

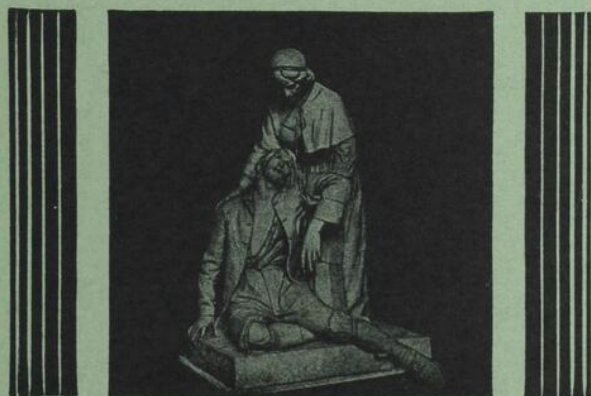
Numéro 5

Douzième année

**LE JOURNAL**

**... de ...**

**L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



SEPTEMBRE-OCTOBRE

1943

---

LE TRAVAIL  
et L'ÉCONOMIE

*Vous assureront*  
LES QUATRE LIBERTÉS



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

Fondée en 1846

*Coffrets de sûreté à tous nos bureaux*

SUCCESSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

S534

---



# RÉDIGER son TESTAMENT

*est la chose la plus importante de la vie.*

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?

CONSULTEZ-NOUS

## Société d'Administration et de Fiducie

*Administratrice et fiduciaire*

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : PLateau 3821

A G E N C E S :

QUÉBEC - WINNIPEG - REGINA - EDMONTON - VANCOUVER

**OMNIVALENT  
ATOXIQUE  
INDOLORE**

1 à 4 ampoules par jour

# Lantol

Rhodium colloïdal électrique



adopté par  
les hôpitaux  
de Paris

**GRIPPES INFECTIEUSES  
BRONCHO-PNEUMONIES  
ÉRYSIPELES  
THYPHOÏDES  
SEPTICÉMIES PUERPÉRALES  
TOUTES HYPERTHERMIES**

Laboratoires COUTURIEUX, 18 Avenue Hoche, PARIS

Agents pour le Canada : LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, rue Vallée, MONTRÉAL.

UNE NOUVEAUTÉ :

## de la Vitamine B complète injectable

LES CINQ FACTEURS IMPORTANTS D'UNE  
PRÉPARATION STABLE

*Instantanément Soluble*

Grâce aux résultats de recherches chimiques, un grand progrès s'est produit en vitaminothérapie. Il est maintenant possible de se procurer en une seule ampoule les facteurs synthétiques suivants :

<b>Chlorhydrate de thiamine</b> (vitamine B <sub>1</sub> )	10 mg.
<b>Riboflavine (vitamine B<sub>2</sub>)</b>	5 mg.
<b>Chlorhydrate de pyridoxine</b> (vitamine B <sub>6</sub> )	5 mg.
<b>Pantothenate de calcium</b>	5 mg.
<b>Niacinamide (acide amido-nicotinique)</b>	50 mg.

Présentation en boîtes de 3 et de 60 ampoules.

La dissolution se fait dans 2 cc. d'eau distillée stérilisée.

Lorsque l'augmentation de Vitamine B<sub>1</sub> est désirée, on n'a qu'à se servir comme dissolvant de la solution injectable de Betaxine (que l'on peut se procurer en flacons de 10 cc. contenant pour chaque 1 cc. ou 10 mg. ou 25 mg. ou 50 mg. ou 100 mg.).

Le Betasynplex peut se donner par les voies

*sous-cutanée*

*intramusculaire*

*intraveineuse*

# BETASYNPLEX "NIPHANOID"

Marque de commerce enregistrée

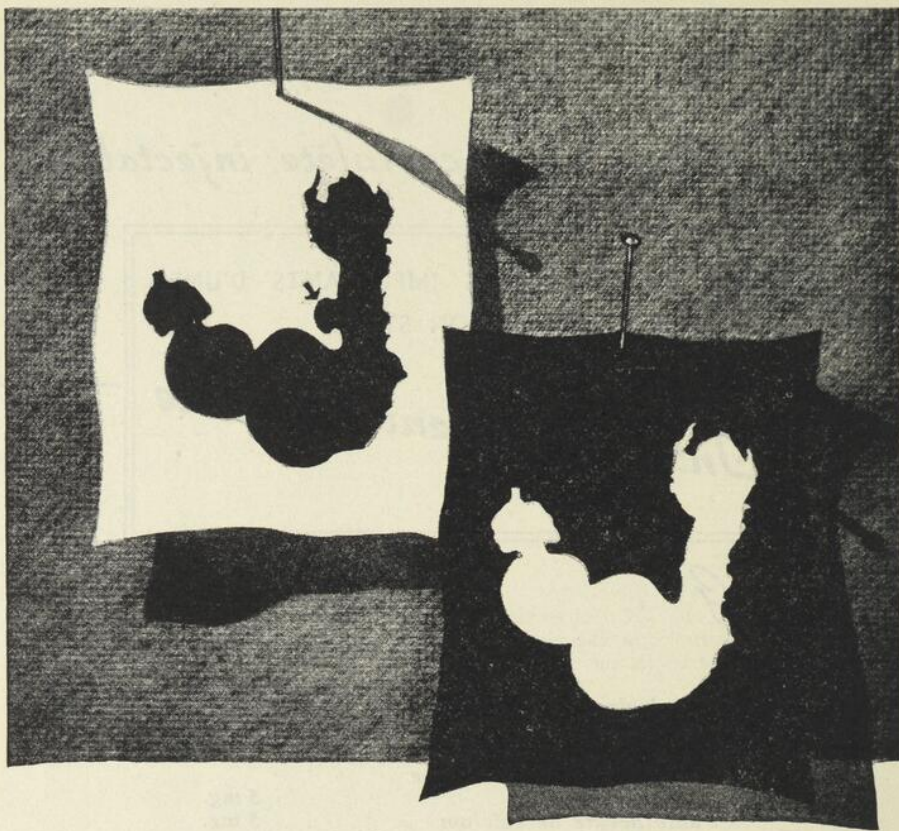
## WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

*Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage  
de la Faculté.*

Administration : WINDSOR, Ontario

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





## *Guérison Rapide* DE L'ULCÈRE PEPTIQUE

Il est de règle avec Amphojel\* de produire une guérison rapide de l'ulcère peptique. Un nouvel examen radiologique, après dix jours de traitement, fait constater souvent une disparition complète de la niche d'ulcère.†

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

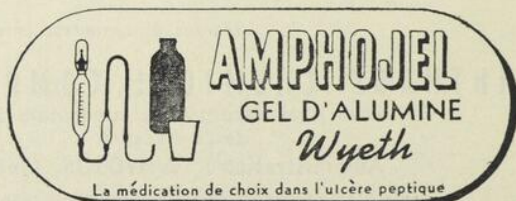
Prompt soulagement de la douleur

Guérison rapide de l'ulcère

Récidives rares

Moindre nécessité d'un régime sévère

Pas d'alcalose



\*Nom déposé au Canada

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

Casgrain & Charbonneau Ltée

présente: \_\_\_\_\_

Plus particulièrement proposé

**AUX BÉBÉS  
ET ENFANTS**

- pour prévenir le rachitisme,
- aider à la formation des dents,
- prévenir la carie dentaire,
- édifier la résistance à l'infection.

**AUX FUTURES  
MÈRES ET  
NOURRICES**

- pour maintenir l'intégrité de leur propre structure épithéliale.
- prévenir le rachitisme de leurs enfants.

Echantillons et Littérature sur demande  
à MM. les Médecins seulement.

# DECRIGÈNE

avec **VITAMINE "A"**

Concentré par excellence d'Huile de Foie de Morue.

Il n'en retient que les principes actifs (Vitamines A et D), en très grande concentration, puisque chaque goutte contient :

1000 Unités Internationales de Vitamine "A"  
500 Unités Internationales de Vitamine "B"



*Cette préparation est de tout repos car,*

- a) Le concentré Vitamine A a été extrait et titré par les Laboratoires de la Distillation Products Inc., Rochester, N. Y. (Molecular Distillation Process).
- b) Le concentré Vitamine D a été extrait et titré par les Laboratoires de la Wisconsin Alumni Research Foundation (Steenbock Process).



*Préparé sous la surveillance et le contrôle de :*

Charles Laurin, B.A., B.Ph.  
Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Assistant  
Bactériologiste.  
François Sansregret, B.Ph.

Pharmaciens-Chimistes, Analystes, Biochimistes  
Diplômés de l'Université de Montréal.



*DECRIGÈNE avec Vitamine "A" vous  
parvient en bouteilles de 9 cc.  
et de 60 cc.*

---

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**  
Spécialité du Laboratoire

---

# RÉDUCTION DE PRIX

PAR SUITE DU



## DÉVELOPPEMENT DE NOS MOYENS DE FABRICATION

Nous avons le plaisir d'annoncer au Corps médical une réduction de prix des spécialités "Ciba" suivantes :

Lutoclyne	Progestérone .....	Approximativement	30%
Lutoclyol	Progestérone par voie buccale .....	—	50%
Métandrène	Méthyltestostérone .....	—	50%
Pérandren	Propionate de testostérone .....	—	10%
Ampoules de Coramine	Le stimulant cardiaque et respiratoire de renommée mondiale .....	—	20%
Comprimés de Digifoline	Le flacon de 40 comprimés remplace, sans augmentation de prix, le petit tube de 25 comprimés, et l'emballage de 100 se vend 52% environ meilleur marché. La Digifoline se présente aussi en flacon de 500 comprimés pour hôpitaux à un prix très avantageux.		

COMPAGNIE CIBA Limitée - Montréal



# SCILLITRINE

*Médication d'Urgence  
des crises*



LABORATOIRE PERRIER FRANCE

*Agents généraux pour le Canada*

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

TRAITEMENT MAGNÉSIEN

PAR LE

## TOTAL MAGNÉSIEN

Chlorure de magnésium, médicinal, déshydraté

INDICATIONS :

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

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"

24 BOULEVARD SÉBASTOPOL

PARIS, FRANCE

*Agents généraux au Canada :*

MILLET, ROUX & CIE LIMITÉE

1215. RUE ST-DENIS

MONTREAL

**CLASS OF SERVICE**

This is a full-rate Telegram or Cablegram unless the deferred character is indicated by a suitable symbol above or preceding the address.

BY DIRECT WIRE FROM  
**WESTERN UNION**

1235

SYMBOLS	
DL	Day Letter
NY	Overnight Telegram
LC	Deferred Cable
NLT	Cable Night Letter
Ship Radiogram	

A. H. WILLIAMS  
PRESIDENT

NEWCOMB CARLTON  
CHAIRMAN OF THE BOARD

C. W. WILVEVER  
FIRST VICE-PRESIDENT

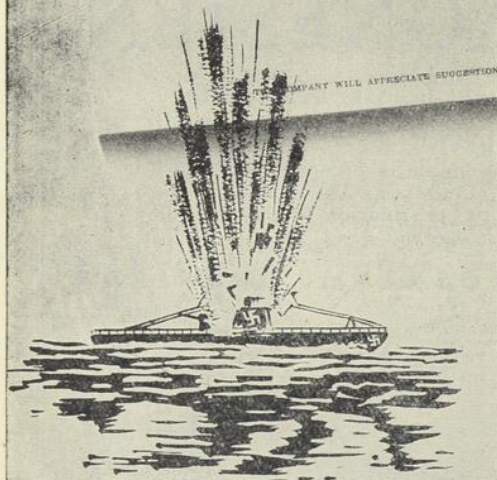
The filing time shown in the date line on telegram and day letters is STANDARD TIME at point of origin. Time of receipt is STANDARD TIME at point of destination.

LONG WUC6 GOVT LG=WASHINGTON DC JUN 3 1943 627P  
TO THE MEN AND WOMEN OF THE GENERAL ELECTRIX CRAY CORP=

A FINE TESTIMONIAL TO THE VALUE AND EFFICIENCY OF YOUR MODEL F3 SHOCKPROOF PORTABLE X-RAY AND FLUOROSCOPE UNIT HAS JUST BEEN RECEIVED FROM THE COAST GUARD CUTTER "SPENCER" WHICH RECENTLY SANK A NAZI SUB AND CAPTURED MORE THAN 40 OF ITS CREW IN THE NORTH ATLANTIC. THE MEDICAL OFFICER OF THE CUTTER STATED: "SOME OF OUR MEN WERE WOUNDED WITH SHRAPNEL, IN SPITE OF THE FACT THAT OUR SICK BAY IS CLOSE TO A 5" GUN, THE FIRING OF WHICH SHATTERED ALL ELECTRIC LIGHTS IN THE VICINITY, OUR GE X-RAY AND FLUOROSCOPE UNIT NEVER FAILED. THROUGH ITS USE, WE WERE ABLE TO DETERMINE AND TREAT THE MOST SERIOUS CASES FIRST. AS A RESULT ALL OF THESE MEN WERE SOON BACK ON DUTY." THE COAST GUARD CONGRATULATES YOU ON THIS EXCELLENT EQUIPMENT=  
R R WAESCHE VICE ADMIRAL USCG COMMANDANT  
US COAST GUARD.

.845A.

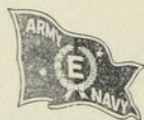
JUN 4<sup>th</sup>



Le personnel du garde-côte "Spencer" qui coulait récemment, dans l'Atlantique-nord, un sous-marin nazi et capturant plus de quarante membres de son équipage, vient de rendre un beau témoignage sur la valeur et l'efficacité de votre appareil radiographique et fluoroscopique modèle F3 Shockproof.

L'officier médical du navire a déclaré: "Quelques-uns de nos hommes furent blessés par des éclats d'obus. Bien que notre infirmerie fût près d'un canon de 5", dont le tir secouait fortement tout le système électrique du voisinage, notre poste GE de radiographie et de fluoroscopie n'a jamais failli. Grâce à son usage, il nous fut possible de déterminer les cas les plus sérieux et de les soigner les premiers, permettant ainsi à ces hommes de reprendre rapidement leur travail".

Le garde-côte vous félicite de cet excellent instrument.



**VICTOR X-RAY CORPORATION of CANADA, Ltd.**

DISTRIBUTORS FOR GENERAL ELECTRIC X-RAY CORPORATION

TORONTO: 30 Bloor St., W. - VANCOUVER: Motor Trans. Bldg., 570 Dunsmuir St.  
MONTREAL: 600 Medical Arts Building - WINNIPEG: Medical Arts Building

Today's Best Buy - War Savings Certificates

# Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Fondé en 1932

par

Oscar Mercier — Léo-E. Pariseau — Ernest Prud'homme — Ernest Trottier

BUREAU DE DIRECTION

ALBERT JUTRAS, *Président*

LÉO-E. PARISEAU, *Vice-Président*

EDOUARD DESJARDINS, *Secrétaire-trésorier*

RÉDACTION

ANTONIO BARBEAU, *Rédacteur-en-chef*

PAUL DUMAS, *Secrétaire de la rédaction*

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

---

---

No 5

Septembre-Octobre 1943

---

---

## NOTES SUR LE TRAITEMENT DU TÉTANOS

Par RENÉ DANDURAND, ROLAND DUSSAULT  
et JACQUES GENEST.

Depuis deux ans, nous avons eu l'occasion d'observer sept cas de tétanos. Sur les sept, cinq furent guéris grâce à l'emploi de doses immédiates et massives de sérum anti-tétanique; les deux autres succombèrent. Il s'agissait dans les deux cas de tétanos post-opératoire: l'un à la suite de la résection d'une bourse séreuse au talon et l'autre après une amputation de la cuisse; tous deux dépassaient la cinquantaine.

Nous croyons être utiles en décrivant notre manière d'administrer le sérum antitétanique. Nous n'insisterons pas sur le traitement local, i.e. le nettoyage chirurgical de la plaie, ni sur le traitement symptomatique des manifestations neuro-musculaires si redoutables, au moyen du curare, de l'avertin, du chloral, etc. . . .

Il nous semble cependant opportun, avant d'aborder le traitement proprement dit, de rappeler brièvement la sé-

méiologie du tétanos et les notions fondamentales de physiologie expérimentale et de bactériologie qui permettront une meilleure compréhension du traitement.

Le diagnostic du tétanos se base sur les faits suivants :

- 1°) antécédents de blessure septique ou de plaie chirurgicale infectée secondairement;
- 2°) existence de contractures musculaires douloureuses avec spasmes paroxystiques, débutant chez six de nos sept cas, par les muscles masticateurs, donnant l'image du trismus et du rire sardonique, pour s'étendre ensuite aux muscles de la nuque et du dos, réalisant ainsi l'opisthotonos.
- 3°) Légère polynucléose. Température aux environs de 100-101° F.  
Pouls à 110-120. Transpiration profuse.
- 4°) Lucidité parfaite.
- 5°) Liquide céphalo-rachidien normal.

Tel est le tableau clinique le plus fréquemment présenté — celui que nous avons eu, du moins, chez six de nos cas — chez les patients atteints de tétanos.

Cette maladie, autrefois si souvent fatale, est causée par une bactérie en forme de bâtonnet qui porte à une de ses extrémités une spore réfringente lui donnant l'aspect d'une épingle. Grâce à l'existence de cette spore, le bacille tétanique est un des plus résistants à l'action des divers agents extérieurs : il peut supporter sans périr, l'action de la vapeur à 100° C, pendant près d'une heure.

Les bacilles tétaniques, qui ont contaminé une plaie pullulent sur place et n'envahissent pas les tissus; ils restent localisés à leur porte d'entrée, et ils y élaborent leur exotoxine qui diffuse dans l'organisme en suivant la

voie sanguine (travaux d'Abel, du Johns Hopkins Hospital) mais aussi en remontant le long des nerfs périphériques jusqu'aux centres nerveux (expériences d'A. Marie). Cette toxine touche électivement les cellules nerveuses sur lesquelles elle se fixe : c'est l'explication de la grande irritabilité du système neuro-musculaire.

Ces faits sont bien établis depuis les travaux de Wassermann et Takaki, de Gourmont, de Marie et d'Abel. Leurs expériences démontrent que les cellules nerveuses, surtout motrices, sont hypersensibles à l'action de la toxine tétanique et que le tétanos devient fatal quand un certain taux de toxine a été fixé et absorbé par les cellules nerveuses.

Il en ressort également que le sérum antitétanique, le seul traitement spécifique, doit-être donné d'autant plus rapidement et en quantité d'autant plus grande que la période d'incubation aura été plus courte, ce qui aggrave le pronostic.

#### TRAITEMENT :

1. — Il y a une mesure préliminaire nécessaire avant toute injection de sérum : celle de tâter la susceptibilité sérique du malade vis-à-vis le sérum employé. Nous avons deux méthodes à notre disposition :

- a) le test oculaire qui consiste à instiller une goutte de sérum dans le cul-de-sac conjonctival inférieur,
- b) le test intra-dermique dont la technique consiste à injecter 1/100 de cc. de sérum dans le derme de la face antérieure de l'avant-bras.

De deux choses l'une: ou il n'y a aucune réaction, et alors l'on procède à l'injection de sérum (voir 2), ou il y a une réaction anaphylactique qui s'extériorise cliniquement dans le cas du test oculaire, par une congestion de la sclérotique et de la conjonctive, du larmolement et une sensa-

tion de brûlure, ou dans le cas du test intra-dermique par une plaque d'urticaire poussant des pseudopodes dans une zone environnante érythémateuse.

