute fin pratique, les articles doivent être courts. Ce sont, en général, ceux qui sont les plus lus. Toutefois, certains sujets méritent une amplification: ceux-ci doivent se terminer par un bref sommaire, non pas une conclusion, mais un véritable sommaire, sorte d'entêtes de chapitres, qui servira au

lecteur à connaître en quelques minutes la teneur de l'article et son utilité pratique pour lui.

Pour écrire correctement, il faut réaliser la transmission de ses idées, encore faut-il être compris par les lecteurs. En journalisme médical, le langage technique doit être utilisé, mais il doit être aussi simple que le sujet le permet. L'auteur doit être conscient que son lecteur n'est pas aussi familier que lui avec le sujet qu'il traite. Il est dit, quelque part, que « les mots doivent être choisis de telle façon que le lecteur visualise la pensée de l'auteur au moment où il les a écrits ».

La publication des articles est la responsabilité du rédacteur en chef qui doit, en certaines circonstances, exigé des retouches pour lesquelles les auteurs ne devraient pas se formaliser. Son expérience lui fait comprendre qu'il est dans l'intérêt de l'auteur et des lecteurs que certains changements soient apportés. Ceci ne s'applique pas exclusivement au texte même de l'article, mais aussi aux gravures, tableaux, etc., comme d'ailleurs aux blibliographies trop longues, ou aux renvois trop fréquents. Le choix du titre d'une communication est important. Il ne doit pas suggérer un sujet qui n'est pas celui dont parle l'auteur. Parfois le titre est si court qu'on ne sait même pas de quoi il s'agit; en d'autres circonstances il déborde le cadre habituel et le reste de l'article paraît inutile.

Enfin, l'envoi d'un article pour publication à plusieurs revues sans que l'auteur en avise les rédacteurs est aussi impardonnable que le plagiat. Il faut donner crédit aux revues qui publient les mêmes articles, en général dans les éditions simultanées, même si l'article est écrit en langue différente.

Ces remarques suggérées par le travail de monsieur Austin Smith m'ont paru intéressantes à souligner à nos lecteurs et à nos auteurs, au début de cette année.

Nous invitons ceux qui sont intéressés à ces questions du journalisme médical à lire les travaux qui ont été présentés à l'occasion de la réunion annuelle de l'« Association Médicale Mondiale », à Stockholm, l'automne dernier, dans le numéro d'avril 1952, du *Bulletin de l'Association Médicale Mondiale.*

GERIN-LAJOIE.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LE LABORATOIRE EN RAPPORT AVEC LA SANTÉ PUBLIQUE [1]

R. BÉRARD,
Surintendant de la Division des laboratoires, Service de Santé de Montréal.

La division des laboratoires est peu connue du public en général, mais elle n'en joue pas moins un rôle important dans l'organisation du Service de santé de la Cité.

En effet, le laboratoire ne communique pas directement avec le public. Toutes les demandes d'analyses sont adressées au laboratoire par l'intermédiaire des différentes divisions du Service de santé et par les médecins et tous les rapports d'analyses leur sont remis directement.

La division des laboratoires est organisée en trois sections:

a) Une section de bactériologie pour le contrôle et le diagnostic des maladies contagieuses.

b) Une section pour le contrôle bactériologique du lait, de l'eau et des viandes.

c) Et une section pour les analyses chimiques.

Le personnel du laboratoire se compose de 13 employés, répartis comme suit: deux médecins bactériologistes, deux chimistes, un assistant chimiste, deux analystes, deux assistantes analystes et des aides.

Les activités du laboratoire se confondent avec celles des autres divisions du Service de santé. Elles ont pour objet principal la protection et la conservation de la santé publique.

Le travail d'analyses effectuées dans les laboratoires du Service de santé a pour but principal: le diagnostic médical et clinique des maladies contagieuses et en second lieu, le contrôle bactériologique et chimique des aliments.

1. Causerie prononcée à « La Tribune des Conférenciers de CKAC — Quart d'heure de Concordia », par le docteur Bérard, lundi, le 19 novembre 1951.

1° — LE DIAGNOSTIC MÉDICAL ET CLINIQUE DES MALADIES CONTAGIEUSES

Parmi les maladies contagieuses les plus fréquentes dans notre ville et pour lesquelles nous effectuons régulièrement des examens bactériologiques, je vais mentionner la diphtérie, la tuberculose, la typhoïde, les paratyphoïdes A et B, la brucellose, les dysenteries bacillaires et les maladies vénériennes.

La diphtérie

Tous les cas de diphtérie, confirmés ou douteux, qui sont rapportés à la division des maladies contagieuses, sont contrôlés par des cultures des sécrétions provenant de la gorge et du nez du malade et de tous ceux qui ont été en contact avec le malade. Ces examens sont répétés à quelques jours d'intervalle. Le malade et les porteurs de germes sont gardés sous surveillance et ne sont libérés que lorsque les cultures de la gorge et du nez ont été deux fois négatives.

Le nombre d'examens faits pour le diagnostic de la diphtérie a beaucoup diminué depuis quelques années.

De 6 650 examens en 1945, on n'en a fait que 1 700 en 1950. Cette diminution est attribuable à un plus grand nombre d'enfants qui ont été vaccinés contre la diphtérie.

Quelquefois, pour aider au diagnostic des infections de la gorge, nous complétons cet examen par la recherche bactériologique du staphylocoque, du streptocoque, du micrococcus catarrhalis et du bacille fusospirillaire.

La tuberculose

Le laboratoire, afin d'aider au contrôle et au dépistage de la tuberculose pulmonaire,

effectue un certain nombre d'examens microscopiques des expectorations pour la recherche du bacille de Koch.

Ces examens microscopiques complètent souvent l'examen radiologique des poumons et fournissent de précieux renseignements pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Ce diagnostic précoce guide le médecin et aide le malade à recevoir, dès le début de sa maladie, un traitement approprié, favorisant ainsi ses chances de guérison.

L'examen microscopique des expectorations n'est pas toujours suffisant pour déceler la présence du bacille de Koch, lorsque les bacilles sont peu nombreux. Pour ces cas douteux, il fait faire une culture des expectorations ou des lavages gastriques sur des milieux de culture spéciaux.

Ces cultures sont faites actuellement à la demande de la clinique Laurier et des médecins.

Ces examens guident le médecin dans l'orientation et l'isolement des malades porteurs de bacilles et protègent ainsi leur famille et leur entourage contre la contamination.

Les infections intestinales

Les infections intestinales sont le sujet de recherches particulières. Ces recherches comprennent la culture et l'examen microscopique des selles et la séro-agglutination.

La culture des selles se fait surtout pour la recherche de la typhoïde, des paratyphoïdes et des dysenteries bacillaires.

La recherche des parasites, des amibes, du bacille de Koch, du sang et du pus est effectuée par l'examen direct microscopique des selles.

Par la réaction d'agglutination, on recherche surtout la typhoïde, les paratyphoïdes, la brucellose et les dysenteries bacillaires sur les échantillons de sang des malades.

Ces épreuves sont faites pour aider le médecin dans son diagnostic ou pour rechercher des porteurs de germes de typhoïde et de paratyphoïde.

Maladies vénériennes

Pour seconder le travail de dépistage des maladies vénériennes, nous faisons au laboratoire les prélèvements des sécrétions pour la recherche de la gonorrhée et les prises de sang pour le séro-diagnostic de la syphilis.

Les examens microscopiques des sécrétions pour la gonorrhée sont faits au laboratoire. Le sang prélevé pour la réaction du Wassermann est remis au laboratoire provincial, pour analyse.

Analyses chimiques des urines et du sang

Pour collaborer avec le médecin traitant ou examinateur et aider le patient qui ne peut pas payer facilement le coût de ces analyses, nous faisons l'analyse chimique et microscopique des urines, l'analyse chimique du sang pour la recherche du glucose, de l'urée, de la cholestérine et de l'acide urique et la cytologie pour la formule leucocytaire et la numération globulaire.

2° — LE CONTRÔLE BACTÉRIOLOGIQUE ET CHIMIQUE DES ALIMENTS

La deuxième fonction de la division des laboratoires concerne le contrôle de la qualité de certains aliments comme le lait, l'eau et les viandes, par des analyses bactériologiques et chimiques.

Ces examens du laboratoire complètent le travail de surveillance et d'inspection fait par les inspecteurs du Service de santé.

Le lait

Le lait nature, le lait pasteurisé, le lait spécial, la crème, la crème glacée et les sous-produits du lait sont soumis régulièrement, toutes les semaines, à un contrôle bactériologique et chimique.

Ce contrôle bactériologique comprend d'abord l'analyse quantitative, qui est la numération des bactéries contenues dans un centimètre cube et en second lieu, l'analyse qualitative qui est l'épreuve de fermentation du groupe coli-bacille.

Le contrôle chimique comprend la recherche de la matière grasse, des préservatifs et de certaines substances étrangères qui pourraient y être ajoutées.

Ces examens de contrôle, bactériologiques et chimiques, permettent de s'assurer que le lait et les autres sous-produits de lait livrés aux consommateurs sont conformes aux règlements et qu'ils sont de bonne qualité, ne présentant aucun danger pour la santé publique.

L'eau

L'eau de l'aqueduc, l'eau des puits, les eaux des bains et des piscines, les eaux de lavage des appareils et des récipients dans les laiteries, les eaux de lavage des ustensiles et de la vaisselle dans les restaurants et les eaux de lavage des verres dans les tavernes sont contrôlées régulièrement toutes les semaines par des examens bactériologiques et chimiques.

L'eau de l'aqueduc de la ville de Montréal est contrôlée au point de vue bactériologique et chimique à l'usine de filtration.

De plus, le Service de santé, pour s'assurer de la qualité de l'eau à sa distribution dans les différents centres de la ville, en fait faire l'analyse bactériologique régulièrement, toutes les semaines.

De 30 à 40 échantillons d'eau sont prélevés tous les mois pour l'analyse bactériologique.

L'eau des bains publics et des piscines est également contrôlée régulièrement au point de vue bactériologique et chimique. Environ un échantillon par bain par semaine est prélevé pour l'analyse.

Les eaux de lavage des appareils et des récipients dans les laiteries, les eaux de lavage de la vaisselle dans les restaurants et les eaux de lavage des verres dans les tavernes sont contrôlées régulièrement par des analyses bactériologiques et chimiques.

Ces examens sont faits pour connaître la valeur des solutions de lavage employées et la propreté et le degré de stérilisation des bassins, des récipients, de la vaisselle et des verres, dans les différents établissements où l'on sert des aliments et des breuvages au public.

La viande, les viandes préparées, la saucisse et les aliments en conserve sont souvent le sujet de recherches bactériologiques et chimiques. Ces examens sont faits pour établir et connaître la qualité de ces aliments et pour déceler l'addition de matières étrangères qui auraient pu être ajoutées pour en modifier l'apparence.

Dans tous les cas d'empoisonnements alimentaires, il faut rechercher la cause de ces empoisonnements par des recherches bactériologiques et chimiques sur tous les restes des aliments qui ont été absorbés par les malades.

La division des laboratoires contribue pour une bonne partie au maintien et à la protection de la santé publique par son travail continuel de surveillance et de contrôle des maladies contagieuses et des aliments.

VARIÉTÉS

LE DERNIER CHIRURGIEN DU ROI À QUÉBEC ANTOINE BRIAULT 1742-1760

Gabriel NADEAU (Rutland, Mass.).

Chapitre III (suite)

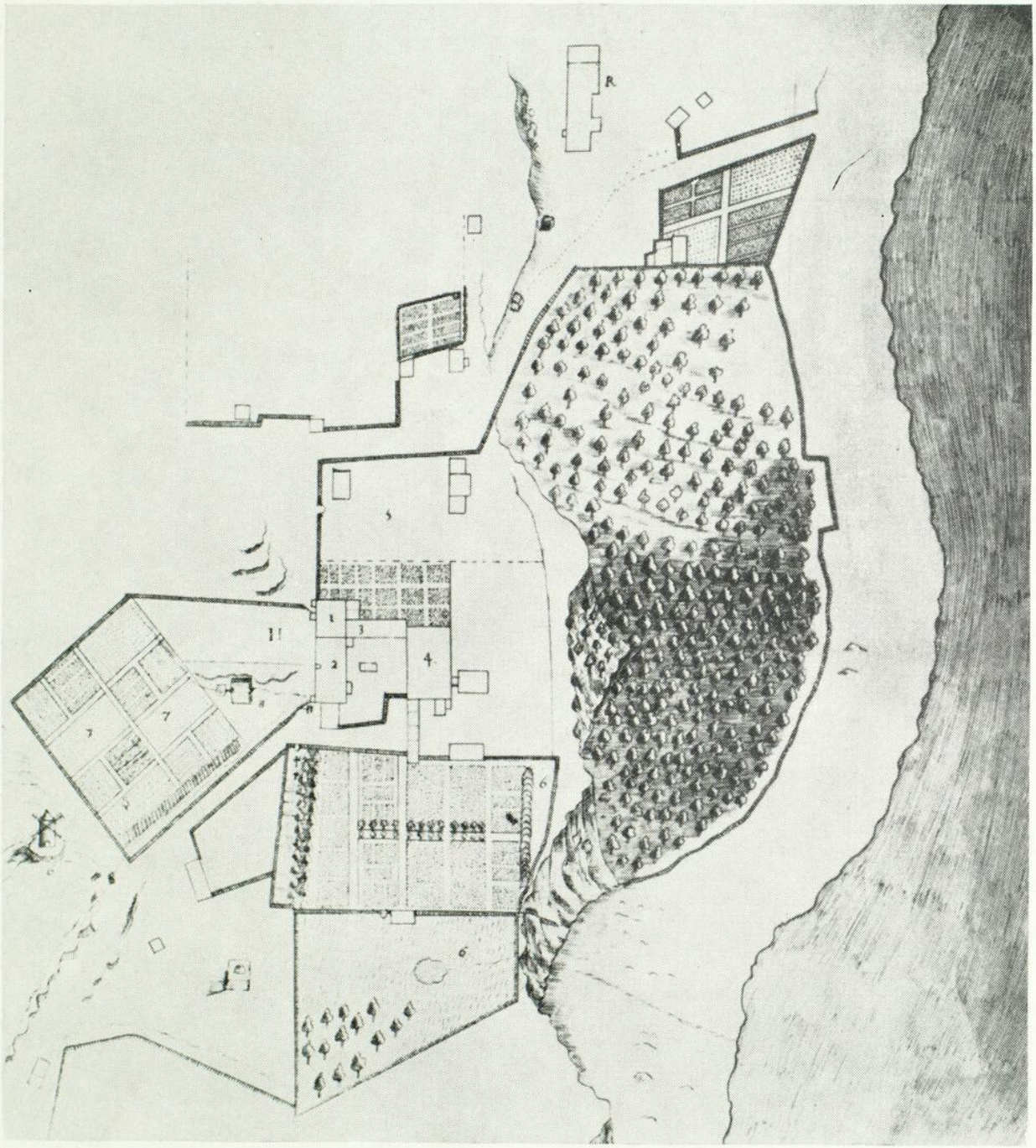
B — LE MONASTÈRE

Le 27 juillet 1695, un certain Arnault dit La Salle, charpentier de son métier, présentait une supplique au Conseil supérieur. Détenu à la geôle de Québec pour « quelques chaudières dérobées aux veuves Saint-Amand et de Beaulieu », il se déclarait innocent d'un vol qu'il rejetait sur la femme et la fille du bourreau Jean Rattier et il sollicitait en conséquence son élargissement afin d'entrer « au service des Religieuses de l'Hôtel-Dieu, qui veulent bien le recevoir à travailler à leur maison ».

Le motif allégué par le charpentier était plausible; les Hospitalières en effet, après de longues hésitations, se décidaient enfin à rebâtir leur couvent. Ce projet mettait déjà en rumeur les ouvriers de la capitale. Hommes de métier, artisans, simples manœuvres, tous se portaient à l'Hôtel-Dieu. « Nous en trouvions, remarque la Mère de Saint-Ignace dans ses *Annales*, plus que nous n'en pouvions employer ».

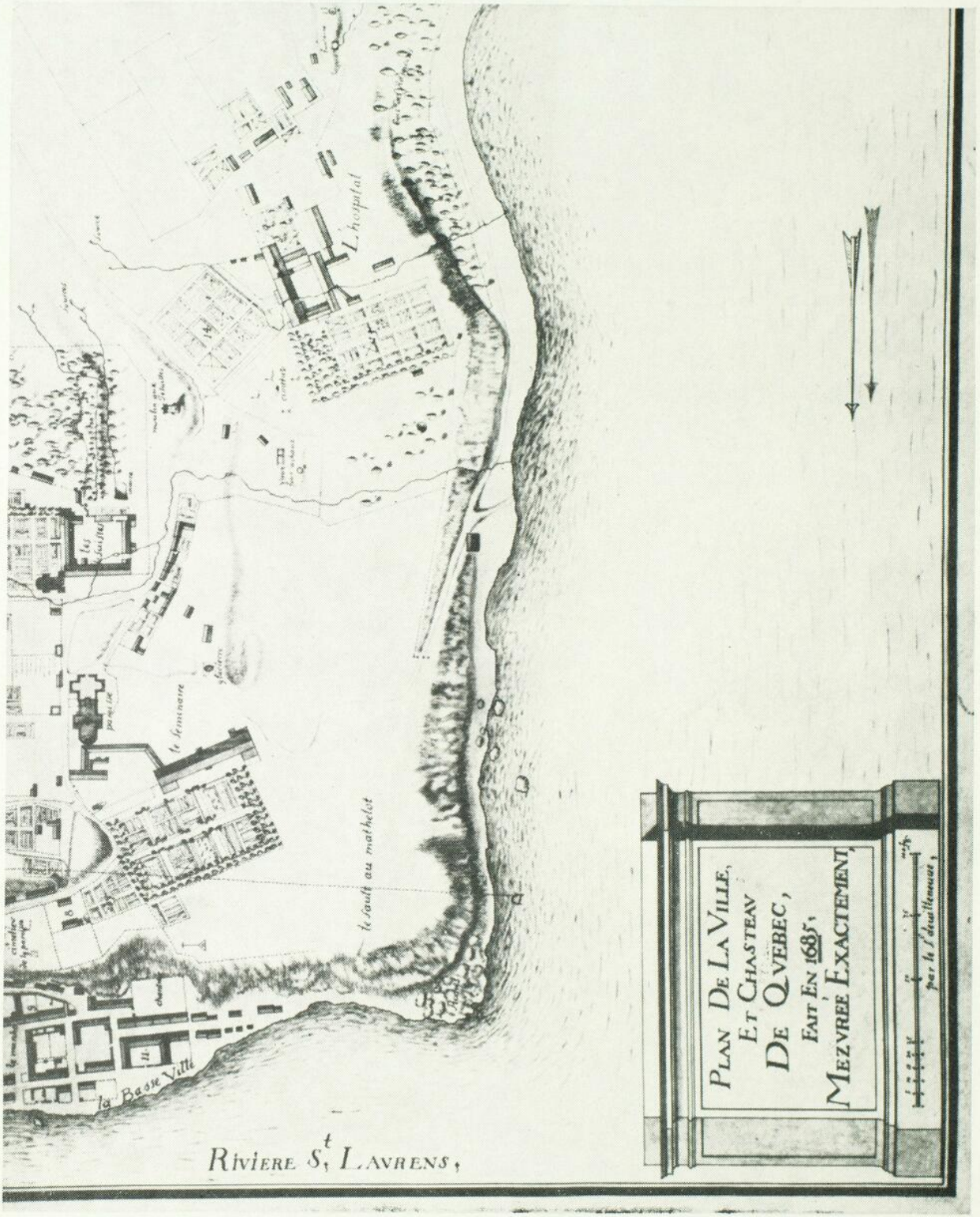
Ces vieilles bâtisses dépareillées n'avaient jamais été dignes d'abriter des Religieuses et la reconstruction en pressait depuis longtemps car leurs murs surannés menaçaient de crouler. Quinze ans plus tôt il avait fallu mettre le pic dans un des pignons. « Tout le monde nous conseillait de le faire rebâtir, raconte l'annaliste. Notre pauvreté nous faisait toujours différer, mais enfin la crainte d'un danger évident nous détermina à faire cette dépense. Nous fîmes étayer tous les planchers en dedans pour soutenir la maison, et bien nous en prit, car dès que l'on eut commencé d'abattre ce méchant mur, un seul coup de marteau jetait par terre sept et huit toises de muraille, tant elle était mauvaise ». Ce pignon dégradé jusque dans sa base, c'était celui du nord-est. Mgr de Saint-Vallier constatait qu'au Canada le froid et la neige fatiguaient les ouvrages de maçonnerie. A Québec il fallait compter aussi avec le vent du *nordet*, si rigoureux en certaines saisons que l'intendant Hocquart, logé tout près de l'Hôtel-Dieu, s'en plaignait au ministre. « La partie du nord-est [du Palais], écrivait-il en 1734, est tellement exposée au vent, à la pluie et à la poudrerie, qu'elle est inhabitable pour l'hiver »[7]. Le 13 octobre 1683, le Grand Voyer René Robineau de Bécancour, dérogeant à un règlement de voirie, autorisait André de Chaume, maître tailleur, à bâtir un tambour devant la porte de sa maison pour se « garantir des incommodités et injures du temps qu'il souffre dans icelle par sa situation et principalement pendant le vent de nord-est auquel elle est exposée, pendant lequel il ne peut ouvrir sa porte sans de grandes incommodités ».

Les réparations de 1682, l'architecte Jean Le Rouge les avait exécutées[8]. Il vivait encore en 1695, mais c'est à un autre que les Religieuses voulurent confier la nouvelle entreprise[9]. Elles acceptèrent les services de La Joue, un Parisien qui était tout ensemble maître tailleur de pierre, arpenteur, architecte et entrepreneur de bâtiments. « Nous cherchâmes quelqu'un capable de conduire cet ouvrage et d'en faire un plan qui nous satisfît, écrit la Mère de Saint-Ignace qui rédigeait ses *Annales* aux



Plan parcellaire de Québec, 1670. Sans nom d'auteur.
(Dépôt des Fortifications des Colonies, Paris)

Légende: 1—Eglise, 2—Salle des malades, 3—Chœur des Religieuses, 4—Dortoir, 5—Basse-cour, 6—Jardin et clos des Religieuses, 7—Jardin des pauvres, 8—Lavoir.



Plan de l'ingénieur Robert de Villeneuve, 1685.
(Dépôt des Fortifications des Colonies, Paris)

environs de 1715. Mr François de La Joue, habile architecte, s'y offrit de bonne grâce. Il eut la docilité, malgré son savoir, de suivre nos vues et de dresser son dessin selon les commodités que nous désirions avoir, et nous fit en petit relief le plan de cette maison comme elle est aujourd'hui, car nous résolûmes dès lors de n'en faire qu'une aile et demie »[10].

Il convient d'expliquer succinctement en quoi consistaient les bâtisses que le nouveau monastère allait remplacer. Nous le ferons à l'aide du plan exécuté par l'ingénieur Robert de Villeneuve en 1685. Il est reproduit en hors-texte dans ce chapitre.

Pour point de départ prenons le corps de l'hôpital, déjà connu, et l'église qui prolongeait ce corps en ligne droite. On remarque d'abord un bâtiment accolé à l'église et formant angle droit avec elle. Il contenait le chœur des Religieuses, l'avant-chœur, la sacristie. Du côté de la cour, un chemin couvert le longeait jusqu'à cette pièce située à l'encoignure de la salle des femmes et du chœur, que nous avons mentionnée en décrivant l'hôpital et dont nous ignorons l'emploi.

En face, donnant à plein dans l'hôpital et de même longueur que le chœur, s'élevait l'une des ailes du couvent. L'autre aile, en équerre, rejoignait la bâtisse du chœur, complétant ainsi un quadrilatère qui enfermait une cour régulière dans son tracé[11].

Les nouveaux plans comportaient l'abattage de la première aile, qui serait reconstruite un peu plus loin afin d'en dégager complètement la façade terminale, du côté de l'hôpital. Elle serait aussi plus longue que la vieille aile. Quant à l'aile du fond, on en conserverait une moitié, celle qui touchait au chœur et qui avait servi de premier dortoir aux Religieuses après 1654. La deuxième des ailes nouvelles, qui resterait inachevée pour le moment, serait reculée et aboutirait sur le travers d'un pavillon situé à l'arrière et qui, sauf erreur, devait être le noviciat.

Au lieu du quadrilatère parfait que les bâtiments avaient formé jusque-là, on obtenait désormais sur deux faces, au nord et à l'ouest, une disposition irrégulière qui détruisait du même coup la symétrie de la cour intérieure. Le plan parcellaire de Québec, datant de 1713, montre très bien cet arrangement en jeu de dominos que le regroupement des bâtisses présenta après 1695.

La mise en chantier se fit à l'automne de 1695. « Dès le mois d'octobre, écrit la Mère de Saint-Ignace, on creusa les fondements. Mr de la Joue prit soin de faire tailler la pierre pendant l'hiver et de faire amasser tous les matériaux dont on avait besoin pour bâtir solidement et promptement aussitôt que la saison permettrait de travailler... On travailla au-dedans de la maison dès que les murailles furent assez hautes et que les poutres furent placées; ainsi tout avançait également ». Il fallut trois ans pour mener toute l'entreprise à bonne fin.

Combien d'étages avait le nouveau monastère? « C'est un grand bâtiment en pierre à trois étages », remarque Kalm; mais la Mère Duplessis de Sainte-Hélène, parlant en octobre 1755 de l'incendie qui vient de consumer la maison, écrit: « Ma sœur de l'Enfant-Jésus ne put sortir de sa chambre que par la fenêtre qui était au quatrième étage ». C'est le Suédois qui a raison; la religieuse prenait le grenier pour un étage. La Sœur Morin tombait dans la même impropriété de termes en décrivant ainsi l'Hôtel-Dieu de Montréal: « Notre bâtiment a 130 pieds de long à trois étages, et 31 pieds par dedans les murailles, afin de faire un dortoir double. Le grenier au-dessus grand et vaste qui fait le quatrième [étage] ».

Les nouvelles ailes variaient avec les anciennes dans la construction de leurs extrémités. Elles ne donnaient plus l'une dans l'autre, mais aboutissaient à un carré d'angle dont les murs saillissaient sur la ligne principale. Du côté de l'hôpital le cloître se terminait en un carré d'angle semblable. On peut voir sur le plan de 1713 cette projection des angles qui relevait le style nu des bâtisses. L'aile de l'est, d'un mur extérieur à l'autre, devait mesurer tout près de 200 pieds; la demi-aile, 75 pieds.

Les nouvelles constructions, une fois terminées, ne se trouvèrent plus de niveau avec l'hôpital. « Ce premier étage, où sont les salles [des malades], écrit la Mère de l'Enfant-Jésus vers 1744, est si enfoncé qu'il faut descendre pour entrer dedans ». C'est cette dénivellation qui amène Bégon à dire en 1715 que les salles sont *mal situées*. L'hôpital ne s'était pas affaissé sur ses bases; on avait simplement surélevé les fondations du nouveau cloître.

Les auteurs contemporains sont quasi unanimes à dire que l'Hôtel-Dieu, monastère, église et hôpital, était bâti en pierre de taille. Faut-il comprendre qu'on avait employé de la pierre taillée pour tout l'ensemble de la maçonnerie? Nous ne le croyons pas: les frais en eussent été majorés de cent pour cent. En l'absence du contrat passé avec l'architecte — document enfoui dans un greffe qui n'a pas encore été inventorié — on peut présumer que seuls l'encadrement des portes, des fenêtres et des soupiraux, et l'encoignure des ailes, depuis le solage jusqu'au toit, étaient de pierre taillée. La grosse muraille, à savoir l'embasement et les pans de façade, devait être de roc dégrossi, assujetti à l'aide d'un fort enduit de mortier. Pour la taille on utilisait une pierre franche qui abondait autour de Québec. Les devis pour maisons de particuliers en ville spécifient souvent la pierre de Beauport. « Cette pierre, écrit Kalm, est très employée pour la construction des maisons et des escaliers, le pavage des parquets. On en envoie de grandes quantités à Québec ».

Ce qui nous renforce dans cette opinion que la grosse muraille n'était pas de pierre taillée, c'est ce passage de Bacqueville de la Potherie, relatif au monastère: « On a tiré la pierre des fondements ». Ce qui veut dire que le roc obtenu en creusant les nouvelles assises servit pour les murs. Or cette pierre délitée, comme celle d'ailleurs qui formait le sous-sol de la Haute-Ville, ne se prêtait guère à la taille parce qu'elle se feuilletait trop facilement.

C'est avec une fierté légitime que les Hospitalières durent emménager dans leur nouvelle demeure. Le monastère ne déparait pas, loin de là, ce quartier de la capitale qui possédait déjà trois édifices assez considérables: le Séminaire d'un côté, en face le Collège des Jésuites et le Palais de l'Intendance un peu plus bas. « Elles ont présentement, écrit Bacqueville de la Potherie en 1722, un très-beau bâtiment de pierre de taille, accompagné de deux Pavillons [le vieux dortoir de 1654 et le noviciat], qui coûte environ quarante-six mille francs... Ces Religieuses y ont travaillé elles-mêmes comme des Manœuvres, et les charrois ont été faits par leurs domestiques. On a tiré la pierre des fondements, ce qui leur a épargné plus de dix mille francs ». « Bâtiments très beaux et très spacieux », note à son tour le procureur du roi Nicolas-Gaspard Boucault.

Si les Religieuses n'avaient bâti qu'une moitié d'aile au nord de la cour, c'est parce que leurs ressources se trouvaient épuisées. Il eût fallu 10 000 francs pour compléter le couvent, au témoignage de Bacqueville de la Potherie, et Charlevoix, en 1720, opine que « selon toutes les apparences elles n'achèveront pas si tôt, faute de fonds ». Le parachèvement de l'aile se fit en 1738, en vue de la célébration du premier centenaire l'année suivante.

