Tome 74 — Numéro 4

MONTRÉAL, AVRIL 1945

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

(Fondée à Québec en 1902)

# L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION ET SECRÉTARIAT**
326 est, boul. Saint-Joseph
Montréal
Tél.: LAncaster 9888

**XVIII^e CONGRÈS**
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
**QUÉBEC**
*3-4-5-6 septembre 1945*

**SECRÉTARIAT**
128, rue Sainte-Anne
Québec

## Tempête sur du Fer-Blanc

LE BRUITEUR à la radio est un des mystérieux "inconnus" selon l'expression commune d'étonnement: "Ce qu'ils veulent 'ils' le produisent?" Le sinistre grondement du tonnerre, si terrifiant pour les millions d'auditeurs de la radio, il le crée en frappant adroitement et en remuant une immense feuille de fer-blanc. Parmi d'autres inventions sorties de son imagination, le crépitement des flammes, le clapotement de la pluie, le bruit des sabots de chevaux sont reproduits avec une merveilleuse fidélité. Pratiquement tous les sons, depuis le battement des ailes d'un papillon jusqu'au bruit assourdissant et le vacarme d'une usine en activité, sont soumis aux lois de son esprit d'invention.

L'homme de recherche médicale est aussi ingénieux mais d'une manière légèrement différente. Car, bien que ses talents puissent paraître aussi magiques, en lui il n'y a pas de théâtre, aucune imitation ou prétention. Dans le seigle ergoté, il a trouvé l'ergot. De la moule *Penicillium notatum*, il a développé la puissante pénicilline. Son travail est basé sur le fait scientifique et le fruit de ses labeurs doit être assujetti à des épreuves élaborées et sévères, au cours desquelles les études d'une année peuvent être ruinées en une heure. En plus du caractère inventif d'une très grande portée, l'homme de recherche médicale doit posséder une patience illimitée, une énergie infatigable et un courage indomptable. Sa contribution à la pratique médicale et à la santé publique est incommensurable.

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




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

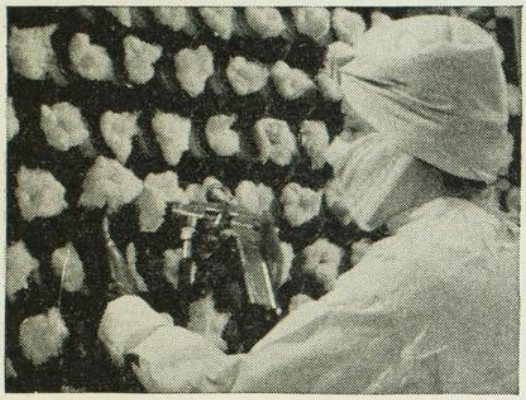
# DYCHOLIUM

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

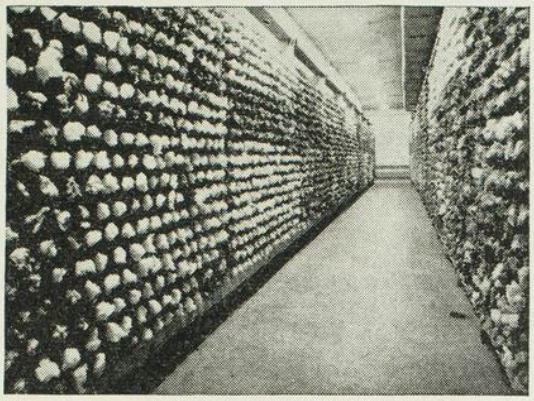
COMPRIMÉS dosés à 0 gr. 30 d'acide déhydrocholique—tubes de 20—flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.
AMPOULES dosées à 1 gramme de déhydrocholate de sodium—boîtes de 6 ampoules.

*Laboratoires Poulenc Frères*
DU CANADA LIMITÉE — MONTRÉAL

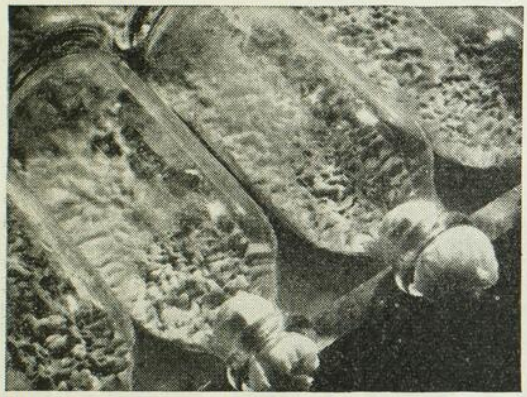
# PÉNICILLINE AYERST



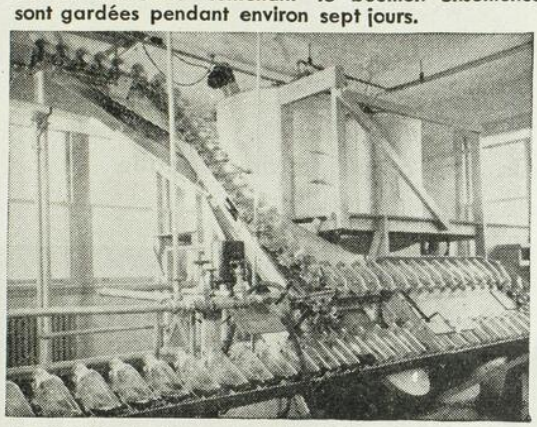
Ensemencement du bouillon de culture avec une suspension contenant des spores de Penicillium notatum par une technicienne de la maison Ayerst.



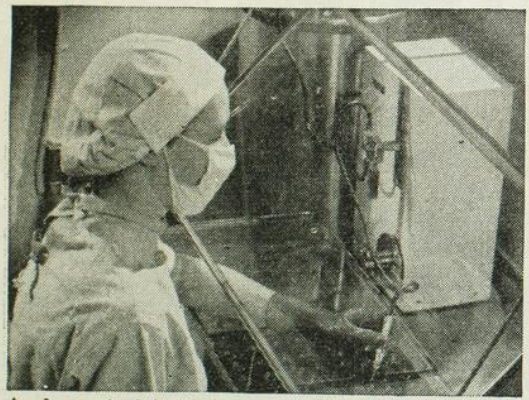
Une partie d'une des salles à température constante où les bouteilles contenant le bouillon ensemencé sont gardées pendant environ sept jours.



Bouteilles prêtes pour la "récolte" montrant le thalle de la moisissure ressemblant au cuir, et formant une "croûte".



La récolte, le lavage des bouteilles, le remplissage avec le bouillon de culture se font mécaniquement à l'aide de ce convoyeur.



Après avoir été stérilisée par filtration, contrôlée et titrée, la solution de Pénicilline Sodique est versée dans des flacons stériles.




La Pénicilline est empaquetée pour être livrée au commerce après une nouvelle série d'épreuves sur la teneur, la stérilité et le contenu d'humidité.

# MAINTENANT EN VENTE

Ayerst

294F

# SOMMAIRE

•

## BULLETIN


Roma AMYOT
**Ce que le temps nous apporte** . . . . . 421

• • •

Mercier FAUTEUX
**La neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande veine coronaire dans le traitement de certaines formes de la maladie coronarienne** . . . . . 424

Albéric MARIN
**Allergie cutanée** . . . . . 432

Origène DUFRESNE
**La rœntgenthérapie dans le traitement des lésions inflammatoires** . . 439


## RECUEIL DE FAITS


V. LATRAVERSE
**La bronchoscopie au lit du malade** . . . . . 448

Yvon LAURIER
**Un cas atypique de granulie** . . . . . 452





**No 488**
100 unités int. par c.c.
Flacons de 10 c.c.



**No 500**
500 unités int. par c.c.
Flacons de 5 et 10 c.c.



**No 999**
1000 unités int. par c.c.
Flacons de 5 et 10 c.c.

Ayerst

# "A.P.L."

la marque Ayerst pour désigner la gonadotrophine du chorion

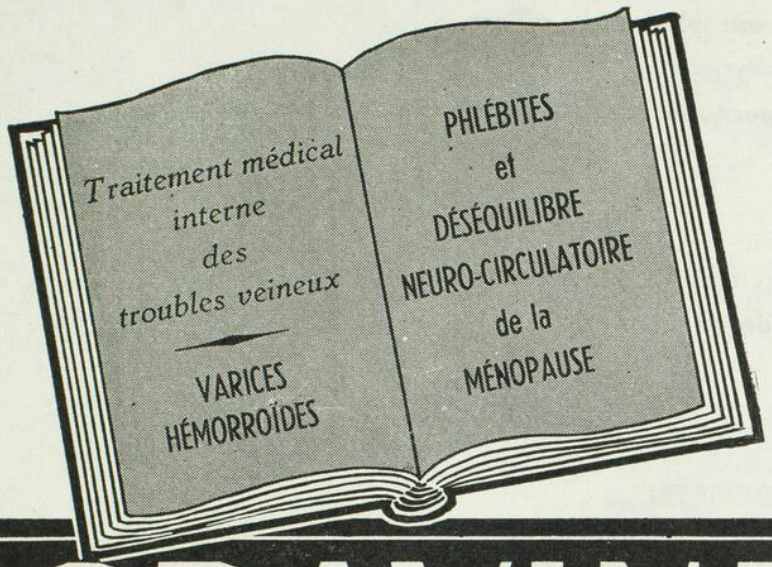
*Présentée en trois teneurs*

afin de permettre une administration économique et facile

- *EFFICACE*
- *ÉCONOMIQUE*
- *INDOLORE*

316F

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




# LORAVINE

SÉCURITÉ • FACILITÉ D'EMPLOI • EFFICACITÉ

Bien que le mode d'action de l'extrait de Marrons d'Inde ne soit pas encore complètement éclairci, les effets n'en demeurent pas moins réels, et depuis très longtemps cet extrait a été employé en France et en Europe avec de bons résultats dans le traitement des Hémorrhoïdes et Ulcères Variqueux. Dans la LOVARINE, son action est renforcée par l'association d'éléments décongestifs. Les nombreux témoignages d'appréciation de la LOVARINE qui nous parviennent tous les jours témoignent de la valeur indiscutable du produit dans le traitement des troubles veineux.




*Fabricants et Concessionnaires au Canada*

ROUGIER FRÈRES

350, RUE LE MOYNE - - MONTRÉAL

# SOMMAIRE

(Suite)

## REVUE GENERALE


Antoine PETTIGREW
**Sténose hypertrophique du pylore** . . . . . 458

J.-Chs CÔTÉ
**Sténose hypertrophique du pylore chez le nouveau-né** . . . . . 461


## ÉDITORIAL


Pierre SMITH
**L'âge d'or de la chirurgie** . . . . . 464


## MÉDECINE SOCIALE


Léo LADOUCEUR
**La lutte contre la tuberculose à Montréal** . . . . . 466



# UTILISÉE DANS LES INSTALLATIONS INDUSTRIELLES



• Stabilisée selon une pression osmotique équivalente à celle des larmes, à une alcalinité et une isotonicité précises, la Murine est recommandée dans les premiers soins comme traitement adjuvant immédiat dans les accidents causés par des étincelles provenant de machines à souder et dans les brûlures par les acides, lorsque le temps est un facteur si important pour enrayer de tels effets caustiques. On l'utilise aussi pour soulager l'irritation des yeux causée par la lumière vive, les poussières, les vapeurs chimiques, les parcelles métalliques et la fumée.

Les yeux rougis, irrités ou enflammés n'ont pas toujours pour cause l'envahissement microbien de la conjonctive. Par exemple, les peintres employant le vernis-laque souffrent souvent d'inflammation des yeux; les rayons ultra-violets projetés par les soudeurs électriques sont très irritants pour les yeux. Beaucoup d'autres éléments entrent en cause dans les installations industrielles, telles que les vapeurs chimiques et les poussières qui sont une source de malaises pour les ouvriers.

La Murine a depuis longtemps été utilisée comme moyen efficace et sûr de nettoyer la membrane muqueuse des yeux et des paupières.

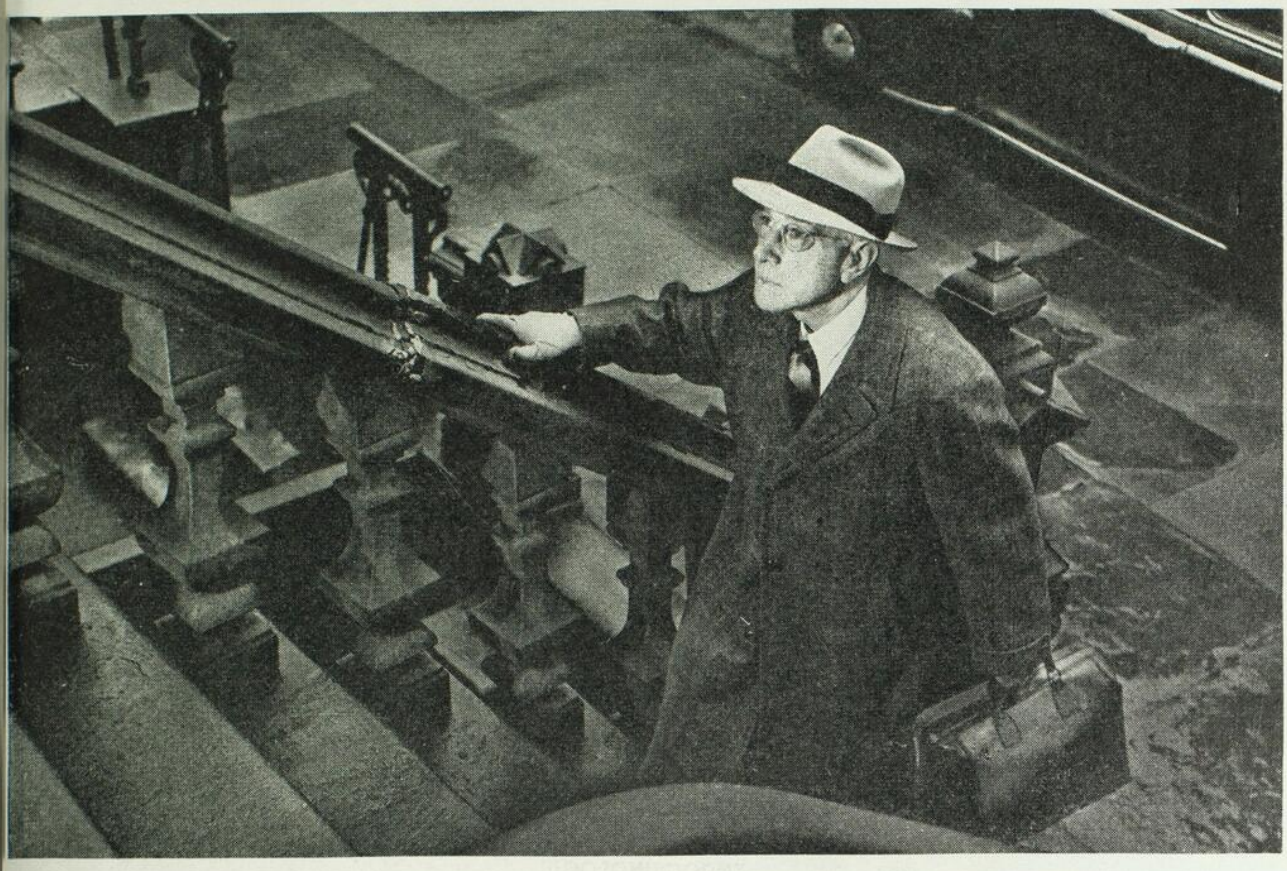


**SEPT INGRÉDIENTS COMPOSENT LA MURINE**

*Bicarbonate de potassium*
*Borate de potassium:*
*Acide borique*
*Chlorhydrate de berbérine*
*Glycérine*
*Chlorhydrate d'hydrastine*
*Eau stérilisée*

*'Merthiolate' (Ethyle mercurethiosalicylate de soude, Lilly) .001%*
**Remarquez que l'action libre du potassium et de l'acide borique est maintenue dans la solution présentée.**

**THE MURINE COMPANY — TORONTO, ONTARIO**



le médecin très occupé appréciera
les avantages essentiels du

# PYRIDIUM

- Soulagement rapide et bienfaisant des symptômes douloureux
- Administration facile et avantageuse
- Sécurité — non toxique

ls médecins, de plus en plus occupés, trouveront dans l Pyridium un agent thérapeutique des plus efficaces, sr lequel ils pourront compter pour un soulagement pide, bienfaisant, des symptômes douloureux éprouvés ns la cystite, la prostatite, la pyélonéphrite et l'urétrite.

Des expériences cliniques couvrant plus d'une décade, pportées dans la littérature publiée sur le Pyridium, montrent la rapidité et l'efficacité de son action, et bsence d'effets narcotiques ou irritants après son administration.

PYRIDIUM
Marque de commerce déposée
(Mono-hydrochlorure de phenylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine)

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

CK & CO. LIMITED *Fabricants chimistes* MONTREAL - TORONTO

# SOMMAIRE
(Suite)

## VARIETES


Albert LeSAGE
**Au sujet du numéro de novembre** . . . . . 471

J.-U. GARIÉPY
**Les parias de la société** . . . . . 473


## NOTES D'ANATOMIE ET CHIRURGIE PRATIQUE


A. COUTU
**Les moyens de fixité du foie** . . . . . 486

Edouard DESJARDINS
**Le furoncle — L'anthrax** . . . . . 488


## CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE


Roger-R. DUFRESNE . . . . . 491


• • •


**"L'Union Médicale du Canada" en 1876** . . . . . 493

**ANALYSES** . . . . . 497

PHTISIOLOGIE

**Le traitement chirurgical des cavités sous tension, dans la tuberculose pulmonaire** (497).

ENDOCRINOLOGIE

**Le Thiouracil dans le traitement préopératoire des goitres toxiques** (498).

ALLERGIE

**Allergie endocrinienne** (499).

CHIRURGIE

**L'introduction dans le cholédoque d'un tube en "T" facilement identifiable, au cours des résections gastriques pour ulcère duodénal adhérant aux canaux biliaires** (500). **La prépondérance des calculs biliaires chez les femmes** (501). **Bactéries de la peau: leur localisation par rapport à la stérilisation de la peau** (501).

ORTHOPÉDIE

**Le traitement du spondylolisthésis (502).**

PÉDIATRIE

**Pseudodoxie en pédiatrie** (503).

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**Traumatisme du larynx** (504).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

**Alopécie circonscrite due à une déficience en vitamine A** (504). **Erythème multiforme** (505). **La pénicilline dans le traitement de la syphilis récente résistante à l'arsenic et au bismuth** (505).

LABORATOIRE

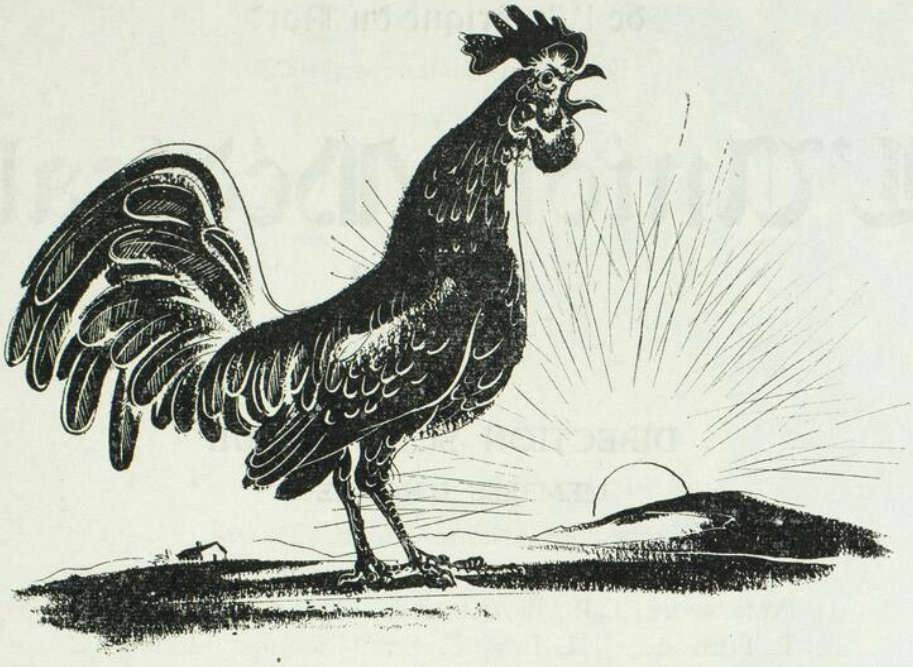
**Observations sur les lieux d'élimination des bactéries présentes dans le sang de patients souffrant d'endocardite bactérienne** (506).

**SOCIÉTÉS** . . . . . 507

**Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec: séance du 2 février 1945** (507); **séance du 16 février 1945** (508). — **Réunion scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 14 décembre 1944** (509). — **Société de Biologie de Montréal: séance du 23 mars 1945** (515).

**NÉCROLOGIE** . . . . . 516

**NOUVELLES** . . . . . 518



# une bonne, très bonne matinée

L'insomnie qui n'est pas attribuable à un malaise physique mais plutôt à une inquiétude mentale, une excitation, une crainte, un ennui, une appréhension ou une extrême fatigue, est probablement le type le plus fréquent d'insomnie et le plus susceptible de traitement par les agents hypnotiques. 'Seconal Sodium' (Sodium Propyl-methyl-carbinyl Allyl Barbiturate, Lilly) est idéal à cette fin. L'action rapide et la courte durée de l'effet de 'Seconal Sodium' sont désirables, parce qu'on croit qu'en de tels cas, le sommeil une fois établi, continuera normalement. Les patients se réveillent reposés pour une bonne, très bonne matinée.

Lilly

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

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

## DIRECTION SCIENTIFIQUE

**MEMBRES D'HONNEUR**

Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson
Professeurs E.-P. Benoît, J.-A. Leduc, D. Masson, T. Parizeau, J.-N. Roy, E. Saint-Jacques (Montréal).

**Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE.**

**BUREAU DE DIRECTION**

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

**BUREAU DE RÉDACTION**

**Rédacteur en chef**

**Roma AMYOT**

**Assistant-rédacteur en chef**
Edouard Desjardins

Secrétaire adjoint à Montréal
Roger Dufresne
326 est, boulevard Saint-Joseph.

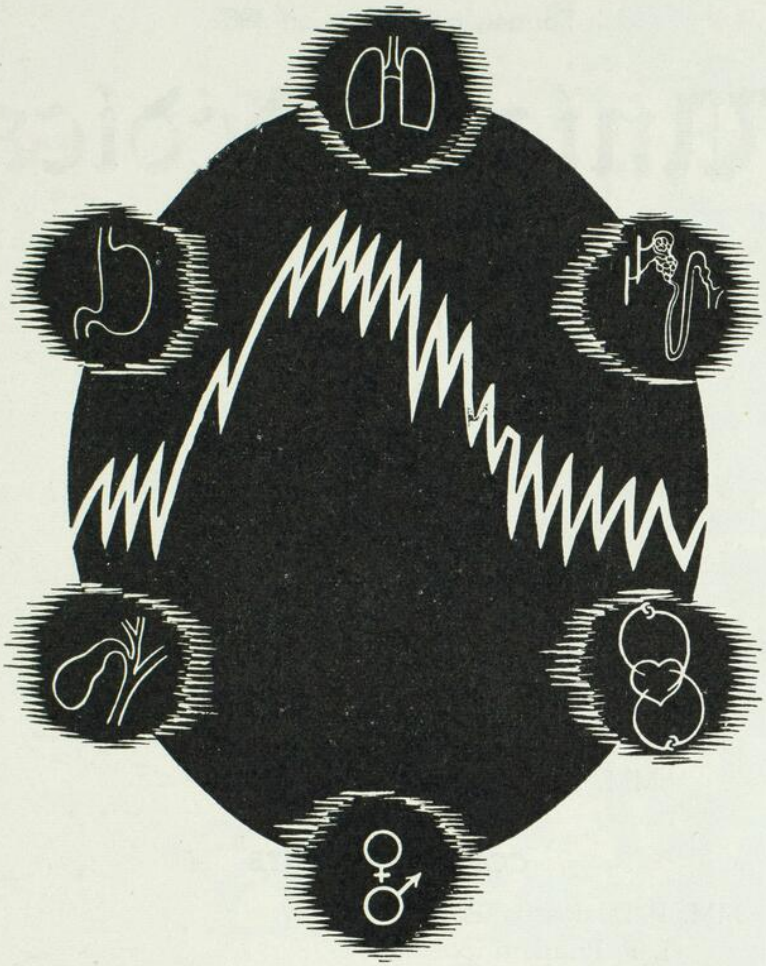
**Secrétaire de la Rédaction**
Pierre Smith

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

**BUREAU DE COLLABORATION**

MM. P.-R. Archambault, P. Bourgeois, A. Cantero, René Dandurand, R. Doré, Ed. Dorion, Guy Drouin, Paul Dumas, Roger Dufresne, Roland Dussault, J.-C. Favreau, F.-X. Demers, Emile Gaumond, H. Gélinas, A. Gratton, Pierre Jobin, A. Jutras, V. Latraverse, Rosaire Lauzer, Sylvio Leblond, J. LeSage, Emile Maranda, Honoré Nadeau, J.-P. Paquette, Antoine Pettigrew, Germain Pinsonneault, M. Plamondon, P. Poirier, J.-L. Riopelle, L.-P. Roy, Raymond Simard, Henri Smith, Félix Tétu, Norbert Vézina.

ANTISPASMODIQUE ATOXIQUE



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

# SEDANTYL

BENZOATE DE BENZYLE + ORTHOFORMIATE D'ÉTHYLE

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

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

Fondée à Québec en 1902

# L'Union Médicale du Canada

## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

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

### COMITÉ EXÉCUTIF

MM. L.-C. Simard, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion.

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### CORRESPONDANTS

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

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

**Publicité: Jacques D. Clerk, 326 est, blvd Saint-Joseph. LAncaster 9888.**




# POLLIGÈNES

*Lederle*

## Nouvelle méthode simplifiée pour le diagnostic et le traitement de l'allergie de la fièvre des foins

**DIAGNOSTIC SIMPLIFIÉ** — Dans ce nouveau système pour le diagnostic, il n'y a que deux zones de pollens aux Etats-Unis et au Canada: la *Zone Est* et la *Zone Ouest*. L'identité de 90 p. cent des cas de fièvre des foins peut être établie facilement et simplement au moyen des POLLIGÈNES DE L'EST POUR ÉPREUVES QUANTITATIVES, *Lederle*, et des POLLIGÈNES DE L'OUEST POUR ÉPREUVES QUANTITATIVES, *Lederle*. Ce sont des antigènes polliniques *représentatifs*, dont chacun représente réellement toute une famille botanique d'agents causals.

**CLASSIFICATION SIMPLIFIÉE** — Les anciennes catégories de susceptibilité déterminées par les épreuves quantitatives ci-dessus, ont été réduites de A, B, C, D, et autres, à Catégorie 1 et Catégorie 2, dont la première correspond à la susceptibilité de la Catégorie A d'un grand nombre d'allergistes éminents, et la Catégorie 2 comprend les Catégories anciennement désignées B, C et D.

**TRAITEMENT SIMPLIFIÉ** — Après que le médecin a déterminé la susceptibilité du malade au moyen des POLLIGÈNES POUR ÉPREUVES QUANTITATIVES, *Lederle*, il peut choisir parmi les POLLIGÈNES DE L'EST POUR TRAITEMENT, *Lederle*, ou les POLLIGÈNES DE L'OUEST POUR TRAITEMENT, *Lederle*, le mode de désensibilisation immédiate. Il y a aussi les POLLIGÈNES D'ARBRES (pour traitement), *Lederle*, et l'ANTIGÈNE DE POUSSIÈRE DE MAISON, *Lederle*.

Ecoutez les plus récents développements de la recherche et de la pratique — l'émission Lederle "The Doctors Talk it Over" — au poste CFCF, Montréal, tous les vendredis soirs.

*Lederle Laboratories, Inc.*

1396 OUEST, RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL, CANADA

*DÉPÔTS AU CANADA:*

833, rue Howe, Vancouver, C.-B. 10056, 100e rue, Edmonton, Alta.
64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ont.
219, rue Kennedy, Winnipeg, Man. 181, rue Union, Saint-Jean, N.-B.

# OFFICIERS

DE

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

Fondée à Québec en 1902

•

## DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

## SECRÉTAIRE-TRÉSORIER-GÉNÉRAL

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

## EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

•

## COMITÉ DU XVIIIe CONGRÈS

**Chs VÉZINA, Président.**

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

•

## ANCIENS PRÉSIDENTS

**Albert LeSAGE,** **Albert PAQUET,** **J.-A. JARRY,**
**J.-H. LAPOINTE,** **Chs-N. DeBLOIS,** **Oscar MERCIER.**

•

## MEMBRES DU CONSEIL

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

# "LA CHALEUR HUMIDE"

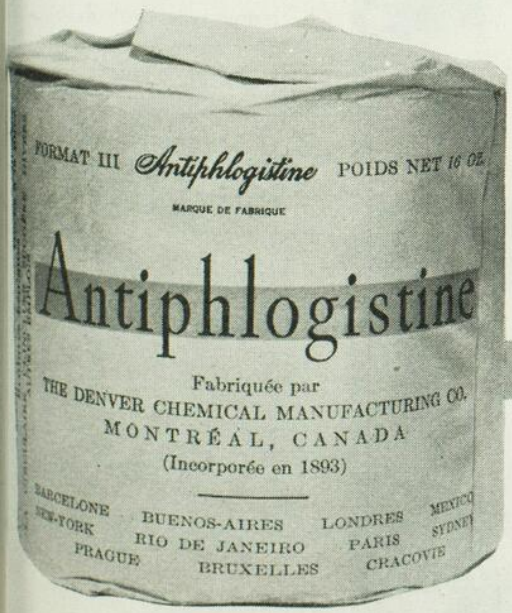
## contre

# la douleur et la tuméfaction

Dans le traitement des furoncles ou autres infections localisées où la "Chaleur Humide" est indiquée, la "Chaleur Humide" de l'ANTIPHLOGISTINE aide à soulager la douleur, la tuméfaction et l'endolorissement.

L'ANTIPHLOGISTINE, modérément chaude, fournit la chaleur humide pendant plusieurs heures. L'ANTIPHLOGISTINE peut être employée associée à la chimiothérapie.

La "Chaleur Humide" de l'ANTIPHLOGISTINE se montre très efficace aussi pour soulager la douleur et l'enflure d'une entorse, d'une contusion ou autres blessures de ce genre.




Formule: Glycérine chimiquement pure 45.000%, iode 0.01%, acide borique 0.1%, acide salicylique 0.02%, essence de wintergreen 0.002%, essence de menthe poivrée 0.002%, essence d'eucalyptus 0.002%, kaolin desséché 54.864%.

# Antiphlogistine

*Littérature sur demande*

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal

# *Le fruit de la recherch*





**Photographies de la main femme de 64 ans; repro *arthrite atrophique* à u est plutôt exceptionnelle; maladie, 8 ans; occupatio**

On y voit les doigts di produits par des tissus m qui se voient très bien articulations interphalang males de l'annulaire et d aussi bien que de l'index sèche et luisante et révèle trophiques caractérisés p chetures variant du brun geâtre. Les phalanges dis du jaune pâle au gris, av rougeâtres, et leur fonctio défectueux.

Autres parties atteintes: vicale et colonne lomba droite, et modifications aux poignets, aux genoux

La radiographie révèle u ment marqué des espaces giens avec prolifération une ancienne arthrite i existe aussi, mais à un d un rétrécissement des esp sieurs des articulations mé langiennes et de quelq articulations carpo-méta

# ERTRON *dans l'Arthrite*



L'Ertron *, qui est différent de tout autre agent employé antérieurement dans le traitement de l'arthrite, s'est montré remarquablement efficace contre cette affliction si courante.

Aujourd'hui, après dix ans d'étude très poussée à l'hôpital, au laboratoire, à la clinique et en pratique privée, un nombre imposant d'articles publiés dans les principales revues médicales attestent la valeur de l'Ertron.

## SPÉCIFIEZ L'ERTRON

Dans les nombreuses communications, on insiste sur l'importance de la sécurité et de l'efficacité. Il y est régulièrement mentionné que le produit obtenu par le Procédé Whittier — l'Ertron — possède les qualités essentielles: absence de toxicité et efficacité thérapeutique.

## ERTRONISEZ L'ARTHRITIQUE

*Pour Ertroniser* l'arthritique, administrer de l'Ertron à dose suffisante, assez longtemps pour produire de bons résultats. Augmenter graduellement la dose jusqu'à la limite de tolérance — la maintenir à ce niveau jusqu'à obtention du maximum d'amélioration.

L'Ertron seul — à l'exclusion de tout autre produit — contient de l'ergostérol activé électriquement en phase vapeur (Procédé Whittier). C'est le produit que de nombreux investigateurs ont à maintes reprises démontré être efficace et non toxique aux doses recommandées.

*Flacons de 50 et de 100 capsules*

*L'Ertron est fabriqué par*

**NUTRITION RESEARCH LABORATORIES • CHICAGO, U.S.A.**

*Distribué au Canada par*

**LAURENTIAN AGENCIES, REG'D. • MONTRÉAL 1**

* Nom déposé au Canada

**CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE**

*présente*

# UN TRAITEMENT OPHTALMIQUE ASEPTIQUE

# *Oculets*



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

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

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

a) OCULETS Thiazol (sulfathiazole 5%) Couleur rouge

b) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 1% } Couleur jaune

c) OCULETS Oxyde jaune de Mercure 2% } Couleur jaune

*Application facile et sanitaire.*

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

*Les OCULETS vous parviennent sous conditionnement de 12 - 100.*



CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

Spécialité du Laboratoire.

ECHANTILLONS

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

# LES PÈRES DE LA MÉDECINE



## RENE-THEOPHILE LAENNEC

(1781-1826)

Né à Quimper, Laennec étudia la médecine dans divers hôpitaux militaires, puis fut médecin en chef de l'hôpital Beaujon, et plus tard de l'hôpital Necker. Il s'est occupé avec succès des maladies de poitrine. Il est surtout connu par son *Traité de l'Auscultation médiate* ou *Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur*, Paris, 1819, où il fit connaître son invention, le stéthoscope. Roger et Barth ont perfectionné sa méthode dans leur *Traité d'auscultation et de percussion*, 1841 et 1859.

Le Collège de France lui confia une chaire de médecine en 1822, mais la tuberculose, quatre ans après, mit un terme prématuré à la brillante carrière du grand savant qu'on a nommé "le vulgarisateur de la méthode d'auscultation".

*Charles E. Frosst & Co. a rédigé ces brèves notices biographiques à l'intention de MM. les médecins canadiens de langue française.*

# *Aide la nutrition pendant la convalescence.*



Frosst

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

Charles E. Frosst & Co

MONTREAL CANADA

# "TUTAMATE"

(S.E.C. no 653 "Frosst")

## Normalise les réserves épuisées de vitamines et de sels minéraux essentiels

### INDICATIONS:

Accouchement prématuré, polynévrite résultant d'avitaminose $B_1$, anémie de la nutrition, rachitisme, carie dentaire, tétanie causée par l'avitaminose D, hypoiodémie. Les constatations cliniques démontrent que l'administration de Tutamate est suivie d'un regain de vigueur marqué et d'une amélioration générale de la santé.

### FORMULE:

| Principaux ingrédients: | Dans chaque capsule: | Dans la dose quotidienne: | Aide à— |
|---|---|---|---|
| Carbonate ferreux | 1/2 grain | 1 grain | prévenir l'anémie de la nutrition. |
| Carbonate de cuivre | 1/46 grain | 1/23 grain | |
| Vitamine A | 2500 unités int. | 5000 unités int. | imprimer à l'organisme de la résistance vitale. |
| Vitamine D | 1000 unités int. | 2000 unités int. | prévenir le rachitisme, la carie dentaire, la tétanie causée par l'avitaminose D. |
| Phosphate de calcium | 2 grains | 4 grains | |
| Iodure de sodium | 1/325 grain | 1/162 grain | prévenir l'hypoiodémie. |
| Vitamine $B_1$ (chlorhydrate de thiamine) | 333 unités int. | 666 unités int. | Protection contre les carences de vitamine $B_1$ et vitamine $B_2$, adjuvant du traitement de leurs symptômes: NEVRITE (avitaminose $B_1$). |
| Riboflavine (vitamine $B_2$) | 1 mg. | 2 mg. | |
| Tocophérols mixtes (équivalence: 7 mg. de tocophérol alpha ou 60 gouttes—anglice: minim—d'huile de germe de blé dans la dose quotidienne.) | 6 mg. | 12 mg. | Mesure préventive de l'accouchement prématuré. |

*DOSE:*

2 capsules par jour, aux repas.

*PRÉSENTATION:*

Boîtes de 50 et 100 capsules.

### *Une Invitation*

**A MM. LES MÉDECINS, OFFICIERS DE L'ACTIVE**

Ne doutant pas que vous trouverez utile un tonique riche en vitamines et sels minéraux, qui est en même temps un précieux complément du régime alimentaire, nous serons heureux de vous envoyer, tous les mois, à votre usage personnel, une boîte de capsules de "TUTAMATE". Nous expédions régulièrement du Tutamate à des centaines de médecins, officiers en activité de service outre-mer et au Canada.

✓ Son action bactéricide et bactériostatique, même en presence de sérum en dilutions atteignant 1:10,000 est définitivement prouvée.

✓ Ne cause ni irritation ni picotement.

✓ Complètement soluble; agréable au goût; facile à préparer et à employer.

# "STREPTOCIDE"

## GARGLE

## (GARGARISME STREPTOCIDE)

S.T. no 345 "Frosst". Chaque comprimé soluble et moulé contient 5 grains de Streptocide (sulfanilamide "Frosst").

### INDICATIONS ET ADMINISTRATION

**Comme gargarisme dans les inflammations aiguës ou bénignes de la gorge:** faire fondre un comprimé dans le tiers d'un verre d'eau tiède.

**Comme pansement humide appliqué *in situ* aux lésions causées par le streptocoque hémolytique et autres microrganismes qui donnent prise au Streptocide (sulfanilamide "Frosst"):** tremper un morceau de gaze dans une solution obtenue en faisant fondre 1 comprimé dans 2 onces d'eau chaude stérilisée, le tordre et l'appliquer.

**En irrigation ou pulvérisation nasale:** faire fondre un comprimé dans le tiers d'un verre d'eau tiède.

**En irrigation vaginale:** faire fondre six comprimés dans une chopine d'eau tiède.

### PRÉSENTATION:

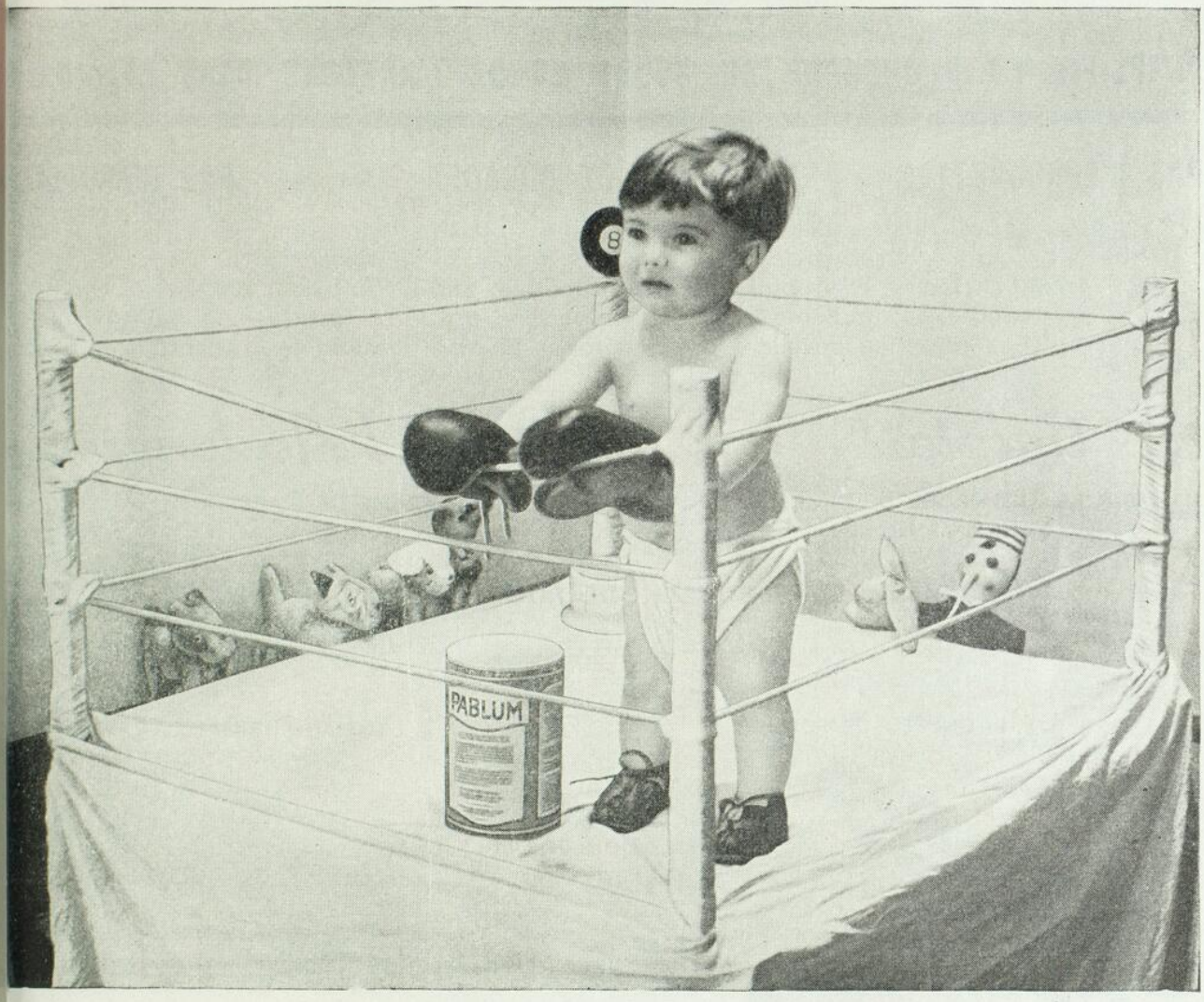
Flacons de 30 et 100 comprimés



Frosst

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

Charles E. Frosst & Co
MONTREAL CANADA


PABLUM

## PRATIQUÉE CHEZ SOI OU AILLEURS

# L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

## SIMPLIFIE LA RECHERCHE DU SUCRE ET DE L'ACÉTONE DANS LES URINES

**PAS D'ÉPROUVETTES - PAS DE DOSAGE - PAS D'ÉBULLITION**

Les diabétiques accueilleront avec plaisir l'épreuve "Eclair" (réactif sec prêt à utiliser), en raison de sa simplicité et de sa facilité d'emploi. Pas d'éprouvettes, pas d'ébullition, pas de dosage; simplement un peu de poudre, un peu d'urine — s'il y a présence de sucre ou d'acétone, la modification de couleur se produit à l'instant.

*Galatest* — POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS L'URINE

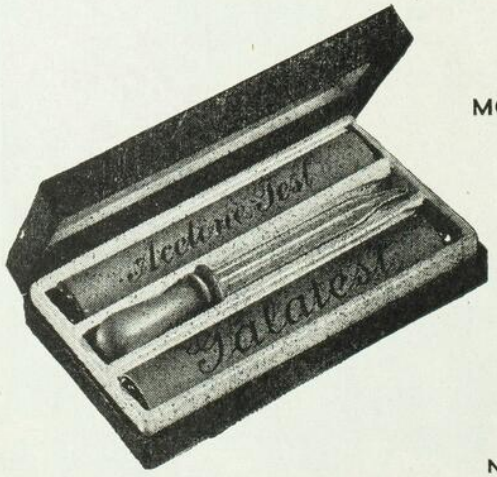
*Réactif à l'Acétone* (DENCO) — POUR LA RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS L'URINE

**LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES**

1. UN PEU DE POUDRE



2. UN PEU D'URINE




**MODIFICATION DE COULEUR INSTANTANÉE**

Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle des couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont en vente à toutes les pharmacies d'ordonnances et chez les marchands d'instruments chirurgicaux.

*Accepté pour publicité dans le "Journal of the American Medical Association".*

**NOTICES DESCRIPTIVES SUR DEMANDE**

## THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

**153 ouest, rue Lagauchetière, Montréal**

*un régulateur naturel*
*et physiologique du*

# Péristaltisme normal

MUCILOSE, une hémi-cellulose hautement purifiée, fournit une masse inerte sans effet chimique et rétablit l'évacuation normale en fournissant un émollient naturel, une selle se lubrifiant elle-même — et ceci sans nuire à la digestion. Pendant la période diarrhéique dans la côlite, la Mucilose absorbe l'excès d'humidité et rend les selles uniformes. Pendant la période de constipation elle grossit la masse et fournit un volume lubrifiant.

# Mucilose

## Hémi-cellulose hautement purifiée

POUR UN VOLUME INTESTINAL




*Présentée en flacons de 4 onces et en boites de 16 onces.*

*MUCILOSE — Nom déposé.*

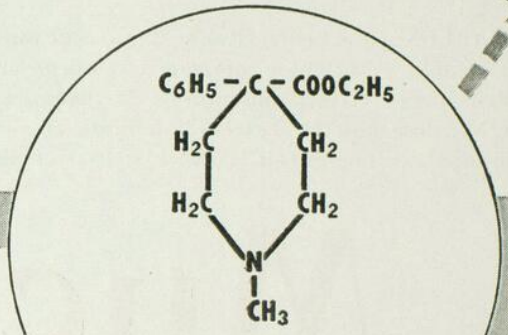
Frederick Stearns & Company
OF CANADA, LIMITED

**WINDSOR, ONTARIO**

KANSAS CITY SAN FRANCISCO DETROIT, MICH. SYDNEY, AUSTRALIE AUCKLAND, N.-ZELANDE

# ANALGÉSIQUE
# ANTISPASMODIQUE
# SÉDATIF

*Pour administration orale et intramusculaire*




Chlorhydrate de 1-méthyle-4-phenylpiperidine-4-carbonate d'éthyle.

**Chlorhydrate de Demerol**

*L'EFFET analgésique semble se situer entre celui de la morphine et celui de la codéine; il persiste de trois à six heures.*

Les indications du Demerol sont nombreuses en médecine, en chirurgie et en obstétrique. Avant de le prescrire, les médecins feraient bien de lire attentivement la brochure sur le chlorhydrate de Demerol (envoyée gratuitement sur demande). Les ordonnances médicales sont sujettes aux Lois Canadiennes sur les stupéfiants.

Présentation: Pour usage oral, en comprimés de 50 mg.; pour injection, ampoules de 2 cc. (100 mg.).

WINTHROP

*Demerol*

Marque de commerce enregistrée au Canada et aux Etats-Unis

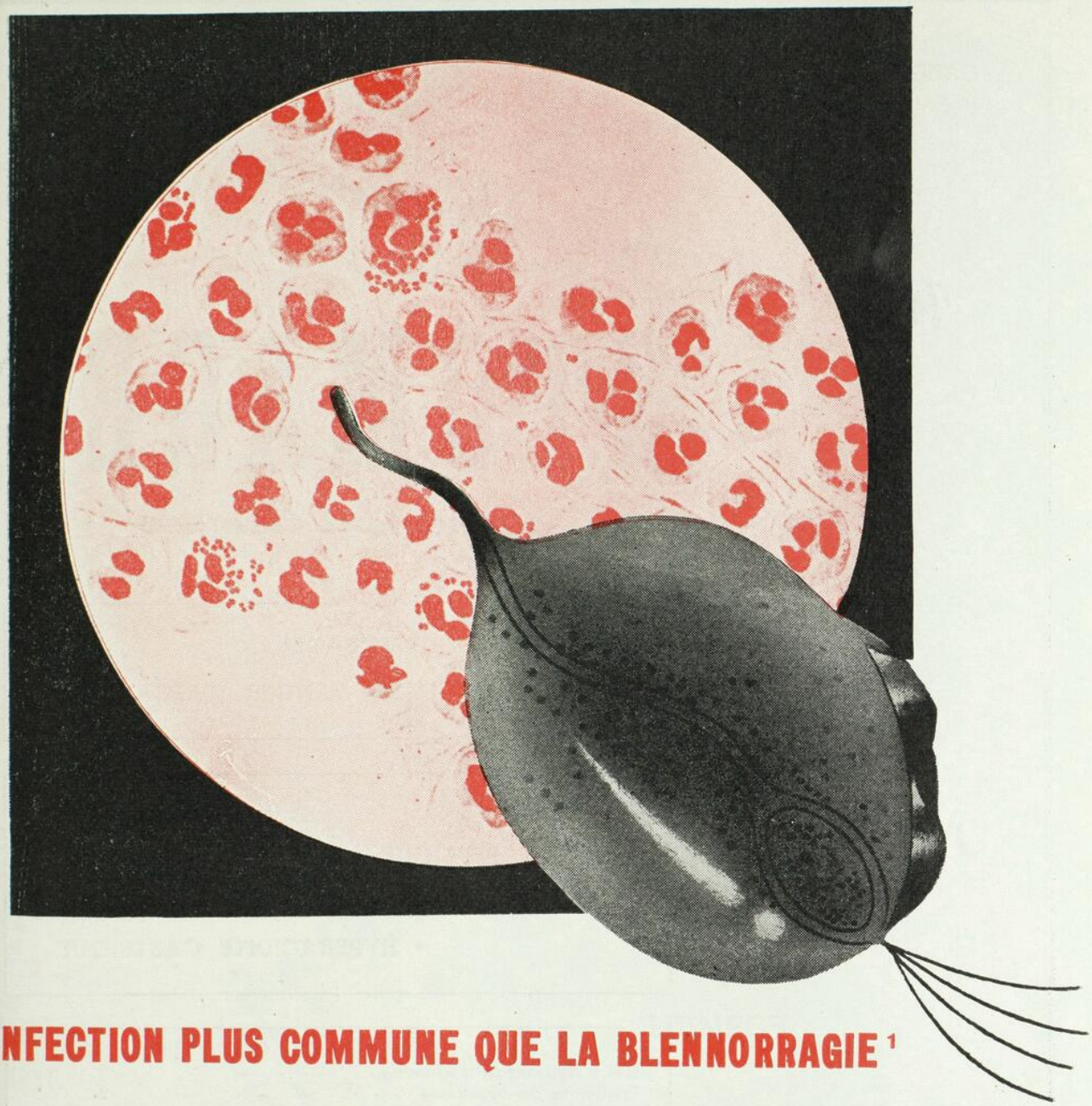
**CHLORHYDRATE**

*Marque du* CHLORHYDRATE DE MEPERIDINE
(Isonipécaïne)

*Winthrop Chemical Company, Inc.*

*Pharmaceuticals of merit for the physician* • NEW YORK 13, N. Y. • WINDSOR, ONT.