Dans ce dernier cas, si l'on s'est servi du sérum de cheval (le plus couramment offert sur le marché), il faut essayer le sérum de source bovine. Si l'on obtient les mêmes réactions, il faut alors désensibiliser le patient, au moyen de doses infinitésimales progressivement croissantes : avant la première injection, administrer 1 c.c. d'adrénaline au 1/1000, par voie sous-cutanée, et donner à toutes les demi-heures des doses de 0.025, 0.05, 0.1, 0.4, 0.8, et 1 c.c., et augmenter ainsi jusqu'à obtention de la dose désirée (voir 2). On peut ajouter à toutes les 2 ou 3 doses, quelques gouttes d'adrénaline.

D'aucuns préfèrent, devant la gravité de l'état du malade et le nécessité de faire vite, et en l'absence de maladies ou d'antécédents allergiques, y aller carrément. Ils injectent d'abord par voie sous-cutanée 500 unités américaines de sérum<sup>1</sup>. En l'absence de choc anaphylactique (caractérisé par un érythème prurigineux ou un urticaire généralisé, de la fièvre, de la tachycardie, de la dyspnée, une sensation de suffocation, d'oppression, de l'appréhension), l'on continue une *demi-heure après, comme en 2*.

2. — Le malade doit recevoir dans les premières 24 heures, environ 240,000 unités américaines ainsi réparties : immédiatement, 20,000 par voie intra-veineuse, et 40,000 par voie intra-musculaire. Quatre heures après, on administre si nécessaire, un lavement à l'avertin pour obtenir

---

<sup>1</sup> Les principales compagnies produisant du sérum anti-tétanique, le livrent en unités américaines. C'est de ces unités dont il sera couramment question dans cet article. Rappelons toutefois, qu'une unité américaine = 2 unités internationales. Les sérums dont nous nous sommes servis étaient fabriqués par les maisons Lederle, Sharp & Dohme and Parke Davis & Co.

un relâchement musculaire complet et l'on injecte, 20,000 unités par voie intra-rachidienne. Et de 4 heures en 4 heures, 40,000 unités, tantôt par voie intra-musculaire, tantôt par voie intra-veineuse.

3. — Pour la 2<sup>ième</sup> journée, la dose totale est de 160,000 unités, en procédant par injections de 40,000 unités à toutes les 6 heures par voie intra-musculaire. La 3<sup>ième</sup> journée : 120,000 unités, la 4<sup>ième</sup>, 80,000, la 5<sup>ième</sup>, 40,000. Les 6<sup>ième</sup> et 7<sup>ième</sup> journées, 20,000 et le 8<sup>ième</sup> jour, 5,000.

De cette façon, nous donnons la 1<sup>ère</sup> journée, une dose considérable, mais essentielle, d'environ 240,000 unités, et les jours suivants, une dose totale variant entre 400,000 et 700,000 unités américaines. Cette dose totale dépend de la gravité du cas, gravité réflétée par la durée de la période d'incubation et l'intensité des symptômes.

Il y a des compléments nécessaires à la séro-thérapie :

1°) le débridement chirurgical de la plaie, opération dont l'expérience de la guerre de 1914-18 a établi la nécessité et l'application d'un pansement imbibé de sérum anti-tétanique.

2°) l'administration de sédatifs pour diminuer ou abolir les contractures douloureuses et les spasmes paroxysmiques pendant lesquels le patient trouve souvent la mort. Parmi ces sédatifs, ceux que nous employons le plus souvent, sont : l'avertin (à la dose de 25 à 30 milligrammes par kilo de poids) et le chloral (10 à 15 grammes par jour en potion à 1 pour 50 ou en lavements).

Nous faisons remarquer avant de terminer, qu'il n'est pas nécessaire de continuer au-delà de 7 à 10 jours, l'administration de sérum anti-tétanique. Après ce laps de temps, le tétanos est sous contrôle, la température et le pouls sont le plus souvent revenus à la normale. L'état de contrac-

ture, de tétanisation musculaire qui demeure, l'existence de crises tétaniques encore à cette période, et l'adynamie du patient semblent dûs moins à l'action du bacille tétanique qu'à une diminution probable du calcium sanguin. Car ces reliquats de la maladie disparaissent avec la vitamine D et des injections quotidiennes de gluconate de calcium.

#### CONCLUSION

1) Le traitement spécifique de l'infection tétanique est l'injection par voie parentérale de sérum anti-tétanique.

2) Il est essentiel, avant que la toxine n'ait eu le temps de se fixer de façon définitive sur la cellule nerveuse, d'administrer dans le plus court délai possible, une dose quotidienne initiale d'environ 240,000 unités américaines.



## LES PANSEMENTS HUMIDES CHAUDS DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS

Par PAUL LETENDRE et JACQUES GENEST

Le traitement du tétanos a des indications bien précises :

- 1° L'exérèse chirurgicale de la plaie afin de supprimer le foyer d'où les bacilles tétaniques libèrent leurs toxines. Souvent un traumatisme, en apparence insignifiant, peut être la cause d'un tétanos grave, et cette plaie bien que guérie et difficilement décelable, doit être débridée.
- 2° Le traitement spécifique de l'intoxication tétanique par la neutralisation de l'exotoxine du bacille de Nicolaïer au moyen du sérum anti-tétanique administré à hautes doses.
- 3° Le traitement symptomatique :
  - a) d'un état général grave,
  - b) des manifestations neuro-musculaires.

Notre intention n'est pas d'expliquer le traitement classique. Nous voulons insister sur l'application nouvelle, au traitement des symptômes neuro-musculaires du tétanos, d'une méthode physique ancienne et bien connue : les pansements humides chauds.

Depuis toujours, les médecins utilisent les vertus des pansements humides chauds tant pour soulager la douleur, localiser une infection, activer la circulation, que pour amener le relâchement d'un spasme musculaire. La méthode a subi un regain de popularité depuis que Sister

Kenny l'a mise au premier plan dans le traitement du spasme musculaire rencontré au début de la polyomyélite.<sup>1</sup>

Le 25 août 1943, un homme de 33 ans est admis dans le service. Un visage au « rire sardonique » nous accueille. Il ne peut desserrer les mâchoires : le trismus par contracture des masséters, des ptérygoïdiens et des temporaux, empêche l'introduction d'un abaisse-langue entre les dents. La contracture des muscles de la nuque et du dos empêche tout mouvement de la tête et réalise un opisthotonos marqué; la contracture des muscles abdominaux détermine un ventre de bois. L'hyperexcitabilité de tous les muscles volontaires produit au moindre bruit, à la moindre excitation extérieure, des paroxysmes douloureux et épuisants pour le malade. La transpiration est profuse, la température axillaire : 99° Fahrenheit, le pouls : 110 à la minute. Les réflexes tendineux sont exagérés. Les facultés intellectuelles ne sont pas atteintes; la lucidité est parfaite.

Quatorze jours auparavant, en attachant des légumes, notre patient s'est coupé l'extrémité de l'index gauche avec une ficelle, se faisant une petite plaie linéaire d'un demi-pouce de long, bien cicatrisée d'ailleurs. Sept jours avant son entrée à l'hôpital, il commence à éprouver de la difficulté à ouvrir la bouche et se plaint de douleurs dans le cou.

Du sérum anti-tétanique est injecté sur le champ, à hautes doses, par voie intra-veineuse et par voie intra-musculaire (voir le tableau). L'opisthotonos et les spasmes paroxystiques rendent la ponction lombaire impossible. Nous la pratiquons le lendemain, après administration rectale d'avertin pour obtenir un relâchement musculaire complet. Cette opération nous semble nécessaire tant pour in-

---

<sup>1</sup> The Kenny Method for polyomyelitis, par le Dr F. H. Krusen dans « Medical Clinics of North America », juillet 1943, p. 883 sq. no de la Clinique Mayo.

roduire par voie intra-rachidienne du sérum anti-tétanique que pour confirmer notre diagnostic par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Nous profitons de l'anesthésie pour pratiquer l'exérèse large de la plaie guérie.

De même que l'avertin, la morphine, les barbituriques, le chloral, l'éther, le chloroforme, le curare ont été conseillés par divers auteurs pour diminuer l'hyperexcitabilité neuromusculaire et de ce fait, éviter les contractures si douloureuses qui s'ensuivent. Tous ces médicaments agissent par action sédative et hypnotique sur le système nerveux central; mais donnés à hautes doses et répétés sans cesse pendant plusieurs jours, ils peuvent entraîner une insuffisance hépato-rénale, aggravant ainsi l'intoxication tétanique, dans un organisme déjà fortement touché. Ils sont un moindre mal qui, dans les circonstances, est nécessaire.

Les pansements humides chauds à répétition, seraient, croyons-nous, préférables à titre de sédatifs généraux; ils créent chez le malade une sensation de bien-être et amènent localement le relâchement du spasme musculaire.

Nous commençons aussitôt les pansements chauds. Il consistent en cinq épaisseurs de lainage trempé dans de l'eau bouillante, bien tordu et appliqué sur les régions où les muscles nous paraissent les plus contracturés : la nuque, le dos, les régions massétériennes. Au cours des premières 48 heures, ils sont répétés toutes les demi-heures le jour, toutes les heures la nuit, les troisième, quatrième et cinquième journées, toutes les deux heures, et ils sont enfin supprimés la sixième journée.

Les résultats observés nous paraissent prometteurs. Au début de la seconde journée, le malade présente quelques crises tétaniques, très courtes. A la fin de la même journée, les contractures nous semblent vouloir céder, ce qui devient très évident le lendemain matin. Plus les pansements

JOUR	TRAITEMENTS	ÉVOLUTION	ANALYSES
1er de 3 h. p.m. à minuit.	SÉRUM ANTITÉTANIQUE : 120,000 unités.		URINES : Fortes traces d'albumine. Présence de sucre: 62%. Présence d'acétone. Présence d'acide diacétique. Oxalates de calcium nombreux.
2ième	90,000 unités. Pansements humides chauds toutes les ½ heures le jour, toutes les heures la nuit.	Exérèse de la plaie. Ponction lombaire.	
3ième	60,000 unités. Pansements humides chauds toutes les ½ heures le jour, toutes les heures la nuit.	Diminution notable du nombre de l'intensité et de la durée des "crises tétaniques".	SANG : Bordet-Wassermann: négatif. Glycémie: Ogramme 92%. Azotémie: Ogr. 250%. Cytologie: globules blancs: 13,900. éosinophiles: 4%.
4ième	60,000 unités. Pansements humides chauds toutes les deux heures.	Le patient repose mieux et se sent moins contracturé.	
5ième	60,000 unités. Pansements humides chauds toutes les deux heures.	Il est gai. Se tourne seul dans son lit. Contracture des muscles de la nuque fortement diminuée. Entr'ouvre la bouche d'un travers de doigt.	LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN : Bordet-Wassermann: négatif. Benjoin Colloïdal: normal. Albumine: Ogramme 18%. Sucre: Ogramme 72%. Eléments: 1. Bacille de Koch: absence.
6ième	40,000 unités. Pansements humides chauds toutes les deux heures.	Mange seul, sans aide. Alimentation liquide et semi-solide.	
7ième	40,000 unités. Cessation des pansements humides chauds.	Disparition des contractures de la nuque, du dos et du ventre. Ouvre la bouche de deux travers de doigt.	
8ième	10,000 unités.		
9ième	5,000 unités.		
10ième	5,000 unités.	Disparition du trismus, faiblesse des muscles mastica-teurs.	
11ième	1,500 unités.	S'assied seul dans son lit.	
12ième		Se lève.	
15ième		Alimentation généreuse. Mastique aliments solides.	

humides sont chauds, mieux se trouve le malade qui, selon son expression, « se sent comme engourdi, avec des douleurs moins fortes ».

La quatrième journée, il nous accueille joyeusement : il se tourne seul et de tous côtés dans son lit, se penche la tête en avant, en arrière. Il entr'ouvre la bouche d'un travers de doigt. La sixième journée, les contractures des muscles du dos, de la nuque et du ventre sont disparues. Il ouvre la bouche de deux travers de doigt. Il boit seul. Le spasme des muscles de la mâchoire est le dernier à lâcher. La dixième journée, sans aucun aide, il s'assied seul dans son lit. Il ne mastique pas encore avec facilité les aliments solides, mais pratique comme exercice le sport tout américain de mâcher de la gomme. La douzième journée, il se lève, et la quinzième, il mastique tous les aliments solides qu'on lui présente.

#### DISCUSSION :

a) Il est clair que nous ne pouvons apporter un jugement définitif sur l'efficacité de ce traitement adjuvant du tétanos par la présentation d'un seul cas.

b) Nous nous rappelons que les cas de tétanos varient dans leur gravité et leur toxicité; certains sont bénins et guérissent facilement; d'autres évoluent d'une façon foudroyante et sont d'évolution fatale. Le temps qui s'écoule entre le traumatisme et l'apparition des premiers symptômes du tétanos est considéré comme inversement proportionnel à la gravité de l'infection. L'incubation courte est un indice très net de gravité. Chez notre malade, il s'est écoulé sept jours entre la blessure et les premières manifestations tétaniques, plus six jours additionnels avant que le patient ne soit dirigé dans notre service. A son entrée, à en juger par son état général, la situation est grave et l'infection virulente. Il fut traité avec succès par l'emploi

intensif de sérum anti-tétanique, mais sa guérison nous paraît plus rapide par l'utilisation prolongée des pansements humides chauds.

e) Les contractures musculaires, en particulier, celle des masséters et des ptérygoïdiens durent souvent de trois semaines à un mois après que le malade est tiré de son impasse. Chez notre patient, nous avons nettement l'impression qu'en plus de la sensation du bien-être et d'engourdissement que la chaleur des pansements lui donnaient, ses contractures sont disparues plus tôt que chez les autres cas de tétanos traités sans pansements humides.

#### CONCLUSIONS :

1° — Nous avons trouvé, croyons-nous, une application nouvelle à une méthode déjà ancienne : l'usage des pansements humides chauds dans le traitement des manifestations neuro-musculaires du tétanos.

2° — Les résultats encourageants que nous avons eus justifient cet essai thérapeutique et le recommandent à l'attention médicale.



LA PLATYBASIE<sup>1</sup>

Par FERNAND CHAREST

Nous n'avons trouvé nulle part dans la littérature médicale française le terme de « platybasie ». Il est la traduction littérale du mot anglais « platybasia », popularisé par Chamberlain en 1939 (2) et accepté aujourd'hui par un grand nombre de radiologistes, neurologistes et neurochirurgiens. D'autres cependant lui préfèrent l'expression de « basilar impression. » « The term « platybasia » in recent years has been applied unfortunately to a condition which is described more properly as basilar impression or basilar invagination of the skull ». (Walsh, Camp et Craig). (19)

Nous empruntons la définition de cette affection à un article publié par le professeur Arthur Schuller (16) dans « Radiology », numéro de février 1940. La platybasia ou impression basilaire est une malformation de l'os occipital. La partie basilaire et la portion correspondant aux condyles, au lieu de former comme dans les cas normaux, une ligne concave, forment une convexité dirigée vers l'intérieur du crâne : c'est la convexobasie. Quant à l'écaïlle, elle épouse la forme d'une profonde concavité. De là, on peut déduire l'aspect irrégulier que présentera le plancher de la fosse postérieure. Normalement, il s'étend sous forme d'une ligne concave depuis la partie supérieure du dos de la selle turcique jusqu'à la protubérance occipitale interne. Dans la platybasie, il a la forme d'un S majuscule incliné. Le trou occipital, qui permet au bulbe de s'échapper de la fosse postérieure, est lui aussi irrégulier et déformé.

<sup>1</sup> Nous rapporterons bientôt, en collaboration avec le Dr Elmer Haynes, instructeur en neuropsychiatrie, l'un des deux cas que nous avons eu l'occasion d'observer. F.C.

Cette malformation congénitale — certains admettent une forme acquise et une forme traumatique — s'associe avec des anomalies de développement de la colonne cervicale. Elles sont très nombreuses : occipitalisation de l'atlas, absence de l'arc postérieur de l'atlas, syndrome de Klippel-Feil qui consiste dans la soudure de deux ou plusieurs vertèbres cervicales, présence d'un spina bifida. Dans un cas rapporté récemment par Furst et Ostrum (6), il y avait, en plus de la platybasie et du syndrome de Klippel-Feil, une malformation de Sprengel. (élévation uni ou bilatérale de l'épaule).

### HISTORIQUE

L'affection était depuis longtemps connue de l'école allemande. Rokitsansky en faisait mention pour la première fois en 1844. Bogaard, en 1865, et Virchow, en 1876, en firent une étude clinique détaillée. En 1880, Grawitz décrivit au point de vue anatomique six crânes avec impression basilaire. En 1901, Homen, s'aidant des pièces nécropsiques, essaya de démontrer la corrélation entre les observations neurologiques cliniques et la compression exercée par ces déformations cranio-vertébrales sur les structures nerveuses. En 1904, Schuller, au moyen des rayons-x, portait le premier le diagnostic d'impression basilaire chez le vivant. En 1939, Chamberlain (2) ressuscita de l'oubli cette malformation passée jusque là inaperçue dans la littérature anglo-américaine. Depuis, de nombreux articles ont paru. Mentionnons ceux de De Vet, Furst et Ostrum, Gustafson et Oldberg, Laube et Thurne, Peyton et Peterson, Bronson Ray, Robert H. Stevens, Carl List, Walsh et Camp et Craig. En 1941, Oldberg présentait à l'une des réunions de la Montreal Neurological Society quelques cas qu'il avait jusqu'alors observés.

*Étiologie*

La platybasie est une affection congénitale rare qui apparaît à l'adolescence ou tard dans la vie. Les autres malformations congénitales qui très souvent accompagnent cette malformation de l'occipital, en sont une preuve indiscutable. Il semble aujourd'hui, aiguillés comme nous le sommes par une meilleure connaissance de cette entité, que les cas soient beaucoup plus nombreux qu'on puisse le croire au premier abord. De 1878 à 1939, nous retrouvons seulement vingt-deux cas publiés dans la littérature. Depuis 1939, grâce au travail inspirateur de Chamberlain (2), vingt-quatre autres cas ont été ajoutés à cette liste. Dans la seule année 1942, dix cas ont été rapportés.

Y a-t-il une forme acquise ? Lindgren (11) a prétendu en 1934 que l'impression basilaire pouvait apparaître à la suite de rachitisme, d'ostéite déformante, d'ostéomalacie sénile et de dystrophie cléido-cranienne. Cependant les deux cas qu'il rapporte, bien qu'atteints dans leur jeune âge de rachitisme, ne sont pas concluants. Il se peut fort bien que la malformation ait existé avant le rachitisme. D'autres ont parlé de tuberculose, de lipoïdose, d'ostéoporose sénile, d'hyperparathyroïdisme, de maladie de Paget. Mais le mérite revient à Bronson S. Ray (15) d'avoir signalé deux véritables cas de forme acquise. Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant qui, de l'âge de 4 à 12 ans, à la suite du développement imparfait du squelette osseux (*osteogenesis imperfecta*), développa un syndrome de platybasie. Le second était celui d'une femme qui, sur une période de deux ans, devint atteinte de maladie de Paget et finalement de platybasie.

Elle est apparue à la suite de traumatismes craniens divers tels que chutes, accidents, projection violente du corps. Russell l'a retrouvée assez souvent sur des crânes d'Esquimaux.

Mais comment se fait-il que les manifestations cliniques apparaissent si tard dans l'existence de l'individu, vu que dans la plupart des cas, l'affection est congénitale ? Nous nous contenterons de citer textuellement certaines opinions sans cependant les discuter. « We offer the thoughts that young developing brain stem may be able to tolerate compressive effects which later prove deleterious to older tissues ». (Chamberlain) « In answer to the question why the neurologic manifestations of a congenital condition may appear as late as the third and fourth decade, I should say that it is conceivable that for years the central nervous system may be able to compensate for the mild chronic interference with normal fluid dynamics, but that finally the compensation breaks ». (Gustafson et Oldberg (8)). Pour d'autres, l'apparition des troubles coïnciderait avec la formation d'adhérences.