Pénétrons maintenant dans ces bâtisses et essayons d'établir la situation des pièces principales. Cette tâche va s'avérer plus difficile que pour l'hôpital car les plans intérieurs du monastère ne nous sont pas parvenus. Il faudra nous rabattre sur les indications, assez imprécises souvent, que peuvent nous fournir Kalm, la Mère Juchereau de Saint-Ignace et sa compagne de cloître, la Mère Duplessis de Sainte-Hélène.

Le premier étage

Voici les pièces, salles et services que nous plaçons au premier étage sans pouvoir indiquer exactement, dans la plupart des cas, s'il s'agit de l'aile de l'est ou celle du nord.

a — *Les réfectoires*

Il y avait d'abord celui des Religieuses. Peut-être se trouvait-il au nord car Kalm en

fait mention aussitôt après le noviciat. Voici en tout cas en quels termes il le décrit: « Le réfectoire ou salle à manger est garni de tables rangées le long des murs, et au centre, il y a une petite tribune sur laquelle je vois un livre français contenant la vie des saints du Nouveau Testament. Pendant le dîner toutes gardent le silence, à l'exception d'une des plus âgées, qui lit à haute voix du haut de la tribune. Le repas est suivi d'une lecture spirituelle. Chaque tablée tourne le dos au mur »[12].

Un détail noté chez les Ursulines auxquelles le savant suédois rend visite quelques jours plus tard, doit s'appliquer aux Hospitalières. Leur réfectoire, remarque-t-il, « est disposé de la même manière que dans les deux autres monastères [ceux de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital-Général]. Les tables sont munies en dessous de petits tiroirs dans lesquels chaque religieuse serre sa serviette, son couteau et sa fourchette et autres menus objets ».

Kalm ne parle que d'un seul réfectoire à l'Hôtel-Dieu, servant à toute la communauté. Les novices et les professes, les Sœurs converses mangeaient-elles dans la même salle que les Religieuses de chœur? Peut-être, mais pas aux mêmes tables, c'est certain.

La Mère Duplessis de Sainte-Hélène, pendant les repas, s'occupait à des ouvrages de broderie. Elle raconte un jour à son amie d'Abbeville, Mme Hecquet, qu'elle a déjà brodé 199 pales, de ces cartons garnis de toile blanche qui servent à couvrir le calice pendant la messe. « Comme je mange assez vite et que je suis servie une des premières, j'ai toujours fini avant les autres, et en attendant le signal pour plier les serviettes, je tire de ma poche un petit portefeuille où j'ai tout ce qui m'est nécessaire pour travailler. Je fais quelquefois fort peu de points, d'autres un peu davantage, et peu à peu j'en fais 6 ou 7 par an, et je m'en défais à mesure qu'elles sont achevées ».

Des personnes du monde étaient parfois admises à manger avec les Religieuses. Ainsi par exemple la femme de l'intendant Bochart de Champigny. « Elle venait souvent à nos récréations, écrit l'annaliste, et partageait avec nous les petits divertissements que nous prenions, avec une simplicité d'enfant, jouant les jeux les plus innocents, comme aurait fait une religieuse. Elle mangeait quelquefois au réfectoire où elle voulait être servie comme nous; mais surtout le Vendredi Saint, elle ne manquait pas de venir dîner à terre avec nous ».

Et la domesticité, où mangeait-elle? Le contremaître de la ménagerie, les ouvriers employés au dehors devaient prendre leurs repas dans une des bâtisses séparées qui s'élevaient sur le terrain de l'Hôtel-Dieu. Ceux qui travaillaient dans la maison, comme infirmiers et infirmières, garçons chirurgiens, apprentis chirurgiens internes, serviteurs, avaient leur réfectoire à eux, en dehors du cloître. Peut-être dans cette demi-aile attenante au chœur des Religieuses et dont la construction remontait à 1654.

A l'Hôpital-Général, sur le plan que nous a laissé M^lle^ de Saint-Ours, on ne voit qu'une salle à manger unique, près de la cuisine[13].

b — *La cuisine*

Elle était certainement située tout à côté du réfectoire. « L'étage inférieur, écrit Kalm qui veut dire par là le premier étage, contient la cuisine, la boulangerie, les dépenses, etc. ». Il semble n'y avoir eu qu'une seule cuisine pour les Religieuses et la domesticité, et pour les malades, ceux des salles et des pavillons. En temps ordinaire on servait en moyenne 350 repas par jour à l'Hôtel-Dieu.

c — *La dépense*

La dépense se distinguait du dépôt; elle était sous la charge d'une religieuse qui s'appelait Sœur Dépensière. On y gardait des provisions de bouche, mais seulement en quantité suffisante pour l'usage courant. Aussi les ustensiles nécessaires pour mesurer et dispenser ces provisions. A l'Hôpital-Général la dépense se trouvait à côté de l'apothicairerie; un corridor la séparait de la cuisine et de la boulangerie.

d — *La boulangerie*

Avant la reconstruction de 1695 le pain devait se cuire dans un four séparé des bâtisses. Du moins un passage des *Annales* nous porte à le croire. « Notre enclos était entouré de corps de garde, écrit la Mère de Saint-Ignace en parlant de la disette qui régna pendant le siège de 1690, et les officiers comme les soldats s'estimaient trop heureux quand nous leur donnions une écuelle pleine de légumes cuits. Nous en faisions bouillir dans des chaudières qui tenaient une barrique et on leur distribuait aussitôt. Ils venaient nous demander du pain et le prenaient dans le four avant même qu'il fût cuit ».

Après 1698 le four faisait partie des bâtiments puisque Kalm le place au premier étage. Il pouvait cependant être situé en dehors et ne s'ouvrir que dans la muraille. Les particuliers quelquefois, à cause du danger d'incendie, adoptaient cette méthode de construction. Ainsi en 1725 le Grand Voyer permet à Louis Dunière de « construire un four pour cuire environ deux minots de farine en pain, qui aura la bouche dans la cuisine de sa maison et saillira en son pourtour en point rond environ deux pieds ou deux pieds et demi ».

e — *Les parloirs*

Sur le plan de Chaussegros de Léry on remarque dans le carré d'angle, derrière les escaliers, une pièce largement ajourée. C'est un parloir avec sa grille, un parloir extérieur. Il y en avait plus qu'un. Kalm parle de « quelques chambres divisées par des grilles en fer ». Pendant les épidémies on plaçait des malades dans ces parloirs. Les affaires intéressant la communauté ou l'hôpital s'y transigeaient aussi. Nombre d'actes notariaux se terminent par une formule comme celle-ci: « Fait et passé au parloir extérieur dudit couvent et hôpital »; « Fait et passé à Québec, au parloir extérieur desdites Dames religieuses ».

Il y avait en outre des parloirs appelés *intérieurs,* chambres sans grille où certaines personnes étaient admises à converser avec les Religieuses. Des gens de qualité recevaient parfois l'autorisation de pénétrer dans le cloître, le gouverneur par exemple, l'intendant, des visiteurs étrangers comme Kalm. Quand leur ministère le requérait, le médecin du roi et son collègue Briault avaient leurs entrées libres dans l'enceinte du cloître.

Les parloirs intérieurs devaient être situés à l'autre extrémité de l'aile de l'est. C'est le passage suivant des *Annales,* relatif à la reconstruction du couvent, qui nous amène à le supposer: « On plaça dans le pignon du côté du nord-est, vers les parloirs, une plaque de plomb sur laquelle on avait fait graver un écrit composé par Monsieur de la Colombière ».

f — *Le corridor*

En dedans du quadrilatère, le long des deux ailes, courait un large corridor. Il desservait les pièces de l'étage et permettait aux Religieuses de se rendre à l'hôpital et, par l'hôpital, à l'église.

Le deuxième étage

Kalm dit que les trois étages du monastère étaient divisés « à l'intérieur en longs corridors, sur lesquels donnent, de chaque côté, des cellules, des salles et des chambres ». Il fait erreur quant au premier étage; le corridor y longeait le mur intérieur. Peut-être se trompait-il aussi pour le deuxième. Quoi qu'il en soit, voici les pièces que comprenait cet étage.

a — *La salle des assemblées*

« Elles tiennent leurs assemblées dans une grande salle », note le botaniste suédois. Cette salle devait correspondre à la *salle capitulaire* des monastères en France.

b — *La salle de couture*

« Dans l'étage du milieu, écrit toujours Kalm, il y a des chambres où elles passent la journée ensemble, la salle de couture surtout, qui est spacieuse, bien peinturée, bien ornée, et garnie d'un poêle en fonte. Elle s'y livrent à des travaux d'aiguille, de broderie, de dorure, à la fabrication de fleurs artificielles en soie qui imitent très bien les fleurs naturelles. En un mot, elles sont toutes employées à des

ouvrages délicats, convenables au rang qu'occupent ces dames dans la vie ».

c — *La salle de récréation*

A part la salle de couture, Kalm a remarqué d'autres chambres où les Religieuses passaient la journée ensemble. La salle de récréation devait être de celles-là.

d — *La lingerie*

A côté de la salle de couture nous placerons la lingerie, celle qui servait aux Religieuses. Il y en avait une autre dans l'hôpital, sous la mansarde. A propos de l'incendie de 1755 Casgrain écrit que la lingerie, celle de l'hôpital et celle de la communauté, «était surabondamment fournie d'effets de toutes sortes accumulés de longue main ».

e — *Les infirmeries*

« Une autre [salle], dit Kalm, est réservée pour celles qui sont indisposées, mais si la maladie a un caractère dangereux, on soigne la patiente dans une chambre séparée ». L'annaliste de l'Hôtel-Dieu fait mention à maintes reprises de « notre infirmerie », de « nos infirmeries ».

En 1700, la sœur Marie Barbier, religieuse de la Congrégation, vient de Montréal pour se faire opérer d'une tumeur au sein par Sarrazin. Elle se retire dans le monastère. « Nous eûmes un fort grand soin d'elle, écrit la Mère de Saint-Ignace. Tout le temps que dura sa maladie, elle coucha dans une de nos infirmeries, et toutes les Religieuses de cette Maison, qui connaissaient déjà la vertu de cette pieuse fille, s'édifiaient beaucoup de sa conversation et s'empressaient de lui tenir compagnie et de lui rendre service pour profiter de ses saints entretiens ». En 1714, autre opération par Sarrazin pour tumeur du sein, cette fois sur une Hospitalière de Montréal. « Une bonne veuve de Montréal l'accompagna dans le voyage, raconte l'annaliste. On lui avait préparé ici une infirmerie où elle fut toujours en particulier, soignée par deux de nos religieuses qui n'omirent rien pour la soulager et pour la servir le plus agréablement qu'il fut possible ».

Des femmes du monde parfois étaient reçues dans l'infirmerie du monastère. Par exemple Marie-Elisabeth le Moyne de Longueuil, en 1704, venue de Montréal pour consulter, elle aussi, Michel Sarrazin. « Nous ne fîmes aucune difficulté de la recevoir dans notre infirmerie, où elle demeura deux mois avec nos religieuses malades qu'elle édifia beaucoup ».

En temps d'épidémie des malades du sexe féminin étaient reçues dans l'infirmerie des Religieuses. Il devait y avoir une infirmerie dans le noviciat, pour les novices et professes. A l'Hôpital-Général, l'infirmerie des Religieuses se trouvait à côté de la salle de communauté et les appartements du noviciat comprenaient trois « petites chambres pour infirmerie ».

f — *Le dépôt des archives*

« Il y a encore nombre de salles et de chambres dont je ne me rappelle plus la destination », écrit Kalm. Parmi elles devait se trouver le dépôt des archives. Les Hospitalières étaient obligées, de par leurs constitutions, d'avoir « un coffre dans lequel seront gardés les titres et les papiers de la maison; et ce coffre aura trois clefs différentes, l'une pour la Mère, l'autre pour la Dépositaire et la troisième pour l'Assistante... et que jamais on ne tienne quelque somme notable hors de ce coffre »[14].

Les archives et papiers originaux de l'Hôtel-Dieu étaient renfermés dans quatre caisses. « La première contenait les titres sur parchemin de la seigneurie de Saint-Augustin adjugée aux pauvres de l'Hôtel-Dieu en 1734, pour le prix de dix-neuf mille livres, ainsi que les contrats des habitants et leurs procès-verbaux. La deuxième contenait les contrats des tenanciers de la ville, et les anciennes donations faites aux pauvres. Dans la troisième étaient tous les marchés, anciens et nouveaux, des ouvrages et entreprises de l'hôpital, et enfin dans la quatrième les comptes des commissaires, et de plusieurs particuliers, ainsi que les actes capitulaires concernant les affaires de

l'hôpital »[15]. Ces documents précieux furent détruits en 1755, dans l'incendie qui dévora la maison.

g — *La bibliothèque*

L'Hôpital-Général de Montréal possédait, en 1719, plus de 100 volumes. A l'Hôtel-Dieu on avait des livres aussi; mais où les gardait-on? En 1732, la Mère Duplessis de Sainte-Hélène, écrivant à l'abbé de Montigny en France pour le remercier de divers envois, ajoute: « Les livres aussi sont bien choisis ». Plus tard, en 1750, elle demande à Mme Hecquet de lui envoyer un ouvrage du P. Louis Chardon.

h — *La galerie*

« L'étage du milieu, dit Kalm, est entouré d'une galerie où les religieuses ont la liberté d'aller prendre l'air. Du couvent on a une fort belle vue de tous côtés sur la rivière, les champs et les prairies en dehors de la ville ».

En 1710, un personnage anglais du nom de Nicholson, envoyé des colonies voisines, reçut la permission de visiter le cloître. Se promenant sur la galerie, il aperçut en bas dans le jardin une statue de saint Michel. Au grand scandale des Religieuses qui l'accompagnaient, il traita l'archange de *gaillard* et assura qu'un jour prochain ses compatriotes viendraient l'abattre avec un canon.

Le troisième étage

« Les cellules des religieuses sont au troisième, elles sont petites, non peinturées en dedans et ornées d'images de saints, en papier, et d'un crucifix. Un lit à rideaux et garni de bonnes couvertures, un petit pupitre, une chaise ou deux en forment tout l'ameublement ». Dans cette énumération Kalm oublie le prie-dieu.

Les greniers

Les greniers du couvent servaient de séchoir et de magasin, comme les combles de l'hôpital, et constituaient avec les caves le dépôt de la communauté. « Dans les greniers, dit Kalm, on conserve les grains et fait sécher le linge ».

(à suivre)

EN DEVOIR

Entre les mains des médecins

Au cours des discussions parmi les médecins d'un littoral à l'autre du pays, la question du projet concernant le service médical payé d'avance continue d'être le sujet principal — et la perspective en devient de plus en plus brillante.

Les médecins ont un tel intérêt en jeu dans le projet en question, tant au point de vue financier que celui de la politique, que l'intérêt croissant est très naturel. Les discussions et l'intérêt, en dedans comme en dehors de la profession, ont déjà apporté beaucoup de suggestions utiles, en vue d'amener une amélioration dans l'état des choses. Il faut espérer que cela continuera.

Le principe le plus important — et celui qui a exercé une influence si décisive dans la formation des Services Médicaux Trans-Canada — est le principe de la liberté professionnelle du docteur et de l'intimité de la relation entre le docteur et le patient.

L'on peut remarquer, naturellement, que ces mesures prises volontairement au sujet du service médical payé d'avance constituent une brèche dans l'intimité de cette relation. Afin de demeurer solvable, ce programme doit se réserver le droit de faire l'examen critique des honoraires du médecin et d'analyser le service sur lequel ils sont basés. Mais cette intrusion dans la relation intime entre le docteur et le patient peut être à peine comparée au plan, en vertu duquel les médecins seraient, soit payés par le gouvernement ou possèderaient des listes de clients, dressées d'avance, d'après lesquelles ils seraient rémunérés ou se tiendraient responsables au gouvernement national.

L'appui professionnel apporté au projet du service médical payé d'avance — de même que la participation publique — croît avec persistance. En constatant le fait, les médecins naturellement discutent de la chose entre eux et s'informent auprès des administrateurs du plan de la stabilité financière à longue portée du programme. Peut-être la question qui se pose le plus fréquemment est celle-ci: « Est-ce qu'un tel projet est censé couvrir les visites à domicile et au bureau, aussi bien que les services médicaux dans les hôpitaux? »

A ce sujet, l'observation qu'il n'y a pas de réponse toute prête ou de méthode économique empirique pour déterminer l'étendue du service que le projet doit couvrir, est même au-dessous de la vérité. Cependant, il y a quelques facteurs qui méritent la peine d'être considérés.

D'abord, il y a la considération de ce que le peuple canadien espère recevoir, ou s'attend à recevoir, en ce qui concerne les services médicaux, en échange de leur argent. Le cours de l'opinion publique, observé dans le monde entier, révèle que l'humanité s'attend à recevoir davantage. Mais combien plus? D'aucuns remarquent avec beaucoup de justesse d'ailleurs que ce dont le public a besoin est l'assurance contre la catastrophe. La maladie qui occasionne de grosses dépenses est généralement associée aux soins des hôpitaux et du service médical dans les hôpitaux. C'est pourquoi, si le plan du service médical payé d'avance comprend les soins pendant le séjour à l'hôpital, il empêchera probablement la banqueroute dans le cas d'une personne submergée par des factures médicales.

La question se pose encore: si le projet du service médical payé d'avance constitue le plan alternatif à celui de la médecine contrôlée par le gouvernement avec ses désavantages, est-ce que l'assurance des soins donnés dans l'hôpital est suffisante? La réponse d'un grand nombre de gens est 'non!'. Ceux qui sont en faveur de l'assurance pour la santé nationale — qu'elle soit volontaire ou obligatoire, payée d'avance ou payée par la taxe, ou une combinaison des deux procédés — croient fermement que cette mesure élèvera le niveau de la santé dans le pays. Beaucoup de patients éviteraient

un séjour à l'hôpital, s'ils pouvaient se sentir plus à l'aise, économiquement parlant, pour consulter un médecin pendant les premiers stages d'une maladie, surtout avant qu'elle n'atteigne des proportions alarmantes. De plus, l'on ne peut s'attendre à ce que la médecine préventive ait son plus grand résultat possible sous un programme d'assurance couvrant seulement les soins dans l'hôpital.

Si la thèse se trouvait réduite à ses caractéristiques les plus simples, et peut-être même simplifiée outre mesure, elle pourrait se résumer comme ceci: ce n'est pas tant une question de ce que les médecins décident au sujet des besoins du public, mais de ce que le public lui-même désire, et aussi de ce que la profession elle-même, le gouvernement et le public peuvent fournir respectivement. Cela comporte un compromis de la part de toutes les trois parties en cause.

Une autre question se pose: mais si l'assurance couvrant les soins dans l'hôpital ne suffit pas, le plan du service médical payé d'avance peut-il comprendre aussi des visites à domicile et au bureau, sans faire banqueroute?

Ceux dont la réponse est négative offrent comme raison le nombre des trivialités qu'entraîne le projet, et qui augmentent les dépenses administratives. Ils signalent aussi les abus de la part de quelques-uns. Du point de vue de la statistique, un plan, pour être solvable, doit exiger que ses membres paient la somme de leurs factures médicales et aussi de quoi suffire aux besoins de l'administration. Le bon état des finances dépend aussi du niveau du tarif. Naturellement, pour faire face au besoin social et économique qui a suscité sa formation, un plan ne peut fixer un prix en dehors du cours du marché. Mais il a toujours à sa disposition l'ajustement du tarif.

L'on manifeste quelquefois de l'inquiétude au sujet des réserves financières du plan du service médical payé d'avance. Mais comme l'a fait remarquer notre directeur récemment: « Nous avons des réserves qui couvrent deux ou trois mois de dépenses. Cependant, la réserve la plus importante que nous possédions est constituée par les docteurs qui sont nos médecins participants. Ce n'est pas tant de l'argent en réserve, mais les médecins supportant notre organisation qui garantissent notre avenir. »

Le plan du service médical payé d'avance est à un stage si peu avancé, comparé à d'autres entreprises dans le monde des affaires, qu'aucune déclaration à cette heure des résultats de son œuvre ne peut être considérée comme finale. Cependant, même les faits observés au cours de ces premiers efforts rempliraient des volumes, et ont fait ressortir cette vérité: le succès du plan est entre les mains du médecin. « Si les médecins découragent tout traitement superflu, et se montrent consciencieux eu faisant des comptes détaillés, ils s'acquittent de leur tâche, » déclare un des directeurs du plan. « Le reste est l'affaire des administrateurs. » Il signala aussi que l'abus du plan par les médecins est si rare que seulement un sur 200 comptes exige plus que la routine coutumière pour être vérifié, d'ordinaire à cause des renseignements incomplets ».

Ce que l'avenir réserve à l'égard du plan du service médical payé d'avance, des Services Médicaux Trans-Canada et leurs affiliés, n'est pas tout à fait certain. Mais ces trois considérations en ressortent:

— Le plan médical payé d'avance est la proposition que les médecins offrent contre la médecine contrôlée par le gouvernement: d'ici un an l'un des deux plans subsistera.

— Le succès du plan réside entre les mains des médecins.

— Plus grande est l'étendue d'un plan, plus favorable est sa chance de satisfaire le besoin social et économique qui suscite sa formation.

LES RELATIONS PUBLIQUES D'UN MÉDECIN

Les journaux, par la façon dont ils traitent les nouvelles médicales, influencent beaucoup les sentiments du public envers les médecins. C'est pourquoi les réflexions d'un journaliste qui s'intéresse aux affaires médicales, sont

dignes d'attention. Au cours d'une conversation, il déclara récemment:

» A moins que les médecins soient prêts à mettre leurs patients plus qu'auparavant dans le secret, ils doivent s'attendre à recevoir des critiques injustes. Il me vient à la mémoire un exemple, qui est extrême peut-être, mais qui comporte la question du traitement des patients chroniques et aussi combien un médecin doit révéler à un mourant. Le point essentiel, selon moi, est que les médecins peuvent rendre un grand service à leur profession en donnant à leurs patients plus de renseignements sur leur état.

» Il n'y a pas longtemps de cela, un jeune couple vint me voir au bureau. Ils n'étaient pas des gens peu avisés, mais ils étaient en proie à une attaque de nerfs. Ils avaient lu mon article concernant plusieurs histoires médicales, et vinrent à moi comme dernière ressource.

» La mère de la femme était affligée d'une maladie de cœur et se trouvait dans un état sérieux. Récemment elle avait montré une légère amélioration. Cependant, le docteur l'avait fait transférer de sa chambre dans un grand hôpital moderne à une institution pour les patients chroniques. Naturellement, elle reçut un peu moins de l'attention coutumière. Bientôt son état commença à empirer. Sa fille, déjà soucieuse, devint folle d'anxiété. Selon elle, le transfert et le changement de soin médical avaient été la cause du dépérissement de sa mère. Elle demanda que celle-ci soit ramenée à son ancien hôpital, où elle recevrait les soins nécessaires. Ce fut alors que le médecin lui déclara que rien ne pouvait être tenté pour sauver sa mère qui se mourait. La fille répondit que cela n'était qu'une excuse et alla consulter les surintendants des deux hôpitaux. Ils vérifièrent les faits et répétèrent le diagnostic du médecin. Mais rien ne put réconforter le jeune couple. Par la suite ils eurent beaucoup à dire au sujet de l'indifférence du médecin et des deux institutions respectives.

» Je fis une enquête personnelle, et voilà ce que je constatai: la mort de la patiente avait été prévue par le médecin quelques mois auparavant, mais il n'avait rien dit soit à la patiente ou à sa fille. A vrai dire, la fille n'avait aucune conception de l'état très grave de sa mère. Alors quand vint le moment où le médecin se vit forcé de la mettre au courant de la situation, la pensée de la femme, obscurcie par l'émotion, considéra la confidence du médecin comme « une excuse » pour cacher des soins insuffisants. Je découvris plus tard que depuis quelques mois déjà la patiente avait vécu « en retard de sa dernière heure », et il était difficile, au point de vue médical, d'expliquer comment elle tenait encore en vie.

« Vous pouvez vous imaginer, naturellement, les réflexions du jeune couple à l'égard des médecins. Ce qui est tragique dans cette affaire, c'est que toute cette amertume aurait pu être évitée. Je suis au courant du travail accompli par les médecins, individuellement et collectivement, et je déteste l'idée de les voir devenir la cible de ressentiment dans un cas pareil, pour cause non pas de l'incompétence médicale, mais du manque de considération au facteur relations publiques. Les patients ont le droit d'être dans la confidence du médecin. »

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. Med. Psychol. », **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

J. L. WILSON, H. F. ROOT et A. MARBLE. — **Néphropathie diabétique.** *(Diabetic Nephropathy.)* "The New England Journal of Medicine", **245:** 513 (4 octobre) 1951.

Kimmelstiel et Wilson, en 1936, ont décrit un syndrome rénal d'étiologie à la fois infectieuse et dégénérative et qui se caractérisait microscopiquement par une glomérulosclérose intercapillaire. Dans cette étude, les auteurs suggèrent, pour remplacer la nomination: syndrome de Kimmelstiel et Wilson, celle de néphropathie diabétique.

En effet, on ne le rencontre que chez les diabétiques et, surtout, chez les jeunes diabétiques de trente à quarante ans atteints d'un diabète grave et mal surveillé depuis de nombreuses années.

Au point de vue clinique et dans l'ordre chronologique, ce syndrome présente les symptômes et les signes suivants : albuminurie, fragilité capillaire, hémorragie rétinienne, œdème périphérique, hypertension, augmentation de l'urée sanguine, et le malade meurt d'urémie, ou de défaillance cardiaque, ou d'hémorragie cérébrale.

Au point de vue anatomie pathologique, on rencontre un ensemble de lésions de pyélonéphrite, d'artériosclérose et de glomérulosclérose intercapillaire.

Sur 247 diabétiques suivis, 62, soit 25 pour cent, présentèrent ce syndrome. Tous étaient des jeunes patients de 18 à 30 ans et qui étaient atteints depuis longtemps. Les auteurs attirent cependant l'attention sur un fait très important: c'est qu'aucun cas de néphropathie ne fut trouvé chez les diabétiques qui avaient toujours été bien contrôlés.

Maurice COMEAU.

I. J. WOOD. — **Valeur de la biopsie gastrique au cours de l'étude de la gastrite chronique et de l'anémie pernicieuse.** *(Value of gastric biopsy in the study of chronic gastritis and pernicious anaemia.)* "Brit. Med. Journ.", 4735; 823 (6 oct.) 1951.

Les A. ont entrepris cette étude chez des femmes de 35 à 60 ans qui accusaient, depuis quelques années, des symptômes dyspeptiques vagues et chez qui l'examen révélait une douleur diffuse à l'épigastre; investigations radiologiques négatives, anachlorhydrie persistante, examen gastroscopique sans résultat, diagnostic bien net.

Ils prélèvent un fragment biopsique au niveau de la grande courbure du corps de l'estomac, intéressant la muqueuse seulement. Seulement 6 cas d'hématémèses ou de mélœna facilement contrôlés sur 552 biopsies.

Les A. ont trouvé 3 principaux types de lésions sur la muqueuse gastrique et les ont classifiés du point de vue histologique: gastrite superficielle, gastrite atrophique, atrophie gastrique. Ils en décrivent les particularités cliniques et histologiques:

Dans l'anémie pernicieuse, les A. ont trouvé:

1) une atrophie importante de la muqueuse gastrique avec tendance à la métaplasie intestinale;
2) absence complète ou presque complète des modifications inflammatoires observées dans la gastrite superficielle et la gastrite atrophique;
3) la muqueuse ne laisse voir aucune tendance à la régénération même après traitement standard durant plusieurs années (foie de veau ou vitamine B_{12}).

Les A. concluent que l'on doive rattacher les symptômes, accusés par le malade, aux lésions histologiques décrites. La gastrite superficielle peut guérir ou évoluer vers la gastrite atrophique. Celle-ci persiste ordinairement et ne laisse voir que peu de tendance à la guérison. Enfin l'atrophie gastrique est un phénomène permanent dont l'étiologie reste à élucider. Si l'on découvrait le moyen de prévenir son apparition, peut-être pourrait-on prévenir l'établissement de l'anémie pernicieuse et même de la dégénérescence combinée subaiguë de la moelle.

Gilles GOSSELIN.

K. A. BAIRD. — **Le rhume banal.** *(The common cold.)* "Int. Record of Med. and General Practice", **164:** 417 (août) 1951.

Il est généralement admis que le rhume banal débute par une infection à virus qui se complique dans la suite par l'action des bactéries. Ceci n'est pas à l'encontre de la conception qui veut que le rhume soit une réaction de type allergique. L'auteur de cet article, qui s'est occupé particulièrement de cette question pendant plus de 25 ans, démontre ici que, dans les voies respiratoires supérieures des gens sujets au rhume, existe une hyperplasie de la muqueuse et des tissus lymphoïdes accompagnée d'une congestion et d'un écoulement constants de l'arrière-gorge. A ce phénomène, l'auteur donne le nom de sinusite chronique en soulignant que dans son esprit ce mot a plus d'extension que la sinusite chronique dont parlent les spécialistes en oto-rhino-laryngologie. Il explique alors que certaines gens peuvent souffrir de sinusite chronique sans avoir de symptômes locaux mais bien des répercussions dans d'autres parties de leur organisme. Ces personnes ne savent pas la cause de leur maladie chronique et ne sont conscientes de leurs sinus malades que lors d'un épisode aigu.

Chez les patients victimes de rhumes à répétition, il a été prouvé qu'on peut obtenir une amélioration et, souvent même, une guérison dans presque 100 pour cent des cas en faisant usage des « vaccins sensibilisés ». S'il en est qui n'ont pas réussi avec cette thérapeutique, leurs échecs sont nés de l'une ou plus des trois causes suivantes:

1° On a employé un antigène faible ou nul.

2° On a donné les injections par voie intramusculaire alors qu'on doit administrer le médicament par voie sous-cutanée.

3° On a donné un dosage insuffisant. Pour cette sorte de vaccin, il faut que la première dose soit plus forte que la dernière de tout autre vaccin et augmenter cette dose à chaque injection subséquente.