ARMY E NAVY



# INFECTION PLUS COMMUNE QUE LA BLENNORRAGIE[1]

Depuis ces vingt dernières années, on regarde la vaginite à trichomonas comme l'infection gynécologique la plus répandue: selon certains auteurs, en moyenne 25 à 30% des femmes en sont atteintes.

La Ciba offre au Corps médical un agent efficace, économique et d'action prompte pour combattre ce micro-organisme: ce sont les **COMPRIMÉS VAGINAUX DE VIOFORME*** et la **POUDRE AU VIOFORME POUR INSUFFLATIONS VAGINALES** (iodochloroxyquinoléine associée aux acides lactique et borique). L'action spécifique du **VIOFORME** se manifeste par l'anéantissement du trichomonas vaginalis, tandis que les deux autres composants normalisent rapidement l'acidité et la flore de la cavité vaginale.

(1) Am. Jl. Surg., 33:523, 1936.

* Nom déposé.

La **POUDRE AU VIOFORME POUR INSUFFLATIONS VAGINALES,** préparée pour usage à la consultation, s'administre facilement à l'aide d'un insufflateur vaginal. Appliqués à domicile par la malade elle-même, les **COMPRIMÉS VAGINAUX DE VIOFORME** permettent de restreindre le nombre des consultations et d'économiser un temps précieux. Dans les cas bénins, une cure de dix jours est indiquée; les infections plus graves cèdent d'ordinaire à deux ou trois traitements. Littérature sur demande.

**PRÉSENTATION**

POUDRE POUR INSUFFLATIONS VAGINALES: Flacon de 1 oz.

COMPRIMÉS VAGINAUX: Flacon de 15.

**COMPAGNIE CIBA LIMITÉE - MONTRÉAL**

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
*présente*

*Un traitement extraclinique*

# STOMAGEL

*pansement stomacal*

## MODE D'ACTION

ABSORPTION — ENROBAGE

AMPHOTÈRE — SANS DANGER D'ALCALOSE

## INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

- ULCÈRE PEPTIQUE
- ULCÈRE DUODÉNAL
- HYPERACIDITÉ GASTRIQUE

## FORMULE

| | |
|---|---|
| Gel d'Hydroxyde d'Alumine | 3 grains |
| Trisilicate de Magnésie | 2 " |
| Sécrétine | 1/4 " |
| Ext. de Belladone | 1/40 " |
| Kaolin colloïdal | 2 " |
| Vitamine "$B_1$" | 100 U.I. |
| Vitamine "C" | 160 U.I. |

Les comprimés de STOMAGEL sont préparés sous la surveillance et le contrôle immédiat de: Charles Laurin, B.A., B.Ph., — Léopold Bergeron, B.A., B.Ph., Assistant bactériologiste
*Pharmaciens, Chimistes, Analystes, Biochimistes, diplômés de l'Université de Montréal.*

CONDITIONNEMENT 50 — 100 — 500 — 1000

Echantillons sur demande à messieurs les médecins seulement

**Spécialité du Laboratoire**

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée





# LE FER QU'EXIGE L'ORGANISME

Le fer est essentiel à la vie — c'est un élément vital dans la formation de l'hémoglobine. Physiologiquement, les besoins en fer sont plus grands au cours de l'adolescence, au moment de la puberté et pendant la grossesse et l'allaitement. Les anémies par déficience de fer sont plutôt susceptibles d'apparaître pendant ces périodes.

L'anémie par carence de fer peut être traitée ou évitée par l'administration des comprimés ou de l'élixir 'Ribothiron'. Ces deux préparations contiennent du sulfate ferreux — le fer sous la forme la mieux assimilable — ainsi que certains facteurs du complexe vitaminique B pouvant faciliter l'absorption normale et l'utilisation des éléments composants.

**Sharp & Dohme (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario.**

## COMPRIMÉS

**Chaque comprimé enrobé de sucre contient:**

| | |
|---|---|
| **Sulfate ferreux (desséché)** | **0.2 gm. (3 gr.)*** |
| **Chlorhydrate de thiamine (vitamine $B_1$)** | **0.25 mg** |
| **Riboflavine (vitamine $B_2$ ou G)** | **0.5 mg.** |

* Equivaut à environ 4.3 grains de sulfate ferreux, U.S.P.

**Présentés en flacons de 100 et de 1000 comprimés.**
**Posologie: Un comprimé quatre fois par jour, après chaque repas et au moment du coucher.**

## ÉLIXIR

**Chaque once liquide de cet élixir savoureux contient:**

| | |
|---|---|
| **Sulfate ferreux U.S.P.** | **1.3 gm. (20 gr.)** |
| **Chlorhydrate de thiamine (vitamine $B_1$)** | **1 mg.** |
| **Riboflavine (vitamine $B_2$ ou G)** | **2 mg.** |

**Alcool 10 pour cent**

**Présenté en flacons de 16 onces**

**Posologie: Une cuillerée à dessert quatre fois par jour, après chaque repas et au moment du coucher.**

# 'RIBOTHIRON'

**MÉDICATION FERRUGINEUSE AVEC COMPLEXE VITAMINIQUE B.**




# "COLIS POUR LES CIVILS"

La mise dans le commerce de la pénicilline à l'usage des civils met à la disposition des médecins du Canada l'un des plus merveilleux progrès de la médecine de guerre.

La PÉNICILLINE sodique présentée sous le nom de Frank W. Horner Limited est fabriquée par Heyden Chemical Corporation de New-York, laboratoire de production des plus importants au monde.

Les médecins canadiens peuvent maintenant prescrire la PÉNICILLINE sodique (Horner) en ampoules ordinaires de 100,000 unités Oxford chacune, délivrées par tous les pharmaciens d'ordonnances du Canada.

**FRANK W. HORNER LIMITED**

# *Minimisez les problèmes de l'alimentation avec...*

MARQUE

# 'DEXIN'

DE FABRIQUE

**RICHES EN HYDRATES DE CARBONES DEXTRINIQUES**

À cause de sa teneur élevée en dextrines, le 'Dexin' minimise bien des problèmes de l'alimentation de bébé; 1) il diminue la fermentation intestinale tout en réduisant le ballonnement, le colique et la diarrhée et 2) favorise la formation de caillots mous, floconneux et de digestion facile.

Le 'Dexin' n'est pas excessivement sucré et par conséquent il n'émousse pas l'appétit. Il se dissout promptement sans former des masses gluantes difficiles à délayer — ce qui est de grande importance à la mère qui est très affairée et qui doit préparer selon des formules la nourriture de bébé.

Un essai vous persuadera que l'emploi du 'Dexin', en modificateur de lait, aura pour résultat des bébés plus contents et plus heureux.

*Le 'Dexin' fait effectivement une différence!*




FORMULE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Dextrines | 75% | Cendre minérale | 0.25% |
| Maltose | 24% | Humidité | 0.75% |

Six cuillerées à soupe rases (1 once) fournissent 115 calories

Récipients de 12 onces et de 3 livres

**BURROUGHS WELLCOME & CO.**

(The Wellcome Foundation Ltd.)

**MONTRÉAL**

MAISONS ASSOCIÉES: LONDRES - NEW YORK - SYDNEY
CAPE TOWN - BOMBAY - SHANGHAI - BUENOS AIRES

# POMMADE MIDY

## SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS-FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES
ACTIFS

# HÉMORROÏDES

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

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

# SÉDOSINE

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

**PASSIFLORE**
**JUSQUIAME**
**CRATAEGUS**

**ASSOCIATION SYNERGIQUE**
**HYPERACTIVE**

LABORATOIRES LICARDY 38, Bd BOURDON _ NEUILLY-PARIS

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




# L'"Elastoplast"

## et l'économie dans les pansements

L' "Elastoplast" est d'emploi économique — veuillez l'employer économiquement. Comme pansement, l' "Elastoplast" protège les granulations de formation récente et pourvu qu'aucune douleur inusitée ne se fasse sentir, devrait être laissé en place aussi longtemps que possible.

•

*Pour renseignements supplémentaires, s'adresser aux*

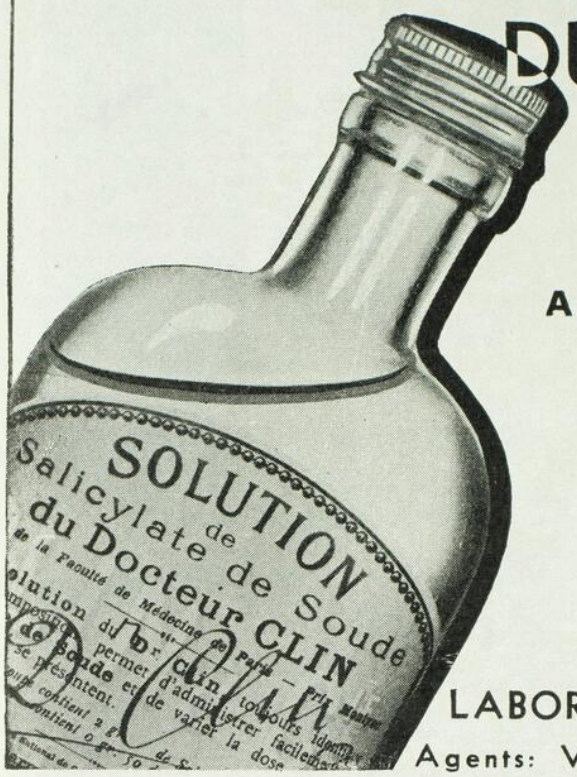
***Dépositaires:***

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

Fabriqué en Angleterre par T. J. Smith & Nephew Ltd., Hull.

E.1

# LA SOLUTION
## DE SALICYLATE DE SOUDE
# DU DOCTEUR CLIN




**RHUMATISME**

**ARTHRITISME • SCIATIQUE**

TOLÉRANCE • ACTIVITÉ

**Flacon de 300 c.c.**

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

Agents: VINANT Ltée, 200, rue Vallée, Montréal

# VALERIANATE PIERLOT

**Calme les Maladies Nerveuses — Traite la Neurasthénie**

***Composition:*** Valérianate d'Ammonium.

***Propriétés:*** Antispasmodique.
Stimulant diffusible et énergique, régulateur de l'innervation.

***Indications:*** Excitabilité nerveuse, Insomnie, Migraines, Vapeurs, Toux nerveuse, Palpitations, Tremblement, Spasmes, Chorée, Convulsions, Attaques de nerfs, Hystérie, Névralgies, Sciatique, Règles douloureuses ou difficiles.

***Posologie:*** Une à deux cuillerées à thé dans un quart de verre d'eau sucrée, matin et soir. Pour les enfants, moitié ou tiers d'une cuillerée à thé.

***Présentation:*** Flacon de 120 cc.

**Laboratoires H. RIVIER**

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




# REED & CARNRICK

## *Médicaments Injectables*

• Voici une des offres les plus remarquables jamais faites au corps médical. Elle s'applique à *chaque* force, à *chaque* format, de *chacun* des médicaments injectables Reed & Carnrick.

• Placez une commande, par l'entremise de votre pharmacien ou directement, pour 3 fioles ou 3 boîtes d'ampoules, de même format et de même force, et vous en recevrez gratuitement une quatrième. Ainsi, achetez 3 fioles de 20 cc. d'Hormones OEstrogènes, R & R, 10,000 U. I. par cc., et vous recevrez 1 fiole de 20 cc. supplémentaire, de la même force (soit 4 fioles en tout).

• Comparez le *coût par injection* des produits injectables R & C achetés de cette façon, aux prix que vous payez actuellement. Placez *dès maintenant* une commande pour des ampoules et des fioles R & C, soit par l'entremise de votre pharmacien ou directement, et—ÉCONOMISEZ TOUT EN EMPLOYANT CE QU'IL Y A DE MIEUX!

• Grâce à leur qualité, leur activité et leur efficacité clinique, les Hormones OEstrogènes R & C et autres produits injectables R & C ont trouvé une telle faveur auprès du corps médical que la demande toujours croissante a permis d'importantes économies de fabrication. Les prix très modiques auxquels se vendent ces produits de qualité, et l'offre remarquable que nous vous faisons d' "en acheter 4 et n'en payer que 3" résultent de ces économies.

**HORMONES OESTROGÈNES, R & C**
**CHLORHYDRATE DE THIAMINE**
**GLUCONATE DE CALCIUM**
**$B_1$, FOIE ET FER**
**FOIE INJECTABLE**
**"AMPACOIDES" DE PROSTATE**
**"AMPACOIDES" DE TESTICULE**

**DES NOTICES DESCRIPTIVES ET LE PRIX COURANT SERONT ENVOYÉS SUR DEMANDE**

**★ REED & CARNRICK · JERSEY CITY 6, N. J. ★**

Wyeth







Le supplément commode à la thérapie de l'Amphojel. Chaque comprimé produit l'action antacide de deux cuillerées à thé d'Amphojel.

DOSE: Placer un demi ou un comprimé sur la langue et boire à petits coups un demi verre d'eau pour dissoudre le comprimé. Répéter cinq ou six fois par jour entre les repas et au coucher. Préparé en bouteilles de 50 comprimés.

Dans la douleur de l'ulcère peptique, le soulagement rapide et permanent est une caractéristique remarquable de la médication par Amphojel. Fait plus important, l'expérience clinique a démontré qu'avec Amphojel on peut obtenir:

- **Une guérison rapide de l'ulcère**
- **Pas d'alcalose**
- **Peu de récidive**
- **Aucune nécessité d'un régime sévère**

DOSE: 1 à 2 cuillerées à thé 5 ou 6 fois par jour entre les repas et au coucher, non diluées ou avec un peu d'eau.

AMPHOJEL ET AMPHOJEL AVEC HUILE MINERALE

*Préparé en bouteilles de 12 onces fluides*

**AMPHOJEL**

***Gel d'alumine***

**JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED**

**WALKERVILLE** **ONTARIO**

# TRAITEZ L'HYPERACIDITÉ CHRONIQUE

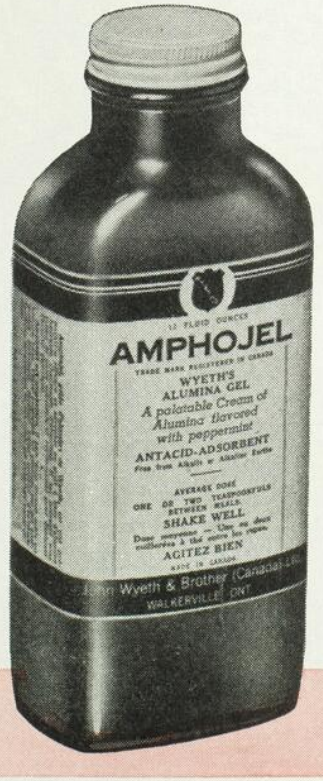
*en utilisant l'action amphotère*

# d'AMPHOJEL

*Antacide moderne du Canada . . . Gel d'Hydroxide d'alumine*

**SANS ADDITION AUX ALCALINS NORMAUX DE L'ORGANISME**

- Comme le lait et d'autres aliments protéiniques, Amphojel ne "neutralise" pas au sens absolu, mais simplement rend inactives les sécrétions gastriques en les maintenant à un pH compatible avec la guérison de tissus pathologiques tels que l'ulcère et la gastrite.
- Cette action tampon d'Amphojel est intervertie en rapport avec la réaction alcaline du duodénum lorsque le chyme traité continue d'agir comme acide semblable à l'action du suc gastrique normal en neutralisant les bases fixes des sécrétions duodénales.
- Amphojel réduit l'acidité de l'estomac et l'alcalinité des sécrétions duodénales. Les alcalis ou les oxydes alcalins n'exercent pas cette double action.

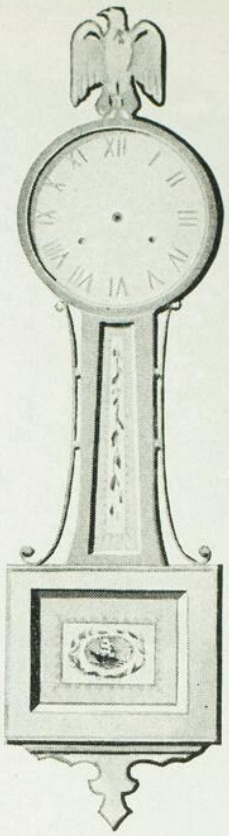



Wyeth

Disponible en bouteilles de 12 onces

**JOHN WYETH & BROTHER (CANADA) LIMITED**

WALKERVILLE ONTARIO



# en un rien de temps

L'administration régulière de
toutes ces vitamines essentielles
se fait sans perte de temps
et sans incommodité
pour vos malades
à moyen de

## Une UNICAP* par jour

| | |
|---|---|
| Vitamine A | 5,000 unités int. |
| Vitamine D | 500 unités int. |
| Vitamine C (37.5 mg. Acide Ascorbique) | 750 unités int. |
| Vitamine $B_1$ | 500 unités int. |
| Riboflavine ($B_2$) | 2.0 mg. |
| Vitamine $B_6$ | 0.2 mg. |
| Pantothénate de Calcium | 1.0 mg. |
| Amide d'Acide Nicotinique | 20.0 mg. |

*Nom Déposé

EN VENTE EN BOUTEILLES DE 50 ET DE 100

FABRICANTS DES MEILLEURS PRODUITS
PHARMACEUTIQUES DEPUIS 1886

**Upjohn**
384, RUE ADÉLAÏDE, OUEST
TORONTO, ONTARIO



# Dîner à Huit Heures — A.M.

Pour des milliers d'ouvriers travaillant sur les quarts de soir ou de nuit, les heures des repas sont tout chambardées— ils prennent leur déjeuner à minuit, par exemple, et leur lunch à trois heures du matin! Et il arrive trop souvent que ce bouleversement dans les heures a sa répercussion sur les repas eux-mêmes. On avale le déjeuner à la course; on met dans la boîte à lunch ce qui est plus vite préparé; et le dîner n'est guère mieux qu'une collation froide. Il s'ensuit que bien des gens n'absorbent pas les aliments protecteurs importants en quantités optimum, ni même suffisantes—et les hypovitaminoses subcliniques sont loin d'être rares. Lorsque vous avez reconnu, ou que vous soupçonnez fortement, l'existence d'une telle insuffisance, vous voudrez peut-être non seulement corriger l'alimentation, mais en plus prescrire un appoint de vitamines. Pourquoi ne pas spécifier les Capsules de Dayamine Abbott? Vous ne pouvez mieux assurer à vos malades des produits vitaminiques de pureté et d'activité irréprochables qu'en prescrivant les Capsules de Dayamine. Laboratoires Abbott Limitee, Montréal, 8

FORMULE

chaque capsule contient:

| | |
|---|---|
| Vitamine A | 5,000 unités int. |
| Vitamine D | 800 unités int. |
| Acide Ascorbique | 75 mg. |
| Vitamine C, 1500 unités int.) | |
| Chlorhydrate de Thiamine | 3 mg. |
| Vitamine $B_1$, 1000 unités int.) | |
| Riboflavine | 3 mg. |
| Vitamine G 1200 unités Sherman) | |
| Nicotinamide | 20 mg. |
| Chlorhydrate de Pyridoxine | 1 mg. |
| (Chlorhydrate de Vitamine $B_6$) | |
| Acide Pantothénique | 3 mg. |

SPECIFIEZ **Capsules de Dayamine, ABBOTT**

# Citation

**tirée d'un total de plus de 600 communications**

"Aucun anesthésique ne convient dans tous
les cas, mais l'emploi récent du pentothal sodique a
démontré qu'il est sûr et bien tolérable pour le patient,
qu'il entraîne remarquablement peu de complications,
et qu'il laisse un champ opératoire libre comparable
à celui de l'anesthésie rachidienne.

*Howard N. Cooper, M.D., F.A.C.S.*
*Etude de 500 Anesthésies*
*et de leurs Complications*
*Northern New York Medical Journal 1:33*

**POUR L'ANESTHESIE INTRAVEINEUSE**

Des notices indiquant le mode d'administration ainsi que les précautions à prendre et les contre-indications, seront envoyées sur demande adressée aux
LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE
20 Chemin Bates, Montréal, 8

# Pentothal Sodique

[ETHYL (1-MÉTHYLBUTYL) THIOBARBITURATE DE SOUDE ABBOTT]

# BULLETIN

## CE QUE LE TEMPS NOUS APPORTE

Le professeur René Cruchet, pédiatre et neurologiste français de l'Ecole de Médecine de Bordeaux, qui fut en Amérique du Sud depuis 1942, vient de passer dans notre Province. Il y prononça une série de conférences portant surtout sur des sujets de médecine, de littérature et d'histoire.

M. Cruchet, à soixante-dix ans, est demeuré d'une verdeur exceptionnelle, alliant une excellente santé à une lucidité et une vigilance intellectuelles étonnantes.

En 1942 et en Argentine, il soutenait une thèse de doctorat ès lettres traitant de « La méthode en médecine », réalisant ainsi un rêve de ses vingt ans; ce qui démontre quel feu sacré anime encore son esprit et la persistance d'un enthousiasme de jeunesse pour les activités de la pensée.

Le passage du professeur Cruchet au Canada français doit être signalé; il fait revivre la période d'avant-guerre où des médecins français venaient nous rendre visite régulièrement, invités de *l'Institut Scientifique Franco-canadien* ou de l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord*. Espérons que le présent séjour de M. Cruchet inaugure en quelque sorte la reprise de cette coutume et de notre liaison avec nos amis et nos Maîtres français.

*
* *

Huit mille lits seraient nécessaires pour traiter efficacement les tuberculeux de la Province de Québec et pour enrayer la contagion de la phtisie par ceux qui vivent en contact intime avec les malades bacillifères.

Grâce aux efforts de la *Ligue Canadienne de Santé,* de la *Ligue Antituberculeuse,* du *Comité provincial de Défense contre la Tuberculose,* de la Section de la tuberculose au Service de Santé de Montréal, des dispensaires antituberculeux et d'autres organisations à dévouement et activités similaires, le dépistage de la tuberculose s'opère de mieux en mieux dans notre Province et à Montréal, chez les insti-

tuteurs, dans les usines et au sein de la population en général. Mais cet effort est privé de son complément indispensable qui est l'isolement du malade et son traitement approprié, faute de lits dans les sanatoria. Que d'efforts, que de dépenses d'énergie et d'argent, quelle complexité dans l'organisation de la lutte contre les effets d'un microbe qui sabote et bouleverse la sécurité, la santé des individus, toute l'économie sociale. Le jour où on trouvera un traitement spécifique de la tuberculose, qui sera selon toute probabilité une médication chimique, le médecin aura remporté un triomphe à répercussion profonde. Campagnes, ligues, dispensaires, vastes et nombreux sanatoria, tout deviendra inutile. Une pilule, un comprimé, une solution, transformera les budgets des ministères de la Santé et libérera les ministres d'un cauchemar épuisant. Les travaux des chercheurs ont abouti à la découverte de la *promine,* de la *diazone,* enfin du *promizole.*

Espérons que ces premiers jalons déjà riches de promesses sont les signes avant-coureurs du succès définitif.

*
* *

Le Service Sélectif annonçait tout récemment que les sanatoria pour tuberculeux et les hôpitaux psychiatriques ne peuvent recruter d'infirmières en nombre suffisant et que cet état de choses y crée une situation désespérante et rend extrêmement difficiles, sinon très incomplets, les soins à prodiguer aux malades. Le même Service conseillait d'utiliser, jusqu'à nouvel ordre, le plus possible d'aides-gardes-malades dans les hôpitaux.

La guerre actuelle a-t-elle mis en lumière vive une situation latente jusque-là? L'après-guerre verra-t-il des transformations assez importantes pour la formation des gardes-malades? Jusqu'à aujourd'hui, la candidate à l'étude d'infirmière doit posséder un diplôme de onzième année; elle suit un cours savant de trois années dans des écoles agréées par les Associations officielles d'infirmières. D'autre part, les diplômées obtiennent des situations alléchantes dans les services des armées, ce qui est passager, il est vrai, mais aussi dans les grandes industries, à certains services de transport, aux organisations d'hygiène, dans certains districts ruraux, dans des services hospitaliers civils, dans les laboratoires gouvernementaux, pour les œuvres de service social, d'hôpitaux, de municipalités, d'organisations provinciales et fédérales, auprès des grandes compagnies d'assurance, etc. A tel point que le malade ne peut plus se

procurer les soins d'une garde-malade, dont la mission et la préparation professionnelles sont pourtant de prodiguer son art et de répandre ses qualités de douceur, de mansuétude et de patience auprès des malades.

Aux Etats-Unis, le problème a été résolu en grande partie par la création d'une catégorie d'infirmières qu'on nomme « *practical nurses* ». Elles n'ont pas à présenter une instruction aussi poussée; leur bagage théorique en connaissances médicales est moins étendu. D'autre part, elles s'initient presque exclusivement aux soins des malades pendant une période d'environ deux ans dans des milieux hospitaliers. Il serait à souhaiter qu'au Canada, dans la Province de Québec, une telle initiative fût prise et que nous eussions nos *practical nurses* à offrir à nos patients.

Il serait peut-être indiqué qu'après la guerre les deux catégories de gardes-malades fussent destinées à deux ordres de rôles et de fonctions. Les gardes-malades de qualité actuelle pourraient se consacrer aux services de sécurité sociale, d'hygiène, de laboratoire, etc., enfin aux activités qui exigent une certaine culture générale et médicale, alors que les *practical nurses* pourraient se vouer aux soins immédiats des malades: ceux-ci n'exigent pas, à vrai dire, une bachelière ou une érudite en choses médicales, mais bien plus une personne adroite, rompue au maniement des malades, aux pansements, aux soins journaliers; ils requièrent aussi du dévouement, de la bonne humeur, un optimisme discret, de la douceur et de la patience. Leur faiblesse, leur souffrance, leur inquiétude et leur invalidité, en un mot, exigent les qualités du cœur plutôt que la culture de l'esprit, et une connaissance pratique du *nursing* plutôt que la science approfondie de la médecine.

Roma AMYOT.

# LA NEURECTOMIE PÉRICORONARIENNE ASSOCIÉE À LA LIGATURE DE LA GRANDE VEINE CORONAIRE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES DE LA MALADIE CORONARIENNE

## Observation clinique [1]

Par **Mercier FAUTEUX**, F.R.C.S. (C.).
Boston (Mass.).

Il ne fait aucun doute que, dans la maladie coronarienne, les désordres purement mécaniques de la circulation coronaire, les réactions vaso-motrices coronariennes et les répercussions sur l'appareil sensitif du cœur sont intimement liés. Il n'arrive probablement jamais qu'un seul groupe de ces phénomènes pathologiques agisse réellement seul. En effet, chaque fois que l'un d'entre eux entre en scène, ou bien il est la résultante d'un des autres ou bien il détermine l'apparition tout au moins de l'un ou l'autre des deux.

De cette notion, se dégage un principe fondamental en thérapeutique chirurgicale qui, semble-t-il, fut jusqu'à aujourd'hui plus ou moins négligé. Toute opération visant à l'amélioration des conditions rencontrées au cours de l'évolution de la sclérose coronarienne doit tendre à abolir simultanément les désordres purement mécaniques de la circulation coronaire, les réactions vaso-motrices coronariennes et les répercussions sur l'appareil sensitif du cœur. Autrement, les résultats obtenus ne peuvent être que partiels, temporaires, ne modifiant guère la physionomie et l'évolution clinique de la maladie.

C'est guidé par ce principe essentiel, qui n'a jamais été perdu de vue depuis, que j'entrepris en 1935 des recherches expérimentales sur le traitement chirurgical de la maladie coronarienne, recherches qui se sont continuées jusqu'à aujourd'hui.

Il ne semble pas inutile, avant de présenter l'observation clinique qui constitue le but principal de cette communication, de relater aussi brièvement que possible les travaux expérimentaux et cliniques qui conduisirent graduellement à l'élaboration de l'intervention utilisée chez ce malade.

Au début, considérant qu'il y avait une grande similitude entre les lésions et les perturbations circulatoires créées au cours de la sclérose coronarienne et certaines formes d'artérites chroniques observées au niveau des membres, des interventions proposées et utilisées contre ces dernières dans le but de rétablir l'équilibre circulatoire et faire disparaître certains réflexes délétères furent jugées comme devant être intéressantes à étudier au niveau du cœur.

Comme l'on sait, Leriche, en 1917, suggéra que l'artériectomie segmentaire pourrait avoir une grande valeur dans le traitement de certaines formes d'artérites chroniques rencontrées au niveau des membres. Par la suite, il montra qu'une artère en ces conditions n'est plus une artère, un vecteur de sang, mais un nerf plexiforme en conditions pathologiques qui engendre à la périphérie des réflexes vaso-constrictifs. Il prouva, par ailleurs, que la résection de ce segment artériel dégénéré supprime ces troubles et détermine une vaso-dilatation active. Leriche et Fontaine furent tellement impressionnés par les résultats cliniques qu'ils obtinrent par cette intervention, qu'ils exprimaient, au Congrès de Chirurgie de 1932, que cette mesure pourrait bien produire les mêmes avantages dans le traitement

1. From the Laboratory of Surgical Research of the Harvard Medical School and the Peter Bent Brigham Hospital, Boston, Mass.

es occlusions coronariennes secondaires à la clérose et à la thrombose coronariennes.

Par ailleurs, Oppel, en 1913, démontra la aleur de la ligature de la veine poplitée dans e traitement de la gangrène sénile du pied. hez six malades traités par l'occlusion veieuse, non seulement le membre retrouva sa haleur et sa coloration normale sans déeloppement d'œdème, mais aussi un certain egré d'hyperémie du pied et des orteils.

Ces deux méthodes furent donc étudiées xpérimentalement sur le cœur du chien, et es résultats furent tout d'abord présentés à « Montreal Physiological Society » en 1937 t publiés *in extenso* en 1940. La coronariecomie segmentaire fut trouvée incompatible vec la vie chez le chien à artères coronaires ormales. L'on devait s'attendre à cette consatation, connaissant les effets de l'occlusion udaine d'importantes branches artérielles du œur. Aussi ils ne furent pas une surprise. Cependant, il fut noté que, si l'on combinait à coronariectomie segmentaire l'occlusion de grande veine coronaire, le taux de mortaté devenait considérablement abaissé. Il fut onclu que la ligature de la grande veine coroaire dans l'occlusion de la branche descenante de l'artère coronaire gauche aide à mainenir une circulation coronaire efficiente après oronariectomie segmentaire. Plus tard, dans 'autres expériences non publiées, un segent d'une coronaire du chien fut chroniqueent inflammée. Il en résulta des altérations arquées de la tunique vasculaire artérielle ui progressèrent au point de déterminer le étrécissement et l'occlusion définitive du vaisau. La résection de ce segment coronarien odifié, pratiquée ultérieurement, devint ompatible avec la vie dans plusieurs expéiences. Malgré ces résultats un peu plus enourageants, ces expériences furent abandonées, considérant que, même si l'on démonait que la coronariectomie segmentaire préente de grands avantages dans le traitement es coronarites, elle ne pourrait avoir aisément une indication thérapeutique dans un cas donné, vu l'impossibilité actuelle d'obtenir des coronogrammes chez un malade et, par conséquent, de déterminer d'une façon précise quel segment coronarien est à réséquer.

Un fait demeurait tout de même: la ligature de la grande veine coronaire aidait dans les réajustements circulatoires après occlusion coronarienne. Quelle serait la valeur de cette mesure appliquée à des malades? Il n'était pas ignoré que cette ligature ne pouvait faire plus que de hâter le développement du système anastomotique coronarien, qu'elle n'avait par conséquent aucune action directe sur les réactions vaso-motrices coronariennes et sur les répercussions sur l'appareil sensitif du cœur. En dépit de ces effets bien limités, les résultats expérimentaux obtenus grâce à la ligature veineuse apparurent indiquer qu'il y aurait avantage à appliquer cette mesure chez un groupe de malades sélectionnés avec soin.

Le premier cas fut opéré en 1939. Depuis, neuf autres malades furent traités de la même façon. Une étude complète des résultats éloignés de cette série fut présentée à la réunion de la « New England Heart Association » en mars 1943. Résumons ici sommairement les faits présentés alors et les conclusions qui furent posées.

Tous ces malades avaient une histoire clinique de thrombose coronarienne ancienne confirmée par des tracés électrocardiographiques. Quelques-uns d'entre eux avaient eu deux attaques de thrombose coronarienne dans le passé. Tous présentaient de l'angine de poitrine à l'effort. Aucun ne répondait d'une manière satisfaisante à la thérapeutique médicale et au repos prolongé.

Trois malades sont morts. Sept sont vivants.

Un seul patient est mort à la suite de l'opération. Une déchirure de la plèvre se produisit au cours du décollement de celle-ci afin d'exposer le péricarde. Elle fut immédiate-

ment suturée avec soin. Un pneumothorax sous tension fut la cause de la mort.

Un malade âgé de 65 ans qui présentait en plus de sa condition coronarienne un certain degré d'insuffisance cardiaque qui nous fit longtemps douter sur les indications d'une opération dans son cas eut des suites postopératoires normales et quitta l'hôpital amélioré. Il ne se plaignait plus de douleurs angineuses. Il mourut trois mois après l'intervention d'insuffisance cardiaque progressive. A l'autopsie, l'on trouva de l'artériosclérose généralisée, de la sclérose coronarienne avec rétrécissement très marqué de la lumière vasculaire, de la fibrose myocardique, et un infarctus récent du rein gauche. Ce malade, vu la présence d'une insuffisance cardiaque reconnue avant l'opération, aurait dû être considéré comme un pauvre candidat pour cette mesure. En effet, la constatation de signes démontrant une insuffisance du cœur est une contre-indication opératoire formelle. Non seulement elle accentue les risques de l'intervention, mais elle indique presque toujours un dommage myocardique au-dessus des sources de la chirurgie.

Le premier patient opéré en 1939 mourut subitement un peu plus de deux ans et demi après l'opération. Avant la ligature de la grande veine coronaire, il ne pouvait plus marcher d'un coin de rue à l'autre sans éprouver des douleurs angineuses ou de la dyspnée. La moindre émotion suffisait à déclencher une crise angineuse. Cinq mois après l'intervention, il put marcher cinq milles sans se reposer et sans ressentir le moindre ennui. Il reprit son travail. Fréquemment il fut examiné par la suite. Il déclarait chaque fois que son état était de beaucoup meilleur depuis l'opération, A l'autopsie, les constatations suivantes furent décrites par M. le docteur J.-L. Riopelle, pathologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal. « La surface externe du sac péricardique est lisse et matelassée d'une épaisse couche de tissu adipeux (1 cm.) allant jusqu'à la crosse de l'aorte, et se prolongeant latéralement par des franges adipeuses. Sur la face antérieure du sac péricardique, on note une cicatrice linéaire, oblique, de 5 cm. de longueur, dont l'extrémité supérieure se trouve à 1 cm. 5 du phrénique gauche, par rapport auquel elle décrit un angle d'environ 45 degrés. Après exérèse de la graisse, le péricarde pariétal apparaît légèrement épaissi. Il a perdu sa transparence habituelle, sauf au niveau du cœur droit, près de la base. La vascularisation du péricarde pariétal est assurée par des vaisseaux de petit calibre (¼ de mm. tout au plus); elle ne semble pas anormalement augmentée, loin de là. Dans la cavité péricardique, sur la face antérieure du cœur, présence d'adhérences multiples, fines, égales, qu'il est possible de dissocier. L'épicarde est dépoli, épaissi, blanchâtre, adipeux, surtout au niveau des sillons. Sur la face postérieure du cœur, absence presque complète d'adhérences. Le péricarde pariétal est plus mince. Le péricarde viscéral est lisse et transparent, un peu moins tout de même du côté gauche que du côté droit. Le cœur mesure 16.5 x 11 x 8 x 4.5 à 5 cms et pèse 620 grammes une fois débarrassé de ses caillots. La portion ascendante de la crosse aortique mesure 7.5 cms de circonférence. L'aorte thoracique mesure 6 cms de circonférence. Athérome aortique assez discret, par petites papules, au niveau de l'aorte ascendante.

En passant une sonde par l'orifice de la coronaire gauche, on note que la branche descendante est oblitérée à 2.5 cms de cet orifice. La coronaire droite est perméable, mais légèrement sténosée et peu athéromateuse. La ligature veineuse est retrouvée à 2 cms de l'origine du sinus coronarien. Après ouverture longitudinale de l'artère coronaire gauche, la branche circonflexe apparaît oblitérée à 5 mms de la bifurcation et athéromateuse sur une longueur de 1.5 cm.; la branche descendante est oblitérée à 2 cms de la bifurcation, très athéromateuse et sténosée sur toute sa longueur. L'examen du myocarde

ne révèle aucun infarctus de grande dimension, mais on y aperçoit de multiples et minuscules foyers d'infarcissement. Les uns sont récents, et formés de fibres nécrosées en masse, soit à des stades variables de dégénérescence. Les autres consistent en des foyers de sclérose jeune, encore abondamment vascularisés, où les fibres musculaires ont disparu. D'autres enfin sont franchement cicatriciels. Tous ces foyers prédominent dans la moitié interne sous-endocardique du ventricule gauche, un peu plus en avant qu'en arrière. On en voit aussi dans la cloison interventriculaire. On n'en observe que quelques-uns au niveau des piliers du cœur droit. Les gros vaisseaux de distribution sont athéro-scléreux. L'observation la plus intéressante est la constatation d'un état de distension extrême de vaisseaux apparemment veineux au niveau des piliers du ventricule gauche, au point que ces derniers ont par endroits un aspect caverneux. Cet état de distension existe dans la partie postérieure du ventricule aussi bien que dans sa région antérieure. »

Ces coupes furent aussi examinées par le professeur S. B. Wolbach de Boston. Il constata qu'il y avait une vascularisation considérable du muscle cardiaque, beaucoup plus marquée que celle généralement rencontrée soit dans un cœur normal, soit dans un cœur atteint de sclérose coronarienne. Les vaisseaux observés et décrits par M. le docteur Riopelle étaient non seulement des veines mais aussi des vaisseaux artériels.

Sept malades opérés vivent. Trois, depuis cinq ans après l'intervention; quatre, depuis quatre ans après l'intervention. Tous ont repris leur travail et éprouvent la joie de vivre. L'un d'entre eux présente encore de temps en temps des douleurs angineuses; tout de même, il travaille, chose qu'il ne pouvait pas faire auparavant. Deux éprouvent une sensation de pesanteur non douloureuse au niveau de la région précordiale lorsqu'ils sont fatigués. Les quatre autres n'ont plus d'angine. L'un de ces derniers fut récemment examiné par le professeur S. A. Levine de Boston. Cet homme, opéré il y a cinq ans, est maintenant âgé de 64 ans. Il avait présenté trois accidents de thrombose coronarienne avant l'intervention. Il ne pouvait plus travailler. Quelques mois après la ligature de la grande veine coronaire, il reprenait le même travail qu'il avait été obligé d'abandonner en raison de l'angine à l'effort. Depuis, il n'a jamais souffert d'angine. M. Levine a trouvé que ce malade s'était comporté très bien durant ces cinq années. Actuellement, il se plaint de temps en temps d'essoufflements à l'effort. Il semble que ces ennuis soient en rapport avec une pression artérielle élevée et une obésité assez marquée, deux conditions qui se sont développées il y aurait à peine quelques mois.

L'expérience acquise grâce à cette série de dix malades a une valeur considérable. Elle permet certaines déductions intéressantes et profitables.

1° La mortalité opératoire est basse. La complication qui a causé la mort chez un patient aurait pu être évitée. 2° L'étude du cœur du malade qui est mort un peu plus de deux ans après l'intervention a permis de se rendre compte des effets de la ligature veineuse sur la vascularisation du cœur. Les sections histologiques démontrent que l'occlusion veineuse force l'ouverture des anastomoses coronariennes, les distend, et, conséquemment, développe leur aptitude fonctionnelle. Elles démontrent en plus que cette action n'est pas qu'un effet immédiat et transitoire mais bien un effet permanent. Elles sont enfin, du point de vue vascularisation, superposables à celles obtenues par Louis Gross et ses collaborateurs à la suite de l'occlusion du sinus coronarien chez le chien. 3° Le fait que tous les malades qui ont survécu à l'opération purent reprendre leur travail, la plupart sans plus éprouver de douleurs angineuses, semble indiquer que la ligature de la grande veine coronaire accélère le développement naturel de la circulation anastomotique

et améliore la nutrition myocardique et la capacité fonctionnelle du cœur. Tels sont les avantages de cette opération. Elle ne peut faire davantage.

Le système nerveux des coronaires n'est pas modifié par cette mesure; les réflexes coronariens, conséquemment, peuvent toujours intervenir de différentes façons. Ces derniers jouent un rôle considérable dans le développement des douleurs angineuses ou d'autres sensations qui en sont des variantes, dans la production d'états ischémiques transitoires du myocarde même le mieux irrigué, dans l'initiation de la fibrillation ventriculaire et la mort subite.

Afin d'abolir ou tout au moins diminuer substantiellement l'incidence des réflexes résultant de la stimulation des terminaisons nerveuses du système coronarien, il semble qu'il serait instructif d'étudier les effets de la résection de la plupart des branches nerveuses afférentes et efférentes localisées au niveau du tronc coronarien et se fusionnant en faisceaux vers un plexus situé entre l'artère pulmonaire et l'aorte et un autre plexus situé plus haut sur la face antérieure de l'aorte. Comme une résection intéresse à la fois des branches sympathiques, vagales et sensitives, elle fut mentionnée ultérieurement sous le nom de neurectomie péricoronarienne. Des travaux expérimentaux furent entrepris au Laboratoire de Recherches Chirurgicales de l'Ecole de Médecine de l'Université Harvard. Ces expériences nécessitèrent un peu plus de deux années de travail. Dans une note préliminaire à la Société de Biologie de Montréal, les résultats les plus essentiels furent communiqués en 1943. Toutes ces expériences seront rapportées en détail dans un travail d'ensemble qui sera publié d'ici quelques mois.

Brièvement résumés, voici les faits les plus importants à souligner aujourd'hui. Dans un premier groupe de chiens, l'artère circonflexe fut liée à son origine, c'est-à-dire à environ quatre à six millimètres de l'origine aortique de l'artère coronaire gauche. Vingt pour cent de ces chiens survécurent. Dans un second groupe, préparé à l'avance par la ligature coronaire veineuse, l'artère circonflexe fut liée au même niveau que dans le premier groupe qui servait de contrôle. Quarante pour cent de ces chiens survécurent. Dans un troisième groupe, préparé à l'avance par la neurectomie péricoronarienne, l'artère circonflexe fut aussi liée comme dans les groupes précédents. Soixante pour cent survécurent. Dans un quatrième groupe, préparé à l'avance par la neurectomie péricoronarienne associée à la ligature coronaire veineuse, l'artère circonflexe fut liée au même niveau que dans les groupes précédents. Le taux de survie atteignit 86.7 pour cent. Enfin, dans un cinquième groupe, préparé de la même façon que le quatrième groupe, environ un mois plus tard, la branche descendante de l'artère coronaire gauche fut occlue chez des chiens non anesthésiés pour étudier la réaction à la douleur causée par l'obstruction coronarienne. Quatre-vingt pour cent demeurèrent sans donner de réponse positive; vingt pour cent donnèrent des réponses douteuses, sûrement pas typiques de celles obtenues dans une série de contrôle faite auparavant.

Ces constatations expérimentales eurent, en plus de l'avantage de donner certaines explications sur les mécanismes responsables de la mort à la suite d'une occlusion coronaire soudaine, celui de démontrer que la neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande veine coronaire méritait d'être étudiée dans le traitement de la maladie coronarienne. Le 11 septembre 1944, la première dénervation complète de l'artère coronaire gauche chez l'homme fut pratiquée au « Peter Bent Brigham », à Boston. Bien que les résultats éloignés de cette opération chez ce malade restent à voir, il a semblé, pour plus d'un motif, intéressant de rapporter son observation clinique.

* * *

Le malade, un homme de 45 ans, fut admis dns le Service Chirurgical du « Peter Bent Higham », le 27 juillet 1944. Un an auparavnt, il avait eu trois ou quatre attaques de svères douleurs substernales à l'effort qui crèrent trois ou quatre minutes. Trois mois demi avant son admission, il nota que le ft de marcher sur un plan plus ou moins évé durant quelques minutes déclenchait ne attaque de douleurs sévères, localisées sus le sternum, s'irradiant vers le dos, et s'accmpagnant d'une sensation d'insensibilité ns le bras gauche jusqu'au coude. Fréquemment ces douleurs étaient accompagnées d'un at nauséeux, mais le malade n'eut jamais de missements. Ces crises douloureuses ne se veloppaient jamais au repos, s'installaient usquement à la suite d'efforts et disparaissient presque aussitôt que le malade se reposit.

Avant son admission à l'hôpital, un électrordiogramme fut pris le 19 juin 1944 au disensaire du « Peter Bent Brigham ». L'on nota ne prédominance gauche et une quatrième érivation anormale. A la radiographie, le œur apparut augmenté de volume (4 pour nt). A la fluoroscopie, rien de bien remaruable. L'examen objectif fut négatif. Un iagnostic de sclérose coronarienne associée à e l'angine de poitrine fut porté. L'on prescrivit de la nitroglycérine, et cette médicaion améliora quelque peu l'état du malade. Une semaine avant son admission à l'hôpital, our la première fois une attaque identique celles éprouvées durant la journée survint a nuit lorsque le malade se trouvait au lit. l dut se tenir assis dans le lit toute la nuit, ette position étant la seule lui permettant le tolérer la douleur. Il ne présentait pas de lifficultés à la respiration. La douleur persista durant les deux jours qui suivirent, et ne ui donna aucun moment de répit. Elle disparut au cours de la troisième journée. Une ois admis à l'hôpital, il eut plusieurs brèves attaques douloureuses survenant au repos et après les repas.

A l'examen, sauf le système cardiovasculaire, rien d'anormal ne fut trouvé. Le jour de son entrée, la température était 99.2, le pouls 104, la respiration 18, et la pression artérielle 120/80. Le choc de la pointe du cœur n'était pas visible ni palpable. Les bruits du cœur étaient distants; le rythme, régulier; et il y avait un léger souffle systolique à la pointe.

Le docteur Samuel A. Levine examina le malade et conclut que dix jours avant son admission à l'hôpital il avait eu une thrombose coronarienne. Il recommanda le repos au lit pour une période de six semaines. A la suite de cette période de repos, il fut convenu que l'on devrait considérer alors quelle conduite devrait être prise.

Un électrocardiogramme pris le 29 juillet 1944 montra: prépondérance gauche; TI diphasique; dérivation IV, normal; rythme 63; P-R 0.16; QRS 0.08. Le malade resta au lit et ne présenta que quelques crises angineuses qui graduellement ne se produisirent plus. Le 14 août 1944, il se leva pour la première fois. Le fait de se promener dans la salle ne lui causa jamais d'ennui. Le 21 août 1944, des tests d'endurance à l'exercice furent commencés par le docteur J. E. F. Riseman. La ligne de base obtenue sans médication fut 28.

Un autre tracé électrocardiographique fut pris le 28 août 1944. Dérivation IV, normal; rythme 79; P-R 0.12; QRS 0.08. La pression veineuse était 14.2 cm. (sérum physiologique). Plusieurs temps circulatoires furent pris; ils varièrent de 37 à 12 secondes. La capacité vitale était 3,500 c.c.

Le 11 septembre 1944, sous anesthésie à l'éther, et avec l'aide des docteurs Orvard Swenson et Charles A. Hufnagel, fut pratiquée une neurectomie péricoronarienne associée à la ligature de la grande veine coronaire. Aucune médication spéciale ne fut administrée avant l'opération. Une incision fut

pratiquée à angle droit, commençant au niveau de la deuxième côte gauche, atteignant la moitié droite du sternum pour enfin descendre verticalement à peu près à l'appendice xyphoïde. Les deuxième, troisième et quatrième côtes gauches furent partiellement réséquées. La portion sternale correspondant à ces côtes fut aussi réséquée partiellement à l'aide d'un rongeur. A la compresse, la plèvre fut dégagée du péricarde pariétal. Ce dernier fut incisé largement, transversalement et de bas en haut. La grande veine coronaire fut libérée au niveau de l'origine du sinus coronarien. Une ligature fut passée sous la veine et les deux chefs de fil furent croisés temporairement afin d'observer les effets de l'occlusion veineuse sur les fonctions du cœur. La pression artérielle, le nombre des pulsations, et le tracé électrocardiographique ne présentèrent pas de modifications anormales; il fut donc jugé que le niveau de l'obstruction était satisfaisant. La veine, cependant, ne fut pas liée immédiatement parce que la distension des petites veines au niveau de la base du cœur aurait compliqué inutilement la technique de la résection nerveuse.