### *Symptomatologie.*

Il faut admettre que certains cas ont été rapportés, qui ne présentaient aucun signe clinique. Nous verrons plus loin de quelle façon le diagnostic a été posé.

Les symptômes les plus fréquemment rencontrés peuvent être classés de la façon suivante :

1 — Troubles cérébelleux. Les principaux sont le nystagmus, la maladresse des mains, l'atonie, la démarche incertaine.

2 — Compression du bulbe par la dent de l'axis.

3 — Compression de la moëlle cervicale.

Dans ces deux derniers cas, il peut y avoir atteinte des faisceaux pyramidaux. Nous aurons alors augmentation

des réflexes ostéo-tendineux, spasticité, clonus, absence des réflexes abdominaux, réponses plantaires anormales telles que signe de Babinski, de Gonda, d'Oppenheim etc. La compression peut avoir lieu au niveau des faisceaux spino-thalamiques, donnant une dissociation de la perte de la sensibilité. Il se peut que ces symptômes soient parfois transitoires. « Tingling, pain, numbness and weakness of the spastic type may all be produced acutely and often transiently by straining, sudden effort or trauma ». (Robert H. Stevens. (17). Il faut signaler de façon toute particulière les troubles respiratoires dûs à la compression du bulbe. Nous les avons retrouvés dans un grand nombre d'observations publiées.

4 — Irritation et paralysie des nerfs crâniens qui se rencontrent dans la fosse postérieure et des premiers nerfs spinaux cervicaux. Les troubles observés sont la paralysie faciale, la paralysie du voile du palais, des troubles de la déglutition, des troubles de la phonation, la paralysie de la langue. L'atteinte des nerfs cervicaux donnera une perte de la sensibilité dans le territoire correspondant à ces nerfs.

5 — Augmentation de la pression intracrânienne par suite d'un obstacle au courant normal du liquide céphalo-rachidien dans la fosse postérieure. Maux de tête, vomissements, oedème de la papille et vision embrouillée en sont les manifestations.

6 — Irrigation sanguine inadéquate du bulbe, du cervelet et de la partie supérieure de la moëlle par suite de la compression ou de la formation d'adhérences.

Les patients atteints de platybasie présentent un aspect particulier. Le crâne est allongé. La tête est penchée d'un côté ou de l'autre. Le cou est court, ce qui leur a valu le surnom 'd'hommes sans cou'.

*Diagnostic.*

La platybasie peut simuler de nombreuses affections. Elle a été étiquetée très souvent syringomyélie. Il est vrai que les deux peuvent être associées. Mais le neurochirurgien sait fort bien que des formations cavitaires peuvent se développer au-dessous des compressions médullaires. Le 8 mai 1931, Cushing entreprenait une laminectomie afin de ponctionner un kyste chez un malade pour lequel on avait porté le diagnostic de syringomyélie. Neuf ans plus tard, Oldberg opérait le même malade pour platybasie. Les mêmes troubles arthropathiques (Cas 1, Peyton) et les mêmes troubles trophiques des doigts peuvent se rencontrer chez le platybasique. Ray (14) rapporte l'histoire d'un patient (Cas 2) à qui l'on amputa la dernière phalange des cinq doigts de la main gauche pour ulcères indolores du bout des doigts. Plus tard, le même malade était opéré pour impression basilaire.

Cette question de la coexistence de la platybasie et de la syringomyélie a été reprise par Lichtenstein en juin 1943. (10) Ses conclusions sont les suivantes : il peut y avoir coexistence de platybasie et de syringomyélie, les deux affections étant indépendantes l'une de l'autre. Mais souvent, la syringomyélie fait suite à la platybasie. La compression des formations nerveuses entraîne une « anemie necrosis » et finalement une « liquefaction necrosis ».

D'autres patients ont eu pendant longtemps un diagnostic de sclérose en plaques jusqu'à ce qu'on découvre finalement la véritable cause des symptômes qu'ils présentaient. Le diagnostic de tumeur cérébrale a été mis de l'avant : tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (cas d'Adam-Falkiewiczowa et Nowicki), tumeur du cervelet (cas de Guizetti et de Bodechtel), tumeur de la pinéale (cas 1 d'Ebénus). Les signes subjectifs et objectifs trouvés à l'examen militaient fortement en faveur de ce diagnostic.

Seuls les rayons-x peuvent nous aider à trancher la question. Il suffit de rechercher, dans une projection latérale du crâne et de la partie supérieure de la colonne cervicale, la ligne de Chamberlain ou l'angle basal. La ligne  $\alpha$  Chamberlain est une ligne réunissant le bord postérieur du palais dur au bord postérieur du trou occipital. Normalement l'atlas et l'apophyse odontoïde sont au-dessous de cette ligne. Dans les cas pathologiques, ils se trouvent au-dessus. L'angle basal (Pendergrass et Pancoast), appelé par d'autres « sphenoid angle » est l'angle formé par deux lignes, l'une allant de la racine du nez à la partie supérieure de la lame quadrilatère de la selle turcique et la seconde de la partie supérieure de la lame quadrilatère au bord antérieur du trou occipital. La normale est de 115 à 150 degrés. Dans la platybasie, cet angle peut atteindre 180 degrés.

La recherche de cette ligne ou de cet angle, très faciles à reconnaître sur toute bonne radiographie, suffit pour poser le diagnostic de platybasie.

Le radiologiste, plus habitué à la lecture des clichés, pourra y découvrir de nombreux autres renseignements. Il pourra rechercher dans les projections sagittales l'asymétrie du trou occipital, la dislocation vers le haut de l'atlas et de l'axis, le rapport anormal entre l'atlas et l'apophyse odontoïde et l'ouverture du trou occipital, l'asymétrie et la proéminence des rochers, le très large diamètre bi-pariétal du crâne. Les vues latérales lui révéleront le développement rudimentaire de la région atlanto-axoïdienne, la dislocation vers le haut de l'atlas et de l'axis, la projection de l'apophyse odontoïde au-dessus de la ligne de Chamberlain, l'ombre plus ou moins circulaire de la portion pétreuse de l'os temporal, l'aspect allongé et peu élevé du crâne.

*Traitement.*

L'affection, si elle était reconnue, constituait autrefois une curiosité médicale. L'évolution en était progressive. Le malade devenait grabataire et après une période de temps plus ou moins longue, expirait. Deux cas de rémission spontanée ont été rapportés : l'un par Laube et Turner et l'autre par De Vet.

Il semble actuellement que la chirurgie puisse être d'un grand secours pour tous ces malades. La décompression des formations nerveuses comprimées par une crâniotomie sous-occipitale et l'exérèse des premières lames vertébrales cervicales s'est montrée le mode de traitement le plus efficace. A date, plus de quinze cas ayant subi une semblable intervention ont été rapportés et le résultat s'est avéré excellent, si la compression n'avait pas été de trop longue durée. Il y a certains détails techniques pour lesquels les neurochirurgiens diffèrent d'opinion, à savoir la nécessité d'ouvrir les méninges et de sectionner les adhérences. Cette discussion dépasse le cadre de cet article.

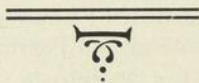
De Vet (4) a été le seul à mettre en doute la valeur du traitement chirurgical. « Apart from technical difficulties and the fact that decompression is only symptomatic treatment, one must consider the possible acceleration of the course of the abnormality after the removal of a large portion of the occipital bone ». Semblable suite post-opératoire n'a pas encore été signalée. Plus loin, le même auteur ajoute : « A more rational form of treatment was suggested by Sekir, who advocated the use of a supporting apparatus for the head and neck. In the present author's opinion traction on the head by one of the methods in common use ought to prove more efficient. This form of treatment might be followed by the use of a supporting apparatus, once the progress of the disorder has been halted and the

patient's condition has been improved ». Nous ne voyons pas de quelle manière la traction puisse modifier une région occipitale défectueuse.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 — APERT : Synostose occipito-atloïdienne congénitale ayant entraîné la mort à 15 ans par compression du bulbe. Bulletin et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 52:1344. 1936.
- 2 — CHAMBERLAIN : A bizarre developmental anomaly of the occipital bone and upper cervical spine with striding and misleading neurologic manifestations. Yale Journal of Biology and Medicine. 11:487. 1938-39.
- 3 — CRAIG, WALSH ET CAMP : Basilar invagination of the skull, so called platybasia. Surgery, Gynecology and Obstetrics. March 1942.
- 4 — DE VET : Basilar impression of the skull. Journal of Neurology and Psychiatry. 3:241-250. 1940.
- 5 — EBENIUS : The roentgen appearance in four cases of basilar impression. Acta radiologica. 15:652. 1934.
- 6 — FURST ET OSTRUM : Platybasia, Klippel-Feil syndrome and Sprengel's deformity. Am. J. Roentgenology. 47:588-590. April 1942.
- 7 — GRISEL ET APERT : La synostose occipito-atloïdienne congénitale. La Presse Médicale. 41:397. 1933.
- 8 — GUSTAFSON ET OLDBERG : Neurological significance of platybasia. Arch. Neurology and Psychiatry. 44:1184-1198. 1940.
- 9 — LAUBE ET TURNER : Platybasia : 2 cases. Yale Journal of Biology and Medicine. 13-643-648. May 1941.
- 10 — LICHTENSTEIN : Cervical syringomyelia and syringomyelia-like states associated with Arnold-Chiari deformity and platybasia. Arch. Neurology and Psychiatry. 49:881-894. June 1943.
- 11 — LINDGREN : Roentgenologic views on basilar impression. Acta radiologica. 22:297-301. 1941.
- 12 — LIST, C. F. : Neurologic syndromes accompanying developmental anomalies of the occipital bone, atlas and axis. Arch. Neurology And Psychiatry. 45:577-616. April 1941.

- 13 — PANCOAST, PENDERGRASS et SCHAEFFER : Head and Neck in roentgen diagnosis.
- 14 — PEYTON et PETERSON : Congenital deformities in region of foramen magnum; basilar impression. *Radiology*. 38:131-144. Feb. 1942.
- 15 — RAY, B. S. : Platybasia with involment of the central nervous system. *Ann. Surg.* 116:231-250. August 1942.
- 16 — SCHULLER, A. : The diagnosis of 'Basilar Impression'. *Radiology*. 34:214-216. Feb. 1940.
- 17 — STEVENS : Platybasia. A report of a case treated surgically with improvement. *Surgery*. 12:943-951. 1942.
- 18 — WADE, LEO : Pseudo-platybasia. Rupture of the transverse ligament of the axis with displacement of the odontoid process and compression of the cervical cord. *J. Bone and Joint Surg.* 23:37-43. Jan. 1941.
- 19 — WALSH, CAMP et CRAIG : Basilar invagination of the skull. Case with operation *Proc. Staff Meet. Mayo Clinic*. 16:449-452. 1941.



## UN CAS D'ALLERGIE AUX POIS, avec démonstration de la méthode Prausnitz-Kustner

Par GÉRARD CASGRAIN

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer un cas d'allergie alimentaire remarquable et intéressant, en même temps qu'il est pour nous extrêmement démonstratif. Et nous allons nous servir de ce patient pour tenter de vous démontrer ce matin la méthode indirecte d'examen allergique appelée méthode de Prausnitz-Kustner.

Le patient qui nous intéresse est un jeune homme de 28 ans, qui était admis à l'Hôtel-Dieu il y a environ 2 mois, pour examen et traitement d'une condition asthmatique, dont les accès ne surviennent qu'en de rares occasions, toujours les mêmes d'ailleurs.

Sa dernière crise remonte au mois de novembre dernier. Il était alors invité à dîner chez une amie; on lui présenta un potage qui contenait entr'autre chose *un pois vert*. Malgré une appréhension bien justifiée dans son cas, il ne crut pas pouvoir refuser ce potage, et l'ingurgita poliment. Mais, au bout de 30 ou 50 secondes, il était en proie à une crise de suffocation intense: les lèvres, la langue, le palais et le pharynx devinrent en quelques minutes œdématiés à tel point que notre invité se trouva bientôt dans un état très alarmant. Heureusement, un médecin mandé d'urgence réussit à sauver la vie de ce malade, en lui administrant le médicament spécifique de ces états critiques: l'injection d'adrénaline.

En une autre occasion, celle qui lui valut d'être exclus des cadres de l'armée, il absorba encore un potage, qui cette

---

NOTE. — Article lu aux Journées Médicales, en l'Hôtel-Dieu, le 15 juin 1943.

fois ne contenait pas de pois. Mais ce potage avait été réchauffé dans un récipient qui avait auparavant servi pour une purée de pois. Les seules traces de pois verts qui subsistaient dans ce récipient furent suffisantes pour déclencher un autre drame, semblable à celui que je viens de relater.

Enfin, pour ceux qui pourraient invoquer une phobie psychique, semblable à la classique crise d'asthme devant les roses artificielles, je tiens de la mère de ce jeune homme le renseignement suivant : la seule cuisson d'une soupe aux pois, à quelque trente pieds de sa chambre, arrache ce patient de son sommeil, aux prises avec une dyspnée intense. A tel point que depuis quelques années, cette excellente mère canadienne-française s'abstient complètement d'apprêter cette bonne soupe de chez nous.

Les cas d'une telle gravité sont relativement peu fréquents; nous trouvons tout de même dans la littérature médicale de nombreuses publications à leur sujet. Coca<sup>1</sup> cite plusieurs exemples de manifestations allergiques aux odeurs de poisson. W. Edwards et O. Helming<sup>2</sup> rapportent un cas semblable au nôtre d'allergie très grave au pois vert. Ils citent même dans leur article l'observation d'un auteur allemand, qui a vu mourir un enfant de 2 ans auquel on avait donné quelques cuillerées à thé d'une purée de pois.

Feinberg et Aries<sup>3</sup> ont également décrit un cas d'asthme déclenché par l'odeur de la cuisson des pois. Enfin, Horesch<sup>4</sup>, dans un article intitulé « Allergy to food odors », cite huit cas d'eczéma infantile causés, provoqués ou exacerbés par des odeurs diverses : volaille, poisson, oeufs, friture de porc, friture de bacon, cuisson de choux, etc. Cet auteur insiste énormément sur ces odeurs d'aliments, et leur attribue une bonne part de nos échecs avec le traitement de l'eczéma infantile.

Notre cas représente donc une allergie alimentaire à type rapide et violent, se manifestant à la fois par de l'asthme, de l'œdème angioneurotique, de l'urticaire généralisé et des crampes épigastriques, causés par l'ingestion d'une simple trace de pois, et même par l'inhalation de leur odeur.

Il m'a été donné d'observer plusieurs de ces cas d'allergie alimentaire dont voici quelques-uns des plus typiques : trois cas d'asthme très grave, l'un causé par une trace de blanc d'oeuf, un autre par la seule odeur de pommes de terre, le dernier par l'ingestion de laitue ; un cas d'œdème de Quincke causé par l'huile de coco, un cas d'urticaire généralisé après une bouchée de banane, etc.

Comme vous pouvez le constater, tout aliment, pour nutritif et recommandé qu'il soit, peut engendrer chez certains individus des réactions étranges, parfois même fort inquiétantes et qui posent un sérieux problème de vie chez les malheureux porteurs de ces anomalies constitutionnelles.

Fort heureusement, le patient qui nous intéresse aujourd'hui est un cas exceptionnel par la violence de ses réactions. Il représente, si nous voulons, la plus haute note de la gamme de ces susceptibilités individuelles, capricieuses et dangereuses entre toutes. Mais combien de milliers d'intermédiaires pouvons-nous rencontrer entre cette rare exception et l'individu normal ! Certains auteurs prétendent que de 20 à 30% de la population sont atteints à un moment donné d'une manifestation quelconque d'allergie alimentaire. De toute évidence, ces chiffres sont probablement fort éloignés de la réalité, tant il est vrai qu'un grand nombre de légers symptômes d'allergie passent inaperçus du médecin en raison même de leur bénignité.

Je vous dirai maintenant quelques mots de la méthode dite de Prausnitz-Kustner, aussi dénommée méthode indirecte d'examen allergique.

Le principe de la méthode a été l'observation en 1921 par Prausnitz-Kustner du phénomène qui porte aujourd'hui leur nom. L'un était allergique au poisson, l'autre à un pollen. Il leur vint à l'idée d'essayer de se sensibiliser mutuellement, l'un injectant son sérum à l'autre par la voie sous-cutanée. Ils réussirent à demi, l'hypersensibilité au poisson étant la seule qu'ils purent transmettre lors de cette première expérience.

Matthew Walzer, de Brooklyn, utilisa ce phénomène de façon pratique en 1924. Il l'employa la première fois pour examiner un bébé asthmatique âgé d'un an, qui était de plus affligé d'eczéma, d'urticaire et de troubles gastro-intestinaux.

Le principe fondamental de cette méthode est que la substance responsable de la réaction positive à un test cutané existe dans le sang, et qu'elle peut être transférée à la peau d'un autre individu par une injection intradermique de sérum, et s'y fixer après un certain temps. Cette substance est un anticorps spécial à cette fonction et dénommé réagine.

Le *but* de la méthode est de rechercher la présence de réagines dans le sérum d'un patient, ou, si nous préférons, les causes de sa maladie, par des épreuves cutanées ou « tests » pratiqués, non sur le patient lui-même, mais sur un sujet sensibilisé passivement avec le sérum de ce patient.

Cette méthode indirecte d'examen n'est pas destinée à remplacer la méthode directe. Mais elle peut la remplacer avantageusement et efficacement lorsque la directe est impossible ou peu praticable.

En voici les principales indications, définies par Walzer lui-même :

- 1° Les conditions anormales de la peau, telles que :
  - a) l'eczéma aigu chez l'enfant ou l'adulte.
  - b) les peaux ichthyotiques ou irritées chroniquement par grattage ou inflammation.
  - c) l'urticaire généralisé.
  - d) le dermatographisme.
  - e) la présence d'une maladie infectieuse, telle que l'impétigo.
  - f) la grande irritabilité de la peau des bébés.
- 2° Les crises asthmatiques très fréquentes, qui nécessitent l'emploi souvent répété de l'adrénaline.
- 3° Les cas d'extrêmes sensibilités, surtout chez l'enfant, où les réactions graves sont à craindre.
- 4° Les enfants trop jeunes ou trop malades pour endurer de longues séries de « tests ».
- 5° L'état particulier de certains patients qui rend les séances de tests impraticables, par exemple certaines personnes trop faibles, trop éloignées ou encore obsédées par la phobie des piqûres.

Enfin, comme moyen de contrôle, lorsque trop de réactions directes sont positives, en permettant de déceler les seules causes véritablement responsables de la maladie.

En résumé cette méthode permet d'examiner des malades à distance, des malades pusillanimes, ou encore des patients dont l'état cutané rend les tests impraticables ou compromet leur valeur.

Pour démontrer aujourd'hui cette méthode de Prausnitz-Kustner, nous avons recueilli vendredi 5 c.c. de sang de notre patient allergique aux pois verts; après centrifugation, le sérum a été décanté et stérilisé à l'aide du micro-filtre Zeitz. Le lendemain samedi, nous avons choisi

au hasard un patient de l'hôpital, en l'occurrence un garçon de 14 ans, qui nous sert de receveur, et nous lui avons injecté le sérum du patient en deux endroits du bras droit (nous aurions pu pratiquer au-delà de 50 injections intradermiques semblables, sans inconvénient). Ce garçon est donc aujourd'hui porteur, aux deux endroits sensibilisés passivement, de la même allergie que notre patient. En d'autres termes, nous avons transféré dans le derme de ce receveur les réagines ou anticorps du sang du malade, de telle sorte qu'aujourd'hui, 48 heures après ces injections de sérum, les endroits sensibilisés contiennent des anticorps fixés aux cellules cutanées, anticorps qui, mis en présence des antigènes redoutés, devraient nous donner les mêmes réactions que chez le patient lui-même. Pour éliminer une réaction personnelle du receveur, nous pratiquons un test contrôle à quelques centimètres de l'endroit sensibilisé, ou sur l'autre bras.