Avec un traitement adéquat, le patient peut demeurer de 2 à 5 ans sans avoir le rhume et, s'il en a un, il est vite contrôlé et les complications beaucoup diminuées par une nouvelle injection. C'est une réaction antigène-anticorps.

Le produit dont il est ici question est le « H. influenzae Serobacterin Vaccine mixed » (No 4570), Sharp & Dohme.

Blandine-Yvette GOSSELIN.

André LEMAIRE. — **L'adénite subaiguë bénigne de nature inconnue.** "Information Médicale et para-Médicale", **2:** 1 (2 mai) 1950.

Il s'agit ici d'une maladie dont la cause proviendrait, présume-t-on, d'un ultra virus transmis par les griffes de chat bien que cela n'ait pas toujours été prouvé dans les cas rapportés.

Cette maladie présente comme symptômes principaux une adénite subaiguë suppurée, dure, peu ou pas douloureuse, ne touchant qu'un ganglion superficiel et parfois 2 ou 3 mais jamais les ganglions situés en profondeur ni les autres organes lymphoïdes. Le ganglion intéressé peut atteindre la dimension d'un œuf de pigeon et même d'une mandarine. Cette adénite s'accompagne d'une petite élévation de température, d'une neutropénie et d'une atteinte légère de l'état général. Le seul moyen d'en faire le diagnostic précis réside dans l'intradermo-réaction qui est pathognomonique de cette affection. N'ont une réaction

positive que les gens qui souffrent de cette maladie spécifique. L'intradermo-réaction se fait en injectant l'antigène préparé à partir du pus ganglionnaire. L'auréomycine est dans cette affection un médicament bien recommandable.

Blandine-Yvette GOSSELIN.

Arthur L. GRAPPER, A. SURTSKIN et J. T. HEDRICK: **Effets du Veriloid sur l'hypertension essentielle.** *(Effects of Veriloid on Essential Hypertension.)* "J. A. M. A.", **87:** 789 (juin) 1951.

Le Veriloid, une fraction alcaloïde purifiée du Veratrum viride, est un médicament qui s'administre par voie orale dans la maladie vasculaire hypertensive essentielle. Ce médicament abaisse la tension sanguine pour une période allant jusqu'à 5 mois et ce avec une tolérance plus grande que toute autre préparation à base de Veratrum viride.

Les symptômes d'intolérance sont les nausées, brûlements d'estomac, vomissements et hypersalivation. Une étude de 35 patients souffrant d'hypertension essentielle démontre que le Viriloid a provoqué, dans plusieurs cas surtout au début du traitement, un abaissement de pression associé à une diminution marquée du rythme cardiaque. Avec le temps, l'effet du Veriloid devient moins apparent. Les symptômes d'intolérance n'apparaissent qu'après plusieurs semaines de traitement et disparaissent avec la cessation de la médication mais ne réapparaissent que tard après la reprise du traitement. Parmi le groupe de patients hospitalisés, il en est 12 qui ont vu leur diastolique abaissée d'au moins 12 mm. Hg.; parmi les cas ambulatoires, 6 ont montré des résultats semblables.

Blandine-Yvette GOSSELIN.

PHTISIOLOGIE

R. S. JONES et F. H. ALLEY. — **Le rôle des bronches dans la tuberculose pulmonaire.** *(The Role of the Bronchi in Pulmonary Tuberculosis.)* "Amer. Rev. of Tuberculosis", **63:** 381 (avril) 1951.

Les auteurs basent leurs opinions sur 305 cas qu'ils ont traités. Ils parlent des formes variées de bronchite tuberculeuse et du rôle des bronches dans la pathogénèse de la tuberculose pulmonaire. D'abord, le premier facteur est l'agent infectant (le bacille: sa quantité, sa virulence), ensuite le sujet atteint (son âge, sa résistance, son hypersensibilité, son immunité et sa structure anatomique).

De ces 305 malades, il y a eu 105 autopsies et 200 opérations sur les poumons. Ce rapport fait mention de toutes les formes de lésions sans égard à leur plus ou moins grande importance.

Les auteurs nous font part aussi des cas qui, au point de vue pathogénique, relèvent de la théorie de la dissémination par voie lymphatique, et de la théorie de l'implantation. Ils ont constaté des T. B. bronchiques par et sans contage parenchymateux. Ils admettent que ce sont les petites bronches qui sont en plus grand nombre atteintes et plus gravement. Mais la tuberculose touche plus souvent les grosses bronches. Il y a sûrement des cas où il existe de la T. B. bronchique sans une atteinte parenchymateuse. C'est une étude très intéressante de cette question si passionnante depuis que l'on peut, au moyen du bronchoscope, voir les désordres causés par le bacille de Koch au niveau des bronches.

Paul René ARCHAMBAULT.

P. LEFEVRE et D. PELTIER. — **Infiltrats discrets pauci-bacillaires récidivants après streptomycine — continuation de l'évolution cyclique de la tuberculose.** "Revue de la Tuberculose", **15:** 259 (mars) 1951.

Les auteurs font d'abord un rappel de la motion de la nocivité de la streptomycine dans le traitement prolongé des lésions cavitaires. Ils émettent ensuite la notion de la continuation de l'évolution du cycle de la tuberculose malgré un nettoyage apparent par la streptomycine. Ils notent que, dans dix cas de lésions nodulaires discrètes traitées par 30 à 120 gm. de streptomycine, ces malades avaient présenté des expectorations positives 3 mois à 1 an après. La streptomycine nettoie le phénomène congestif autour des nodules qui,

dès lors, n'apparaissent plus aux radiographies mais le foyer caséeux demeure et évolue vers la cicatrisation spontanée ou non.

D'où la conclusion de la cure prolongée ou d'un traitement chirurgical même pour les lésions discrètes, avec orientation sanatoriale et surveillance après traitement, et crainte de créer prématurément des streptomycino-résistances dans les lésions minimes.

Jacques GOUGOUX.

N. RIST, P. VERAN, B. BALLET, F. GRUMBACH et R. TRICHEREAU. — **La résistance du bacille tuberculeux à l'acide para-amino-salicylique (P. A. S.)** "La Presse Médicale", **59:** 21 (13 janvier) 1951.

Il existe assez souvent, au cours d'un traitement antituberculeux par le P. A. S., une phase de 2 à 3 mois de magnifiques résultats, puis plus tard une phase où la maladie est stationnaire sinon aggravée. Serait-ce le début d'une bacillo-résistance au P.A.S.? L'accord n'est pas fait, puisque de nombreux auteurs croient que, contrairement à la streptomycino-résistance qui est fréquente, la résistance du bacille de Koch au P.A.S. est plutôt rare et encore très tardive. Cet optimisme paraît exagéré d'après de récentes statistiques. Il s'ensuit que l'on devrait choisir les cas de T. B. pulmonaire avant de commencer un traitement par le P.A.S., parce que cette résistance est irréversible aussi longtemps que dure le traitement. Il n'est donc pas indiqué de le continuer. Il serait, par conséquent, indiqué de réserver cette thérapeutique à des formes non cavitaires et occasionnellement dans les formes cavitaires en vue de préparer ces malades à une collapsothérapie chirurgicale. La principale indication du P.A.S., c'est de l'associer à la streptomycine puisque le P.A.S. retarde l'apparition de cette streptomycino-résistance qu'il faut toujours éviter.

Paul René ARCHAMBAULT.

CHIRURGIE

Georges THOMERET. — **La "ressuscitation".** "Journal de Chirurgie", **67:** 702 (octobre) 1951.

Le problème des morts subites opératoires mérite une mise au point. Pour qu'il y ait «ressuscitation» possible, la cellule cérébrale ne doit pas avoir subi une anoxie de plus de 5 minutes. On doit donc entretenir la vie cellulaire par la circulation artificielle immédiate: par le massage du cœur, en attendant que celui-ci reprenne ses battements.

Les causes des syncopes sont complexes et mal connues; tous les anesthésiques peuvent en provoquer (chloroforme surtout, mais souvent aussi la rachi-anesthésie, le cyclopropane). Quelque soit la cause, l'anoxie y tient toujours une place importante. On peut diminuer le risque de syncope par: le maintien d'un pourcentage suffisant d'oxygène au cours de l'anesthésie, le maintien de la pression artérielle (éphédrine), le remplacement du sang versé par transfusion de sang ou sérum, systématiquement; de plus, on diminue le risque de syncope réflexe par la prémédication.

Les signes de présomption d'arrêt du cœur (paleur intense, mydriase complète, arrêt du pouls et de la pression) doivent faire donner l'alarme par l'anesthésiste vigilant, qui installe immédiatement la respiration artificielle par intubation et insufflation d'oxygène pur.

Le chirurgien doit immédiatement vérifier l'arrêt du cœur par la palpation d'une grosse artère, l'auscultation; s'il ne perçoit rien, palper le cœur directement. Ceci est facile en chirurgie thoracique ou abdominale. Dans tous les autres cas, il faut faire une incision médiane sus-ombilicale, palper le cœur à travers le diaphragme: si de faibles battements subsistent, injecter: ½ milg. d'adrénaline associée à 10 cc. de novocaïne à 1% (ne jamais employer l'adrénaline d'emblée, comme autrefois, sans tenir le cœur en main; elle peut déclencher la fibrillation). Si le cœur est arrêté, le masser par pressions rythmées (30 à 40 par minute) contre la paroi thoracique. Cette méthode suffit très souvent à faire repartir le cœur. Si, à la 4ème minute, le cœur n'est pas reparti: brancher sur l'incision précédente une incision thoracique coupant le rebord costal cartilagineux, ouvrant le 6ème espace; inciser le diaphragme, ne pas ouvrir le péricarde; reprendre le massage direct.

En même temps que ces manœuvres: injecter 20 cc. de Novocaïne à 1% dans le péricarde et autant dans la circulation veineuse pour éviter le risque de fibrillation. Si celle-ci n'est pas évitée ou existe d'emblée, il faut défibriller par électrocution du cœur à petits chocs répétés jusqu'à l'arrêt complet en diastole (on peut employer des électrodes de fortune — écarteurs par exemple — placés sur deux faces opposées du cœur et branchées sur le courant de la ville — alternatif 110 ou, de préférence, 220). Si le cœur reste, au contraire, atonique malgré le massage, il faut essayer le chlorure de Ca intraveineux (2 cc. à 10%); s'il n'agit pas, l'adrénaline. Il ne faut jamais abandonner tant qu'on obtient une réponse.

Il semble que trop de chirurgiens hésitent à employer cette méthode. Pourtant, tout service de chirurgie moyen a environ deux cas de syncope par an. Or le massage du cœur permet la survie dans 30 pour cent des cas.

Paule REGNAULT.

NEURO-PSYCHIATRIE

C. L. CONLEY et J. R. KREVAUS. — **Manifestations neurologiques de l'anémie pernicieuse apparues durant l'administration de multivitamines.** *(Development of neurologic manifestations of pernicious anemia during multivitamin therapy.)* "New Eng. Journal of Medicine", **245:** 529 (4 octobre) 1951.

Conley et Krevaus observèrent, au « Johns Hopkins Hospital », cinq cas présentant des manifestations neuro-anémiques sans anémie concomitante. Tous les cinq malades prenaient, quotidiennement et depuis des périodes plus ou moins longues, des comprimés contenant de l'acide folique en plus des nombreuses vitamines habituelles.

Les traitements avaient été conseillés d'une façon empirique par leur médecin contre la faiblesse qu'ils présentaient tous au début de leur maladie. Des études ont prouvé que l'acide folique peut obvier à la carence sanguine, mais n'a aucun effet sur les signes neuro-anémiques.

Comme la plupart de ces préparations sont annoncées par les maisons pharmaceutiques comme vitamines et non comme antianémiques, elles sont trop souvent présentées comme médication tonifiante, et provoqueront, à l'avenir, de plus en plus de difficultés dans le diagnostic de l'anémie pernicieuse.

Maurice COMEAU.

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.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 4 décembre 1951.

Tenue à l'hôpital Saint-Luc.

Présidence du Dr P.-R. Archambault

Péritonite aiguë.

M. Marcel LAMOUREUX

M. Lamoureux fait une revue de l'anatomie et de la physiologie du péritoine et mentionne son très grand pouvoir d'absorption des électrolytes. Le diagnostic de péritoine primaire est plutôt rare. La péritonite secondaire se rencontre beaucoup plus fréquemment. Les signes cliniques se résument à la douleur, de la sensibilité, de la rigidité, et des spasmes au niveau du processus inflammatoire. Très souvent, les nausées apparaissent accompagnées de température, frissons, arrêt des matières et des gaz, hyperleucocytose.

M. Lamoureux mentionne tous les diagnostics différentiels à faire, ce qui veut dire un bon examen général du malade et surtout un questionnaire détaillé. S'il y a indication opératoire, il faudra également bien préparer le malade, vérifier l'équilibre électrolytique et l'état cardiovasculaire.

Traumatismes abdominaux.

M. Laurent ARCHAMBAULT

M. Archambault divise les traumatismes abdominaux en trois catégories, les directs, indirects et pénétrants. Très souvent, le malade est en état de choc, secondaire à une hémorragie. Il importe de localiser la douleur, de combattre l'état de choc par des sérums-plasmas, aspirer les sécrétions gastriques au besoin, calmer le malade. Dans la plupart des cas, la laparatomie précoce sauvera plusieurs malades.

Hémorragies intra-péritonéales.

M. Gérard SAINT-ONGE

Les symptômes du début sont très importants et doivent être notés par le médecin de famille, que ce soit pour les occlusions, la péritonite ou l'hémorragie intrapéritonéale. Les hémorragies intrapéritonéales peuvent être consécutives à une grossesse extra-utérine, un hématocèle pelvien, une rupture d'anévrysme, une rupture vasculaire ou une pancréatite aiguë hémorragique — ou un excès de dicoumarol. Ici, il s'agit d'évaluer l'hémorragie à l'aide de la clinique et du laboratoire et d'intervenir, s'il y a lieu.

Occlusions intestinales.

M. René ROUX

L'occlusion peut être une carnique simple par strangulation au peurogénique. Très souvent, elle survient à la suite d'une hernie étranglée, d'une sténose inflammatoire. Dès les premiers symptômes d'occlusion, lesquels sont la distension abdominale, le tympanisme, l'arrêt des matières et des gaz, la température élevée, il faut surveiller l'état général de la malade, et surtout l'équilibre électrolytique très facilement troublé par une déshydratation et une mauvaise absorption et une mauvaise élimination des ions Cl et sodium. Dans tous les cas d'occlusion, il faut un examen complet et ins-

tituer un traitement le plus rapidement possible, donner des sérums, installer le tube de Miller Abbott pour vider le contenu stomacal. La mortalité est proportionnelle au début du traitement.

Le secrétaire des séances,
Pierre MARION.

LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Présidence du docteur Gordon Petrie

Séance de novembre 1951.

La Société d'Orthopédie et de Traumatologie de la Province de Québec a eu le très grand honneur d'accueillir, à Québec et à Montréal, un éminent orthopédiste italien, le professeur Francesco Delitala, et son assistant, le docteur Emilio Buccafusca, en novembre dernier.

Ils étaient délégués officiels de leur pays en Amérique et invités de notre société.

Le professeur Delitala est le directeur de l'Institut d'Orthopédie Rizzoli, de Bologne, il est le successeur du grand maître Vittorio Putti et le continuateur de la plus belle tradition scientifique, en ce qui regarde l'orthopédie et la traumatologie.

A Québec et à Montréal, il a été invité à présenter des communications scientifiques, qui ont été suivies avec le plus vif intérêt.

Ces communications étaient illustrées par des films vraiment merveilleux, quant au fond et à la forme.

Le film sur la luxation congénitale de la hanche est une monographie complète sur un sujet particulièrement familier à l'école de Bologne, qui se trouve située au centre d'une région où la luxation congénitale est très fréquente.

Depuis le traitement, dans son ensemble, jusqu'à la technique de l'immobilisation plâtrée, tout y apparaissait de la façon la plus démonstrative et didactique.

Un second film, sur une technique personnelle du traitement des pseudarthroses, illustre l'usage d'un clou intramédullaire d'un dessin spécial; clou qui reste en permanence dans le canal, et dont l'introduction n'exige pas qu'on le retire à une extrémité, par une contre-incision, cela grâce à un dispositif des plus ingénieux quoique simple.

Cette technique paraît particulièrement applicable au tibia, humérus et avant-bras, mais présente l'inconvénient d'un clou trop court au fémur.

Deux autres films illustraient le travail de recherche qui se fait à l'Institut Rizzoli, de Bologne, véritable travail d'avant-garde, dont les résultats encore trop récents, ne permettent pas de conclusions pratiques définitives.

Il s'agissait d'un film sur l'emploi d'un toit métallique dans les luxations congénitales anciennes de la hanche et d'un autre film, dont la technique plus audacieuse encore, consiste en des substitutions articulaires et épiphysaires par des prothèses métalliques.

Les résultats immédiats ont paru satisfaisants et ces dernières communications ont certainement le mérite de montrer qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine de la recherche.

Les contacts avec cet éminent Professeur et son assistant ont été révélateurs pour ceux qui n'ont pas eu l'avantage de visiter cette grande école de Bologne et nous gardons un agréable souvenir de la belle personnalité, qu'est le professeur Delitala et de l'amabilité de son assistant.

ASSOCIATION DES MÉDECINS CANADIENS EN FRANCE

Réunion du 16 octobre 1951.

Cette séance était la première de la saison. Le nouveau directeur intérimaire de la Maison Canadienne, M. Lamontagne la rehaussait de sa présence. M. Charpentier, Attaché de presse et des Affaires culturelles, est venu nous apporter le témoignage de sa sympathie.

L'assistance était particulièrement nombreuse et choisie et plusieurs jeunes femmes de médecins canadiens accompagnaient leur mari à cette séance d'ouverture. M. le professeur Donatien Marion, de passage à Paris, M. le professeur Jean-Marie Lemieux et M. le docteur Vigneau, nous avaient fait également le grand plaisir d'assister à cette réunion amicale.

M. le professeur Kourilsky et le docteur Chigot, sont venus comme d'habitude, présider la Commission d'Orientation, et tous les dossiers ont été examinés.

Le docteur Vigneau, a eu l'amabilité de présider à la séance de ce soir, à titre de premier président de l'Association, et de diriger les procédures pour l'élection du nouveau conseil.

M. le docteur Mélanson est réélu président à l'unanimité; sont élus, au poste de vice-président, le docteur Jean Delage, au poste de secrétaire-trésorier, le docteur Jean Laframboise, aux trois postes de conseillers les docteurs André Gagnon, Marcel Cloutier et P.-P. Julien.

Nos invités, les professeurs Marion Lemieux, notre Attaché culturel, M. Charpentier, ainsi que le nouveau directeur de la Maison, ont su donner aux médecins canadiens, ainsi qu'à leurs femmes de sages conseils, des avertissements et des suggestions qui pourront porter fruits.

Le professeur Kourilsky, dans son exposé, a insisté sur la nécessité pour tous les Canadiens en France de se faire enregistrer au Comité d'orientation, afin de leur faciliter l'obtention d'un diplôme.

M. Kourilsky, nous annonce la formation d'un nouveau Comité, composé de la Faculté de médecine, du directeur général de l'Assistance publique de Paris, de la Commission d'Orientation Médicale des Canadiens, qui pourra avec toutes les cautions officielles de la faculté et des hôpitaux de Paris, vis-à-vis du Canada, donner les certificats de stage aux médecins canadiens.

NOUVELLES

LE DOCTEUR ALBERT BERTRAND, LAURÉAT DU PRIX CIBA 1951

Le Prix Ciba de la Société Médicale de Montréal a été décerné, pour l'année 1951, au docteur Albert Bertrand, chef de laboratoire de l'hôpital Notre-Dame, professeur titulaire à l'Université de Montréal et membre du Conseil National de Recherches.

Le prix lui a été attribué pour un travail original sur les globules blancs intitulé: Nouvelle technique de numération des globules blancs et de coloration simultanée des éosinophiles.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE JOLIETTE

La Société Médicale de Joliette et de la région vient de tenir ses élections pour le terme 1952, à l'hôpital Saint-Eusèbe.

La présidence a été confiée au docteur Rosaire Masse, la vice-présidence au docteur Wilfrid Gendron, de Berthierville, et le docteur J.-P. Mireault a été élu secrétaire-trésorier.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-LUC

Les élections des officiers du bureau médical de l'hôpital Saint-Luc ont eu lieu récemment. Le docteur Paul-Emile Chicoine a été élu président; le vice-président est le docteur René Major, et le secrétaire, le docteur Laurent Pesant.

CAUSERIE DU DOCTEUR AMYOT AU CHAPITRE "DOCTEUR JEAN SAUCIER"

La première réunion du chapitre « Docteur Jean Saucier » de la Société Canadienne de sclérose multiple a eu lieu à l'hôtel Windsor récemment.

A cette occasion, le docteur Roma Amyot, chef de la clinique de psychiatrie et du service de neurologie de l'hôpital Notre-Dame, a prononcé une causerie sur la sclérose.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-CHARLES

Le docteur Antonio Perrault a été élu président du bureau médical de l'hôpital Saint-Charles en remplacement du docteur Léo Benoît. Les autres officiers du bureau sont: vice-président, le docteur Guy Pothier; secrétaire, le docteur Jean Lafond. Le docteur Marc Bergeron, directeur de l'Unité sanitaire, demeure directeur médical de l'hôpital Saint-Charles de Saint-Hyacinthe.

PRIX DU COLLÈGE ROYAL

Cette année encore, le Collège Royal organise un concours en vue des prix dits du Collège Royal. Il y en aura un en médecine et un en chirurgie.

Parmi les conditions d'admissibilité, il est celle de la limite d'âge: 40 ans. Le concours n'est pas réservé aux seuls *fellows*. Seuls, ceux-ci, toutefois, ont le droit de proposer des candidats. La date extrême pour la remise des manuscrits est le 1er avril 1952.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR ALBERT JUTRAS

Le docteur Albert Jutras vient d'être élu membre de la Société Française de Gastro-entérologie.

ÉLECTION COMME "FELLOW" DU DOCTEUR ROGER LACHANCE

Le docteur Roger Lachance, assistant-directeur au Sanatorium Bégin, du Lac Etchemin, vient d'être élu *fellow* de l' « American College of Chest Physicians », après avoir passé avec succès les épreuves écrites et orales exigées pour l'obtention du *fellowship*.

DEUX CONFÉRENCES CLAUDE BERNARD

L'Institut de Médecine et de Chirurgie Expérimentales de l'Université de Montréal, a organisé deux conférences par le docteur Thomas F. Dougherty, de l'Université d'Utah, en qualité de conférencier Claude Bernard.

La première conférence eut lieu mardi, le 22 janvier, à 10.30 heures a.m., et la seconde, mercredi, le 23 janvier, à 10.30 heures a.m., à l'Institut de Médecine expérimentale.

Les sujets traités par le docteur Dougherty étaient les suivants: 1. « Action des hormones cortico-surrénaliennes sur l'inflammation »; 2. « Relation entre les hormones cortico-surrénaliennes et l'allergie dans les maladies du tissu conjonctif »; 3. « Recherches sur l'influence des hormones cortico-surrénaliennes sur le tissu lymphatique ». Ces conférences ont été suivies d'une discussion.

UNE NOUVELLE ÉCOLE DE MÉDECINE À NEW-YORK

Le docteur Samuel Belkin, président de *Yeshiva University*, de New-York, fait savoir que le projet d'ouverture d'une Faculté de Médecine rattachée à son université est en très bonne voie d'organisation.

On prévoit que les cours pourront commencer à l'automne 1953.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE VERDUN

A la dernière réunion du Bureau médical de l'Hôpital Général de Verdun, ont été élus membres de l'Exécutif de l'Hôpital Général de Verdun: le docteur Jean-Pierre Bombardier, président; le docteur Henri Smith, vice-président; le docteur Roger Beaulieu, conseiller; le docteur Jacques Prince, trésorier, et le docteur Raoul Groulx, secrétaire.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR MAURICE GERVAIS

En novembre 1951, la Société Française d'Angéiologie et d'Histopathologie et la Société Française de Phlébologie ont élu, parmi leurs membres, le docteur Maurice Gervais, chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun.

CHOIX DES OFFICIERS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST DE MONTRÉAL

Voici la liste des nouveaux officiers de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal pour le prochain terme:

Président: le docteur Origène Dufresne; 1er vice-président: le docteur Lucien Amyot; 2ème vice-président: le docteur Viateur Archambault; 3ème vice-président: le docteur René Major; secrétaire: le docteur Léon Ledoux; trésorier: le docteur Gérard Rivard; conseillers: les docteurs Conrad Gagnon, Jean-Pierre Jean, Yvon Bélanger et Gabriel Desmarais.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS DE QUÉBEC

Le Bureau médical de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à sa séance tenue le 15 décembre dernier 1951, a procédé au choix des officiers pour la nouvelle année.

Ce sont: le docteur Willie Verge, comme président, et le docteur Roland Lavoie, comme secrétaire.

DERMATOLOGISTES AU CONGRÈS DE CHICAGO

Les docteurs Paul Poirier, Georges Leclerc, Gaston Bellemare, Jean-Paul Foisy et Henri Smith ont assisté au Xème Congrès annuel de « The American Academy of Dermatology and Syphilology », tenu à Chicago, du 8 au 13 décembre 1951.

LE DOCTEUR LARICHELLIÈRE, À L'HÔPITAL SAINTE-JEANNE-D'ARC

L'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc désire communiquer au public en général et aux médecins en particulier, la formation d'un service et d'une clinique externe pour le traitement des troubles du pied. Cette clinique s'occupera de tous les troubles du pied, tel que cors, oignons, pieds plats, malformation du pied, fracture, entorse, etc. L'organisation de ce service a été confiée au docteur Raymond Larichellière, chirurgien orthopédiste, expert pour le pied à la Commission des Accidents du Travail du Québec, membre de la Société Internationale de Podologie et d'autres Sociétés locales de médecine et de chirurgie.

Cette clinique commencera à fonctionner le jeudi 17 janvier 1952, de 2 à 4 heures, et, par la suite, le même jour et aux mêmes heures.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION CANADIENNE DES RADIOLOGISTES

A Winnipeg, s'est tenue la 15ème réunion annuelle des Radiologistes du Canada. A cette réunion, eut lieu l'élection des officiers de l'Association Canadienne des Radiologistes, pour l'année 1952.

L'Exécutif de la « Canadian Association of Radiologists », pour l'année 1952, se compose comme suit:

Président: le docteur Origène Dufresne (Montréal), vice-président: le docteur R. MacPherson (Winni-

peg), secrétaire-trésorier: le docteur Jean Bouchard (Montréal), assistant secrétaire-trésorier: le docteur D. MacRae (Montréal).

COURS SUPÉRIEUR ET DE PERFECTIONNEMENT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, DE BACTÉRIOLOGIE ET DE CHIMIE CLINIQUE À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Dans le but de préparer et de former le personnel nécessaire au bon fonctionnement des laboratoires de l'hôpital Notre-Dame et d'aider en même temps au recrutement et à la formation du personnel scientifique des hôpitaux de la Province, les chefs de service d'Anatomie pathologique, de Bactériologie et de Chimie ont organisé un « Cours supérieur et de perfectionnement d'Anatomie pathologique, de Bactériologie et de Chimie clinique ».

Ce Cours de perfectionnement, consistant essentiellement en un stade d'étude et de travail de plusieurs années, est aux services de Pathologie, de Bactériologie et de Chimie, ce que sont les « résidences » pour les autres services cliniques de l'Hôpital.

Il comprendra trois curriculum, différents les uns des autres et répondant à chacune des fonctions que seront appelés à remplir les futurs spécialistes. Ces curriculum prépareront les candidats à l'examen pour l'obtention des certificats de spécialistes soit en Anatomie pathologique, soit en Bactériologie, soit en Pathologie clinique.

Par cette création, l'hôpital Notre-Dame collabore à l'organisation de la médecine dans la province de Québec et contribue à relever le niveau de la pratique médicale et chirurgicale dans les hôpitaux. Il perfectionne également l'organisation de ses services de laboratoire en y élargissant l'action de ses chefs de service.

Un certificat d'étude sera décerné par les autorités de l'hôpital, à la fin du Cours supérieur, à tout stagiaire qui aura poursuivi ses études à la satisfaction du Comité spécial.

Comité de Régie du Cours Supérieur.

Un Comité spécial, constitué par les chefs de service d'Anatomie pathologique, de Bactériologie et de Chimie clinique, est chargé d'examiner les dossiers des candidats, de juger des équivalences, de recommander ou de refuser les candidats, d'établir les programmes, de surveiller le travail des stagiaires, etc...

I — *Anatomie pathologique.*

Sont éligibles, les diplômés de la Faculté de Médecine.

Le curriculum couvre une période de quatre ans; pendant la durée du cours, les élèves restent stagiaires au laboratoire d'Anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame.

Pour obtenir le certificat du cours, les élèves devront justifier:

1. Cours théorique d'anatomie pathologique.
2. Six mois de bactériologie et d'hématologie clinique.
3. Six mois de chimie clinique.
4. Trois ans d'anatomie pathologique hospitalière, dont au moins deux ans au laboratoire d'Anatomie pathologique de l'hôpital Notre-Dame.

II — *Bactériologie.*

Sont éligibles au cours, les diplômés de la Faculté de Médecine.

Le curriculum couvre une période de quatre ans; pendant la durée du cours, les élèves restent stagiaires au laboratoire de Bactériologie de l'hôpital Notre-Dame.

Pour obtenir le certificat, les élèves devront justifier:

1. Reprise du cours théorique de Bactériologie (60 heures).
2. Chimie, comprenant: semi-micro analyse, métabolisme des électrolytes, des protides, des lipides, des glucides, instrumentation analytique.
3. Hématologie, Sérologie, Groupes sanguins.
4. Anatomie pathologique pratique à l'hôpital Notre-Dame.
5. Bactériologie médicale pratique, trois ans dont au moins deux ans dans le laboratoire de Bactériologie de l'hôpital Notre-Dame.