L'artère pulmonaire fut libérée de l'aorte et repoussée vers la droite afin d'exposer l'origine de l'artère coronaire gauche et le plexus nerveux situé entre l'artère pulmonaire et l'aorte. Le tissu épicardique recouvrant l'artère coronaire fut incisé et réséqué de l'origine du vaisseau jusqu'à quelques millimètres plus bas que la bifurcation. Les nerfs émergeant de la face postérieure de l'artère pulmonaire et se dirigeant soit vers le tronc de l'artère coronaire gauche ou soit vers le rameau descendant furent exposés et réséqués. De la même façon, les branches nerveuses émergeant du côté gauche de l'aorte et se dirigeant soit vers le tronc de l'artère coronaire gauche ou soit vers l'artère circonflexe furent exposés et réséqués. Au cours de ces manœuvres, les régions exposées furent fréquemment imbibées de solution de novocaïn à 2 pour cent à l'aide de petites boules d ouate hydrophile. Une fois la résection d nerfs terminée, l'artère coronaire gauch étant bien isolée des tissus adjacents fut to chée au phénol sur toute la longueur d tronc principal ainsi que sur la portion pr ximale de ses deux branches principales. L but de la phénolisation étant de détruire le fines branches nerveuses situées au niveau d l'adventice qu'il est impossible, évidemmen de réséquer. Cette application de phénol n détériore pas le vaisseau. Des sections d'a tères coronaires ainsi traitées montrèrent qu seule l'adventice devenait modifiée. Au cou de toutes ces manœuvres, il n'y eut aucun hémorragie, exception faite d'un suintemen sanguin insignifiant du tissu adipeux recou vrant les vaisseaux qui fut, d'ailleurs, rapi dement et aisément contrôlé par l'applica tion de « fibrin foam ».

La grande veine coronaire fut liée. Le péri carde fut laissé largement ouvert. La paro thoracique fut suturée sans drainage. A l fin de l'opération, l'état du malade était trè satisfaisant.

*Suites opératoires.* Immédiatement aprè l'opération, l'oxygène fut administré conti nuellement durant à peu près quatre heures et fut ensuite discontinué. Deux jours aprè l'intervention, le malade était assis dans un chaise. Le 17 septembre 1944, les points fu rent enlevés. La plaie était guérie par pre mière intention. Le malade continuait à se trouver très bien, se promenant dans la salle lorsque, le 20 septembre, il se plaignit de sensibilité au niveau du mollet gauche. Il fut examiné, et comme il présentait un signe de Homan positif indiquant une thrombophlébite, les deux veines fémorales furent immédiatement liées sous anesthésie locale par le docteur O. Swenson. Plus tard, une ascension thermique assez intense disparut totalement en dedans de 24 heures après ces-

tion de la sulfadiazine qui en était la cause. quitta l'hôpital le 4 octobre 1944.

Depuis, il fut revu à de fréquents inter- lles. Il ne se plaint plus de douleurs angi- euses soit au repos ou après les repas, soit rès exercice. Le 27 octobre 1944, il déve- ppa une infection pleuro-pulmonaire droite ui disparut rapidement par le traitement. Le décembre 1944 et les jours suivants, des tests endurance à l'exercice furent de nouveau its par le docteur J. E. F. Riseman. Après 3 trajets, il ne développait aucune douleur ngineuse. Les tracés électrocardiographi- ues après exercice étaient à peu près iden- ques à ceux obtenus après exercice avant opération. Le tracé montrait alors seule- ent une légère dépression de ST.

Le malade a été revu récemment. Il n'a mais eu de douleurs angineuses depuis opération, se sent considérablement amé- oré, et il a repris son travail [2].

2. **Nous félicitons très sincèrement le docteur Fauteux** e l'excellent travail qu'il accomplit à Boston et du très ntéressant article que nous sommes heureux de publier ans cette livraison. Nous l'invitons à continuer sa col- aboration à notre Journal.

La REDACTION

## BIBLIOGRAPHIE


R. LERICHE: « Résultats éloignés des ligatures et des résections artérielles. » Rapports XXXIe Congrès de l'Ass. Française de Chirurgie, oct. 1922.

R. LERICHE: « Du rôle de l'innervation périartérielle des artères et du sympathique dans le rétablissement de la circulation collatérale, après oblitération ou ligature, d'après les recherches expérimentales de P. Stricker et de F. Orban. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 15 avril 1930.

R. LERICHE: « A propos de l'embolectomie et de l'artériectomie dans les thromboses oblitérantes. » *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, **57**: 524, 1931.

R. LERICHE: « Considérations sur le traitement des artérites et des embolies artérielles, d'après une centaine de cas. » *Lyon Médical*, 26 mars 1933.

R. LERICHE et R. FONTAINE: « Chirurgie des nerfs du cœur. » Rapports au 41e Congrès de l'Ass. Française de Chirurgie, oct. 1932.

V. A. OPPEL: « Wieting's Operation und der reduziete Blutkreislauf. » *Centralbl. f. Chir.*, **40**: 1241, 1913.

M. FAUTEUX: « A new method for developing a better collateral blood supply to the heart. » *Canad. M.A.J.*, **38**: 186, 1938.

M. FAUTEUX: « Experimental study of the surgical treatment of coronary disease, S.G.O. » **71**: 151, 1940.

M. FAUTEUX et J. H. PALMER: « Treatment of angina pectoris of atheromatous origin by ligation of the great cardiac vein. » *Canad. M.A.J.*, **45**: 295, 1941.

M. FAUTEUX: « Etudes expérimentales sur le traitement chirurgical des coronarites. » *Union Méd. du Canada*, **72**: 1260, 1943.

# ALLERGIE CUTANÉE

## La Dermatite Eczémateuse

Par **Albéric MARIN**, F.R.C.P. (C.) (Montréal).

Depuis fort longtemps, l'attention des malades et de ceux qui les observent est attirée par divers phénomènes dont l'interprétation est des plus complexes. Ainsi certains individus normaux, vivant de façon normale, offrent des réactions anormales lorsqu'une substance quelconque (alimentaire, médicamenteuse ou autre) est introduite dans leur organisme ou vient en contact avec leur revêtement cutané. Des manifestations variées se montrent alors et se revoient même (avec des allures souvent plus violentes) si des circonstances pareilles sont renouvelées.

On note aussi que ces crises sont produites et reproduites par des agents insignifiants en eux-mêmes (aliments usuels, médicaments pris à dose thérapeutique ou moindre, contacts anodins, etc.), agents parfaitement inoffensifs pour la quasi-totalité des humains.

Il ne s'agit donc pas d'une intoxication ou d'une irritation d'emblée (comme une cautérisation chimique) où tous les sujets éprouvent constamment les mêmes effets devant une même cause, où l'agent nocif lui-même est directement responsable du syndrome. Ici, au contraire, il semble bien qu'une intolérance particulière de l'individu en soit l'origine. Une sensibilité étrange fait les frais de cette réaction où le réactogène n'est ni toxique, ni caustique.

En 1906, von Pirquet créa l'hypothèse de l'Allergie pour en expliquer le mécanisme. Pour cet auteur, l'Allergie est une modification acquise et spécifique de la réactivité de l'organisme devant un agent quelconque.

De nos jours, cette conception initiale s'est quelque peu modifiée. Depuis 1925, Doerr et d'autres n'admettent comme étant vraiment allergiques que les réactions où entre en jeu l'action d'antigènes et d'anticorps. Comme le conflit antigène-anticorps ne peut être invoqué dans de nombreux cas, d'autres termes sont utilisés pour les désigner: sensibilisation, intolérance, allergie non spécifique, pathergie, etc.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces discussions d'école bien qu'elles présentent le plus profond intérêt. Pour le moment, convenons que les manifestations cutanées dues à une sensibilité acquise, quel qu'en soit le mécanisme intime, relèvent de l'Allergie et que l'allergène (ou agent de réaction) peut, selon les cas, éveiller une action d'intolérance par la voie interne ou la voie externe.

Nous ne pourrons ici les passer toutes en revue. Nous omettrons les réactions allergiques de la syphilis, de la tuberculose, des dermatomycoses et autres infections, ainsi que celles d'origine alimentaire ou médicamenteuse interne.

Nous nous bornerons à examiner brièvement quelques aspects de la dermatite eczémateuse par contact (ou eczéma), la plus fréquente des réactions cutanées de nature allergique, où le sujet est devenu intolérant à l'action d'un agent externe.

*
* *

Disons d'abord quelques mots de certaines conditions prédisposantes.

Les Noirs sont plus tolérants que les Blancs. Chez ces derniers, les blonds sont plus sensibles que les types de teint foncé.

Les femmes, plus que les hommes, sont sujettes à ces réactions cutanées.

Les individus jeunes y sont plus susceptibles que les gens d'âge mûr. Ceux-ci ont été en quelque sorte immunisés par des contacts antérieurs multiples; ils possèdent une cou-

e cornée plus épaisse, une pigmentation us abondante; ils transpirent moins.

Certains territoires sont plus fragiles: les is et surfaces de flexion, le cou, les paupières. es régions palmaires et plantaires sont plut réfractaires.

La transpiration surabondante solubilise usieurs irritants, cause de la macération qui noindrit la résistance de la barrière cornée : l'épiderme. S'il s'ajoute de la friction, un at favorable à l'éclosion d'un rash est réaé. Ceci explique que la saison chaude, proquant la transpiration, donne plus fréquement des dermatoses dans certaines industies. A ce motif il faut ajouter que, durant été, l'homme, se couvrant moins, offre plus surface cutanée à des contacts divers.

La propreté corporelle est aussi un facteur nportant ainsi que l'usage de vêtements et us-vêtements propres.

La présence de certains états dermatologiues prédispose à l'eczéma. Ainsi l'ichtyose, dermite atopique, la dermite séborrhéique, rtaines épidermomycoses en sont des terins favorables.

Les principaux réactogènes sont des acides ulfurique, azotique, chlorhydrique, chroique, arsénieux, phosphorique, phénique, ctique, formique, etc.), des alcalis (carbote de soude, de potasse, d'ammonium), des ls de soufre, de mercure, des chromates et chromates, le nickel, le zinc, des solvants érébenthine, toluène, benzol), des huiles esntielles, des teintures, peintures, huiles, dévés du goudron de houille, savons, insectides, cosmétiques, résines, des explosifs, des ois, fruits, plantes.

*
* *

Les signes cliniques objectifs de l'eczéma nt bien connus.

Ils se montrent primitivement aux endroits i s'est produit le contact et la superficie couverte par celui-ci détermine l'étendue de l'éruption première.

Le type aigu se caractérise au début par de l'œdème, de l'érythème, de la vésiculation et du suintement.

Si le traitement est bien conduit, ces signes s'amendent en une dizaine de jours; un érythème résiduel et une légère desquamation persistent durant une ou deux semaines et tout rentre dans l'ordre.

Si, au contraire, le contact causal n'est pas supprimé ou si le traitement est mal fait, les symptômes initiaux s'accusent, se propagent, ont une tendance à la généralisation. La guérison sera alors plus lente, demandera plusieurs semaines, des mois, des années.

Le type subaigu donne de l'érythème, de la lichénification, des crevasses, des lésions de grattage. Il se montre chez ceux qui subissent des attaques plus légères, plus espacées, ou dont le tégument est moins sensibilisé; aussi chez ceux qui, étant restés en contact avec des irritants après une phase aiguë, ont fini par acquérir une accoutumance partielle.

*
* *

Certains facteurs doivent être étudiés afin d'établir le diagnostic de la nature et de la cause de la dermatite eczémateuse.

1) Le *diagnostic clinique du syndrome cutané* s'impose en premier lieu.

Il est le point de départ. S'il est erroné, il nous engage immédiatement sur une piste qui conduit à des conclusions fausses.

Il est impérieux de reconnaître tout d'abord si vraiment l'on a affaire à un rash qui a des possibilité d'étiologie allergique.

Il ne faudrait pas le confondre avec un autre qui jamais ne peut être dû à un contact irritant: pityriasis rosé de Gibert, psoriasis, lichen plan, syphilis, dermatite séborrhéique, dermatite herpétiforme, érythrodermie d'origine médicamenteuse, épidermomycose, dyshidrose, etc.

Il arrivera parfois qu'une dermatite eczémateuse se surajoutera à une dermatose préexistante; elle pourra, par exemple, se greffer sur une dermite atopique, sur une dermite séborrhéique.

Un autre fait vient souvent embrouiller les choses, et ceci beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit communément. Le malade n'a présenté au début qu'un léger érythème aux parties découvertes, accompagné d'un prurit fruste. Ceci aurait peut-être disparu par un mécanisme d'accoutumance (hardening process) aidé d'une médication calmante. Malheureusement un topique trop actif, habituellement une pommade, est prescrit qui aggrave immédiatement la situation et détermine des lésions eczémateuses intenses qui s'étendent de plus en plus, parfois même se généralisent. Une intolérance médicamenteuse s'est surajoutée à l'intolérance initiale. Les choses peuvent aller plus mal même si le médecin change de topiques parce que l'individu est ou devient un polysensibilisé. Ainsi un collyre donné pour une conjonctivite banale causera un eczéma des paupières; une pommade introduite dans le conduit auditif donnera une réaction violente qui débordera l'oreille pour se propager aux régions voisines.

La dermite médicamenteuse, superposée à l'éruption première, est une éventualité courante. Elle est généralement responsable de certains cas qui, bénins à leurs débuts et dus à un contact quelconque, se sont exaspérés ou s'éternisent en devenant de nature thérapeutique (overtreated). Ces éruptions traînent indéfiniment parce que de multiples irritants y sont appliqués: pommades trop actives, nettoyages à l'alcool, savons médicamenteux, etc.

C'est du reste une des causes habituelles de la dermatite des ménagères (housewife dermatitis), où l'on voit des placards rouges, fissuraires, lichénifiés, d'allure chronique, localisés aux doigts, au dos des mains, aux poignets. Ces lésions s'exacerbent souvent. Elles ne sont au début que peu prononcées; elles disparaissent même spontanément avec quelques jours de repos. Mais, un jour, une pommade active est appliquée qui détermine une poussée des plus pénibles, laquelle durera aussi longtemps que ce topique (ou un autre irritant) sera utilisé.

2) Le diagnostic morphologique du syndrome cutané étant établi, *la localisation des lésions cutanées* est le deuxième facteur à considérer.

Très souvent la seule localisation d'un rash nous permet d'en retrouver la cause et, par conséquent, en l'éliminant de guérir le malade.

Donnons comme exemples ce que l'on observe dans certaines usines où l'on manipule des substances susceptibles de produire des dermatites professionnelles par contact.

Généralement, l'eczéma débute aux régions offertes au contact causal. Les régions palmaires toutefois constituent l'exception habituelle.

Le travailleur, ne portant pas de gants et ayant les avant-bras découverts, verra l'éruption commencer au dos des mains et aux avant-bras s'il est exposé à des produits solides ou liquides. La face est atteinte secondairement parce qu'il y porte ses mains souillées. S'il est ganté et si les manches sont retroussées, les avant-bras seront pris les premiers.

S'il s'agit de gaz ou de fine poussière, la face et le cou deviennent le siège initial. Le plus souvent les lésions sont cantonnées à ces seuls territoires. Parfois aussi elles s'étendent largement si le sujet est très sensibilisé.

Il convient ici de dire encore une fois que le plus souvent ces généralisations à presque tout le tégument ne sont en réalité que des dermatites médicamenteuses surajoutées au syndrome professionnel initial. Les manifestations cutanées auraient été limitées aux

sur les régions découvertes, mais un traitement qui conduit en a provoqué d'autres qui se sont propagées.

L'ouvrier aux vêtements imprégnés d'huile présentera des ennuis aux jambes, cuisses, tronc et bras.

Ceux dont les vêtements sont très sales ou saturés de substances irritantes pourront aussi se montrer aux parties couvertes.

Chez d'autres, par l'action de certaines poussières, les signes cutanés apparaîtront d'abord aux poignets, au cou, à la ceinture, aux chevilles où la friction des vêtements fragilise la couche cornée de l'épiderme.

En plus de ces éruptions d'origine industrielle, rappelons que certaines localisations font penser d'emblée à des dermites par contact: médicamenteux, cosmétique, vestimentaire ou autre.

L'eczéma des paupières peut être dû à un cosmétique, à une médication ophtalmologique, au rouge à ongles. Celui des oreilles est souvent causé par une pommade, par un bijou, une lunette. Des lésions persistantes des doigts, des mains, des poignets, distribuées en ilôts plutôt qu'en nappes, affectant une allure chronique, caractérisent la dermatite des ménagères. Le port des gants de caoutchouc détermine souvent de l'eczéma des mains. Une dermatose suintante qui débute au cuir chevelu pour progresser rapidement vers le front. la face et le cou est le résultat de teintures ou teintures pour le cuir chevelu. Une eczématisation des lèvres est habituellement causée par un dentifrice ou le rouge à lèvres; celle du front et des tempes par la coiffe du chapeau. La face dorsale des pieds est sensible aux teintures de chaussures, aux substituts du cuir, aux topiques médicamenteux.

Pour résumer, voici quelques localisations avec leurs causes habituelles:

Cuir chevelu et front: shampoings, lotions et teintures capillaires, coiffe de chapeaux, perruques.

Paupières: mascara, pommades, collyres, crème de beauté, poli à ongles.

Oreille externe: gouttes et pommades médicamenteuses, teintures et lotions capillaires, parfums, boucles d'oreilles, lunettes, cornets acoustiques.

Lèvres: rouge à lèvres, dentifrices, fruits et légumes crus, pipes, fume-cigarettes.

Face, menton: lotions, crèmes, savons, topiques médicamenteux, poussières.

Cou: écharpes, fourrures, teintures, cosmétiques.

Aisselles: désodorisants, pâtes dépilatoires, protecteurs de caoutchouc, teintures de vêtements.

Tronc: vêtements, costumes de bain, brassières, ceintures abdominales ou herniaires.

Bras, avant-bras: laine, tissu rayon, bracelets, teintures.

Mains, doigts: produits chimiques industriels, poli à ongles, gants de caoutchouc, savons, eau de Javel.

Cuisses, jambes: jarretières métalliques, bas. dépilatoires.

Pieds: bas, souliers, médicaments fungicides.

3) Après la morphologie des lésions et leurs localisations, nous envisagerons *l'historique de la dermatose*. C'est un critère de la plus haute importance; il doit être étudié avec un soin extrême.

L'enquête minutieuse portant sur les circonstances qui entourent l'apparition, la succession, la disparition des manifestations cutanées chez un individu est indispensable.

Si l'historique d'un rash n'est pas complet, il est impossible: *a)* d'établir ou de rejeter sa nature allergique; *b)* d'affirmer ou de nier que sa prolongation indéfinie en soit la conséquence; *c)* d'établir que tel agent en soit la cause.

Les habitudes professionnelles, d'hygiène, de soins de toilette, récréatives et autres doivent être considérées avec attention. Ainsi un garçon de bureau présente une dermatite eczémateuse des mains et poignets: les caractères morphologiques et les localisations s'accordent avec ce que l'on observe dans le cas d'une dermatose industrielle, mais l'enquête révèle que le sujet au cours de son travail ne vient pas en contact avec des substances suspectes, que chez lui il exécute des travaux de photographie, qu'il porte parfois des gants de caoutchouc.

Ou bien encore, cette ouvrière a véritablement fait une éruption d'origine professionnelle des membres supérieurs et de la face, dont elle est guérie depuis longtemps. Elle n'est pas pas retournée à l'usine, mais elle présente de nouvelles lésions au dos des mains ou aux paupières. Il s'agit ici d'ennuis causés par des travaux de ménage ou par des cosmétiques, sûrement pas par des contacts industriels anciens dont l'action nocive est depuis longtemps épuisée.

Voici le résumé de l'observation d'un de nos malades où le diagnostic de la nature allergique de l'éruption et de sa cause exacte fut fait par son caractère morphologique et sa localisation et surtout par l'historique. En réalité, c'est celui-ci seul qui a convaincu cet individu de la cause véritable du mal qui l'affligeait; en supprimant l'agent causal, il voyait disparaître ses lésions cutanées, lesquelles reparaissaient si le contact était rétabli.

« M. F. X., âgé de 45 ans, est gérant d'une filature de laine. Son état général est parfait. Ses examens de laboratoire sont normaux.

« Depuis sept années consécutives, il souffre de lésions eczémateuses de la face. Celles-ci font leur apparition tous les automnes, débutant par le front, s'étendent successivement aux tempes, aux joues, oreilles, cou. Durant l'hiver il souffre souvent d'exacerbations intenses qui le forcent de garder la maison. La face et les paupières s'œdématient, devien nent suintantes. Il y a du prurit et de l'a deur. Il a subi des traitements divers, ta d'ordre local que général. Il a suivi des ré mes de famine, pris des médicaments mult ples, des injections diverses (hyposulfite soude, auto-hémothérapie, etc.). Des topiqu innombrables ont été appliqués. A la sui de certaines pommades, il a noté des pousse violentes. Mais, quel que soit le traitemer suivi, l'eczéma persiste durant tout l'hiv pour disparaître graduellement au mois mai. La peau reste normale durant tout l'é et les lésions reparaissent à l'automne. Lo qu'il vient nous consulter en janvier, il sou fre d'une poussée congestive intense.

« L'enquête révèle un fait très importa pour nous, mais qui paraît des plus insign fiants au malade: durant l'été il cesse cor plètement de porter un chapeau.

« En présence de la nature de ces lésion de leur point de départ, de leur historiqu (apparition et disparition saisonnière), no lui conseillons simplement de remplacer coiffe de cuir de son chapeau par une banc de toile blanche, de n'appliquer sur sa figu que des émollients, de manger et boire à guise, de ne prendre aucun médicament.

« Revu un mois après (en février), il e presque complètement guéri. C'est la pr mière fois, depuis sept ans, qu'il est aussi bie pendant la saison froide. Mais notre homm nous avoue être persuadé que cette améli ration manifeste s'est produite parce qu'il retranché les tomates de son alimentatio non parce qu'il a changé de coiffe.

« Nous lui demandons alors de porter l'a cienne coiffe de cuir tout en continuant d viter les tomates (puisqu'il y tient). En quin jours, le front et les tempes se recouvrent lésions eczémateuses et le sujet commence croire qu'il a peut-être exagéré l'influen nocive de ce fruit.

« Il revient alors à la coiffe de toile, repre

es tomates et en quelques semaines sa peau devient normale.

« La guérison se maintient depuis trois ns. Le sujet est désormais convaincu que sa aladie était due primitivement à ce seul ntact et aggravée subséquemment par des piques médicamenteux. »

On se rappellera donc que les points importants de l'historique sont, entre autres, uérison avec la suppression du contact suspect et récidive avec la reprise de celui-ci.

4) *Les « Patch Tests »* apportent dans certains cas une précision dans la recherche de l'agent causal.

Malheureusement, en certains milieux on attend beaucoup trop de ce procédé d'investigation. Plusieurs sont encore sous l'impression que ceux-ci peuvent donner à eux seuls la clé du diagnostic. Or rien n'est plus faux. Tout au plus constituent-ils un argument de présomption et encore à condition d'être faits de façon rigoureuse dans des cas bien choisis. Et même dans ceux-ci ils ne pourront jamais être considérés comme la seule méthode de diagnostic.

Pour en interpréter les résultats, on devra constamment tenir compte de l'historique, de la localisation, de l'évolution, de la nature des lésions que présente le sujet.

On ne saurait leur demander davantage que ce que l'on attend de la réaction de Wassermann, par exemple. Celle-ci, prise isolément, sans autres éléments de diagnostic, ne pourra jamais indiquer de façon positive que telle lésion cutanée est de nature syphilitique ou ne l'est pas. Le psoriasis avec Wassermann positif ou l'épithélioma avec Wassermann positif, le chancre syphilitique avec Wassermann négatif (à la phase séro-négative) en sont autant d'exemples. On en peut dire autant des épreuves à la tuberculine et à la tricophytine. Ou encore un individu porteur de maladie de Duhring ou de lichen plan, ou de zona, ou de séborrhée du cuir chevelu ou tout simplement d'un cor au pied peut être sensibilisé à une teinture, à une substance plastique, etc., et ces agents ne sont pas responsables de l'éruption qu'il présente, parce qu'elle n'est pas de nature allergique. Ou encore parce que le nombre des substances susceptibles d'avoir sensibilisé une peau étant quasi infini, un malade polysensibilisé peut répondre positivement à plusieurs d'entre elles et cependant aucune d'elles n'a causé la dermatose allergique dont il souffre à ce moment. Ainsi il répond positivement à des épreuves à la teinture, à la laine, etc., mais en réalité l'eczéma qu'il présente aujourd'hui est dû au nickel, pour lequel on n'a pas pensé à faire de recherches.

Voici un exemple qui illustre la difficulté parfois extrême où l'on se trouve de mettre en évidence le réactogène précis.

Dans une avionnerie américaine furent étudiés 580 cas, primitivement attribués au contact du dural (aluminium — cuivre — manganèse — magnésium) et étiquetés « dural dermatitis ».

Furent d'abord éliminés 36% des cas chez qui la dermatose n'était même pas due au travail.

Chez ceux qui furent reconnus par l'observation minutieuse comme étant d'origine industrielle, des « patch tests » en série furent faits (et refaits pour contrôle).

Les résultats donnèrent:

65% dus au mordant dit « chromate de zinc »;
2% à l'aluminium;
28% à des causes industrielles non identifiées;
5% *seulement au* DURAL.

Poussant plus loin les épreuves cutanées, on put établir que, chez ceux qui étaient sensibilisés au mordant, 68% l'étaient au chromate de zinc, 17% à des résines contenues dans ce mordant, 15% aux deux éléments. (*J.A.M.A.*, mai 1944, A. F. Hall.)

Pour juger de la valeur des « patch tests », l'on doit aussi se rappeler que ceux-ci ne renouvèlent pas toujours exactement les circonstances qui se sont produites lors du contact nocif. Les dilutions du réactogène peuvent être plus étendues ou, au contraire, il est de concentration trop forte. Certains facteurs manquent lors de l'épreuve cutanée qui existent souvent au moment de l'attaque clinique: la friction, l'abrasion, la transpiration, la macération, savonnage, etc. De plus, les divers territoires cutanés ne sont pas nécessairement également sensibles et cette sensibilité pour un même territoire n'est pas constamment égale.

En d'autres termes, une réponse positive ou négative obtenue à telle localisation, à tel jour, avec tels réactogènes, à telle concentration n'indique pas nécessairement que les lésions cutanées présentes sont ou ne sont pas causées par ces substances.

Celles-ci, nous le répétons, seront incriminées ou exonérées si les autres facteurs corroborent les résultats de ces « patch tests ».

Leur accorder plus d'importance conduit à des erreurs d'interprétation qui aboutissent à de pauvres réponses thérapeutiques.

*
* *

Nous n'esquisserons ici que les directives générales du traitement de l'eczéma. Bien entendu, l'agent causal doit être éliminé. Quelle que soit l'excellence des mesures thérapeutiques instituées, si l'allergène continue son action néfaste, le traitement sera inefficace.

On ne peut pas toujours le dépister d'emblée lors de la première entrevue avec le malade. Mais si celui-ci souffre de lésions intenses et étendues, il sera immédiatement retiré de son milieu habituel ou cessera ses occupations professionnelles ou modifiera certaines habitudes et bien souvent ce sera déjà suffisant pour le mettre à l'abri du contact pathogène. Par la suite une enquête minutieuse mettra celui-ci en évidence afin de guérir la dermatose actuelle et de prévenir des récidives ultérieures.

Le régime alimentaire n'a que peu d'importance ici. Une diète ordinaire est recommandée, tout en diminuant certains excitants qui favorisent le prurit chez plusieurs.

Les mesures dites de désensibilisation générale par sels de calcium, l'hyposulfite de soude, le bromure de stontium, l'auto-hémothérapie, les vaccins, la protéinothérapie, sont de valeur douteuse. Personnellement, nous n'y avons pas eu recours déjà depuis 4 ans (hormis quelques rares cas spéciaux) et nos résultats thérapeutiques sont aussi bons qu'autrefois. Le traitement local est de la plus haute importance et doit être très simplement conduit. C'est ici que les erreurs les plus nombreuses sont commises. On applique indifféremment telle ou telle pommade en oubliant complètement que le malade devient polysensibilisé très facilement, s'il ne l'est déjà.

Tous les ans, nous voyons dans notre Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame quelques centaines de malades qui au début ne présentaient que de petits placards insignifiants et que nous devons par la suite hospitaliser pour des dermatoses très étendues consécutives à des applications médicamenteuses. En ces temps de production pharmaceutique intensive et de publicité sans frein, on essaie indifféremment et successivement les formules « anti-eczéma » annoncées, dont la liste est quasi inépuisable, et le plus habituellement la dermatose s'aggrave.

Il faut se rappeler qu'aujourd'hui comme autrefois la *médication humide* (bains, pansements humides) est encore non seulement celle de choix, mais la seule qui soit indiquée dans les états œdématiés et suintants. Celle-ci doit être administrée aussi longtemps qu'il sera

cessaire (5-10-15 jours). Sous son influence ledème et le suintement disparaissent, la ré- ration de l'épiderme s'amorce. Alors seule- ent on tentera prudemment lotions et pou- es. Si celles-ci sont mal tolérées, on reviendra la médication humide. Plus tard, une pâte on active (non pas une pommade) sera utili- e. La radiothérapie active la guérison lors- ue l'épidermisation est amorcée.

Dans les cas d'allure chronique, une pâte zinc ichtyolée et la radiothérapie sont de ise.

Ce sont là les seules mesures que nous con- illons. Elles sont d'une simplicité extrême. e sont celles que nous utilisons généralement epuis plusieurs années et avec plus de succès que n'en donnaient autrefois des formules compliquées.

Par un juste retour des choses d'ici-bas, il serait bon que parfois le médecin suive les conseils de son malade lorsque celui-ci lui fait remarquer que plus il applique de pommades, plus sa dermatose s'aggrave et que sa peau « n'endure plus rien ». Il a raison. Il ne faut rien appliquer là-dessus que de l'eau, des poudres inertes, des rayons X à petites doses (action anti-prurigineuse).

Autrefois, il était d'usage de dire à un eczémateux: « Appliquez cette pommade et vous serez guéri. »

Aujourd'hui, il vaut mieux lui affirmer: « Cessez toutes ces pommades si vous voulez guérir. »

## LA ROENTGENTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES LÉSIONS INFLAMMATOIRES[1]

Par **Origène DUFRESNE**,
Electro-radiologiste à l'Institut du Radium (Montréal).

Le traitement des lésions inflammatoires ar la rœntgenthérapie remonte presque à la écouverte des rayons X par Rœntgen, en 895. Adénites aiguës, anthrax, furoncles, thrites gonococciques, etc., furent succes- vement traités par la rœntgenthérapie en- e 1898 et 1920. Cependant, ce qui re- rda l'emploi de la rœntgenthérapie dans s infections, ce fut l'emploi de trop fortes oses aussi bien pour les essais thérapeutiques ue pour les recherches expérimentales.

Certes, les doses utilisées à cette époque onnèrent souvent d'excellents résultats dans s infections subaiguës ou chroniques. Mais ans les infections aiguës, ces doses plutôt rtes ne produisirent pas les effets surpre- ants que l'on obtient aujourd'hui avec les outes petites doses de rayons X.

Depuis que l'on connaît l'efficacité des très petites doses de R. X. dans le traitement de certaines infections aiguës, la rœntgenthérapie prend une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique des infections graves.

Nous n'avons pas l'intention, dans cette courte communication, de passer en revue tous les cas d'infection qui ont pu être favorablement influencés par les rayons X. Nous désirons seulement vous faire connaître notre opinion sur la *valeur* de la rœntgenthérapie dans le traitement des infections.

Cette opinion est fondée sur les propriétés physiques et biologiques bien connues des rayons X; sur certaines données expérimentales concernant les effets histologiques, biochimiques, sérologiques et hématologiques des rayons X, sur plusieurs publications ayant trait aux effets cliniques de la rœntgenthéra-

1. Travail présenté en anglais à la réunion des Radiologistes du Canada, à l'Université de Montréal, le 4 janvier 1945.

pie; enfin, sur nos observations personnelles, recueillies au cours de quinze années de pratique radiothérapique.

A. PROPRIÉTÉS DES RAYONS X.

Vous connaissez tous les cinq principales propriétés des rayons X:

*a)* Ils sont capables de pénétrer les objets opaques à la lumière ordinaire, et cela en raison inverse de la densité de ces objets (ombres radiologiques).

*b)* Ils sont capables de produire un changement chimique dans l'émulsion d'une plaque ou d'un film radiographique, en l'impressionnant (radiographie).

*c)* Ils sont capables de produire de la fluorescence en frappant certains cristaux tels le tungstate de cadmium, le platinocyanure de baryum, etc. (fluoroscopie).

*d)* Ils sont capables de rendre conducteur l'air compris entre deux plateaux d'un condensateur (en divisant les molécules en atomes positifs et en atomes négatifs) (Mesure d'intensité des rayons X par l'ionomètre).

*e)* Ils sont capables d'exercer une action stimulante, inhibitrice ou destructrice sur les cellules vivantes, suivant leur intensité et leur longueur d'onde et suivant la radiosensibilité des zones cellulaires qu'ils traversent (noyaux — centrosome — protoplasme) (Radiothérapie).

Nous ne savons pas exactement par quel mécanisme les rayons X exercent une action thérapeutique favorable dans les infections. Mais nous avons le droit de penser que: a) par leur première propriété (pénétration), les rayons X peuvent atteindre dans la profondeur les organismes pathologiques vivants, ou leurs toxines, ainsi que les cellules ou les milieux humoraux de défense; b) par leur seconde propriété (impression photographique), les rayons X peuvent amener des modifications atomiques ou chimiques dans le milieu biologique où évolue l'infection et ainsi en influencer le cours; c) par leur troisième propriété (fluorescence) et leur quatrième propriété (ionisation), les rayons X peuvent provoquer dans les tissus irradiés une émission de photo-électrons; puis ces photo-électrons peuvent créer des ions en traversant les espaces interatomiques; enfin ces ions peuvent par leur charge électrique modifier le pH, la pression osmotique, la perméabilité cellulaire et l'état colloïdal des tissus qui les absorbent. Et ces modifications physico-chimiques des cellules et des milieux humoraux ne sont pas sans répercussion sur les micro-organismes pathologiques qui s'y développent; d) par leur cinquième propriété (effet variable avec l'intensité, longueur d'onde et la radiosensibilité des tissus), les rayons X peuvent produire la stimulation des mécanismes protecteurs des tissus sains, ou la destruction des tissus inflammatoires, suivant le nombre et l'énergie des ions et suivant les zones cellulaires (sensibles ou non) touchées par les particules électriques.

B. QUELQUES EXPÉRIENCES FONDAMENTALES SUR LES EFFETS HISTOLOGIQUES, SÉROLOGIQUES, HÉMATOLOGIQUES ET BIOLOGIQUES DES RAYONS X.

Le premier travail expérimental qui fournit la plus importante contribution à la rœntgenthérapie des infections fut celui de Heinecke en 1904. Ce chercheur, en étudiant les effets des fortes irradiations X sur les lapins, les souris blanches, les cobayes et les chiens, trouva que les tissus lymphoïdes de la rate, des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse étaient lésés, chez tous ces animaux.

De leur côté, Thomas, Taylor et Witherbee, Nakahara, Murphy et Morton, Lacassagne et Samsonow observèrent une stimulation des lymphocytes après l'administration de très petites doses de rayons X peu pénétrants. D'après eux, cette lymphocytose atteindrait son maximum le quatrième jour après l'irradiation, pour diminuer ensuite graduellement. Le résultat de cette stimulation se traduirait par une plus grande prolifération des organes hématopoïétiques, une augmenta-

tin du nombre des lymphocytes dans le sang e des infiltrations lymphocytaires marquées ds les foyers inflammatoires irradiés.

Dans ses recherches expérimentales Hektoen dmontra la production d'anticorps chez les amaux soumis à l'irradiation. La désintégrtn des cellules radiosensibles libérerait une gnde quantité de substances chimiques qui pduiraient ou stimuleraient la formation des aticorps.

Helber et Liuser observèrent la destruction d; leucocytes et des cellules pathologiques dnt les produits de désintégration forment l toxines qu'ils appelèrent « *leucotoxines* ».

En irradiant des foyers d'infections aiguës àocci, Heldenhain et Fried observèrent un aroissement du pouvoir bactériolytique du sg durant quatre à six jours après l'irradiatn. Prélevé durant ces jours-là, le pus de la lion irradiée demeura stérile.

En ces dernières années, Carrel réussit à smuler la croissance des fibroblastes, *in vitro,* pr des cultures de lymphocytes. Cette constation expérimentale expliquerait donc la fmation du tissu conjonctif autour d'une tmeur irradiée.

De toutes les données expérimentales cissus nous pouvons, ce me semble, tirer les nclusions suivantes: les rayons X à très petes doses activent la prolifération des tissus lnphoïdes, augmentent la mobilisation des lnphocytes, accroissent le pouvoir bactériolique du sang et favorisent la défense locale.

Ces conclusions ont donc une portée directe sr l'emploi de la rœntgenthérapie dans le tuitement des infections.

### Constatations cliniques de la rœntgenthérapie des infections.

Plusieurs autorités médicales, reconnues mme telles, ont rapporté des observations niques qui confirment l'efficacité des ıyons X dans le traitement des infections locales. Leurs publications, qui contiennent tous les détails cliniques et techniques des cas qu'ils ont traités, constituent des sources précieuses d'information sur la valeur de la rœntgenthérapie dans le traitement des infections. Evidemment, les résultats cliniques varient considérablement avec le type d'infection traité, avec les facteurs techniques utilisés, avec le dosage employé et avec plusieurs autres facteurs concomitants.

Mais Kelly et Dowell ont réuni toutes les réactions cliniques de la rœntgenthérapie des infections aiguës dans le tableau suivant:

1. Ralentissement du pouls.
2. Abaissement de la température.
3. Ralentissement du taux respiratoire.
4. Diminution de la toxémie.
5. Diminution de la douleur.
6. Localisation de l'infection.
7. Conservation des tissus.
8. Prévention des infections secondaires et diminution des complications.
9. Raccourcissement du cours de la maladie.
10. Abaissement du taux de la mortalité.

Sans avoir l'intention de discuter sous tous leurs aspects les caractères cliniques ci-dessus, nous voulons cependant vous en signaler les notes dominantes.

1. *Ralentissement du pouls.* — Ce ralentissement, selon les auteurs précités, est le guide le plus sûr à suivre pour juger de l'état d'un patient. Il apparaît généralement dans les quelques heures qui suivent l'irradiation.

2. *Abaissement de la température.* — La chute de la température est moins constante que celle du nombre des pulsations cardiaques, et on l'observe d'autant plus sûrement que l'irradiation est faite plus au début de la maladie.

3. *Ralentissement du rythme respiratoire.* — Ce symptôme, quoique très fréquemment observé, est beaucoup moins frappant que les deux précédents.

4. *Diminution de la toxémie.* — Cet effet antitoxique est le plus frappant de tous, dans les cas d'infection grave, tels la gangrène gazeuse, l'érysipèle, la péritonite, la pneumonie, etc.; mais il n'est pas spécifique, en ce sens qu'il apparaît dans n'importe quel type d'infection.

5. *Diminution de la douleur.* — Il n'est pas de fait mieux connu des radiothérapeutes que le prompt soulagement de la douleur par les rayons X. Aussi l'irradiation d'une infection locale aiguë (furoncle, arthrite) procure-t-elle au patient une sensation de bien-être qui n'est pas sans importance pour celui qui souffre.

6. *Localisation de l'infection.* — Plusieurs cliniciens notèrent que les infections les plus aiguës, tels l'érysipèle, les furoncles du nez, etc., perdent leurs caractères invasifs, rapidement après l'irradiation. Pour ces infections très sérieuses, la rœntgenthérapie constitue donc le traitement de choix, pour ne pas dire le traitement essentiel et nécessaire.

7. *Conservation des tissus.* — Parce qu'ils localisent l'infection, les rayons X ont empêché bien des cicatrices dans les anthrax du cou et bien des amputations ou bien des débridements étendus dans les cas de gangrène gazeuse.

8. *Prévention des infections secondaires.* — Si la rœntgenthérapie est instituée précocement, l'infection se résout promptement et complètement. Ainsi le patient guérit avec peu ou pas d'infection secondaire.

9. *Raccourcissement du cours de l'infection.* Si les rayons X amoindrissent la toxémie, conservent les tissus, préviennent ou atténuent les complications, il s'ensuit que la durée de la maladie est diminuée.

10. *Abaissement du taux de la mortalité.* — Il ressort du travail de Kelly et Dowell que le taux de la mortalité par gangrène gazeuse et par parotidite a été appréciablement abaissé par la rœntgenthérapie, quoique, d'une façon moins appréciable, le taux de mortalité par les autres infections semble aussi avoir été diminué.

Evidemment toutes les réactions favorables aux rayons X, cataloguées sous les dix item précédents, n'ont pas toutes été observées en même temps, chez les mêmes patients. Dans certains cas quelques-unes seulement des réactions ci-dessus mentionnées ont pu être notées, dans quelques autres cas presque tous les bienfaits des rayons X ont été observés; mais dans la plupart des cas, il fut constaté plusieurs signes de l'action bienfaisante des rayons X.

Tout ce que nous venons de dire sur les réactions cliniques produites par la roentgenthérapie s'applique aux infections aiguës. Quoique moins frappantes que celles des précédentes, les réactions cliniques observées dans la plupart des infections subaiguës ou chroniques irradiées sont loin d'être négligeables, comme nous l'avons pu constater dans notre expérience de 15 années.

### D. Observations personnelles.

Quand nous suivions le service de radiologie à St-Antoine (Paris) en 1927-1928, nous avions observé un certain nombre de cas d'infection subaiguë ou chronique traités avec succès par la roentgenthérapie.

Aussi, à notre entrée à l'Institut du Radium, en 1929, avons-nous commencé à irradier certains cas d'infection chronique. Mais lorsqu'en 1930, nous lûmes la publication qu'Heldenhain et Fried avaient faite en 1926, nous fûmes incités à entreprendre systématiquement l'irradiation de tous les cas d'infection, aussi bien les cas aigus que les cas chroniques, qui se présentèrent à l'Institut du Radium.

Sur 855 cas d'infection aiguë et subaiguë, traités systématiquement par les rayons X, Heldenhain et Fried avaient obtenu 76 pour 100 des résultats favorables. En considérant

que ces 855 cas comportaient 27 types différents d'infection aiguë et subaiguë, ces résultats ne pouvaient manquer de nous convaincre de l'efficacité de la rœntgenthérapie dans le traitement des infections aiguës. Malheureusement, nous n'avons pas eu l'opportunité de traiter un grand nombre d'infections aiguës par la rœntgenthérapie. Par ailleurs, nous avons eu l'occasion de traiter un grand nombre de cas d'infection subaiguë et un nombre encore plus grand de cas d'infection chronique.

Nous n'avons pas eu le temps, depuis que nous avons été invité à présenter cette communication, de relever les cas d'infection traités à l'Institut du Radium depuis 15 ans. Toutefois, nous pouvons dire que la plupart des cas d'infection aiguë que nous avons traités par rœntgenthérapie étaient des cas d'infection superficielle (érysipèles, furoncles, anthrax, sycosis, zonas, etc.). Les seuls cas d'infection aiguë profonde que nous ayons irradiés furent des pelvi-péritonites, chez des patientes souffrant de cancer du col utérin.

La grande majorité de ces cas aigus réagirent favorablement; et nous avons été vivement impressionné par la rapidité avec laquelle ils répondirent à de très petites doses de rayons X.

La venue des sulfamidés a considérablement diminué le nombre des infections aiguës que nous avons traitées par rayons X, au cours des dernières années. A l'encontre des conclusions de Kelly, sur l'association des sulfamidés aux rayons X, nous n'avons pas constaté que l'action bactériostatique des premiers nuisait à la stimulation par les seconds des forces de défense de l'organisme. Il est vrai que nous n'avons traité qu'un seul cas d'infection aiguë par la combinaison des deux méthodes thérapeutiques, et encore s'agissait-il d'une adénite cervicale banale et non d'une gangrène gazeuse. Le résultat de notre thérapeutique mixte fut excellent. Aussi nous nous demandons si l'emploi des sulfamidés rendrait les infections non gangreneuses aussi réfractaires aux rayons X qu'il rend la gangrène gazeuse.

Avant de généraliser à toutes les infections aiguës les conclusions que Kelly a tirées de ses observations sur la gangrène gazeuse, il faudrait, croyons-nous, reprendre l'association des sulfamidés aux rayons X, avec des doses et des techniques différentes de celles de l'auteur et même de celles qui sont habituellement préconisées dans les infections aiguës. Si alors toutes les observations mènent aux deux conclusions de Kelly: la rœntgenthérapie est supérieure aux sulfamidés dans les infections aiguës à leur début et son action est rendue inefficace par les sulfamidés, il faudra accorder une place d'honneur aux rayons X, dans l'arsenal thérapeutique des infections. Déjà, plusieurs hôpitaux américains ont reconnu la valeur de la rœntgenthérapie dans les infections aiguës.

Si le nombre des infections aiguës que nous avons traitées à l'Institut du Radium depuis 1929 est assez restreint, par contre, le nombre des infections subaiguës et chroniques que nous avons irradiées est relativement grand. Les infections que nous avons traitées comprennent:

Des infections cutanées (acné, anthrax, mycosis fongoïde, etc.).

Des infections digestives (cholécystite, rectite, etc.).

Des infections ganglionnaires (adénites, etc.).

Des infections génito-urinaires (annexite tuberculeuse, épididymite tuberculeuse, etc.).

Des infections nerveuses (poliomyélite, zona).

Des infections musculaires tendineuses et articulaires (myosite, tendinite, ostéo-arthrite).

Un cas de rhumatisme cardiaque, un cas de tuberculose épiglottique, et un cas d'ulcère tuberculeux de la cornée.

Toutes les réactions que nous avons observées chez nos patients irradiés pour infection subaiguë ou chronique peuvent être classées de la façon suivante:

1. Une diminution de la douleur.
2. Une destruction ou résorption du tissu inflammatoire.
3. Une diminution de l'impotence fonctionnelle.
4. Une conservation des tissus.
5. Une réparation de grandes surfaces de tissu détruites.
6. Une prévention des récidives.
7. Un retour à la vie normale.

Comme pour les infections aiguës, tous ces signes cliniques ne se rencontrent pas tous en même temps, chez les mêmes individus. Ils sont comme la synthèse de toutes les constatations cliniques que nous avons faites, au cours de nos quinze années de pratique rœntgenthérapique. Ils s'expliquent par les raisons suivantes:

1. *Diminution de la douleur.* La diminution du gonflement ou de l'induration d'une région ou encore la résorption du tissu inflammatoire amène un soulagement de la douleur.

2. *Destruction de tissu inflammatoire.* Les cellules pathologiques, les lymphocytes et le tissu conjonctif néoformé autour du foyer inflammatoire sont très radiosensibles et conséquemment sont détruits par de petites doses de R. X. Institué précocement, le traitement aux rayons X prévient les séquelles fâcheuses, comme par exemple l'ankylose consécutive à l'arthrite gonococcique.

3. *Diminution de l'impotence fonctionnelle.* Le soulagement de la douleur et la libération des muscles et des articulations, par la résorption du tissu inflammatoire, diminuent l'impotence fonctionnelle.

4. *Réparation du tissu détruit.* La destruction des lymphocytes libère des substances qui stimulent la formation de tissu conjonctif autour des ulcérations et hâtent ainsi leur réparation.

5. *Conservation des tissus.* Les propriétés résolutives et stimulo-défensives des rayons X évitent bien des ouvertures inesthétiques et souvent même des amputations mutilantes, dans des adénites tuberculeuses, des ostéo-arthrites tuberculeuses, des infections gynécologiques chroniques non enkystées, des thrombophlébites, etc.

6. *Prévention des récidives.* La stérilisation des foyers d'infection chronique par les rayons X prévient les épisodes aigus subséquents et délivre le patient de la menace d'une récidive possible de son mal.

7. *Retour à la vie normale.* Le soulagement de la douleur, la diminution de l'impotence fonctionnelle, la réparation de vastes zones de destruction tissulaire, permettent souvent à des patients retenus à domicile ou incapables de travailler de reprendre leurs occupations habituelles.

### E. Indications de la rœntgenthérapie dans les infections.

Il ne saurait être question de discuter dans cette courte communication toutes les indications et les contre-indications de la rœntgenthérapie dans les infections. Tout au plus est-il possible d'indiquer les types d'infections qui relèvent de cette thérapeutique.

*Infections aiguës.*

Il ressort des nombreuses observations rapportées dans la littérature américaine que la rœntgenthérapie est indiquée dans les infections locales aiguës:

) Qui ont rapidement tendance à envahir les tissus adjacents (angine de Ludwig).

) Qui donnent souvent des complications à distance (érysipèle).

) Qui produisent généralement de grandes destructions de tissu (gangrène gazeuse).

) Qui s'accompagnent d'une toxémie grave (parotidite, péritonite, pneumonie).

) Qui restent insolitement dans un état stationnaire (pneumonie prolongée).

) Qui donnent occasionnellement de la douleur par gonflement et induration (infection après extraction dentaire).

) Qui donnent malheureusement naissance à des septicémies (infections de la moitié supérieure de la face).

*i*) Qui sont couramment sujettes aux récidives (hydrosadénites).

*i*) Enfin qui laissent fréquemment des séquelles (arthrites gonococciques).

Ce n'est pas seulement comme thérapeutique curative des infections ci-dessus que les rayons X ont été préconisés par Kelly et Dowell, mais encore comme mesure prophylactique dans les cas suivants:

*a*) Dans les blessures contaminées.

*b*) Après une opération où il y a eu épanchement du pus septique.

*c*) Avant une opération où il y a danger de provoquer l'infection.

Certes, les sulfamidés et la pénicilline restreignent beaucoup les indications de la rœntgenthérapie dans les infections aiguës. Mais ils ne la restreignent pas dans les infections subaiguës et chroniques.

*Infections subaiguës et chroniques.*

Les radiologistes anglais et américains ont utilisé les rayons X pour traiter certaines infections chroniques, mais ce sont les radiologistes allemands et surtout les radiologistes français qui ont donné à la rœntgenthérapie tout l'essor qu'elle a pris dans le domaine des infections subaiguës et chroniques.