Cette démonstration, comme il fallait s'y attendre étant donné l'exquise sensibilité du malade, a été clairement réussie; l'endroit sensibilisé dans le bras du sujet receveur a montré, au contact de l'extrait de pois, une réaction fortement positive, avec pseudopodes, tandis que l'injection contrôle, sur le bras sain du sujet, a donné une réaction parfaitement négative.

Lorsque la réaction est positive, elle se manifeste par une papule et un oedème central, arrondi ou déformé par des projections en forme de pseudopodes, qui représentent l'envahissement des tissus avoisinants par la voie des petits canaux lymphatiques; cet oedème est entouré d'une zone d'érythème et s'accompagne très souvent de prurit.

Cette méthode indirecte est sûre, en ce sens qu'elle révèle uniquement la présence d'anticorps véritablement importants. Elle est de plus tout à fait inoffensive pour le receveur, qui n'est sensibilisé que localement. Enfin, elle

est très utile chez le bébé et le jeune enfant, qui d'après notre expérience sont généralement trop craintifs et trop nerveux pour se prêter d'une façon convenable au grand nombre de tests que nous devons souvent leur imposer.

En terminant, je me permettrai d'attirer votre attention sur les conclusions que je crois devoir tirer de l'observation rapportée plus haut :

- 1° Ce cas exceptionnel d'hypersensibilité aux pois verts nous prouve, d'une façon claire et indiscutable l'existence de l'allergie alimentaire.
- 2° Le transfert de l'allergie d'un patient dans le derme d'un receveur quelconque nous démontre que les anticorps spécifiques sont bien présents dans le sang du malade.
- 3° La présence de ces réagines dans le sang nous prouve qu'il s'agit vraiment d'une condition pathologique générale, et non d'une affection locale, qu'il serait donc illogique de vouloir traiter comme telle.
- 4° La seule mesure qui puisse donner un résultat dans le cas qui nous intéresse (je ne parle pas de l'élimination, notre patient la pratique fidèlement depuis l'âge de 8 ans) c'est une tentative de désensibilisation orale, qui sera sûrement imparfaite, mais qui permettra peut être un jour à notre homme de pénétrer dans un restaurant et surtout d'y demeurer, même s'il y perçoit l'odeur d'une bonne soupe aux pois.

#### RÉFÉRENCES

1. COCA, WALZER and THOMMEN. 1931, Chas. C. Thomas.
2. EDWARDS and HELMING. *J. Allergy* 13:420-22, 1942.
3. FEINBERG and ARIES. *J. A. M. A.* 98:2280, 1932.
4. HOESH, ARTHUR. *J. Allergy*, 14:335, 1943.

## À PROPOS D'UN CAS DE CALCUL RÉNAL TRAITE PAR LA SOLUTION DE SUBY

Par JEAN-PAUL LEGAULT

Le calcul rénal tout comme le calcul de la vésicule biliaire, a toujours été pour le patient un sujet de cauchemar. Ce même patient a toujours souhaité la bienvenue à quiconque lui proposait un traitement non sanglant pour l'en débarrasser.

Toutes sortes de méthodes ont été préconisées par les urologistes pour extraire les calculs du système urinaire. Je n'en parlerai pas, ceci n'étant pas dans le cadre de notre communication. Je vous parlerai exclusivement d'une nouvelle méthode pour faire disparaître le calcul rénal.

J'ai eu récemment l'occasion de poursuivre des expériences personnelles avec une formule nouvelle préconisée par un urologiste américain au dernier congrès d'urologie de l'Association américaine, Congrès auquel assistait le Professeur Oscar Mercier. C'est la formule du Docteur Suby de Boston Mass. La formule a un P.H. urinaire de 4. C'est la solution G. Sa composition chimique est la suivante :

M g O anhydre 3.84 gr.  
Acide citrite monohydraté 32.84  
C O 3/ Na<sup>2/</sup> anhydre 4.35  
H O ad. . . . . 1000 cc.

Le Docteur Suby démontrait avec un appareil spécial que sa solution faisait dissoudre le calcul au milieu de cette solution par un goutte à goutte continu.

Pour comprendre le mécanisme de cette opération, il me faut nécessairement faire mention de la composition des

# VALÉRAMONE

## LAURIN

Antispasmodique — Sédatif  
Efficace et atoxique

association de  
**VALÉRIANE**  
**CRATAEGUS**  
**ANÉMONE**

Traitement actif et inoffensif de  
l'éréthisme nerveux, des spasmes,  
des troubles de la circulation et des  
accidents nerveux de la ménopau-  
se, du déséquilibre vaso-moteur,  
et de l'insomnie nerveuse.

#### MODE D'EMPLOI :

*Sédatif-antispasmodique* : 1 à 2 cull.  
lerées à thé le matin et le soir.  
*Hypnotique* : 2 à 4 cullerées à thé le  
soir au coucher.

Enfants : demi-dose.

A prendre à distance des repas, pur ou  
dilué dans un peu d'eau sucrée à volonté.

### LE VALÉRAMONE LAURIN

offre cette distinction rare chez  
les sédatifs et hypnotiques cou-  
rants d'être sans aucun pro-  
duit chimique toxique. Il ne  
créé pas d'accoutumance et son  
emploi ne connaît pas de con-  
tre-indication.

Le Valéramone a le mérite  
d'avoir surmonté les inconvé-  
nients de l'emploi de l'antique  
Valériane dont il retient tous  
les avantages en les alliant aux  
propriétés régulatrices du Cra-  
taegus et à l'action sédative tra-  
ditionnelle de l'Anémone.

C'est donc avec raison que le  
Valéramone, régulateur de l'in-  
nervation, mérite une place de  
premier ordre dans la thérapeu-  
tique des affections nerveuses.

Laboratoires L. Laurin, 86 B<sup>d</sup> de Port-Royal, Paris

Fabricants et Concessionnaires

**ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL**

**iodaseptine  
cortial**

TUBERCULOSE  
PULMONAIRE CHRONIQUE  
Doses: 300 mg. 3 fois par jour

ADENOPATHIES  
DE L'ENFANCE  
Dose: 100 mg. 3 fois par jour

RHUMATISMES  
CHRONIQUES  
Dose: 100 mg. 3 fois par jour

SUPPRESSION DE LA DOULEUR  
EN IODISME ET INTOLÉRANCE

LABORATOIRES  
CORTIAL  
15 B<sup>o</sup> PASTEUR  
P.A.R.I.S. (XV<sup>e</sup>)

RHUMATISMES  
AIGUS

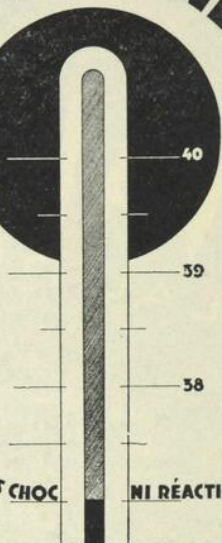
**iodaseptine  
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

**SEPTICEMINE**

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC



LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL<sup>e</sup> PASTEUR . PARIS

SOLUCAMPBRE

O  
L  
U  
C  
A  
M  
P  
B  
R  
E

# SOLUCAMPBRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

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

2 Formes : SOLUCAMPBRE SIMPLE  
SOLUCAMPBRE SPARTEINÉ

MILLET ROUX & CIE, LIMITÉE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée présente :

# idrocol

▶ DEHYDRO-  
CHOLÉRÉTIQUE

▶ CHOLAGOGUE

▶ DIURÉTIQUE

Formule nouvelle, plus efficace. Exerce une action bienfaisante marquée sur les fonctions **internes et externes** de la **cellule hépatique** ainsi que sur **l'estomac et l'intestin**.

Sa composition réunit les qualités du parfait cholagogue :

*Acide déhydrocholique*  
*Pepsine, Peptone,*  
*Pancréatine, Sels biliaires.*

- IDROCOL • favorise la sécrétion biliaire,
- l'augmentant jusqu'à 200 pour cent,
  - tendant ensuite à rétablir une sécrétion normale.

Agent fluidifiant de choix, il aide ainsi à l'élimination des matières solides, et même des débris de calculs qui adhèrent parfois après une intervention chirurgicale.

**IDROCOL vous parvient :**  
**en bouteilles de 30 et 100 comprimés.**

*Echantillons et littérature sur demande,  
à Messieurs les Médecins seulement.*

IDROCOL est donc fortement recommandé.

Traitement pré et post-opératoire de la Cholécystectomie.

Stase biliaire — Cholécystites — Hyposécrétion hépatique — Lithiase biliaire — Ictères hépatiques — Cirrhoses biliaires — Certains troubles de la digestion stomacale et duodénale.

Excellent diurétique.

Puissant stimulant du péristaltisme intestinal.

*Préparé sous la surveillance et le contrôle de :*

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

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

François Sansregret, B.Ph.

Pharmaciens-Chimistes, Analystes, Biochimistes  
Diplômés de l'Université de Montréal.

---

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE  
Spécialité du Laboratoire

---

*3 gouttes dans chaque narine . . .*

*et le coryza disparaît*

# PRIVINE "CIBA"

*Solution à 1:1000 de chlorhydrate de 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline*

## GOUTTES NASALES

Au nombre des importants travaux de chimie-pharmacologie de l'année 1940 se rangent la synthèse du 2-(naphtyl-1'-méthyl)-imidazoline, réalisée dans les Laboratoires "Ciba", et son classement comme puissant vaso-constricteur et décongestionnant des muqueuses nasales et pharyngiennes. Déjà plus active que l'éphédrine, l'épinéphrine se voit à son tour surpassée par la Privine, quatre fois plus efficace et d'une durée d'action trois fois plus longue.

L'observation clinique prouve que la Privine, qui assure non seulement l'ischémie, mais encore la décongestion des muqueuses, des fosses nasales principalement, convient parfaitement au traitement des affections naso-pharyngiennes sous toutes leurs formes. Quelques instants après l'instillation de 3 gouttes de Privine dans les narines, la céphalée et la sensation de lourdeur de la tête disparaissent, tandis que la respiration nasale devient libre. Le nasillement des enrhumés et le larmolement cessent, la voix retrouve son timbre normal, l'odorat est récupéré. La Privine rend aussi d'excellents services au dentiste, à l'oculiste et comme complément aux anesthésiques.

### DOSE

**3 gouttes dans chaque narine, 1 à 3 fois par jour.**

### PRÉSENTATION

Flacon de  $\frac{1}{2}$  once, avec compte-gouttes.

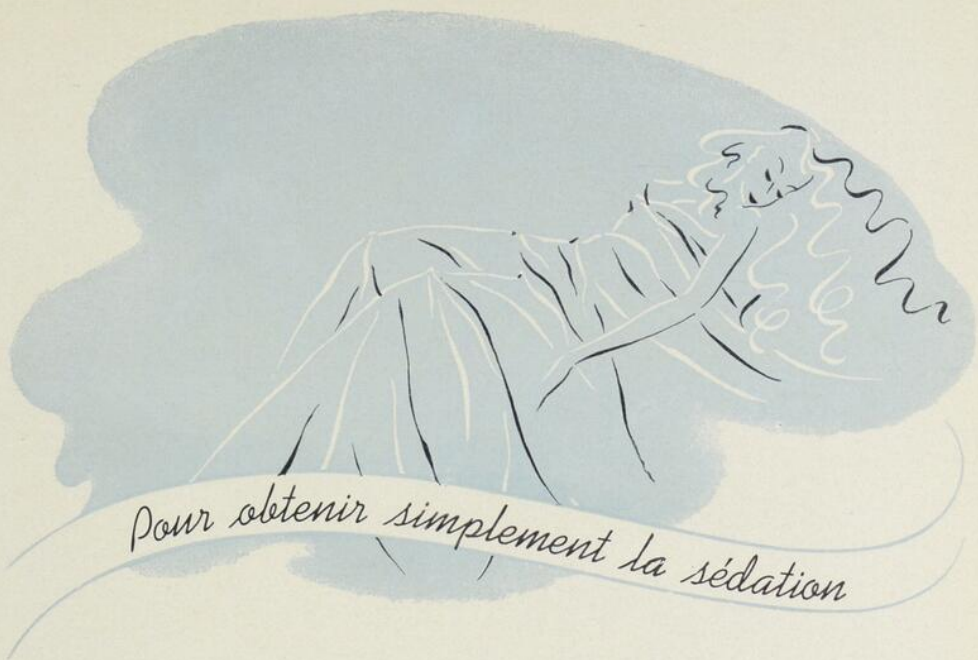
Flacon de 4 onces.

*Littérature et échantillons sur demande.*

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL





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

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


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

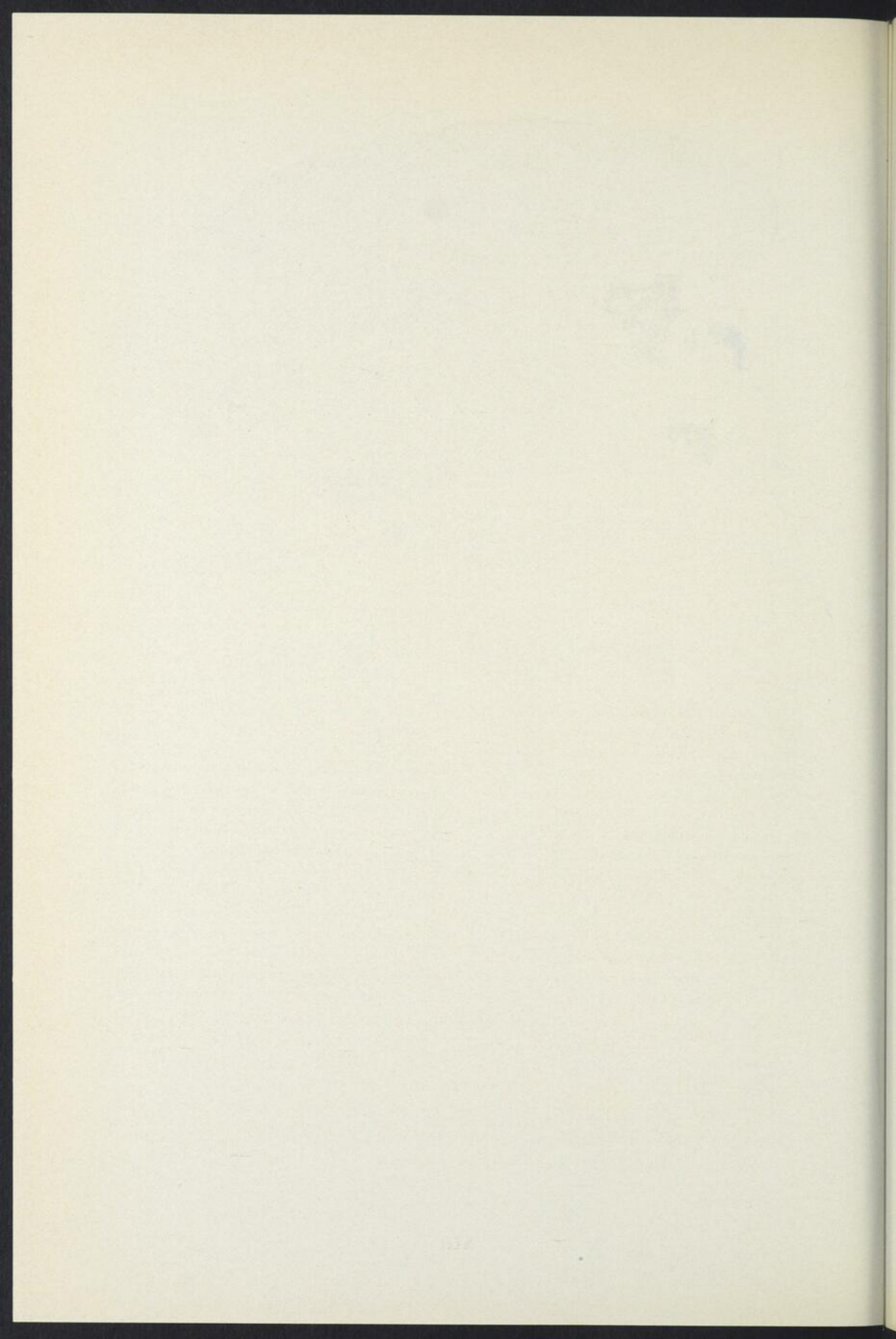
employés, et par conséquent la quantité de drogue à éliminer est plus petite.

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

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

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE • 20, CHEMIN BATES, MONTREAL





# Voici les raisons de vous dire

## "Essayez

# S-M-A"



➤ Les médecins constateront que S.M.A.\* n'est pas une "formule de pis-aller". C'est une formule de lait complet pour les nourrissons privés de lait humain.

➤ Le gras du lait de vache est remplacé par le gras unique S.M.A. pour une digestion facile et une nutrition adéquate. Il se compare physiquement, cliniquement et biologiquement avec le gras du lait humain.

➤ Les hydrates de carbone dans S.M.A. et dans le lait humain sont identiques.

➤ A l'exception de la vitamine C, les vitamines essentielles à la croissance normale et à un parfait développement, (B<sub>1</sub>, D et A) sont contenues en proportions adéquates dans S.M.A. prêt à servir...

➤ De plus, le fer (si difficile à procurer au nourrisson nourri au biberon) est contenu dans S.M.A. Une fois préparée, chaque pinte fournit 10 mg. de fer et de citrate d'ammonium.

\* \* \*

Les excellents résultats chez des centaines de milliers de nourrissons, n'est-ce pas une raison suffisante qui explique le choix de S.M.A. par un nombre toujours croissant de médecins.

Essayez S.M.A. Les résultats feront connaître la véritable histoire d'une façon plus adéquate que des mots et des photographies.

\* S-M-A, nom déposé de S.M.A. — Division Biochimique pour cette variété de nourriture préparée spécialement pour l'alimentation du nourrisson — préparé avec du lait de vaches soumises à l'épreuve de la tuberculine, dont le gras est remplacé par des graisses animales et végétales, en plus d'huile de foie de morue titrée biologi-

quement; avec addition de lactose et de chlorure de potassium; le tout formant une nourriture antirachitique. Lorsque dilué selon les instructions, il est essentiellement comparable au lait humain quant au pourcentage de carbone et de cendre et quant aux constantes chimiques du gras et de ses propriétés physiques.

**S.M.A.—Biochemical Division—John Wyeth & Brother (Canada) Limited  
WALKERVILLE, ONTARIO**



VITAMINES ET SELS MINÉRAUX — RECONSTITUANT  
INTÉGRAL

# TONIQUE "N.C.F."

*Frosst*

La plus complète, la plus efficace, la plus économique des préparations de ce genre qu'on puisse présentement se procurer, le Tonique N.C.F. est une véritable nourriture chimique, qui fournit les quantités nécessaires d'éléments chimiques et biochimiques susceptibles de contrebalancer les carences possibles des régimes alimentaires dépourvus d'un complément scientifiquement établi.

Innombrables sont les médecins qui, afin de compenser l'effet de longues heures en lieu clos, le recommandent aux écoliers.