III — *Chimie clinique.*

Sont éligibles, les diplômés de la Faculté de Médecine, de la Faculté de Pharmacie et de la Faculté des Sciences.

Le curriculum couvre une période de trois ans et les élèves demeurent stagiaires du laboratoire de Chimie de l'hôpital Notre-Dame.

Pour obtenir le certificat de ce cours, les élèves devront justifier:

1. Un cours de chimie analytique (semi-micro-analyse) qualitative et quantitative; (théorique et pratique) (minimum 450 heures).
2. Cours d'instrumentation analytique (minimum 15 heures).
3. Physiologie (minimum 60 heures).
4. Biologie (minimum 100 heures) (théorie et pratique).
5. Bactériologie générale (théorie et pratique) (minimum 60 heures).
6. Bactériologie médicale pratique (6 mois).
7. Hématologie (6 mois).
8. Anatomie pathologique (6 mois).
9. Chimie clinique, deux ans, dont au moins un an dans le laboratoire de chimie de l'hôpital Notre-Dame.

LA FONDATION NATIONALE DES VITAMINES ANNONCE 11 BOURSES DE RECHERCHES

Onze nouvelles bourses pour la recherche dans le domaine des vitamines et de la nutrition ont été annoncées par le docteur E. Gifford Upjohn, président de la Fondation Nationale des Vitamines. Ces bourses font partie d'un programme de recherches agrandi dans le but d'améliorer les méthodes de prévention et de traitement des maladies dans lesquelles la nutrition ou les éléments nutritifs peuvent jouer un rôle de premier plan.

Les nouvelles bourses, effectives depuis le 1er janvier 1952, au montant de $109,700.00, élèvent à $533,893.00 le montant accordé pour les recherches par la Fondation depuis son incorporation en février 1946.

« Naturellement, la Fondation est particulièrement intéressée dans les recherches qui ont trait aux effets biologiques des vitamines, a expliqué le docteur Upjohn. Mais on ne peut pas faire des recherches satisfaisantes sur les vitamines sans étudier adéquatement les autres facteurs nutritifs et leurs relations, et les autres éléments qui modifient le métabolisme des vitamines ou sont modifiés par lui. »

Les nouvelles bourses sont réparties comme suit:

Dr Heinrich Waelsch, New York State Ssychiatric Institute and Hospital, New York City; $9 500 pour continuer ses recherches sur la fonction biologique de la glutamine.

Dr Bacon F. Chow, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimore; $5,000 pour continuer ses études sur la vitamine B_{12} comme facteur de croissance chez les enfants normaux et affectés de maladie chronique, et sur l'absorption et le métabolisme de la B_{12}.

Dr B. M. Kagan, Michael Reese Hospital, Chicago; $16,200 pour continuer ses recherches sur le rôle de la vitamine A dans la santé et la maladie chez l'homme.

Dr L. Emmett Holt, Jr., New York University, College of Medicine, New York City; $3 500 pour ses études sur la « pseudothiamine » et son importance dans la nutrition humaine.

Dr Richard W. Vilter, University of Cincinnati, Cincinnati; $31,450 pour continuer ses études en nutrition dans le but d'éclaircir les procédés physiologiques et biochimiques nécessaires à la croissance cellulaire et à son développement.

Dr W. T. Tompkins, Pennsylvania Hospital, Philadelphie; $3 000 pour continuer ses études sur le rôle de la nutrition et des déficiences alimentaires dans la grossesse.

Dr E. M. Shils, Columbia University, School of Public Health, New-York; $25 960 pour étudier expérimentalement chez l'animal la nature des carences alimentaires qui produisent la *pellagre infantile* et *Kwashiorkor*.

Dr Robert H. Green, Faculté de Médecine de l'Univ. Yale, New-Haven, Conn.; $4 500 pour étudier les effets sur la multiplication du virus de l'influenza, de substances dont la structure est analogue à celle des vitamines et d'autres composés biologiques actifs.

Dr E. L. Hove, Institut Polytechnique d'Alabama, Auburn; $3 300 pour étudier l'influence de la vitamine E et d'autres facteurs nutritifs sur la teneur des tissus en graisses.

Dr W. F. Alexander, St. Louis University, School of Medicine, St. Louis; $6 500 pour rechercher l'effet de la vitamine B_{12} sur le métabolisme des cellules nerveuses.

En plus des bourses susmentionnées pour aider directement la recherche, la Fondation vient d'accorder $800 au Régistre de Pathologie des Maladies de la Nutrition récemment créé et organisé comme une unité distincte R du Régistre Américain de Pathologie, l'un des quatre départements majeurs au sein de l'Institut de Pathologie des Forces Armées, Washington. La nouvelle unité est sous la tutelle de l'Institut Américain de Nutrition.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL INC.

Le dispensaire.

C'est du dispensaire antituberculeux, évidemment, qu'il s'agit. Vieille rengaine, diront quelques-uns, mais c'est avec dessein que nous revenons sur ce sujet. Son rôle, ses fonctions, son utilité et même sa nécessité ont été oubliés par quelques-uns.

Mon père — pendant plus de quarante ans apôtre inlassable de la lutte antituberculeuse et pendant de nombreuses années titulaire de la Chaire de Phtisiologie — mettait avec une régularité étonnante au premier plan de ses cours ce sujet qu'il affectionnait particulièrement et qu'il traitait avec une fougue et un enthousiasme débordants, que de nombreuses années de professorat n'ont pas même réussi à attiédir. Quelques confrères cyniques ont qualifié ces débordements de marotte; il le savait et a ignoré ces jugements de primaires égarés. Il avait un but à atteindre: éclairer et gagner la confiance de ceux qui devaient être et sont encore, Dieu merci, la force dominante de la profession — les médecins praticiens.

Cet objectif a été réalisé. Ce groupe de médecins a compris le rôle et la nécessité du dispensaire, si bien qu'aujourd'hui les consultants que ces médecins nous réfèrent et que nous leur retournons figurent dans nos statistiques pour une proportion de 52 pour

cent. Nous nous sommes toujours efforcés de continuer à mériter leur confiance suivant en cela les directives et les enseignements qui nous avaient été donnés et que nous continuons de donner à tous nos médecins-cliniciens.

Afin de faire preuve de plus de coopération, nous maintenons nos portes grandes ouvertes et mettons tous nos services techniques à leur disposition et le tout gratuitement, va sans dire. En leur retournant leurs malades, nous leur donnons nos impressions et nos directives quant à l'hospitalisation ou à la conduite à tenir vis-à-vis de leurs clients. Un grand nombre nous en savent gré et viennent, tant de la ville que de la campagne, à nos bureaux demander des explications, discuter des problèmes de diagnostic, demander notre avis, etc. C'est de cela que nous sommes le plus fiers; jouir de la confiance de nos confrères.

Cette coopération complète et cette confiance mutuelle, qui sont en tous points non seulement nécessaires mais absolument essentielles pour mener à bonne fin une lutte antituberculeuse, doivent exister aussi entre les institutions. Sans cela, il y a des risques de duplication inutile d'effort et de travail, en plus d'un gaspillage de fonds publics.

C'est ce qui m'a induit à reparler du dispensaire, qui était et qui est encore le point de départ de la lutte antituberculeuse. Il est la conséquence logique et directe des travaux de Villemin et de Robert Koch qui ont démontré, le premier, l'inoculabilité de la maladie et, le second, sa contagiosité.

C'est un médecin d'Edimbourg, Sir Robert Philip, doué d'une clairvoyance et d'un esprit d'observation extraordinaires, qui entreprit en 1887 à titre privé une expérience de lutte antituberculeuse qui aboutit à la création du premier dispensaire. Ses méthodes et sa persévérance devaient servir de modèle au monde entier et bientôt surgirent de partout des organisations contre la tuberculose. Les idées maîtresses et les principes qui guidèrent Sir Robert Philip dans ses expériences sont demeurés les mêmes et prévalent encore aujourd'hui dans toute lutte bien organisée contre la tuberculose.

C'est de ces principes que découle la fonction du dispensaire, dont nous reparlerons dans de prochaines notes.

Dr Gaétan JARRY, M.B.E.,
directeur médical.

"L'Union Médicale du Canada" en 1883

Clinique obstétricale.

Février 1883.

Dans une correspondance adressée au *Journal de Médecine de Bordeaux* et insérée dans le numéro du 3 décembre de ce journal, quelques étudiants de la Faculté de Bordeaux se plaignent de la difficulté qu'ils éprouvent à étudier les accouchements au point de vue de la pratique. Cette difficulté existerait même pour les internes de l'hôpital.

« La haute main dans la maternité, disent-ils, appartient aux sages-femmes qui, sous des prétextes divers, ne permettent pas d'examiner les femmes. La clinique elle-même se donne à une heure où nous sommes retenus dans nos services hospitaliers. »

Nous offrons à nos jeunes amis de Bordeaux nos sincères sympathies au sujet de la difficulté dont ils ont à souffrir, et si cela les peut consoler en quelque chose, nous leur dirons qu'à Montréal nous ne sommes guère mieux partagés sous certains rapports. A plusieurs reprises déjà, nos étudiants se sont plaints de la manière dont se fait le service dans nos maternités, et les griefs sont nombreux; nous n'indiquerons que les plus importants.

En premier lieu, le moyen que l'on prend pour avertir qu'un accouchement est à se faire, est pour le moins insuffisant, et les élèves sont souvent obligés de faire le pied de grue toute une journée, et même davantage, en face de la Maternité, pour épier l'apparition de la *planche noire;* de là, une perte de temps considérable. De plus, aucun signal n'est donné la nuit, de sorte que la plupart des cas sont effectivement perdus pour la clinique.

En second lieu, la plus grande partie des cas auxquels les élèves peuvent assister sont laissés presque exclusivement aux soins de ces derniers de façon que la démonstration clinique est absolument nulle la plupart du temps. L'élève observe ce qu'il peut et ce qu'il veut, et souvent il le fait d'une manière superficielle, vu l'absence d'un chef de clinique autorisé.

Enfin, les étudiants ne sont pas admis à suivre la marche des *suites de couches*. Une fois l'accouchement terminé et le placenta expulsé, l'élève lave ses mains, prend son chapeau et s'en va, et c'est là tout ce qu'il peut voir. L'évolution des différentes phases par lesquelles passe la malade avant de pouvoir se lever et sortir, lui est pratiquement inconnue, de même que les nombreuses complications de l'état puerpéral, telles que la métrite, la métropéritonite, la phlébite crurale, etc. Pour les élèves, ces accidents n'existent que dans les livres. Jamais ils n'ont pu suivre jusqu'à sa terminaison, heureuse ou fatale, un seul cas de parturition. Comment pourront-ils rencontrer de sang-froid leurs premiers cas de fièvre puerpérale, par exemple, s'ils n'ont jamais été mis à même d'observer les symptômes initiaux et la marche de cette affection? Est-ce que les maladies de la femme qui vient d'accoucher ne méritent pas, au même titre que toutes les autres, d'attirer l'attention du praticien ou de l'étudiant? Dans tous nos hôpitaux, l'on insiste à outrance sur l'importance qu'il y a d'examiner les malades, de suivre les cas attentivement, d'observer la marche des symptômes et leur ordre de succession, de noter les variations du pouls et de la température, etc., et l'on ne ferait rien pour une classe de maladies de l'issue desquelles dépend l'existence de nos mères de famille?

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage pour faire saisir tout l'absurbe d'une telle disposition. Etudions-nous plutôt à en observer le remède, et à l'appliquer aussi vite que possible. C'est chose facile.

Il faudrait de toute nécessité que, dans nos maternités, une salle fut consacrée au service des femmes récemment accouchées, et que les élèves eussent accès à cette salle, en un mot, qu'un service clinique régulier fut établi.

Nous avouons que nous en sommes encore à ignorer quelles sont les objections sérieuses que l'on pourrait soulever contre ce projet. Les règlements d'une maternité peuvent être modifiés comme ceux de toute institution de ce genre, surtout s'il doit en résulter un plus grand bien. Le sentiment de honte légitime que quelques-unes de ces filles-mères désirent cacher au fond d'une maternité y est aussi sauvegardé que l'est celui d'une foule de malades affectés de vérole ou de maladies vénériennes et qui encombrent les hôpitaux ordinaires.

Il nous semble qu'avec un peu d'entente entre les diverses parties intéressées, et s'il le faut, avec l'appui des autorités compétentes, il serait assez peu difficile de modifier l'état de choses actuel. Sinon, il ne resterait plus qu'un moyen: ce serait d'affecter une ou deux salles de nos hôpitaux à un service gratuit d'accouchements. Les sujets ne manqueraient pas, à coup sûr, et l'élève aurait là sous la main tous les matériaux cliniques nécessaires. Nous avons déjà entendu quelques uns de nos amis exprimer cette idée, et nous serions, pour notre part, fort disposés à en presser l'exécution si la chose devenait urgente.

Pour ce qui est des deux premiers griefs, on peut y remédier plus aisément encore. Que les maternités soient reliées par fil téléphoniques, ou mieux par téléphone, avec nos écoles de médecine, et les élèves

pourront dès lors épargner un temps qui leur est précieux tout en ne courant aucun risque de perdre leur *chance*. Une disposition semblable pourrait, avec quelques modifications, être prise pour la nuit. Quant à la présence effective et réelle d'un chef de clinique obstétricale à chaque cas qui se présente à la maternité, sa nécessité est admise de tous et une seule chose aurait lieu de nous étonner, c'est que l'on ait pu seulement songer à la méconnaître.

Asile des aliénés de la Longue-Pointe

Les Révérendes Sœurs de la Providence sont à faire les préparatifs nécessaires à la construction de quatre grands pavillons qui devront être annexés à la bâtisse principale de l'asile, ce qui augmente du double les dimensions de l'édifice actuel. Grâce à ces améliorations, les aliénés qui sont considérés comme furieux ou dangereux pourront être mieux séparés des autres patients. Actuellement, d'après le rapport du docteur Howard, il y a place pour 820 aliénés; mais les additions précédentes sont faites en vue du nombre toujours croissant des demandes d'admission. Quand les travaux seront terminés, il y aura place pour deux mille malades.

A l'Hôtel-Dieu de Montréal

Les Dames de l'Hôtel-Dieu, à la demande du docteur Hingston et autres, ont consacré une salle spéciale à l'ovariotomie.

Remèdes patentés.

Nous regrettons de voir plusieurs confrères, bien placés dans la profession, prêter leur signature, comme réclame, à certain remède patenté, à l'efficacité merveilleuse duquel il est fort douteux qu'ils puissent croire. Pour cette fois, nos savants confrères ont été mal inspirés.

* *

M. Potain vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine. *La Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* remarque à ce sujet que cette élection donne raison au proverbe: « Il n'est jamais trop tard pour bien faire. »

Autopsie de M. Gambetta.

« Ville d'Avray, 2 janvier, 11 heures du matin.

« L'autopsie, faite avec le plus grand soin, et dont le procès-verbal détaillé sera ultérieurement publié, a fait connaître:

« 1. Une inflammation ancienne de l'intestin ayant produit un rétrécissement de la terminaison de l'intestin grêle et de la valvule *iléo-cœcale*.

« 2. Une large et profonde infiltration purulente siégeant en arrière du *côlon* et dans la paroi abdominale.

« 3. Un léger degré de péritonite généralisée qui s'est produite dans les derniers moments de la vie.

« 4. Les autres organes ne présentaient aucune lésion. La blessure était complètement cicatrisée.

« En somme, M. Gambetta a succombé à une *périty phlite* et une *péricolite* suppurées.[1]

« Toute intervention chirurgicale eût été inutile et dangereuse. Elle n'eût eu d'autre résultat que d'abréger la vie.

« Ont signé: les professeurs Paul Bert, Brouardel, Charcot, Cornil, Trélat, Verneuil; les docteurs Lannelongue, Siredey, Fieuzal, Liouville, Mathias-Duval, Laborde, Gardat, Gille, et M. Paul Gibier, interne. »

---

1. A une appendicite.

REVUE DES LIVRES

La prescription dermatologique. Un volume de 242 pages. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Dans la pratique générale, il est presque impossible de retenir les innombrables formules des diverses spécialités et l'on n'a pas toujours le moyen de rechercher les prescriptions magistrales exactes.

En publiant *La Prescription Dermatologique,* Léon van Lierde, chef du service de dermatologie de la clinique Sainte-Anne, à Bruxelles, a réalisé ce tour de force de nous procurer, sous la forme extrêmement pratique d'un opuscule de poche, un manuel concis, extraordinairement clair et relativement fort complet de toute la thérapeutique dermatologique externe.

Après un exposé des formes pharmaceutiques — solutions, *shake lotions,* pommades, pâtes, crèmes et surtout émulsions et bases modernes — ce recueil passe en revue, dans l'ordre alphabétique, les topiques médicamenteux avec leurs indications aux différentes concentrations.

Vient ensuite une liste alphabétique extrêmement complète des formules dermatologiques classiques, tant anciennes (baume de Baissade, onguent de Crédé, etc.) que toutes récentes (intraderm tyrothricin, solution d'Eddy, etc.).

Dans *La Prescription Dermatologique,* de van Lierde, l'étudiant, le praticien et même le dermatologiste averti trouveront instantanément le renseignement souhaité, grâce aux Index alphabétiques des Médicaments, des Formules et même des Auteurs.

J. LABORDERIE. — **Electrothérapie.** Préface du docteur L. DELHERM. Un volume de 216 pages, 76 figures. — Librairie Maloine, édit., Paris, 1951.

Ce petit livre n'est pas un traité, mais un guide pratique d'électrothérapie conçu aussi bien pour le praticien que l'aide électrologiste.

Purement technique, il ne contient que les modalités d'emploi des divers courants électriques, ainsi que quelques exemples d'application qui aideront à la compréhension des ressources de l'électricité en médecine.

Les courants de haute fréquence, la diathermie, les ondes courtes et leurs applications y sont également étudiés.

De nombreuses illustrations ajoutent à la clarté et au pratique de ce « petit précis ».

K. NEVILLE IRVINE, médecin de l'Hôpital de Henley on Tames (Angleterre), traduit de l'anglais par F. Van Deinse, chef du Service du B.C.G. à l'Institut Pasteur. — **Théorie et pratique de la vaccination par le B.C.G.** Préface de Konrad Birkhaug, préface de la tradution française par C. Guérin. Un volume de 132 pages. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

L'auteur a réuni dans cette monographie toutes les acquisitions essentielles concernant la vaccination antituberculeuse. Il l'a fait — la chose doit être soulignée — avec une objectivité que lui permettait sa position d'observateur impartial de la question depuis dix-huit ans.

N. Irvine ne s'est pourtant pas contenté de dresser une liste chronologique complète. Il a su en outre tirer de ces documents une relation historique des plus fidèles sur l'évolution progressive de la question de la prévention de la tuberculose, par la vaccination au B. C. G., de l'année 1921 à l'année 1948. Il l'a rédigée avec un sens aigu du choix des faits sûrement démontrés, qui lui paraissaient devoir apporter une contribution certaine aux arguments pour ou contre qui caractérisent la période héroïque de 1921 à 1930.

Il ne peut cependant se défendre, ainsi qu'il le dit lui-même, d'avoir acquis, au cours de cette longue étude, une opinion personnelle,

qu'il émet, en toute liberté d'esprit, dans la discussion qui clôt son exposé.

Chacun des chapitres est terminé par une liste importante de « références », dont l'ensemble constitue une bibliographie (monographies et périodiques) qui rassemble l'essentiel des travaux sur la question.

Divisions de l'ouvrage.

Historique. — La théorie de la vaccination. — La préparation du vaccin. — Variations de la virulence du B.C.G. — Les essais de virulence chez les animaux. — L'innocuité pour l'homme de la vaccination au B.C.G. — La résistance vis-à-vis de l'infection tuberculeuse produite chez les animaux par le B.C.G. — La résistance antituberculeuse produite chez l'homme par le B.C.G. — La technique de la vaccination. — La vaccination au B.C.G. dans le monde. — Discussion. Index alphabétique.

M. BARIETY, J. PAILLAS et Mlle M. LEVY. — **La trachée et les bronches cartillagineuses. Structure et fonctionnement des dispositifs musculaires et élastiques.** Un volume de 238 pages, avec 57 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

Etudiant la pathologie des bronches et des poumons, les auteurs ont éprouvé la nécessité d'en mieux connaître la texture normale afin de mieux comprendre leurs lésions ou de mieux apprécier leur viciation fonctionnelle.

C'est par la conjonction des diverses techniques — anatomie pathologique, bronchoscopie, etc... — qu'ils ont poussé leurs investigations et cherché à fournir une réponse à certaines questions controversées. C'est ainsi qu'ils ont pu apporter des faits nouveaux concernant, entre autres, la face postérieure des bronches, la surface interne de leur muqueuse, les muscles bronchiques, les faisceaux élastiques internes, les fibres élastiques du cartilage, la motricité des bronches et la physiologie de la toux.

Ils exposent dans ces pages, qu'un souci clinique ultérieur n'a jamais cessé d'inspirer, le résultat de leurs recherches et l'analyse de leurs constatations.

Divisions de l'ouvrage.

1ère Partie: *Anatomie.* 1. Anatomie générale de la trachée et des bronches. Disposition générale de l'arbre trachéo-bronchique. Les limites de la paroi membraneuse. La surface interne des bronches. Les divers éléments de la paroi bronchique. — 2. Anatomie des muscles. Structure des muscles trachéo-bronchiques. Les dispositifs musculaires de la trachée. Les dispositifs musculaires des bronches. Anatomie comparée des muscles trachéo-bronchiques. L'innervation des muscles trachéo-bronchiques. — 3. Anatomie des fibres élastiques. Structure générale des éléments élastiques. Les dispositifs élastiques de la trachée et des bronches. Les variations des dispositifs élastiques de la trachée et des bronches.

2ème Partie: *Physiologie.* 1. Etude des mouvements bronchiques. Les mouvements bronchiques provoqués par les organes intrathoraciques. Les mouvements de torsion. Les variations des angles interbronchiques. Les déplacements des diverses régions de l'arbre bronchique au cours de la respiration. L'allongement inspiratoire de la trachée et des bronches. Les variations de calibre de la trachée et des bronches. Etude endoscopique de la toux. — 2. Physiologie des muscles trachéo-bronchiques. Aperçus physiologiques sur le muscle lisse. Le rôle des muscles dans les variations de calibre et de longueur des bronches au cours de la respiration. Le tonus permanent des muscles bronchiques. Le problème des contractions actives des muscles bronchiques. — 3. Le fonctionnement des dispositifs élastiques de la trachée et des bronches cartilagineuses. Le fonctionnement des faisceaux élastiques internes. Le fonctionnement des dispositifs élastiques de coaptation.

Documents. Documents anatomiques. — Documents physiologiques.

Bibliographie (441 références). — Index alphabétique des auteurs. — Index alphabétique des matières.

Jean LORTAT-JACOB. — **Chirurgie de l'œsophage.** — Editions Médicales Flammarion, éditeurs, Paris, 1951.

Parmi les récentes conquêtes de la technique opératoire moderne, la chirurgie de l'œsophage est une des plus étonnantes. Il y a une douzaine d'années, une intervention de plusieurs heures, à thorax ouvert, sur un organe septique, chez un sujet âgé et fatigué, paraissait irréalisable et les quelques rares audaces de ce genre s'étaient soldées par des échecs entre les meilleures mains.

Actuellement, tout est changé, les méthodes récentes d'anesthésie et de réanimation autorisent sans risques excessifs ces opérations

d'une durée presque illimitée. Le chirurgien peut et, même mieux, doit opérer calmement, minutieusement sans tenir aucun compte du temps. L'ouverture du thorax n'est ni plus délicate ni plus dangereuse que celle de l'abdomen.

Aussi ces opérations si exceptionnelles, si constamment meurtrières autrefois, sont-elles devenues de pratique fréquente et, entre des mains expertes, de moins en moins graves. Ainsi, M. Lortat-Jacob, dans sa dernière statistique, nous apporte 75 pour cent de guérisons opératoires dans les résections pour cancer, de toutes localisations, et 98 pour cent dans les lésions non cancéreuses.

Mais ces résultats si remarquables ne peuvent être obtenus que grâce à l'entraînement, à la ténacité et à de parfaites qualités de clinicien, d'opérateur et d'organisateur. Ce sont ces qualités réunies qui ont permis à M. Lortat-Jacob, un des pionniers de cette chirurgie, d'apporter ici sa remarquable expérience basée sur plus de trois cents observations.

Je lui sais gré d'avoir consacré un chapitre spécial à l'anesthésie-réanimation. Comme il le dit, la chirurgie de l'œsophage est un travail d'équipe. La préparation, l'anesthésie, les soins postopératoires sont spéciaux et délicats et nécessitent un personnel compétent et bien rompu au travail d'ensemble.

Sans véritable équipe, le chirurgien qui ne peut tout faire..., qui ne peut tout savoir..., ne peut aborder cette chirurgie d'une manière rationnelle.

La chirurgie du cœur, chapitre majeur de la chirurgie œsophagienne, reste encore grave et aléatoire. Qui de nous ne songe parfois combien il peut être décevant d'entreprendre une opération si longue, si coûteuse, si grave encore, pour obtenir une guérison souvent de courte durée? Certes, actuellement encore, la récidive est particulièrement fréquente, parce que le diagnostic est fait trop tardivement; mais cet argument « de désespoir » ne peut être retenu contre la chirurgie de l'œsophage pas plus qu'il n'a été retenu au début de la chirurgie cérébrale, et surtout en regard de la progression constante des résultats.

Il y a plus encore, grâce aux opérations sur l'œsophage, tout un nouveau chapitre de la pathologie est né: celui des lésions bénignes, faits mal étudiés ou inconnus autrefois qui ont pu être groupés en affections bien définies et curables par un acte chirurgical, inspiré de la chirurgie du cancer.

Ce premier livre français sur cette chirurgie nouvelle devait être basé avant tout sur une compétence indiscutable en la question. C'est pourquoi il a été confié à M. Lortat-Jacob, dont l'expérience est considérable et la maîtrise indiscutable en cette matière.

C'est dire la valeur pratique de ce livre et c'est en prédire le succès.

(F. d'Allaines)

Index Merck.

Les commandes antidatées pour la nouvelle et sixième édition du *Merck Index*, une encyclopédie de produits chimiques et de drogues, qui doit être publiée au début de février 1952, montrent que la première impression de 50,000 copies sera épuisée avant même la publication.

La sixième édition complètement à date, publiée par Merck & Co., Inc., chimistes fabricants, de Rahway, N. J., contient 1,167 pages de texte couvrant plus de 8,000 descriptions de différentes substances, plus de 2,000 formules et leur contenant, et environ 20,000 noms de produits chimiques et de médicaments placés par ordre alphabétique avec index croisé.

Les prix spéciaux d'avant publication aux Etats-Unis sont de $7.00 pour l'édition régulière et de $7.50 pour l'édition avec index alphabétique. Après la publication, les prix seront de $7.50 et $8.00 respectivement. Les commandes doivent être adressées au Département des Publications, Merck & Co., Inc., Rahway, N. J.

L'édition précédente du *Merck Index* a été publiée en 1940, et 60,000 copies ont été vendues avant d'épuiser les réserves pendant la deuxième Grande Guerre. La nouvelle édition,

comprenant toutes les dernières découvertes scientifiques depuis ce temps, est attendue avec impatience par un grand nombre de chimistes, pharmaciens, médecins, dentistes, vétérinaires, botanistes et des membres de professions du même ordre, pour qui l'*Index* est un ouvrage de référence unique et indispensable.

Les nouvelles additions de la sixième édition comprennent une table des substances tampons standardisées pour calibrer les mesures du pH; une table des isotopes radioactifs qui indiquent leur période et la sorte de radiation; et une table des indications médicales courantes pour les éléments et les composés radio-actifs.

Une nouvelle section compte plus de 300 réactions clés organiques avec références aux travaux originaux et aux revues, en même temps que la description et la représentation structurale de chaque réaction. Il comprend aussi une table périodique à date, une table du poids atomique international, et près de 150 pages de surplus sur des sujets tels que les résidus du goudron de houille, les équivalents thermométriques, les mélanges antigel, l'index de réfraction des liquides, les solutions saturées, les tables de solutions à pourcentage pour les pharmaciens, les poids atomiques avec leurs multiples et leur logarithme.

La première édition de cet important ouvrage d'envergure a été publiée en 1889, sous le titre de *Merck's Index of Fine Chemicals and Drugs for the Materia Medica and the Arts — Comprising a Summary of Whatever Chemical Products Are Today Adjudged As being Useful In Either Medicine or Technology*. D'autres éditions subséquentes avant 1940, ont été publiées en 1896, 1907 et 1930.

La publication du *Merck Index*, du *Merck Manual of Diagnosis and Therapy*, et du *Merck Report*, journal trimestriel qui intéresse la pharmacie et la médecine, est devenue un service traditionnel rendu par Merck à ces professions pour plus d'un demi-siècle. Pendant ce temps, ces trois publications ont acquis une réputation internationale comme sources d'informations fiables sur les différents sujets qu'elles couvrent.

(Les commentaires qui accompagnent la nouvelle et sixième édition du *Merck Index* sont extraits d'un article du *Merck Report*, paru en octobre.)

J. TERRACOL, prof. à la Faculté de Médecine de Montpellier. — **Les maladies de l'œsophage.** 2ème édition entièrement refondue. Un volume de 1038 pages, 541 figures et 5 planches en couleurs. (Broché: 5359 fr.; ou cartonné toile: 6000 fr.) — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

La première édition de cette importante étude, en 1938, comprenait 664 pages. Cette seconde édition, entièrement refondue, en comprend 1038: c'est dire toutes les acquisitions nouvelles dont l'ouvrage fait état. Il présente toujours la synthèse complète de toutes les notions anatomiques, physiologiques et pathologiques se rapportant à l'œsophage.

L'ouvrage est divisé en deux grandes parties.