Pour ces dernières, comme pour les infections aiguës, nous ne discuterons pas les indications et les contre-indications des rayons X. Nous ne ferons que vous rappeler les infections dans lesquelles des résultats indiscutables ont été obtenus par le traitement rœntgenthérapique. Ces infections peuvent être groupées de la façon suivante:

*a*) Les infections de la peau, *difficiles ou impossibles* à guérir par la chimiothérapie (acné, folliculite dépilante, sycosis lupoïde, verrues plantaires, actinomycose, mycosis fongoïde, onychomycoses, trichophyties, tuberculose verruqueuse), *récidivantes* (hydrosadénites, herpès récidivant), *douloureuses* (gangrènes artéritiques, zona).

*b*) Les adénopathies pour lesquelles les thérapeutiques médicales et chirurgicales sont ou inefficaces ou lentes ou inesthétiques (adénopathie trachéo-bronchique, paradénite inguinale dans la maladie de Nicolas Favre, adénite cervicale banale ou bacillaire, parotidite).

*c*) Les infections de la cavité bucco-pharyngée, intraitables par les thérapeutiques usuelles (tuberculose du larynx, de l'épiglotte) ou récidivantes (amygdalite chronique).

*d*) Les infections génitales pour lesquelles la chirurgie ne donne pas toujours d'excellents résultats (annexite tuberculeuse, pelvi-péritonite, tuberculose des testicules ou des épididymes, etc.).

*e*) Les infections du système nerveux, douloureuses et rebelles aux procédés thérapeutiques (névrite, polynévrite, radiculonévrite, fibrosite, etc.).

*f*) Les infections des muscles, des tendons, des os et des articulations qui aboutissent souvent à des impotences fonctionnelles ou à des mutilations par les thérapeutiques médicales ou chirurgicales (myosite, tendinite, périostite, synovite, bursite, arthrite, ostéo-arthrite tuberculeuse, etc.).

g) Les infections cardiovasculaires où les thérapeutiques courantes ont échoué (endocardite, phlébite ou périartérite, etc.).

Si les sulfamidés et la pénicilline remplacent avantageusement la rœntgenthérapie dans les infections aiguës à cocci, les rayons X gardent tous leurs droits de priorité et parfois d'exclusivité dans le traitement de bon nombre d'infections subaiguës et chroniques.

F. TECHNIQUES.

Nous ne pouvons évidemment pas décrire ici les techniques appropriées à chaque type d'infection, avec ses diverses localisations, son étendue, sa virulence, etc. Mais nous désirons vous rappeler brièvement les facteurs techniques utilisés pour la rœntgenthérapie des infections.

1. *Kilovoltage.*

Nous savons tous que l'absorption des radiations dans un tissu dépend de la longueur d'onde, de la densité et de la profondeur de ce tissu. En conséquence, pour traiter une infection cutanée (superficielle), nous conseillons un kilovoltage relativement bas, soit 70 à 100 kilovolts; tandis que, pour traiter une infection profonde, nous conseillons un kilovoltage plus élevé, soit de 100 à 150 kilovolts et même 200 kilovolts.

2. *Filtration.*

Le filtre élimine du faisceau de rayons X les plus grandes longueurs d'onde. Ces très grandes longueurs d'onde nous paraissent indésirables dans la plupart des infections, parce qu'absorbées dans les couches trop superficielles de la peau. Aussi, recommandons-nous l'emploi d'un filtre pour le traitement de n'importe quelle infection.

Théoriquement, pour accroître le taux d'absorption dans les tissus superficiels, il faut employer des filtres de faible poids atomique (1 à 5 mm. Al.). De même, pour augmenter le taux d'absorption dans les tissus profonds il faut employer des filtres de poids atomique plus élevé (0.1 à 0.5 mm. de cuivre). On peut suivre cette ligne de conduite dans les infections aiguës. Mais dans les infections subaiguës et chroniques, où la durée et la dose du traitement doivent être augmentées, nous pensons qu'il vaut mieux employer un filtre de cuivre, même dans les infections superficielles. Car le cuivre rend le faisceau de rayons X plus homogène et en assure une absorption plus uniforme à travers les diverses couches de la peau.

3. *Dimensions du champ.*

Il ne faut jamais oublier que, lorsque nous utilisons de grands champs, les rayons secondaires produits par les tissus irradiés prennent une grande importance. Aussi nous trouvons préférable l'emploi de plusieurs champs moyens, au lieu d'un seul grand champ, pour traiter une grande surface infectée.

4. *Distance.*

Ce facteur est loin d'être aussi important dans le traitement des infections qu'il l'est dans celui du cancer. Cependant, plus les dimensions du champ seront grandes, plus la distance entre le tube de rayons X et le malade devra être grande.

5. *Milliamperage et temps.*

Le produit du facteur intensité par le facteur temps n'influence pas les réactions des tissus infectés aux rayons X. Ce qui compte, ce sont les unités *r* absorbées.

6. *Dose en unités r.*

Dans le traitement des infections aiguës, il faut de très petites doses de rayons X, pour obtenir des effets biologiques favorables. Certains auteurs prescrivent des doses de 75 à 50 *r*, d'autres de 50 à 25 *r* et d'autres de 25 à 10 *r* seulement.

C'est notre avis que plus une infection aiguë (streptococcique) est fulminante, plus la dose de rayons X doit être petite.

Pour les infections subaiguës (staphylococciques), nous prescrivons des doses de 100 à 125 *r* et, pour les infections chroniques (champignons), des doses de 150 à 200 *r*. Nous avons essayé de diminuer ces doses, mais il nous a semblé que les résultats étaient moins favorables.

7. *Intervalle de temps entre les traitements.*

C'est un fait qui résulte des nombreuses observations cliniques que les infections aiguës doivent être irradiées une ou deux fois par jour; que les infections subaiguës doivent l'être deux ou trois fois par semaine et que les infections chroniques doivent l'être 4 ou 5 fois par mois.

8. *Dose totale.*

La dose totale ou le nombre total d'unités *r* qu'il faut administrer, pour guérir une infection, varie considérablement avec la nature de l'infection, sa localisation, son évolution et tous ses autres caractères cliniques.

Nous pouvons cependant dire que:

*a*) Dans les infections aiguës vues et traitées à leur début, deux ou trois petites doses de 25 à 75 *r*, totalisant 50 à 225 *r*, suffisent généralement à faire avorter la maladie.

*b*) Dans les infections subaiguës, six à huit doses de 100 à 125 *r* chacune (600-1000 *r*), espacées de 2 ou 3 jours, constituent un traitement courant.

*c*) Dans les infections chroniques où la roentgenthérapie s'étend sur une longue période de temps, la dose totale peut aller jusqu'à 2000 *r* et même 2,500 *r*. Cette forte dose n'est limitée que par le contrôle de l'infection et la tolérance des tissus.

Il faut se rappeler que, la perte des radiations absorbées étant de 10 à 15 pour cent par jour, les doses totales administrées devront être d'autant plus fortes qu'elles seront plus espacées et réparties sur un temps plus long.

Pour nous guider dans le choix des facteurs techniques qu'il convient d'utiliser pour le traitement rœntgenthérapique d'une infection donnée, retenons les principes généraux suivants:

1. Plus l'infection est superficielle, plus le kilovoltage doit être bas et la filtration légère.

2. Plus l'infection est profonde, plus le kilovoltage doit être élevé et la filtration forte.

3. Plus la superficie du tissu irradié est grande, plus l'absorption des radiations y est grande, plus l'effet biologique par unité *r* y est grand et plus par conséquent la dose par cm.$^2$ doit être petite.

4. Plus l'infection est aiguë, plus la dose doit être petite et plus l'intervalle entre les séances doit être court.

5. Plus l'infection est chronique, plus la dose doit être forte, plus l'intervalle entre les séances doit être long, et plus le filtre doit être épais (homogénéisant).

**Conclusions.**

Le traitement rœntgenthérapique des infections est fondé sur des données expérimentales certaines et sur un grand nombre d'observations cliniques bien faites.

Il constitue une méthode thérapeutique très précieuse tant pour les infections aiguës que pour les infections subaiguës et chroniques.

Son dosage se fait scientifiquement et lui vaut d'être un procédé aussi inoffensif que simple et efficace.

Pour ces trois raisons, le traitement rœntgenthérapique des infections mériterait une plus grande attention de la part des radiologistes, et devrait occuper une place plus importante dans les hôpitaux modernes.

# RECUEIL DE FAITS

## LA BRONCHOSCOPIE AU LIT DU MALADE [1]

Par **V. LATRAVERSE,**
Bronchoscopiste et oto-laryngologiste de l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'« Accumulative Index Medicus » ne cite aucun article traitant de cette question.

C'est en avril 1940, à la clinique du professeur Gabriel Tucker, de Philadelphie, que nous avons été initiés à l'exécution de la bronchoscopie au lit du malade. Il s'agissait d'un cas d'atélectasie postopératoire chez un noir ayant subi une appendicectomie 24 heures plus tôt pour appendicite aiguë suppurée, compliquée de péritonite. Le drainage bronchoscopique, pratiqué par les docteurs W. A. Lell et J. P. Atkins, produisit une véritable résurrection. Le patient avait été placé en décubitus dorsal, mais obliquement à l'axe du lit, la tête et les épaules dépassant le 1/3 antérieur du bord latéral droit du lit (fig. 1).

A la même époque, le docteur L. H. Clerf, de « Jefferson Hospital », se permettait parfois de se dispenser du laryngoscope pour l'introduction du bronchoscope, chez des malades qui demandaient une intervention bronchoscopique rapide.

De retour à notre clinique, chez les adultes, nous avons employé de plus en plus ces deux méthodes. Maintenant, nous exécutons systématiquement la bronchoscopie sans l'aide du laryngoscope, parfois même chez l'enfant.

Mikell (1) rapporte avoir exécuté 500 bronchoscopies sans l'aide du laryngoscope.

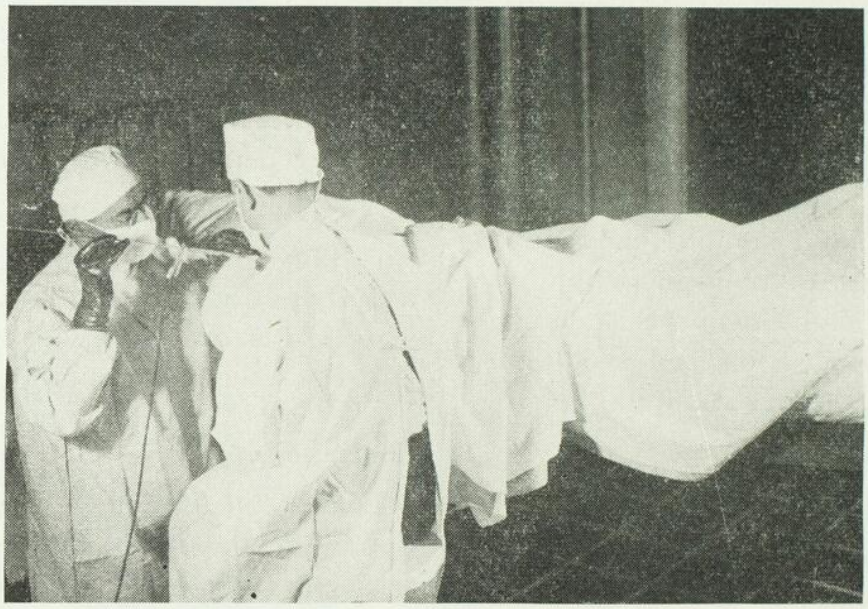


FIG. 1. — Position de Tucker pour la bronchoscopie au lit du malade.

Nos premières bronchoscopies au lit du malade furent accomplies selon la technique classique de Chevalier Jackson et dans la position préconisée par Tucker. Rapidement, nous avons tiré avantage de la bronchoscopie sans l'emploi du laryngoscope.

Malgré les plus minutieuses précautions, nous avons eu deux complications caractérisées par une lipothymie due au choc. Elles n'étaient pas imputables à la bronchoscopie en elle-même. Nous avons plutôt attribué ces accidents au déplacement du malade soit de

1. Travail exécuté dans la section de broncho-œsophagologie et de chirurgie du larynx de l'hôpital Notre-Dame avec la bienveillante collaboration du personnel médical.

on lit à la table bronchoscopique, soit de la position axiale à la position oblique (Tucker). Il s'agissait de deux cas d'hémothorax compliqué d'atélectasie par embarras broncho-pulmonaire; le premier comptait 4 côtes fracturées, le deuxième, dix.

Nous avons jugé à propos d'adopter une position qui imposerait au patient le moins de déplacement ou de mouvement possible, tout en rendant assez faciles les manœuvres endoscopiques. Voici comment nous avons modifié la position utilisée par Tucker pour une autre que nous employons et proposons (fig. 2, 3, 4).

malade à se laisser tomber en arrière. A ce moment, on dispose les oreillers ou le malade de façon que les épaules soient comme suspendues dans l'espace. L'aide soutient la tête du patient de la même manière que pour une bronchoscopie ordinaire mais en s'appuyant sur le plan du lit même; la garde-malade maintient les épaules selon le mode suggéré par Jackson.

La première fois que nous avons appliqué notre méthode, ce fut chez une jeune fille, patiente du docteur Roland Descarie. La malade présentait les signes d'atélectasie broncho-

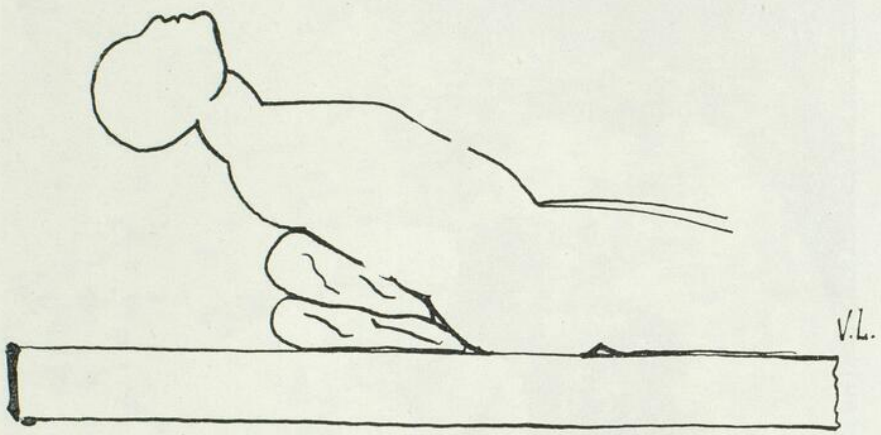



FIG. 2. — C'est la position de Jackson modifiée, obtenue à l'aide d'oreillers placés sous les omoplates.

Tenant compte des principes établis par Chevalier et Chevalier L. Jackson (2), nous inspirant de la position de Flagg pour l'anesthésie intratrachéale, nous avons constaté que la position demi-assise adaptée aux besoins de la bronchoscopie répondait le mieux à notre but: déplacer le moins possible le malade dans son lit.

Si le patient est déjà en position demi-assise, l'on abaisse la tête articulée du lit dans le plan horizontal. Si le malade est déjà en décubitus dorsal, l'on soulève la tête et le thorax dans le plan incliné de la position demi-assise. On place alors deux oreillers sous la région lombo-dorsale et on aide le

pulmonaire causée par une compression thoracique et une immobilisation abdominale provoquée par une plaie ouverte du foie, une fracture multiple du bassin et le choc chirurgical. Avec notre méthode, il nous a été possible d'exécuter trois bronchoscopies au lit de la malade sans bouger le bassin; le soulèvement de la tête et du thorax a imposé le minimum de tension abdominale. Grâce à la bronchoscopie réalisée au lit de la malade, la ventilation broncho-pulmonaire fut rétablie par la broncho-aspiration et l'insufflation d'oxygène. Par deux fois et à deux jours d'intervalle, le drainage bronchoscopique fut répété.

INDICATIONS.

Elles sont multiples et variées. L'état des malades et le jugement du médecin les font naître.

Les grands malades moribonds portant une lésion pulmonaire atélectasiante (abcès ou broncho-pneumonie), les opérés de l'estomac, les traumatisés du thorax ou de l'abdomen, certains comateux qui ont besoin d'un drainage bronchoscopique d'urgence, profitent avantageusement de la bronchoscopie au lit du malade telle que nous la préconisons.

Sur 26 bronchoscopies exécutées au lit du malade, nous en comptons 23 de février 1944 à février 1945. Ce nombre imposant de 23 est dû au fait que les médecins en appellent de plus en plus au drainage bronchoscopique des sécrétions engendrant des phénomènes d'obstruction atélectasique postopératoire ou post-traumatique. Dans certains cas, l'obésité imposante du patient nous a porté à pratiquer de préférence la bronchoscopie au lit du malade; chez une malade en particulier, opérée pour hernie ombilicale, nous avons plutôt employé la position Tucker.

Voici en résumé les affections où l'obstruction broncho-pulmonaire a exigé le drainage bronchoscopique au lit du malade: hémoptysie massive au cours de sténose mitrale (1 cas); ou d'agranulocytose (1 cas;); hémothorax post-traumatique (2 cas); atélectasie postopératoire à une intervention chirurgicale de l'abdomen (4 cas); abcès putride du lobe inférieur droit, complication pulmonaire postopératoire tardive (2 cas); coma (3 cas); asthme bronchique (1 cas); traumatisme de l'abdomen et du bassin (1 cas).

ANESTHÉSIE.

Chez les moribonds en imminence d'asphyxie, nous n'employons aucune anesthésie. Dans les autres cas, nous pratiquons l'anesthésie locale avec 2 à 5 c.c. de pontocaïne à 2% en vaporisation et en instillation intratrachéale. Nous n'administrons jamais d'hypnotique ni ne recourons à l'anesthésie générale.

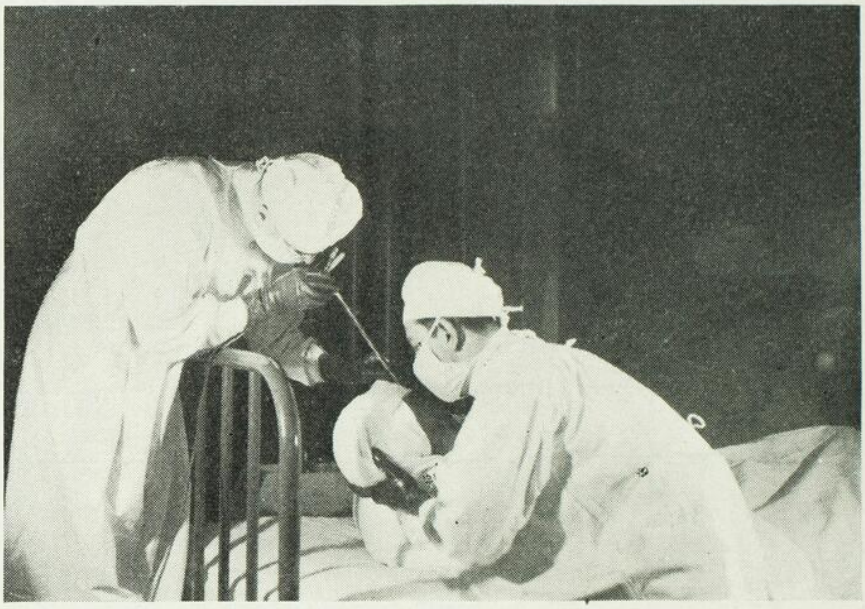


FIG. 3 et 4. — Drainage bronchoscopique au lit du malade tel que nous le pratiquons.

AUTRES APPLICATIONS.

L'expérience du principe de l'oreiller que nous utilisons pour l'exécution de la bronchoscopie au lit du malade nous a permis de détourner certaines difficultés techniques et de réaliser plusieurs manœuvres œsophagoscopiques sous l'écran fluoroscopique monoplan: exploration ou dilatation de sténoses filiformes de l'œsophage, extraction de corps étrangers de l'estomac et des bronches.

RSULTATS.

La bronchoscopie au lit du malade dans la position que nous préconisons n'a donné lieu à aucun accident fâcheux. Au contraire, le fait suivant prouve que cette méthode est parfois préférable à toute autre. Dans un de nos cas rapportés, le chirurgien, très confiant dans la résistance de la plaie abdominale de son malade, nous autorisa à exécuter une sonde bronchoscopie réalisée à la salle bronchoscopique cette fois; le déplacement du malade, le décubitus dorsal et la toux réflexe provoquèrent une hémorragie de la plaie chirurgicale sans suite inquiétante. Ce que nous aurions probablement évité en pratiquant la bronchoscopie au lit du malade selon notre technique.

privés de l'effet salutaire du drainage bronchoscopique.

La position que nous proposons consiste à placer deux oreillers sous les omoplates de façon à laisser la tête, le cou et les épaules comme suspendus dans l'espace; l'aide soutient la tête dans la position de Jackson.

L'atélectasie pulmonaire en est l'indication principale, surtout celle qui arrive chez les traumatisés et les opérés du thorax ou de l'abdomen. On peut même utiliser notre méthode pour certaines manœuvres endoscopiques exécutées sous l'écran fluoroscopique monoplan, par exemple, l'extraction de corps étrangers. L'application de la méthode n'a donné lieu à aucun accident fâcheux.

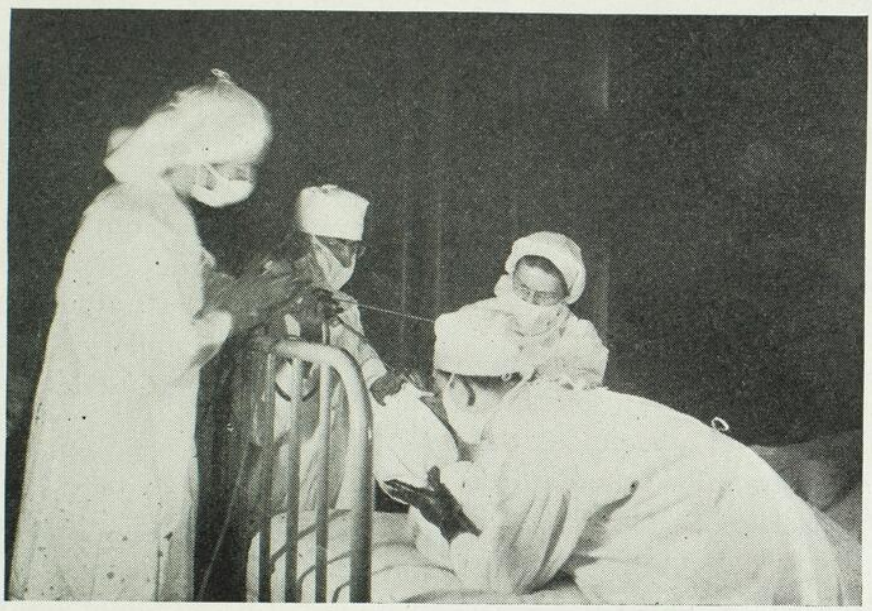


FIG. 4.

Rsumé.

En tirant parti des techniques endoscopiques pratiquées aux cliniques de Jackson, de Ticker et de Clerf, nous avons adopté une thnique ou plutôt une position rendant la bnchoscopie possible chez un plus grand nmbre de malades qui, auparavant, étaient

BIBLIOGRAPHIE

1. J. MIKELL: « Bronchoscopy Without the Aid of the Laryngoscope. » *The Laryngoscope*, **51**: 1063 (nov.) 1941.

2. Chevalier et Chevalier L. JACKSON: « Bronchoscopie et œsophagoscopie. » G. Doin & Cie, Paris, 1933.

# UN CAS ATYPIQUE DE GRANULIE

Par **Yvon LAURIER,**
Chef de service à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville
(Montréal).

Nous avions récemment le bonheur de trouver dans notre service un malade âgé de 34 ans qui présentait un très grand intérêt. Ce patient faisait penser cliniquement et radiologiquement à un syndrome pulmonaire granulique secondaire non à une tuberculose caséeuse, mais à un foyer tuberculeux extra-pulmonaire. La granulation était assez typique, mais la température faisait défaut et l'état général du malade ne se comportait pas comme celui d'une personne qui souffre de granulie aiguë, et l'évolution ne paraissait pas vouloir suivre le cours de cette forme de tuberculose que vous connaissez tous.

Nous avions bien affaire à une lésion pulmonaire tuberculeuse granulique et non nodulaire; la clinique nous portait à le croire, la radiologie paraissait éliminer tout doute, le laboratoire était concluant, car le bacille de Koch fut décelé. Nous étions donc en face d'une lésion tuberculeuse du poumon, mais quelle en était la forme? Où résidait le foyer initial? Le malade souffrait-il de granulie froide, de phtisie à forme d'intolérances gastriques survenant chez les tuberculeux pulmonaires avérés? De granulie suffocante de Jacoud ou de celle décrite par Jacquerod, de tuberculose pulmonaire chronique, mais curable parfois, de Burnand et Sayé?

Autant de questions que nous nous sommes posées au début; mais l'évolution de la maladie et le *post-mortem* nous ont fait poser le diagnostic de tuberculose granulique froide. Le diagnostic était peut-être téméraire, mais nous n'en trouvions pas d'autre.

Aussi, en vous présentant ce cas, nous n'avons pas l'intention de soulever une polémique, ni de réveiller les discussions d'antan comme celles de Rist, Bezançon, Ameuille, Hautefeuille, Rolland, Burnand, Sergent et autres, mais seulement de vous parler d'un cas de tuberculose pulmonaire plutôt rarement rencontré, dont l'entité n'est pas encore acceptée par tous et que la plupart appelle la granulie froide.

Cliniquement la granulie est caractérisé par de nombreuses manifestations de tuberculose généralisée; anatomiquement la granul tuberculeuse miliaire en est l'expression cla sique et les auteurs l'ont ainsi définie: tout les formes de tuberculose qui ont pour sub tratum anatomique exclusif ou nettement pr dominant une dissémination de petits nodul semblables à des grains de grêle (Jacoud que celle-ci soit également répartie dans to les viscères ou beaucoup plus abondante da les poumons et quelle que soit la nature hi tologique de ces nodules.

Cette définition, qui se rapporte à la gr nulie aiguë, peut également servir à la gran lie froide. D'ailleurs, actuellement, l'intér de la granulie réside essentiellement dans to les travaux cliniques qui ont précisé les form atypiques, subaiguës et prolongées de la gr nulie, alors que les travaux anatomiques o montré que la granulation ne correspond p histologiquement à une lésion toujours ide tique.

## Historique

La phtisie granulique a été pour la premiè fois décrite par Bayle, mais sa description n s'appliquait qu'aux granulations fibreuses d poumon.

Laënnec donne une description anatomiqu complète et il identifie la granulation gri aux tubercules caséeux. Empis, Andrall, Lou séparent cette affection de la tuberculose affirment l'existence des granulies sans fièvr Hérard, Cornil en 1867 et Strebelmann, déc vent des formes de tuberculose miliaire chr nique.

Villemin en 1869, Grancher en 1872, co firment la conception primitive de Laënne Koch, avec sa découverte du microbe de la t berculose, a établi définitivement l'origine t berculeuse de la granulie.

Calmette et Guérin, Hernick, Schaff prouvent expérimentalement que la tuberculose miliaire peut guérir.

En 1922 Burnand et Sayé ont individualisé nettement une forme chronique, et curable parfois, de tuberculose miliaire en créant le terme de granulie froide.

Depuis, la plupart des phtisiologues européens se sont occupés de cette nouvelle forme de tuberculose. Rist et Rolland, Hautefeuille, Lezançon, Burnand, Deloreme publient des observations, précisent les aspects radiologiques de la granulie froide, mais soulèvent de nombreuses discussions, tant au point de vue clinique qu'au point de vue radiologique.

La granulie froide existe donc pour quelques auteurs et, comme la granulie aiguë, elle apparaît, selon eux, dans des circonstances variables:

Dans l'évolution d'une tuberculose chronique traitée ou non par le pneumothorax artificiel.

Parfois à la suite d'une poussée miliaire aiguë, c'est la granulie refroidie, fréquente pour Jacquerod.

D'allure primitive marquant d'une manière insidieuse le début de la tuberculose.

A la suite d'un traumatisme accidentel ou chirurgical, « intervention sanglante ou non » portant sur un foyer tuberculeux pulmonaire ou extra-pulmonaire, qui est quelquefois trouvé à l'origine d'une granulie. Car, d'après Pierre Ameuille, comme dans la granulie aiguë, la granulie froide, même avec un début apparemment primitif, est toujours secondaire à un foyer tuberculeux, pulmonaire ou extra-pulmonaire.

Puisque la granulie froide existe pour quelques-uns, comment l'a-t-on définie ? Granulie sans fièvre et chronique dont la marche est essentiellement insidieuse. Disons, toutefois, que l'on rencontre quelquefois des tuberculoses chroniques, ulcéro-caséeuses communes sans granulie qui évoluent lentement et sans fièvre, plusieurs semaines avant d'entraîner la mort. Nous en avons rencontré quelques cas dans notre service.

### Symptomatologie

Ordinairement, le début de la granulie froide est extrêmement insidieux, il faut penser à un état bacillaire, puis, après quelques semaines, voire même quelques mois, on observe le malade en raison de l'atteinte de l'état général, soit l'asthénie, l'amaigrissement, les troubles digestifs; chez notre malade l'asthénie et les troubles digestifs prédominaient. La température est très peu élevée: 99°; la plupart du temps elle est normale.

Les symptômes fonctionnels sont caractérisés par une dyspnée à l'effort, parfois au repos, qui peut entraîner un peu de cyanose, par une toux fréquente et intense, le plus souvent sans expectoration. Si l'expectoration existe, elle ne contient pas de Koch ou rarement. Les hémoptysies manquent rarement. Notre malade n'a jamais craché de sang.

Les signes stétacoustiques sont très discrets; l'examen ne laisse percevoir aucun signe d'auscultation; d'autres fois on peut entendre quelques râles sibilants, crépitants ou sous-crépitants surtout aux deux bases. Le murmure vésiculaire peut être rude ou trouble selon Burnand. La percussion révèle une matité plus ou moins marquée, parfois légère sub-matité.

En général cette maladie est latente et le diagnostic repose sur la radiographie. En effet, l'epreuve radiologique est la seule qualifiée pour parler de granulie froide et encore les clichés demandent-ils une interprétation. Cette interprétation est fort difficile et fut d'ailleurs le principal sujet de discussion.

La radiographie laisse voir deux sortes d'images:

1. des grains de dimension variable, habituellement de petit calibre et en très grand nombre, disséminés dans les deux plages. Les limites des petits grains sont plus ou moins floues;

2. des micronodules isolés, mais, alors, ils sont réunis par un fin tracé linéaire formant un quadrillage à mailles assez serrées, mais plus ou moins irrégulières, en mailles de filet selon le professeur Sergent.

### Evolution

La granulie froide peut évoluer vers la guérison, mais assez rarement. Parfois, au contraire, elle évolue comme la granulie aiguë et se termine par une méningite. Très souvent l'évolution se fait vers la tuberculose chronique.

Cette forme de tuberculose est rare, cependant, et vue la rareté de cette forme la notion récente de cette entité tuberculeuse pulmonaire ne modifie que très peu le pronostic autrefois mortel de la granulie. Les formes curables sont à vrai dire l'exception, selon les auteurs eux-mêmes.

### Diagnostic

Le diagnostic repose surtout sur les images radiologiques, l'absence de la température et l'évolution lente de la maladie.

### Pathogénie

La granulie froide comme la granulie aiguë réalise le type de la tuberculose d'origine hématogène. Elle est due à un foyer tuberculeux caséeux qui s'ouvre dans un vaisseau. Selon Sergent la dissémination se ferait surtout par les vaisseaux lymphatiques et semble être sous la dépendance de trois facteurs:

1. le sujet est un tuberculeux avéré;
2. la résistance du terrain est imbibée en raison d'une infection, d'une intoxication — tel notre malade, du moins, nous le croyons;
3. le nombre considérable de microbes en circulation; biopsie.

### Traitement

Le traitement ne repose pas sur les traitements actifs de la tuberculose ni sur la cure climatique. Il est exclusivement diététique, hygiénique et fonctionnel.

* * *

Après ce bref exposé sur la granulie froide afin de mieux suivre l'évolution de notre malade, procédons, si vous le voulez bien, à l'histoire de cas du patient qui nous intéresse.

**Observation.**

M. O. L., âgé de 34 ans, est né à la campagne et il y est demeuré jusqu'à l'âge de 18 ans alors qu'il est venu travailler en ville comme journalier. Depuis le début de la guerre, il travaillait dans une fonderie de cuivre, comme aide auprès des bouilloires de métal en fusion exposé à en respirer les vapeurs qui s'en dégageaient. Il s'est marié en 1941, il a deux enfants vivants en bonne santé. Il était complètement édenté depuis quelques années, vivait dans une maison bien aérée, buvait peu d'alcool, fumait peu, avait un bon appétit.

*Antécédents héréditaires.*

Père vivant âgé de 75 ans; mère morte des suites de couches en 1904; il a deux frères vivants en bonne santé; une sœur est morte d'un accouchement, d'après le malade.

*Antécédents personnels.*

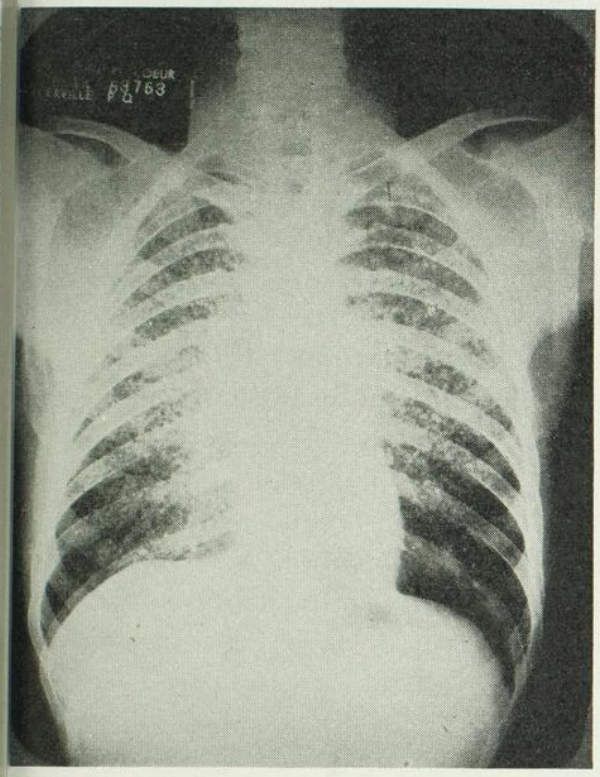
Notre malade a souffert du croup en bas âge, de rhumatisme articulaire à 15 ans et de syphilis en 1936.

*Maladie actuelle.*

Le malade toussait sans cracher depuis quelque temps, il ne peut préciser exactement, il était dyspnéique depuis quelques mois, quand au début du mois de mars il ressentit une vive douleur dans la bouche sur le maxillaire supérieur. Il patienta quelque temps et finalement il dut enlever ses dentiers et alla consulter un médecin au dispensaire de l'hôpital Notre-Dame. Le diagnostic d'angine de Vincent est porté, puis, après une biopsie, ulcère tuberculeux probable de la gencive. On le réfère à l'Institut Bruchési où après radiographie le diagnostic de tuberculose pulmonaire est posé. L'hospitalisation est conseillée mais refusée.

Le 5 avril 1944, il est hospitalisé à l'hô-

al St-Luc où il a séjourné près de 6 semaines. La radiographie dénote: « Impétration diffuse, généralisée des deux tiers supérieurs des deux plages pulmonaires sous forme d'un piqueté très fin, très serré, aspect granité miliaire. Les deux bases restent transparentes. Conclusion: T.B. miliaire ou mycose. »



IG. 1. — 2 août 1944. Plages remplies de petites granulions plus ou moins irrégulières renfermant des nodules. . dissémination des images pathologiques est assez symétrique, sauf à la base gauche.

Maxillaire inférieur droit: pas de lésion seuse à signaler, aucune dent. Nouveau cliié vers le 28 avril 1944: sensiblement le ême aspect que lors de la radiographie prise 8 avril 1944.

Azotémie 0.25; glycémie 1.24; urine: acide, ensité 1,015, épithéliums, rares, leucocytes, res, albumine, lègères traces.

Hémogramme:

| | |
|---|---|
| hémoglobine | 75 |
| globules rouges | 4,200,000 |
| globules blancs | 8,400 |
| valeur globulaire | .90 |
| neutrophiles et basophiles | 71 |
| lymphocytes | 27 |
| petits et moyens | 2 |
| éosinophiles | 0 |

Sécrétion buccale: fuso-spirillaire; présence de Vincent.

*Biopsie*: épithélium très hyperacanthosique reposant sur un derme infiltré de lymphocytes et de plasmocytes à cellules géantes type tuberculeux.

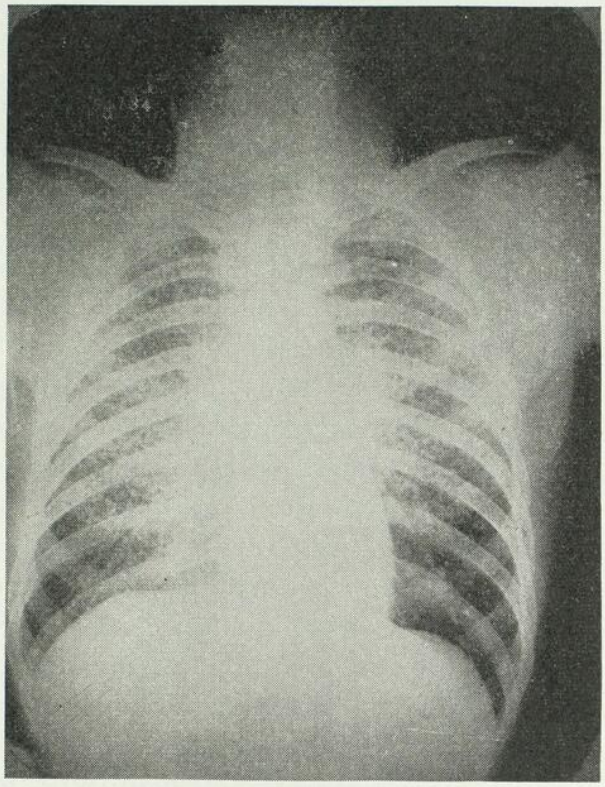


FIG. 2. — 18 septembre 1944. Les points paraissent moins gros, plus confluents. La base gauche paraît plus envahie que sur le premier film.

Il s'agit, vraisemblablement, d'un ulcère tuberculeux.

Il quitte St-Luc, et en juin 1944, il retourne à Notre-Dame

*Diagnostic biopsique*: lésion scléro-hyperplasique renfermant des cellules géantes.

Les deux lésions alvéolo-dentaires et de l'angle du maxillaire sont identiques. Une radiographie de la mâchoire prise ne révèle aucune atteinte de l'os. Le malade suit le dispensaire de Notre-Dame et, au début d'août, il entre au Sacré-Cœur. Le malade arrive en marchant, avec une température de 99° Fa., un pouls de 100, une respiration de 24, un poids de 97. A son entrée, il accuse une

céphalée datant de janvier; de la dyspnée, de la toux intense, sèche, de l'amaigrissement, des troubles digestifs, de l'anorexie surtout dus au fait qu'il peut manger difficilement, d'après le malade, à cause de l'œdème de la lèvre inférieure et du manque de dents, car il ne peut mettre ses dentiers, la douleur étant trop vive.

L'examen clinique révèle de la matité des deux plages, avec inspiration rude et râles dans les deux poumons. La sédimentation sanguine est de 18. L'hémogramme donne: polynucléaires 52; lymphocytes 44. L'urine est normale, sauf quelques leucocytes.

Le diagnostic posé est T.B. pulmonaire très avancée; le pronostic est réservé.

Entré dans une des chambres d'observation, il est transféré dans notre Service le 15 août 1944. Le malade accuse, alors, de la faiblesse, de la dyspnée, de la toux quinteuse intense sans expectoration, pas de température. L'examen clinique révèle de la diminution de l'expansion pulmonaire à l'inspiration, de la sub-matité, quelques râles secs, des râles ronflants et sibilants, un souffle bronchique dans les deux parties supérieures des poumons. Le 18 septembre le malade accuse les mêmes symptômes, mais plus accentués, l'hyperthermie est toujours absente. L'examen clinique laisse entendre les mêmes signes. Le 10 octobre même chose. Le 12 novembre le malade sort en congé pour la journée et quelques jours plus tard il se sent plus mal et il fait un peu d'hyperthermie. Ses troubles digestifs s'aggravent, la dyspnée et la toux s'intensifient, mais l'expectoration est absente. Le 28 novembre, le malade a des vomissements et il se dit découragé, la température augmente, il tousse davantage, mais ne crache pas. Au début de décembre, l'examen pulmonaire laisse percevoir, en plus des signes déjà mentionnés, une pluie de râles aux deux sommets; le malade se cyanose, la dyspnée et la toux sont plus accentuées; le malade ne présente aucun symptôme, aucun signe de méningite, sauf des vomissements qui persistent depuis quelque temps. On ne trouve pas d'inégalité pupillaire.

Les signes de Romberg, de Babinski, de Kernig sont négatifs. Pas de raideur de la nuque, pas de délire. Le trois décembre, au matin, même état, mais vers les 10 heures du soir, le malade se sent très mal: cyanose, transpiration, état anxieux. Vers les 2 heures du matin, l'état paraissait s'être amélioré mais vers 2.20 a.m., nouveau malaise; vomissements, toux suffocante et le malade meurt à 2.35.

Un examen fait par le docteur Brah avait révélé de l'œdème de l'épiglotte, des aryténoïdes, et des cordes vocales rouges et œdématiées. Tous les examens de crachat depuis son entrée au 6 octobre furent négatifs; le huitième examen rapporta « Koch positif », le « Rafky II ». Le traitement fut hygiénique et fonctionnel seulement.

Le *post-mortem* vint définitivement confirmer notre diagnostic. Nous nous croyons justifiés d'attribuer les grains miliaires irréguliers au fait de la présence assez considérable d'anthracose révélée par l'autopsie.

*
* *

En face des symptômes accusés par le malade et les signes décelés, quel diagnostic devions-nous porter ?

Nous éliminons, d'abord, les maladies infectieuses, l'asthme et la granulie aiguë, le malade ne faisant pas d'hyperthermie; puis la T.B. nodulaire, les grains étant trop petits; et nous éliminons les états pulmonaires des cardiaques décomposés, le seul symptôme étant la dyspnée, sans autres symptômes cardiaques, sans râles aux bases. Nous éliminons, également, la granulie qui se manifeste au début par des phénomènes pleuraux prédominants avec absence de pleurésie, et, après avoir éliminé le cancer granulique, nous avons pensé à une forme de T.B. interstitielle, miliaire, due à un ensemencement secondaire à un ulcère tubercu-

lux de la gencive probable. L'absence de fvre, l'évolution lente, la radiologie nous nt penser à la granulie froide.

Avions-nous eu raison de poser ce diagnos- t ? L'image radiologique montrant des grains ptits, disséminés dans les deux plages, l'as- ténie, la dyspnée, la toux sèche que le ma- lle accusait, l'évolution lente apyrétique de l maladie nous portaient à le croire. Le *st-mortem* nous a convaincu que nous ions raison. En voici le protocole:

« M. Omer L., 34 ans. Décédé le 4 décem- le 1944. Entrée: 1er août 1944. Dossier o: 40935. Protocole aut. No 378a.

*Autopsie pratiquée 8 heures après la mort*

« Cadavre de complexion extérieure amai- gie. A l'ouverture du thorax, les poumons subissent aucun affaissement. Les plèvres nt libres de toute adhérence.

« Extérieurement les poumons présentent ne coloration sensiblement normale, mais ils nt turgescents et lourds (poumon gauche, 50 gmes; poumon droit, 850 gmes). A la oupe, la surface de section montre un fin mis de granulations arrondies, bombant au- essus du parenchyme et faisant corps avec ui, d'aspect vitreux ou légèrement opales- nt et du volume d'une tête d'épingle. Ces anulations n'ont aucune prédilection pour région sous-pleurale. A la pression, il s'é- oule une faible quantité de liquide sangui- olent aéré et quelques gouttelettes de pus es petites bronches.

« L'examen de la trachée et des grosses ronches ne révèle rien de particulier. Les anglions trachéo-bronchiques sont légère- ent augmentés de volume et anthracosiques.

« Péricarde: sans particularité.

« Les mensurations du cœur fournissent les onnées suivantes:

« Diamètres: longitudinal: 8; transversal: 9.5. Circonférence: 23. Orifice mitral: 9; aortique: 5.5; pulmonaire: 7.5; tricus- pide: 12. Diamètre du ventricule gau- che: 4.5; ventricule droit: 2.

« Aucune lésion orificielle sauf un épais- sissement induré au niveau du bord d'im- plantation d'une des sigmoïdes aortiques.

« Foie de stéatose. Voies biliaires perméa- bles.

« Rate (130 grammes). Surface de section rétractée.

« Reins cyanotiques (140 grammes). Gra- nulations sub-miliaires.

« Intestins: S. P.

« Estomac dilaté et rempli d'un liquide jaunâtre crémeux.

« Bouche: lésion ulcéreuse du sillon gin- givo-labial supérieur.

*Diagnostic histologique*

« Cœur: S. P.

« Foie: stéatose et granulie.

« Rate: hyalinisation des artères et granu- lie.

« Reins: lésions dégénératives et granulie.

« Estomac: gastrite interstitielle.

« Poumons: poumons granuliques. Anthra- cose marquée. Foyers discrets de sclérose pa- riétale.

*Diagnostic anatomique*

« Granulie généralisée.
Anthracose pulmonaire marquée.
Ulcération tuberculeuse buccale.
Gastrite interstitielle.
Bronchite capillaire. »

(G. Manseau, M.D.)

*Température du malade durant l'hospitalisation*

| *Date* | *Température* |
|---|---|
| 1 août au 10 sept. | 97 le matin — 98 le soir. |
| 10 sept. | 99.4 le soir. |
| 11 au 29 sept. | 97 le matin — 98 le soir. |
| 29 sept. | 96 le matin — 98 le soir. |
| 30 sept. au 7 oct. | 97.2 le matin — 98.2 le soir. |
| 7 au 10 oct. | 97.2 le matin — 99.2 le soir. |

| | |
|---|---|
| 11 au 14 oct. | 97.2 le matin — 98 le soir. |
| 14 et 15 oct. | 96.3 le matin — 99 le soir. |
| 16 oct. au 3 nov. | 97.2 le matin — 98 le soir, excepté le 20 et 27 oct.: 99 le soir. |
| 4 au 7 nov. | 97.2 le matin — varie entre 99 et 99.2 le soir. |
| 8 au 14 nov. | 97.2 le matin — 98.3 le soir. |
| 14 nov. | 97.4 le matin — 99.4 le soir. |
| 15 nov. | 98.3 le matin — 100 le soir. |
| 16 nov. | 98.3 matin et soir. |
| 17 nov. | 98.3 le matin — 99 le soir. |
| 18 nov. | 97.3 le matin — 99 le soir. |
| 19 nov. | 98.3 le soir. |
| 20 nov. | 97 le matin — 99.2 le soir. |
| 21 nov. | 98 le matin — 100 le soir. |
| 22 nov. | 97 le matin — 99.3 le soir. |
| 23 nov. | 8 le matin — 100 le soir. |
| 24 nov. | 98 le matin — 99.2 le soir. |
| 25 nov. | 98 le matin — 99.2 le soir. |
| 26 nov. | 98.1 le matin — 99.2 le soir. |
| 27 nov. | 98 le matin — 103 le soir. |
| 28 nov. | 98.2 le matin — 99 le soir. |
| 29 nov. | 97.2 le matin — 100 le soir. |
| 30 nov. | 98.4 le matin — 102 le soir. |
| 1 déc. | 98.4 le matin. |
| 2 déc. | 99.3 le soir. |
| Décédé le 4 à 2.25 du matin. | |

# REVUE GÉNÉRALE

## STÉNOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE

Par **Antoine PETTIGREW,**
Assistant dans le service de chirurgie, hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

La sténose hypertrophique du pylore est chez le nouveau-né l'affection la plus fréquente qui nécessite le traitement chirurgical. L'intervention sur le pylore sténosé a été un des plus grands progrès de la chirurgie abdominale dans les derniers trente ans; car, avant 1912, alors qu'on adopte la technique de la pyloromyotomie Fredet-Rammstedt, la mortalité était de cinquante à soixante et quinze pour cent; aujourd'hui ce taux de mortalité a baissé à 1% ou 2%, si l'opération est faite par un chirurgien compétent qui surveillera attentivement les soins pré et postopératoires autant que sa technique.

### Soins préopératoires.

Depuis l'adoption de la pyloromyotomie comme traitement de choix dans la sténose pylorique, la mortalité a été encore réduite par une meilleure préparation à l'opération. Il faut porter notre attention à empêcher l'acidose et à remplacer les liquides perdus par l'organisme (ainsi que les réserves en électrolytes) et des hydrates de carbone, tout ceci sous la surveillance étroite du pédiatre et du chirurgien. L'administration de liquide par voie parentérale est un des plus grands facteurs de succès et cela demandera de trois à cinq jours de préparation avant l'opération, si possible. Les liquides seront administrés matin et soir par voies intraveineuse et sous-cutanée: pour la voie intraveineuse, on se servira d'une solution de 10% de glucose dans de l'eau stérile à la proportion de 10 c.c. par livre de poids du bébé; pour la voie sous-cutanée, on se servira de sérum physiologique ou de solution Hartmann à raison de 15 c.c. par livre de poids du bébé. Si les liquides ne sont donnés que par la voie sous-cutanée, alors on emploiera une solution de 5% de glucose dans de l'eau stérile ou 3% de glucose dans du sérum physiologique.

La transfusion est nécessaire, si la formule sanguine est inférieure à 4,000,000 et ceci à raison de 10 c.c. par livre de poids du bébé chaque fois.

Pendant les soins préopératoires, nous devons continuer l'alimentation orale jusqu'à

eux heures avant l'opération, car, même si le ébé vomit, il restera toujours quelques ali- ents qui seront absorbés par l'intestin; les iments seront épaissis avec des céréales uites dans la proportion d'une partie de cé- ale pour 15 à 20 parties de la formule: épaisseur de la bouillie facilitera le passage travers le pylore.