## PRINCIPAUX INGRÉDIENTS DE LA DOSE QUOTIDIENNE

FER (sous forme de sel ferreux)	1/2 grain	} Aide à prévenir L'ANEMIE DE LA NUTRITION.
CUIVRE (sous forme de sel)	1/50 grain	
VITAMINE A	2000 unités Int.	} Aide à maintenir l'intégrité du TISSU EPITHELIAL; spécifique de la prévention et du traitement de la CECITE NOCTURNE d'origine diététique.
VITAMINE D (ostogène)	200 unités Int.	
PHOSPHORE (sous forme de sel)	3/4 grain	} Favorise le développement normal de l'OSSATURE et de la DENTURE; prévient et guérit le RACHITISME.
CALCIUM (sous forme de sel)	1 grain	
VITAMINE B <sub>1</sub> (chlorure de thiamine)	200 unités Int.	} Protège contre les symptômes de l'avitaminose B <sub>1</sub> , y compris la NEVRITE causée par cette carence et est un utile auxiliaire de leur traitement.
IODE (sous forme de sel)	1/192 grain	
EXTRAIT DE MALT	q.s.	} Aide à prévenir l'HYPOIODEMIE.

Substances protéiques : 3.5 p. 100; matières grasses : 0.6 p. 100; glucides : 54 p. 100 (poids); 85.4 calories par once fluide. Titrage biologique effectué dans nos laboratoires.

## PRÉSENTATION

Liquide — flacons de 7-3/4 onces (format de 24 jours), 23-1/4 onces (72 jours) et 46-1/2 onces (format économique — 144 jours), recommandé pour les enfants. Capsules — boîtes de 50 (25 jours), 100 (50 jours) et 250 (125 jours), recommandées pour les adultes.

*Frosst*

La Marque Canadienne de produits Pharmaceutiques de Qualité  
depuis 1899.

**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTRÉAL CANADA



# JABOSULFÈNE

ÉTATS DE SENSIBILISATION  
CARENCES SULFURÉES

4 à 12 dragées par jour

2 à 3 intraveineuses hebdomadaires

RÉGULARISE L'ÉQUILIBRE NERVEUX VAGO-SYMPATHIQUE



**SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.**  
917, RUE CHERRIER - MONTRÉAL

*Un point d'appui :*

# VIADOL

FORMULE :

La dose quotidienne fournit  
en :

Sirop iodo-tannique . 180 m.  
Vitamine A . . . 2,500 U.I.  
Vitamine D . . . 2,000 U.I.  
Fer assimilable . 1/20 grn  
Calcium soluble . . 1 grn  
Extrait de foie  
(standardisé) . . 1 once  
Malt. . . . . q.s.

POSOLOGIE :

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

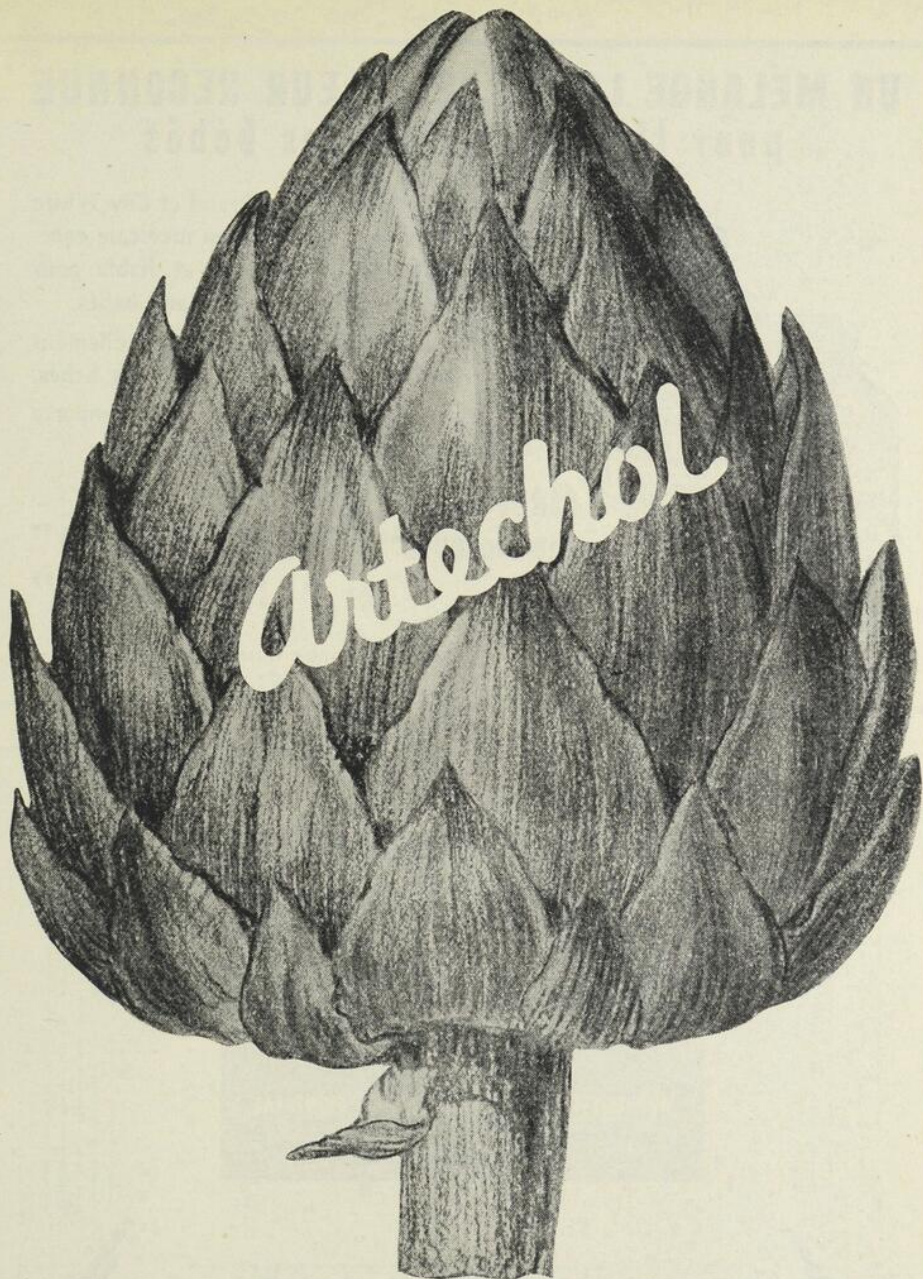
PRÉSENTATION :

En pot de 10½ oz.

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

LABORATOIRE  
NADEAU  
LIMITÉE - - MONTRÉAL

*"Où la qualité intrinsèque et la véracité formulaire équivalent au nom Nadeau."*



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

*Echantillons et littératures sur demande.*

**ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,**

**MONTREAL**

## 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.

**SIROPS de MAIS**  
**EDWARDSBURG "CROWN BRAND"**  
**et "LILY WHITE"**

Fabriqués par  
The CANADA STARCH COMPANY Limited  
Montréal

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

# THÉRIEN FRÈRES

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHEs - GRAVEURS

PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL

HArbour 5288



« L'IMPRIMERIE EST L'ARTILLERIE DE LA PENSÉE »





LES LABORATOIRES DE RECHERCHES AYERST

ont élaboré

# 3 PRODUITS

pour l'immunisation active et passive  
contre la COQUELUCHE

Les nombreuses études cliniques démontrent l'efficacité de ces préparations dans la prophylaxie et le traitement de la coqueluche.

▲ **Recherche de la sensibilité —**

Toxine coquelucheuse pour l'épreuve de Streaan (No 497)

▲ **Prophylaxie —**

Vaccin-toxoïde coquelucheux (No 486)

▲ **Traitement —**

Antitoxine coquelucheuse et Sérum antibactérien combinés (lapin) (No 489)

Préparés et standardisés sous la surveillance du professeur E. G. D. Murray du Laboratoire de Bactériologie et d'Immunité, Université McGill.

Littérature sur demande.



Ayerst

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

Les Vitamines seules ne suffisent pas.

Elles sont plus utiles associées à des sels minéraux.

## BETAGEN

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

### COMPOSITION

Chaque once contient:  
500 U. I. de Vitamine B<sub>1</sub>  
Chlorure de Thiamine  
1 mgm. de Riboflavine  
avec les autres facteurs de la  
Vitamine B Complexe,  
B<sub>2</sub>, B<sub>4</sub>, B<sub>5</sub> et B<sub>6</sub>  
Lécithine d'oeufs 1/16 gr.  
Avenine ... .. 1/30  
Glycerophosphates  
de Sodium 8 grs.  
de Calcium 4 grs.  
de Potassium 4 grs.  
de Strychnine 1/60 gr.

## Tonique et Aliment Nervin

RECOMMANDÉ

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

### MODE D'EMPLOI

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

## PAVERAL

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

## COQUELUCHE

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

Ne cause ni intolérance, ni complications.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

● **Pour tout appareil à rayons X**

RADIODIAGNOSTIC  
RADIOTHÉRAPIE

● **Pour tout matériel radio-photographique**

FILMS  
PRODUITS CHIMIQUES

● **Pour tout instrument électro-médical**

DIATHERMIE À ONDES LONGUES OU  
À ONDES COURTES  
RAYONS ULTRA-VIOLETS  
RAYONS INFRA-ROUGES  
COURANTS GALVANIQUES ET FARADIQUES

● **Pour appareils électro-cardiographiques**

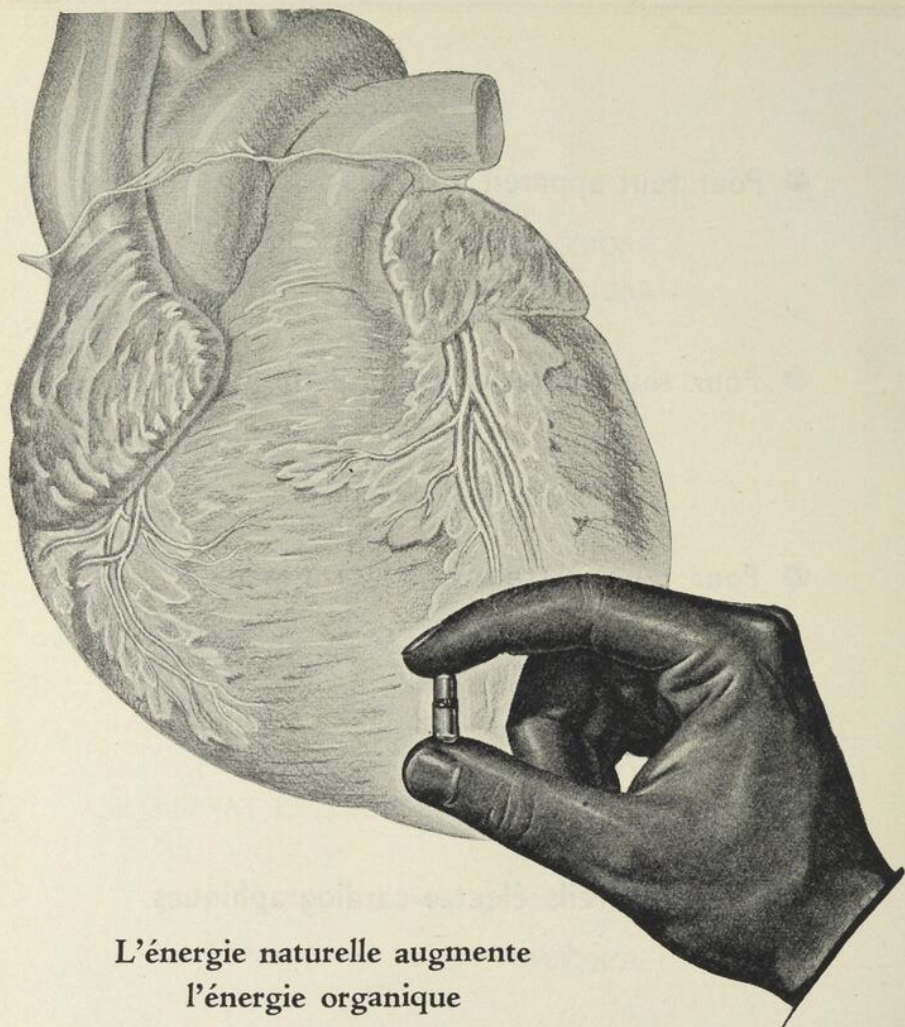
SANBORN

**CONSOLIDATED X-RAY COMPANY  
LIMITED**

313 Dominion Square Building

MONTREAL

Harbour 3717



L'énergie naturelle augmente  
l'énergie organique

Les "Kapseals" Digifortis sont préparées avec un soin méticuleux. Digifortis veut dire tous les principes cardio-actifs de la feuille de digitale, exempts de matières grasses.

La capsule est scellée hermétiquement (Kapseals) afin d'éviter la détérioration du contenu; c'est pourquoi les Kapseals Digifortis représentent une forme stable de Digitale.

Le dosage thérapeutique original des Kapseals Digifortis a toujours été maintenu d'après un "standard" inter-

national et titré en unités grenouille. Digifortis est présenté en trois titrages différents: 1 unité internationale, 0.6, et 0.3 U. I., équivalant à 15, 10, et 5 gouttes de teinture Digitale C.F. Digifortis est présenté en bouteilles de 100 et 500 Kapseals, en bouteilles d'une once fluide et en ampoules.



PARKE DAVIS & CIE  
WALKERVILLE, Ont.



*L'Objectif de Schering*

Fournir au médecin des produits thérapeutiques de pureté et d'activité constantes . . . .  
découvrir et mettre au point de nouveaux produits pharmaceutiques pour le soulagement de la souffrance humaine.


*Le Privilège de Schering*

Contribuer à maintenir la science médicale à un niveau élevé par une participation continue à des travaux de recherche originaux dans les laboratoires et dans les cliniques.

SCHERING CORPORATION LIMITED

137, RUE ST-PIERRE, MONTRÉAL

---



## *À votre disposition*

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

## **BANQUE CANADIENNE NATIONALE**

ACTIF, PLUS DE \$200,000,000

529 bureaux au Canada

# IODAMINOL

L'IODAMINOL est un composé d'iode métalloïde et d'acides aminés. Synthèse partielle des principes iodo-thyroidiens, dont l'iode est entièrement utilisable par l'organisme.

Chaque comprimé renferme 0 gm 01 d'iode et représente 4 gouttes de solution Lugol.

DOSE: 3 à 6 comprimés par jour entre les repas.



==



*Flacon  
de  
100  
comprimés*

LABORATOIRES DESBERGERS - BISMOL  
MONTREAL



*Préparations scientifiques pour la  
thérapeutique endocrinienne*

OESTRILIN, folliculine polyvalente, naturelle, solution huileuse, ampoules de 1 cc. 2500 U.I. et 10,000 U.I. Aussi, Suppositoires Vaginaux, 2500 U.I.

PROGESTILIN, hormone lutéale pure naturelle en solution huileuse de 1 cc. 1 U.I. et 2 U.I.

STIBILIMUM, (diéthylstilbestrol) comprimés de 1 mg. et 5 mgms. (striés pour en faciliter la division)

calculs, de leurs modes de formation et de la cause de cette formation soit anatomique, physiologique ou diététique.

On sait que les calculs sont divisés en calculs primaires et en calculs secondaires. Les calculs primaires, qui sont sans noyau, sont composés d'un précipité cristallin, tandis que les calculs secondaires ont un noyau qui peut être un petit calcul primaire, un caillot ou des débris cellulaires. Ces mêmes calculs peuvent être durs ou mous. Ils sont durs quand ils ont un noyau bien défini et qu'ils possèdent une superstructure composée de stries prises à même les cristalloïdes de l'urine, comme en présentent les calculs d'acide urique ou d'oxalate de calcium. Tandis que les calculs mous tels que les calculs de phosphate de chaux sont surtout riches en substances cristalline.

Pour leur formation, les calculs exigent un déséquilibre bio-chimique. Les cristalloïdes et les colloïdes de l'urine doivent réagir les uns sur les autres. Les urines qui sont en réalité des solutions sursaturées possèdent un équilibre colloïde-cristalloïde. Les facteurs qui peuvent déranger cet équilibre cristalloïde-colloïde seraient donc les agents directs qui forment les calculs. D'ailleurs, les expériences sur l'animal ont prouvé cette hypothèse. Pour résumer la question, on peut accepter les déductions des Docteurs Schade et Milne que nous citerons ici : « Les colloïdes sont les substances qui paraissent se dissoudre dans l'eau mais qui probablement sont plutôt en suspension. Une substance réversible est celle qui peut se dissoudre à nouveau après s'être cristallisée, comme les cristaux de sulfate de magnésium. L'urine contient de ces substances. L'acide urique par exemple serait-elle en excès sur la substance colloïde, on voit alors l'acide urique se déposer sur le colloïde. Ce colloïde serait-il une substance réversible, tous les deux, le colloïde et le dépôt, peuvent être

alors enlevés par une plus grande quantité d'eau. Mais au contraire le colloïde serait-il irréversible, aucune quantité d'eau ne peut le dissoudre. La substance colloïde est cette quantité si minime soit-elle de matière organique que l'on trouve dans le calcul primaire ».

Evidemment, il faut aussi le terrain prédisposant. Ce terrain serait 1° une kératinisation de l'épithélium urinaire; 2° une infection urinaire et 3° une alcalinisation des urines. Alors, si, par une formule chimique, on peut renverser cette alcalinisation, on peut par le fait même, prévenir un facteur de la formation du calcul. Pour faire suite aux constatations bio-chimiques plus haut énumérées, on peut alors avec une formule chimique bien déterminée attaquer et désagréger le calcul qui se serait formé dans le rein. C'est ce que prétend le Docteur Suby; car, dit-il, l'acidité de sa formule et ses éléments constitutifs inhibent d'abord l'augmentation du volume du calcul, puis graduellement l'attaquent, le désagrègent, enfin le dissolvent totalement.

Je ne vous parlerai pas des autres facteurs qui peuvent causer des calculs dans le rein. Je ne vous parlerai pas de l'insuffisance de la vitamine A; je ne vous parlerai pas non plus de déséquilibre du métabolisme de calcium lié à des troubles de la parathyroïde; ceci m'entraînerait beaucoup trop loin en dehors du cadre de mon sujet. — La jeunesse est téméraire. Malgré le peu d'encouragement qu'on me donnait, je me décidai quand même à expérimenter la formule. Un jour, je crus avoir trouvé le cas idéal, il s'agissait d'un jeune homme de 27 ans, bien constitué, présentant un calcul du bassin droit, du volume d'un noyau de pamplemousse. Je vous fais grâce des détails de l'histoire du cas et de l'examen urologique habituel, qui m'ont permis de faire le diagnostic. J'explique donc au malade que je connaissais une formule nouvelle qu'on venait de découvrir

aux Etats-Unis pour faire fondre les calculs du rein sans nécessité d'opération chirurgicale. Inutile de vous dire avec quel empressement le patient a saisi cette occasion. Après lui avoir expliqué la méthode, le patient accepte. Le jour convenu j'introduis à l'aide du cystoscope une sonde urétérale jusque dans son bassinnet droit. J'introduis également une sonde vésicale à demeure. Des nombreux litres de la solution Suby que le docteur Gosselin du laboratoire de l'Hôtel-Dieu m'avait préparés, j'en abouche un flacon à la sonde urétérale grâce à l'appareil à sérum. Je règle le débit d'écoulement de la solution au rythme d'une goutte par seconde. Le malade n'avait pas aussitôt absorbé 300 cc. à peine de la solution qu'il se plaint de douleurs vives dans le rein au point de nous obliger à lui donner des calmants. Comme je persistais quand même à vouloir lui faire absorber le reste, je dus malgré moi arrêter la séance. Car en plus de la douleur la température commençait à s'élever. Le lendemain comme la température se maintenait à 104° F. je décide de drainer son rein par une sonde urétérale à demeure. Les urines vésicales sont troubles. Je vois surgir de l'orifice urétéral droit comme d'un tube de lubréifiant un « gel » abondant. A travers la sonde urétérale s'écoule de la même substance gélatiniforme mêlée à de l'urine purulente. Ce prélèvement analysé au laboratoire nous donne le résultat suivant : pus, sang, bactéries, des phosphates, des épithélium $\mu$ s et des leucocytes nombreux. Une culture faite par le docteur Gauthier nous montre une grande abondance de coli-bacilles. La sonde urétérale à demeure eut pour heureux résultat d'enlever la douleur et de faire disparaître la température. Devant notre insuccès, il a fallu baisser pavillon et suggérer au malade le seul traitement disponible, l'intervention chirurgicale c'est-à-dire la pyélotomie droite. A cause d'une grippe nous devons à notre collègue, le Dr Jean-Paul Bourque, le protocole opératoire de l'intervention qu'il a pratiquée à

notre place. « Après l'incision lombaire habituelle, nous tombons sur un rein augmenté du double de son volume, très adhérent et recouvert de multiples abcès corticaux. L'uretère est recherché dans de nombreuses adhérences et difficilement trouvé. Il est augmenté du volume de l'index, très congestionné et présentant une réaction de péri-urétérite très intense. Devant ces constatations, il a fallu changer : une néphrectomie s'imposait. Après avoir consulté le dossier du malade pour connaître la valeur fonctionnelle de l'autre rein, valeur qui fut trouvée suffisante, on procède à la néphrectomie. Le pédicule rénal recherché est très court et très cartonné. Après l'avoir ligaturé, il est sectionné de même que l'uretère. Après drainage de la cavité avec une mèche iodoformée et un drain cigarette, on referme par la méthode habituelle; la fermeture en trois plans. L'évolution de la maladie n'a pas été sans comporter une suppuration de la plaie, de longue durée. Finalement le malade guérit et reçoit son congé muni des conseils habituels ».