La première partie expose *les notions anatomiques et physiologiques* et *les méthodes d'exploration* (204 pages). Les notions anatomiques illustrées par de nombreux schémas et des radiographies ont pour but de faciliter la lecture des clichés et la technique des manœuvres endoscopiques et chirurgicales, c'est-à-dire par voie interne et par voie externe. L'endoscopie surtout pratiquée sur le vivant a permis de rectifier les notions classiques, mais inexactes, établies d'après les recherches cadavériques. En raison de son importance, l'œsophagoscopie est minutieusement détaillée; la technique et l'instrumentation des principales méthodes dues aux auteurs français et étrangers sont exposées et illustrées par des dessins ou des photographies.

La deuxième partie envisage *la pathologie de l'œsophage* (822 pages). Toutes les affections sont successivement passées en revue selon l'ordre didactique classique, mais les problèmes de la pratique courante et surtout la thérapeutique sont étudiés dans tous leurs détails. Chaque chapitre contient de nom-

L'obèse joyeux symbolise le vainqueur d'un combat de lutte d'un genre particulier au Japon. La règle du jeu consiste uniquement à renverser l'adversaire, la pesanteur étant, beaucoup plus que l'adresse, l'élément du succès.

L'obèse toutefois ne tire pas toujours profit de sa corpulence; il raccourcit sa vie. Cette éventualité redoutable est éloignée par un traitement amaigrissant rationnel.

Avantages de Glanfétamin. Outre la réduction de l'appétit exercée par le sulfate de d-amphétamine, on trouve dans les extraits pluriglandulaires un moyen de réveiller le jeu de la chaîne endocrinienne et par là, de stimuler l'actitivé des processus métaboliques. On parvient ainsi à une réduction de poids sans restrictions excessives.

Mode d'emploi: 2 dragées par jour pendant 10 jours puis 4 par jour pendant 10 jours additionnels. Repos de 10 jours.

Formule:

Sulfate dé d-Amphétamine	3 mg.
Extrait de foie	5 cgm.
Extrait d'hypophyse	4 mg.
Extrait orchitique	4 cgm.
Extrait ovarien	5 cgm.
Extrait thyroïdien délipoïdé	5 mg.
Extrait de surrénale	1 mg.
Iodalbumine (colloïdale)	5 cgm.

GLANFÉTAMIN

ANGLO-FRENCH DRUG CIE LTÉE, MONTRÉAL 18

breuses illustrations: pièces anatomo-pathologiques, coupes microscopiques, technique endoscopique et chirurgicale.

Plutôt que d'une monographie, on peut donc parler d'un véritable *traité* sur l'œsophage, indispensable aux oto-rhino-laryngologistes, aux gastro-entérologistes, aux endoscopistes et aux chirurgiens qui s'occupent de l'œsophage.

Divisions de l'ouvrage.

1. — *Généralités*: Considérations anatomiques générales. — L'anatomie microscopique. — Les fonctions physiologiques. — Les modes d'exploration: L'exploration radiologique. L'œsophagoscopie. — Les accidents de l'œsophagoscopie. — Le cathétérisme de l'œsophage. La biopsie de l'œsophage.

II. — *Pathologie de l'œsophage*: Malformations congénitales. — Déviations statiques. — Compressions. — Troubles de l'appareil neuro-musculaire. — Les méga-œsophages. — Atonie et paralysie de l'œsophage. — Les diverticules de l'œsophage. — Les affections veineuses de l'œsophage. — Les œsophagites aiguës et chroniques. — L'ulcère peptique. — Les ulcères dits de décubitus. — La tuberculose de l'œsophage. — La syphilis. — La diphtérie. — Syndromes œsophagiens au cours de diverses affections cutanéo-muqueuses. — Agranulocytose de l'œsophage. — Les maladies parasitaires.

III. *Affections traumatiques de l'œsophage*: Les ruptures. — Les traumatismes accidentels. — Les perforations traumatiques. — Abcès et phlegmons. — Œsophage corrosive aiguë. — Sténoses cicatricielles. — Communications œsophago-aériennes.

IV. *Les tumeurs de l'œsophage*: Tumeurs bénignes de l'œsophage. — Tumeurs malignes. — Corps étrangers de l'œsophage. — La chirurgie de l'œsophage. — Les fistules de l'œsophage cervical. — Le diagnostic radiologique des affection de l'œsophage. — L'électrothérapie dans les maladies de l'œsophage. — L'endoscopie gastrique.

V. *Diagnostic radiologique et endoscopie gastrique des maladies de l'œsophage.*

R. BOURG, prof. à l'Univ. libre de Bruxelles, chef du Service universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique Brugmann. — **Quelques aspects de la gynécologie actuelle.** Un volume de 188 pages. 900 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

Ces exposés, inspirés de l'expérience didactique de leur auteur, s'adressent plus particulièrement à l'étudiant et au praticien. Ils visent à leur permettre de poser un diagnostic gynécologique courant par la connaissance des principaux syndromes, mais aussi et surtout à leur éviter des erreurs impardonnables, consistant par exemple en la négligence involontaire d'une affection génitale grave, telle une tumeur utérine ou ovarienne. Ils leur proposent enfin un traitement logique et actuel.

Les sujets ont été choisis parmi les plus importants: ils progressent depuis les techniques d'examen jusqu'aux traitements hormonaux (sans envisager systématiquement toutes les questions qui se posent au médecin). L'exposé groupe aussi méthodiquement que possible les lésions et les faits, établissant leur pathogénie lorsque celle-ci peut faciliter leur connaissance et leur compréhension. Il tient compte des données endocriniennes récemment acquises et de l'importance relative des diverses affections.

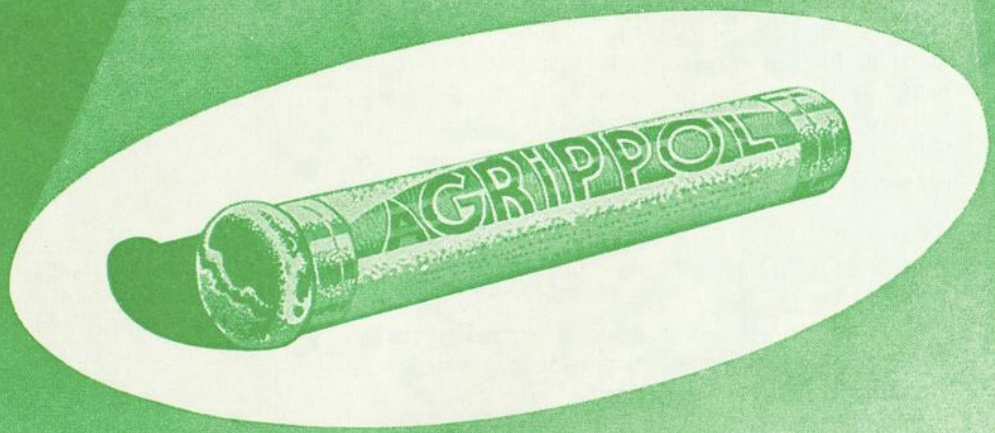
En fixant ces bases, l'ouvrage ne remplace pas l'enseignement indispensable de la clinique, mais il constitue une introduction et un commentaire qui en faciliteront les leçons pour l'étudiant et pour le praticien.

Comment faire le diagnostic? — Les hémorragies en gynécologie. — Les leucorrhées ou pertes blanches. — La douleur. — Les métrites et les cervicites. — Les anomalies de position de l'utérus. — Le prolapsus. — Les kystes de l'ovaire. — Les fibromyomes. — Les annexites. — Les tumeurs carcinomateuses génitales les plus fréquentes. — Les tumeurs solides de l'ovaire. — Les traitements hormonaux. — Index alphabétique.

Henri HARTMANN, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, membre de l'Institut, de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie, avec la collaboration de T. BERTRAND-FONTAINE, médecin des Hôpitaux, et de Paul GUERIN, de l'Institut du Cancer. — **Tumeurs du sein.** — Travaux de chirurgie (neuvième série). Un volume de 104 pages; 1200 fr. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1951.

Au cours de sa longue et féconde carrière, le professeur Hartmann avait publié, sous le titre « Travaux de chirurgie », une série de

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

huit volumes qui, sur la base des statistiques personnelles de l'auteur, résumaient son expérience chirurgicale dans tel ou tel domaine. Ce dernier recueil de « Travaux » qu'il a désiré publier aujourd'hui, vient compléter la série: écrit sur le même plan et avec la même méthode que les précédents, il tire les conclusions d'une expérience de plus de 3 000 observations de tumeurs du sein chez des malades suivies pendant plusieurs années.

Statistique opératoire. — I. *Tumeurs bénignes*: Andéno-fibromes. Mastoses. Lésions bénignes et cancer du sein. Dégénérescence cancéreuse des tumeurs bénignes. — II. *Sarcomes du sein*: Epithéliomas simulant des sarcomes. Quatre cas de sarcomes à cellules géantes. — III. *Epithéliomas*: Etiologie des cancers du sein. La mastite carcinomateuse et son traitement. Maladie de Paget. Quelques réflexions à propos de diverses formes de cancer du sein. Historique du traitement opératoire du cancer du sein. Technique de l'opération. La résection du sein dans le cancer. Résultats de l'amputation du sein. Métastases. Quelques réflexions sur les adénopathies dans le cancer du sein. Trois cas de lymphangite à répétition chez les anciennes opérées de cancer du sein. Valeurs des tests histologiques et des données cliniques au point de vue du pronostic des cancers du sein. Le cancer mammaire bilatéral. Cinquante-neuf cas de cancers primitifs multiples intéressant le sein. Tuberculose pseudo-néoplasique du sein. Tumeurs du sein chez l'homme. Séro-diagnostic du cancer.

J. FORESTIER (Aix-les-Bains), F. JACQUELINE (Aix-les-Bains) et J. ROTES-QUEROL (Barcelone). — **La spondylarthrite ankylosante. Clinique, radiologie, anatomie pathologique, traitement.** Un volume de 330 pages, avec 143 figures. 2650 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

La spondylarthrite ankylosante est une affection fréquemment observée dans la pratique rhumatologique, bien que sa connaissance comme entité clinique soit de date relativement récente.

Les auteurs ont réuni plus de 400 cas constituant un matériel d'observation homogène. Une large proportion de ces malades a été suivie pendant de nombreuses années: les auteurs ont ainsi pu se rendre compte de l'évolution de ces cas, avec ou sans traitement, et pour certains depuis leur début. En se basant sur l'étude de 40 cas de plus de 20 ans d'évolution, qui révèle un quart de cas graves avec invalidité, il apparaît que les traitements décrits ont non seulement une influence immédiate sur les symptômes de la maladie, mais qu'ils améliorent aussi le pronostic.

De cette patiente étude se dégage une connaissance plus approfondie et une conception de la maladie. Les problèmes de l'étiologie et de la pathogénie sont exposés, ainsi que les inconnues qui interdisent encore de conclure en ce domaine.

Divisions de l'ouvrage.

Introduction. — I. *Généralités*: Historique. Fréquence de la maladie. — II. *Clinique*: Vue d'ensemble. Schémas d'examen clinique. Analyse des symptômes: symptômes rachidiens, symptômes juxta-rachidiens, douleurs irradiées, atteintes des articulations périphériques, manifestations oculaires, examens de laboratoires. Modes de début. Modes évolutifs. Formes cliniques. Problèmes diagnostiques: à la phase de début, à la phase d'état ou avancée. Etiologie. — III. *Anatomie pathologique et pathogénie*: Etude des pièces sèches. Autopsies. Etude histologique. Pathogénie. — IV. *Traitements*: Règles d'hygiène posturale et orthopédie préventive des attitudes vicieuses. Traitements de fond. Traitements thermaux. Orthopédie corrective. Interventions chirurgicales. Bibliographie.

R. MERLE D'AUBIGNE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris. — **Affections traumatiques.** Avec la collaboration de: J. Bénassy, J. Cauchoix, P. Denisart, L. Descamps, J. J. Galey, J. Mathey, B. Pertuiset, J. O. Ramadier, R. Timal, R. Tubiana et R. Weber. — Collection Médico-chirurgicale à révision annuelle, publiée sous la direction de Pasteur Vallery-Radot et Jean Hamburger. — Editions Médicales Flammarion, édit., Paris, 1951.

Ce volume a été écrit par le professeur Merle d'Aubigné et son école.

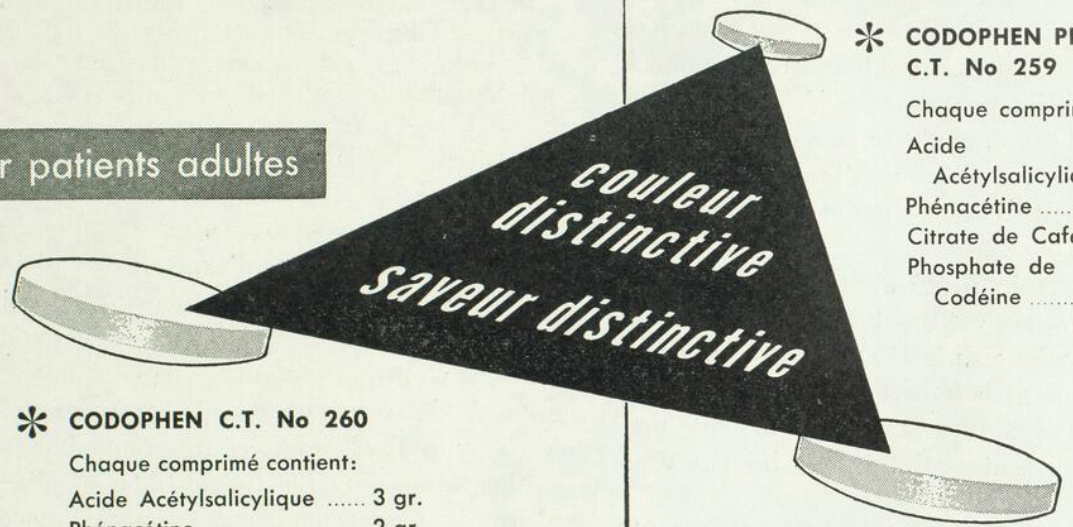
Le professeur Merle d'Aubigné s'est acquis dans le domaine de la traumatologie une renommée qui a dépassé nos frontières. Aussi ce traité était-il particulièrement attendu par chirurgiens et médecins de France et de l'étranger.

codophen E&B.S.

SÉDATIF ANALGÉSIQUE

pour petits patients

pour patients adultes



✻ **CODOPHEN PÉDIATRIQUE**
C.T. No 259

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique	7/8 gr.
Phénacétine	5/8 gr.
Citrate de Caféine	1/8 gr.
Phosphate de Codéine	1/16 gr.

✻ **CODOPHEN C.T. No 260**

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique	3 gr.
Phénacétine	2 gr.
Citrate de Caféine	1/4 gr.
Phosphate de Codéine	1/4 gr.

✻ **CODOPHEN PLUS FORT**
C.T. No 260A

Chaque comprimé contient:

Acide Acétylsalicylique	3 gr.
Phénacétine	2 gr.
Citrate de Caféine	1/4 gr.
Phosphate de Codéine	1/2 gr.

✻ *Commande spéciale pour Narcotiques Exigée. Les comprimés Codophen sont de couleur orange, sans aucune autre marque d'identification.*

THE E.B.S. HUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

UNE COMPAGNIE ENTIÈREMENT CANADIENNE... DEPUIS 1879

Représentants:

M. Gaudias Lamontagne, 2317 Regent Ave., N.D.G., Montréal, P. Q.
M. J.-A. Le Febvre, 4995 Hampton Ave., Montréal, P. Q.
M. J.-L. Vallerand, 23, rue de l'Eglise, Québec, P. Q.
M. P.-E. Thibaudeau, 2425, boul. Girouard, Saint-Hyacinthe, P. Q.
M. J.-L. Racette, 5419, 4th Ave., Rosemount, Montréal, P. Q.

On sait combien la thérapeutique en traumatologie s'est modifiée dans ces dernières années, en particulier à la suite de l'expérience de la dernière guerre. Les procédés mécaniques perfectionnés de traitement des fractures, les applications de la chirurgie plastique au traitement des traumatismes, ont, dans ce domaine, transformé les notions classiques.

Ces acquisitions nouvelles sont étudiées dans ce volume tout en faisant une large part aux notions classiques qui sont d'un emploi habituel. D'autre part, le problème des affections traumatiques a été envisagé dans son retentissement sur la physiologie générale de l'individu : on sait combien des chapitres comme les accidents des brûlures, comme le choc traumatique, comme les lésions par compression, ont été modifiés, aussi bien sur le plan de la pathologie générale que sur le plan du traitement, par les acquisitions récentes de la biologie.

Un grand soin a été apporté à l'iconographie. On trouvera des schémas clairs, possédant une valeur didactique et composés en étroite liaison avec le texte. Ils sont complétés par des radiographies aussi typiques que possible, en insistant toutefois sur les cas d'interprétation difficile.

Le chirurgien, le praticien et l'étudiant trouveront dans ce livre, aussi bien des notions peu connues sur les types d'affections relativement rares, que les données nécessaires à la pratique courante du diagnostic et du traitement.

TABLE DES MATIERES

Première partie
Traumatismes en général
I — Les traumatismes suivant leurs causes.
II — Physiopathologie des traumatismes.
III — Les traumatismes infectés.

Deuxième partie
Traumatismes suivant les tissus atteints
I — Traumatismes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.
II — Traumatismes des vaisseaux.
III — Traumatismes des nerfs.
IV — Lésions traumatiques des muscles et des tendons.
V — Traumatismes osseux.
VI — Traumatismes des articulations.

Troisième partie
Traumatismes suivant les lésions
I — Traumatismes de la tête.
II — Traumatismes du cou.
III — Traumatismes du thorax.
IV — Traumatismes de l'abdomen.
V — Traumatismes du rachis.
VI — Traumatismes du bassin.
VII — Traumatismes du membre supérieur.
VIII — Traumatismes du membre inférieur.
IX — Amputations.

Jacques ROSKAM, professeur à l'Université de Liége, membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique. — **L'hémostase spontanée. Physiologie — Pharmacodynamie — Clinique.** Un vol. de 188 p., avec 55 figures en noir et en couleurs. 1450 fr. — Masson et Cie, édit., Paris, 1951.

En dépit de leur multiplicité, les travaux concernant la coagulation normale ou les anomalies plasmatiques des saigneurs n'ont pu jusqu'à présent fournir d'explications pleinement satisfaisantes ni de l'hémostase physiologique, ni de ses troubles. Les travaux des cliniciens n'ont pas davantage percé le mystère de l'arrêt des saignements, et il reste impossible d'établir quels sont les différents facteurs de l'hémostase, parfois même d'en définir la nature, de dégager enfin la raison de l'incoercibilité des saignements.

Ces quinze dernières années ont néanmoins doté le problème d'une méthode d'étude différentielle directe et de précisions mesurables, qui a permis de substituer à des estimations qualitatives des données quantitatives. Les facteurs déterminant la rapidité de l'hémostase ont été ainsi rendus accessibles à l'expérimentation.

L'auteur a dressé l'inventaire actuel des connaissances concernant l'hémostase spontanée, considérée moins dans ses facteurs que comme un tout. Il résume d'abord ce que des travaux purement analytiques entrepris chez le sujet normal, puis les saigneurs, ont apporté à la connaissance de l'arrêt des hémorragies.

Abordant l'étape synthétique de la solution du problème encore à ses débuts, il expose les résultats des toutes premières recherches

Nouveau Traitement Scientifique

pour les

ULCÈRES GASTRIQUES
et DUODÉNAUX

ROBUDEN

VOIE BUCCALE et INJECTABLE

Dragées à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes.

Ampoules injectables à base d'EXTRAITS d'ESTOMAC et d'INTESTIN GRÊLE, préparés de diverses méthodes.

Société suisse de gastro-entérologie

Genève 22-23 juin 1946

(Voir Médecine et Hygiène, no 78)

Suite des résumés des communications

II

P.-d. Dr H. Kapp (Bâle)

1. Le traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par le Robuden.

L'accroissement, ces dernières années, des ulcères gastriques et duodénaux a contribué au fait que de nombreux cas ont dû être traités ambulatoirement. L'étude de nombreux médicaments dans des conditions graves a été ainsi rendue possible.

Rapport sur le traitement avec le Robuden.

Sur 30 cas d'ulcères gastriques, la niche, après le traitement, avait disparu dans 21 cas, persisté dans 9 cas et récidivé dans 5 cas. On constate donc un succès temporaire dans les deux tiers des cas et un succès durable dans environ la moitié des cas traités.

Sur 34 cas d'ulcères duodénaux, la niche, après le traitement, avait disparu dans 29 cas, persisté dans 5 cas et récidivé dans 5 cas. Succès temporaire, cinq sixièmes des cas et succès durable, deux tiers des cas.

On peut conclure sur la base de ces recherches que le traitement ambulatoire avec le Robuden fournit des résultats comparables à ceux du traitement par le repos et la diététique.

Documentation et échantillon médical envoyés sur demande.

Préparé par
LES LABORATOIRES ROBAPHARM SOC.
BÂLE, SUISSE

Représentants exclusifs au Canada
HERDT & CHARTON, INC.
2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL - MONTRÉAL

physio-pathologiques, riches en promesses. Deux chapitres sont ensuite consacrés aux nombreux faits déjà révélés par la méthode quantitative précise d'étude de l'hémostase: le premier réservé à la physiologie de l'hémostase et au mécanisme de ses troubles; le second, à la pharmacodynamie des hémostatiques.

Un retour à la pathologie et à la clinique permet de dégager des notions acquises quelques déductions pratiques, au moins provisoires, et d'envisager des perspectives d'avenir.

En appendice figure un résumé des méthodes actuellement disponibles.

L'ouvrage s'adresse au physiologiste, qu'intéresse la cessation de nombreuses hémorragies naturelles; au pharmacologue, apte désormais à aborder l'étude pharmacodynamique des hémostatiques, tant chez l'animal que chez l'homme; au pathologiste, qui, nanti d'une méthode expérimentale rigoureuse, va tenter d'élucider la pathogénie des hémorragies faciles et incoercibles des saigneurs; enfin, au clinicien, lui-même, qui tirera profit des progrès déjà réalisés et à venir.

Divisions de l'ouvrage.

I. *L'étape analytique.* — Facteurs d'hémostase chez le sujet normal. Le clou hémostatique. Le mécanisme intime de l'agglutination des plaquettes. Les sténoses vasculaires et le détournement de la circulation. La coagulation sanguine. — Facteurs d'hémostase chez les saigneurs. Les états hémorragiques. Les plaquettes sanguines chez les saigneurs. La coagulation sanguine chez les saigneurs. Le facteur vasculaire chez les saigneurs. Considérations générales. — II. *L'étape synthétique.* — Acheminement vers l'étude synthétique de l'hémostase. Premières recherches physio-pathologiques sur l'incoercibilité des saignements. Le temps de saignement moyen. Hémostase spontanée et méthode de la corrélation. Etude physio-pathologique du temps de saignement moyen. Pharmacodynamie des hémostatiques. — Clinique et étude synthétique de l'hémostase spontanée. Problèmes diagnostiques. Problèmes thérapeutiques. — Considérations générales. Index bibliographique. Index alphabétique.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

Des examens pour le diplôme d'associé (Fellow) en médecine — F.R.C.P. (C) et en chirurgie — F.R.C.S. (C), ainsi que pour le certificat en spécialités approuvées, auront lieu en 1952.

Copies des règlements et conditions régissant les examens, listes des hôpitaux approuvés au Canada, et les formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant comme suit:

Le Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

Les demandes concernant les examens de 1952 doivent être présentées avant le 31 avril 1952.

—Un vaso-dilatateur coronarien—

rempli de promesses

KHELLIN B.D.H.

Khellin est le principe actif de la graine de Khella, plante sauvage du bassin méditerranéen. On le trouve actuellement dans le commerce sous forme cristallisée pure, pour usage oral dans la prophylaxie et le traitement de l'angine de poitrine.

USAGE CLINIQUE :

Khellin B.D.H. possède, sur les nitrites et autres vaso-dilatateurs réputés, l'avantage d'avoir une action sélective sur les vaisseaux coronariens. Son action, bien que plus lente, est plus prolongée que celle des nitrites. A doses efficaces, il n'abaisse pas la tension artérielle. A ce sujet, selon Anrep et al (Amer. Heart J., 37: 531, 1949) "on peut considérer l'action de Khellin sur les vaisseaux coronariens comme une action aussi sélective que possible."

Des essais comparatifs indiquent que le Khellin est un peu plus faible que la nitroglycérine, mais il agit plus longtemps. Quant à son action sur la musculature bronchique et coronaire, elle vaut quatre fois celle de l'aminophylline.

POSOLOGIE :

On administre deux comprimés de Khellin B.D.H. (40.0 mg.) 3 ou 4 fois par jour. Quand la réponse clinique est manifeste, on peut réduire la dose à un niveau d'entretien qui peut être continuée indéfiniment, le médicament n'étant pas sujet à accoutumance.

EFFETS SECONDAIRES :

L'incidence des réactions est faible, mais on a rapporté des effets secondaires tels que diarrhées, nausées et insomnie. On peut réduire ces effets en commençant par des doses faibles au moment des repas.

Présenté en flacons de 50 et de 100 comprimés de 20.0 mg. chacun.

THE BRITISH DRUG HOUSES

(CANADA) LIMITED

TORONTO CANADA

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

OXYUROSE TRAITÉE PAR LA TERRAMYCINE

Depuis les essais cliniques poursuivis en Haïti par une équipe de 6 médecins américains, l'infection causée par l'oxyurose, le plus commun des parasites humains, peut maintenant être jugulée par la terramycine.

Travaillant sur une série de 61 cas d'oxyurose, ces médecins ont démontré l'efficacité de la terramycine chez tous les cas sauf deux. Ils ont entrepris des travaux cliniques avec cet antibiotique à spectre de sensibilité étendue parce que « le traitement habituel au violet de gentiane n'amène pas toujours l'éradication de l'infection, et il arrive assez souvent que ce traitement doit être abandonné à cause de réactions toxiques ». Plusieurs des patients, qui avaient été traités auparavant au violet de gentiane trouvèrent la terramycine « beaucoup plus tolérable. »

L'oxyurose se rencontre partout dans le monde et à tous les âges. Les experts en hygiène publique estiment que 35% de la population générale en est atteinte. Dans les états du sud, 50 à 60 pour cent des enfants en ont souffert. Causé par un petit ver blanc, le symptôme le plus ennuyeux est la démangeaison. Il y a souvent des lésions secondaires de grattage. L'oxyurose nuit souvent à l'alimentation et cause souvent anémie et perte de poids. Habituellement l'affection est familiale.

Dans leur rapport clinique, paraissant dans la dernière livraison du périodique médical *Antibiotics and Chimotherapy*,[1] les médecins signalent que le succès thérapeutique repose sur un traitement simultané de toute la famille. A cause de cela, le désavantage du violet de gentiane, disent-ils, réside dans le fait que les jeunes enfants sont incapables d'avaler les tablettes à enrobage entérique.

L'équipe médicale d'Haïti a examiné et traité à la terramycine, dans la mesure du possible, des familles entières. Malgré une coopération parfois déficiente, et « malgré une posologie insuffisante dans un grand nombre de cas, » mentionne le rapport, « seulement deux cas ne réagirent pas d'une façon satisfaisante après quatre semaines de traitement. »

L'article conclut que la terramycine « est active contre l'infection, est plus efficace et mieux tolérée que le violet de gentiane. » Les expériences furent conduites par les docteurs Helen S. Wells, Howard Shookoff, William G. Mullin, Max M. Sterman, Elmer H. Loughlin et Erving Rappaport.

DEUX NOUVELLES PRÉPARATIONS ORALES DE PÉNICILLINE, PRÉSENTÉES PAR PFIZER & CO.

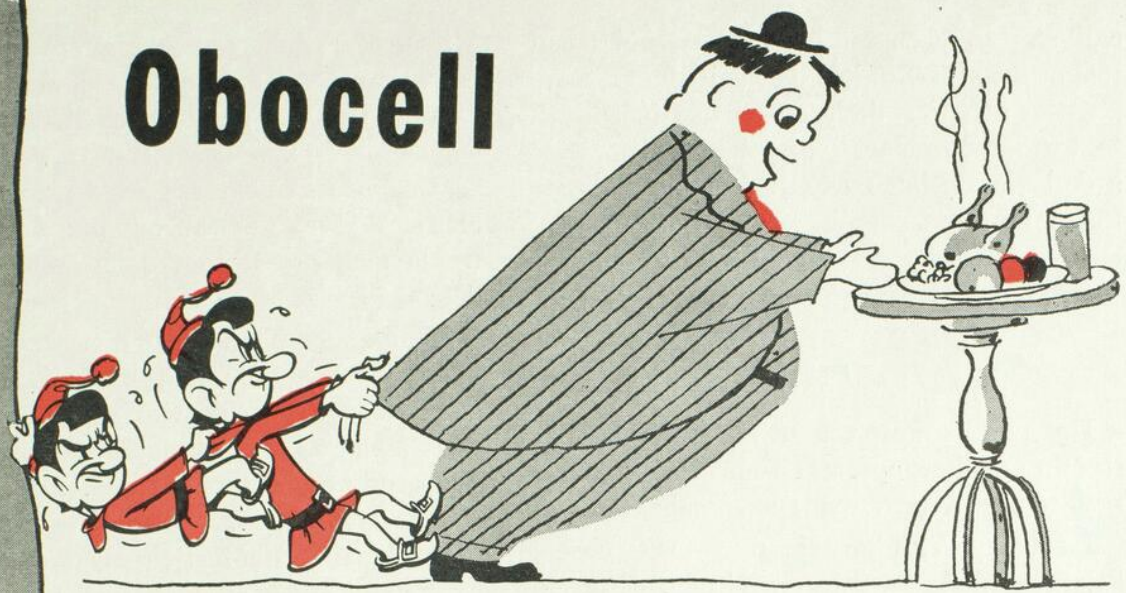
Deux puissantes préparations orales de pénicilline, Pen-drops et Liquapen, ont été lancées sur le marché par Chas. Pfizer & Co., inc. Pen-drops, une fois préparée, contient 100 000 unités au cc. de pénicilline G. potassique cristallisée, ce qui constitue actuellement la plus forte concentration pour administration orale de cet antibiotique. Liquapen contient 250 000 unités de pénicilline potassique par cuillerée à thé (5 cc.).