L'atropine par voie sous-cutanée ou in- orporée aux aliments peut rendre service ans les cas limités mais peu dans les vraies énoses. Si l'enfant est agité, on peut lui don- er du luminal en petites quantités. La vita- ine C est de routine; elle facilitera une meil- ure guérison de la plaie opératoire et sera onnée à la dose de 25 mgr. par jour dans le érum intraveineux.

ROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Avant 1912, la gastro-jéjunostomie était l'o- ération de choix et donnait une mortalité de lus de 50%. En 1908, Fredet introduisit son pération qui consistait à inciser longitudina- ement toutes les fibres musculaires du pylore usqu'à la muqueuse et à suturer le tout dans sens transversal, mais, en 1912, Rammstedt odifia la technique de Fredet en ne suturant as les fibres incisées en laissant la muqueuse omber à travers l'incision.

L'anesthésie de choix serait l'éther admi- istré goutte à goutte par un anesthésiste ayant ne grande expérience dans l'anesthésie des ébés. Nous croyons cependant que l'anes- hésie locale à la scurocaïne 1% est préférable cause des suites opératoires chez un bébé trepsique. D'ailleurs il est assez facile de con- rôler l'enfant en lui donnant pendant l'opé- ation une tétine garnie de sirop. L'Avertine 100 mgr. par livre de poids du corps) peut tre très utile, combinée à l'anesthésie locale. e cyclopropane pourrait être aussi employé. Dans la préparation opératoire immédiate ous devons avoir en vue la conservation de a chaleur du corps du bébé, elle est extrê- nement importante pendant l'intervention; c'est pourquoi nous envelopperons les extré- mités du patient, puis nous l'attacherons à une croix bien rembourrée afin d'avoir un meil- leur champ opératoire par l'immobilisation de l'opéré. La peau sera préparée à l'éther puis au Métaphen. Un cathéter urétral No 10 sera introduit par la narine dans l'estomac, afin d'aspirer les sécrétions gastriques. Ce cathéter est laissé en place pendant l'opération afin de faciliter le passage des gaz pouvant se ramasser dans l'estomac.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE PROPREMENT DITE.

L'incision de l'abdomen a environ 2 pouces de long, elle se fait à droite de l'ombilic dans le muscle droit et part du gril costal. Une hé- mostase parfaite est pratiquée avec de la soie fine ou un catgut 00000. L'incision comprend tous les tissus jusqu'au péritoine; nous pas- sons alors des crins à travers toute l'épaisseur des tissus incisés dans les deux angles de la plaie; puis le péritoine est ouvert et le py- lore saisi avec l'index et le pouce gauche puis maintenu parallèlement à l'incision en dehors du ventre. Comme la paroi antéro- supérieure du pylore est la moins vasculaire, c'est à cet endroit que nous incisons longitu- dinalement toutes les fibres musculaires jus- qu'à la muqueuse en prenant garde d'ouvrir celle-ci. L'incision est d'environ ¾ de pouce de long, puis avec une pince courbe mousse nous écartons les fibres musculaires afin de laisser bomber la muqueuse. L'écartement musculaire présente alors l'aspect d'un V. Ceci saigne peu ou pas et le sérum chaud contrôlera facilement les petits saignements; sinon, il nous faudra ligaturer avec de la soie fine ou du catgut; il n'est ni nécessaire ni utile de recouvrir cette plaie avec de l'omen- tum.

COMPLICATIONS.

Le danger de cette technique, c'est la per- foration de la muqueuse qui peut arriver sur- tout à la partie duodénale de l'incision du pylore: il s'agit d'y aller prudemment lors de

l'incision. Une petite ouverture peut être fermée assez facilement avec une ou deux sutures pour inverser la muqueuse et recouvrir la séreuse.

FERMETURE DE L'ABDOMEN.

Elle se fera avec grands soins si l'on veut éviter des suites fâcheuses. Comme la paroi de ces petits patients n'a que 1/8 à 3/16 de pouce d'épaisseur, il est donc nécessaire d'y faire des prises délicates et soignées ainsi que des sutures bien appliquées. A l'aide des crins déjà placés aux angles de la plaie, l'assistant soulèvera la paroi et permettra ainsi de saisir et de fermer le péritoine avec un surjet à la soie, puis nous ferons des points séparés encore à la soie sur le muscle et l'aponévrose en prenant soin de ne faire aucune traction exagérée. Le tissu sous-cutané est trop insuffisant pour qu'on s'en occupe; la peau est fermée par des points séparés à la Sarnoff et à la soie également. Le catgut est mis de côté.

L'incision Gridiron recommandée par le docteur Robinson, de Toronto, serait supérieure à celle que nous venons de décrire. Elle se fait parallèlement au rebord costal inférieur et est d'une longueur de 2 pouces. Le muscle grand oblique est divisé dans la direction de ses fibres et il en est ainsi pour le muscle petit oblique. Ainsi, dans la réparation de cette plaie, nous avons une paroi forte qui guérit par première intention.

TRAITEMENT POSTOPÉRATOIRE.

Il est mieux d'adopter une diète standard afin qu'il n'y ait pas d'erreur pour le personnel[1]. Aussitôt après le réveil ou encore l'arrivée du patient non endormi dans son lit, nous commençons l'alimentation avec une once de liquide toutes les deux heures; ainsi nous aurons le menu suivant: deux repas d'eau stérile, quatre repas de babeurre, quatre repas et demi de babeurre et ½ repas de lait maternel, quatre repas où le babeurre est diminué d'une c. à soupe et le lait maternel augmenté d'autant. Quatre repas de lait maternel augmentant d'une c. à soupe à chaque repas. Ce total de 18 repas demandera 36 heures et suffira jusqu'à la seconde nuit après l'opération; après quoi le lait sera augmenté selon les besoins de calories, c'est-à-dire 3 onces et 50 calories par livre chaque jour. Il est bon de ne pas espacer les repas de 4 heures avant 8 à 10 jours. Dans presque tous les cas le patient vomit après l'opération; il faut quand même continuer les repas sans se soucier davantage. Pendant 48 heures il faut donner du sérum à raison de 2 onces de glucose à 5% par voie rectale dès que l'enfant retourne à son lit et continuer toutes les 4 heures. Puis du sérum intraveineux et sous-cutané et du plasma s'il y a choc, ainsi que de petites transfusions. Après 48 heures, habituellement, nous pouvons cesser ces liquides.

Les grands progrès faits dans le traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore sont bien démontrés lorsque l'on regarde 25 ou 30 ans en arrière alors que le taux de mortalité était de plus de 50% et que nous comparons avec celui de 1% que nous avons habituellement.

## Conclusions

L'opération de Fredet-Rammstedt est la seule indiquée et est admise partout.

L'anesthésie locale est préférable; elle ne donne pas de choc, il y a moins de vomissements et peu de complications pulmonaires après l'opération et l'enfant semble se défendre mieux.

Les transfusions de sang et de plasma sont nécessaires.

Le traitement pré et postopératoire avec l'aide d'un pédiatre averti est d'une importance extrême.

## BIBLIOGRAPHIE

1. *Précis de pathologie chirurgicale.* Tome IV, Masson & Cie, édit. 1939.
2. LADD et CROSS: *Abdominal surgery of infancy and children.* W. B. Saunders, édit. 1941.
3. Thomas G. ORR: *Operations of general surgery.* W. B. Saunders, édit. 1945.

# STÉNOSE HYPERTROPHIQUE DU PYLORE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Par **J. Chs COTE,**
Assistant dans le service de Pédiatrie,
Hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Durant l'année 1944, nous avons reçu, dans service de pédiatrie à l'hôpital de l'Enfant-sus, cinq petits malades atteints de sténose lorique; tous ces enfants étaient du sexe asculin, leur âge variait de cinq à dix se-aines. Ces nourrissons sont entrés à l'hôpital urce qu'ils vomissaient et souffraient de cons-pation. Ils ont tous été opérés et le diagnostic inique a été confirmé.

Ils sont tous sortis de l'hôpital guéris après n séjour variant de dix-huit jours à un mois demi.

Vu la fréquence relative de cette affection, ai pensé qu'il serait intéressant et pratique énumérer les principaux symptômes carac-risant cette maladie.

Il existe une malformation congénitale chez nouveau-né caractérisée par l'hypertrophie es couches musculaires du pylore et particu-èrement des fibres annulaires, ce qui déter-ine un rétrécissement plus ou moins marqué e cet orifice.

Cette sténose se manifeste par des vomisse-ents incessants, de la stase gastrique, de la onstipation et une émaciation progressive.

S'il est vrai que quelques anciens médecins ient décrit des cas de rétrécissement congé-ital du pylore, entre autres l'Anglais Arm-trong en 1769, et l'Américain Beardsley en 788, il faut reconnaître que nous devons la onnaissance de cette affection au travail de *Hirschsprung*, de Copenhague, publié en 1887. 'est de lui que datent les recherches qui ont eu à peu enrichi l'histoire de cette maladie.

Cette affection est assez rare en France et e rencontrerait surtout chez la race anglo-axonne et germanique, d'après Marfan. Nous avons peu de chose de son étiologie.

Le sexe masculin en serait atteint de pré-érence, et surtout les premiers-nés d'une fa-nille.

PRINCIPAUX SYMPTÔMES.

1° Vomissements.

2° Stase alimentaire.

3° Constipation.

4° Dépression sous-ombilicale et voussure sus-ombilicale.

5° Mouvements péristaltiques.

6° Perception de la tumeur pylorique.

1° *Vomissements.*

Le *vomissement* fréquent, constant, est le symptôme principal de la sténose du pylore, mais ce symptôme n'apparaît pas en général les premiers jours de la vie; il y a une période de latence qui peut aller de quelques jours jusqu'à quatre semaines. Le plus souvent, l'enfant paraît bien se porter les premiers jours, puis brusquement les vomissements apparaîtront et ne cesseront pas. Le vomissement survient presque après chaque repas, il se produit plus ou moins longtemps après l'ingestion de lait. Il est brusque, presque explosif. Parfois, on croirait que le vomissement est plus abondant que le liquide que le bébé a ingéré. Jamais on ne trouve de bile dans les vomissements; le seul fait de constater la présence de bile exclut le diagnostic de sténose; il n'y a pas de sang, ces vomissements ne contiennent que du lait, de la salive déglutie, du suc gastrique.

Au début, l'examen de l'abdomen ne révèle aucune modification; par la suite, on constate: 2° *une dépression sous-ombilicale* et *une voussure sus-ombilicale.*

Plus tard, quand le sujet est plus amaigri, on peut constater: 3° *des mouvements péristaltiques* visibles, allant de gauche à droite; ces mouvements se constatent lorsque l'on a donné à boire au bébé et ils sont d'autant plus prononcés que la sténose est plus serrée.

Enfin, parmi les signes révélés par la pal-

pation, il faut signaler: 4° *la perception d'une tumeur pylorique.* Il arrive parfois qu'en déprimant la paroi abdominale, à droite de la ligne blanche, et très près d'elle (car le pylore hypertrophié se déplace vers la gauche), on sente une tumeur arrondie, ovalaire: c'est un signe que l'on ne constate pas souvent, mais, s'il existe, il a une grande importance pour porter le diagnostic.

Il n'est perceptible que lorsque le sujet est très émacié et qu'il a une paroi abdominale dont les muscles sont devenus atones. Il ne se perçoit bien qu'après qu'un vomissement a évacué l'estomac.

Dans la sténose du pylore, 5° *la constipation* est constante, c'est un des principaux signes de l'affection. Dès le début, les selles deviennent de plus en plus rares, il faut provoquer l'évacuation intestinale par des lavements. Les matières sont dures, ne contiennent pas de grumeaux de lait.

En général, les enfants atteints de sténose pylorique sont affamés; ils prennent avidement le sein ou la bouteille, mais ils cessent rapidement de boire, sont agités, ils pleurent et paraissent souffrir.

Ces enfants urinent très peu, mais par ailleurs leur état général se ressent plus ou moins du degré de dénutrition qui résulte des vomissements; le poids reste stationnaire assez longtemps, puis il diminue assez rapidement, le facies reste assez bon, ils ont les yeux vifs, des mouvements énergiques, des cris violents; ils ne ressemblent pas aux enfants intoxiqués. La température s'abaisse, la déshydratation apparaît rapidement, le patient prend une apparence squelettique qui le conduit rapidement à l'athrepsie.

L'exploration physique de l'abdomen doit être complétée par le tubage et la radiographie.

Le tubage démontre: 6° *une stase alimentaire* plus ou moins considérable. Pratiqué quatre et même cinq heures après un repas, il permet de retirer un résidu dont l'abondance dépend de la rétention gastrique; sa quantité varie entre une et quatre onces. Le liquide retiré est clair, incolore, renferme des flocons blanchâtres très petits si l'enfant est au sein, et plus gros si l'enfant est au lait de vache.

Puis la radiographie vient confirmer le diagnostic. Quand on examine sous l'écran radioscopique un enfant atteint de sténose pylorique un peu serrée, aussitôt après ingestion d'une bouillie opaque, le signe le plus précoce constaté est l'apparition de *contractions péristaltiques.*

Ces contractions ont pour but de tâcher de vaincre l'obstacle, puis succède une période de fatigue où l'estomac se relâche, reste immobile; et le cycle se répète jusqu'à ce qu'un vomissement libère l'estomac.

L'examen radioscopique révèle toujours un retard notable de l'évacuation de la bouillie opaque dans le duodénum. La durée de ce retard varie avec le degré de sténose. Mais, en général, trois ou quatre heures après l'ingestion de bouillie opaque, on en retrouve encore dans l'estomac une quantité assez importante.

Lorsque le rétrécissement congénital du pylore est abandonné à lui-même, la mort en est la terminaison habituelle.

### Formes cliniques.

Dans la description précédente, nous avons décrit la forme habituelle de la sténose pylorique congénitale. Mais les symptômes et la marche habituelle de cette maladie présentent des variantes.

Il y a les formes aiguës et les formes lentes.

Dans ces formes aiguës, les symptômes apparaissent d'emblée avant le quinzième jour de la vie, et ils évoluent si rapidement qu'il y a lieu de discuter immédiatement la question de l'intervention chirurgicale.

Dans les formes lentes, celles qui apparaissent après trois semaines, dans lesquelles le pylore, un peu perméable, laisse passer une certaine quantité de lait, dans ces formes dont le diagnostic clinique prête à confusion, tous les symptômes énumérés précédemment peuvent se rencontrer, mais ils évoluent lente-

ent; il y a parfois des périodes de temps où ; vomissements cessent; on a vu de ces cas prolonger jusqu'à l'âge de deux ans.

Au point de vue *anatomo-pathologique,* je dirai qu'un mot: la lésion consiste essentiellement dans une hypertrophie des parois canal pylorique, hypertrophie portant sur couches musculaires de ces parois, particulièrement sur la couche des fibres annulaires.

NATURE ET PATHOGÉNIE.

On a longuement discuté sur la nature et pathogénie du rétrécissement pylorique, ais on semble d'accord pour dire que c'est ne malformation congénitale.

Il y a tout de même un *diagnostic différentiel* à faire.

En premier lieu, il faut distinguer le vomissement véritable de la régurgitation œsophagienne due à un spasme du cardia ou à une malformation de l'œsophage, mais ici le diagnostic différentiel est facile.

Mais la question essentielle qui se pose est celle de savoir s'il s'agit d'une maladie des vomissements habituels ou d'un rétrécissement du pylore.

Dans la sténose pylorique, la constipation est très marquée, et il existe une voussure sus-ombilicale et une dépression sous-ombilicale, tandis que dans la maladie des vomissements habituels, encore appelée maladie de Marfan, la constipation n'est pas constante.

Dans tous les cas, il faut faire l'épreuve du traitement médical.

Il consiste à essayer par tous les moyens possibles à alimenter ces petits malades; il faut employer les antispasmodiques, tels: le gardénal, la belladone, même les bromures.

Quand, après quelques essais thérapeutiques, nous avons la certitude qu'il s'agit d'une sténose hypertrophique du pylore, nous devons alors demander l'aide de la chirurgie.

L'opération consiste à faire la pylorotomie longitudinale extra-muqueuse, opération imaginée par Fredet en 1910 et pratiquée par Rammstedt en 1912.

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada
(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Tome 74 — N° 4 — Montréal, avril 1945

## L'ÂGE D'OR DE LA CHIRURGIE

La chirurgie moderne a dû résoudre trois grands problèmes: l'hémorragie, la douleur, l'infection.

Pour combattre l'hémorragie accidentelle ou opératoire, Ambroise Paré, au seizième siècle, vulgarisa le procédé, déjà employé par les Grecs de l'antiquité, de la ligature vasculaire directe, abolissant ainsi la coutume barbare de l'hémostase par les caustiques et le fer rouge. Péan, en 1868, inventa ces merveilleux instruments que sont les pinces hémostatiques à crans d'arrêt: pinces de Péan ordinaires, pinces en T, pinces en cœur, etc. La « forcipressure » instrumentale remplaçait au mieux la « forcipressure » digitale avant la pose de la ligature. L'hémostase devenait à la fois simple, rapide, efficace et humaine.

L'abolition de la douleur au cours des opérations avait vainement préoccupé les chirurgiens depuis les temps les plus reculés. En 1839, Velpeau écrivait: « Eviter la douleur dans les opérations est une *chimère* qu'il n'est plus possible de poursuivre aujourd'hui. » Et, en 1841, Malle répétait l'antienne: « Diminuer la douleur occasionnée par l'instrument tranchant est une de ces *chimères* qui ont préoccupé les chirurgiens des siècles passés. » Démentant presque aussitôt ces deux faux prophètes, Wells, de Boston, pratiquait dès 1844 la première anesthésie au protoxyde d'azote, et Morton, à la même époque, la première anesthésie à l'éther sulfurique. La douleur au cours de l'opération n'était plus qu'un sinistre cauchemar du passé; la *chimère* s'était muée en bienfaisante réalité.

L'infection opératoire, dans la deuxième moitié du siècle dernier, était devenue telle que « la moindre solution de continuité était une porte d'entrée pour la mort ». « Les opérés, a dit M. P. Delbet, étaient décimés. La mortalité des amputations de jambe et de cuisse oscillait entre 60 et 85 pour 100. Les malheureux couchés dans les lits d'une rangée de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, la rangée noire, étaient condamnés d'avance; de mémoire d'homme, aucun opéré n'y avait guéri. En 1868 et 1869, deux chirurgiens des plus habiles perdirent tous leurs opérés... »

Moreau, en 1857, disait de l'ovariotomie, opération courante dont la mortalité est aujourd'hui presque nulle: « Je pense que cette opération doit être rangée dans les attributions de l'exécuteur des hautes œuvres: et les femmes qui y ont survécu peuvent être comparées à ces heureux pendus qui, grâce à une circonstance fortuite, comme une mauvaise corde, ont échappé à la mort. »

Et Velpeau, qui décidément n'avait pas de chance dans ses prophéties, avait dit à l'Académie: « L'extirpation des ovaires est une opération affreuse qui doit être proscrite, quand même les guérisons annoncées seraient réelles, et les injections irritantes iodées sont le seul traitement à employer dans ces cas. »

Les chirurgiens avaient donc peur de la chirurgie, et ils avaient raison. On vivait dans la terreur du cataclysme, mais on ignorait comment on pourrait s'en préserver.

C'est alors que Pasteur vint, que tout changea, que la lumière jaillit et éclaira cette redoutable obscurité.

Le chirurgien anglais Lister, vers 1874, crée la méthode antiseptique; le chirurgien français Terrier, entre 1884 et 1892, instaure la méthode aseptique; antisepsie et asepsie dérivant l'une et l'autre des

immortels travaux du chimiste Pasteur. Nous connaissons les conséquences de l'application judicieuse et coordonnée de ces deux méthodes: chaque jour, de par le monde, des milliers d'opérés survivent et guérissent, qui, avant l'ère pastorienne, étaient voués à la mort.

On a donc convenu d'appeler l'âge d'or de la chirurgie la période qui suivit la solution pratique des trois problèmes: hémorragie, douleur, infection; période qui débuta vers 1890 et dura une trentaine d'années. Ce fut un temps d'intense développement technique et mécanique, secondé par une science anatomique approfondie. Un grand nombre de procédés, devenus maintenant classiques, ont vu le jour ou ont été améliorés pendant cette période: ablation de l'appendice, drainage de la vésicule biliaire, résection partielle de l'estomac et de l'intestin, suture du cœur, craniotomie, pneumectomie partielle, thyroïdectomie, splénectomie, etc.

Ce fut indéniablement, en regard de la période préaseptique, un âge d'or. Il semble donc à beaucoup de chirurgiens de nos jours qu'ils survivent à cet âge, que leur métier est devenu une routine, que leur rôle est désormais un rôle de conservation, que, l'époque des grandes explorations étant terminée, ils n'ont plus de technique à découvrir, plus d'innovations à accomplir, plus de valeur à identifier.

Or, nous ne sommes pas tellement certains que ce que nos prédécesseurs ont considéré comme étant l'âge d'or ne fasse pas figure, dans une trentaine d'années, de période préparatoire technique, pour céder une place d'honneur au temps que nous vivons et à celui de demain.

Le nouveau mot d'ordre de la chirurgie contemporaine n'est plus seulement l'anatomie ou le respect de la structure, mais la physiologie, la préservation, la restauration de la fonction.

La chirurgie « anatomique » a surtout en vue un travail limité dans un assemblage parfait de pièces, d'organes existant dans un cadre humain, ce cadre étant en somme moins considéré en lui-même que le viscère pathologique manipulé par l'opérateur.

La chirurgie « physiologique » considère en plus l'être humain comme un tout solidaire, dont la composition et le fonctionnement complexe peuvent subir des modifications allant jusqu'à la mort, en dépit de la perfection technique avec laquelle le viscère pathologique, l'organe lésé, ont été traités.

La chirurgie « physiologique » étudie les réactions générales des malades; elle prévoit les complications opératoires pour les mieux éviter et guérir; le diabétique peut aujourd'hui, grâce à l'insuline, subir impunément l'intervention chirurgicale qui naguère lui aurait été fatale.

Utilisant ce qui lui convient dans les grandes découvertes modernes, elle tient compte de l'état humoral, des métabolismes; elle se prémunit contre le choc, les embolies, la déperdition des liquides et des protéines; elle emploie les médications nouvelles éprouvées; elle s'aide, même en cours d'opération, des irradiations infra-rouges et ultra-violettes.

On ne peut donc concevoir maintenant un acte chirurgical important, en dehors d'un milieu hospitalier complètement et parfaitement aménagé, complètement et parfaitement outillé, et sans la collaboration intime et constante des nombreuses compétences spécialisées groupées dans ce milieu: médecins, radiologistes, radiothérapeutes, anatomo-pathologistes, endocrinologistes, hommes de laboratoire, etc., tous concourant à entourer l'opéré d'un maximum de sécurité.

Aux trois problèmes initiaux: hémorragie, douleur, infection, des additions bienfaisantes s'ajoutent aux solutions de la première heure. Dans l'hémorragie, les transfusions, autrefois impraticables, sont devenues aujourd'hui médication courante.

Contre la douleur, de multiples modes d'anesthésie s'adaptent au mieux, aux différents types de patients et au genre d'opération qu'ils vont subir.

Le danger de l'infection opératoire suscite un regain d'intérêt, en raison de l'augmentation constante du nombre des interventions chirurgicales quotidiennes, dans les différents hôpitaux du monde entier.

Les chirurgiens, avides d'améliorer constamment les suites opératoires pour tous leurs opérés, ne se contentent plus de l'asepsie des instruments et du matériel opératoire, mais ne désirent rien moins que la généralisation de l'asepsie totale des blocs opératoires, asepsie intégrale à l'aide de laquelle Maurice Gudin, depuis 1930, et ses imitateurs après lui, obtiennent des résultats d'ensemble inconnus jusqu'alors.

A la lumière de ces faits et des multiples acquisitions scientifiques récentes, il semble bien également que les hôpitaux, même les soi-disant modernes, ne répondent, envisagés comme instruments de travail, que d'une manière rudimentaire au but progressif et sécuritaire que l'on a en vue.

Là encore, dans ce domaine, ce qui reste à réaliser est immense en regard de ce qui existe.

Mais, en nous efforçant d'y apporter quelques solutions heureuses, nous aurons contribué à l'avancement de l'âge d'or de... demain.

PIERRE SMITH.

# MÉDECINE SOCIALE

## LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE À MONTRÉAL [1]

Par **Léo LADOUCEUR.**
Chef de la Section de la Tuberculose.

La lutte contre la tuberculose à Montréal a déjà à son actif de consolantes réalisations. La mortalité, de bien au delà de 205.8 qu'elle était en 1915, est en 1943 de 72.7. Si toutefois l'on compare le chiffre précité à ceux des autres provinces, nous constatons qu'il est élevé. On a épilogué longuement sur les causes de cet écart. Je voudrais ici les synthétiser.

Le rôle du bacille de Koch dans la tuberculose est aujourd'hui connu, établi: pas de tuberculose sans bacille infectant. N'aurait-on point toutefois trop négligé l'importance du terrain sur lequel évolue le bacille et, pour mieux établir en quelque sorte le rôle causal du microbe, n'a-t-on point relégué à l'arrière-plan un sujet sur lequel tout n'a pas été dit, tant s'en faut ?

Il est aujourd'hui admis que la primo-infection tuberculeuse est d'origine exogène, c'est-à-dire que le microbe provient d'un tuberculeux, cracheur de bacilles, alors que l'infection secondaire serait presque uniquement d'origine endogène. L'apport microbien étranger n'est plus ici l'agent causal, ce sont nos propres bacilles, vestiges indélébiles d'une primo-infection ancienne, précieusement conservée dans nos ganglions hilaires ou quelquefois parenchymateux, qui, par l'affaiblissement des forces de résistance de l'organisme, à cause de surmenage, de maladies intercurrentes, de sous-alimentation, d'une habitation insalubre, d'époques pubertaires ou ménopausiques où les forces organiques s'endorment ou sont distraites à l'emploi d'un surgissement ou d'un affaissement organique physiologique, sont ici en cause. Libéré des forces qui le tenaient sur la défensive, le bacille sort des abris bétonnés.

1. Travail présenté devant la section de l'épidémiologie, au 33e Congrès annuel de la « Canadian Public Health Association », tenu au Royal York Hotel, à Toronto, du 6 au 8 novembre 1944.

pise à l'attaque petitement ou violemment, e les défenses bouleversées, submergées, cèdnt et, à moins que des renforts, sous forme d repos, de traitement par le pneumo, etc., n lui soient donnés, une nouvelle victime rque fort de s'ajouter bientôt au tableau des dcès par tuberculose.

Et si l'on accepte qu'à Montréal un pourcntage élevé de la population portent dans lurs ganglions hilaires les germes de la tuberclose, potentiellement tous sont candidats pssibles au réveil de leur primo-infection acienne.

Quels sont les facteurs qui préservent le train ou conditionnent la résistance ou bandon de l'organisme à l'infection tuberculeuse? Aux facteurs: alimentation, habitan et travail, viennent en corollaire la natalé élevée et la négligence qui découle naturlement de la quasi-impossibilité, pour la csse pauvre chargée d'enfants, de prendre le sn qu'il convient de sa santé, les frais médicux à encourir dépassant fort les possibilités c son budget.

Quand on est pauvre, ce serait un luxe pohibitif d'être douillet; les privations, les enuis physiques endurés à cœur d'année parc qu'on n'a point les moyens de consulter le rédecin, ou que ce dernier, consulté, ne peut apliquer intégralement le traitement appropié, à moins d'en ajouter le coût au livre des cjets ou argents perdus, portent à considérer l maladie comme un mal nécessaire, inévitble et incurable, contre lequel le médecin e en fait impuissant ou profiteur dangereux c'il convient de fuir. Et personne ne parle aec autant d'assiduité et de conviction des eigences du médecin que le pauvre, alors que jstement il n'est que d'un rapport maigre ou ul pour le médecin traitant. Il reste, il est vai, les cliniques, dispensaires et hôpitaux où l'indigent a trop souvent l'impression d'être accueilli en gêneur. Le pauvre a l'orgueil chatuilleux et son complexe d'infériorité le rend tnide ou, par une correction exagérée, arrognt. Il est rebuté ou sévèrement mis à sa place c finalement éconduit.

On a mis de l'avant et avec raison notre natalité élevée ou, ce qui revient au même, la famille nombreuse qui, à l'étroit dans un habitat trop exigu, privée d'une alimentation suffisante — car aujourd'hui, à l'encontre de tout bon sens, famille nombreuse est presque synonyme de pauvreté — multiplie par le nombre des enfants les risques du contage pour peu qu'il existe un tuberculeux cracheur de bacilles dans ce milieu familial. Et c'est ainsi que les statistiques montrent que la contagion, en milieu pauvre, atteint 1 pour 5 des contacts alors qu'en milieu plus aisé le pourcentage s'établirait à 1 pour 10, donc double danger.

On a beaucoup écrit sur les taudis à Montréal. Strictement parlant, je ne crois point que les taudis véritables soient à Montréal très nombreux. Toutefois l'habitation, genre *flat,* bâtie sur lot de 25 pieds de front, qui ne permet qu'un éclairage à l'avant et à l'arrière, avec chambres mitoyennes peu ou pas du tout ensoleillées, n'est point, tant s'en faut, le logis idéal. Il est malheureux, dans une ville où pourtant l'espace abonde, qu'on n'ait point encouragé un mode d'habitation avec éclairage sur trois faces au moins.

L'afflux à Montréal d'une population ouvrière en quête d'un salaire élevé dans les industries de guerre, la crise concomitante du logement, le parquement dans les locaux inappropriés ou le tassement de deux familles dans un logis déjà à peine suffisant pour une seule ont chance, en augmentant les risques de contagion, de hausser le problème du logement et, par ricochet, des contacts à des hauteurs alarmantes.

L'alimentation est également devenue un problème crucial. *Dis-moi ce que tu manges et je te dirai qui tu es* se transpose dans la réalité en des corps décharnés, contrefaits, où la tuberculose trouve un terrain tout disposé à l'accueillir. Il faut, sans doute, d'abord fournir aux familles nombreuses le revenu nécessaire pour se procurer des aliments sains en suffisante abondance; mais la persistance, faute de ressources, d'une alimentation obligatoirement insuffisante a dépravé les goûts, à tel

point que le peuple aujourd'hui ne sait plus manger, et lui fournirait-on des aliments sains qu'il ne saurait plus les apprêter convenablement, en trouverait le goût détestable, habitué qu'il est à son rata quotidien. Des hygiénistes ont été surpris, épouvantés presque, à l'énumération ou à l'aspect du menu ouvrier, d'où s'absente l'aliment sain, au profit des mixtures les plus grossières et les plus insipides.

L'enfant, pas plus que l'adulte, ne doit vivre pour manger, sans doute, mais il lui faut non seulement manger pour vivre, mais pour grandir, se développer harmonieusement, durer ensuite en gardant son énergie et ses résistances intactes. Pourquoi cette pléthore d'enfants malingres, ces dents mollasses, mal implantées, cette ossature malléable aux incurvations capricieuses et inhabituelles, ces teints anémiques et souffreteux, sinon le résultat d'une vacuité stomacale continue ou d'une réplétion par des aliments dénués de toute vertu fortifiante ? Et même les vitamines ne sauraient suppléer, remplacer, une alimentation insuffisante ou inappropriée.

Des séances de propagande, des conférences, des tracts, devraient, je crois, après la guerre, combattre cette tendance et tâcher de restaurer le goût de la bonne et rationnelle cuisine dont les fumets, simplement évoqués, chatouillent agréablement l'odorat.

Il est entendu, et les statistiques le prouvent surabondamment, que les heures prolongées, certains métiers particulièrement exténuants ou d'autres qui exposent l'organisme à des poussières nocives, aux intempéries atmosphériques ou saisonnières, sont cause d'une mortalité tuberculeuse variable, mais d'autant plus élevée que les conditions précitées s'accusent davantage.

Nos chômeurs, sous-alimentés durant quelques années, se sont vus, du jour au lendemain, et du fait de la guerre, obligés à de longues heures de travail, tantôt de nuit, tantôt de jour, dans des locaux temporaires, bâtis en vitesse et peu hygiéniques souvent; et le pourcentage accru de la mortalité tuberculeuse a chance, pour quelques années à venir, de hausser les statistiques à des hauteurs que nous espérions avoir définitivement quittées.

Mention pourrait être faite du travail chez les trop jeunes, aux organismes encore peu résistants, et chez lesquels des répercussions dévastatrices risquent de se produire.

Devant ces faits et tant d'autres qu'il sera utile de rappeler en temps opportun, des efforts méritoires mais insuffisants ont été faits. Pour pallier à l'insalubrité, au tassement du logis ouvrier où quelques milliers d'enfants vont, durant les mois d'été, faire provision de bon air, la Cité de Montréal a créé, ici et là, des terrains de jeux où les petits peuvent, tout en s'amusant sainement, se hâler le teint, des piscines pour se rafraîchir, mais qu'il faudrait multiplier pour qu'un plus grand nombre en puissent tirer profit. Le Gouvernement provincial a imprimé des tracts sur l'alimentation. Les cantines scolaires ont fourni du lait aux petits, mais tous admettent, en même temps que leur valeur, l'insuffisance de ces organismes et qu'il ne faut point s'arrêter en si bonne voie.

Si le terrain importe, le rôle du microbe ne peut cependant être oublié et déjà, depuis le début de ce siècle, des organismes rudimentaires d'abord, plus évolués par la suite, se sont mis à la recherche de l'agent infectant ou, ce qui revient au même, du tuberculeux cracheur de bacilles, pour le guérir s'il est possible, l'instruire tout au moins des précautions à prendre pour éviter de semer autour de lui la contagion, l'hospitaliser, examiner et suivre les contacts, pour déceler, au fur et à mesure de leur éclosion, les tuberculoses possibles.

Le rôle du bacille bovin n'a pas été négligé et les tuberculoses ganglionnaires et osseuses particulièrement sont nettement en voie de régression depuis la tuberculinisation des troupeaux, l'abattage des bêtes malades, et enfin la pasteurisation du lait. Le lait vendu à Montréal est aujourd'hui pasteurisé dans une proportion d'environ 97%.

La tuberculino-réaction est, depuis longtemps, employée à Montréal chez l'enfant Von Pirquet d'abord, Mantoux ensuite, enfin

cpuis quelque deux ans, *Patch Test,* per- rent et permettent, chez l'enfant, d'assister e quelque sorte, si elle est répétée à époques fes, à l'intrusion du bacille tuberculeux dans lrganisme, à l'éclosion de l'allergie. Chez lnfant de contact, elle indique ceux qu'il nvient de radiographier; chez l'écolier, elle filite le contrôle en marquant ceux qu'il ft davantage surveiller.

La tuberculino-réaction a toutefois ses la- nes. Certaines maladies contagieuses ou ats anergiques temporaires de l'organisme, s fautes de technique dans l'application, uvent, incidemment ou temporairement, usser le résultat. Je suis bien d'opinion que jour où l'emploi du film miniature identi- ra le coût de la pellicule à celui du *Patch est* ou presque, il y aura profit de suppléer rgement à l'emploi de tuberculino-réaction r l'examen radiographique.

Déjà employé par les instituts antitubercu- ux chez les enfants du dispensaire, les hôpi- ux et les organisations sociales qui s'occu- nt de l'enfance, le *Patch Test* est pratiqué, puis trois ans déjà, par le Service de Santé la Cité de Montréal, dans ses consultations unicipales, où déjà 31,821 enfants ont été umis à cette épreuve avec un pourcentage positivité d'environ 14%. Bon nombre entre eux ont été par la suite radiographiés, ais la proportion des tuberculoses trouvées, râce à ce moyen, ne dépasse guère 2 par 1000; le s'avère donc coûteuse dans la pratique. lle me paraîtrait devoir être réservée aux coles, dans les classes où un contact tuber- uleux serait soupçonné, dans les familles sus- ectes où des réactions positives, chez des en- nts d'âge préscolaire, alors qu'il existe peu e contacts extérieurs, font soupçonner dans entourage immédiat un bacillifère très pro- able.

La campagne du B.C.G. mérite une mention oute spéciale. Discutables au début, les con- itions dans lesquelles le vaccin est mainte- ant réalisé sont au-dessus de tout reproche. Déjà, 55,000 enfants ont reçu à la naissance e B.C.G. Un certain nombre, en milieu fa- milial bacillifère, ont été revaccinés. Le travail déjà fait représente un effort louable dont méritent crédit ceux qui, comme instigateurs ou subalternes, ont travaillé à sa réalisation. La clinique du B.C.G., où le bébé né d'une mère tuberculeuse est gardé jusqu'à l'apparition de son allergie, est une autre initiative qui mérite non seulement de durer mais de grandir.

Devant les ravages du bacille tuberculeux, des médecins, animés du plus pur esprit philanthropique, chez les Anglais quelques années plus tôt, chez les nôtres vers 1910, fondèrent une clinique pour le dépistage et le traitement des tuberculeux. On ne pourra jamais assez louer l'esprit de ces innovateurs. Avec les années ces instituts ont grandi, étendu leurs activités. Autour des pionniers, de jeunes médecins, avides de contribuer à l'assainissement de la population, sont venus se grouper. Aujourd'hui, les Instituts Royal Edward et Bruchési sont connus, estimés. Soutenus par des subventions provinciales et municipales, aidés de dons particuliers, ils sont les chevilles maîtresses de notre organisme de lutte dans la tuberculose. A cause, toutefois, de moyens financiers peu en rapport avec l'effort à donner, ces instituts, débordés, ne pouvaient suffire à la tâche.

Il manquait en plus un centre municipal pour la coordination des efforts, l'appréciation des résultats obtenus; c'est alors qu'en 1938, le Service de Santé de la ville de Montréal, voulant plus efficacement aider à la lutte entreprise, décidait l'instauration de la Section de la tuberculose où tous les tuberculeux devaient être rapportés et classés et, un peu plus d'un an plus tard, l'installation d'une Consultation radiologique au service de la classe médicale pour l'examen des contacts chez ses clients indigents.

Il nous avait bien paru que la première réalisation devait être d'obtenir de la classe médicale le plus fort pourcentage possible de coopération pour utilement collaborer au succès de la lutte antituberculeuse, au même titre que les institutions préexistantes. Comme toutefois nous ne faisons aucune espèce de traite-

ment, avec la permission du médecin traitant, les tuberculeux trouvés chez nous, et lorsqu'un traitement spécial doit être appliqué, sont hospitalisés ou référés aux Instituts Royal Edward ou Bruchési. Pour le tuberculeux qui peut être suivi par son médecin, nous nous apparentons aux radiologistes privés dont on sollicite l'avis pour un patient capable d'encourir le coût de l'examen aux rayons X.

L'examen des institutrices et instituteurs, tant religieux que laïcs, rendu obligatoire par une loi provinciale commencée en fin 1941, terminée en 1942, est une innovation depuis longtemps réclamée et qui s'imposait. Cet examen radiographique a permis de retirer de l'enseignement certains éléments qui constituaient un danger pour l'enfant. D'autres devront rester sous surveillance pour éviter le réveil possible de lésions fibreuses, présentement arrêtées.

Depuis 1932, le Service de Santé de la ville de Montréal, avec la collaboration de la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal, avait instauré l'examen clinique des institutrices et instituteurs laïcs au cours de chaque année scolaire. Cet examen, insuffisant au point de vue tuberculose pulmonaire, était cependant un acheminement dans la bonne voie. Je suis d'opinion qu'il a contribué grandement à la passation de la nouvelle loi.

En juin 1943, a été fondée la Ligue Antituberculeuse de Montréal, avec laquelle nous collaborons étroitement. Grâce à l'octroi par le ministère provincial de la Santé d'un et bientôt de deux appareils fluoro-radiographiques de 35 millimètres, on a entrepris dans les industries de Montréal un dépistage intensif. Plus de 41,000 films ont été pris à date, et le dépistage sera intensifié l'année prochaine.

Enfin, problème dont l'acuité confine au tragique, l'hospitalisation du tuberculeux et allocation à la famille lorsque le père ou gagne-pain doit être provisoirement mis au repos. La pension aux mères nécessiteuses apporte un léger mais bien insuffisant remède au problème. Au lieu d'un réconfort moral, de l'alimentation abondante et saine dont il aurait besoin, le père tuberculeux se voit, lui et sa famille, privé du nécessaire. Alimentation abondante que ne peuvent, hélas! lui procurer, malgré toute leur bonne volonté, les sociétés de bienfaisance littéralement débordées.

Dans la lutte entreprise, nous marquons le pas et aucun progrès notable ne s'enregistrera, malgré notre travail, tant que nous n'aurons point obtenu un nombre de lits plus en rapport avec les exigences de notre mortalité. Nous avons le devoir impérieux de dire et de redire qu'aucune autre région de la province n'est aussi menacée que Montréal.

# VARIÉTÉS

## AU SUJET DU NUMÉRO DE NOVEMBRE

### Dieulafoy

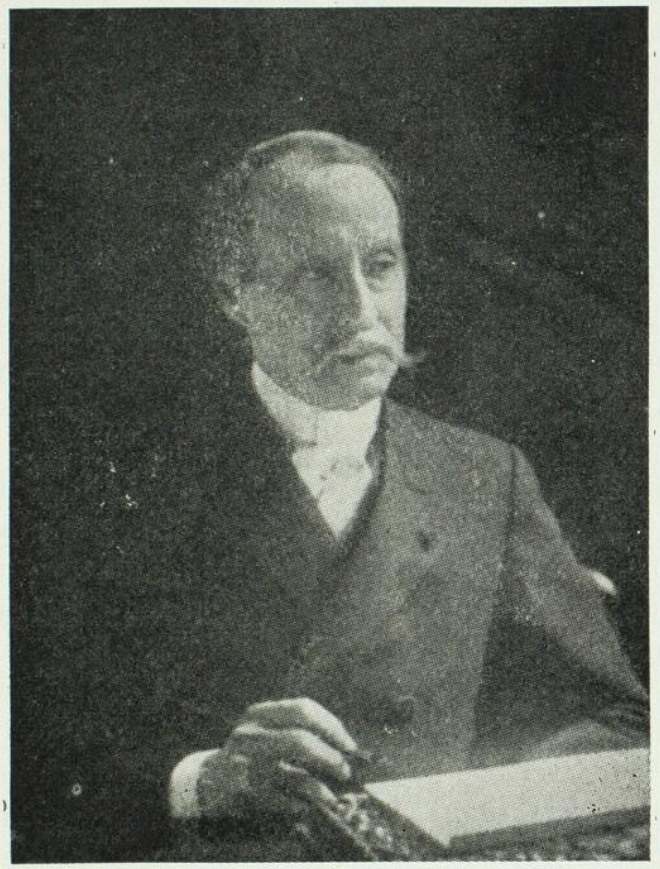
Nous avons reçu, depuis la publication de ce numéro spécial consacré à la Médecine française du siècle dernier, plusieurs lettres nous demandant des renseignements concernant la carrière scientifique de certains professeurs.

Mais, un de nos correspondants nous a prié de donner plus de détails sur la carrière de feu le professeur Dieulafoy, décédé en 1911. Nous nous faisons un plaisir de répondre à cette question, car ce maître illustre fut aussi le mien.

J'avais publié, à sa mort, quelques notes dont je m'inspire aujourd'hui et dues au doyen de ce temps-là, Landouzy.

« La grande école de médecine française vient de perdre un de ses maîtres illustres et un grand médecin, un professeur hors-pair que plusieurs d'entre nous ont connu et admiré: Dieulafoy est mort.

« Avec Dieulafoy, disparaît une noble figure, une haute personnalité dont nos contemporains, peut-être, n'auront pas connu toute la vraie valeur.



« Ce n'est ni l'heure, ni la place, retraçant la biographie de Dieulafoy, de rappeler les succès rapides, ininterrompus, qui, de l'Ecole de Médecine de Toulouse, portaient le jeune étudiant à la Faculté de Paris, où, dans la chaire de l'Hôtel-Dieu, l'attendait la renommée qu'avait connue son maître affectionné Trousseau.

« Ce n'est pas le moment d'analyser par quelles qualités solides et brillantes, par quel inlassable labeur, par quelle continuité d'énergie, par quelle ponctualité professorale Dieulafoy, parmi les grands médecins de

l'heure présente, fut un de nos meilleurs éducateurs.

« Maître, il le fut dans toute la force du terme et de toutes manières: par la foi qu'il nourrissait pour la Science médicale; par l'amour qu'il portait à son art; par la conscience qu'il avait de la puissance de la Médecine; par le scrupule qu'il avait des devoirs du médecin et de la probité professionnelle; par le respect qu'il avait des malades; par le culte qu'il gardait à nos gloires médicales; par l'affection dévouée qu'il portait à ses élèves, dont l'accueil enthousiaste entretint chez le Maître cette ardeur et cette élégance émanant de toute sa personne, qu'admiraient les jeunes. qu'enviaient les anciens.

« Si l'enseignement de Dieulafoy marque une des belles pages de l'histoire de notre Faculté, c'est qu'on sentait le Maître passionné pour la tâche, qu'à l'Ecole ou à la Clinique, il remplissait chaque jour.

« Par la précision dans les idées, par la netteté et le coloris du verbe, par la clarté dans l'exposition, il fut un merveilleux professeur: à l'écouter, il n'y avait plus de sujets obscurs; à le suivre, il n'y avait plus de questions ardues, il n'y avait que des questions attrayantes; avec lui, par lui, tout devenait accessible.

« Ses qualités se retrouvent vivantes — telles sont rayonnantes encore les Leçons de Trousseau — dans les six volumes de Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, autant que dans le fameux *Manuel de Pathologie Interne,* qui, depuis sa première apparition, durant cinq lustres, sema sur son chemin seize éditions ! Celles-ci fécondaient, chez nous, cinq générations médicales; par d'innombrables traductions, en tous pays, elles portaient la renommée de la Clinique française.

« Admirateur fervent de l'évolution qui, avec l'ère pastorienne, transformait tant de choses en Médecine, Dieulafoy, en chacune de ses Leçons, reliait le passé au présent.

« Convaincu que la Médecine et la Chirurgie doivent se prêter mutuelles clartés et mutuel secours, il traita, avec prédilection heureuse et soin particulier, maintes questions médico-chirurgicales.

« Nul n'ignore avec quelle ardeur, avec quel talent, avec quelle autorité il élucida les points délicats de pathogénie, de diagnostic, de pronostic et de thérapeutique de l'appendicite.

« Nul n'ignore avec quel sens clinique il rallia plus d'un chirurgien aux interventions précoces en matière de gastrites ulcéreuses, en matière d'affections pancréatiques, hépatiques ou rénales.

« Nul plus que Dieulafoy n'aura aidé au courant qui tend à entraîner dans le domaine de la Chirurgie audacieusement bienfaisante ce qui, naguère, constituait le patrimoine de la Médecine.

« Dieulafoy ne laisse pas seulement dans ses livres l'écho d'un enseignement qui, continuant celui de Trousseau, glorifie l'Ecole de Paris, il laisse une pléiade de disciples dont plus d'un a conquis maîtrise et renommée.

« Ses disciples, Dieulafoy les chérissait et s'en montrait fier; il se fiait à eux, comme à ses œuvres, pour assurer sa survivance. Il pensait justement que ses élèves, pleins de reconnaissance, feraient pour lui comme lui-même avait fait vis-à-vis de Trousseau, dont il passa sa vie à exalter le génie d'observation.

« De quelle splendide piété filiale Dieulafoy n'entoura-t-il pas la mémoire de Trousseau dans la chaire de l'Hôtel-Dieu, où, par le disciple, continua à rayonner d'un si vif éclat la Médecine française; où, par le disciple encore, fut entretenu le culte de la Vérité dans la Science, de la Probité dans l'Art, de la Moralité dans la Profession, de l'Amitié dans l'Enseignement.

« Dieulafoy n'était pas seulement le praticien émérite, le consultant recherché, le maître écouté, le professeur merveilleux, l'académicien éloquent dont l'œuvre, pour être justement appréciée, aura besoin d'un analyste profond et averti.

« Dieulafoy était un esprit des plus culti-s, un Toulousain de bonne race, épris de utes les belles choses presque à l'égal de Médecine dont il était passionné.

« Amoureux de Littérature, de Théâtre et Musique, amateur d'Art fort éclairé, fin ssinateur, il se reposait du labeur de la urnée sur les visions de Beauté que lui ocuraient les toiles des Corot, des Diaz, des elacroix, des Detaille, des Ziem, des Du-é..., pour citer seulement les joyaux de ôtel de l'avenue Montaigne, où de fer-nts amis goûtaient le charme de la causerie, ménité de l'esprit du maître.

« Pour essayer de tout dire en quelques rases brèves, j'ajouterais que ce n'était point ulement aux belles choses que la maison se ontrait hospitalière. Elle l'était aux œuvres bonté et de bienfaisance. Combien d'infor-nes, de souffrances et de misères — nul ne s coudoie et ne les connaît plus que le Mé-ecin — chaque jour consolées et soulagées par Mme G. Dieulafoy, femme de grand cœur et de vaillante intelligence, ne vivant que pour le Maître, écho de ses pensées, interprète de ses sentiments charitables. »

*

* *

Tels sont les renseignements utiles à connaître, aujourd'hui plus qu'hier, sur un maître dont nous pouvons toujours nous inspirer dans les meilleurs intérêts de la dignité et de l'éthique professionnelles, n'est-ce pas, mon cher correspondant ?

J'ajoute qu'à cette époque, en prenant sa retraite, Dieulafoy accepta de la part d'un de ses élèves, Widal, de continuer son enseignement à son dispensaire de médecine. Quelques-uns de ses collègues en exprimèrent le regret. C'était déchoir, après une telle carrière, que de chercher un refuge dans un dispensaire d'enseignement libre... Il mourut peu de temps après. — Question d'opinion!...

Albert LeSAGE.