Je n'ai pas besoin de vous dire l'impatience que j'éprouvais de connaître le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la pièce. Enfin le Docteur Riopel du laboratoire d'anatomie-pathologique de l'Hôtel-Dieu avec la compétence qu'on lui reconnaît, me fournit le rapport suivant : « Rein pesant 200 grammes. Au niveau du parenchyme rénal, présence de deux lésions corticomédullaires pyramidales tranchant sur le reste du parenchyme par leur coloration rouge-foncé panachée de points et de stries linéaires blanchâtres. La base de la plus grosse de ces lésions, mesure moyennement près de 2 cm, de diamètre et fait saillie sous la capsule. Elle est située au niveau du bord externe du rein à l'union de la région moyenne avec le pôle inférieur.

Dans le corps du bassinet, présence d'un calcul triangulaire aplati, mesurant 1 c.m. 5 de côté. Consistance très

dure (infiltration calcaire). Au niveau du calcul, muqueuse pyélique exulcérée et très congestive. Tuméfaction marquée de la muqueuse urétérale, à son embouchure avec le bassinnet. Oedème de la graisse du hile.

*Examen microscopique :*

Le chorion de la muqueuse urétérale est congestif et dissocié par un œdème inflammatoire abondant. Infiltration sous épithéliale de leucocytes et de polynucléaires et surtout de lymphocytes et de plasmocytes. Muqueuse du bassinnet exulcérée. Chorion congestif mais moins œdémateux que celui de la muqueuse urétérale. Dans ce chorion, présence de nombreux lymphoplasmocytes et de quelques polynucléaires. Ici et là, petits foyers mal limités de nécrose qui au lieu de se colorer en rouge pur, ont une tonalité bleuâtre diffuse. Cette tonalité particulière est due à l'hématoxyline et s'observe souvent quand un tissu nécrotique s'imprègne de calcaire. On peut se demander si c'est ce qui se produit dans cette paroi qui devrait être imprégnée de sels calcaires en solution. De là la possibilité d'incrustation calcaire comme complication de la méthode. Evidemment la détection histo-chimique du calcium exigerait des méthodes qui ne sont pas à la portée du laboratoire. Le rein proprement dit présente deux foyers de néphrite interstitielle avec foyers de suppuration.

*Diagnostic :*

Lithiase,

Pyélonéphrite suppurée.

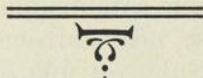
— En présence d'une catastrophe semblable, un examen de conscience s'impose nécessairement. Qui faut-il incriminer ? La solution Suby ou une erreur de technique de notre part. Je ne crois pas qu'il y ait eu défection du côté

technique. Nous avons placé une sonde urétérale à demeure de petit calibre précisément pour permettre le reflux dans la vessie. Ce reflux aurait passé entre la sonde et la paroi de l'uretère. Rendu dans la vessie il était conduit au dehors par la sonde vésicale.

D'ailleurs le dosage de ce reflux était proportionnel à la quantité de solution injectée. Faut-il incriminer le calcul lui-même qui par sa forme pyramidale à sommet inférieur pouvait faire « coin » et boucher l'orifice urétéral. Ceci est plausible puisqu'à un moment donné le malade a ressenti de vives douleurs de rétention intra-rénale. Mais même si la chose s'était produite le liquide se serait infiltré de chaque côté du calcul dans l'uretère pour se rendre jusqu'à la vessie.

Alors reste la solution elle-même. Cette solution, au lieu de produire l'effet désiré, serait trop irritante pour l'épithélium rénal. Ceci serait justifié par les constatations histologiques. Car en effet le Docteur Riopelle a trouvé des lésions de pyélonéphrite suppurée. Y aurait-il eu un moment donné renversement du P. H. urinaire avec alcalinisation consécutive des urines; ceci est encore justifié par la présence d'incrustations calcaires de la muqueuse avec foyers d'ulcérations localisées à certaines régions.

Comme conclusion de cette tentative personnelle je me vois forcé de « jeter la pierre » à la solution Suby, certain qu'il n'y a pas eu erreur de notre part dans le processus opératoire. Je vous ai rapporté le cas confiant que l'expérience et l'expérimentation futures donneront raison à mon affirmation.



## CONSIDÉRATIONS RADIOCLINIQUES SUR LA DIVERTICULOSE DU CÔLON, SES COM- PLICATIONS ET SES CAUSES

Par ALBERT JUTRAS

Parmi les lésions du côlon démontrables par radiographie il n'y en a pas de plus fréquentes que les diverticules. La diverticulose du gros intestin peut rester asymptomatique ; mais elle se transforme souvent en diverticulite c'est-à-dire que la lésion initiale se complique de spasmes et d'altérations tissulaires qui, tôt ou tard, décident le patient à consulter.

Pour la première fois décrit par Cruveilhier en 1849, le diverticule du côlon consiste en une hernie, une sacculation de la muqueuse à travers les autres couches de la paroi, le péritoine excepté dans les formes courantes. C'est, si l'on veut, un faux diverticule essentiellement différent des diverticules des autres segments du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestin grêle, diverticule de Meckel) où muqueuse, sous-muqueuse et musculuse entrent toutes d'ordinaire dans la formation de la poche. On sait que dans le gros intestin la musculuse externe n'est pas continue mais qu'elle se compose de trois bandelettes longitudinales dont les interstices représentent des points faibles ; par ailleurs, la couche de fibres circulaires offre aussi des points de résistance amoindrie, là où les vaisseaux sanguins la traversent au point d'entrecroisement des bandelettes. C'est par les orifices ainsi aménagés pour le passage des vaisseaux de la paroi que la muqueuse s'insinue le plus souvent pour se distendre, se boursouffler ensuite sous le péritoine et dans les appendices épiploïques. Les diverticules se rencontrent ailleurs qu'aux trous vasculaires, car la musculature peut s'affaiblir pour d'autres

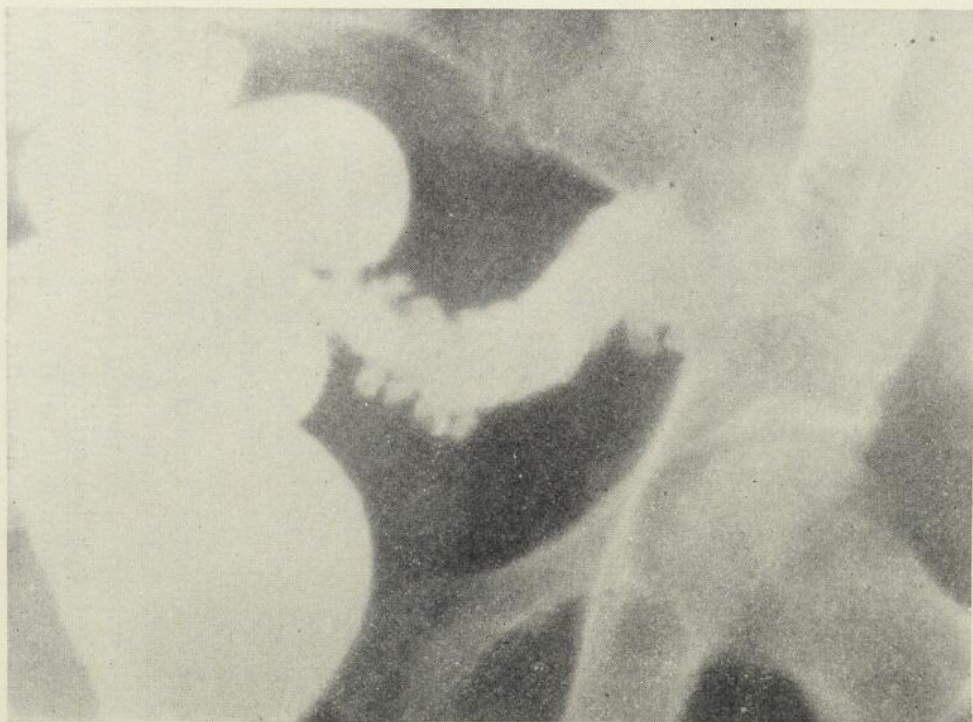


Fig. 1 — Quelques diverticules pédiculés sur les contours du sigmoïde contracté à l'introduction du lavement.

causes. Il arrive que toutes les couches participent aux diverticules mais, répétons-le, ce n'est pas la règle.

La plupart des diverticules du côlon possèdent un pédicule de un à deux millimètres selon l'épaisseur de la paroi traversée ; les autres restent sessiles, en forme de cônes, de mamelons, d'éperons.

Le petit sac rond formé en-dehors du côlon peut mesurer jusqu'à 30mm et même davantage ; mais, en moyenne, son diamètre est de 3 à 5 millimètres (fig. 1). Ils sont accessibles au contenu intestinal, matières et gaz, d'où leur obstruction fréquente. Les diverticules se trouvent partout sur le gros intestin, mais avec une prédilection marquée pour le sigmoïde et le descendant (80% d'après notre statistique).

Le nombre des diverticules varie de un à plusieurs centaines (Henseman 400) ; on en compte assez souvent une vingtaine et plus sur les radiographies.

Les autres caractères pathologiques dépendent du stade évolutif et des complications.

#### RADIOLOGIE

Puisque en amont du rectum, l'exploration radiologique est notre meilleur moyen d'obtenir la certitude de l'existence de la diverticulose et de ses troubles secondaires c'est d'après elle que s'établit en grande partie, le classement des modalités cliniques. On se rappellera que c'est le lavement avec baryum qui en général apporte les plus précieux renseignements. Si l'état du malade ne dresse aucune contre-indication, il convient, au préalable, de bien nettoyer l'intestin par de l'huile de ricin et un clystère à l'eau simple, c'est-à-dire dépourvue de tout ingrédient tel que sel, glycérine, savon, thérébenthine, etc.

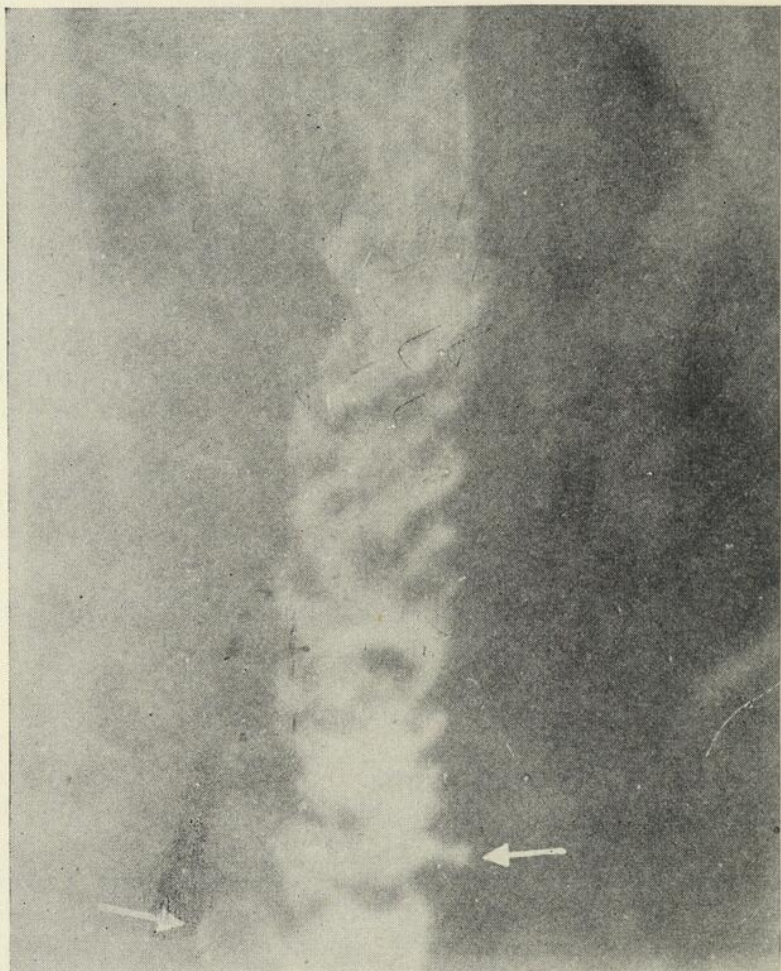


Fig. 2 — Les flèches au bas de l'image indiquent des diverticules qui étaient passés inaperçus; la radiographie en couche mince et la compression permettent leur mise à jour.

1. — La colite pré-diverticulaire.
2. — La diverticulose simple.
3. — La diverticulite spasmodique.
4. — La diverticulite ulcéreuse.
5. — La diverticulite avec péri-colite hyperplasique et sténosante.
6. — La diverticulite avec perforation
  - a) péritonite aiguë
  - b) abcès péri-colique
  - c) fistule  $\left\{ \begin{array}{l} \text{interne} \\ \text{externe} \end{array} \right.$
7. — La diverticulite avec cancer.

À quelques variantes près c'est aussi la classification de Singleton et Hall, de Geddes et de la plupart des auteurs qui, tout en restant didactiques, ne se perdent pas en subdivisions et en détails.

#### LA COLITE PRÉ-DIVERTICULAIRE

À ce stade, la radiographie montre une augmentation marquée des segmentations haustrales ; les anneaux de contraction sont augmentés en nombre et en profondeur, donnant l'ASPECT EN PALISSADE (fig. 3). À l'étude minutieuse des contours, on observe de fines aspérités en dents de scie ; c'est déjà l'amorce des diverticules (Spriggs et Marxer). La maladie emprunte la physionomie commune aux colites d'irritation : crampes, alternances de constipation et de diarrhée, glaires quelquefois sanguinolentes, etc.

#### LA DIVERTICULOSE SIMPLE

Ici, le côlon semble indifférent, ne donne aucun symptôme. Du point de vue radiologique, il n'existe ni spasme,

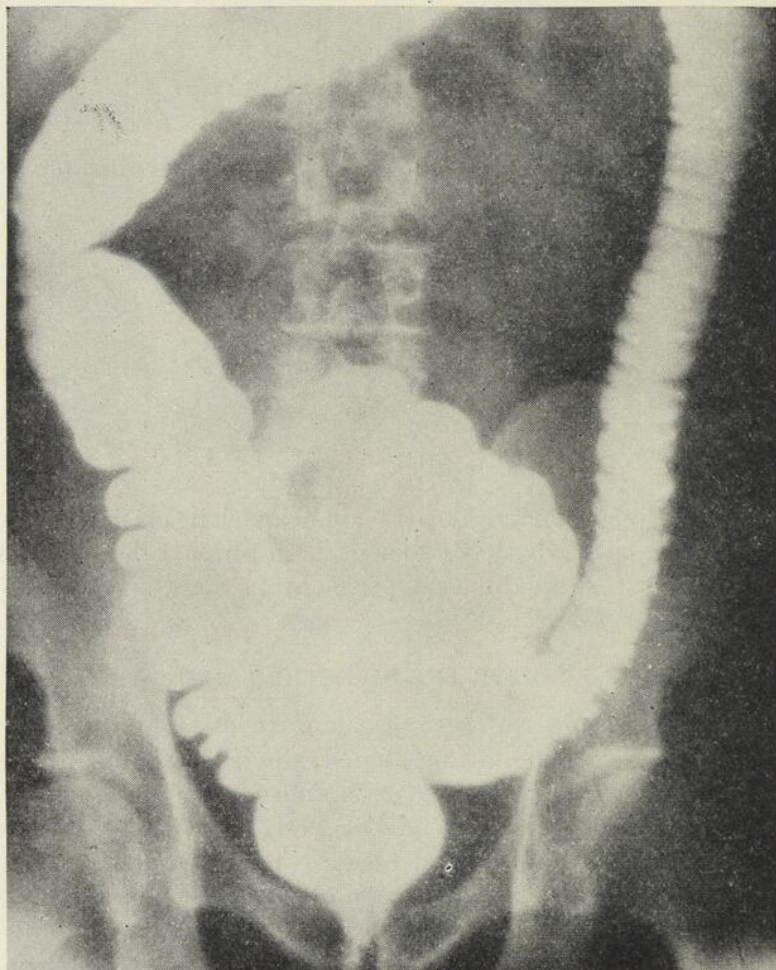


Fig. 3 — Les nombreux anneaux de contraction sur le côlon descendant et le sigmoïde réalisent l'aspect dit *en pallissade*. Celui-ci avec quelques aspérités plus aiguës sur les contours annonce la formation plus ou moins prochaine de vrais diverticules; c'est pourquoi l'on dit état pré-diverticulaire.

Comme le sigmoïde est le plus souvent en cause, on ne négligera pas, pendant l'injection opaque, d'incliner le sujet à droite, puis à gauche surtout, et de radiographier dans la meilleure position de déroulement les parties de l'S iliaque qui se trouveraient masquées en direction antéro-postérieure.

Il n'est plus permis de se dispenser des clichés en couche mince, c'est-à-dire immédiatement après l'évacuation du liquide opaque pendant que la muqueuse, encore imprégnée d'une mince pellicule opaque, révèle ses plus subtiles imperfections de relief. Si après cela le doute persiste encore, on ne doit pas hésiter à compléter l'examen sur le champ par une insufflation d'air ; on obtiendra ainsi le double contraste à la fois opaque et gazeux. Dans ces conditions, les poches retiennent le baryum et font des taches rondes qui tranchent sur la transparence du cylindre aérique autour duquel elles se trouvent suspendues. Enfin quelques films localisés avec compression convenablement graduée complèteront la documentation radiographique et donneront, dans certains cas, l'image décisive (fig. 2).

Si l'on ne craint pas d'obstacle mécanique, on recourra aussi à l'opacification par voie orale qui, de temps en temps, décèle des diverticules que le lavement n'avait pas mis à jour malgré tous les soins techniques. Il n'est pas difficile de comprendre qu'à certains moments, le sac se trouve déjà rempli par des matières fécales ou son collet oblitéré par le spasme et l'inflammation. Pour ces raisons, il y a même lieu de répéter les recherches, après une semaine ou deux de traitement, si le premier examen n'a pas levé tous les doutes.