Ces deux formes de pénicilline ont comme toutes les préparations orales de cet antibiotique l'avantage de ne causer qu'un faible pourcentage de réactions d'hypersensibilité; et leur grande puissance permet au médecin de ne les faire administrer que trois fois par jour, ce qui évite de nuire aux repas et au sommeil.

Spécialement conçues pour le traitement des nourrissons et des enfants, les Pen-drops sont présentées en fioles contenant un million d'unités de pénicilline, accompagnées de 10 cc. d'une solution diluente agrémentée d'essence de cerise et de menthe, et d'un compte-gouttes

1. Vol. 1; No 5.

Obocell



POUR MAIGRIR

NOUVEAU

SUCCÉDANÉ DE LA VOLONTÉ POUR MAINTENIR LES OBÈSES SUR UN RÉGIME NÉCESSAIREMENT FAIBLE EN CALORIES,

dans le traitement de l'obésité

OBOCELL diminue à la fois la faim et l'appétit.

OBOCELL fait que le patient suit son régime . . . *plus longtemps !*

OBOCELL supprime la sensation de vide et fait disparaître le désir de manger en remplissant les intestins.

Chaque comprimé Obocell contient:

Méthylcellulose ---------- 150 mg.
Phosphate de dextro-amphétamine 5 mg.

ADMINISTRATION: De trois à six comprimés par jour, de préférence 30 minutes avant les repas.

PRÉSENTATION: Flacons de 50, 100 et 500 comprimés.

Echantillon et littérature sur demande.

Préparé par IRWIN NEISLER & CO. — Decatur, Illinois.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON INC.

2027, COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

calibré. Liquapen est présenté en fioles contenant 2 500 000 unités de pénicilline, accompagnées de 50 cc. de la même solution diluente. Ces deux préparations peuvent être mêlées à de l'eau, du lait ou toute formule d'alimentation infantile.

UNE GRANDE VARIÉTÉ D'INFECTIONS OCULAIRES SENSIBLES À LA TERRAMYCINE

Des publications venant de toutes les parties du monde rapportent l'efficacité et la versatilité de la terramycine en ophtalmologie.

Le docteur Ykihiko Mitsui et ses associés, de l'Université Kumamoto ont obtenu des résultats remarquables dans le traitement du trachome. Le dernier travail de cette équipe porte sur près de 700 cas de trachome traités avec des dosages variés de terramycine. Quelques-unes de leurs conclusions sont rapportées dans le journal: *Archives of Ophtalmology.*

Le trachome au début, répond « dans tous les cas favorablement et rapidement » à la terramycine. Un onguent de terramycine à 0,1% aussi bien qu'une solution à 0,5%, appliquée localement plus de 4 fois par jour « amène une guérison clinique en quelques semaines ».

Dans le trachome chronique, l'onguent produisit un effet curatif dans 80% des cas. Cependant la chirurgie associée à l'antibiotique a donné de « biens meilleurs résultats ».

Le pannus aigu de même que l'ulcère de la cornée « réagissent également d'une façon rapide à la terramycine. L'application d'une faible dose produira une cure en peu de jours ».

Le Dr Mitsui et ses collaborateurs ajoutent que l'association de la sulfadiazine à la terramycine « amena la guérison dans 100% des 15 cas de trachome chronique ainsi traités », alors que 10 des 11 cas traités à l'onguent de terramycine contenant de l'hyaluronidase furent guéris en six à huit semaines.

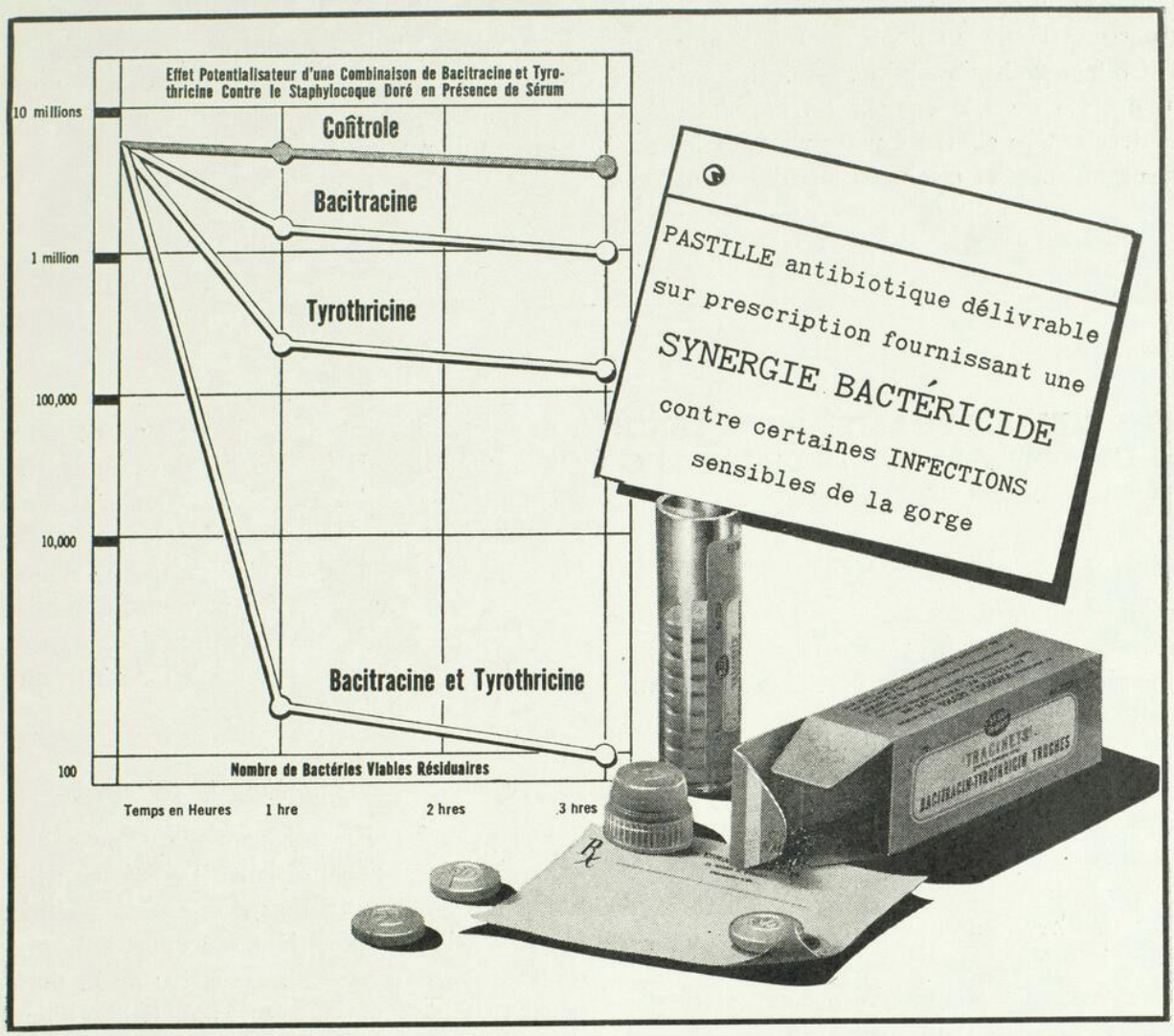
Le dernier rapport de Mitsui culmine une série d'études qu'il a faites. Pour une série d'environ 50 cas de trachome, les docteurs Mitsui et Tanaka ont administré la terramycine, l'auréomycine et le chloramphénicol. Comme ils l'ont publié dans *Antibiotics and Chemotherapy,* seules les deux premières se sont montrées efficaces et des deux, la terramycine s'est révélée « beaucoup plus active » contre la maladie, surtout dans les cas pris au début.

Bien que son travail sur le trachome ait attiré beaucoup d'attention, le Dr Mitsui a aussi démontré l'efficacité de la terramycine dans nombre d'autres maladies ophtalmiques. Dans un récent numéro de *Antibiotics and Chemotherapy,* il rapporte avec ses associés, une douzaine d'infections oculaires traitées avec de l'onguent, une solution ou des capsules de terramycine.

Se basant sur une expérience de plus de 100 patients, les médecins japonais concluent « que la terramycine est le médicament de choix dans les infections suivantes: conjonctivite angulaire, blépharite micrococcique, blépharite marginale, conjonctivite à pneumocoque, dacryocystite chronique, ulcère serpigneux de la cornée, infection Neisserienne *(micrococcus catarrhalis)* et suppurations aiguës. »

Un rapport d'Angleterre parle du traitement de la blépharite par l'auréomycine et la terramycine. Le docteur D. Ainslie a publié dans le *British Medical Journal,* deux cas de blépharite traités à la terramycine, dont « l'amélioration fut immédiate », bien que le traitement ne réussit que dans un peu plus que la moitié des cas.

Aux Etats-Unis également, la terramycine s'est révélée une importante acquisition pour l'arsénal de l'ophtalmologiste. Dans des études cliniques sur la terramycine en solution et en onguent, trois médecins américains déclarent cet antibiotique « actif et bien toléré dans le traitement de la conjonctivite, et des ulcérations cornéennes d'origine bactérienne. Ils rapportent également, dans un article intitulé *The Role of Terramycin in Ophtalmology* que la terramycine fut également utile dans le traitement prophylactique pré-opératoire du sac conjonctival.



L'association *bacitracine-tyrothricine* exalte considérablement l'action bactéricide de ces puissants antibiotiques employés en application locale, ainsi que l'indique le graphique ci-dessus. Les pastilles de Bacitracine-Tyrothricine TRACINETS* rendent disponible cette combinaison exceptionnellement efficace pour le traitement des infections courantes de la gorge. Chaque pastille TRACINETS renferme 50 unités de *bacitracine* et 1 mg. de *tyrothricine*, ainsi que 5 mg. de *benzocaïne* comme calmant.

Présentées en fioles de 12 pastilles.

Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 13, Ontario.

TRACINETS

SHARP & DOHME

Pastilles de Bacitracine-Tyrothricine

Ces résultats concordent avec les travaux publiés antérieurement. Le Dr Arno E. Town, professeur d'ophtalmologie au Jefferson Medical College de Philadelphie, rapporte que dans « une série de 132 cas, la terramycine s'est montrée active contre à peu près tous les micro-organismes et quelques uns des virus responsables des infections oculaires externes ».

Le travail du Dr Town comprend plus de 15 types de maladies oculaires, y compris les infections staphylococciques, pneumococciques et streptococciques de même que les conjonctivites folliculaires.

ESSAI CLINIQUE DE L'ÉPREUVE CUTANÉE AU COLOSTRUM POUR LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE [1]

Introduction

L'injection intra-dermique de colostrum comme moyen de diagnostic de la grossesse fut proposée par Falls, Freda et Cohen, de l'Université de l'Illinois en 1940. Ces chercheurs découvrirent qu'un pourcentage élevé, d'une valeur significative, de femmes non enceintes réagissaient à la suite de l'injection intra-dermique de 1/50 cc. de colostrum en faisant un érythème en tache arrondie qui persistait au-delà d'une heure, alors qu'au début de la grossesse l'injection ne produisait qu'une tache perlée avec peu ou pas d'érythème et disparaissant en moins d'une heure.

Par la suite d'autres chercheurs n'obtinrent pas le degré élevé de précision mentionné dans la communication originale. Cette variabilité dans les résultats suscita des études visant à trouver une méthode constante pour recueillir, préparer et administrer la dose voulue de colostrum de femme primipare afin d'obvier ainsi aux déficiences de la méthode originale. On fabriqua dans ce but un petit contenant en matériel plastique appelé « micro-dispensateur » (R)* pouvant contenir 1/50 cc. et muni d'une aiguille à injection intra-dermique. La technique de l'administration exige une dose ne dépassant pas 1/50 cc., ni inférieure à 1/70 cc. L'injection doit être intra-dermique et non sous-cutanée. Ce nécessaire permet d'administrer 1/70 cc. ± 4/1 000 et semble donc approprié. Le temps paraît venu d'en donner une appréciation clinique.

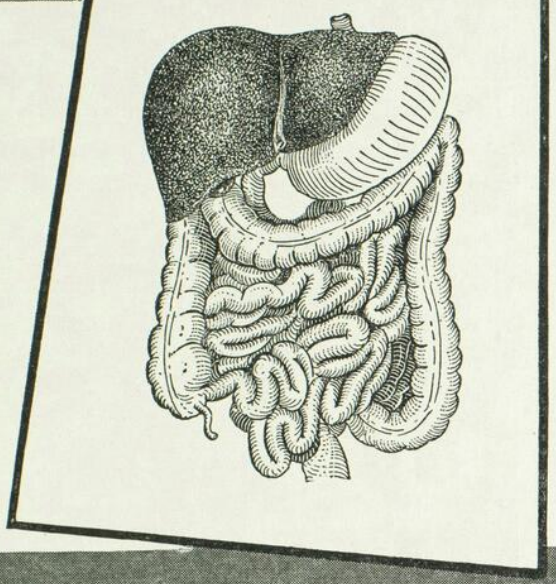
Prélèvement et préparation du colostrum

Les manufacturiers affirment que le colostrum du micro-dispensateur (R) a été recueilli au moyen d'une téterelle chez des femmes primipares à la vingt-septième ou vingt-huitième semaine de la grossesse. Les seins de la donneuse furent d'abord frottés à l'aide d'une brosse douce puis lavés à l'éther. On mit ensemble le colostrum d'au moins cinq donneuses différentes. Puisque l'ingrédient responsable de la réaction n'est pas connu, ce mode de prélèvement est proposé à titre de procédé arbitraire adopté après divers essais. Le colostrum est dilué et on y ajoute un préservatif moins d'une heure après le prélèvement. On le garde à l'abri de la lumière et à une température inférieure à 59°F. Au colostrum mis en commun on ajoute une quantité égale de sérum physiologique stérile, plus 0,1 cc. de merthiolate au centième par 10 cc. du mélange.

Les manufacturiers font la mise en garde à l'effet que si le mélange est laissé à la température de la chambre pendant plus de 36 heures,

1. Article de Samuel M. Martins et Byron P. Howells paru dans *Annals of Western Medicine and Surgery*, numéro de juin 1950.

* Ogle Micro Dispenser colostrum unit (Q-tests), fourni gracieusement par General Pharmacal Corporation, Los Angeles et Mercury Drug Co. Ltd, Montreal.



Prévention ou soulagement des

Distensions Abdominales et Rétentions Gastriques

post-opératoires

L'Urecholine prévient ou soulage dans une proportion élevée les pénibles symptômes des distensions abdominales et des rétentions gastriques post-opératoires. En reproduisant les effets d'une stimulation parasympathique, l'Urecholine augmente le tonus gastrique, les contractions péristaltiques, et provoque la miction et la défécation.

On a aussi prouvé la grande valeur de l'Urecholine pour prévenir et/ou soulager la rétention d'urine post-opératoire et traiter la rétention chronique ou fonctionnelle. On a obtenu un soulagement symptomatique complet dans des cas choisis de mégacôlon.

Des renseignements détaillés sur l'Urecholine Chloride seront envoyés sur demande.

* * *

S'OBTIENT en flacons de 100 comprimés de 5 mg. pour usage buccal, et en cartons contenant six ampoules de 1 c.c. correspondant à 5 mg., pour administration sous-cutanée.

URECHOLINE CHLORIDE

(marque déposée)

(Marque de chlorure de béthanechol)
(Uréthane du chlorure de β-méthylcholine Merck)

MERCK & CO. LIMITED
Chimistes fabricants
MONTRÉAL TORONTO VALLEYFIELD

sa puissance est grandement réduite. Lorsqu'il est conservé entre zéro et 59°F., il garde son efficacité pendant plus de quatre mois.

Méthode de recherche

Des obstétriciens des régions de Los Angeles, de Pasedena et de San Diego mirent cette épreuve à l'essai chez des patientes tant privées que publiques. On a cru désirable de s'en rapporter aux résultats obtenus ainsi par un groupe de médecins afin de juger la précision de l'épreuve dans les conditions ordinaires de son emploi éventuel. Ces chercheurs firent rapport sur une série de 292 sujets, comprenant des cas de grossesse prouvés cliniquement, la plupart dans les trois premiers mois, un groupe composé de femmes reconnues comme non enceintes, un petit nombre de patients atteints de tumeurs, et des témoins de sexe masculin, le tout tel qu'indiqué au tableau I.

Tableau I

CATÉGORIES DE SUJETS

Femmes enceintes	Femmes non enceintes	Cas de tumeurs	Hommes	Total
164	97	8	23	292

Aucun cas de grossesse avancée ne figure dans la série étant donné que des études antérieures ont montré que l'épreuve au colostrum n'a plus de valeur à ce stage de la gestation. La plupart des sujets étaient de race blanche, à l'exception de quelques femmes mulâtres, chinoises et mexicaines.

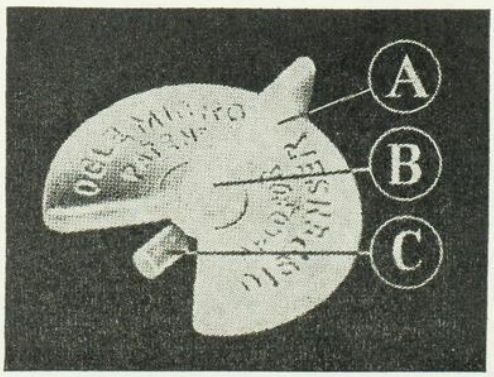


Fig. I. — *Le micro-dispensateur.* A—est la petite tige par laquelle on le saisit entre le pouce et l'index. B—est la poire flexible contenant le composé de colostrum. C—est le capuchon protecteur de l'aiguille.

Technique de l'injection

Avec le micro-dispensateur (R) la technique est relativement simple. La face antérieure de l'avant-bras est nettoyée à l'alcool et laissée à sécher, puis l'aiguille est introduite dans la couche superficielle de la peau et on comprime la poire expulsant ainsi le colostrum qui fait un bouton dans la peau. L'aiguille est retirée puis on note l'état de la peau à des intervalles de 15, 30 et 60 minutes.

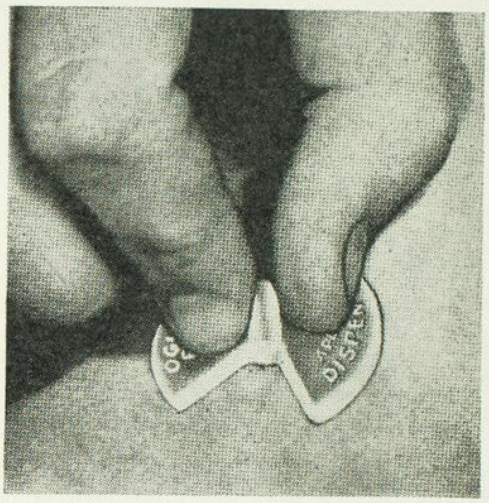
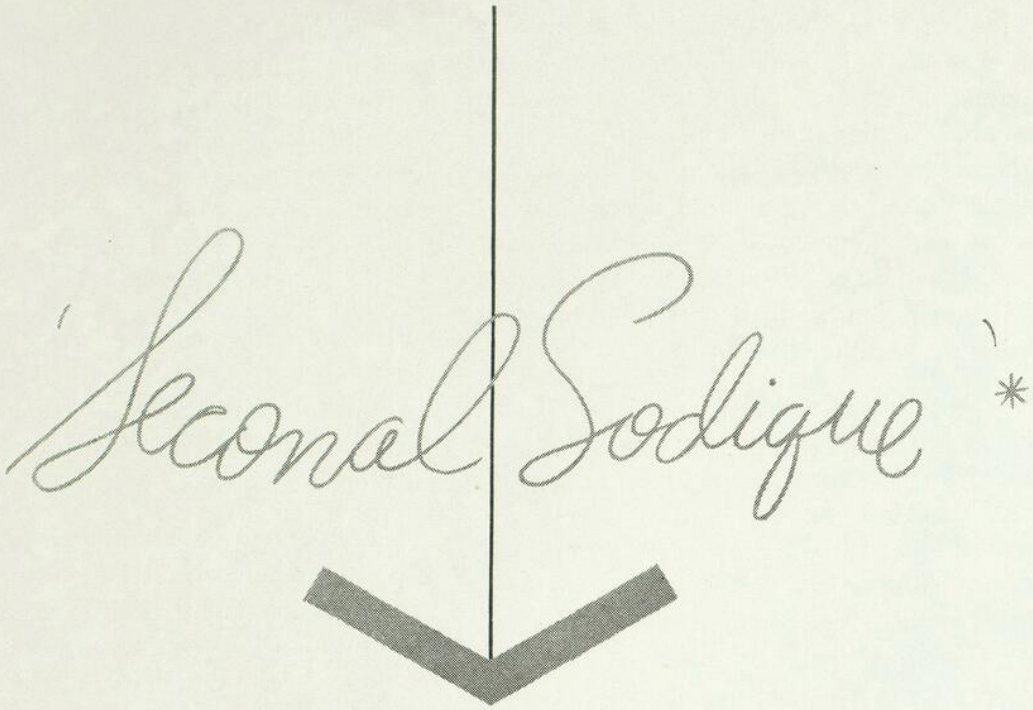


Fig. II. — Lorsque l'aiguille a pénétré suffisamment dans la peau, pressez la poire marquée B dans la figure I, entre le pouce et l'index.

Interprétation des résultats

Dans la description originale de Falls et de ses collègues, on lit: « Si la patiente est enceinte, le bouton produit par l'injection de colostrum a une apparence perlée, ressemblant à une pigûre fraîche de moustique, avec peu ou pas d'aréole rose. Au bout d'une heure on peut à peine distinguer le lieu de l'injection, si ce n'est par le petit trou qu'a fait l'aiguille en son centre... »

« Quand la patiente n'est pas enceinte ... le bouton a tendance à demeurer surélevé et perlé pendant les quelques minutes suivant l'injection alors que son diamètre commence à s'accroître pour atteindre éventuellement deux ou trois fois la dimension produite originairement par l'injection et ce sans changement dans sa couleur. Alors apparaît une aréole rosée ou rouge d'un à deux pouces de diamètre,



est tout indiqué pour le contrôle

du type d'insomnie le plus fréquent.

Pour votre patient qui cherche un sommeil normal de huit heures, un hypnotique à début rapide et de courte durée est le plus approprié.

D'habitude, quand l'insomnie est causée non pas par un malaise physique mais par une inquiétude mentale, l'agitation, la peur, un souci, une appréhension ou une grande fatigue, le sommeil une fois installé va continuer probablement de façon normale. Le 'Seconal Sodique (Secobarbital sodique, Lilly) répond à ce besoin.

Avec une dose adéquate de 'Seconal Sodique', rarement plus de 0,1 g. (1½ gr.) et souvent 0,05 g. (¾ de gr.) seulement, le sommeil apparaît après quinze ou vingt minutes, et l'effet se dissipe entre quatre à sept heures.

*'Seconal Sodique' (Secobarbital sodique, Lilly)

Eli Lilly and Company (Canada) Limited • Toronto, Ontario

dont le contour, la couleur et l'épaisseur sont irréguliers et qui projette des pseudopodes lymphangitiques à sa périphérie. La réaction augmente régulièrement d'intensité pendant une heure et persiste pendant quatre à cinq heures. » Pulver et Posner[2] ont décrit la réaction chez une femme non enceinte comme étant un érythème d'un pouce ou plus avec un bouton plus étendu qu'au moment de l'injection et la présence de pseudopodes.

Dans la présente série le bouton initial mesurait trois à quatre millimètres de diamètre. Même si la patiente n'est pas enceinte, généralement en 15 minutes le bouton atteint cinq à sept millimètres de diamètre. En 30 minutes le bouton s'amincit et devient moins distinct. Parfois avec des réactions très nettes de grossesse le bouton disparaît presque complètement en 30 minutes bien que la palpation révèle encore de l'épaississement de la peau. Au bout d'une heure le bouton est disparu; il ne reste que le trou d'aiguille et un léger œdème de la peau encore palpable.

Il peut ne pas y avoir d'érythème autour du bouton mais habituellement on y voit un anneau d'érythème d'un à deux millimètres alors que dans les réactions faibles de grossesse on voit une belle zone d'érythème dont le diamètre peut atteindre 2,5 cm. Après une demi-heure l'érythème commence à diminuer en dimensions et en intensité.

Chez les hommes et chez les femmes qui ne sont pas enceintes, la réaction type est essentiellement celle décrite par Falls et ses collaborateurs avec des boutons mesurant de 0,7 à 2,0 cm. et un érythème de 2,5 à 6 cm. Certaines variations furent trouvées qui seront décrites plus loin.

Il semble que l'interprétation définitive doive tenir compte de l'ensemble de la réaction. Ceci doit inclure l'observation du bouton, de ses dimensions et de son amincissement, de même que celle de l'érythème et de la vitesse de sa régression.

Les résultats trouvés chez les 292 sujets sont résumés dans le tableau II.

Au tableau III est indiqué le temps d'apparition d'une réaction de présence de grossesse d'après la durée de la gestation en semaines.

Tableau II

RÉSULTATS DES RÉACTIONS

	Grossesse présente		Réactions douteuses		Grossesse absente		Total	
	Nombre de cas	Pour.	Nombre de cas	Pour.	Nombre de cas	Pour.	Nombre de cas	Pour.
Grossesse Jeune, jusqu'à 20 semaines	149	91,0	8	4,8	7	4,2	164	100
Absence de grossesse	4	4,2	1	1,0	90	94,8	95	100
Tumeurs	2	——	-	——	6	——	8	——
	môle hydatiforme							
Hommes	0		0		23		23	

Tableau III

RÉACTIONS AU DÉBUT DE LA GROSSESSE

Nombre de semaines après la première absence des règles	Présence de grossesse	Réaction positive précoce	Réactions douteuses	Absence de grossesse	Total
1	7	3	3	1	14
2	12	1	0	0	13
3	9	1	1	1	12
4	18	2	4	2	26

Arrête
la toux
déchirante...

mais garde
le réflexe
tussigène

MERCODOL apporte un soulagement rapide et approprié sans nuire au réflexe tussigène requis pour garder libres les passages de la gorge et les bronchioles.

Cette ordonnance, complète et agréable au goût, contient un narcotique[1] antitussigène *sélectif* qui ne nuit aucunement au réflexe tussigène . . . un bronchodilatateur[2] efficace pour le relâchement des bronchioles obstrués . . . un expectorant[3] qui liquéfie les sécrétions. Ne cause pas de nausées, constipation, rétention de sputum ou stimulation cardiovasculaire ou nerveuse.

MERCODOL*

LE SIROP ANTITUSSIGÈNE QUI ENRAYE LA TOUX—GARDE LE RÉFLEXE TUSSIGÈNE

Une commande spéciale pour narcotique est exigée

MERCODOL avec **DECAPRYN®**
pour le rhume à
réaction allergique spécifique

Merrell
1828
CINCINNATI • U.S.A.

30 cc. contiennent:

[1]Mercodinone*	10.0 mg.
[2]Chlorhydrate de Nethamine*	0.1 Gm.
[3]Citrate de Soude	1.2 Gm.

Succursaie Canadienne: 44 Osler Street, Toronto 9, Ontario

*Marque Déposée

Discussion

Comme pour toute épreuve cutanée, certaines particularités individuelles telles que le teint, l'allergie, la race, et le reste, doivent entrer en ligne de compte comme causes de réactions atypiques qui rendent l'interprétation douteuse dans certains cas. Il en fut ainsi des cas où se produisit une flambée d'érythème sur une étendue considérable mais qui disparut complètement en moins d'une heure. Dans d'autres cas le bouton se résorbait lentement laissant une plaque d'œdème palpable sous la peau, mais la réaction entière disparaissait beaucoup plus vite que la réaction typique en l'absence de grossesse. Ou encore dans d'autres cas il y avait très peu d'érythème mais le bouton persistait sans grand changement pendant plusieurs heures.

Par exemple, dans la colonne des réactions douteuses se trouvent les cas de deux femmes rousses et de deux patientes à antécédents allergiques. De même dans le groupe des grossesses à réaction négative se trouvaient deux autres cas d'allergie et une autre femme rousse, soit au total quatre femmes allergiques et trois femmes rousses donnant des réactions fausses ou douteuses. Dans le groupe des femmes non enceintes il y avait quatre patientes dont la réaction comportait peu ou pas d'érythème mais chez qui le bouton après une heure n'était pas altéré et se résorbait ensuite très lentement. Cette réaction fut interprétée comme atypique pour une absence de grossesse. Parmi les hommes il y a eu quatre cas semblables. Ces réactions furent interprétées dans le même sens.

Deux femmes menstruées présentèrent la réaction de la grossesse à l'épreuve mais leurs cas ne sont pas inclus dans les chiffres fournis car c'est là une des conditions reconnues comme pouvant donner une fausse réaction.

Dans les cas de grossesse peu avancée qu'il fut possible d'éprouver de nouveau, on remarqua qu'une réaction douteuse ou négative se changeait en réaction de grossesse dans un délai d'une à quatre semaines. Il semblerait y avoir une certaine variation individuelle dans le temps que met à se développer l'immunité à la substance du colostrum.

Quatre cas d'avortement furent soumis à l'épreuve par un médecin qui obtint trois réactions douteuses et une d'absence de grossesse. Des trois cas à réaction douteuse, un fut diagnostiqué comme menace d'avortement, un avorta deux jours plus tard et un autre avait avorté une semaine avant l'épreuve. La patiente qui donna une réaction d'absence de grossesse avait aussi avorté une semaine auparavant.

Des patients atteints de tumeurs, il y en avait quatre souffrant de carcinome prouvé du sein (l'un prenant de la testostérone), une présentant un carcinome du col et un homme qui avait un carcinome épidermoïde de la peau. Tous les six firent une réaction d'absence de grossesse.

Les deux patientes qui eurent des môles hydatiformes auraient probablement dû être classées parmi les cas de grossesse. Les deux firent des réactions nettes de grossesse au temps où les môles furent expulsées, mais deux semaines plus tard chacune faisait une réaction d'absence de grossesse.