---

## LES PARIAS DE LA SOCIÉTÉ [1]

Par **J.-U. GARIEPY**,
Chirurgien en chef à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

L'altruisme ne doit pas être un vain mot. doit animer toutes nos pensées et dicter us nos actes. Il fait saillir les plus belles ualités du cœur et de l'esprit. Il élève l'âme purifie les *sentiments*. Il illumine la vie lui donnant sa raison d'être. Il agrandit s horizons parce qu'il en recule les pers-ctives. Les paysages ne sont plus bornés, soleil qui les dore en fait perdre et en oigne les contours. Les aspirations de l'al-uiste vont au delà de l'humanité. Il brûle u feu sacré et voit des frères dans tous les ommes. Qu'importe que ses semblables ient dans la gêne, le dénuement, l'aban-on, la misère, l'infortune par leur propre ute, par manque de discipline ou d'organi-sation, par déviation de la mentalité, par anamorphose de l'humeur, par écarts de tempérament, il les enveloppe tous dans un même amour. Sa compassion descend au niveau de tous les malheurs. Sa compréhension fait la discrimination et saisit les causes de la déformation sociale de tous les éprouvés. Il ne vient pas pour accabler, il se présente pour soulager. La parole toujours bienvaillante, l'air désintéressé, le sourire aux lèvres, le visage éclairé de bonté, la main ouverte, il se dégage de sa personne une émanation de charité tellement prenante qu'elle influe sur les misérables, calme leurs souffrances, leur garantit la sécurité, enraye leur découragement, rallume la joie dans leurs yeux abattus. L'altruiste se grandit de toute la hauteur de ses conceptions, de l'élévation de

1. Conférence prononcée devant la *Société des Oliviers*, 18 janvier 1945, au Club Canadien.

son intelligence, de la noblesse de son cœur, de la beauté de son âme, de l'éminence de ses sentiments, de la richesse de son caractère et de la précision de ses ajustements intimes.

Par contre, l'égoïsme est une dépravation essentiellement féroce de l'affectivité. C'est une hypertrophie du moi, c'est l'égocentrisme. Il rapporte tout à lui, en bien ou en mal. En effet, une chose n'est bonne ou mauvaise à ses yeux qu'en autant qu'elle équivaudra à un avantage ou causera un préjudice à ses intérêts. Ce vice paraîtra tôt, dès le jeune âge, formé et activé par les parents qui ne l'ont pas comprimé ou réprimé sitôt son apparition. L'enfant croît, franchit l'adolescence, atteint l'âge adulte et il reste égal à lui-même. L'égoïste est ceint d'une armure de pacotille pour le combat de l'existence. Il se heurtera à des résistances là où la souplesse et la diplomatie eussent fait merveille pour gagner le point qu'il voulait obtenir. Il s'aliène les meilleures volontés. Il est tranchant, il est volontaire, il croit pouvoir toujours ordonner. Jamais de concession ou de compromis, car il n'abdique jamais. Il froisse ses amis qui sont peu nombreux. Il est bientôt seul, le vide s'est fait autour de lui. Il lasse l'attachement même de ses plus intimes. Il avait tous les atouts en mains pour remporter la partie qu'il perd parce qu'il est mauvais joueur ou cherche à imposer les couleurs de son choix. Il a une si haute estime de lui-même qu'il en persifle les autres. Il est aussi cynique que Diogène qui répondit à Alexandre, à Corinthe: « Ote-toi de mon soleil. » Une castastrophe ne l'émeut que si elle le touche. Il reste flegmatique devant les afflictions des autres. L'égoïsme est une anomalie. C'est une perversion qui fausse la raison. Sa cote personnelle transparaît à travers ses cellules cérébrales soufflées. Il a tous les dons, pas un seul défaut. Sa fatuité est incommensurable et n'a d'égale que son manque de jugement. Il passe sans rien apprendre de la vie, parce qu'il ne fait pas d'examens de conscience. Il n'institue jamais de comparaisons, car il n'en éprouve pas la nécessité à ses yeux. C'est une plaie, un ulcère incurable sur le corps social. L'égoïsme défie toute analyse. C'est un complexe où la suffisance spirituelle le dispute à l'insuffisance intellectuelle. C'est une abomination, puisqu'il est la cause d'une foule de maux. C'est l'amplification du moi dans toute sa hideur.

Nous pouvons transposer ces réflexions à la Société du monde qui n'est que le reflet généralisé de l'individu ou des groupes d'individus. Elle est atteinte des mêmes tares. Elle ne réfléchit pas, elle réagit par bonds, par impulsions, par soubresauts, par orages, par apathie, par indifférence, par passion, par calcul. Elle établit des conventions auxquelles elle est la première à ne pas faire honneur. Elle est excessivement partiale dans ses conclusions ou ses décisions.

Les considérations ci-dessus nous conduisent logiquement aux victimes de l'égoïsme dont la principale est la fille-mère et dont l'ensemble forme ce que j'appelle les « parias de la Société », personnes repoussées, ostracisées par leurs égales. Quelle définition s'applique mieux à celles dont je veux étaler la vie devant vous ! Non que je veuille auréoler de gloire un groupe en marge du concensus universel de la collectivité, mais, avec la maturité des ans, j'ai acquis l'indulgence et la tolérance. L'expérience des hommes et des choses sert de crible pour passer les fautes et les qualités de ses concitoyens. Plus on les étudie, plus on se rend compte que l'intérêt privé les domine. Il est rare qu'une action ne soit pas entachée de partialité. Mais il faut les prendre tels qu'ils sont et non pas tels qu'on les voudrait. Devant l'évolution des faits et après des analyses répétées des mobiles des actes des particuliers, j'ai fini par acquérir la philosophie de la vie qui les jauge à l'échelle de leur nature et de leur valeur.

Saisit-on la vraie signification des mots filles-mères? La majorité des yeux deviennent aigus sur le premier et négligent complète-

ient le second. C'est pourtant sur celui-ci ue devrait se concentrer toute l'attention. es fécondations ont été exaltées dans toutes s langues, dans tous les pays et depuis le ommencement des siècles. Sûrement que les aternités légales l'emportent sur les illéales. C'est ce que réclament l'ordre naturel es choses, la justice, la religion, la morale, a loi civile et la discipline des mœurs. Mais ne fille qui est en rupture de ban avec ces onnées n'en reste pas moins une mère, ce ue l'on ne considère pas assez. Elle a le couage de conduire sa grossesse à terme. On n'en ourrait dire autant d'un grand nombre qui ont mieux loties de la fortune et qui se ont avorter. Je m'incline donc respectueuement devant celles qui ont encore assez de orce morale pour expier leur faute et ne as tuer un germe qui ne voulait pas la vie, laquelle il a droit maintenant qu'il est ngendré. Mère ! Mère ! De quels accents ssez mélodieux puis-je faire résonner mon uth pour te magnifier ! C'est la plus belle estinée, c'est la plus belle assignation qui euvent échoir à une femme, quel qu'ait été e mode de la conception. Que l'on ne se néprenne pas sur cette interprétation derière ! J'évalue le fait à son mérite strict. Quoique ce soit une imprégnation irrégulière, elle n'en pose pas moins un diadème ur la tête de la jeune fille, celui de la maernité. C'est de tous les titres celui qui est e plus noble, le plus grand, le plus humain. Et l'on en fait un objet de nargue, de isée, de plaisanterie !

« N'insultez pas la femme qui tombe », a crit Victor Hugo ! « Que celui qui est sans éché lui jette la première pierre », a clamé elui qui défendait la Samaritaine et qui nous prêché, et par la parole et par l'exemple, es mots pleins de force et de sens sublime: « Aimez-vous les uns les autres ! »

Est-elle si coupable cette créature que certaines vicissitudes ont transformée en ange déchu et ont précipitée dans l'abîme de l'opprobre.

Souvent de volition faible, moins munie à certaines périodes de sa course génitale, étourdie par les effluves à son cerveau qui en détraquent le fonctionnement, emportée par ses sens dans un tourbillon aveuglant, prêtant une oreille plus facile aux avances enivrantes, gagnée par des promesses allé-chantes, égarée par les caresses auxquelles elle se prête, elle ne pense pas un seul instant qu'elle a tout à risquer dans cette aventure, elle ne voit pas les lendemains lourds de regrets, elle se laisse aller au courant qui l'emporte et elle devient la proie du tentateur.

Quelle est sa figuration dans le rôle qu'elle a tenu ? Jusqu'où va sa contribution personnelle ? D'abord, il faut incriminer ses réflexes organiques qui défient, ignorent ou sautent par-dessus toutes les lois établies. Comme il est intéressant à jouer de l'austérité quand la séduction ne s'offre pas ! Doit-on accuser les autres de débilité quand on a la force de l'antagonisme ? Autant rire des infirmes lorsqu'on est en pleine santé. L'on me répliquera que la morale doit réglementer le cours de nos habitudes. D'accord, en principe ! L'application en est tout autre ! Il faut compter avec l'amour qui déjoue toutes les combinaisons, s'assied imperturbablement sur les conventions.

Chacun est doté d'un système nerveux qui est le grand régulateur de toutes les fonctions de l'organisme. Autant d'individus, autant de régies internes des corps. Ce système ne vibre pas également chez tous. Sur quelques-unes, l'on peut apposer cette définition d'un humoriste: « C'est une gerbe de nerfs dans un sac de peau. » Ces personnes sont en danger permanent de succomber aux désirs de la chair. Chez d'autres, les impressions sont obnubilées, amoindries. La fascination aura peu de prise sur elles. A certaines, enfin, il faudra le hasard qui les prendra par surprise et les laissera pantelantes après la déchéance.

Un des principaux motifs de ce chancel-

lement réside incontestablement dans la faiblesse de la formation familiale. C'est là qu'il faut fouiller pour l'éclaircissement de cette fragilité incompréhensible et impardonnable, *à priori !* Nul doute que la notion de la famille s'est érodée, a diminué, est presque disparue. Les enfants n'honorent plus les parents, mais, par contre, ceux-ci ne les respectent pas. Scènes disgracieuses des conjoints qui sapent leur prestige, querelles entre les frères et les sœurs sous l'œil indifférent ou sans l'intervention de l'autorité, discours plus ou moins scandaleux du père et de la mère, vices pratiqués à découvert, garçonnets et fillettes livrés à eux-mêmes et s'élevant à leur guise, jamais freinés dans leurs réactions, grandissant dans l'indiscipline; ils sont les témoins constants de mauvais exemples. Ils en viennent à répudier complètement les règles les plus élémentaires de la morale. Pourquoi, par ailleurs, se plairaient-ils à la maison, lorsque, souvent, les parents désertent le foyer familial pour fréquenter les clubs et les réunions mondaines ? Les jeunes enfants sont relégués aux mains des servantes ou des mercenaires, insensibles à leurs mœurs. Du reste, les parents ne cherchent pas à rendre leur demeure attrayante. Ils oublient le temps de leur jeunesse. Ils n'organisent aucun divertissement chez eux. Aussitôt qu'ils le peuvent, les enfants fuient une habitation si dénuée de charme et se lâchent dans la maraude.

Les filles, surtout, ayant une centralisation nerveuse plus frémissante, enregistrent plus aisément les répercussions de l'anarchie intérieure. En possession d'une liberté aussi ouverte, qui a dégénéré en licence, elles en viennent à ne plus différencier le bien du mal. D'autres fois, les parents semblent conserver la situation en mains, mais certains types paraissent échapper à tout contrôle, soit que les manipulateurs des commandes les utilisent avec maladresse ou que leur perspicacité soit embrouillée ou que leurs critériums ne soient pas synchronisés.

Cependant, je n'admets pas, en matière d'éducation, que les tours soient renversés. Ce sont les parents qui doivent garder le commandement. A preuve, le dressage compliqué auquel les dompteurs soumettent les animaux. Ils réussissent à leur inculquer à force cabrioles. Les bêtes finissent par les exécuter sur un signe seulement. Et les parents le cèderaient aux dresseurs de cirque ! Allons donc !

Souvent, ce sont les mauvaises liaisons que le père et la mère ne surveillent pas convenablement. Ce sont des amies frivoles, romanesques, perverses, qui induisent leurs compagnes au mal. Ce sont les lectures pernicieuses qui enflamment l'imagination des petites et elles veulent les transcrire dans la réalité. Le cinéma est une cause du relâchement des mœurs, chez les prédisposées, car, en elles-mêmes, les vues animées sont plutôt moralisatrices puisqu'il y a presque toujours, sinon toujours, une conclusion saine à tirer des différents tableaux qui ont défilé devant les yeux.

Sans aller jusqu'au chaperonnage, les fréquentations sont trop libres. L'isolement, ferment de mauvais levains, élabore la concupiscence. L'automobile, où sont seuls deux adolescents qui randonnent au hasard de leurs fantaisies, enfonce les préceptes du devoir. Ce n'est pas le langage du cœur, c'est le plus souvent l'emportement de la passion. Le ski a amené des contacts fréquents parmi la jeunesse des deux sexes. C'est du sport, mais combien de grossesses ne lui doit-on pas ?

L'on peut me lancer à la face que je ne suis pas de mon siècle. C'est entendu ! Néanmoins, la jeune fille fait le plongeon et le siècle ne tombe pas, il continue. Foin des cheveux gris ! Quels empêcheurs de danser en rond ! L'expérience des aînés ne prévaut jamais. Leurs connaissances, parfois chèrement acquises, ne profite pas aux cadets qui préfèrent le savoir subjectif. Des larmes de sang panacheront, plus tard, leur dépit ou leur contrition à la justesse des événements que les Nestors leur ont prédits.

Les parents se voilent la figure, ils poussent
l hauts cris lorsqu'ils se trouvent en face du
cshonneur. Au lieu d'être miséricordieux
ur la défaillance, ils se gourment dans leur
gnité qui entre trop tard en scène, ils devien-
nt durs et jettent dans la rue celle que le
oit naturel les oblige à supporter en tous
mps et en tous lieux. Quand ils devraient
ttre la grande coulpe sur leur poitrine, ils
lâment leur fille d'avoir cédé à la tentation.
ls avaient été plus clairvoyants et avaient
onté une garde plus serrée, s'ils avaient
boré plus de diligence, plus de patience,
us de persévérance, s'ils avaient relevé, dès
ur manifestation, les manquements qu'ils dé-
uvraient, s'ils avaient donné le bon exemple,
ls avaient redressé les propensions sans ja-
ais faillir à la tâche, s'ils avaient rivé les pen-
ants qui pointaient, s'ils avaient prodigué,
temps opportun, les conseils ou les avis,
gnominie n'entrerait pas chez eux.

Parfois, dès que la jeune fille décèle son
at, elle prend la fuite appréhendant le res-
c de l'ire paternelle. Qu'adviendra-t-il
elle ? La panique s'est emparée d'elle. Le
remier moment d'effroi envolé, elle regarde
utour d'elle, désorientée. A qui s'adresser ?
'est un besoin inné, dans l'adversité, de re-
uérir le secours. Elle ne sait où mettre le
p. C'est l'épave qui flotte au gré des vents
t des courants. Se jettera-t-elle sur les récifs ?
Où ira-t-elle échouer ? Où trouvera-t-elle les
aux calmes du port qui la mettront à cou-
ert des ouragans ?

Si l'on pouvait, en l'occurrence, entrevoir
drame de l'entité intérieure, l'on recule-
ait épouvanté. La tête remplie de pensées tu-
ultueuses, la poitrine contractée par la
orce du torrent qui la bouscule, la conscience
ngoissée, l'instinct perturbé par les affres
le l'avenir, l'être débordant d'amertume, le
erveau hanté par des images sinistres et fu-
estes, elle aspire à la paix, elle désire l'asile
ù elle sera en lieu sûr, qui déridera son
ront, qui garnira de la bordure d'argent les
uages de son ciel troublé; elle souhaite les
consolations qui sècheront ses larmes brûlantes; elle soupire après la quiétude qui rétablira l'équilibre rompu de son habitus et qui lui fera envisager les temps futurs avec confiance.

A quelle porte frappera-t-elle ? Qui s'occupera d'elle ? Loin de la repousser, qui l'accueillera avec bienveillance et mansuétude ?

Des chrétiennes se sont émues de l'abandon et du désemparement de ces filles. Au « Bureau de l'Assistance Sociale aux Familles Nécessiteuses », fondé il y a environ sept ans, est venue se greffer, sur les instances du public et des intéressées, une section des filles- mères. Cette mesure est une suite rationnelle de l'affectation première.

L'instigatrice de ces secours à ces pauvres hors-la-loi est Mademoiselle Marguerite Simard, préposée à l'« Assistance Sociale aux Familles », poste qu'elle détient depuis six ans. Elle s'est préparée à ses fonctions par des cours partiels à l'Ecole du Service Social de Montréal, elle a pris des leçons de même ordre à l'Université McGill, elle a suivi l'enseignement de la philosophie à l'Université de Montréal, durant quatre ans. Toutes ces fréquentations scolaires l'ont amplement qualifiée. Qu'il me soit permis, malgré les blessures certaines que j'inflige à sa modestie, de lui rendre un tribut d'hommage pour le travail admirable auquel elle a consacré toutes ses énergies. Pénétrée de la grandeur de sa mission, elle apporte, avec la compétence, un esprit de charité, une largeur de vues, une sûreté de jugement qui en font un apôtre du Bien.

Mademoiselle Simard représente le « Bureau de l'Assistance Sociale aux Familles » auprès des Religieuses de l'hôpital de la Miséricorde, qu'elle seconde de tous les moyens à sa disposition. Oh ! elle est bien nommée la maison où sont recueillies les filles qui y viennent cacher leurs déceptions. Elles y sont accueillies à tous les mois de leur conception. Durant leur séjour et, en tenant compte de leur état, les Sœurs leur confient le soin des pou-

pons et des enfants. Seules, les pensionnaires privées sont exemptées du travail de remboursement. Après leurs couches, les jeunes mères demeurent à l'hôpital pendant six mois et veillent sur la Crèche en dédommagement des frais encourus par leur hospitalisation. Le plus grand nombre de ces accouchées abandonnent leur progéniture derrière elles. Je pourrais fournir des statistiques qui ne sont pas indispensables à ma démonstration.

Dans d'autres fondations, telles que l'« Aide à la Femme », où existe la catégorie des filles-mères, les hôpitaux « Royal Victoria », « St. Mary », « Catholic Booth » et la « Salvation Army », lorsqu'une patiente vient à elles, elles se mettent en communication avec l' « Assistance Sociale aux Familles » qui répond immédiatement en se chargeant du sujet.

Le « Bureau de l'Assistance Sociale aux Familles » est soutenu par la « Fédération Catholique des Œuvres de Charité » dont le budget général comprend un item pour le service des filles-mères. Si la part est insuffisante, jamais la Fédération ne refuse une nouvelle allocation. L'« Assistance Sociale aux Familes » ne connaît pas de cadre ni de limite, elle accepte toutes les requêtes, essayant de garantir toutes les demandes. Même si la jeune fille passe sa grossesse chez elle, le Bureau pourvoit à ses nécessités.

Comme je l'ai signalé plus haut, la plupart des filles-mères s'enfuient de la maison paternelle sans connaître la réaction que produira la nouvelle de leur gestation. Si elles attendaient, peut-être les parents ne les rejetteraient-elles pas ! Elles font valoir toutes sortes de raisons pour ne pas rester à domicile: travail au dehors, transfert de position, etc. Le Bureau s'efforce de les retourner aux leurs. Les officières vont même les rencontrer, toujours avec la permission des futures mères, qu'elles convainquent de l'utilité de ces démarches et des fruits heureux qu'elles-mêmes récolteront.

Songe-t-on que ces filles, dont l'âge se range entre 18 et 26 ans, sont, pour la majorité, des domestiques que leur condition rend aptes au dévoiement, parce qu'elles sont sans tutelle, sujettes à tous les enchantements. Elles n'ont aucun appui; elles ont même à subir les assauts des maîtres qui devraient les défendre. Elles sont inexpérimentées, elles sont vouées à la défaite, vu que la convoitise et l'orgueil s'emparent d'elles. La joie de vivre leur fait oublier les statuts imprescriptibles de la loi morale.

Le Bureau les suit avant comme après l'accouchement. Ces filles lui sont référées ou se présentent d'elles-mêmes. Elles sont dirigées vers les Religieuses de la Miséricorde. Cependant, il en est qui arrivent avec un plan tout mûri ou tracé d'avance, soit pour aller au « Royal Victoria », ou ailleurs. D'autres ont choisi leur médecin. La liberté de personne n'est entravée. Elles peuvent opter pour l'obstétricien qu'elles désirent, elles peuvent garder ou non leur enfant. Toutes les explications leur sont fournies sur les responsabilités qu'elles assument en ne se séparant pas de leur rejeton et, par contre, leurs remords et leurs regrets, plus tard, si elles le donnent à adopter. Les avantages et les inconvénients de cette méthode leur sont exprimés. On ne fait aucune pression sur elles. Si l'on traite avec des arriérées ou des incapables de subvenir à leur entretien ou à celui de leur enfant, on conseille l'adoption. La pension est fournie par le Bureau auquel toutes les filles-mères ne sont pas des fardeaux. Quand elles travaillent, elles pourvoient à leur subsistance et à celle de leur enfant. Si elles sont désœuvrées, le Bureau fait des démarches pour leur procurer un emploi. C'est le mécanisme de la réhabilitation et de la réadaptation qui entre en jeu. Si elles retournent dans leurs familles, le Bureau s'en désintéresse, puisqu'alors celles-ci reprennent la direction et rentrent dans leurs droits.

Des associations s'inféodent aussi à l'œuvre des filles-mères, telles que les foyers. Il y a le Foyer de la J.O.C. et le foyer de la Protec-

on de la Jeune Fille où elle est envoyée uand la grossesse n'est pas trop apparente. orsque la tourmente est passée, si les jeunes lles veulent reprendre leurs occupations cou-umières, elles peuvent se retirer dans les efuges ci-dessus mentionnés, quoique le ervice tente toujours de les rajuster au entre familial. Quand on se bute à un refus e leur part, elles sont de préférence orien-ées vers la J.O.C., où elles jouent aux cartes, nt des soirées musicales, peuvent recevoir es amis. Elles sont en groupes et, si elles ont sans place, elles ont au moins feu et lieu. Elles peuvent louer une chambre à un prix lus bas qu'ailleurs.

Les récidivistes sont agréées et traitées sur n pied d'égalité avec celles d'un premier pisode. On les étudie de plus près pour etracer les motifs de leur rechute. Les réci-ives sont plutôt rares. Des résultats sont uivis depuis cinq ou six ans, comme des malades qu'on garde sous observation.

Le Bureau voit à placer le bébé dans une ension familiale, lorsque les jeunes mères ne veulent pas recouvrer le statut antérieur à leur accident. Le Bureau les assiste dans leur disette et l'Assistance Publique partage avec lui les dépenses du nourrison.

Quelques-unes de ces épreuves se termi-nent par le mariage, non pas toujours avec le supposé père naturel que le Bureau approche dans une ou des entrevues qui se déroulent sans parti pris. On s'enquiert s'il a l'intention de prêter son concours financier. En général, ce n'est pas lui qui épouse la jeune fille. C'est étonnant la facilité avec laquelle un autre le remplace. Le Bureau met alors le jeune homme au fait des avatars de sa future, mais il est fortement spécifié que le sujet en ques-tion ne montera jamais à la surface des rela-tions domestiques. C'est un peu comme un veuf ou comme une veuve qui se marie avec des enfants à sa charge.

Que fait maintenant la Société pour les filles-mères ? J'entends par Société toutes les classes qui composent l'aggrégation humaine avec sa hiérarchie, ses décrets, ses convenances, ses pactes, ses préjugés. Or celle-ci rejette im-placablement de son sein les filles-mères. Les femmes, surtout, sont intraitables, ou, si elles semblent se pencher sur les misères de leurs congénères, c'est une fausse pitié dont elles font montre. C'est un procédé que d'aucunes infligent d'une manière hautaine. Elles font la charité, mais avec orgueil. C'est l'éternel contraste du pharisien et du publicain. Quelle est celle qui n'a pas, au moins une fois, péché dans son cœur ? On est d'autant plus cruel qu'on a été mieux partagé sous le rapport de l'éducation, du confort et de la position so-ciale. Au lieu de tendre une main secourable à ces immolées de la fatalité, au lieu de sou-tenir leur volonté qui vacille, au lieu de les soustraire à l'occasion prochaine du mal, au lieu de ranimer l'énergie défaillante, au lieu de les sortir du cloaque où elles ont chuté, toutes ces femmes aiment mieux utiliser le mépris et le dédain qui sont des remèdes hé-roïques, mais qui tuent la malade.

Qui sait si celles qui assènent à la dévoyée les coups de leur morgue ne fussent pas tombées dans l'abjection, eussent-elles affronté la même épreuve ? C'est bien mal reconnaître la loi de la mutualité. Il fait beau railler et mépri-ser l'artisan de pareille mésaventure. C'est dénoter un vilain cœur et des dispositions mauvaises de l'esprit. Ce n'est pas quand la victime est terrassée qu'il faut monter sur sa dépouille et crier sa vertu à tous les vents.

C'est une vérité de La Palice de dire que la Société cache son vrai visage. Tout n'y est que ruse, astuce, supercherie, fraude, men-songe, vol, meurtre, artifice, hypocrisie, tra-hison, fourberie ! On criera à l'exagération ! Qu'on regarde autour de soi ! Toutes ces monstruosités que je viens d'énumérer, on ne les trouve pas à l'état spontané. Elles sont plus ou moins voilées et elles sont formulées à des doses plus ou moins toxiques qui exci-tent, asphyxient, engourdissent ou annihi-lent le moral des gens. Que voit-on dans cette Société ? C'est la lutte âpre pour la vie, soit ! Chacun a le droit de faire son chemin dans

le monde ! Il existe des procédés droits dans les affaires, où les plus dextres et les plus entreprenants peuvent exercer leur acuité mentale pour mener à bien leurs visées. Il ne s'ensuit pas que tous les moyens soient recommandables. La traîtrise, la mauvaise foi, la calomnie ne sont de mise en aucune éventualité. J'ai connu des personnes qui communiaient tous les matins et employaient le reste de la journée à s'affiler la langue sur le dos du prochain. Observez le spectacle dans les réceptions où c'est une critique malveillante et venimeuse contre les invités. C'est avec une verve satirique que l'on décrie ses meilleurs amis. Des coups de Jarnac continuels sont appliqués aux occupants des meilleures places. La justice, la justice ! Elle existe dans le code ! Un honnête homme est fourvoyé quand il est obligé d'avoir recours à la loi ! A travers le maquis de la procédure, il s'égare. Ce qui a fait dire et justifie l'aphorisme qu'un mauvais arrangement vaut mieux que le meilleur des procès.

Ce sont les fautes contre la justice qui sont le plus condamnables. *Per fas et nefas !* Qu'on aille au fond des querelles, des dissensions, des mésententes, on y retrouve infailliblement l'égoïsme, ce vieil ennemi que je dénonçais au début de cette conférence. Aveuglé par la colère, irrité de la résistance, plein d'aigreurs devant la faillite des projets, enorgueilli par les succès, stimulé par les prétentions, le bon sens ne tient aucune place dans les mesures pour faire triompher son point de vue ou sa cause, on invente facilement des excuses — on est si indulgent pour soi — pour se disculper. C'est l'autre, fauteur de tous les torts ! C'est lui le bouc émissaire ! Haro sur le baudet !

Les éléments sains de la population essaient de réagir ! Ils sont noyés dans la cohue ! C'est l'élite ! Donc, c'est le petit nombre ! Leur voix est couverte par les clameurs de la foule.

On a accusé la démocratie d'une quantité de crimes ! On ne prête qu'aux riches ! Ce n'est pas la démocratie qui est répréhensible. Ce sont les hommes qui y vivent !

Le gouvernement du peuple, par le peuple pour le peuple, est une excellente formule ! C'est Lincoln qui l'a proclamée à Gettysbeg ! Avec le temps, cette expression a dégénéré. On ne peut demander à un texte plus qu'il ne peut donner. Mais, comme dit Kipling: « Ceci, c'est une autre histoire. »

La Société est impitoyable pour les anémiques ou les chétifs ! *The survival of the fittest,* ou les Lois de la Sélection, ont servi de tremplin à un certain nombre pour se hisser sur les ruines des entreprises des autres qu'ils ont culbutées par terre. La loi du plus fort semble régner en reine et maîtresse. La Société devrait soigner les mutilés du sort, mais, plutôt, elle les médicamente avec l'ironie, le mépris et l'envie. C'est elle qui devrait ériger des forteresses inexpugnables pour abriter les vaincus de la fortune. Au contraire, sa structure fondamentale favorise les chevaliers du mal et les arrivistes. Elle contemple avec une admiration béate et applaudit les plus habiles, parce qu'ils camouflent leurs systèmes pour réussir des combinaisons plus ou moins louches. La Société ne se rappelle jamais que farine du diable s'en retourne en son. On a un tel désir de la jouissance que l'on reste impassible devant les disgrâces qui fourmillent autour de soi. Des combinards s'unissent pour exploiter les petites gens, pour tendre des pièges aux naïfs; de fausses représentations servent à duper les personnes sans défenses, des chausse-trappes sont posées où tombe pêle-mêle une clientèle qui reconnaît trop tard les gluaux employés. Des hommes sans vergogne sont constamment à l'affût comme des hyènes enragées qui guettent et saisissent leur proie. Des escrocs nagent constamment entre deux courants et sont des pêcheurs en eau trouble. Un homme n'est ni ange, ni bête, a ponctué Pascal ! Cependant, il devient un animal sanguinaire quand il a l'appétit déchaîné par ses intérêts et qu'il les sent menacés. Tant pis pour qui constitue un barrage. Il est bousculé, traversé, renversé ou miné impitoyablement. Nulle amitié qui tien-

e ! C'est la puissance malhonnête qui l'em-
orte !

Quel est le rôle de l'Etat dans la direction
e la Société ? Il n'est pas très brillant sous le
pport social ! Je laisse volontairement de
té toute la législation en dehors du sujet en
tige, ce soir.

Nous avons la loi de l'Assistance Publique,
ns doute ! Depuis longtemps, elle ne ré-
nd plus aux nécessités de l'heure. Sans cesse,
n parle de la remanier. On ne fait rien pour
remodeler et l'adapter au dénuement dans
quel nous sommes ! S'il est une mesure gou-
rnementale qui doit primer les autres, c'est
ien celle-là. On fait la charité, mais quelle
harité ! C'est l'aumône, et encore parcimo-
ieuse qui baisse jusqu'à l'obole. Au sens
ttéral, l'aumône ne se donne qu'aux pau-
es. Les riches n'en ont cure. Tant que la
asse du peuple ne comprendra pas que
poids de l'indigence repose sur elle et sur
le intégralement, le problème reste entier.
e monde fait fi des faits extérieurs à lui,
arce qu'on ne les lui apprend pas. Il est
oid devant le chagrin des éplorés. Que faut-
? La mobilisation de mouvements inten-
fs d'éducation. Qui en fait ! Personne, à
eu près ! A part quelques notes éparses dans
s journaux, il ne se publie pratiquement
ien. On me répliquera que les quotidiens
condent les œuvres de charité. D'accord,
ais c'est plutôt comme réclame. Lit-on sou-
ent des éditoriaux qui font partie de campa-
nes de presse et qui reviennent souvent à la
harge sur tel principe qu'il faut enseigner à la
opulation ? Dans les organisations annuelles,
se fait un grand fracas à l'occasion de cer-
ins branle-bas de philanthropie, mais, la date
assée, qu'en reste-t-il dans la mémoire de la
ultitude ? On m'objectera que la plupart
es associations voient leurs activités mention-
ées dans les colonnes de la rubrique jour-
alière, mais quelle part celle-ci y prend-elle ?
e présume que les comptes rendus en sont
ransmis par les groupes concernés. Je trouve
ue nos feuilles de publicité ne remplissent pas
eur devoir ! Une revue, une gazette, un jour-
nal ne doivent pas consacrer leurs pages seu-
lement aux intérêts commerciaux. Ils ont un
mandat plus élevé, celui de façonner, d'ins-
truire, de diriger, de relever, de corriger l'opi-
nion publique. Ils doivent être les hérauts
des bonnes nouvelles. Ils pourraient aiguil-
loner les gouvernements. S'il y a un travail
à soutenir, c'est celui de la charité.

Il est vrai qu'une loi pour la Protection de
l'Enfance a enjambé la troisième lecture au
dernier Parlement. Qu'en sera-t-il ? Il y a
sûrement un item qui vise les enfants illé-
gitimes. Ce n'est que juste ! Ils n'ont pas
demandé à naître. Ils sont dans le monde et
on doit penser à eux ! Ils en ont assez de
porter un stigmate indélébile sans être for-
cés de trimer davantage en vertu de leur
provenance irrégulière. Quoique l'histoire
soit remplie de bâtards qui ont effacé l'obs-
curité de leur naissance, l'atmosphère a chan-
gé, il n'est guère de place, dans les temps mo-
dernes, pour les grands capitaines, tel qu'on
le concevait autrefois. Dans les lettres, les
sciences et l'industrie, ont été inscrits aux
fastes de la célébrité de grands noms dont
l'extraction était inconnue.

Le docteur J.-E. Garrison, après vingt-neuf
ans de pratique médicale, a mis au jour
2,067 enfants naturels. Il a constaté, dernière-
ment, un accroissement de ces gestations chez
les filles âgées de moins de quinze ans qu'il
attribue, lui aussi, aux conditions familiales
et aux fausses idées maintenues sur le patrio-
tisme. Je livre ces chiffres à vos réflexions,
sans commentaires. Ils sont, hélas ! assez élo-
quents par eux-mêmes !

La Loi de la Protection de l'Enfance allè-
gera d'autant le fardeau des filles-mères. On
ripostera peut-être que c'est stimuler le vice
de patronner ouvertement les illégitimes.
Otons donc nos lunettes fumées, cessons de
loucher, envisageons les faits dans leur cru-
dité. Depuis la création du monde et tant
que la terre n'aura pas disparu du système
planétaire, il y aura des amours illicites.
Alors, quoi ? Devons-nous se laisser perpé-

trer un tel état de choses en invoquant l'immoralité de l'affaire? Pudibonderie, mensonge à soi-même.

De par les déclarations officielles, l'on compte peu de récidivistes de ces maternités illégales que la société ne pardonne pas. Raison de plus pour préserver celles qui fautent contre les conventions sociales ou religieuses. Il faudrait une loi pour sauvegarder les jeunes filles. Si les jeunes gens étaient au fait qu'ils seront l'objet d'une enquête minutieuse quand on les soupçonne d'avoir participé à la conception en cause, ils seraient plus sur leur garde. En Ontario, l'on est excessivement sévère sur ce point. Au Québec, le père naturel s'en tire à peu de frais. Comme il est sûr de revenir avec ses deux oreilles et son chapeau sur la tête, il en prend à son aise. Il peut s'embarquer dans n'importe quelle intrigue amoureuse, il s'en tire toujours les quatre pieds blancs. Il ne se doute pas que la science est assez avancée aujourd'hui pour lever contre lui, par la comparaison des sangs et du père supposé et de l'enfant, une accusation de paternité qu'il aura peine à réfuter. Les types sérologiques M et N, le facteur Rh, les groupes sanguins principaux AB, A-B et O sont héréditaires, obéissent aux lois de Mendel et servent de base aux épreuves qu'on pourrait faire subir au prétendu père naturel.

Ces examens ne sont pas acceptés partout, même dans la république voisine où seuls certains Etats en tiennent compte. Je ne sache pas qu'au Canada il existe rien de tel. Un acte officiel devrait forcer le père à reconnaître sa paternité et le lier au geste qu'il a posé. Il est vraiment trop commode de se dégager par une dénégation qui met un point final à l'incident. Ou qu'il rejette la participation sur un autre ou sur des tiers, laissant ainsi planer sur la tête de sa compagne des soupçons qui ajoutent à l'âpreté et à la honte de sa faute.

Quelques pères naturels, après avoir promis d'assister la pauvre fille, vont se renseigner auprès des hommes de loi et apprennent alors que la législation ne peut rien contre eux. Ils se désistent avec désinvolture et s'éclipsent dans le silence.

Le Code n'intervient contre eux que s'il y a subornation de mineure, et, là encore, la preuve reste à faire qu'ils sont garants de la conduite qu'on leur reproche. Quoique ce soit une croyance enracinée que la femme est plus avisée et mieux outillée d'armes naturelles que l'homme, il arrive, le plus souvent, qu'elle croule parce que le mirage des promesses s'est annexé à l'entraînement qu'elle éprouve pour l'ensorceleur.

Il faudrait des argents spéciaux pour permettre aux jeunes filles d'apprendre un métier durant leur séjour au « Bureau de l'Assistance Sociale aux Familles », soit quatre à cinq mois, laps suffisant pour se familiariser avec la coiffure ou autre besogne. L'oisiveté prête aux récidives. A leur sortie, elles seraient en lieu de se tirer plus facilement d'affaire.

Quand la gestation est trop avancée, elles ne peuvent garder leur emploi. Elles ne veulent pas s'exposer aux moqueries, aux taquineries ou aux lazzis de leur entourage de travail. Je les comprends. Si, par hasard, on a appris leur état intéressant antérieur, toujours en vertu des travers de la Société, on les regarde de haut, l'on fait des difficultés, l'on ne veut pas leur faire confiance; elles portent un stigmate qui souille leur feuille de route et leur nuit considérablement pour se suffire à elles-mêmes.

Il faut accepter, comme un corollaire logique, les complications civiles que suscite la production d'un extrait de baptême. Né de père et de mère inconnus, ou de père inconnu, telle est la formule officielle pour définir une origine en marge de la Loi. Ainsi affublé de cette épithète, la vie de l'enfant est marquée d'une salissure jusqu'à la mort. Ce sera un *impedimentum* qui créera un complexe d'infériorité imprégnant toutes les attitudes de l'enfant. Il subira des avanies de la part de ses condisciples qui

l'umilieront de leurs railleries. « Cet âge
e sans pitié », a dit La Fontaine. Jeune
hmme, son état civil douteux entravera
s marche vers le succès et le rendra craintif,
t noré, indécis. Il redoutera sans cesse de se
vir outragé du dénominatif de bâtard. Il
e étiqueté; c'est une flétrissure. Il en con-
s vera une rancune ou une aigreur qui le
r ouleront parfois vers le mal. Il se ven-
gra de la Société qui l'a chassé, au lieu de
l prendre sous son égide. S'il ne dégrin-
gle pas dans le vice, il en voudra quand
rème à la foule. Il sera un déchet social, car
i est désaxé, d'ores et déjà il est désarmé
ns une lutte inégale. D'un côté, les con-
ntions mondaines, de l'autre le délaisse-
ent qui le range, lui aussi, dans la classe
s parias de la société. La contention est
sproportionnée, parce qu'il n'a qu'une mau-
vise main dans son jeu. Si on lui accorde
l ssistance méritée, elle est tellement chiche
u'un déni catégorique vaut mieux qu'une
faveur déguisée. Voilà quelques conséquences
e n'avoir pas demandé à venir au monde et
s trouver au milieu d'une bande de loups qui
chiquettent, à l'envi, une victime que con-
nterait un peu d'amour et de considération.
ans sa désaffection, il ne sait où se tourner
our posséder un ami véritable. Il est comme
l Fils de l'Homme, il n'a pas une pierre pour
poser sa tête.

Pour remédier aux situations créées par une
usse imputation des responsabilités, ce n'est
as à l'initiative privée à se substituer aux
utorités compétentes pour étayer le denier à
ieu. Il existe des pouvoirs auxquels incom-
e primordialement de venir en aide aux
iséreux ou aux balafrés du destin. Il en est
e l'Assistance Municipale comme de l'As-
stance Provinciale. Elle est déficiente, je de-
rais dire déficitaire. Qui croira que les coffres
es administrations générales sont dénués de
nds au point de les accrocher uniquement
des exercices totalement étrangers à l'adou-
ssement de la désolation ? Les représentants
es corps officiels n'auraient pas à sortir de
leur rayon visuel pour appercevoir des ques-
tions qui réclament une solution immédiate.
On protestera que les taxes sont déjà trop
lourdes à porter. Admis ! Nonobstant, on trou-
ve toujours de l'argent pour s'amuser. Qu'on
augmente les impôts sur les plaisirs et l'on
verra se gonfler le trésor commun ! L'amuse-
ment et la souffrance se situent aux deux ex-
trémités du clavier des sensations humaines.
Que le premier soulage la seconde ! C'est
l'équité qui le demande. La médecine sera
amère à boire, mais elle sauvera le patient. La
taille découpe des hâchures profondes dans
les revenus des contribuables à cause de la
guerre qui ne durera pas indéfiniment. D'ail-
leurs, il n'y a pas toujours eu la guerre. La
situation actuelle a été la même en tout temps.
Qu'est-ce que je veux ?

En plus et surtout, je propose que le Gou-
vernement Provincial et les Corporations Mu-
nicipales aillent de pair dans leurs subven-
tions à l'œuvre que je prône dans cette confé-
rence. Avec les finances dont il dispose, le
« Bureau de l'Assistance Sociale aux Familles » gratte toujours le fond de sa caisse. Son
champ d'action est fatalement circonscrit. Il
veut allonger son rayon de recherches et faire
le dépistage des cas à secourir. Il faut donc
des allocations particulières qui le libèrent
de tous soucis matériels. Le budget ne doit
pas être équilibré inéluctablement par la
« Fédération des Œuvres de Charité ».

Comme conséquence fondée de ces largesses
administratives, le Bureau pourrait accroître
le nombre de ses figurantes. Quelques âmes
compatissantes travaillent, pour une rémuné-
ration minime, au bien de leurs compatriotes
sur les malheurs desquels elles s'apitoient.
Leur détachement supplée, jusqu'à un cer-
tain point, à la pauvreté d'argent. A un grand
nombre de propositions, ce n'est pas suffisant.
On n'achète rien avec son cœur. Les verse-
ments doivent être généreux, les libéralités
doivent abonder dans la cassette de l'Asso-
ciation, sans quoi, il est impossible de faire
du recrutement. En effet, les ouvrières font

défaut. S'il n'est pas d'appointements appropriés à la fonction, qui s'offrira gratuitement ? C'est en vain que l'on est d'une générosité inégalable, ou qu'on a un zèle de prosélyte, il faut subsister. Qu'une compensation contrebalance le temps dépensé ! Un traitement adéquat permettra un libre choix parmi les aspirantes à ces postes et les recrues afflueront pour s'inscrire à la grande œuvre du « Bureau de l'Assistance Sociale aux Familles ».

Les gouvernements n'agissent que sous la poussée de l'opinion publique. Ils ne peuvent s'opposer à la pression exercée sur eux. Ils deviennent inquiets, parfois affolés, devant la marée qui monte en puissance. Ils savent que leur crédit est en jeu et qu'il ne leur est pas possible de tenir tête impunément à un courant, prenant souvent la forme d'un raz de marée qui les balaiera comme des fétus de paille emportés par un cyclone. Ils sont responsables au peuple. Il faut donc créer un élan pour influencer les dirigeants. Que chacun cesse de penser à soi seul ! Il ne faut pas agir comme le fakir de l'Inde et s'hypnotiser en regardant son nombril. Il faut abandonner l'idée de se croire le centre du monde.

Il est aussi une formalité à changer, celle de l'admission des filles-mères dans les hôpitaux canadiens-français. Quand l'hôpital de la Miséricorde déborde, on ne peut déverser le trop plein dans les services de nos institutions hospitalières. Seul un médecin privé peut les y faire entrer. Malheureusement pour nous, certaine clinique anglaise leur ouvre ses portes. Serions-nous moins portés à plaindre les infortunées dans leur attente douloureuse et pénible ? Est-ce que la commisération reste l'apanage exclusif d'une race ? Sommes-nous affligés d'une telle étroitesse mentale que l'on considère comme une infamie de s'être trompé ou d'avoir cédé à ses sens ? A-t-on peur de mêler ensemble celles qui n'ont pas forfait avec celles qui ont capitulé dans un moment de griserie sentimentale ? Qu'en sait-on, d'ailleurs ? Il n'est pas de notre ressort de faire ici le départage, puisque le statut social n'est pas le même. Peut-on le confronter avec celui de la jeune fille qui chemine, isolée, dans la vie, ne soupçonnant pas les traquenards tendus sous ses pas, ne pouvant deviner les guet-apens au tournant du chemin, ne se méfiant pas des embuscades disposées contre elle et dans lesquelles elle doit presque infailliblement trébucher ? Il arrivera, à l'occasion, que les mieux averties pourront, si elles n'y prennent garde, rouler dans les fondrières dont sont parsemées les voies de l'existence.

Nous, les Latins, avons des inclinations dont nous souffrons. Nous sommes des individualistes. Nous ne pensons pas collectivement. Nous ne connaissons pas ce que sont la coopération, la collaboration, la cohésion. Ce sont là des forces dont nous sommes dégarnis. Nous sommes à court de prévoyance. Nous avons trop regardé le passé ! Nous n'avons pas assez toisé l'avenir. Pendant que nous étions figés dans la contemplation de nos aïeux, d'autres nous dépassaient à la course. Nous nous essouflons à essayer de regagner le terrain perdu. Tel le temps gaspillé inutilement, il ne revient jamais en arrière. Il poursuit sa marche inexorable ! *Tempus fugit velut umbra,* a écrit Virgile ! Indiscutable ! Imitons plutôt les Américains dont chacun veut être un ancêtre.

Si j'ai pris un ton acerbe, si ma plume a l'air d'avoir trempé dans le vitriol et que je parais faire un réquisitoire, il faut s'en prendre aux occurrences et à nos contemporains qui restent inébranlables devant l'urgence de certains à-côtés sociaux. J'ai fait un long exposé d'un état de choses ancré en nous depuis trop longtemps déjà. Je vous ai fait voir le mal et je vous ai prescrit les remèdes seyants.

Les antidotes sont à la portée de tous. C'est en nous que nous trouverons les ressources pour enrayer les fléaux qui nous affligent. La prospérité d'une race ne dépend pas uniquement de ses richesses naturelles, elle doit s'accompagner d'une opulence morale qui en relève la teneur. Bonne volonté, abnégation,

béralité de l'esprit et de la bourse, généro-
té du cœur, sens de la fraternité, dévoue-
ent de l'âme, sentiment de la justice, droi-
ure de la conscience, ardeur au bien, telles
nt quelques qualités qu'il faut posséder
our planer au-dessus des contingences, ne
as hésiter aux carrefours et suivre un itiné-
ire défini dans les conjectures de la vie. Sans
oute, il ne faut pas demander à des particu-
ers de choisir un ouvrage qu'ils ne pourront
ener à bonne fin, parce qu'il dépasse leur
phère d'action et la portée de leur bourse.
es associations peuvent suppléer les indi-
idus.

J'en sais une qui ne restera pas sourde aux
ris d'alarme que j'ai poussés. Je suis persua-
é que son pouls a battu violemment et que
a température est montée pendant cette cau-
erie. Faire le bien est sa devise qui ne sau-
ait mentir. La Société des Oliviers a le ta-
ent du travail cohérent. Dans l'idée des fon-
lateurs et dans les buts de leur fondation, je
is: « Augmenter le bien-être de ses membres,
développer l'esprit de corps, favoriser les
euvres de la jeunesse, aider à l'éclosion des
alents nationaux, provoquer la liaison des
nergies nationales. »

Notre société comprend la loi de la solida-
ité humaine, parce qu'elle n'ignore pas que
out se tient ici-bas. On ne peut pas se désin-
éresser d'un mouvement sous le prétexte
u'il ne nous atteint pas directement. C'est
our l'avoir discerné ainsi qu'elle a résisté
tous les assauts et a tenu contre les orages
ui ont fondu sur elle. Sa barque a défié les
empêtes et les autans qui l'ont secoué. Elle
traversé des épreuves qui l'ont mise à deux
oigts du naufrage. La nacelle a toujours
urgi d'entre les vagues d'un océan tourmenté
our en dominer les crêtes. *Fluctuat sed non*
*nergitur*. Forte d'avoir triomphé des obsta-
les, elle se dresse de toute la hauteur de ses
euvres, de l'interdépendance de ses membres,
le sa capacité incalculable, de son caractère
ssentiellement social, de ses énergies neuves,
le sa vaillance inépuisable, de la flamme de
on zèle ardent. Notre société continuera d'en-
reprendre des travaux qui sont à l'affronte-
ment de ses ambitions légitimes. L'œuvre des filles-mères l'intéressera indubitablement. C'est de la Société des Oliviers que va partir une manœuvre qui déclenchera une série d'actes dans d'autres associations pour se coordonner en une fédération vigoureuse dirigée vers le même objectif. Cette fédération aura une voix assez forte pour être entendue et possèdera un pouvoir dont nos mandatés auront à faire cas.

Il faut aider les déshérités de la vie, quelles que soient les causes qui gisent au-dessous des apparences qui sont contre eux. C'est aux mieux doués et aux plus heureux que revient le labeur de bâtir le pont qui facilitera le rapprochement des classes extrêmes de la société. Si chacun reste sur ses positions, il n'existe pas d'entente éventuelle. Le pauvre est naturellement timide et fier, à la fois. C'est au riche de faire les premiers pas. Dans la vaste conglomération humaine, il n'y a pas que des droits, il est aussi des devoirs, surtout des devoirs. Ce sont les conflits entre la ploutocratie et le prolétariat, entre le capital et le travail, entre l'aristocratie et la plèbe qui dressent le mur des castes contre lequel se catapulte le flot des misères de l'humanité.

Il est temps de comprendre nos obligations pour que se rétablisse l'harmonie troublée des différents rangs de la Société. Si nous ne pouvons réaliser la communauté des biens, nous sommes capables d'établir la parité des sentiments. La meilleure façon d'assurer son propre bonheur, c'est de faire celui des autres. C'est le but magnifique auquel doit viser notre groupement sociétaire et dont la concrétisation ajoutera un fleuron nouveau à la couronne de l'altruisme. C'est un des privilèges des forts de dégainer pour le petit contre la méchanceté, la malice et l'iniquité publiques [1].