#### CLASSIFICATION

Mon expérience qui porte sur des milliers de cas de diverticulose et de diverticulite me conduit aux catégories radiocliniques suivantes :

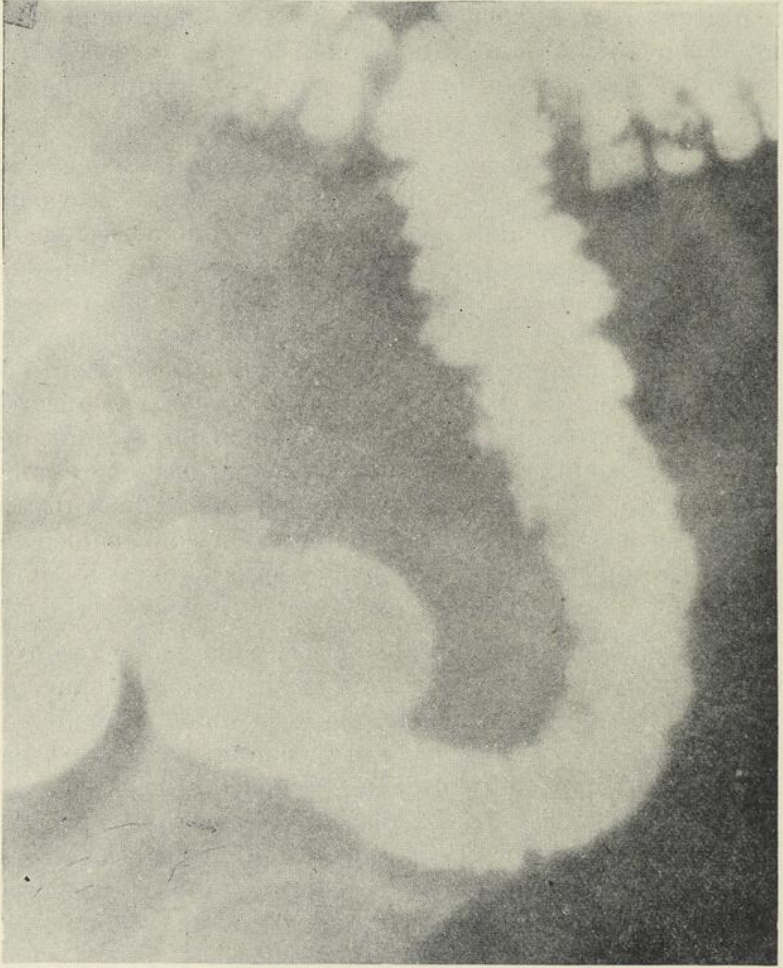


Fig. 4 — Diverticulite ulcéreuse.

ni dérangement du relief muqueux, ni autre altération que les diverticules. Ce n'est pas une raison pour considérer leur trouvaille comme négligeable. Au contraire, il faut dès ce moment établir la diète et le traitement qui préviendront les complications ; d'ailleurs le calme radiologique d'aujourd'hui n'exprime pas nécessairement ce qui se passait hier ou se produira demain et l'on ne saurait prédire la durée de l'accalmie.

#### LA DIVERTICULITE SPASMODIQUE

L'accident le plus fréquent de la diverticulose est le spasme qui peut aller jusqu'à produire l'obstruction. Cette sténose spasmodique est provoquée par l'inflammation aiguë ou subaiguë de la muqueuse à la suite de stase et de fermentation dans les diverticules ou par ulcération. Le palper abdominal révèle le plus souvent un boudin dur et douloureux dans la fosse iliaque gauche ; la tuméfaction simule dans certains cas, le cancer infiltrant du sigmoïde. Le lavement opaque dévoile les diverticules ; il montre aussi, après un arrêt plus ou moins long, une lumière rétrécie sur une longueur d'une dizaine de centimètres et hachée transversalement par les anneaux de contraction (fig. 1).

#### LA DIVERTICULITE ULCÉREUSE

Du point de vue clinique elle se signale par des hémorragies abondantes et durables. A la radiographie, on constate des contours très irréguliers dans l'intervalle des diverticules (fig. 4).

#### LA PÉRI-SIGMOÏDITE HYPERPLASIQUE

Si l'inflammation persiste et pénètre davantage la paroi intestinale, les déformations radiologiques s'accroissent et ne cèdent que très difficilement à la pression du liquide baryté. Dans le secteur intéressé, on trouve peu ou pas de

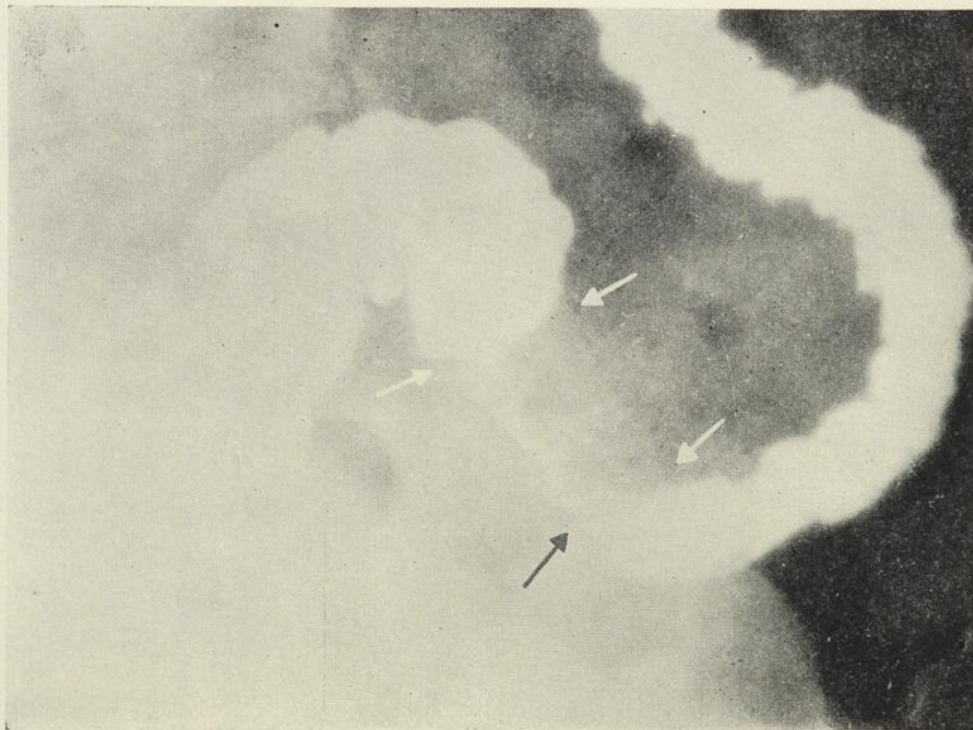


Fig. 5 — Péri-sigmoidite hyperplasique : rétrécissement long et graduel; peu de diverticules injectés.

diverticules, leur collet étant fermé par l'œdème, l'envahissement cellulaire et le spasme ; par contre, les contours sont plus irréguliers. Il est difficile d'éliminer le néoplasme d'autant plus qu'au palper abdominal on sent une masse assez consistante et fixée ; mais contrairement au cancer, cette masse est sensible en règle générale. Un signe différentiel à la radiographie, c'est que la longueur axiale du rétrécissement dépasse celle du néoplasme. En outre, les extrémités de la pseudo-lacune sont amenuisées et non pas taillées à pic ou en éperon comme cela se voit dans le cancer ; en d'autres termes, dans la sténose inflammatoire la délimitation reste incertaine entre le segment altéré et les segments sains qui lui sont contigus (fig. 5).

Quelques cas sont insolubles surtout quand l'obstacle demeure infranchissable. Il vaut mieux compléter l'examen par une endoscopie si la lésion n'est pas hors d'accès. Parfois même, il faudra pratiquer d'emblée l'exérèse pour obtenir l'examen microscopique et la certitude.

#### LA PERFORATION

Elle détermine soit une péritonite aiguë, ce qui est rare, soit un abcès péri-colique. Non opéré, celui-ci finit soit par s'extoriser, soit par se créer une ouverture dans les viscères voisins, le plus souvent dans la vessie. Le baryum ne passe pas toujours dans la cavité de l'abcès, mais on y trouve des gaz en règle générale (fig. 6). Si le trajet fistuleux aboutit à la peau, on a tout intérêt à y injecter du baryum, du lipiodol ou un autre liquide opaque afin d'étudier sa longueur, sa direction et son point d'origine.

#### DIVERTICULOSE ET CANCER

La coexistence fréquente de la diverticulose et du cancer a fait croire à une relation de cause à effet. Il est bien permis et logique de croire qu'un intestin longuement irrité

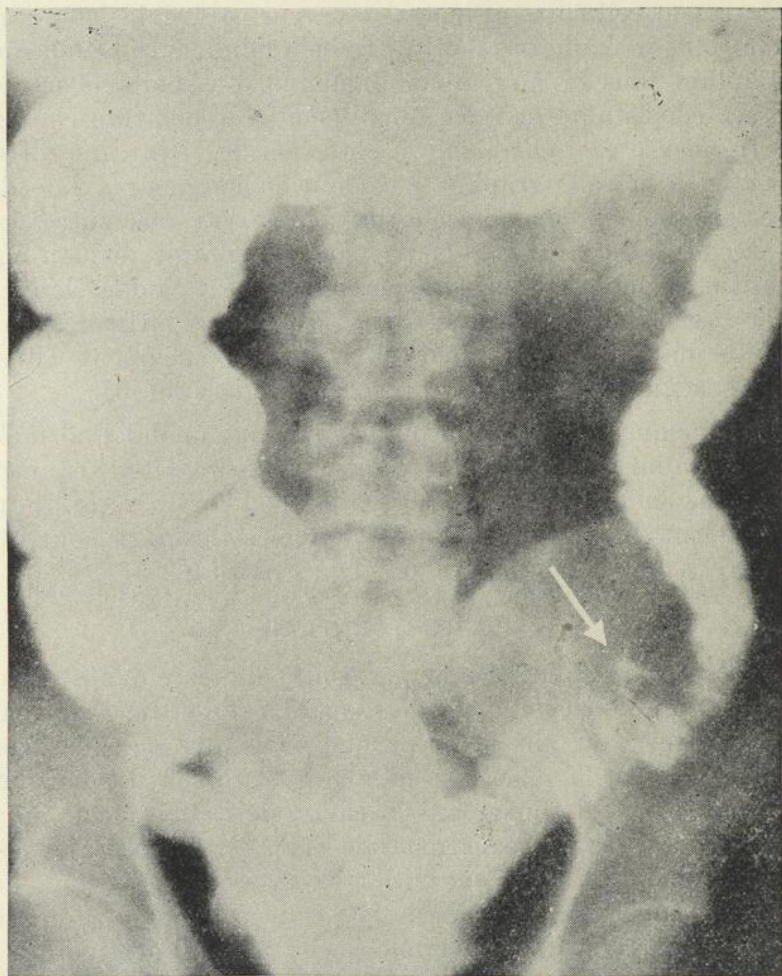


Fig. 6 — La flèche indique un abcès péri-colique dû à la perforation d'un diverticule. Cet abcès contient du gaz et du baryum; il a guéri sans intervention chirurgicale.

est plus exposé à la transformation maligne. Si la preuve scientifique nous manque encore, ce n'est pas une raison pour mépriser une telle possibilité. Les sujets atteints de diverticulose doivent être l'objet d'une surveillance spéciale et périodique relativement au cancer du côlon.

Du point de vue radiologique, l'aspect en entonnoir du rétrécissement, une démarcation incertaine et un trajet long, sont en faveur de la sténose inflammatoire ; par contre, un anneau court et taillé net constitue l'image habituelle du cancer. Il importe de répéter que la distinction n'est pas toujours aussi simple et que, dans bien des cas, il faut l'intervention pour sortir du dilemne (fig. 7).

#### ÉTILOGIE

L'étiologie de la diverticulose colique est assez obscure. On sait que l'affection apparaît rarement avant la quarantaine et qu'elle augmente en fréquence avec l'âge ; que deux hommes en sont atteints contre une femme ; que cette maladie n'est pas essentiellement héréditaire ou familiale bien qu'on la rencontre parfois chez plusieurs sujets d'une même lignée, ce qui leur assure le même biotype et les mêmes habitudes hygiéno-diététiques. On sait que les constipés chroniques de même que les obèses à tronc court accusent une prédisposition aux diverticules du côlon. C'est à peu près tout ce que les classiques mentionnent sur les causes de l'affection. Jamais on a recherché les liens entre les divers facteurs.

Mes observations m'ont appris que la diverticulose s'observe dans certainement 75% des cas chez les individus possesseurs d'un sigmoïde long, redondant, sinueux ou bouclé. Ces mêmes sujets présentent généralement en outre une malposition cœcale : cœcum non descendu, cœcum coudé et fixé ou non par l'appendice, cœcum anormalement mobile, etc. Ces malpositions cœcales et ces dolicho-sigmoïdes

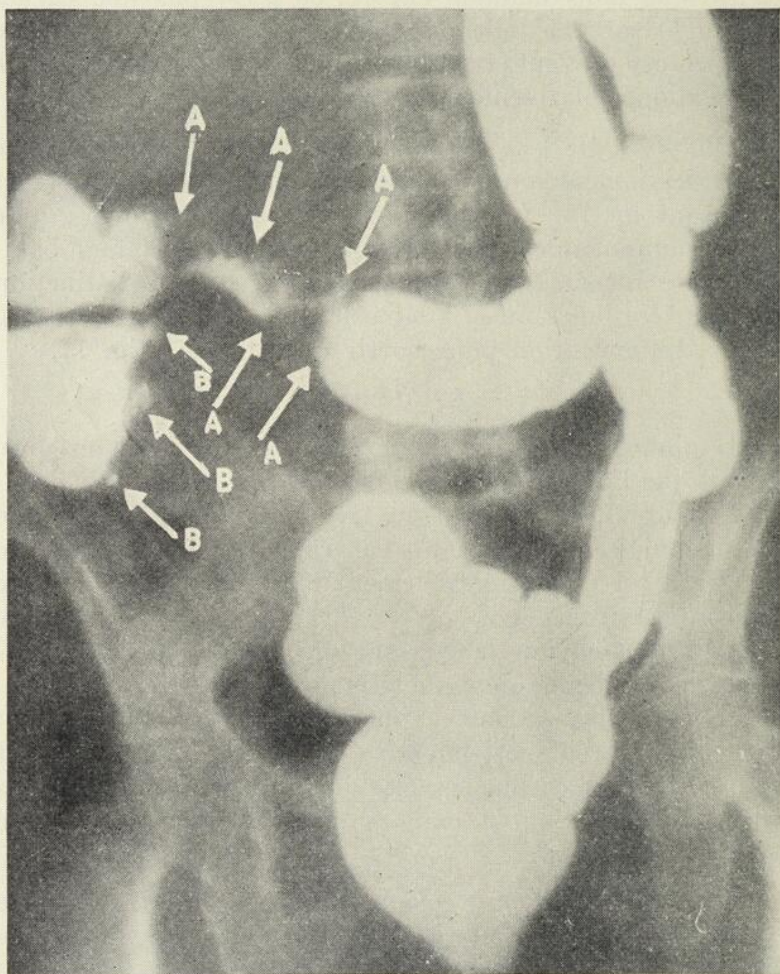


Fig. 7 — Les flèches A montrent un rétrécissement épithéliomateux; les flèches B pointent vers des diverticules.

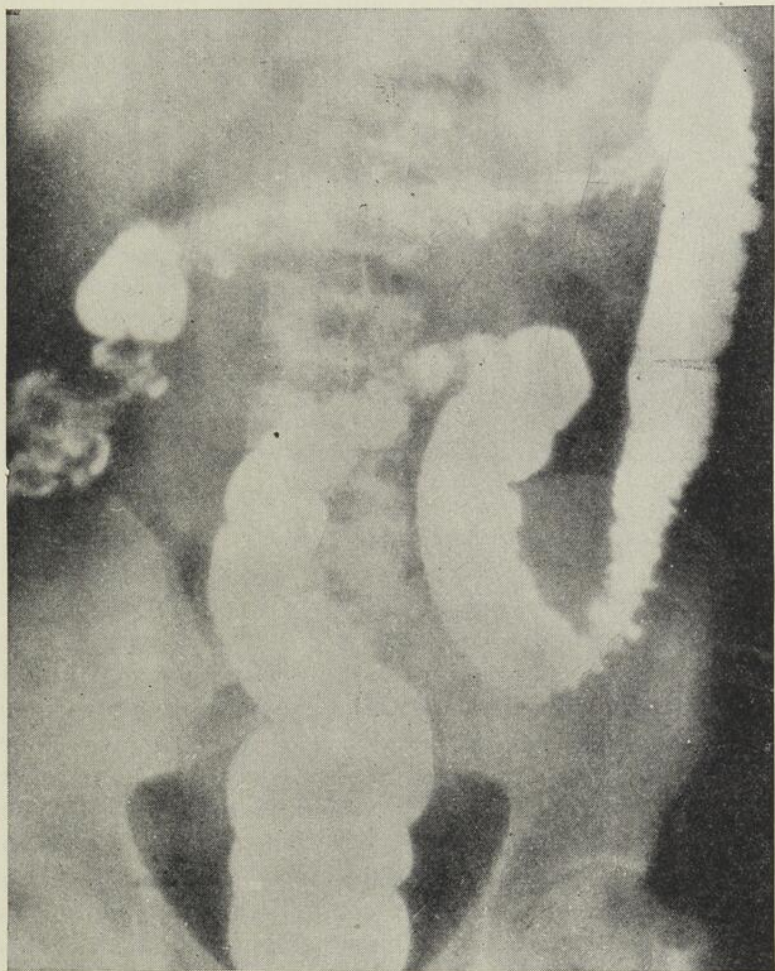


Fig. 8 — Sigmoide long; coecum non descendu et situé à hauteur de la crête iliaque droite; nombreux diverticules sur toute l'étendue du gros intestin. L'association de ces trois particularités s'est révélée très commune dans nos observations.

sont courants chez les brévilignes à gros ventre. Ce sont des sujets portés à la constipation, elle-même conséquence du sigmoïde incomplètement déroulé. La constipation produit et maintient une pression endosigmoïdienne excessive. La muqueuse est poussée vers les points faibles de paroi.

Vers la quarantaine, quand l'affaiblissement général et la déchéance de la musculature commence, les diverticules apparaissent et augmentent en nombre et en grosseur avec les progrès de la gènescence musculaire. Les diverticules coliques sont des diverticules de pulsion. Tous les sujets qui ont des dolicho-côlons ne sont pas nécessairement affectés de diverticulose ; tous les sujets qui ont des diverticules coliques n'ont pas forcément des anomalies coliques ; mais, à notre point de vue, l'association est trop fréquente pour qu'il n'y ait pas certaine corrélation (fig. 8).

Pour moi, un sujet bréviligne de 40 ans et plus dont la sangle abdominale donne des signes de déficience est *à priori* un dolicho-colique et une candidat à la diverticulose. Chaque fois que je radiographie de tels patients, je vérifie cette notion et je dois dire quelle ne me trompe pas souvent. Je dirai plus. Toute jeune personne chez qui on constate des particularités topographiques du gros intestin devrait être soumise au traitement préventif de la diverticulose. Cette prophylaxie consisterait à empêcher la stase et la fermentation intestinale, à diminuer le relâchement de la pression extra-colique par la culture des muscles abdominaux ou par le port d'une ceinture compressive. Le corset est peut-être la raison de la faible proportion de la diverticulose chez la femme. C'est en tout cas un excellent moyen de réduire les inconvénients de la diverticulose existante.