Conclusions et résumé

1. L'épreuve cutanée au colostrum pour le diagnostic de la grossesse, effectuée au moyen d'un nouvel instrument d'injection, fut mise à l'essai par un groupe représentatif d'obstétriciens chez 292 personnes dans diverses cliniques et en clientèle privée.

2. Une réaction de présence de grossesse fut obtenue dans 91 pour cent des cas confirmés de grossesse.

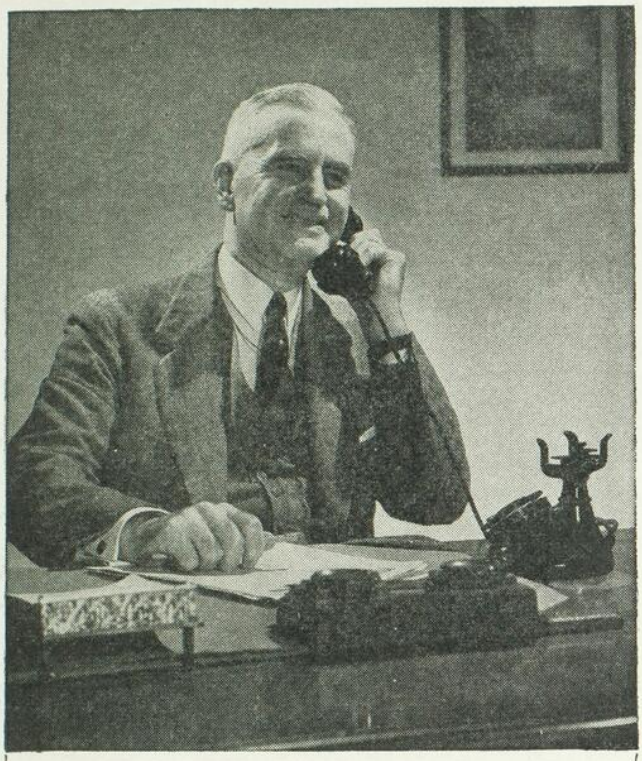
3. Une réaction d'absence de grossesse fut obtenue dans 95 pour cent des cas confirmés d'absence de grossesse.

4. Une réaction d'absence de grossesse fut obtenue chez 100 pour cent des hommes soumis à l'épreuve.

5. Les personnes rousses dont la peau est sujette aux manifestations allergiques font souvent une réaction douteuse ou une fausse réaction d'absence de grossesse.

6. Cette épreuve cutanée peut être utilisée lorsque la clinique n'arrive pas à reconnaître l'état de grossesse. Ses avantages particuliers sont sa facilité d'application et le court délai dans lequel ses résultats peuvent être constatés.

Les activités de l'homme d'affaires ne sont pas interrompues



grâce au soulagement bienfaisant des symptômes urinaires

Plusieurs malades sous traitement pour infections des voies urinaires, continuent de vaquer à leurs occupations habituelles grâce à l'analgésie obtenue par l'administration orale du Pyridium. Le Pyridium peut s'administrer en même temps que les antibiotiques, les sulfamides ou toute autre thérapeutique spécifique.

Une étude* du soulagement symptomatique obtenu chez 118 cas traités avec le Pyridium indique:

Un soulagement rapide de la pollakiurie dans 85% des cas.

Une diminution de la douleur et du ténesme dans 93% des cas.

*Kirvin, T. J., Lowsley, O. S., et Manning, J., Effects of Pyridium in certain urogenital infections, *A. J. Surg.* **62**: 330-335, décembre 1943.

L'historique complet du Pyridium et de son emploi clinique sera envoyé sur demande.

PYRIDIUM®

(Marque de phénylazo-diamino-pyridine ClH)

Pyridium est la marque déposée par Nepera Chemical Co., Inc., successeur de la Pyridium Corporation, pour sa marque de phénylazo-diamino-pyridine ClH. Merck & Co. Limited en sont les distributeurs exclusifs au Canada.

MERCK & CO. LIMITED

Chimistes fabricants

MONTRÉAL - TORONTO - VALLEYFIELD

Dans la Fièvre Rhumatismale:

"Seuls les salicylates ont subi avec succès l'épreuve du temps dans le traitement de la Fièvre Rhumatismale..."

J. A. M. A., vol. 141, No 7, 15 oct. 1949.

et maintenant...

Nous sommes heureux de rendre disponible au corps médical canadien une formule salicylée nettement améliorée — l'AMBERMIDE (Succinate-Salicylamide).

La salicylamide, un des principaux ingrédients actifs de l'AMBERMIDE, est connue depuis 1890, mais ce n'est que récemment que des recherches pharmacologiques ont révélé qu'elle possède les importants avantages suivants sur les autres salicylates :

▶ **MEILLEURE TOLÉRANCE :** "La salicylamide paraît être beaucoup moins toxique que l'acide acétylsalicylique à doses répétées." [1]

"Contrairement aux autres salicylates, la salicylamide est bien tolérée même à fortes doses." [2]

▶ **ANALGÉSIE ACCRUE :** Si on attribue arbitrairement une valeur de 1 au pouvoir analgésique de l'acide acétylsalicylique, celui de la salicylamide se chiffre par 7.5. [3]

▶ **NIVEAUX SALICYLÉS SANGUINS PLUS ÉLEVÉS :** "La concentration salicylée dans le sang 3 ou 4 heures après administration orale est plus élevée qu'avec les salicylates." [4]

AMBERMIDE

Un Meilleur Salicylate

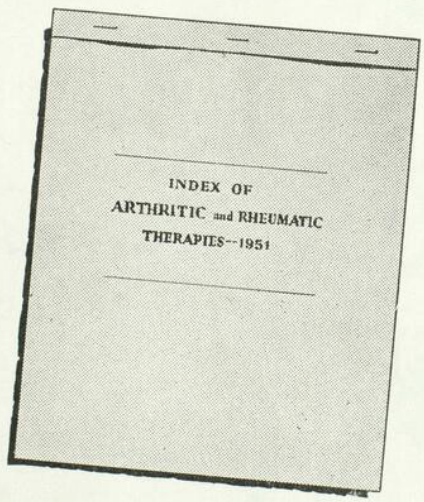
Ces avantages marquants de la salicylamide sont accrûs dans la formule unique de l'AMBERMIDE par le fait que la formule comprend du succinate de calcium. Ce catalyseur physiologique stimule nettement le métabolisme tissulaire et augmente considérablement l'utilisation d'oxygène par les tissus.[5] Preuve additionnelle de la synergie remarquable entre le succinate et le salicylate — il n'y a aucune réduction dans le temps de prothrombine et la respiration tissulaire, loin de diminuer, augmente sensiblement.[6]

La formule exclusive de l'AMBERMIDE (Succinate-Salicylamide) met entre les mains des médecins canadiens une thérapeutique qui offre la sécurité voulue pour les traitements prolongés et évite les effets secondaires pénibles.

Les comprimés AMBERMIDE procurent un soulagement rapide, sont faciles à prendre, ne provoquent aucun dérangement gastrique. Se trouvent dans toutes les bonnes pharmacies en flacons de 100 et de 500.

1. J. Pharm. & Exper. Ther., 89, 205 - 209, March, 1947. 2. Schw. Med. Woch, No. 3, Vol. 80, 62-63, Jan. 1947. 3. Fed. Amer. Soc. Exper. Biol., Vol. 5, 182, 1946. 4. The Medical Clinic, No. 37, 1178, Sept. 15, 1950. 5. Biochem. J., 30, 224, 1936. 6. Ohio St. Med. Jrl., 43, 1035, 1947.

POUR VOUS :



Il nous fera plaisir de vous envoyer un exemplaire du "Index of Arthritic and Rheumatic Therapies — 1951". Adressez-vous au Dépt U 3, THE PAN PHARMACALS LIMITED, Toronto 10, Canada.

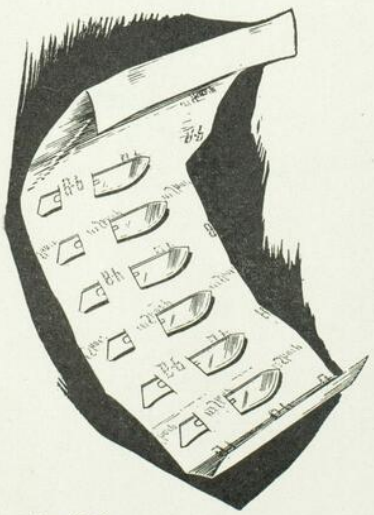
Chaque comprimé contient:

Salicylamide	2 gr.
Succinate de Calcium	2.8 gr.
Hydroxide d'Aluminium	1.7 gr.
Hydroxide de Magnésium	0.649 gr.

Pour un prompt soulagement symptomatique des troubles arthritique et rhumatismaux
Fièvre rhumatismale - sciatique - goutte - bursite - névrite - fibrosite - myosite

Une Coordination Parfaite

LES RIB-BACKS la rendent *facile*



It's Sharp

Facile POUR LE CHIRURGIEN parce qu'il est sûr que ses lames lui donneront un service de tout repos grâce à l'uniformité de leur pouvoir tranchant, à leur résistance et à leur rigidité plus grandes.

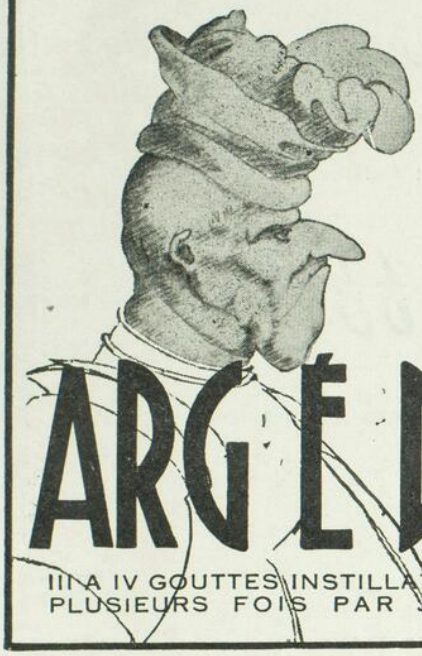
Facile POUR LES ASSISTANTS parce que le service de tout repos offert par les Rib-Backs réduit les délais qui empêchent toute l'équipe chirurgicale de réaliser un processus rigoureusement réglé.

Facile POUR L'ACHETEUR parce qu'il est assuré que chaque lame RIB-BACK B-P lui donnera un service éprouvé et un maximum de satisfaction . . . réduisant ainsi, du point de vue économique, la consommation des lames à un minimum.

Demandez-les a votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.
Danbury, Connecticut, U.S.A.

ARGENT - AMPHÉTAMINE
GLUCONATE ÉPHÉDRINE
EN SÉRUM GLUCOSÉ pH 7,6



ARGÉDRINE

DÉSINFECTION
VOIES NASALES
GOUTTES INCOLORES

III A IV GOUTTES INSTILLATIONS
PLUSIEURS FOIS PAR JOUR

Laboratoires Jean OLIVE, 200 Rue Vallée, MONTRÉAL

NEUROTONE
NEUROSOLÈNE

INDICATIONS

Hyperexcitabilité vago-sympathique, antispasmodique et sédatif
Cardiologie —
Troubles cardio-vasculaires, éréthisme cardiaque, faux cardiaques, angoisses
Neurologie —
Etats de nervosité, d'émotivité, d'anxiété, de phobie, crises convulsives de l'épilepsie essentielle
Gynécologie —
Bouffées congestives - post-ovariectomie ou hystérectomie
Oto-Rhino —
Bourdonnement d'oreille
Troubles du sommeil —
Le NEUROSOLÈNE permet d'obtenir sans danger un sommeil réparateur et un réveil léger.

FORMULE DE MÉGLIN

ACTIVÉE PAR BARBITAL: 17 mgm.

℞:

Neurosolène

POSOLOGIE

Etats nerveux:
2 à 4 comprimés par jour, espacés.
Dose usuelle: 3 (un à chaque repas)

Troubles du sommeil:

Avaler sans croquer, avec une boisson ou une infusion.
Ordonnance "à renouveler".
Petits nerveux
et pseudo-cardiaques.

FAIBLES DOSES
Pas de Toxicité
Pas d'Accoutumance
Pas d'Intolérance

Laboratoires Paul Bréant,
11, rue de Clichy - Paris (IXe)

Canada:
Laboratoires Jean Olive,
200, rue Vallée, Montréal

La Librairie Beauchemin Limitée

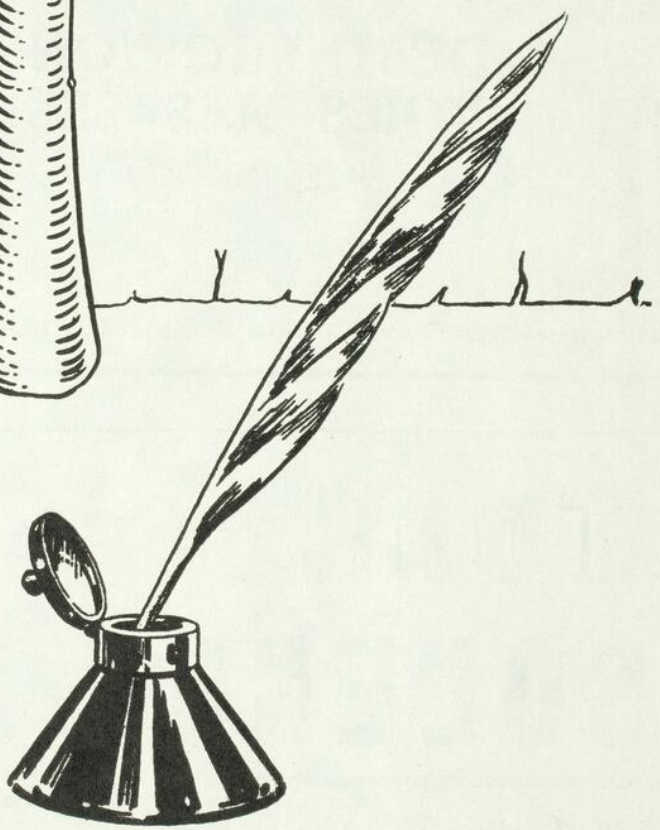
imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,

offre

ses services à tous les

MÉDECINS,
ANNONCEURS
et
LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.



- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue ST-GABRIEL, MONTRÉAL Tél.: LAncaster 4236

MIDY
1718

AU SERVICE DU CORPS MÉDICAL
DEPUIS 1718

2 TRAITEMENTS
DU RHUMATISME
CHRONIQUE

INJECTABLE ET BUVABLE

THIODÉRAZINE

IODE ET SOUFRE ORGANIQUES, PIPÉRAZINE

INJECTABLE ET BUVABLE

THIODÉRAZINE
B_1 VITAMINÉE

INJECTABLE
50 mg
par ampoule de 5 cc.

BUVABLE
120 mg
par flacon de 60 cc.

Aneurine stabilisée
en milieu sulfo-iodé organique

Vitaminothérapie B_1
antirhumatismale intensive

ALGIES RHUMATISMALES REBELLES
NÉVRAXITES DOULOUREUSES

LABORATOIRES MIDY - 67, AVENUE DE WAGRAM - PARIS 17e
Agents pour le Canada : VINANT Ltée - 200, Rue Vallée - MONTRÉAL 18

SUXIL
DINITRILE SUCCINIQUE

Angoisses
Etats dépressifs, mélancoliques, psychasthéniques

En substitution, complément ou consolidation du traitement par

L'ÉLECTRO-CHOC

INJECTIONS INTRAVEINEUSES

LABORATOIRES DU Dr **F. DEBAT** PARIS 8e
*AGENT GÉNÉRAL : **J. EDDÉ Ltée** MONTRÉAL*

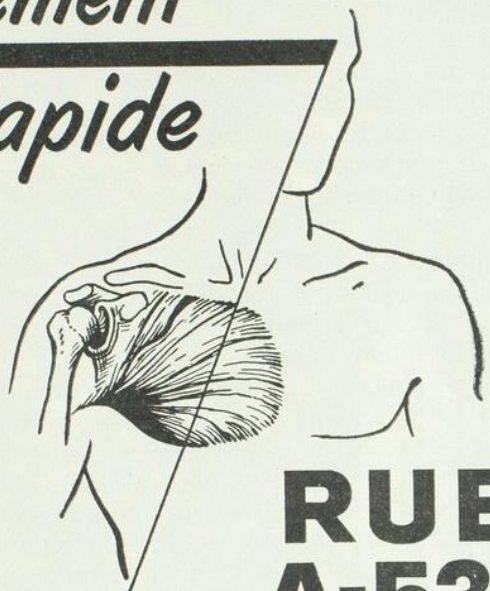
ANÉMIES
CONVALESCENCES

PANCRINOL *(Ampoules buvables de 5 cc.)*
TONI-PANCRINOL Vitaminé *(flacon de 240 cc.)*

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ Ltée - MONTRÉAL

Soulagement Rapide

Douleur
Musculaire
Squelettique



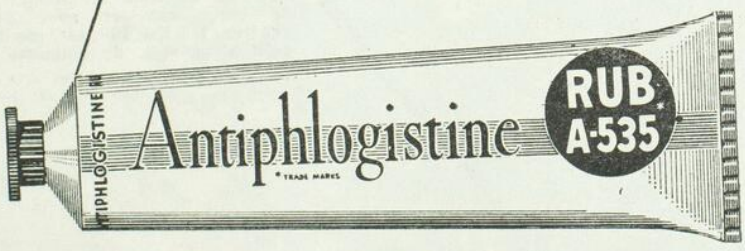
RUB A-535

Arthrite
Rhumatisme
Bursite
Myosite
Névrites
Sciatique
Lumbago

Les ingrédients éprouvés par le temps, contenus dans Rub A-535, pommade émolliente dans un excipient genre nouveau, qui ne tache pas et ne graisse pas, facilitent l'action analgésique rapide dans le traitement symptomatique d'un grand nombre d'affections musculo-squelettiques.

Rub A-535 peut être employée après des traitements par diathermie, rayons infrarouges, bains de chaleur et autres formes de physiothérapie.

Rub A-535 renferme quatre ingrédients actifs: camphre 1%, menthol 1%, huile d'eucalyptus ½%, salicylate de méthyle 12%.



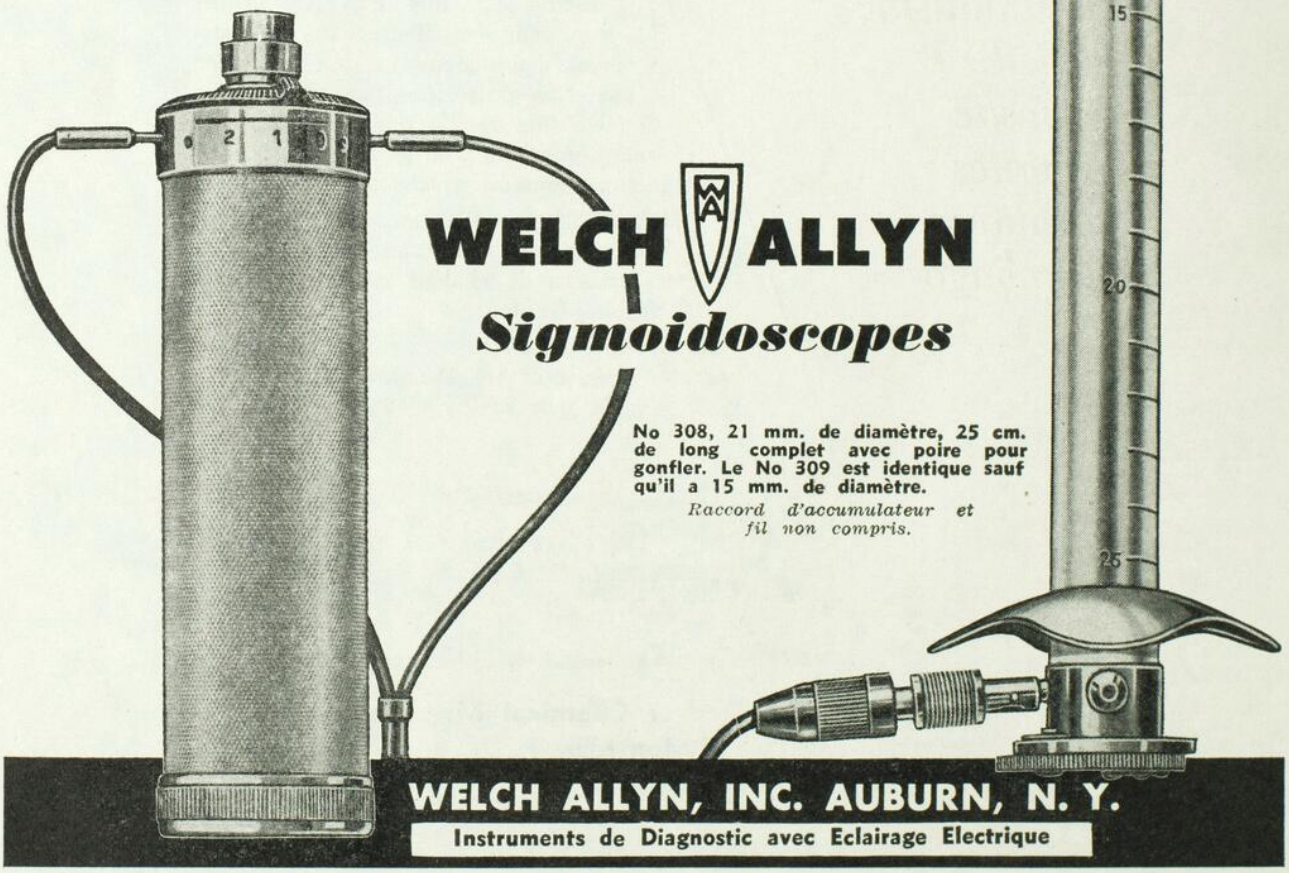
The Denver Chemical Mfg. Co.,
Montréal, P. Q.

Aucun examen médical n'est complet sans sigmoïdoscopie

De plus en plus, le praticien général reconnaît qu'un examen médical complet doit comprendre un examen rectal complet se terminant par une sigmoïdoscopie afin de découvrir les lésions ou anomalies pouvant se trouver au delà de la portée de l'examen digital ou anoscopique, telles que les polypes adénomateux pouvant être précancéreux.

La technique sigmoïdoscopique requise pour une vue libre de l'anse sigmoïde jusqu'à une profondeur de 10 pouces (25 cm.) ne dépasse nullement les capacités du praticien général, surtout s'il emploie des sigmoïdoscopes de forme appropriée et avec éclairage distal, comme le Welch Allyn No 308 ou No 309.

Ces instruments ont été étudiés pour en rendre l'usage extrêmement facile tout en remplissant toutes les conditions requises pour l'examen à fond et le traitement. Un ample éclairage est pourvu directement dans la région sous observation, avec une vue inobstruée pour le diagnostic et le traitement. L'extérieur du spéculum est gradué en centimètres, et sa surface intérieure a été étudiée et construite de façon à supprimer tout éblouissement. Le bout de l'obturateur a une courbure et une conicité conformes aux principes anatomiques pour en faciliter le passage à travers le sphincter et dans la région de la prostate. Le courant peut être tiré soit d'un accumulateur au moyen d'un raccord standard Welch Allyn No 700, soit du réseau d'éclairage ordinaire en employant un Transformateur-Rhéostat Welch Allyn No 744.



WELCH ALLYN

Sigmoidoscopes

No 308, 21 mm. de diamètre, 25 cm. de long complet avec poire pour gonfler. Le No 309 est identique sauf qu'il a 15 mm. de diamètre.

Raccord d'accumulateur et fil non compris.

WELCH ALLYN, INC. AUBURN, N. Y.

Instruments de Diagnostic avec Eclairage Electrique

J. F. HARTZ CO., LIMITED
Toronto Montréal Halifax

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITEE
Montréal Ottawa Québec

THE STEVENS COMPANIES
Toronto Winnipeg Calgary Vancouver

CLOUTIER & CLOUTIER CIE
Montréal

Dans le traitement de l'infection para-nasale, ARGYROL assure

une action multiple sans réaction

Agent bactériostatique, émollient et détersif efficace, ARGYROL démontre constamment ses avantages dans la lutte contre l'infection et dans le rétablissement des fonctions normales.

En outre, le rétablissement n'est pas entravé par la congestion compensatoire, si souvent entraînée par la plupart des vaso-constricteurs.

ARGYROL

—le médicament de choix pour le traitement de l'infection para-nasale.

La méthode Argyrol

1. Conduit nasal . . . instillations d'ARGYROL à 20% dans le canal lacrymal.
2. Voies nasales . . . gouttes d'une solution d'ARGYROL à 10%.
3. Fosses nasales . . . tamponnement avec ARGYROL à 10%.

Son triple effet

1. Décongestionne sans irriter la membrane et sans nuire à la protection ciliaire.
2. Incontestablement bactériostatique et cependant non toxique pour les tissus.
3. Nettoie en stimulant les secrétions, renforçant ainsi la première ligne de défense de l'organisme.

EXIGEZ ARGYROL DANS L'EMBALLAGE AUTHENTIQUE

La marque déposée ARGYROL est la propriété de A. C. Barnes Company Limited

Maintenant en vente au Canada—ARGYPULVIS, nouveau moyen efficace de vaincre le Trichomonase. Sur demande, nous vous enverrons des échantillons professionnels d'ARGYPULVIS (sous les deux formes: en poudre à insuffler, pour l'usage du praticien, et en capsules, pour l'usage complémentaire de la malade), ainsi que des prospectus.

ARGYPULVIS et ARGYROL sont fabriqués exclusivement par

A. C. BARNES COMPANY, LTD.

STE-THÉRÈSE, QUÉBEC

AMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées dosées à 0 Gm. 10 d'Aminophylline

Médicament de fonds chez les Cardio-rénaux

AMINOBAÏNE

Insuffisances cardiaques

Association d'Aminophylline (5 cg.) et de Ouabaïne (1 mg.)
par dragée glutinisée de 0 Gm. 30 et
par Suppositoire — boîte de 10

AMINO-PAPAVÉRINE

Suppositoires de 2 Gm. (Aminophylline 5 cg. et Papavérine 2 cg.)

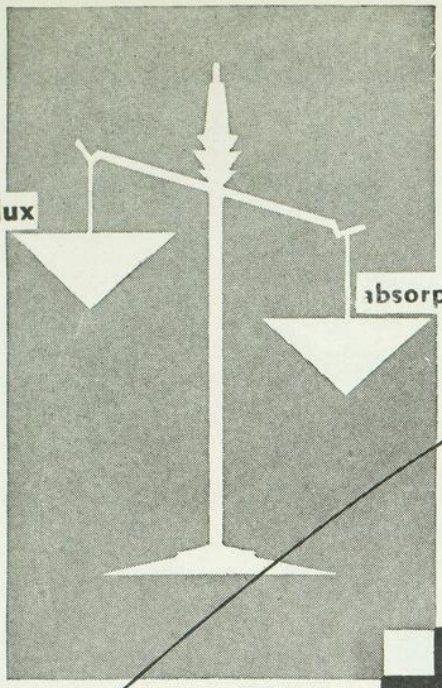
Anti-spasmodique vasculaire

SEDAMINOPHYL EDDÉ

Dragées glutinisées Aminophylline 0 Gm. 10 et Phénobarbital 0 Gm. 01

Sédatif Cardio-pulmonaire

J. EDDÉ, Limitée, 1154, Beaver Hall Sq., Montréal, Agent général pour le Canada.



si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux billions de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

*Am. J. Obst. & Gyn., 31: 979, 1936.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO

Publicité acceptée par "The Journal of the American Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons professionnels envoyés sur demande.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX *

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Epreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies : BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

ALBERT CALMETTE
1863-1933

*J. A. BEAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
A. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

Docteur...

Voici deux fameuses épreuves "Éclair" qui simplifient l'analyse d'urine...

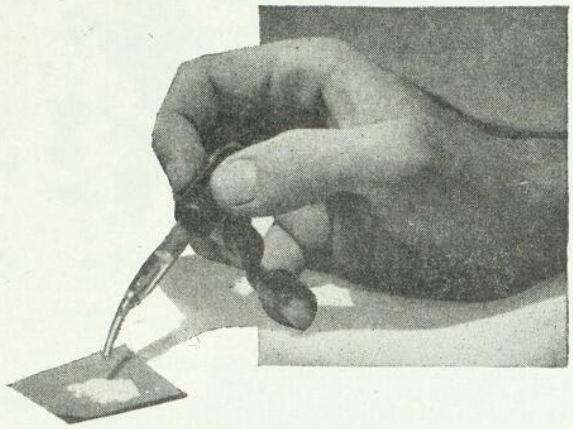
GALATEST

L'épreuve de la glycosurie la plus simple et la plus rapide que l'on connaisse.

RÉACTIF À L'ACÉTONE

(DENCO)

Pour la recherche rapide de l'acétone dans l'urine ou dans le sérum sanguin.



UN PEU DE POUDRE...

UN PEU D'URINE

CHANGEMENT DE COULEUR INSTANTANÉ

Nécessaire combiné : contient les deux épreuves, un compte-gouttes et une échelle de couleurs. S'obtient à toutes les pharmacies et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

Galatest et Réactif à l'acétone (Denco)... deux épreuves "éclair", n'exigeant aucun appareil de laboratoire, aucun réactif liquide, aucune source de chaleur extérieure.

On laisse tomber une ou deux gouttes de l'urine suspecte sur un peu de poudre et le changement de couleur se produit immédiatement s'il y a présence d'acétone ou de sucre réducteur. Il ne se produit pas de réaction positive erronée. Vu la simplicité de la méthode, on élimine les erreurs résultant de procédés inexacts.

Que ce soit au bureau, au laboratoire, au lit du malade, ou pour faire subir le test à des groupes, les deux épreuves s'adaptent idéalement bien à tous les besoins. On a fait des millions d'épreuves individuelles de glycosurie dans les centres d'admission et de ségrégation de l'armée américaine ainsi qu'au cours des campagnes de dépistage du diabète.