1. Nous publions cette conférence du docteur Gariépy dans *l'Union Médicale* parce que nous jugeons que le sujet traité, d'une grande portée sociale, se reliant aux problèmes de la prostitution et des maladies vénériennes, est intimement lié aux choses de la médecine. Ces questions médico-sociales sont actuellement l'objet d'études et de réglementations éventuelles.

Celle des filles-mères n'a pas une moindre importance et mérite d'être analysée. Comme les deux autres elle se rattache aux grandes lois de la morale, de l'éducation familiale et à l'instruction concernant les notions de sexualité et de biologie génitale.

(*La Rédaction.*)

# NOTES D'ANATOMIE ET CHIRURGIE PRATIQUE

## LES MOYENS DE FIXITÉ DU FOIE

Par **Albert COUTU,**
Assistant régulier en Anatomie normale, Université de Montréal.

Les principaux moyens de fixité du foie sont: 1° le tissu fibreux, qui unit le segment droit de la face postérieure du foie au diaphragme; 2° les veines sus-hépatiques, qui se jettent dans la veine cave inférieure; 3° les replis péritonéaux, i. e. le ligament suspenseur, le ligament coronaire, les ligaments triangulaires et le petit épiploon ou épiploon œsophago-gastro-duodéno-hépatique.

1° Le tissu fibreux qui unit le segment droit de la face postérieure du foie au diaphragme constitue le véritable moyen de suspension du foie; il est facile de se rendre compte de cette vérité quand, sur le cadavre, il nous faut extérioriser un foie de sa loge; tous les autres moyens cèdent aisément, mais celui-là résiste longuement à l'effort des ciseaux.

2° Chacune des veines sus-hépatiques, prise isolément, offre un moyen de fixité bien aléatoire, mais elles sont nombreuses et, ici, le nombre supplée à la qualité. Ces veines sont échelonnées le long des parois d'une gouttière creusée, sur la face postérieure du foie, par la veine cave inférieure. Dans certains cas, cette gouttière de la veine cave inférieure est transformée en un canal, c'est-à-dire qu'une portion du parenchyme hépatique croise la face postérieure de la veine cave inférieure; ainsi, le foie est plus solidement uni à la veine cave et la traction exercée sur les veines sus-hépatiques en est d'autant diminuée.

3° Le ligament suspenseur ou falciforme unit la face supérieure du foie au diaphragme. Il a la forme d'un triangle ou encore d'une faux, d'où son nom de ligament falciforme. Il présente trois bords et deux faces; les trois bords sont le bord antéro-supérieur ou abdomino-diaphragmatique, le bord postéro-inférieur ou hépatico-diaphragmatique et le bord antérieur, libre ou abdomino-hépatique. Le bord antéro-supérieur s'étend de l'ombilic au feuillet supérieur du ligament coronaire; le bord postéro-inférieur part de l'extrémité antérieure du sillon du ligament rond ou segment antérieur du sillon antéro-postérieur ou longitudinal gauche et s'unit à l'extrémité postérieure du bord antéro-supérieur; le bord libre va de l'ombilic à l'extrémité antérieure du sillon du ligament rond; ce dernier bord contient le ligament rond. Le ligament suspenseur présente une légère obliquité de bas en haut et de droite à gauche, de sorte que sa face latérale droite ou diaphragmatique regarde en haut et à droite, tandis que sa face latérale gauche ou hépatique regarde en bas et à gauche. Comme tout repli péritonéal, le ligament suspenseur a deux feuillets; les deux feuillets de ce ligament sont l'un, droit et l'autre, gauche; ils sont visibles, schématiquement parlant, sur une coupe frontale de la cavité abdominale (Schéma I). Cette coupe

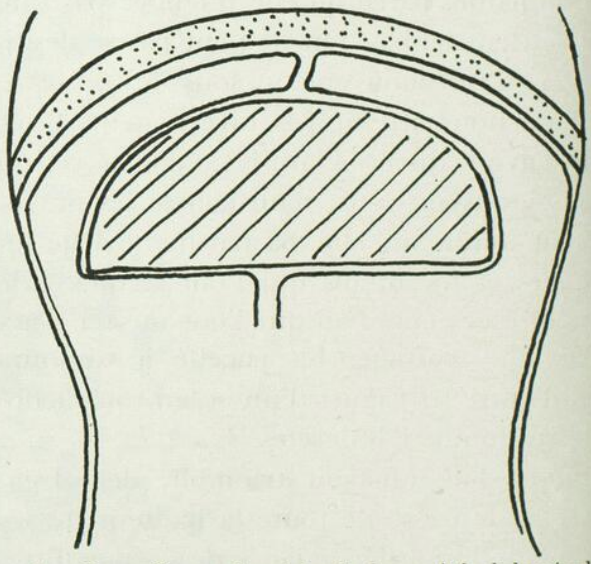


Schéma I. — Coupe frontale de la cavité abdominale.

permet de constater les deux feuillets du ligament suspenseur et que ces feuillets font suite au péritoine viscéral hépatique et se conti-

nent par le péritoine pariétal diaphragmatique.

1° Le ligament coronaire unit la face postérieure du foie au diaphragme. Il résulte de la réflexion du péritoine viscéral hépatique sur le péritoine pariétal diaphragmatique. (Schéma 2.) Il est formé de deux feuillets: l'un, supérieur et l'autre, inférieur; chacun de ces

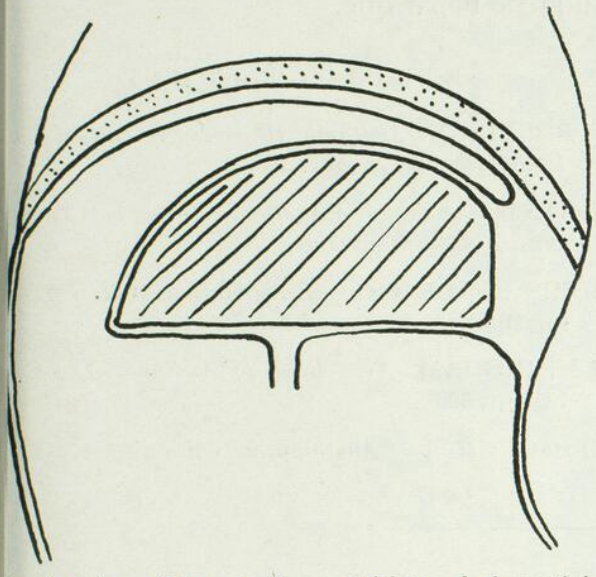


Schéma 2. — Coupe antéro-postérieure de la cavité abdominale.

feuillets se divise, à son tour, en deux segments, droit et gauche. Le segment droit du feuillet supérieur longe la moitié droite du bord postéro-supérieur du foie; il se continue par le feuillet droit du ligament suspenseur; le segment gauche côtoie la moitié gauche de ce même bord et il se continue par le feuillet gauche du ligament suspenseur ou falciforme. Le segment droit du feuillet inférieur longe la partie droite du bord postéro-inférieur du foie, passe en avant de la veine cave inférieure, contourne le lobe de Spigel en décrivant une courbe à concavité inférieure et se continue, le long du bord droit du canal d'Arentius, par le feuillet antérieur du petit épiploon; le segment gauche suit la partie gauche du bord postéro-inférieur du foie jusqu'au bord gauche du sillon du canal d'Arentius, où il se continue par le feuillet postérieur du petit épiploon.

5° Les ligaments triangulaires prolongent, latéralement, le ligament coronaire. Ils s'étendent de la face postérieure du foie au diaphragme. Aplatis de haut en bas et de forme triangulaire, ils présentent un bord antérieur ou hépatique, un bord postérieur ou diaphragmatique et un bord latéral ou libre. Il suffit, pour apercevoir ces ligaments, d'attirer à soi les extrémités du foie.

6° Le petit épiploon unit l'œsophage, l'estomac et le duodénum au foie. (Schéma 3.) Il est aplati d'avant en arrière et sa forme est celle d'un quadrilatère; il présente une face

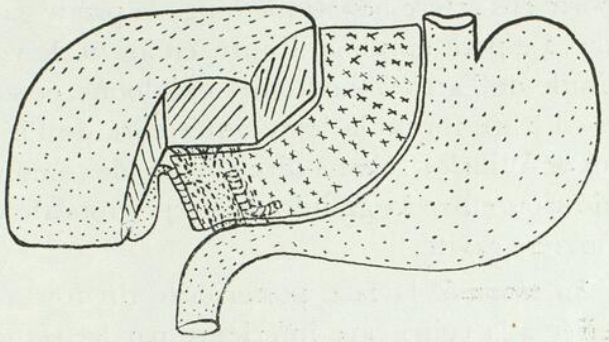


Schéma 3. — Le petit épiploon et les organes sur lesquels il prend insertion.

antérieure et une face postérieure; les quatre bords sont le bord gauche ou œsophago-gastro-duodénal, le bord droit ou hépatique, le bord supérieur ou diaphragmatique et le bord antéro-inférieur ou libre. Le bord gauche prend insertion sur le côté droit de la portion abdominale de l'œsophage, sur la petite courbure de l'estomac et sur la face supérieure de la première portion du duodénum; le bord droit s'insère sur le foie, le long du canal d'Arentius, d'abord sur la face postérieure du foie et puis sur la face inférieure; il s'attache, également, sur les deux lèvres du sillon transverse ou hile du foie jusqu'à l'extrémité postérieure de la fossette cystique; le bord supérieur unit, sous le diaphragme, les extrémités supérieures des deux bords précédemment décrits; enfin, le bord libre relie les extrémités antérieures de ces deux mêmes bords. Le petit épiploon fait suite au feuillet inférieur du ligament coronaire et se continue par le péritoine viscéral gastrique. Entre ses deux feuillets, le petit épiploon renferme l'arcade vasculo-nerveuse de la petite courbure de l'estomac et le pédicule hépatique; l'arcade

vasculo-nerveuse est constituée par les vaisseaux coronaires stomachiques, qui s'anastomosent avec les vaisseaux pyloriques, et par les filets nerveux sympathiques, issus du plexus solaire; le pédicule hépatique, sis le long du bord libre du petit épiploon, comprend la veine porte, l'artère hépatique, le canal hépato-cholédoque et les filets nerveux sympathiques; la veine porte occupe le plan postérieur, le canal hépato-cholédoque longe la partie droite de la face antérieure de la veine porte et l'artère hépatique longe la partie gauche. Le petit épiploon limite, en avant, le vestibule de l'arrière-cavité des épiploons, et son bord libre forme la lèvre antérieure de l'hiatus de Winslow, c'est-à-dire l'orifice de communication entre la grande cavité péritonéale et l'arrière-cavité.

**En résumé,** la face postérieure du foie est reliée à la veine cave inférieure par les veines sus-hépatiques et au diaphragme par du tiss fibreux, le ligament coronaire et les ligamen triangulaires; la face supérieure est reliée a diaphragme et à la paroi abdominale ant rieure par le ligament suspenseur ou falc forme; la face inférieure est reliée à l'œsc phage, à l'estomac et au duodénum par l petit épiploon ou épiploon œsophago-gastr duodéno-hépatique.

BIBLIOGRAPHIE

H. ROUVIERE: *Anatomie Humaine,* 7e édition, Tom I, 1924, p. 803 et suivantes.

L. TESTUT: *Traité d'Anatomie Humaine,* Tome 4 1923, p. 303 et suivantes

MORIS: *Human Anatomy,* 10e édition, 1942, p. 1345 et suivantes.

CUNNINGHAM: *Text Book of Anatomy,* 7e édition, 1937, p. 629.

PIERSOL: *Human Anatomy,* 9e édition, p. 1745.

---

## LE FURONCLE — L'ANTHRAX

1° **Le furoncle.**

DÉFINITION.

Le furoncle est une inflammation circonscrite de la peau, qui se développe au niveau de l'appareil pilo-sébacé, sous l'influence du staphylocoque doré et qui résulte en la nécrose de cet appareil et de la région dermique environnante.

GÉNÉRALITÉS.

Le furoncle est une lésion banale; il est très fréquent et survient chez l'adolescent, l'adulte et le vieillard. La lésion est bénigne, si le furoncle est isolé. Elle est pénible, si à l'unité succède la pluralité. Et l'on appelle furonculose la présence, ou simultanée, ou successive, de plusieurs furoncles chez le même malade, près de la lésion initiale ou parfois à distance. L'apparition de ces furoncles peut se faire sans interruption ou à intervalles plus ou moins éloignés.

ETIOLOGIE.

Le furoncle est dû à des causes locales et générales. Parmi les causes locales, on incrimine le manque de propreté (le plus souvent à tort), les irritations et les frottements (du faux col sur la nuque, par exemple, ou par un rasoir qui coupe mal), les lésions de grattage (l'eczéma, la gale), les excoriations légères.

Les causes générales sont très importantes et, parmi celles-ci, on doit mettre, au tout premier ordre, le diabète. Toutes les causes de diminution de la résistance générale de l'individu, comme le surmenage, les excès, les maladies infectieuses, les suites postopératoires, les intoxications chroniques, l'alcoolisme, peuvent faciliter l'apparition de furoncles.

*Siège.* Le furoncle peut se développer à peu près partout. On le rencontre surtout à la nuque, à la face, dans la région fessière, à l'aisselle, à l'avant-bras, sur le dos de la main et des doigts. Comme la définition l'indique.

furoncle a une prédilection pour les régions où se développent les poils. La contamination se fait de proche en proche, par inoculation successive dans la furonculose.

*Agents microbiens.* Le staphylocoque doré; parfois, le staphylocoque blanc, ou un streptocoque peu virulent.

*Lésions anatomiques.* Au début, il s'agit d'une saillie rouge, à base indurée, centrée par un poil. La tuméfaction augmente peu à peu de volume et peut aller jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Vers le quatrième jour, une pustule ou point blanc apparaît au sommet de la tuméfaction conique. La région est chaude et douloureuse. C'est à ce moment que se produisent la suppuration et la nécrose de l'appareil pilo-sébacé et des tissus qui l'entourent, ayant pour résultante ce que les auteurs décrivent sous le terme de « bourbillon ». Ce dernier est constitué de fibrine, de débris de tissu conjonctif, de cellules dévitalisées, de nombreux leucocytes et d'un nombre considérable de microbes vivants et morts.

Une fois le « bourbillon » expulsé, la guérison survient par granulation et, à cause de la perte de substance cutanée, il reste habituellement une cicatrice indélébile.

Le furoncle n'est pas habituellement suivi de complications graves; il n'est pas, en soi, dangereux, et n'amène, mis à part celui de la face, à peu près jamais la mort. Il faut noter que le furoncle de la face (celui de la lèvre supérieure, du nez, des narines et des joues) est excessivement grave et peut, même, avoir une évolution fatale; ce qui tient au fait qu'il y a une communication entre la veine faciale antérieure, la veine ophtalmique et le sinus caverneux et que la thrombo-phlébite de la veine faciale peut donner une thrombo-phlébite de la veine ophtalmique et du sinus caverneux, avec des signes locaux et généraux très marqués: fièvre élevée, frissons, vomissements, délire, coma, œdème énorme de la face, œdème palpébral, œdème conjonctival, exophtalmie. La mort survient rapidement dans le furoncle de la face.

ETUDE CLINIQUE.

Le furoncle se présente, au début, sous l'aspect d'une petite tuméfaction rouge, indurée à sa base, excessivement douloureuse au toucher. La rougeur augmente graduellement et la saillie progresse également, devient dure et de plus en plus sensible. On peut voir, au centre, un petit point blanc (ou pustule) dû à la mortification de la peau et à la présence de pus sous celle-ci. Le furoncle évolue en cinq ou six jours et si, au bout de ce temps, on ne l'a pas incisé, il a une tendance à s'ouvrir spontanément à la peau.

Traité chirurgicalement, c'est-à-dire par l'ouverture, le furoncle laisse d'abord s'écouler quelques gouttes de pus, puis, quand il y a sphacèle de la glande et du derme avoisinant, on peut retirer, avec une pince, ce que l'on appelle le « bourbillon », c'est-à-dire du pus et des tissus morts. Une fois cet agglomérat retiré, il reste un cratère plus ou moins important, qui peut donner issue à quelques gouttes de sang. Cette cavité se remplit rapidement par des bourgeons vasculaires et la guérison définitive survient en moins de deux semaines, mais laisse une cicatrice définitive.

Les signes généraux ne sont pas très marqués; cependant, on peut constater parfois de la fièvre, des frissons, certains troubles digestifs, un peu de nervosisme et de l'insomnie.

TRAITEMENT.

Le traitement du furoncle est variable avec l'âge de la lésion. Au début, le traitement doit demeurer assez conservateur et consister dans des applications locales de teinture d'iode ou de teinture de métaphen. L'incision ne donnerait que du sang. Puis, vers le quatrième jour, les pansements humides chauds soulagent et accélèrent le processus de mortification. Dès qu'il y a apparence de pus: ouverture.

Cependant, où que puisse siéger le furoncle, il est toujours défendu de traumatiser la région environnante. L'incision de la tuméfaction acuminée ne doit pas s'accompagner de manœuvres brutales faites dans le but d'ex-

pulser le pus et le « bourbillon », parce que ce traumatisme risque de disséminer dans les tissus voisins l'infection jusqu'alors bien localisée.

Lorsqu'il y a des signes de suppuration évidente, il ne fait pas de doute que l'intervention chirurgicale est fortement indiquée. Le « bourbillon » s'enlève très facilement à la pince.

Dans les furoncles de la face et dans la furonculose, il semble que la radiothérapie soit susceptible d'amener des résultats excellents. Elle doit toujours être tentée dans un furoncle de la lèvre supérieure et lorsque les furoncles sont très nombreux et que la maladie dure depuis longtemps.

A ces traitements locaux, on doit ajouter un traitement général hygiéno-diététique. Certaines médications aident à la guérison; les vaccins (auto-vaccins ou stock-vaccins) amènent des résultats. La levure de bière paraît être une aide utile, ainsi que certains sulfamidés. La pénicilline est à recommander dans le furoncle de la face.

Il est aussi nécessaire d'établir le bilan complet du patient et, s'il y a diabète, lui donner un traitement approprié.

### 2° L'anthrax.

DÉFINITION.

L'anthrax est une infection due à l'agglomération de plusieurs furoncles (4, 6, 10).

GÉNÉRALITÉS.

Caractères particuliers: confluence des lésions; plaque de dermite infectieuse perforée en plusieurs points; la diffusion de l'infection augmente la tuméfaction et l'induration; la suppuration est abondante. Les phénomènes généraux sont graves.

ETIOLOGIE.

Les causes locales sont les mêmes que pour le furoncle isolé. Les causes générales sont surtout: le diabète, l'alcoolisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Agent microbien: le staphylocoque doré. Siège de prédilection: nuque, dos, fesse (face — membres supérieurs: rares). — L'aggravation par diabète est manifeste, car celui-ci affaiblit la résistance générale et le sucre dans le sang exalte la virulence du staphylocoque.

ETUDE CLINIQUE.

*Variétés.*

L'anthrax peut être circonscrit ou diffus.

*Circonscrit,* il a une consistance ferme, celle d'un placard induré d'un rouge violacé. Il est très douloureux spontanément et à la pression. Des phlyctènes apparaissent aussi. *Les signes généraux*: température élevée, pouls rapide, troubles digestifs et urinaires, troubles nerveux très marqués.

*Anthrax diffus.* Il y a une plaque dure ligneuse, très douloureuse, criblée d'orifices réunis par des points nécrosés. Les signes généraux sont très graves. Pouls très rapide, délire. Les complications rénales et pulmonaires sont à craindre.

PRONOSTIC.

Il est réservé chez le diabétique où la suppuration est très longue.

TRAITEMENT.

*Local*: au début: pansements humides chauds. Topiques locaux; puis, s'il y a pus: *intervention large*: incision cruciale avec dissection des lambeaux jusqu'à leur base; les éverser pour faciliter l'enlèvement de tous les tissus mortifiés.

*Général*: celui de la cause: diabète, vaccinothérapie, autohémothérapie, sulfamidothérapie, radiothérapie, enfin l'usage de la pénicilline.

Edouard DESJARDINS.

# CHRONIQUE THÉRAPEUTIQUE

Nous inaugurons aujourd'hui cette rubrique que nous espérons présenter désormais chaque mois à nos lecteurs.

La thérapeutique est à la fois une science et un art; c'est d'abord l'art de ne pas nuire, l'art de traiter un individu et non une maladie; mais c'est également une science qui se développe sans cesse et subit parfois, comme en ces dernières années, des transformations radicales. Un certain nombre de nos confrères n'ont pas les loisirs de consulter les auteurs récents et de se tenir sans cesse à la page; ils sont les premiers à le déplorer et nous aimerions par cette nouvelle rubrique leur rendre plus accessible la science thérapeutique.

Nous présenterons donc, tour à tour, des commentaires sur des médicaments nouveaux, leurs indications et leurs dangers; nous reviendrons au besoin sur de vieux médicaments au sujet desquels on croit, souvent à tort, que tout a été dit ou écrit. Nous présenterons aussi des résumés de la thérapeutique générale d'une affection particulière et, de temps à autre, un formulaire pratique, de ces recettes indispensables qui sont, paraît-il, toujours appréciées. Ces différentes mises au point, nous les emprunterons à l'expérience des auteurs les plus dignes de foi et nous accueillerons avec plaisir la collaboration de tous les confrères qui auront sur un sujet quelconque de thérapeutique des données personnelles et intéressantes.

*
* *

Nous avons parlé plus haut de l'évolution continuelle et parfois radicale de la thérapeutique; nous en avons trouvé une nouvelle preuve dans un éditorial récent[1] du *Journal de l'Association Médicale Américaine*. Les médecins de 1910 avaient nommé dans l'ordre suivant les dix médicaments reconnus comme les plus importants à cette date:

1° **L'éther.**
2° La morphine.
3° La digitale.
4° L'anti-toxine diphtérique.
5° Le vaccin anti-variolique.
6° Le fer.
7° La quinine.
8° L'iode.
9° L'alcool.
10° Le mercure.

Cette liste paraît bien incomplète aux yeux du médecin de 1945; aussi, a-t-on fait enquête auprès d'un certain nombre de professeurs appartenant aux Ecoles de Médecine les plus réputées aux Etats-Unis, pour savoir quels médicaments mériteraient de nos jours d'être considérés parmi les dix plus importants. Les réponses furent nombreuses exprimant des divergences d'opinions, parfois assez marquées, car certains thérapeutes ont l'enthousiasme facile à l'égard des médications nouvelles; les autres, plus sceptiques, ont sans doute réservé leur jugement et donné plus d'importance aux résultats de l'expérience séculaire qu'aux fruits des emballements de dernière heure. D'après l'auteur de l'éditorial que nous commentons, la liste des « étoiles » pour 1945 serait la suivante:

1° La pénicilline et les sulfamidés représentant toute la médication antibiotique.
2° Le sang et ses dérivés.
3° La quinine et la quinacrine.
4° Les anesthésiques et les sédatifs, de l'éther au curare et de la morphine aux barbituriques.
5° La digitale.
6° Les arsenicaux.

1. *J.A.M.A.*, **127**: 593 (10 mars) 1945.

7° Les sérums et les vaccins.
8° L'insuline et l'extrait de foie de veau.
9° Les autres hormones.
10° Les vitamines.

A notre avis, cette liste ne classe pas les médicaments par ordre d'importance, ou du moins elle ne doit pas être interprétée de cette façon. Le foie de veau dans l'anémie pernicieuse vaudra toujours plus que la pénicilline; c'est dire, comme l'a fait d'ailleurs remarquer l'auteur de l'éditorial, que l'importance de chacun de ces médicaments dépend de l'affection en cause.

On peut discuter longtemps des mérites respectifs de chacun des médicaments plus haut mentionnés, on pourra même prétendre que l'on a eu tard d'omettre de cette liste le fer, l'alcool et même l'aspirine. Nous ferons remarquer d'abord qu'il reste encore, en 1945, quatre des médicaments ou des groupes de médicaments dont on avait reconnu l'importance en 1910.

Si l'éther a perdu de sa vogue, c'est au profit d'agents anesthésiques moins dangereux et plus efficaces. Le domaine de l'anesthésie a fait de remarquables progrès depuis trente-cinq ans; nous y reviendrons dans quelques mois.

La morphine garde sa place de choix; sans elle, avait écrit Sydenham, la médecine serait « manchote et bancale » et, s'il fallait qu'un jour les médecins n'aient droit qu'à un médicament, nous croyons bien que c'est encore l'opium et ses dérivés qu'ils choisiraient.

La digitale reste le grand toni-cardiaque et Withering avait bien raison de la défendre en 1785, contre les médecins du temps qui voulaient qu'on l'abandonnât aux empoisonneurs qui avaient été jusque-là les seuls à l'employer.

Contre la malaria, qui serait aujourd'hui la maladie infectieuse la plus répandue sur notre globe, la quinine demeure la grande arme avec la quinacrine ou atabrine dont l'usage s'est répandu surtout depuis cette guerre.

Parmi les nouveaux venus, la pénicilline a reçu le plus grand nombre de suffrages; elle ne représente d'ailleurs que le début de la thérapeutique par les agents antibiotiques dont le nombre s'accroît rapidement. L'espace nous manque pour discuter ici des mérites et des indications respectives de la pénicilline et des sulfamidés, nous y reviendrons dans quelque temps. Signalons toutefois que, dans le numéro du 17 mars 1945 du *J.A.M.A.*, il est question de pénicillothérapie par voie buccale et des résultats encourageants obtenus dans le traitement de la gonorrhée surtout, par cette thérapeutique qui associe la pénicilline à une substance tampon capable de neutraliser l'acide chlorhydrique.

Le sang et ses dérivés ont pris, au cours de cette dernière guerre, une importance que le conflit de 1914-1918 avait déjà soulignée. Les travaux les plus récents sont consacrés à la recherche de préparations qui pourront remplacer le sang humain et ses dérivés.

L'insuline et l'extrait de foie de veau ont déjà sauvé et prolongé des milliers et peut-être des millions d'existences. L'un et l'autre sont indispensables autant pour le maintien en bonne santé des diabétiques et des malades atteints d'anémie pernicieuse que pour le traitement des accidents aigus qui marquent l'existence de ces deux catégories de malades.

Les hormones et les vitamines se sont acquis dans la thérapeutique une place que les esprits les plus chagrins ou les plus sceptiques ne peuvent leur refuser, et l'on ne doit pas oublier les bienfaits qu'on leur doit pour ne penser qu'aux abus dont ils ont été l'objet.

Nous avons si souvent l'occasion de constater notre impuissance dans la pratique courante qu'il n'est pas mauvais de réaliser parfois les progrès que la médecine a faits. Cette évolution représente une somme de travail, de sacrifices et de désintéressement dont nous avons bien le droit d'être fiers.

Roger-R. DUFRESNE.

**Communication**

Vaccination

Avril 1876.

*Son Honneur le Maire*
*. H. Hingston, M.D.*

Ionsieur le Maire,

Le 8 janvier dernier, je vous adressais une ttre au sujet des observations que vous aviez ites devant le Bureau de Santé, sur les ravages e la variole, surtout parmi la population cana-ienne-française de la cité. Parlant de votre zèle our faire adopter la pratique de la vaccination, vous faisant observer que les prétendus effets e cette pratique ne peuvent justifier un tel dé-loiement de zèle, et que cette pratique ne saurait tre considérée comme seul remède contre la ariole, je vous proposais dans cette lettre une onne occasion, la seule peut-être, de démontrer utilité de la vaccination, en prenant chacun un u deux médecins, même plus, avec un secrétaire our recueillir les faits concernant cette pratique; terminais en disant: je devrai attribuer votre efus d'acquiescer à ma demande, à un manque e confiance de votre part dans la vaccine.

M. le Maire, ayant attendu votre réponse plus e deux mois, je crois être en droit de regarder otre silence comme un manque de confiance ans l'action préservatrice du virus vaccin contre s ravages de la variole. La réflexion et une tude plus approfondie des effets de la vaccina-ion vous ont sans doute fait voir tout ce qu'il y a e contraire à la raison dans cette pratique, qui onsiste à introduire un principe virulent et sep-ique dans l'organisme de l'enfant. Je conclus onc, M. le Maire, que vous n'avez plus aujour-'hui confiance en la vaccination que vous vou-ez, la croyant bonne, voir accepter par toute a population canadienne-française.

Votre conversion aux principes des anti-vacci-ateurs ne serait-elle pas due aux faits suivants, ubliés par vos officiers de santé:

« Il y a eu 80 enterrements dans le cimetière atholique, la semaine dernière; 3 des décès ont té causés par la petite vérole, etc., etc.

« Dans le cimetière protestant, quatorze enter-ements ont eu lieu; un des décès a été causé par la petite vérole, etc., etc. » (*Le National*, 16 février 1876.)

Vers le 10 février, je visitais l'hôpital des variolés; dans les salles qui sont sous la direction des Sœurs de la Charité, il y avait 7 petits garçons, deux Canadiens français et cinq Irlandais; on me dit que dans les salles où se trouvent les protestants, il y avait quatre patients dont l'un était mourant (un homme). Eh bien! M. le Maire, sur onze variolés, deux étaient des Canadiens français, et neuf étaient d'origine anglaise. Ces derniers devaient être vaccinés, car, d'après vous, il n'y a que les Canadiens français qui sont victimes de la variole, parce qu'ils sont opposés à la vaccination. Prétendre aujourd'hui que la vaccination préserve de la petite vérole est une aberration de l'esprit, due, chez les uns, à un manque d'étude, chez les autres, à une pratique routinière. Mais quant à vous, M. le Maire, ce serait vous faire injure que de penser un instant à vous placer au nombre de ceux qui en connaissent toujours assez pour exercer dignement la profession. Si vous occupez une position élevée comme citoyen et comme médecin, vous le devez à votre aptitude au travail, et surtout à l'étude. De nouvelles études sur la question de la vaccination vous ont fait voir tout ce qu'il y a d'erreurs dans cette pratique, qui aujourd'hui est repoussée par les hommes les plus instruits en médecine, et de première position en Angleterre, en Allemagne et ailleurs.

Je vais maintenant faire des extraits du journal *National anti-compulsory vaccination League*, du 1er février 1876, organe des anti-vaccinateurs d'Angleterre. La vaccination a été condamnée dans les différentes assemblées tenues en décembre et janvier derniers; et cette condamnation portée unanimement par des hommes distingués doit faire réfléchir tout homme de bien sur les effets d'une pratique qui compte ses victimes par millions, comme on l'a dit en Angleterre.

La Ligue a différentes branches dans les principales villes où elle fait convoquer des assemblées, sous le patronage du Révérend Hume Rothery, président de la Ligue, expressément pour connaître quels sont les sentiments des citoyens; et dans chacune de ces assemblées, un sentiment

d'indignation s'est manifesté contre cette pratique. Première assemblée:

Leicester, 1er décembre 1875.

A cette grande assemblée tenue sous le patronage du président de la Ligue, le conseiller Clow fut nommé président et expliqua le but de l'assemblée; ensuite, M. Booth, secondé par M. Michael Wright, proposa la résolution suivante: « Qu'au jugement de cette assemblée, la vaccination est une pratique non scientifique, inutile et pernicieuse, que la loi qui la rend obligatoire est une violation des principes de l'économie politique et un attentat à la constitution libre de l'Angleterre, et que cette assemblée s'engage à employer tous les moyens légitimes pour faire rappeler cette loi injuste et despotique. »

Deuxième assemblée, à Hunslet, Leeds (6 décembre 1875), tenue dans la salle *The Mechanics' Institute*, sous le patronage du président de la Ligue. Le conseiller White, en l'absence du conseiller Bramham, fut nommé président, et après avoir expliqué le but de l'assemblée, dit qu'il avait été partisan de la vaccination, mais qu'aujourd'hui, il la condamne; que ses propres enfants ont été victimes de cette pratique. Voici en quels termes le journal rend ses paroles:

« Il y a quinze ans, dit-il, je croyais à la vaccination, et je fis vacciner quatre de mes enfants. Ils ont tous souffert plus ou moins de maladies que l'on pouvait rapporter à cette inoculation. Les trois plus jeunes n'ont pas été vaccinés et tous sont en bonne santé. »

Après quoi le docteur Booth proposa, secondé par M. Atkinson, secrétaire honoraire de la Ligue, la résolution suivante:

« Que, dans l'opinion de cette assemblée, les actes de vaccination compulsoire sont inconstitutionnels, injustes, cruels et despotiques, et un outrage aux droits et à la liberté des parents. »

Et il accompagna sa résolution des remarques suivantes:

« On a dit qu'un enfant non vacciné était une source de danger pour la société. Mais la vaccination ne préserve pas de la variole, c'est par de sages mesures sanitaires et par l'obéissance aux lois de la santé que l'on prévient cette maladie.

M. Atkinson, en secondant la motion, fit v tout l'odieux de la loi qui impo e la vaccinati et termina ses remarques en disant:

« Je soutiens qu'un enfant appartient à parents et non pas à l'Etat, vu que l'Etat aucun droit à forcer les parents à violer le consciences, à ruiner la santé de leurs enfa par la vaccination. Cette pratique est la prin pale cause de la grande mortalité des enfants. »

La seconde résolution fut proposée par Pickering et secondée par le conseiller Boococ « Que les épidémies de petite vérole des qua dernières années ont clairement démontré l'i puissance absolue de la vaccination pour préve ou mitiger la variole, que des maladies terrib et la mort résultent souvent de cette pratiq en conséquence, cette assemblée demande le ra pel de la loi de vaccination. » M. Pickering des remarques très appropriées sur les mesu sanitaires, de propreté, etc., comme étant moyens de prévenir les maladies épidémiques.

Troisième assemblée, à Cheltenham, le 13 cembre 1875, tenue dans les salles de la Bou (*Corn-Exchange*). M. J. S. Longthall présida et sur la plate-forme étaient présents le prof seur Newman, le Révérend Hume Rothery, docteur Turnbull et plusieurs autres person de distinction. Le président fit quelques rema ques appropriées sur le but de l'assemblée termina en condamnant la pratique de la vac nation compulsoire.

M. Woodward, secondé par M. Millard, pr posa la motion suivante:

« Que, dans l'opinion de cette assemblée, vaccination est un empoisonnement du sang; q comme elle ne détourne pas et ne diminue poi la cause de la variole, elle ne peut jamais pr venir ou modérer cette maladie; et que cet pratique étant une infraction flagrante aux l de la physiologie, elle doit, dans tous les c être nuisible plus ou moins. » MM. Rothe Newman, le docteur Turnbull et autres, a puyèrent la motion par des discours énergiqu sur le sujet.

Quatrième assemblée, à Banbury, le 12 ja vier 1876, tenue dans la salle *The Town Ha* Banbury, sous le patronage du Révérend Hur

othery et présidée par le Révérend W. Ayton, caire de Chacombe. Le président expliqua le ut de l'assemblée, fit un appel chaleureux au atriotisme des membres de la Ligue, etc., leur commandant de s'opposer par tous les moyens ossibles à l'exécution de la loi. Après quoi, la solution suivante fut proposée par M. Charles illett, secondée par M. Freeman: « Qu'au juge- ent de cette assemblée la vaccination est une ratique non scientifique, inutile, tout à fait npuissante à protéger de la variole; que c'est n moyen de transmettre toutes sortes de ma- dies constitutionnelles; et que les actes du arlement qui rendent obligatoire cette pratique ernicieuse sont injustes et cruels et devraient, ar conséquent, être promptement et entière- ent rappelés. »

M. Gillett, en proposant cette motion, dit qu'il roit que la vaccination est une des causes de la ortalité chez les enfants.

M. Freeman, en secondant la motion, dit qu'il n'est pas naturel de prendre une matière ourrie et de l'introduire dans la constitution 'un enfant sain. »

Cinquième assemblée, à Chipping Norton, le 4 janvier 1876, tenue pour entendre le rapport lu président de la Ligue, le Révérend Hume Rothery, sur la question de la vaccination.

Sur motion de M. John Bartlett, secondé par M. Townsend, M. John Stayt fut unanimement lu président.

M. Hume Rothery, prenant la parole, fit l'his- oire de la vaccination, en démontra les mauvais ffets, en fit voir toute l'absurdité, et dit qu'elle n'avait été qu'une mystification depuis Jenner usqu'à nous. Le rapporteur du journal cite du liscours du Révérend M. Rothery quelques ex- raits en disant:

« Il cita de diverses autorités publiques et mé- licales, entre autres *The Lancet*, des admissions et des faits qui prouvent d'une manière décisive que la vaccination était incapable de protéger ontre la petite vérole, et il rapporta de singuliers témoignages des docteurs Bakewell, vaccinateur ublic de Trinidad, J. P. Small, de Boston, et autres, montrant que la vaccination quelquefois occasionne le développement de la variole. L'ora- teur donna le récit de sa visite à Newmarket, durant l'épidémie de 1874, où presque tous les cas avaient été vaccinés et beaucoup revaccinés, de même qu'à Birmingham où une immense pro- portion des malades avaient été vaccinés. Même le docteur Alfred Hill, l'officier de santé, prouva ce fait dans ses rapports; comment pouvait-on alors parler de la vaccination comme d'une pro- tection contre la petite vérole? »

En concluant ses remarques sur le sujet, M. Rothery dit que les médecins peuvent con- server l'art de guérir, mais qu'ils renoncent à la pratique diabolique de créer des maladies.

Après quoi, M. Rowell proposa, secondé par M. Bartlett, une résolution analogue aux pré- cédentes.

J'extrais encore du *National Anti-Compulsory Vaccination League*, 1er février 1876, reproduisant du *Hudderfields Times*, 13 novembre 1875:

« M. G. S. Gibbs, M.D., *Fellow* de la *Société de Statistique*, autorité digne de confiance, dit: « C'est un fait prouvé d'une manière irréfutable par la statistique que la mise en force de la loi de vaccination a augmenté la mortalité infantile dans ce pays à un point surpassant de beaucoup la mortalité totale par la variole; et c'est de plus un fait scientifique que la vaccination et les di- verses opérations pratiquées sous ce nom laissent dans la constitution le germe de maladies qui se développent à des âges au delà de celui de l'enfan- ce et entraînent à leur suite des souffrances, des misères et la mort. La vaccination n'est d'aucun service, c'est une véritable malédiction pour l'humanité et un défi à la sagesse du créateur. »

Voilà donc, M. le Maire, le système que vous voudriez voir adopter par la population cana- dienne-française; croyez-vous qu'elle serait bien préservée, après tout, des ravages de la petite vérole; ne voyez-vous donc pas que la grande association *National anti-compulsory vaccina- tion League* d'Angleterre, comptant plus de cent mille membres, condamne la vaccination, et avez- vous oublié qu'ici plus de dix mille personnes l'ont aussi condamnée? Est-ce un homme instruit qui voudrait aujourd'hui prendre la responsabilité de recommander la vaccination quand on s'efforce presque partout d'en démontrer les dangers?

Je citerai encore un fait qui vous fera voir que

la vaccination est repoussée même par des médecins haut placés dans la profession.

Du *Daily News*, 20 janvier, 1876:

« Le docteur Bartle, principal de Freshfield College, près Liverpool, était accusé hier, à Southport, d'avoir refusé de vacciner deux de ses enfants âgés respectivement de huit et dix-huit mois. C'est à l'instance du *Board of Guardians* que cette mise en accusation avait été faite et, comme le docteur Bartle était coupable de résistance volontaire à l'acte de vaccination, on demanda l'infliction de la plus haute pénalité. Le défendeur plaida coupable, et dit qu'il avait des scrupules consciencieux contre la vaccination, car il pensait qu'elle produisait plus de mal que de bien. Un de ses enfants souffrait en ce moment de la lymphe impure introduite dans son organisme. Le magistrat imposa une amende de vingt chelins et les frais dans chaque cause."

Dans un autre article, je vous ferai voir, au moyen encore d'extraits de la presse anglaise, quels sont les résultats de l'inoculation du virus du vaccin, et quels sont ceux qui ont intérêt à propager cette pratique.

Je suis avec considération, M. le Maire [1],

Votre, etc.,

J. Emery CODERRE.

---

1. La réalisation d'idées nouvelles est habituellement lente à s'accomplir et même lorsque les innovations sont excellentes, elles rencontrent toujours des oppositionnistes par principe, souvent aussi par intérêt. Quand ces innovations sont imposées, la résistance est plus violente encore: elle se renforce du droit de liberté individuelle. Mais, on sait fort bien et l'exemple de la vaccination est démonstratif, que des mesures devant sauvegarder la santé publique doivent, jusqu'à affinement plus avancé de l'esprit des populations, être imposées pour procurer des effets vraiment salutaires. La société, de la sorte, s'impose à elle-même des règles qui ont pour but de s'assainir. L'histoire de la vaccination est épique.

(La Rédaction.)

# ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd.-psychol. » **94** : 1 (juin) 1938.

## PHTISIOLOGIE

Herbert C. Maier. — **Le traitement chirurgical des cavités sous tension, dans la tuberculose pulmonaire. (Surgical Treatment of Tension Cavities in Pulmonary Tuberculosis.)** "Am. Rev. Tub.", **51**: 1 (janvier) 1945.

Quelques cavités ne se ferment pas par collapsothérapie. Certains facteurs autres que la dimension de la cavité entrent en jeu dans les échecs, *v.g.* la pression intracavitaire.

On explique les résultats de la collapsothérapie par l'existence de trois sortes de cavités: 1° celles à pression atmosphérique ou neutre; 2° celles à pression négative; 3° celles à pression positive.

Les deux premières ont un résultat assez intéressant dans les collapsothérapies, mais les cavités à pression positive sont plus difficiles à collaber.

Une pression positive peut se développer grâce à une obstruction partielle de la bronche de drainage, obstruction qui se fait soit par tuberculisation du tissu endobronchique, soit par la présence de sécrétions endobronchiques, soit par la présence d'un spasme de la bronche. Ces facteurs jouent un rôle important dans le mécanisme de la ventilation des cavités du poumon tuberculeux. Quelle que soit la dimension de la cavité, la bronche de drainage a une influence très importante à son égard. Car les obstructions partielles (par les causes sus-décrites) agissent comme soupapes laissant pénétrer l'air à l'inspiration, mais empêchant de sortir à l'expiration, à cause du rétrécissement de la bronche à ce temps de la respiration.

Ces pressions peuvent changer assez rapidement dans les cavités: augmenter ou diminuer à la suite de toux ou de collapsothérapie.

Récemment, on a entrepris de ponctionner les cavités, sans danger, avec une technique particulièrement méticuleuse. Il semble que lors de ces ponctions de cavités, pour éviter les complications, il soit contre-indiqué d'y introduire des agents chimiques.

Certaines cavités géantes disparaissent spontanément. Les collapsothérapies les plus diverses ont semblé donner des résultats, telle la phrénichirurgie, laquelle n'a cependant que peu d'effet sur les cavités du sommet. Or, dans ces succès, c'est bien plus le changement dans le jeu des forces pulmonaires et la disparition de la soupape bronchique qui ont eu une influence heureuse, que le collapsus chirurgical *in se*.

En général, les cavités sous tension répondent mieux à la thoracoplastie qu'au pneumothorax, à cause d'un meilleur blocage de la bronche de drainage. Maintes fois ceci fut démontré par une élévation du niveau de liquide dans la cavité, élévation qui à la longue finit par obstruer complètement la lumière de cette cavité d'un caséum dense et solide dont assez souvent on ne trouve aucune trace dans les sécrétions pulmonaires devenues négatives.

L'auteur considère ces derniers faits beaucoup plus comme cause de résultat heureux de la thoracoplastie que la contraction d'un tissu fibreux affaissant les cavités. L'on voit souvent des cavités s'agrandir sous le pneumothorax et disparaître ou diminuer de volume à son abandon. A ce moment, le résultat de la thoracoplastie est souvent excellent.

En théorie, le drainage de Monaldi des cavités sous tension paraît logique. Il n'en est pas ainsi dans la pratique; souvent, les cavités drainées avec résultat complet réapparaissent après la thoracoplastie. L'auteur doute de l'efficacité et de la nécessité du Monaldi. Il semble préférer la lobectomie et la pneumonectomie. Il a pratiqué 16 lobectomies par dissection hilaire chez les tuberculeux positifs. Dans 8 cas, une cavité sous tension en a été l'indication. Chez 3 sujets, un réveil contro-latéral passager a compliqué les suites opératoires. Chez l'un d'eux, cet épisode n'a duré qu'une semaine. Chez les deux autres, le poumon contro-latéral était une objection à la thoracoplastie. Il y a eu deux cas d'empyème

tuberculeux et un cas d'empyème putride. Un seul décès est survenu, et ceci après deux mois, par envahissement contro-latéral massif.

Au moment où fut écrit l'article, l'auteur rapporte que 14 sur 16 de ces cas sont négatifs. Il n'y a eu que deux rechutes.

L'auteur a aussi pratiqué 2 pneumonectomies en des occasions semblables avec résultats heureux.

J.-P. PAQUETTE.

## ENDOCRINOLOGIE

Howard M. CLUTE et Robert H. WILLIAMS. — **Le Thiouracil dans le traitement préopératoire des goitres toxiques. (Thiouracil in the Preparation of Thyrotoxic Patients for Surgery.)** "Ann. of Surgery", **120**: (octobre) 1944.

Tout traitement qui peut faire baisser le métabolisme et améliorer la condition clinique d'un porteur de goitre toxique avant l'opération est d'une importance extrême. Il n'y a qu'à se rappeler la baisse du taux de mortalité donné par l'emploi du Lugol que Henry S. Plummer mit en usage dans la préparation opératoire de ces patients. Malgré les grands avantages du Lugol, nous devons réaliser que ce médicament est insuffisant dans bien des cas. Avec l'addition récente du thiouracil, le chirurgien a à sa disposition un agent qui baissera le métabolisme presque à la normale, diminuera les symptômes toxiques et fera gagner du poids au patient avant l'opération. Il est même possible que dans un avenir rapproché l'intervention chirurgicale ne soit pas nécessaire chez plusieurs porteurs de goitres exophtalmiques.

L'emploi du thiouracil dans l'hyperthyroïdisme est le fruit de recherches faites depuis trois ans par des pharmaciens et endocrinologistes et des cliniciens, et ceci démontre bien ce que peuvent donner l'effort et le travail d'un groupe de chercheurs de différentes spécialités. Astwood, en 1943, trouva que le thiouracil était le médicament le plus actif dans le traitement de l'hyperthyroïdisme. Puis ce furent Williams et Clute qui rapportèrent l'histoire de soixante-douze patients dont le métabolisme devint normal après l'emploi de ce médicament.

Aujourd'hui, les auteurs nous donnent leur expérience sur cent quinze cas traités: soit quatre-vingt-un cas par le thiouracil seul et trente-quatre cas par le thiouracil et la chirurgie. Dans la grande majorité de ces patients, le métabolisme devint normal et les symptômes toxiques disparurent. Il est encore impossible de déterminer dans quels cas le thiouracil seul sera employé ou dans quels autres cas l'acte chirurgical devra suivre. Les auteurs du présent article ont pris comme routine l'habitude d'opérer les gros goitres, puis les patients qui ne peuvent être suivis facilement parce que demeurant trop loin, ou parce qu'ignorants ou à cause de leur tempérament; enfin ils opèrent le petit nombre de patients qui réagissent mal au thiouracil.

Trente patients porteurs d'un goitre exophtalmique et traités par le thiouracil ont été opérés sans aucune complication: quatre cas étaient des adénomes énormes, et c'est dans ces derniers cas que la chirurgie est désirable à cause de la grande masse de tissus thyroïdiens dans le cou qui peut descendre dernière le sternum et provoquer des troubles de compression. L'adénome simple ne doit pas être traité au thiouracil, car il doit être considéré comme cancéreux et opéré. Quinze patients avec une toxicité persistante ou récidivante après thyroïdectomie ont subi la cure au thiouracil, et tous ont répondu d'une façon satisfaisante au traitement et il ne fut pas nécessaire d'intervenir à nouveau.

La préparation des goitres toxiques avec ce médicament est plus simple qu'avec l'iode. La plupart des patients qui ne sont pas sérieusement malades sont envoyés à l'hôpital pour un examen général, un métabolisme et un examen du sang et des urines.

Puis le thiouracil est commencé à la dose de 0.2 gm., trois fois par jour toutes les huit heures. Après deux jours, si le patient comprend bien et est fiable, il est envoyé chez lui avec une dose de 0.6 gm. ou 0.4 gm. de thiouracil par jour. Il peut faire son travail ordinaire, mais doit revenir toutes les deux semaines pour un nouveau métabolisme et une formule sanguine. Ces patients doivent être étroitement suivis à cause du danger possible de complications. Le temps que prendra le métabolisme à redevenir normal dépendra de la toxicité et du genre de glandes auxquels nous avons affaire. Ainsi un goitre toxique soumis antérieurement à l'iode prendra plus de temps à répondre au thiouracil à cause de la substance colloïde et de l'hormone thyroïdienne emmagasinées dans cette glande. Le traitement est d'une durée de 5 semaines et précède la thyroïdectomie,

endant ce temps les patients reçoivent en plus g. de chlorure de thiamine par jour, ainsi ne diète riche en hydrates de carbone et protéis. Lorsque le patient est prêt, il est alors adis à l'hôpital et opéré deux jours après; il retirnera chez lui le sixième ou le septième jour aps l'intervention. Exception faite pour certains cas très toxiques ou encore présentant des trouble cardiaques avancés. Seulement 10% des pants présentent des complications, avec le thiuracil, suffisantes pour devoir cesser le traitemet, et la plus sérieuse de ces complications est l'anu'ocytose; quelquefois la leucopénie est poible, et c'est pourquoi la formule sanguine et la ondition clinique de chaque patient doivent êti suivies avec soin. Quelques patients présetent un rash qui disparaît sans arrêt du traitement; parfois ce sera de l'urticaire ou des doeurs articulaires. Le thiouracil sera donné av précaution aux patients présentant une allerie quelconque. Il peut y avoir des nausées et de vomissements avec ce médicament, mais pas asz pour en cesser l'usage.

est à remarquer que les patients sous traitemt se sentent améliorés même avant la baisse dumétabolisme. Habituellement, la glande thyroïe diminue de volume, mais devient plus ferne. Les fortes pulsations, les trills, tendent à isparaître et même le facies s'améliore et l'exphtalmie diminue. Dans les exophtalmies tr sévères, il peut y avoir exagération de celle-ci alors, on ne donnera que de très petites doses dehiouracil avec 32 à 96 mg. d'extrait thyroïdi par jour.

l'opération, on constate que la glande traitée pale thiouracil est ferme et ressemble à la glande hyerplasique non traitée, mais n'est pas aussi vaulaire quoique dans certains cas il y ait plus desaignement qu'à l'ordinaire.