Nécrologie :**J. ALFRED MOUSSEAU**

1888 - 1943

« On est prodigue de ce beau nom  
« d'Ami. En réalité, on n'a qu'un  
« ami dans la vie. Et bien rares  
« ceux qui l'ont. Mais ce bonheur  
« est si grand qu'on ne sait plus  
« vivre quand on ne l'a plus. Il  
« s'en va, la vie est vide »

(Romain ROLLAND,  
Jean CHRISTOPHE).

C'est à l'automne de 1922 que je connus à Paris « Mousse » comme nous l'appelions dans l'intimité.

J. Alfred Mousseau, installé dans la ville Lumière depuis un an, se cherchait un compagnon pour préparer son doctorat à la Faculté de Médecine. Des Amis sachant que j'étais tourmenté de la même ambition, me présentèrent à celui qui devait devenir mon meilleur ami.

Depuis le jour où nous avons commencé à étudier ensemble, en ce mois d'octobre 1922, dans le vieil hôtel St-Georges, rue Bonaparte, nos relations devinrent quotidiennes. Tout ce qui devait nous éloigner l'un de l'autre, l'âge, le caractère, nous rapprochaient davantage. Mon aîné de plusieurs années, Mousseau était né à Saint-Polycarpe en 1888. Il était le fils cadet du docteur J. Octave Mousseau, dont le frère J.-Alfred évait été premier ministre à Québec en 1882. Il perdit son père à l'âge de 13 ans et fut élevé par sa mère et un de ses oncles, Zéphirin, homme original, dont l'esprit toujours à l'éveil de connaissance a certainement influencé la curiosité intellectuelle de notre ami.

L'éducation qu'il reçut de sa mère, laissa chez lui une empreinte de délicatesse que l'on trouve rarement chez les hommes.



Il fit son cours classique au séminaire de Valleyfield où il obtint son baccalauréat en 1909. Mousseau, contrairement à beaucoup d'entre nous, avait conservé un souvenir vivant de ses années d'humanités et il se plaisait à l'occasion dans la citation de nombreuses phrases latines ou grecques. Il reçut son doctorat en médecine en 1913, à l'Université Laval à Montréal. Après un an d'internat à l'Hôtel-Dieu, il s'embarque vers Paris pour compléter ses études médicales. A peine est-il installé que la guerre éclate et Mousseau doit revenir. Il s'établit, alors, rue Ontario, dans Hochelaga, avec l'idée arrêtée de retourner en France pour y compléter ses études et se diriger vers la pratique hospitalière et l'enseignement. Il épouse Irène Théoret, femme charmante, instruite et agréable qui l'aidera si fortement dans la réalisation de sa carrière.

Dès que les conditions sont rétablies en Europe, Mousseau, liquide sa clientèle et retourne, en 1921, continuer ses études. Il est alors âgé de 35 ans. Sa soif d'apprendre est insatiable et sa curiosité intellectuelle est telle qu'il ne craint pas, malgré son âge, de se lancer dans les dédales d'examens d'un Doctorat à la Faculté de Médecine de Paris, qu'il obtient d'ailleurs facilement en 1924.

Les maladies du tube digestif l'intéressent spécialement. Aussi, pendant la préparation de son doctorat et après son obtention, étudie-t-il d'arrache pied cette partie de la pathologie interne. Il rentre à Montréal avec moi en août 1926 et est admis à l'Hôpital Notre-Dame où il sera assistant à la clinique médicale de 1928 à 1940.

L'esprit toujours en éveil, la volonté toujours ferme, Mousseau n'hésite pas en 1932, à l'âge de 44 ans, de se présenter au concours d'agrégation de la Faculté de Médecine où il devient agrégé après la soutenance d'une thèse solide et remarquée. Il fut ensuite chargé de 1933 à 1939 des leçons de gastro-entérologie du cours de pathologie interne. Puis

en 1940, il permuta au cours de matière médicale et de thérapeutique comme chargé de cours et en devient le titulaire en 1942.

Entre temps, l'Hôtel-Dieu, par la mort successive des professeurs Bruneau et Dubé, et l'accession du Dr Pépin au titulariat, est dépourvu d'agrégé à la clinique médicale. Sous les instances du professeur Pépin et du professeur Albert LeSage, il permuta de Notre-Dame à l'Hôtel-Dieu où il devient médecin chef adjoint, chargé de la section de gastro-entérologie.

Au cours de sa carrière, sans qu'il les recherche, les honneurs s'attachent à lui. Il est président du bureau de direction de « l'Union Médicale », membre du collège Royal des Médecins du Canada, deuxième président et fondateur de la Société de Gastro-entérologie de Montréal, membre fondateur de la Société Internationale de Gastro-Entérologie. Ses écrits sur les maladies de l'appareil digestif sont très nombreux. Et il ne s'écoulait pas une année, sans que Mousseau n'inscrive son nom deux ou trois fois sur la table alphabétique du « Journal de l'Hôtel-Dieu ou de l'Union Médicale ».

Quand la terrible angine de poitrine le frappa vers la mi-janvier, il était parvenu après un labeur assidu, au sommet de sa profession et toutes ses ambitions légitimes étaient remplies. Il ne lui restait qu'à recueillir dans la tranquillité et la paix, le fruit de cette vie d'étude qu'il avait eu le courage rare de commencer tardivement.

Dans le commerce extérieur Mousseau ne représentait nullement ce qu'il était dans l'intimité. La discipline qu'il s'était imposée se traduisait par une volonté ferme d'être obéi et n'admettait pas la négligence dans l'accomplissement des devoirs professionnels. Aussi était-il craint par le personnel hospitalier. Cependant, ceux qui le connaissaient en

dehors de l'hôpital ou de la pratique médicale, retrouvaient un tout autre homme.

Son caractère naturel que des études avaient tempéré et durci, s'épanouissait de nouveau. Enthousiasme, grand lecteur à mémoire fidèle, intelligence toujours ouverte à l'assimilation de connaissances nouvelles, épicurien par hérédité, esprit toujours prompt à la taquinerie, coeur immense prêt au sacrifice et au dévouement, Mousseau était le compagnon idéal et l'ami fidèle.

Oscar MERCIER



## J. ALFRED MOUSSEAU

Les obsèques émouvantes que ses amis, ses malades et la Faculté ont faites au Professeur J. Alfred Mousseau, le samedi 18 septembre 1943, marquent la place occupée par ce collègue dans la science et l'art de la médecine.

Après quelques jours d'alitement, il a succombé dans notre Hôtel-Dieu où depuis cinq ans il remplissait avec ponctualité, entrain et dévouement, sa tâche de chef de service. Il est resté jusqu'à la fin, fidèle à ses devoirs de professeur et à ses responsabilités hospitalières, comme il se passionnait au service de sa vaste clientèle.

Il jouait avec une maladie dont il n'ignorait pas les dangers. Il a trop attendu pour se reposer et restreindre ses occupations. Il sera difficile d'oublier ce matin de septembre où, devant quelques collègues, il exposait avec enthousiasme un projet de recherches cliniques, pendant que, les mains sous la jaquette d'hôpital, il contenait son coeur torturé par l'angoisse. Avec un mélange de pitié et d'admiration, nous écoutions et regardions cet homme si malade mais transporté quand même par son idéal. Sa volonté de poursuivre ses activités et d'entretenir l'illusion de la vigueur lui donnait la maîtrise du mal qui le déchirait. Seuls ses médecins connurent, durant les derniers jours, le fond de sa détresse. Il agissait ainsi un peu par fierté mais, avant tout, pour épargner des émotions et des inquiétudes à ses proches. La nouvelle de sa fin précipitée stupéfia tous ceux qui ne se rappelaient que sa belle mine, son allure solide et sa jovialité.

Le Docteur Mousseau fut, toute sa vie, un grand travailleur. Par son éducation, par sa culture, par ses voyages, il connaissait et goûtait le beau. Il cherchait ses délasséments dans la littérature. Il trouvait aussi de grandes joies dans les arts plastiques; ainsi le révèle sa demeure, dont il avait acheté les meubles et les ornements en Europe, au cours de ses voyages. Il se plaisait davantage dans les joutes oratoires. Son goût de la conversation lui faisait aimer, par surcroît, les fins diners qui avivent l'esprit. Il discutait volontiers de politique nationale et de problèmes mondiaux, selon l'habitude prise au sein de sa famille. Mais son plaisir suprême, il le trouvait dans ses leçons universitaires qu'il préparait avec ardeur, ou dans ses discours aux assemblées de médecins.

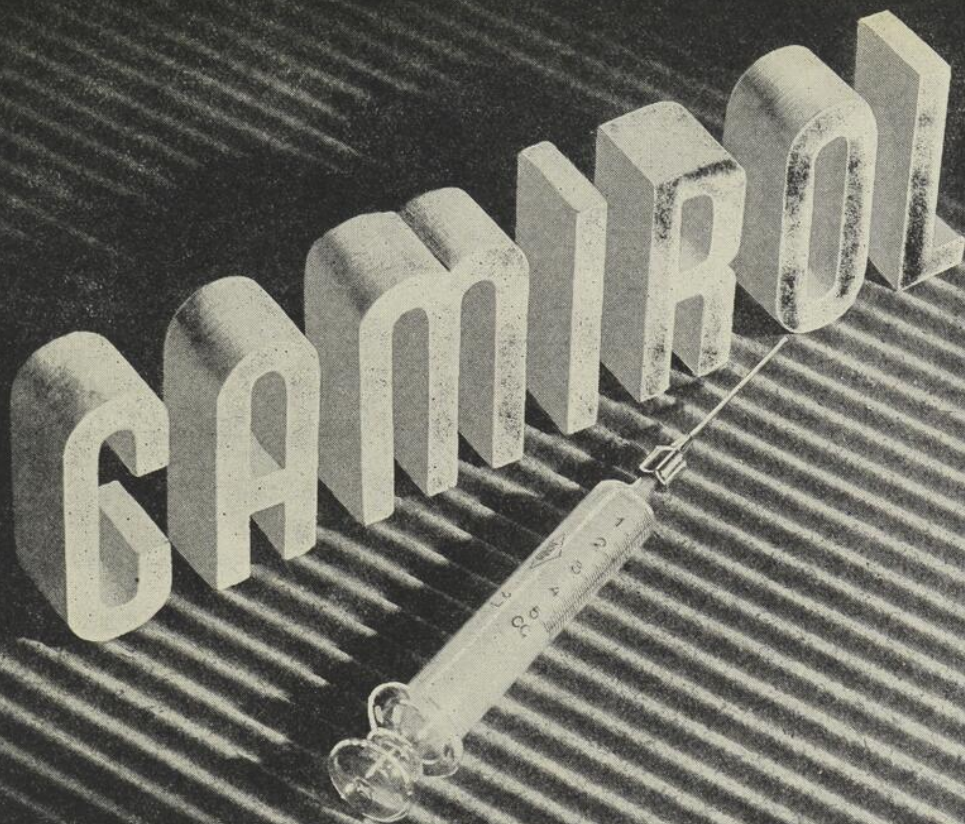
Mon plus lointain souvenir du Docteur Mousseau remonte à 1926; il présentait un travail à la Société Médicale de Montréal. Sa chevelure soignée et déjà blanche encadrait une figure toute jeune, distinguée et rayonnante. Sa personnalité et sa parole m'impressionnèrent. Quand dix années plus tard un intérêt commun pour la gastro-entérologie nous lia d'amitié, Mousseau marchait librement dans les avenues du succès et des honneurs.

Au docteur Mercier, qui fut son grand ami depuis leur séjour ensemble à Paris, appartenait de relater dans le détail sa vie et son oeuvre. En ajoutant ce modeste hommage, j'ai voulu exprimer le chagrin personnel que me cause cette mort dramatique.

Les médecins de l'Hôtel-Dieu conserveront la mémoire de leur confrère Mousseau. Ils s'en souviendront avec plus de force quand l'accomplissement du devoir inflige la dissimulation de sa propre souffrance et le défi aux menaces dont on connaît, par expérience professionnelle, toute la gravité.

ALBERT JUTRAS





## *Nouvelle Médication*

*pour la sinusite et les infections  
des voies respiratoires  
injection intramusculaire*

### FORMULE

Iodoforme      Menthol  
Iodures        Camphre  
Ampoule de 1 cc.  
(En solution huileuse de  
faible acidité.)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

# HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, MONTRÉAL

# CARRIÈRE & SENÉCAL

Limitée

ÉMILE CARRIÈRE, o.o.d.

ADRIEN SENÉCAL, o.o.d.

---

OPTOMÉTRISTES-OPTICIENS À L'HÔTEL-DIEU

---

277 RUE SAINTE-CATHERINE EST - MONTRÉAL

Tél.: LANcaster 2211-2212

•

## SPÉCIALITÉS :

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

# TAXOL

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE  
DE LA CONSTIPATION  
SANS ACCOUTUMANCE

# CAROVIT

Provitamine A et Chlorophylle — Anémies  
Fatigue nerveuse — Héméralopie  
(Night blindness)

AGENTS POUR LE CANADA

J. EDDÉ Ltée - New Birks Bldg. - Montreal

# ETHER PUR

pour Anesthésie

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

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST  
MONTRÉAL

Essayez L'Ohio

# CYCLOPROPANE

Dans les NOUVEAUX CYLINDRES

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

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

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

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

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



Savez-vous que chez

## Dupuis Frères

LIMITÉE

il y a un

### Technicien Orthopédiste

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

865 STE-CATHERINE EST

PLateau 5151

Le Broméryl n'agit nullement par le brome qu'il renferme. Efficace dans les cas d'insomnie et d'irritabilité nerveuses. Il ne se produit pas d'accoutumance.

Par comprimé :  
Monobromoisovalérylurée, 5 grains

# B R O M E R Y L

## NADEAU

- *Sédatif*
- *Hypnotique*



### DOSES :

Sédative: 1 comp. 3 f. p. jour  
Hypnotique: 2 comp. au coucher

"Où la qualité intrinsèque et la véracité  
formulaire équivalent au nom NADEAU."

# MASSOTHÉRAPIE

•  
**Mademoiselle IRÈNE MARTINEAU, G.M.E.**

Graduée de l'Hôtel-Dieu et de l'Université de Montréal,  
Diplômée en Massage Suédois et en Gymnastique  
corrective de l'Hôpital Ste-Justine,

**annonce**

qu'elle se tient à la disposition des médecins pour donner  
à leurs malades des massages à domicile.

•  
**Téléphone : CHerrier 7494**

## **DERNIERS DEVOIRS . . .**

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

▲  
—  
**SALONS MORTUAIRES**  
**SERVICE D'AMBULANCE**  
—  
▼

# **GEO. VANDELAC**

FONDÉE EN 1890

LIMITÉE

*G. Vandelac, Jr. - Alex. Gour*

•

120 EST, RUE RACHEL - MONTRÉAL

BEIair 1717

Spécialité:  
Responsabilité professionnelle

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



Protégez votre revenu par  
l'Assurance Accident-Maladie !

## GASTON RIVET

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

266, ST-JACQUES OUEST - MONTRÉAL

Bureau: MA. 2587 - Rés.: DO. 7415

### LES MEILLEURS CONTRATS AUX MEILLEURS PRIX

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

DES CENTAINES DE MÉDECINS SONT NOS CLIENTS SATISFAITS

Toutes Grosseurs  
D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

# F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



MArquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons  
BITUMINEUX

—

HUILE A  
CHAUFFAGE

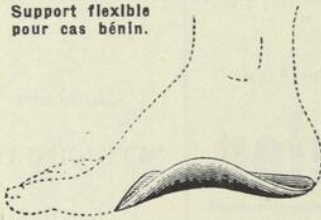
—

COKE

## TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbot Lab. ....	XIII	Mallinckrodt Chem. ....	XXXI
Anglo-French Drug .....	XIX	Martineau, Mlle Irène .....	XXXIII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée .....	XXI	Merck & Co. ....	Couvert. 4
Banque Canadienne Nationale .....	XXVI	Millet, Roux et Cie .....	VII-X
Banque d'Epargne .....	Couvert. 2	Oxygène du Canada (Compagnie) .....	XXXII
Canada Drug .....	XXII	Parke Davis & Co. ....	XXIV
Carrière et Sénécal .....	XXX	Phelan, F. H. ....	XXXV
Casgrain & Charbonneau .....	V-XI	Rivet, Gaston .....	XXXV
Ciba (Compagnie) .....	VI-XII	Rougier Frères .....	IX
Consolidated X-Ray Company .....	XXIII	Schering Corporation Limited .....	XXV
Crown Brand .....	XX	Soc. d'Administration et de Fiducie .....	II
Duckett, J.-A. ....	XXXVI	Soc. d'Expansion Pharmaceutique Inc. ....	XVII
Dupuis Frères .....	XXXII	Thérien Frères Limitée .....	XX
Eddé, J. Ltée .....	XXXI	Vandelac, Georges .....	XXXIV
Frosst, Charles E. & Co. ....	XVI	Victor X Ray Corporation .....	VIII
Herd & Charton, Inc. ....	XXIX	Winthrop Chemical Company, Inc. ....	III
Laboratoire du Bismol .....	XXVII-XXVIII	Wyeth, John & Brother (Canada) Ltd. ....	IV-XV
Laboratoire Jean Olive .....	II		
Laboratoire Nadeau Ltée .....	I-X-XVIII-XXXIII		
Laboratoire Poulenc .....	Couvert. 3		

Support flexible  
pour cas bénin.



Cas grave où le support  
Whitman est recommandé.



### PES PLANUS — PIED PLAT

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

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

## J. A. DUCKETT

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

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

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

*pH neutre*  
*Solution stable*  
*Non irritante*

# **SOLUSEPTAZINE**

AVEC ÉPHÉDRINE

présente des avantages particuliers comme topique local dans les infections du nez, de la gorge et des oreilles.

## *Indications*

**CORYZA**

**RHINITE**

**SINUSITE**

**CONGESTION NASALE**

*avec obstruction*

**NASO-PHARYNGITE, etc.**

La solution est, en effet, de réaction neutre, caractéristique que ne présentent pas ordinairement les dérivés sodiques solubles des sulfamidés, qui sont le plus souvent très alcalins et impropres par le fait même pour être utilisés en applications locales.

De plus la présence de l'Éphédrine par son action vaso-constrictive retarde la diffusion de la Soluseptazine dans l'organisme et prolonge ainsi son action locale anti-infectieuse.

Soluseptazine avec Éphédrine s'administre à l'aide d'un compte-gouttes, d'un vaporisateur ou d'un tampon.

*Flacons de 30 c.c. et de 250 c.c.*

*Laboratoires Poulenc Frères*

**DU CANADA LIMITÉE - MONTRÉAL**



# SOULAGEMENT APPRÉCIABLE

*des symptômes pénibles de*

## LA CYSTITE LA PYÉLONÉPHRITE LA PROSTATITE L'URÉTHRITE

Le soulagement symptomatique rapide qu'apporte le Pyridium est extrêmement apprécié du malade qui souffre de signes urinaires pénibles, tels que la dysurie, la pollakiurie, le ténesme et l'irritation de la muqueuse urogénitale.

Une expérience clinique dépassant dix ans, comme en fait foi la littérature parue sur le Pyridium, est le meilleur témoignage de son action rapide et efficace et de son absence d'effets narcotiques ou irritants.

Le Pyridium est d'administration facile et son emploi est sans danger dans la cystite, la pyélonéphrite, la prostatite et l'uréthrite à toutes leurs phases.

Le dosage moyen par la voie buccale est de 2 tablettes t. i. d.

### PYRIDIUM

Marque de commerce déposée

(Mono-hydrochlorure de phenylazo-  
alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service  
dans les infections  
génito-urinaires

**MERCK & CO. Limited**

- *Fabricants-Chimistes*

- **Montréal - Toronto**