Promptitude, exactitude et économie sont des qualités que l'on reconnaît bien au Galatest et au Réactif à l'acétone (Denco). Les diabétiques apprennent facilement la méthode qui est simple. On peut aussi employer le Réactif à l'acétone (Denco) pour la recherche de l'acétone dans le sérum sanguin.

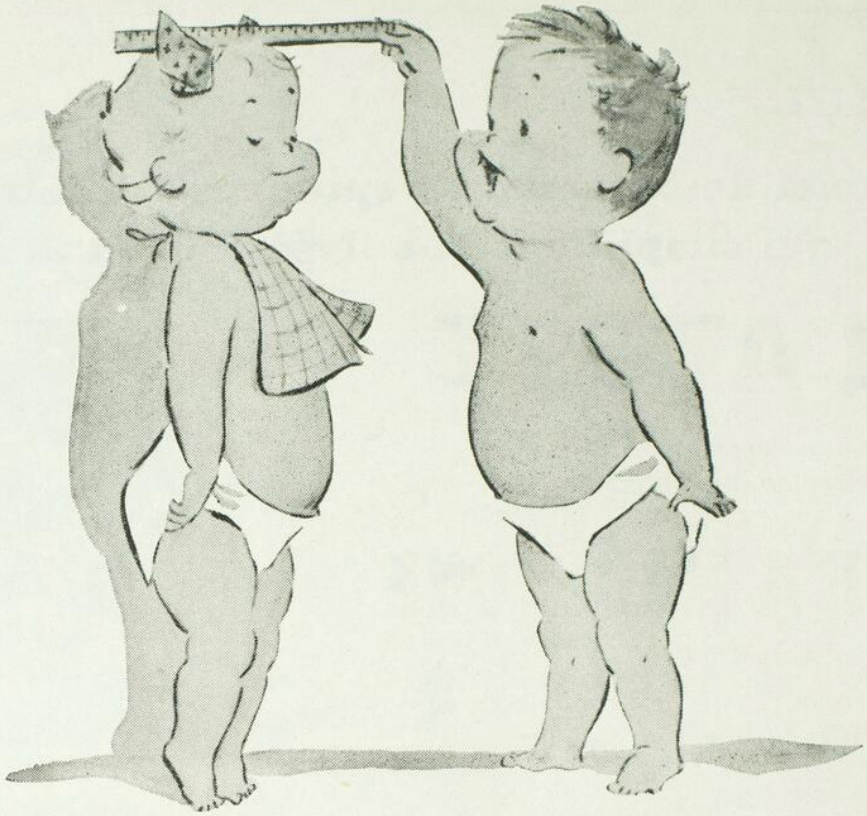
Pour obtenir de la documentation détaillée, écrivez au département CM-22

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING CO.

286 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

BIBLIOGRAPHIE

Joslin, E. P., et al: Treatment of Diabetes Mellitus — 8 Ed., Phila., Lea & Febiger, 1946 — p. 241, 247.
Duncan, G. C., Carey, L. S. & Hudson, M. T.: Medical Clinics of North America — Phila., No., W. B. Saunders Co., Phila., 1949, p. 1538.
Lowsley, O. S. & Kirwin, T. J.: Clinical Urology — Vol. 1, 2 Ed., Balt., Williams & Wilkins, 1944 — p. 31.
Duncan, G. C.: Diseases of Metabolism — 2 Ed., Phila., W. B. Saunders Co., 1947 — p. 735, 736, 737.
Guidotti, F. P. & Winer, J. H.: The Military Surgeon — Vol. 94, Feb., 1944, no. 2.
Bacon, Melvin: The Journal of the Maine Medical Assn. — Vol. 38, July 1947, No. 7 — p. 167.
Stanley, Phyllis: The American Journal of Medical Technology — Vol. 6, No. 6, Nov., 1940 and Vol. 9, No. 1, Janv. 1943.

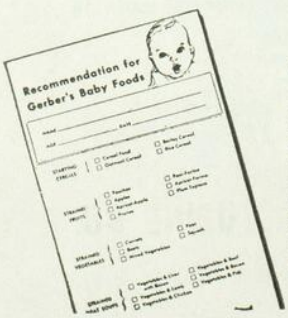


Toujours plus haut!

Conscient de l'importance et de la nécessité de varier le menu des bébés, Gerber offre un vaste assortiment de nourritures prêtes à servir. Toutes sont fabriquées au Canada. Il vous sera facile de choisir le régime qui convient à vos petits patients grâce à nos 4 bouillies (aliments du début) et à nos 20 purées (fruits, soupes à la viande, légumes et desserts).

Les bébés aiment les nourritures Gerber. Leur en donner contribue à leur inculquer plus facilement de bonnes habitudes alimentaires. En plus d'être de qualité insurpassable, les produits Gerber sont très doux et ont une fine texture. Ils conviennent parfaitement aux petits. Ils sont très faciles à digérer.

Nous nous occupons uniquement de l'alimentation des bébés



OFFRE SPÉCIALE:

Nous vous offrons des tablettes recommandant à vos clients quelles purées donner aux petits et un dépliant intitulé: "FOOD ANALYSIS FOLDER". Il suffit d'écrire sur votre en-tête de lettre à Gerber - Ogilvie Baby Foods Ltd., Dépt [L2]-2, Niagara Falls, Canada.

Gerber

nourritures pour bébés

En vente dans des épiceries canadiennes de choix.

EXIGEZ le fonctionnement supérieur propre au matériel "*American*"

Caractéristiques hardies du dessin et de la construction, l'accomplissement du savoir-faire technique . . . exécution et opération précises, l'oeuvre d'ouvriers expérimentés . . . sûreté du fonctionnement, le résultat de la supériorité des matériaux et des méthodes de production. Au point de vue *économique*, le matériel "American" assure de plus longues périodes d'un service éminemment satisfaisant. Au point de vue *clinique*, chaque unité est conçue pour aider le chirurgien à atteindre pleinement son objectif.

STÉRILISATEURS CHIRURGICAUX
pour tous les besoins de l'hôpital, offrant en exclusivité le Contrôle Cyclomatique.

TABLES CHIRURGICALES
opérations majeures ou d'importance secondaire, obstétrique, orthopédie, chirurgie thoracique.

LUMIÈRES CHIRURGICALES
majeures, mineures, obstétriques, d'urgence, germicides.

APPAREILS SPÉCIAUX
unités de laboratoire pour formules de lait, meubles en acier inoxydable, chaises d'invalides, lits à bassin automatique, matelas à points de compression alternatifs, ozonateurs.

Écrivez dès maintenant pour plus de renseignements

AMERICAN STERILIZER COMPANY
Erie, Pennsylvanie

Représentée au Canada par

INGRAM & BELL LIMITED
TORONTO
MONTRÉAL · WINNIPEG · CALGARY · VANCOUVER

Voici pour moi!

ETIQUETTE BLEUE

ETIQUETTE ROUGE

ETIQUETTE JAUNE

L'EXPÉRIENCE PROUVE...

que la plupart des bébés se développent bien avec "Farmer's Wife" No 2 (Étiquette bleue). Cette formule, contenant moins de matières grasses, plus de protéines est généralement acceptée par les médecins et les hôpitaux comme la formule la plus flexible et la plus satisfaisante. Sa haute qualité inhérente, sa digestibilité plus grande et ses qualités développent les os, en font votre

PRÉFÉRÉ POUR COMPOSER UNE FORMULE STANDARDISÉE

"Farmer's Wife" No 1 (Étiquette rouge) — Lait entier
Matières grasses 8% Solides 26% 45 Calories à l'once

"Farmer's Wife" No 3 (Étiquette jaune) — Lait écrémé
Matières grasses 2% Solides 22% 29 Calories à l'once

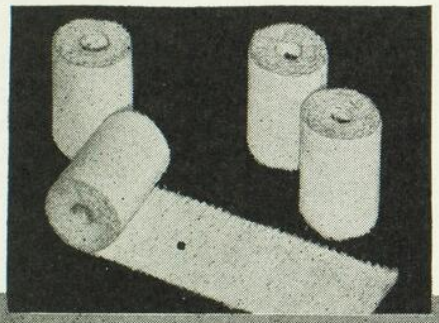
Nous avons augmenté la teneur en Vitamines D à 480 Unités internationales par chopine de toutes les sortes de "Farmer's Wife", en y ajoutant des cristaux purs de Vitamines D_3.

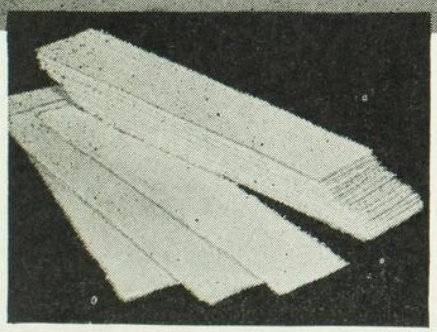
Le lait de chèvre évaporé "Meyenburg" est distribué par la compagnie Cow & Gate et peut être obtenu dans les pharmacies.

COW & GATE (CANADA) LIMITED
GANANOQUE, ONTARIO

Pionniers *du* progrès

Fondée à l'époque de la fameuse tradition Osler, la Compagnie Bauer & Black s'est toujours efforcée d'offrir, à l'humanité et à la profession médicale, le meilleur service possible. Voilà pourquoi les Recherches et le Développement en regard du produit ont toujours été le souci constant de B & B. Une meilleure technique s'est continuellement améliorée par le travail sans relâche de Bauer & Black, pour présenter des produits spécialisés destinés à des besoins spéciaux.





EMPLOYEZ LES BANDAGES POUR EMPLÂTRES ET LES ATTELLES OSTIC CURITY

UN EFFORT POUR ATTEINDRE UN NOUVEAU DEGRÉ D'EXCELLENCE

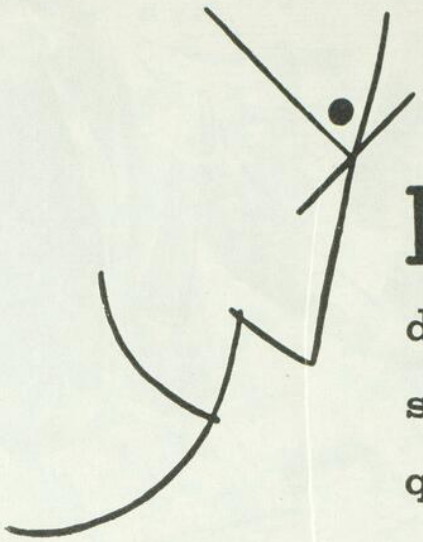
LES BANDAGES POUR EMPLÂTRES ET LES ATTELLES OSTIC CURITY sont fabriqués du Plâtre-de-Paris de haute qualité, joint à la Crinoline Ostic. Comme ils sont très imprégnés, ils forment 90% de l'emplâtre même. Ils se modifient, s'ajustent bien, sèchent plus rapidement, forment des emplâtres plus solides avec moins de bandages. Les emplâtres sont plus légers et sont présentés coupés prêts avec les rebords picotés ce qui réduit l'effilochage.

UN PRODUIT EXCLUSIF DE BAUER & BLACK

Division de The Kendall Company (Canada) Limited

Curity
ENRG. AU CANADA
BANDAGES POUR EMPLÂTRES ET ATTELLES OSTIC

RECHERCHE EN VUE D'AMÉLIORER LA TECHNIQUE... ET DE RÉDUIRE LE COÛT

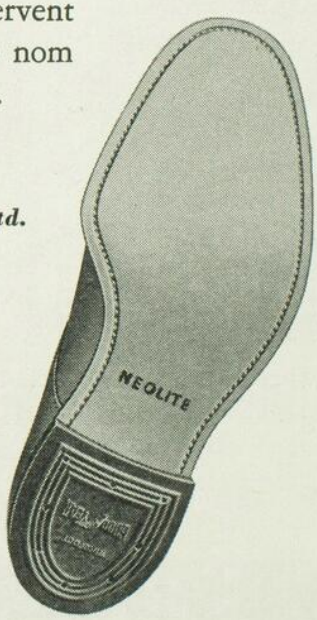


Exigez des semelles qui soient vraiment Plus Durables

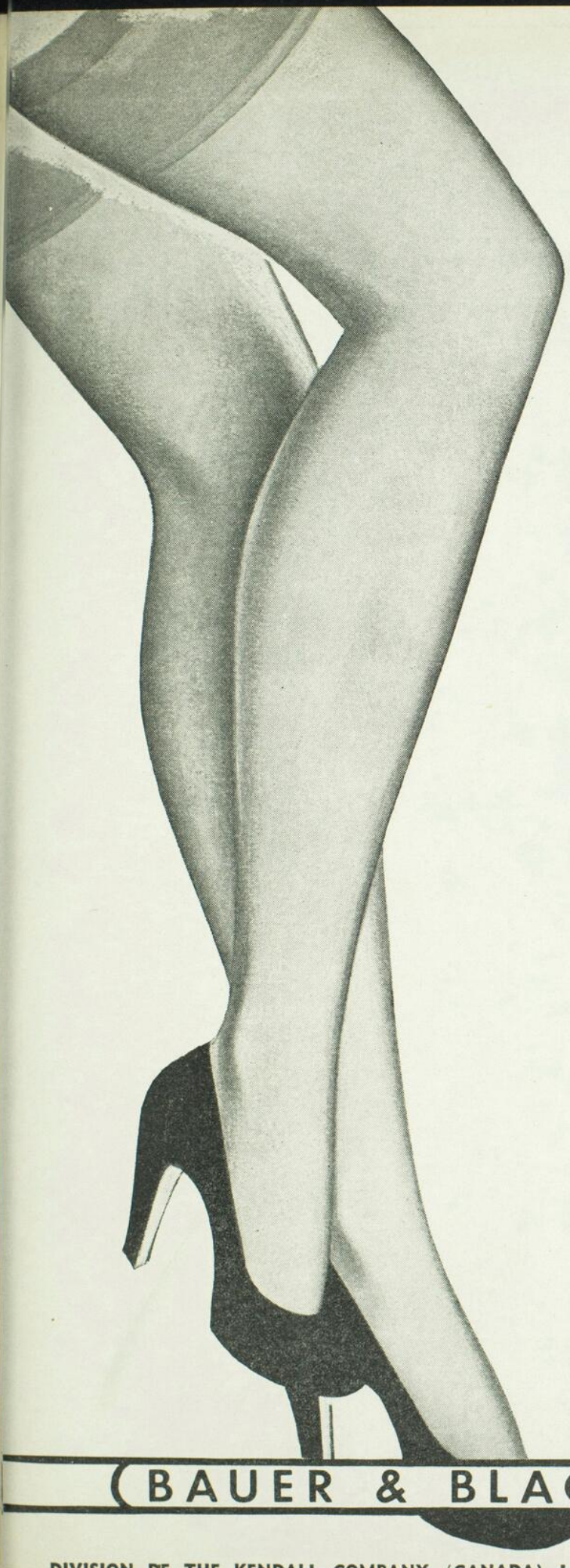
Les semelles NEOLITE vous assurent au moins deux fois la durée du cuir... un fait que leur usage par des milliers de gens a démontré d'une manière indéniable. Pourtant, les semelles NEOLITE sont souples et confortables dès le début; de plus, elles sont imperméables, ne marquent pas les parquets et sont parfaitement isolantes. Peut-être marchez-vous déjà sur des semelles NEOLITE, car elles entrent de plus en plus dans la fabrication des chaussures de qualité. Les cordonniers s'en servent aussi maintenant pour le ressemelage. Le nom Neolite paraît clairement sur chaque semelle.

Neolite (marque de commerce).

The Goodyear Tire & Rubber Co. of Canada, Ltd.



SEMELLES NEOLITE



VOICI ENFIN...

des

BAS ÉLASTIQUES EN NYLON

QUI NE SE DÉCOLORENT PAS !

● Celle qui doit porter un bas élastique ne pourra en croire ses yeux — c'est pourtant *vrai.* Bauer & Black viennent de perfectionner un bas élastique en nylon qui ne peut se décolorer.

Les bas élastiques en nylon de Bauer & Black paraissent aussi fins que les bas de nylon ordinaires. Celle qui les portera en sera enchantée. Elle n'aura plus à les recouvrir d'un bas ordinaire — ni à craindre qu'ils se décolorent. Elle n'aura plus à se soucier de son élégance — personne ne saura qu'elle porte des bas élastiques!

Les bas élastiques en nylon Bauer & Black peuvent être recommandés en toute sécurité — vos clientes vous en seront reconnaissantes. Dites-leur que les bas élastiques en nylon Bauer & Black se vendent dans toutes les pharmacies.

BAUER & BLACK

SUPPORTS *Elastiques* DE MARQUE

DIVISION DE THE KENDALL COMPANY (CANADA) LIMITED

Bébé n'a pas grand-chose à dire . . . Toutefois la plupart des bébés savent ce qui leur plaît . . . et savent également nous le faire comprendre.

Plusieurs ont appris que l'image souriante du bébé Heinz illustrant les boîtes de purées leur apporte une nourriture dont le goût, la couleur et la consistance leur plaît. La vue de cette image leur fait prendre leur repas avec confiance.

Naturellement cette confiance est méritée. Les ingrédients de qualité contenus dans les purées Heinz pour bébés sont sélectionnés avec un soin infini. Les légumes provenant de graines spéciales, sont cultivés dans un sol riche et fertile. Une surveillance constante assure la qualité des fruits, des laitages, des viandes et des céréales. Chaque variété est préparée avec le même soin qu'y apporterait un médecin—d'une manière scientifique afin de leur conserver un maximum de minéraux et de vitamines.

Les céréales pré-cuites Heinz, les purées Heinz et les aliments Heinz pour enfants peuvent être recommandés en toute sécurité pour l'alimentation des enfants confiés à vos soins.

Heinz

Fabricants de céréales pour bébé • de purées • d'aliments pour enfants

messieurs *les médecins . . . . .*

Pour vous aider à instruire les jeunes mères sur la bonne façon de préparer le lait évaporé Nestlé pour l'alimentation de l'enfant, nous avons publié une brochure intitulée:

"Le régime de votre bébé"

Cette brochure, distribuée gratuitement sur demande, indique l'équipement nécessaire et illustre, au moyen de photographies, chaque étape du procédé de préparation du régime.

De plus, nous vous fournirons, sur demande, des renseignements sur le nouveau lait évaporé Nestlé, amélioré et fortifié au moyen de pure vitamine D_3 cristallisée. Il est meilleur que jamais pour les bébés, chaque pinte impériale de lait reconstitué fournissant désormais 480 unités internationales de vitamine D_3 . . . type de vitamine D engendrée dans l'organisme par la lumière solaire.

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (CANADA) LIMITED

80 KING ST. WEST, TORONTO, ONTARIO

SÉDATION ET EUPHORIE POUR LES PATIENTS NERVEUX ET IRRITABLES

par l'usage de

VALERIANETS-DISPERT

Chaque comprimé, enrobé de chocolat, contient: extrait de valériane (de concentration élevée), 0.05 gm., finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité.

SÉDATIF SANS GOÛT, SANS ODEUR, NON-DÉPRIMANT et CALMANT.

VALERIANETS-DISPERT est indiqué dans les cas de troubles émotifs et d'épuisement, l'anxiété, état de dépression, névrose cardiaque et gastro-intestinale, molimen ménopausique et menstruel, insomnie.

Posologie: 1 à 2 comprimés t. i. d. — Flacons de 50 et 100 comprimés.

Dans toutes les pharmacies d'ordonnance.

Canadian Distributor: LYSTER CHEMICALS, LTD., 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC., • 1123 Broadway, New York

Dans les troubles intestinaux

EUCARBON®

Chaque comprimé contient: Extrait de rhubarbe, séné, soufre précipité, huile de menthe poivrée, huile de fenouil, dans un excipient de charbon de saule suractivé.

Pour préparer la Solution de Burow U.S.P. XIV

PANSEMENT HUMIDE, employez

PRESTO-BORO®

(Sulfate d'aluminium et acétate de calcium)

POUDRE EN ENVELOPPES — COMPRIMÉS —

Pour le traitement de tuméfactions, inflammations, entorses.

Dans les affections pulmonaires

QUINOPULMIN®

Solution de quinine à 3% avec camphre à 2½%, pour injection intramusculaire.

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

BETAGEN

VITAMINE "B" COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

TONIQUE ET ALIMENT NERVIN

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie — Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux
Déséquilibre nerveux

PRINCIPAUX COMPOSANTS:

VITAMINE B_1 — RIBOFLAVINE — PYRIDOXINE — ACIDE NICOTINIQUE — ACIDE PANTOTHÉNIQUE
LÉCITHINE — AVÉNINE — GLYCÉROPHOSPHATES DE SODIUM, CALCIUM, POTASSIUM, STRYCHNINE

(1/160 gr. à l'once)

SAVEUR AGRÉABLE ● TOLÉRANCE PARFAITE

DOSE: UNE CUILLERÉE À DESSERT QUATRE FOIS PAR JOUR AVANT LES REPAS.

Comprimés Bicalgen-D

A base de Gluconate de Calcium

INOSITOPHOSPHATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
CÉRIUM OXALATE ● VITAMINE D

Grossesse, Lactation, Vomissements gravidiques

LE BICALGEN-D, COMPRIMÉ NON AROMATISÉ, PRESQUE INSIPIDE, ENTIÈREMENT SOLUBLE, EST LE MÉDICAMENT DE CHOIX POUR LA FEMME GRAVIDE.

Dose — Trois à six comprimés par jour.

Comprimés TRI-SULFA* *0.50 gm.*

Amélioré

ACTION RATIONNELLE DES SULFAS

CHAQUE COMPRIMÉ RENFERME:

● SULFAMÉTHAZINE 37% ● SULFADIAZINE 37%
SULFAMÉRAZINE 26%

NOUVELLE ASSOCIATION SULFAMIDÉE PERMETTANT DES DOSAGES ADÉQUATS TOUT EN DIMINUANT LE DANGER DE CRISTALLURIE

DOSE — UN COMPRIMÉ TOUTES LES 3 HEURES OU PLUS SELON L'AVIS DU MÉDECIN.

*Marque déposée.

Somenal

(COMPRIMÉ À 0.10 GRAMME)

NOUVELLE SYNERGIE BARBITURIQUE

SOMENAL REPRÉSENTE L'EFFET RAPIDE DU BUTOBARBITAL ASSOCIÉ À L'EFFET PLUS PROLONGÉ DU PHÉNOBARBITAL.

ÉMOTIVITÉ • INSOMNIE • SPASMES • PHOBIE • ANXIÉTÉ

DOSE: Selon l'avis du médecin.

Butobarbital 0.05 gramme
Phénobarbital 0.05 gramme
} par comprimé.

La Cie **CANADA DRUG CO.** *Montreal*

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J.J. Joubert LIMITÉE

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.

UN MÉLANGE LACTÉ
de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

The CANADA STARCH Co., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer

☐ CALCULATEUR

☐ Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"

☐ TABLETTES DE FORMULES

☐ La brochure: "DEXTROSOL".

Nom .....

Adresse .....

.....

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants . . . des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories ..... XXXIX - XL
American Can Company (Pois) LXXVI
Ames Company of Canada Limited (Clinitest) XXX
Anglo-French Drug Co. (Glanfétamine) XLI
Armour Laboratories, The (Acthar Gel) ..... XXIV - XV
Armour Laboratories, The (Tryptar) ..... XVIII - XIX
Ayerst, McKenna & Harrison Limitée ("Béminal" Plus) — (Prémarine) ..... XXI - XXII
Bard-Parker Company, Inc. (Rib-backs) LIV
Barnes Company, Ltd., A. C. (Argyrol) LXI
Bauer & Black (Curity) LXIX
Bauer & Black (Supports Elastiques) LXXI
Berex Pharmacal Company (Berex) ..... XXXII - XXXIII
British Drug Houses (Canada) Limited, The (Khellin B. D. H.) XLV
Canada Drug Company (Betagen) — (Bicalgen D) — (Tri-sulfa) — (Somenal) LXXIV
Canada Drug Company (Paveral) LXXIII
Canada Starch Company Limited (Crown Brand) — (Lily White) LXXV
Canadian Tampax LXIII
Carnation (Lait évaporé) LXXVII
Compagnie Ciba Limitée (Antistine - Privine) XXVII
Cow & Gate (Canada) Limited (Lait entier, semi-écrémé, écrémé) LXVIII
Denver Chemical Mfg. Co., The (Antiphlogistine — Rub A-535) LIX
Denver chemical Mfg. Co., The (Galatest) — (Réactif à l'acétone Denco) LXV
Dohow Chemical Limited, The (Auralgan — O-Tos-Mo-San — Rhinalgan) XXXV
Dupuis Frères (Examen de la vue) .....
Eddé, J., Limitée (Aminophyl Eddé) — (Aminobaïne) — (Amino-papavérine) — (Neurinase-Alepsal) LXII
E. B. S. Huttleworth Chemical Co. Ltd., The (Codophen).. XLII
Frosst, Charles E. & Company (Hyothen) — ("Hyothen" pour enfants) ..... VII - VIII
Frosst, Charles E. & Company (Ferro-Catalytic) IV
Frosst, Charles E. & Company ..... VII - VIII - IX - X
Goodyear Tire & Rubber Co. of Canada Ltd., The (Semelles Neolite) LXX
Gerber-Ogilvie Baby Foods Limited (Nourritures pour bébés) LXVI
Herdt & Charton, Inc. (Robuden) XLIV
Herdt & Charton, Inc. (Agrippol) XLII
Herdt & Charton, Inc. (Obocell) XLVI
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Heinz (Aliments pour bébés) LXXII
Hoffmann - La Roche Limitée (Sedulon 'Roche') XXVIII
Ingram and Bell Ltd. (Matériel "American") LXVII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG) LXIV
Joubert Limitée. J. J. LXXV
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen) XXXVIII
Laboratoire Desbergers Limitée (Iodogentigin) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Désensyl) XII
Laboratoires Jean Olive (Egosalyl) XIV
Laboratoires Jean Olive (Argédrine) — (Neurosolène) .. LV
Lederle Laboratories (Auréomycine) XIII
Librairie Beauchemin Limitée LVI
Lilly and Company (Canada) Limited, Elli (Seconal sodique) XLIX
Mead Johnson & Company of Canada Limited (Mulcin) — ..... Troisième page de la couverture
Merck & Company Limited (Pyridium) LI
Merck & Company Limited (Cortone) I
Merck & Company Limited (Urechlorine Chlorhide) XLVIII

Pages

Merrell (Mercodol) L
Millet, Roux & Compagnie (Sedantyl) XV
Nestlé's Milk Products (Canada) Limited (Lait évaporé) LXXIII
Pan Pharmacals Limited, The (Ambermide) ..... LII - LIII
Parke, Davis & Company (Chloromycétine) XXXI
Poulenc Limitée (Myochrysine) ..... Deuxième page de la couverture
Roerig and Company (Canada) Limited, J. B. (Viterra) XXIII
Rougier Frères (Lipotrope) V
Rougier Frères (Dyspné-Inhal) Première page de la couverture
Searle & Company, G. D. (Metamucil) XI
Sharp & Dohme (Canada) Limited (Tracinets) XLVII
Shuttleworth Chemical Company Limited, The E. B. (Codophen) .....
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Eskay's Neuro Phosphates — Eskay's Theranates) III
Smith & Nephew, Limited T. J. (Jelonet) XXVI
Standard Pharmaceutical Company, Inc. (Valerianets-Dispert) — (Eucarbon — Presto-boro — Quinopulmin) LXXIII
Upjohn Company, The (Depo-Héparine) .... XXXVI - XXXVII
Vinant Limitée (Caréna) — (Lipiodol) XXXIV
Vinant Limitée LVII
Welch Allyn, Inc. (Sigmoïdoscopes) LX
Winthrop-Stearns nc. (Néo-synéphrine pénicilline) — Néo-synéphrine thenfadil) XX
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Thiomerin) XVII
Wyeth & Bros. (Canada) Limited, John (Adjudets) XXIX

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE, O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

Si invitant en saveur, couleur et senteur . . .

MULCIN

met un *sourire* dans la cuillerée de vitamines

L'heure des vitamines devient un moment de bonheur quand les jeunes patients voient venir Mulcin! La saveur rafraîchissante d'orange, la senteur agréable et la couleur jaune soleil de cette émulsion mettent un sourire sur leur visage.

Mulcin est lisse et légère, sans trace gluante, et se verse facilement. Stable aux températures ordinaires, Mulcin n'a pas besoin de réfrigération. Les enfants prennent joyeusement Mulcin directement de la cuillère.

Pour les bébés, Mulcin peut être mélangé avec la formule, un jus de fruit ou de l'eau. Un produit de véritable élégance pharmaceutique et d'acceptabilité maximum, Mulcin est un membre distingué de la famille de vitamines de Mead.

CHAQUE CUILLERÉE À THÉ FOURNIT:

Vitamine A	3000 unités
Vitamine D	1000 unités
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	1.2 mg.
Niacinamide	8 mg.
Acide ascorbique	50 mg.

Disponible en flacons de 4 onces

MEAD'S

MEAD JOHNSON & CO.
OF CANADA, LIMITED
BELLEVILLE, ONTARIO

Une belle réalisation en élégance pharmaceutique

Dragées

IODOGENTIZIN

DESBERGERS

ANALGÉSIQUE et ANTIPHLOGISTIQUE des DOULEURS RHUMATISMALES et ARTHRITIQUES

FORMULE :

Gentisate de Piperazine	200 mgm.
Salicylamide	200 mgm.
Iodaminol (DESBERGERS)	100 mgm.

pour une dragée.

INDICATIONS GÉNÉRALES :
DOULEURS MUSCULAIRES et ARTICULAIRES

POSOLOGIE :

Au début du traitement, prescrire quatre à cinq dragées d'IODOGENTIZIN par jour, puis augmenter d'une dragée par jour jusqu'à huit dragées, si nécessaire.

PRÉSENTATION : Flacons de 50 dragées.

DESBERGERS LIMITÉE

BIOLOGISTES CHIMISTES PHARMACIENS

Montréal - - - Canada