Histologiquement, la glande traitée par ce médiment montre très peu de tissus colloïdes. Les ceules des acinis sont grandes et en colonnes; le acinis sont petits et contractés, et il y a peu dedifférence entre une glande traitée depuis longteps et une autre traitée seulement quelques semaines.

. l'opération, le patient est calme, le pouls est pe changeant, ainsi que la pression; il en est de me après l'intervention, alors qu'on n'a ni tacycardie ni nervosité. Il n'en est pas ainsi chez les patients traités seulement pendant dix à quinze jours, car ils sont encore en pleine toxicité, et les suites opératoires alors sont les mêmes que celles qu'on a avec le Lugol. La médication sera cessée quatre à six jours après l'opération. Ces patients subissent l'anesthésie générale comme les sujets à métabolisme normal. Le Cyclopropane et l'oxygène sont de choix.

Les auteurs rapportent un cas fatal au thiouracil: la mort fut causée par une embolie. Quatre patients avaient des cœurs thyroïdiens et réagirent parfaitement. Neuf cas semblables ne furent traités que par le thiouracil avec succès. Il en fut de même des quinze patients avec hyperthyroïdisme récidivé ou persistant.

*Conclusions.*

Dans l'hyperthyroïdisme, le thiouracil baisse le métabolisme à la normale et diminue tous les symptômes dans presque tous les cas. L'expérience n'est pas encore assez grande pour savoir quel cas sera traité par le thiouracil seul ou combiné à la chirurgie. Un très petit nombre présentent des complications avec ce médicament. L'opération et les suites opératoires sont remarquablement tranquilles. Le thiouracil est un médicament d'une grande valeur dans le traitement préopératoire de l'hyperthyroïdisme.

Antoine PETTIGREW.

## ALLERGIE

B. ZONDEK et Y. M. BROMBERGS. — **Allergie endocrinienne. (Endocrine Allergy.)** "J. of Allergy", **16**: 1 (janvier) 1945.

Dans cet article, qui représente la première partie de leur étude, les auteurs tendent à prouver que l'hypersensibilité de l'organisme vis-à-vis ses propres hormones explique plusieurs manifestations d'allergie (asthme, urticaire, etc...) ainsi que certains syndromes de pathologie gynécologique.

Les observations cliniques suivantes supportent cette conclusion:

1) Certaines injections d'œstrone ou d'œstradiol provoquent des réactions générales: nausées, vomissement, diarrhée, urticaire, etc.

2) Dans le prurit vulvaire, de fortes doses d'hormone œstrogénique aggravent les symptômes, qui sont au contraire améliorés par de petites

doses, et surtout par la voie percutanée (désensibilisation progressive).

3) Les maladies allergiques (asthme, urticaire, etc.) sont souvent exacerbées à la phase prémenstruelle au moment où les hormones du corps jaune et du follicule sont à leur maximum.

Avec une technique irréprochable du point de vue allergique, les auteurs pratiquent des tests avec les stéroïdes suivantes: 1° œstradiol; 2° œstrone; 3° progestérone; 4° prégnandiol; 5° testostérone; 6° androstérone; 7° désoxycorticostérone et la gonadotropine du chorion (Korotrin) et l'insuline.

Les hormones cristallisées sont employées en solution d'huile d'olive purifiée à raison de 0.1 cc. contenant 0.1 mg. d'hormone, en injection intradermique. Les facteurs d'erreur méticuleusement éliminés, les lectures sont pratiquées 3, 5, et 24 heures après les tests.

La présence de réagine fut confirmée hors de tout doute par la sensibilisation passive de Prausnitz-Kustner. Le sérum de sujets normaux donnant des réactions uniformément négatives, le sérum de malade donne dans 7 cas sur 8 des réactions positives.

Les conclusions tirées de cette étude remarquable sont les suivantes:

1. Chez 32 femmes normales, en parfaite santé, à des moments variables du cycle, les tests furent tous négatifs.

2. Sur 27 patientes connues comme allergiques (asthme, rhinite spasmodique, urticaire, etc.), 19 (70%) montrèrent des tests positifs, et les symptômes furent fortement améliorés par désensibilisation spécifique avec l'hormone responsable.

3. 10 cas de prurit vulvaire et 8 d'acné, avec exacerbation prémenstruelle: positifs 72%.

4. Tension prémenstruelle: 32 cas, 24 positifs (75%); ceci porte à les classer comme maladies allergiques endocriniennes.

5. Dysménorrhée, 11 cas: tous négatifs.

6. Allergies reliées à la ménopause. Sur 13 cas, 46% sont positifs à des hormones.

7. Prurit vulvaire relié à ménopause: hormones positives dans 4 cas sur 6.

8. Sur 26 cas des groupes 2, 3, 6 et 7, cas non reliés à menstruation ou ménopause, seulement 7% furent positifs.

La désensibilisation spécifique fut administr à 44 cas d'hypersensibilité à différentes hormone Dans 22 cas, tous les symptômes disparuren Dans 13 autres, très forte amélioration. Dans aucun changement.

En résumé, les auteurs démontrent que ce taines conditions gynécologiques, tels le prur vulvaire et la tension prémenstruelle, sont cau sées par une allergie aux hormones. Il en est d même de certaines manifestations reconnues a lergiques (asthme, urticaire, rhinite, etc.) influer cées par la menstruation ou la ménopause. D'a près leurs expériences, il ne saurait être questio d'hypersensibilité hormonale dans les états d'al lergies indépendants du cycle ou de la méno pause, ni dans la dysménorrhée.

Gérard CASGRAIN.

## CHIRURGIE

Frank H. LAHEY. — **L'introduction dans le cho lédoque d'un tube en "T" facilement identifiable, au cours des résections gastriques pou ulcère duodénal adhérant aux canaux biliaires. (The Use of an Identifying "T" Tube in the Common Bile Duct in Gastric Resection for Duodenal Ulcer Adherent to the Bile Ducts.** "Surg., Gyn. and Obs.", **80**: 197; 1945.

Ayant pratiqué plus de 500 gastrectomies subtotales pour ulcère duodénal, l'A. est convaincu que le facteur principal de mortalité réside particulièrement dans les rapports entre l'ulcère duodénal et le cholédoque, surtout à son point de pénétration dans le duodénum.

Les ulcères duodénaux situés sur la paroi postérieure ou latérale du duodénum ont tendance à adhérer au cholédoque ou à envahir les canaux biliaires et le pancréas. Le danger, au cours d'une gastrectomie subtotale, est d'atteindre l'ampoule de Vater, en réséquant le duodénum et les parties indurées de l'ulcère qui adhèrent au pancréas, ou aux canaux biliaires et pancréatiques.

L'A. trouve avantage à introduire dans le cholédoque un tube en « T », traversant le sphincter d'Oddi, qui sert à repérer constamment le cholédoque et son point de pénétration dans le duodénum. Ce procédé s'est montré particulièrement utile dans les cas d'ulcère duodénal induré bas situé. Le tube en « T » est introduit après ouverture du canal et dilatation du sphincter d'Oddi aux dilatateurs Bakês et la branche inférieure du tube étroitement suturée au cholédoque.

chirurgien pourra de la sorte vérifier consmment les rapports entre l'ulcère et le cholédque et leur point de contact à tous les temps l'opération. Ce procédé évitera de recourir à s techniques chirurgicales moins satisfaisantes, mme la gastro-entérostomie avec exclusion, par emple.

L'A. n'entend pas généraliser l'emploi du tube « T » à tous les cas de gastrectomie subtotale, ais le réserver uniquement aux cas cités plus aut.

Pierre SMITH.

. E. ROBERTSON. — **La prépondérance des calculs biliaires chez les femmes. (The Preponderance of Gallstones in Women.)** "Surg., Gyn. and Obst." (Intern. Abstr. of Surg.), **80**: 1; 1945.

Cette importante étude étiologique est accomagnée d'une bibliographie imposante qui ne omprend pas moins de 228 ouvrages cités. L'A. asse en revue les théories les plus saillantes, herchant à expliquer la présence des calculs iliaires et les influences qui prédisposent plus es femmes que les hommes à en avoir. On peut rouper ces influences sous les 5 chefs suivants: tase biliaire, modifications des éléments constiutifs de la bile, infection, maladies associées et rédispositions, troubles neuro-végétatifs.

De cet examen, l'A. conclut que les calculs iliaires se forment uniquement à l'occasion de roubles profonds de la physiologie biliaire caués par des déviations pathologiques des foncions contrôlées par des hormones, lesquelles hornones sont probablement celles qu'on appelle « sexuelles », bien que les autres puissent être mises en cause. Le trouble fonctionnel qui proluit des calculs biliaires résulte de deux changements principaux de la physiologie normale de a vésicule biliaire: altération dans la composiion de la bile et changement radical dans la sécrétion des substances mucoïdes par la muqueuse de la vésicule biliaire. Ce dernier changement peut être aussi bien quantitatif que qualitatif, mais sans doute les modifications qualitatives sont-elles les plus importantes.

On apporte aussi plus de considération aujourd'hui à l'influence des désordres émotionnels, des troubles sexuels et des réactions psychiques, sur la formation des calculs biliaires, surtout chez les femmes. Le facteur grossesse est également important.

Les symptômes cliniques et les signes produits par la présence de calculs biliaires sont sans relation avec les facteurs étiologiques de leur formation et se produisent souvent plusieurs années après la constitution des calculs.

Pierre SMITH.

Durward L. LOVELL. — **Bactéries de la peau: leur localisation par rapport à la stérilisation de la peau. (Skin Bacteria: Their Location with Reference to Skin Sterilization.)** "Surg., Gyn. and Obst.", **80**: 174; 1945.

C'est un fait connu que les microbes sont assez peu nombreux à la surface de la peau immédiatement après un bon nettoyage par des procédés mécaniques ou chimiques. Peu de temps après, spécialement sous l'influence de la transpiration, les microbes se multiplient rapidement et deviennent un facteur d'infection possible de la plaie opératoire. Ces bactéries nouvelles proviennent probablement des parties profondes de la peau et déjouent, par conséquent, les conditions habituelles de stérilisation pratiquée au cours des opérations, y compris les rayons bactéricides. Alors que les bactéries superficielles ou transitoires résident dans la graisse, les glandes sébacées, les follicules pileux, les crevasses de la peau, les bactéries profondes ou permanentes sont ancrées si profondément dans les glandes sébacées ou les follicules pileux qu'elles échappent aux antiseptiques et au nettoyage courant.

L'A. décrit deux expériences qui l'ont amené à préciser la localisation des bactéries dans la peau et l'influence des méthodes de nettoyage chirurgical de la peau. Il souligne que la constitution anatomique de l'épiderme invite les microbes à s'y loger, de même que dans les canaux des glandes sébacées et les follicules pileux. A cause de leur structure, les glandes sudoripares permettent plus rapidement aux bactéries de se développer.

Le nombre de microbes se multiplie dès que l'on a des gants de caoutchouc et que l'on transpire par suite de la tension augmentée à la surface de la peau. L'acidité de la sueur est un agent bactériostatique, mais insuffisant pour empêcher la multiplication des bactéries. Les staphylocoques se multiplient facilement dans un milieu au pH voisin de 7.8.

Pierre SMITH.

## ORTHOPEDIE

W. E. DANDY. — **Le traitement du spondylolisthésis. (The Treatment of Spondylolisthesis.)** "J.A.M.A.", **127**: 137 (20 janvier) 1945.

L'étude a été entreprise avec la pensée que la fixation qui résulterait de l'accolement de corps vertébraux, à la suite de l'exérèse complète du disque intervertébral, au niveau d'un spondylolisthésis, produirait une synthèse beaucoup plus simple et beaucoup plus efficace que la greffe osseuse habituelle.

L'observation d'une série de patients opérés a amené les conclusions suivantes:

1° que le spondylolisthésis n'est responsable qu'en partie et quelquefois nullement des symptômes;

2° que, dans la plupart des cas, ce n'est pas le spondylolisthésis ou même le disque à son niveau, mais plutôt un autre disque ou plusieurs autres disques;

3° et que par conséquent la guérison dépend plus de l'exérèse d'autres disques que de celui situé au niveau du spondylolisthésis, bien que ce dernier doive être enlevé.

Les raisons de ces conclusions sont les suivantes:

*a*) Chez seulement deux des 20 patients observés, on n'a pas trouvé de disques herniés en plus du disque situé au niveau du spondylolisthésis. (Et comme ces deux patients n'ont pas été guéris, il est probable que, eux aussi, ils avaient un autre disque hernié.)

*b*) Ces études statistiques sont remarquablement semblables à celles faites dans les cas de disques herniés sans spondylolisthésis: à savoir, qu'il a été établi que 80% des disques défectueux étaient multiples.

L'auteur est d'avis, à la suite de cette analyse, que le spondylolisthésis n'est qu'un accident dans le domaine des disques rupturés et qu'en somme, quoiqu'il donne sa part de symptômes, il en cause moins que le disque qui lui est adjacent ou que d'autres disques.

Et il affirme que le traitement qui négligerait les autres disques ne donnerait que peu de résultats, s'il en donne. L'auteur donne les avantages de l'exérèse d'un ou de plusieurs disques sur la greffe osseuse habituelle, à savoir:

*a*) une semaine à 10 jours d'hospitalisation, contrairement à 3 mois et plus;

*b*) le port d'un léger corset durant 2 à 3 mois.

Les trois points importants du traitement par exérèse de disques sont:

1) l'exérèse complète des disques atteints;

2) la reconnaissance de disques multiples;

3) la reconnaissance de disques atrophiés.

L'exérèse minutieuse du disque à l'aide d'une curette ne signifie pas que toutes les moindres particules doivent être enlevées, mais bien qu'il ne reste pas de fragment important.

Quand un disque a été complètement enlevé, les deux vertèbres s'accolent et, en 3 mois, il n'y a plus aucun mouvement possible à ce niveau: sans doute qu'il s'agit d'une synthèse fibreuse pour un temps du moins, ce qui reste tout de même très efficace.

L'auteur ne peut démontrer que la fusion devienne éventuellement osseuse. Il affirme l'inefficacité du traitement, sans la reconnaissance de petits disques non herniés, mais atrophiés.

La localisation du disque défectueux est bien déterminée par la pression horizontale exercée sur l'apophyse épineuse. Cependant, dans le spondylolisthésis, ce test de la mobilité anormale perd sa signification à cause de la mobilité au niveau des lames.

L'auteur analyse ensuite une série de cas traités, et tire les conclusions suivantes:

1. Subjectivement et objectivement, le spondylolisthésis est précisément semblable aux disques intervertébraux défectueux. Seuls les R. X différencient les deux conditions.

2. Pour des raisons notées dans le texte, l'auteur est d'opinion que le spondylolisthésis et les disques intervertébraux défectueux sont réellement identiques quant à leur origine, et le traitement en est le même, à savoir: exérèse complète des disques.

3. Dans au moins 90% et peut-être tous les cas, il y a 2 ou 3 disques défectueux, y compris le disque au niveau du spondylolisthésis, causant la lombalgie et la sciatique.

Et la guérison dépend de la reconnaissance et du traitement de tous les disques atteints.

4. La guérison résulte de l'exérèse complète des disques.

L'auteur dit que la synthèse par greffe n'est jamais indiquée ni pour un spondylolisthésis, ni pour un disque défectueux.

Edgar LEPINE.

## PEDIATRIE

H. BAKWIN. — **Pseudodoxie en pédiatrie. (Pseudodoxia Pediatrica.)** "Am. Jour. of Dis. of Children", **68**: 358 (novembre) 1944.

Par pseudodoxie, l'auteur entend la persistance en médecine de théories et de pratiques, alors même que la fausseté de ces théories et de ces pratiques est patente, ou a été démontrée.

Parmi les routines erronées qui n'ont été abandonnées que très récemment, et pas dans tous les milieux encore, l'auteur énumère: l'écouvillonnage de la bouche de l'enfant après les boires, l'usage courant de gouttes huileuses dans le nez, l'prélèvement vigoureux de l'enduit sébacé, l'intervention chirurgicale précoce dans l'empyème et dans l'ostéomyélite, l'imposition à l'enfant de formules de lait inflexibles.

C'est également une fausse idée qui a persisté durant plusieurs années que l'amygdalectomie systématique, faite en série, peut toujours être de quelque profit, à n'importe quel enfant.

Une enquête conduite dans la ville de New-York, il y a dix ans, par l'*American Child Health Association,* démontra que, dans les écoles, plus de 60% des enfants âgés de moins de onze ans avaient été opérés pour amygdales. L'étude du groupe des non-opérés révéla un fait significatif: sur 1,000 enfants possédant encore leurs amygdales, l'amygdalectomie avait été conseillée, par un ou plusieurs médecins, à 935 d'entre eux.

La paracentèse du tympan, d'après Bakwin, est de même pratiquée trop librement en pédiatrie. Il fut possible de réduire considérablement la fréquence des écoulements d'oreilles au *Bellevue Hospital,* chez les enfants de moins d'un an, en limitant les examens otoscopiques, et en basant les indications de la paracentèse sur des critériums bien nets. Le recours à la mastoïdectomie fut de ce fait proportionnellement moins fréquent.

Nous n'avons aucune preuve nous permettant d'affirmer que l'accouchement à l'hôpital comporte dans tous les cas un avantage réel pour la mère ou pour l'enfant.

On ne peut démontrer aucune relation entre l'augmentation de la proportion des accouchements faits à l'hôpital, et la mortalité et la morbidité, soit chez la mère, soit chez l'enfant. Très frappants sont les résultats obtenus par le *Frontier Nursing Service* dans le Kentucky, où plus de 97% des accouchements sont faits à domicile par des sages-femmes. Le taux de mortalité maternelle, pour les 4,000 premiers accouchements, fut moins d'un septième de celui de toute la population blanche des États-Unis.

Il est impossible, dans nos hôpitaux actuels, de prendre soin du nouveau-né d'une façon adéquate. La séparation de la mère et de son bébé, dès après la naissance de ce dernier, va contre la physiologie, et constitue une mesure unique dans le monde des mammifères. La routine d'hôpital, parce que trop rigide, rend l'allaitement au sein difficile. D'autre part, les infections du nouveau-né n'y sont pas rares, et sont responsables d'une mortalité infantile considérable.

Les enfants plus âgés souffrent également à l'hôpital d'un isolement généralement considéré nécessaire pour limiter la contagion. Les enfants ont besoin, pour guérir, du stimulus venant du contact avec d'autres êtres humains.

L'usage routinier de suppléments vitaminiques en pédiatrie est souvent sans fondement, d'après l'auteur. L'alimentation a été dotée d'une morale, alors que l'alimentation devrait être un plaisir. On a oublié que l'alimentation est une partie intégrante de la culture du foyer et de la famille.

D'autres pratiques erronées sont: le traitement inutile de la courbure physiologique des tibias, l'habitude de recourir trop prématurément à l'orthodontie, le diagnostic et le traitement du rachitisme sans preuves suffisantes, l'usage de sucres dispendieux dans l'alimentation du nourrisson lorsque ce n'est pas nécessaire, l'emploi de la vitamine D durant les mois d'été.

Une erreur de première importance concernant la formation du jeune médecin, c'est qu'on ne lui enseigne pas à adapter ses connaissances de laboratoire à la pratique journalière de sa future clientèle. A peine installé, il constate rapidement qu'il lui est impossible d'obtenir les analyses ou les examens de laboratoire qu'il juge indispensables, et conséquemment il s'imagine faire un travail de second ordre, sans beaucoup de valeur. Il se développe peu à peu chez lui un sentiment d'incapacité qui nuit au sentiment de satisfaction qu'il est en droit d'attendre de l'accomplissement de son ouvrage.

Bakwin déplore finalement qu'on ne fasse pas plus d'efforts pour faire réaliser à l'étudiant tout ce que signifient la maladie et la mortalité pour les différents membres d'une famille.

Norbert VEZINA.

## OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Chevalier JACKSON et C. L. JACKSON. — **Traumatisme du larynx.** "Archives of Otolaryngology", **38**: 413 (nov.) 1943.

En face d'une blessure du cou, il faut toujours chercher un traumatisme possible du larynx.

L'obstruction de la lumière laryngée pouvant produire de l'asphyxie s'opère soit par le délabrement tissulaire, soit par un hématome ou un emphysème sous-muqueux. L'emphysème peut devenir sous-cutané ou médiastinal; parfois, le sang hémorragique pénètre dans la trachée.

Les auteurs partagent en trois classes les lésions du larynx:

1) le cartilage et le périchondre ne sont pas touchés;

2) les lésions suppuratives du cartilage et du périchondre se terminent par la sténose cicatricielle du larynx qui peut aller jusqu'à l'atrésie complète;

3) une plaie ouverte pharyngo-œsophagienne associée à celle du larynx.

D'ordinaire, une fracture occupe la partie médiane ou paramédiane du cartilage thyroïde et évolue vers la sténose cicatricielle. Le traumatisme atteint quelquefois le récurrent pour produire la paralysie des abducteurs des cordes vocales; elle est parfois due à une luxation ou à une ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. Les brûlures par agents chimiques ne sont pas rares.

*Symptômes cardinaux.* Hémoptysie, toux, hématémèse, nausées, dys ou aphonie, dyspnée, respiration stridoreuse ou asthmatiforme, gargouillement hypopharyngien, pâleur cendrée. L'examen externe se caractérise par l'œdème, des ecchymoses ou un hématome, de l'emphysème sous-cutané et de la douleur. Le palper digital, le miroir laryngé, l'examen radiologique, aident à préciser le diagnostic. La rétraction surtout inspiratoire des espaces sus-sternaux intercostaux et épigastriques est pathognomonique d'obstruction laryngée.

Les auteurs distinguent les plaies du larynx des traumatismes vocaux par abus de la voix ou par akinésie psychique; dans ce dernier cas, la toux est sonore.

La pneumonie par obstruction bronchique (sécrétions) et l'emphysème cervical ou médiastinal constituent les deux principales complications.

*Traitement.* En plus des mesures d'urgence contre le choc, la perte de sang, il est de primordiale importance de combattre l'asphyxie, l'hémorragie, la sténose laryngée et de maintenir la perméabilité des voies aériennes et digestives supérieures. S'il y a suppuration, favoriser le drainage, rechercher un corps étranger, employer une bouillie bismuthée à la place du baryum pour dépister une fistulisation.

La trachéotomie basse est indiquée dans presque tout traumatisme du larynx; elle permet la broncho-aspiration et l'insufflation d'oxygène combiné à 7% de $CO^2$. Le débridement et la fermeture précoces de la plaie avec la mise en place d'un moule de caoutchouc contribuent à diminuer la gravité du pronostic. L'emploi des sulfamides trouve ici son indication idéale.

S'il existe une fracture ou une fragmentation des cartilages laryngés ou bien une luxation crico-aryténoïdienne ou encore une sténose soit œdémateuse, soit cicatricielle, l'usage du moule de caoutchouc et le passage progressif d'un diamètre à l'autre plus grand représentent le traitement de choix.

En présence d'une plaie laryngée s'étendant au pharynx ou à l'œsophage, deux mesures s'imposent: l'installation d'une sonde naso-œsophagienne, l'application d'une diète adéquate ajoutée à une quantité suffisante de liquides. Les auteurs ont rarement trouvé la nécessité de pratiquer la suture des fragments cartilagineux.

*Pronostic.* L'avenir de la voix et le degré de perméabilité de la lumière pharyngienne dépendent de l'application précoce du traitement ou de sa réalisation patiente si le malade est amené tardivement.

V LATRAVERSE.

## DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

S. GILL. — **Alopécie circonscrite due à une déficience en vitamine A. (Alopecia circumscripta due to vitamin A deficiency.)** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **51**: 110 (février) 1945.

L'auteur rapporte la guérison d'un cas d'alopécie circonscrite au moyen de la vitamine A.

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui présente sur le sommet de la tête une plaque d'alopécie mesurant 3 cm. par 4 cm. Cette plaque alopécique est irrégulière, ses bords sont mal limités et elle est recouverte de squames adhérentes qui

t traversées par des cheveux de différentes gueurs.

L'examen microscopique des cheveux et des ames ne révèle ni filaments ni spores.

ur la peau peuvent se voir les lésions suivites: des papules hyperkératosiques planes à face, des papules folliculaires acuminées (spinosiques) à différents endroits sur le corps, des as hyperkératosiques folliculaires et périfolliaires sur les seins, des squames, des régions digmentées et d'autres d'aspect sale à la face. peau de la région mammaire est décolorée. tout le corps, on remarque que la peau est he et rude.

es conjonctives ne présentent aucune lésion a vision est normale. La malade se plaint de blesse, fatigue, douleurs abdominales et inappence. Elle se nourrit presque exclusivement de légumes, mouton, pain et café noir.

a malade est soumise à un régime riche en amine A et on lui fait prendre par la bouche gouttes par jour d'une préparation contenant ,000 U.I. de cette vitamine par gramme. Après jours de ce traitement, on constate que l'état néral est très amélioré, les lésions de la face t disparues et il ne reste plus que quelques ces de desquamation à la région mammaire.

eules les élévations folliculaires acuminées du et de quelques autres endroits sur le corps ne t pas entièrement effacées.

a plaque d'alopécie est nette et recouverte de veux ayant 1 cm. de longueur environ.

'alopécie temporaire causée par une déficience vitamine A est probablement due à l'atrophie bulbes pileux et à la production de papules nées dans les follicules pilo-sébacés.

Henri SMITH.

lson Paul ANDERSON. — **Erythème multiorme. (Erythema multiforme.)** "American Archives of Dermatology and Syphilology", **51**: 0 (janvier) 1945.

'auteur rapporte 10 observations d'érythème ltiforme ou polymorphe et attire l'attention la relation étiologique qu'il peut y avoir entre te dermatose et l'herpès simplex.

a cause véritable de l'érythème polymorphe st pas connue. On constate qu'il a une tendance rquée à récidiver le printemps et l'automne, 'il survient souvent chez des individus porteurs d'un foyer local d'infection, qu'il accompagne dans de nombreux cas une maladie infectieuse, etc. Forman et Whitwell, cependant, ont été les premiers, il y a dix ans, à remarquer l'association fréquente de l'érythème polymorphe et de l'herpès simplex.

Ces auteurs résument ainsi les ressemblances cliniques de ces deux affections: toutes deux ont tendance à récidiver surtout le printemps et l'automne; toutes deux peuvent être déclenchées par des infections, des injections de sérum ou de vaccin, par certains aliments chez des personnes sensibilisées, par les menstruations et la lumière solaire.

Partant du fait que 80% des cas d'herpès simplex sont guéris par des vaccinations répétées (vaccination jennérienne), Anderson a traité tous les cas d'érythème multiforme qu'il a observés en ces dernières années par cette méthode. Dans de nombreux cas, les vaccinations répétées trois ou quatre fois à deux semaines d'intervalle ont réussi à prévenir les récidives.

L'auteur est d'avis que tous les cas d'érythème multiforme, qu'ils soient précédés ou non d'herpès simplex, devraient être traités de cette façon. Dans les dix cas qu'il rapporte, il a pu relever une histoire antérieure d'herpès simplex.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pouvons dire que, dans de nombreux cas, l'herpès simplex a quelque relation avec l'érythème polymorphe. La nature exacte de cette relation, toutefois, n'est pas encore connue.

Henri SMITH.

R. A. NELSON et Leroy DUNCAN. — **La pénicilline dans le traitement de la syphilis récente résistante à l'arsenic et au bismuth. (Penicillin in the treatment of Early Syphilis resistant to Arsenic and Bismuth.)** "American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases", **29**: 1 (janvier) 1945.

Les auteurs ont traité au moyen de la pénicilline 6 cas de syphilis récente cliniquement résistante à l'arsenic et au bismuth. Ils rapportent les observations détaillées de chacun de ces malades.

Dans tous les cas, les malades présentaient des syphilides psoriasiformes apparues au cours du traitement arséno-bismuthique. Dans 3 cas, les lésions cutanées s'accompagnaient de plaques muqueuses génitales.

Dans 5 cas, l'examen ultra-microscopique a révélé la présence de tréponèmes pâles dans les lésions cutanées ou muqueuses.

Dans le but de déterminer la dose de pénicilline nécessaire mais suffisante dans le traitement de la syphilis récente, 2 malades reçurent chacun 60,000 U.I. du médicament, tandis qu'un autre en recevait 710,000 unités, un autre 1,200,000 unités et les 2 derniers 2,000,000 U.I. chacun. Ces doses, même les plus fortes, furent bien tolérées, et 2 malades seulement présentèrent une réaction d'Herxheimer.

Le tréponème disparut des lésions cutanées et muqueuses chez tous les malades de 10 à 26 heures après le début du traitement et les réactions sérologiques se négativèrent dans 3 cas.

Chez un des deux malades à qui on n'avait administré que 60,000 unités de pénicilline, on a dû faire une deuxième série d'injections, cette fois-ci totalisant 1,200,000 unités. Dans tous les autres cas la disparition des lésions cutanéo-muqueuses fut obtenue rapidement avec une seule série d'injections.

Les auteurs recommandent, dans les cas de syphilis récente résistante au traitement habituel par l'arsenic et le bismuth, de donner 2,400,000 U.I. de pénicilline.

Des photographies des lésions cutanées présentées par trois malades accompagnent le texte.

Les diverses particularités du traitement et les courbes sérologiques sont résumées pour chacun des malades en autant de tableaux synoptiques. Un autre tableau condense les résultats du traitement par la pénicilline pour les six malades.

La pénicilline semble bien devoir remplacer la pyrétothérapie dans le traitement des syphilis récentes résistantes à l'arsenic et au bismuth. Elle est sans danger, agit rapidement, et ses résultats paraissent constants.

Henri SMITH.

## LABORATOIRE

P. B. BEESON, E. BRANNON et J. V. WARREN.— **Observations sur les lieux d'élimination des bactéries présentes dans le sang de patients souffrant d'endocardite bactérienne. (Observations on the sites of removal of bacteria from the blood in patients with bacterial endocarditis.)** "Jour. Exp. Med.", **81**: 9 (janv.) 1945.

Le nombre de bactéries présentes dans le sang périphérique de patients souffrant d'endocardite bactérienne est presque toujours restreint bien que les microorganismes semblent avoir un libr accès au sang circulant. Ceci implique qu'il exist un mécanisme en perpétuelle activité pour libér le sang des bactéries. Quel est ce mécanisme Pour les uns il est constitué par le pouvoir bacté ricide du sang; pour d'autres, ce mécanisme es représenté par certains organes du corps qui or la propriété d'arrêter les bactéries. Si cette der nière hypothèse est vraie, le sang veineux qui sor de ces organes doit être plus pauvre en bactérie que le sang qui y pénètre. Si, au contraire, l destruction des bactéries est due au pouvoir bac téricide du sang, il ne doit y avoir que peu d différence dans le nombre des bactéries à quelqu endroit du corps que ce soit.

Pour étudier ce problème encore mal conn les auteurs ont choisi 6 patients souffrant d'en docardite bactérienne chez lesquels ils ont multi plié les hémocultures en procédant de la manièr suivante. Deux personnes ont prélevé au mêm moment, chez un même patient, l'une le sang d l'artère fémorale, l'autre le sang de la veine cave de la veine hépatique, de la veine rénale, d l'oreillette droite ou de la veine céphalique. L nombre de prélèvements pour chaque patient varié, mais s'est élevé à 48 dans certains cas soit 24 prélèvements de sang artériel et 24 pré lèvements de sang veineux. Le sang rendu incoa gulable par addition de citrate de soude a ét ensemencé par quantité de 1 cc. dans des boîte de pétri contenant de la gélose préalablemen fondue. Après 48-72 heures de séjour à l'étuve on a compté le nombre de colonies qui se son développées.

Comme il fallait s'y attendre, le nombre d colonies a été plus grand avec le sang artérie qu'avec le sang veineux. Même si un certain nombre de bactéries sont éliminées pendant un tour complet de la circulation du sang, comme le démontre la culture du sang provenant de l'oreillette droite, perte de 33 à 50%, le taux des bactéries du sang artériel reste sensiblement constant d'un moment à l'autre par suite d'un nouvel apport de bactéries libérées par les végétations.

Ce qui frappe davantage, c'est le petit nombre de colonies fournies par la circulation du sang de la veine hépatique, diminution allant jusqu'à 95% dans certains cas. Même si le sang qui passe par le foie a déjà traversé la rate, l'intestin ou

estomac, on peut conclure que le foie, dont la circulation est alimentée par l'artère hépatique dans la proportion de 25%, peut arrêter un certain nombre de bactéries.

Le sang prélevé au niveau de la veine céphalique a donné un nombre de colonies beaucoup plus élevé que celui fourni par la veine fémorale peu inférieur à celui observé avec le sang artériel.

Les auteurs expliquent cette différence marquée entre les deux sangs veineux par le caractère des tissus que ces vaisseaux drainent, le sang de la veine céphalique provenant de la peau et des tissus superficiels, le sang de la veine fémorale provenant des tissus profonds des muscles de la moelle qui peuvent éliminer les bactéries de la circulation.

Le sang de la veine rénale a fourni un nombre de colonies légèrement inférieur à celui fourni par le sang artériel, ce qui laisse supposer une action peu marquée des reins dans le processus d'élimination des bactéries.

Il semble donc, en définitive, que la plus grande diminution dans le nombre des colonies a été constatée avec le sang de la veine hépatique, puisque chez 3 des 6 patients observés, ce nombre s'est abaissé de 95%.

Il semble également que le sang artériel contient toujours un taux de bactéries à peu près constant, ce taux étant maintenu par la libération de nouvelles bactéries au niveau des végétations.

A. BERTRAND.

---

**A NOTER:** L'analyse dont le titre était « Eruption varicelliforme de Kaposi » (Kaposi's varicelliform eruption), parue à la page 346 de *L'Union Médicale du Canada,* mars 1945, avait été rédigée par le docteur Henri Smith.

---

# SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

**Séance du 2 février 1945**

A la Clinique Roy-Rousseau

### Torticolis spasmodique
### Un cas soumis à l'électro-choc

Sylvio CARON et Charles A. MARTIN

On présente une jeune fille atteinte de torticolis spasmodique avec troubles neurologiques extra-pyramidaux associés et anomalies mentales.

On fait la critique des interprétations fonctionnaliste et organiciste en faveur de celle-ci et l'évaluation des procédés thérapeutiques.

Seule l'électroplexie a réussi à modifier partiellement le torticolis.

### Néoplasies cérébrales métastatiques sans modification du liquide céphalo-rachidien — Epilepsie

L. LA RUE et L. PATRY

Observation d'une malade porteuse de nombreuses tumeurs cérébrales métastatiques, chez qui il n'y a eu aucun signe neurologique de localisation, ni aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

Les constatations faites à l'autopsie sont venues confirmer les travaux faits sur cette question, tendant tous à démontrer que les tumeurs cérébrales de cet ordre ont une symptomatologie particulière et que souvent elles évoluent sous le masque d'une cachexie inexpliquée.

### Empoisonnements mortels par le salicylate de méthyle

Gustave DESROCHERS

L'auteur rapporte deux cas d'empoisonnement mortel par le salicylate de méthyle, avec autopsie.

La substance toxique fut ingérée sous forme d'une essence, dite « thé des bois », mélangée d'une liqueur douce. La mort se produisit après trente-six heures environ.

L'autopsie révéla principalement des lésions congestives de tous les viscères, un œdème pulmonaire intense, des ecchymoses sous-péri-cardiaques et de la dégénérescence graisseuse du foie et des reins. L'analyse toxicologique montra la présence de salicylate de méthyle en abondance dans le sang et les viscères.

### Service Social Psychiatrique

J.-Chs MILLER (La Jemmerais)

Le Service Social Psychiatrique constitue un auxiliaire à la prévention, au diagnostic et au traitement des malades mentaux; il facilite les mises en congé et consolide des résultats obtenus. Auprès des infirmes mentaux, des prédisposés, des épileptiques, etc., on en tire également de grands avantages. Sous l'impulsion de l'Ecole du Service Social de Laval, un projet de réorganisation de nos facilités cliniques déjà existantes est à l'étude, afin de mieux utiliser un personnel déjà préparé et d'étendre ces services à toutes les institutions psychiatriques du district de Québec, ainsi qu'aux différents milieux susceptibles de profiter du dépistage et de la sélection psychologique.

### Ataxie frontale

Sylvio CARON et Chs-A. MARTIN

A l'occasion d'une intervention neuro-chirurgicale faite par le docteur Jean Sirois pour un gliome cérébral localisé au pôle antéro-inférieur du lobe frontal gauche, ces deux médecins ont signalé que l'ataxie frontale se différenciait très bien de l'ataxie tabétique, cérébelleuse, labyrinthique, et de celle des scléroses médullaires. C'est une ataxie tronculaire et non segmentaire qui ne s'accompagne pas des signes de la série cérébelleuse: asynergie, dyssimétrie, adiadococinésie, passivité et réflexes pendulaires. C'est une ataxie qui ne se rencontre pas dans toutes les tumeurs frontales et qui n'a jamais été signalée dans d'autres affections que les affections tumorales. La pathogénie en est inconnue.

*
* *

## Séance du 16 février 1945

### A l'hôpital du Saint-Sacrement

### Pemphigus épidémique du nouveau-né

Marcel LANGLOIS et Roland THIBAUDEAU

Présentée sous diverses appellations, cette affection est suffisamment répandue dans les agglomérations d'enfants pour causer des ennuis et très rarement des complications graves.

D'après cette étude, le pemphigus épidémique serait dû à la fragilité particulière des téguments sur lesquels le traumatisme paraît être lié à l'emploi varié des techniques de nettoyage chez le nouveau-né.

Les résultats personnels obtenus et ceux de Fischer, de Philadelphie (*Archives of Pediatrics*, juillet 1944), autorisent pleinement cette manière de voir et doivent inciter à orienter toute thérapeutique prophylactique ou curative en ce sens.

### Calculose de la glande sous-maxillaire

Olivier FRENETTE

L'expérience a démontré que la stase salivaire seule est incapable de produire la lithiase des voies salivaires, de même que l'existence de corps étrangers ne suffit pas pour expliquer la formation des calculs. Il faut admettre que l'infection joue le rôle catalyseur dans toute lithiase organique et que cette infection siège dans le voisinage du canal. Le même processus s'observe aussi bien à la bouche qu'aux autres régions.

Plusieurs auteurs attribuent la fréquence de la calculose sous-maxillaire à la mucine contenue dans la sécrétion de cette glande, substance qui favoriserait le dépôt des sels de chaux sur des bactéries. La parotide ne produit pas de mucine et la calculose de son canal est, dès lors, exceptionnelle.

Le patient A. C. est hospitalisé à l'hôpital du Saint-Sacrement, à Québec, le 15 janvier 1945, pour une tumeur de la région sous-maxillaire

roite. Il reçoit chaque jour, pendant quatre urs, 1,000 c.c. de sérum mixte additionné d'une npoule de Soluseptazine. Hygiène buccale et mpresses humides.

Le calcul est extrait le quatrième jour par une cision parallèle au canal de Wharton. Le calcul les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Trois oints de catgut ferment les lèvres de la plaie. Le alade quitte l'hôpital le troisième jour. Il est vu au bout d'une semaine et est considéré mme guéri.

### Polysynovite suppurée à bacilles de Koch

Renaud LEMIEUX et Guy DROUIN

Les auteurs présentent l'observation d'une emme, âgée de 54 ans, qui depuis le mois de ovembre 1943 est atteinte par un processus uberculeux qui a atteint plusieurs gaines tendi- euses (aux mains, à l'épaule droite, aux coudes, u poignet droit, et aux genoux) et quelques ourses séreuses. Aucun signe de tuberculose illeurs.

L'examen histologique d'un fragment enlevé au niveau d'une gaine tendineuse de la main droite a permis de constater une lésion tuberculeuse, et 'examen bactériologique d'un produit de ponction au niveau d'une des gaines distendues au poignet gauche et à la jambe droite a permis de retrouver du bacille de Koch.

Les observations de processus tuberculeux ayant une électivité pour le système séreux sont rares dans la littérature médicale.

## RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

**Séance du 14 décembre 1944**

Présidence de M. J.-A. Magnan

### Cas pour diagnostic

Raymond SIMARD et Roland SIMARD

Madame L. D. est admise dans le service de gynécologie, le 20 octobre dernier, pour des métrorragies qui durent depuis six jours.

*Début*: le 12 octobre 1944, après une période d'aménorrhée de deux mois environ, la patiente accuse des pertes rosées qui s'accentuent et deviennent franchement sanglantes sans autre caractère particulier.

*Examen subjectif.*

S. nerveux: insomnie; S. respiratoire: rien à noter; S. circulatoire: dyspnée d'effort; S. digestif: nil; S. génito-urinaire: pollakiurie, nycturie.

*Antécédents.*

*a*) Personnels: rougeole, pneumonie à 8 ans; *b*) héréditaires: père décédé à 54 ans de ?; mère décédée à 56 ans: néo du foie; frères et sœurs en bonne santé.

*Questionnaire gynécologique.* Puberté à 13 ans, mariage à 20 ans, cycle menstruel de 28 jours, dernières règles du 7 au 15 août 1944. 6 grossesses: 3 à terme, 3 avortements.

*Examen objectif.*

Apparence: bonne; yeux, nez, gorge, oreilles: rien à noter; cœur: tachycardie, bruits normaux, pas de souffle, P.A. 128/75; poumons: rien à noter; abdomen: on palpe le fond utérin à 5 travers de doigt, au-dessus du pubis..

*Examen gynécologique* (anesthésie au pentothal).

Vulve, vagin: léger écoulement sanguinolent; col: de multipare, régulier, très mou, non dilaté; présence d'un gros bouchon glaireux muco-purulent; corps: le fond remonte presque jusqu'à l'ombilic, régulier, uniformément développé, du volume d'un gros melon; le segment inférieur est ramolli; culs-de-sac: tout à fait dépressibles, souples et libres.

*Diagnostic provisoire. a*) Grossesse utérine simple avec décollement placentaire; *b*) grossesse gémellaire.

*Laboratoire.*

Hémogramme:

| | 21-10-44 | 28-10-44 | 31-10-44 |
|---|---|---|---|
| Globules rouges | 3,350,000 | 2,150,000 | 1,700,000 |
| Globules blancs | 11,625 | 18,750 | 11,250 |
| Hémoglobine | 52% | 50% | 47% |
| Val. globulaire | 0.8 | 1x | 1x |
| Poly. neutro. | 75% | 92% | 83% |
| Grands. mono. | 2% | 3% | 2% |
| Lymphocytes | 22% | 5% | 14% |
| Poly. éosino. | 1% | 0% | 0% |

(Dr A. Bertrand.)

*Examen chimique du sang.*

21-10-44: urée 0 gr. 26, glucose 1 gr. 00;
1-11-44: urée 0 gr. 89, glucose 1 gr. 50.

*B. W.*: négatif.

*Taux de sédimentation* de 0 à 35 mm. en 30 minutes.

*Analyse des urines*: troubles, traces d'albumine, cellules épithéliales. Dosage moyen des 24 heures: 850 c.c. (21-10-44) Dr A. Bertrand.

*Réaction d'Ascheim-Zondek*: positive (31-10-44) Dr A. Bertrand.

*Radiographie simple de l'abdomen.*

Il y a présence, dans la cavité abdominale, d'une masse d'origine apparemment utérine refoulant le grêle et les côlons, et dont la projection est située en hauteur jusqu'à la 3e lombaire. Il n'existe cependant aucun signe indirect de présence de fœtus (il est vrai que de tels signes n'apparaissent qu'à l'âge fœtal d'environ 4½ mois). (24-10-44) Dr Ph. Bélisle.

*Evolution de la maladie.*

Le 26 octobre, la malade accuse une recrudescence de sa douleur iliaque droite, avec augmentation de l'écoulement sanglant. L'examen génital, pratiqué à ce moment, révéla une dilatation punctiforme du col ne permettant même pas l'introduction de la pulpe de l'index. La menace d'avortement se précise davantage après cet examen. Le lendemain, la patiente se plaint d'une douleur très aiguë toujours située dans la fosse iliaque droite, à tel point que l'examen est des plus pénibles pour la malade. On constate alors une masse, du volume d'un gros œuf de poule, située dans la fosse iliaque droite. Cette masse est rénitente et réveille une douleur exquise comme celle que l'on observe dans les extra-utérines. La ponction du cul-de-sac postéro-latéral droit ramène environ 15 c.c. d'un liquide séro-hémorragique. En présence de ce résultat, nous orientons le diagnostic vers une torsion de l'annexe correspondante avec épanchement sanglant du petit bassin.

Le 28, la douleur augmente en intensité au point que la palpation même de l'abdomen est impossible à faire.

A noter que l'hémogramme, pratiqué la journée même, a sensiblement varié dans sa formule rouge comparativement au premier en date du 21 octobre.

Les journées du 29 et 30 n'apportent aucune modification en ce qui concerne les phénomènes douloureux. L'écoulement sanglant, à ces dates, est très peu abondant.

Le 31, la douleur devient franchement paroxystique, et l'hémogramme nous montre une chute notable de la formule rouge. Croyant alors qu'il s'agit d'un épanchement sanglant de la grand cavité, que par ailleurs la ponction du Dougla nous avait révélé antérieurement, nous décidon d'intervenir par laparotomie.

*L. M. S. O.*

A l'ouverture de l'abdomen, on constate u utérus volumineux, régulier, mollasse, remontan jusqu'à l'ombilic et ayant tout à fait l'aspect d'u utérus gravide normal. La palpation de l'organ ne nous donne pas, par ailleurs, la présence d présentation fœtale. On ne palpe pas non plus d noyau fibromyomateux. La trompe droite est considérablement augmentée de volume, turgescente l'ovaire présente un gros kyste folliculaire.

A gauche, l'annexe a une apparence à peu près normale, sauf au niveau de l'ovaire; on note une polykystose considérable.

Annexectomie droite à cause du suintement hémorragique à ce niveau. En ce qui concerne l'utérus, nous nous abstenons de toute manœuvre. A noter que dans l'excavation pelvienne nous n'avons trouvé que quelques cc. de sang. Bref, apparence de grossesse utérine double et présomption de grossesse môlaire.

Le 1er novembre, à 11 heures p. m., hémorragie très abondante par les voies génitales externes et présence de gros caillots. Le toucher nous permet de constater un col effacé avec une dilatation de la taille d'une pièce de cinquante sous. L'exploration utérine digitale ramène des caillots en abondance et quelques débris dans lesquels nous identifions des vésicules (grains de tapioca). A ce moment, nous pouvons poser un diagnostic certain de grossesse môlaire. Nous tentons un curage qui s'avère impossible à cause de la profondeur de la cavité utérine. Tamponnement intra-utérin, mèche de 5 verges; tamponnement vaginal, mèche de 5 verges; transfusion sanguine 500 cc.

Dans la nuit du lendemain, nouvelle hémorragie considérable. L'examen nous révéla alors une dilatation complète du col. A l'aide d'une pince à faux germe, on retire une quantité énorme de vésicules et de caillots. Nous réussissons incomplètement à curer la malade, mais suffisamment pour bloquer l'hémorragie. Nouveau tamponnement vagino-utérin, suivi d'une transfusion sanguine.

A noter que le dosage des urines, pour les 24 heures, n'a été que de 15 c.c. avec une urée sanguine à 0 gr. 89. Nous demandons alors au service d'urologie, par requête, de voir cette ma-

ade. Le docteur Paul Bourgeois pratiqua, la ournée même, un cathétérisme des uretères avec ise en place de sonde à demeure. Il rédigea son apport comme suit:

« Hydronéphrose bilatérale probable; rétention yélique. »

Le lendemain, 2 novembre, le dosage était de 00 c.c. pour la journée; le 3, de 455 c.c.

Le 4 novembre, la malade décédait.

*Commentaires.*

Nous sommes donc en présence d'une malade aménorrhéique depuis 2 mois, se présentant à l'hôpital pour un léger écoulement sanglant et une douleur vague dans la fosse iliaque droite. Le volume de l'utérus, par ailleurs, ne cadrait pas avec l'âge de la présumée grossesse.

A. Quels étaient les diagnostics différentiels auxquels on pouvait penser en l'occurrence?

S'agissait-il: 1° d'un fibromyome avec grossesse simple?

2° d'une grossesse gémellaire avec décollement partiel du placenta?

3° d'une torsion de l'ovaire droit consécutive à une grossesse utérine?

4° d'une grossesse môlaire?

5° d'une tumeur annexielle volumineuse plaquée contre un utérus gravide? (Ce dernier diagnostic avait été éliminé d'emblée par les examens physiques et par la laparotomie.)

B. L'évolution de la lésion rénale, sous forme de rétention pyélique et d'hydronéphrose bilatérale, est-elle antérieure au syndrome utérin ou consécutive à ce dernier?

**Discussion.**

M. Léon GERIN-LAJOIE dit qu'on ne pense pas souvent à la môle parce qu'on n'en voit pas souvent, et le diagnostic se fait rarement à moins de voir des vésicules dans les pertes; il croit que le diagnostic aurait été très difficile à faire si un évidement ne nous avait affirmé une polykystose ovarienne; même pour les éliminer, il fallait faire une laparotomie. L'erreur de diagnostic ayant fait croire à une grossesse extra-utérine s'explique peut-être par une contraction irrégulière de l'utérus, erreur favorisée par la chute des globules rouges malgré le peu de pertes. Il ajoute qu'il est troublant que la malade soit morte et que l'anurie doit avoir été un grand facteur; il demande l'opinion des urologues.

M. Georges HEBERT demande l'explication de la polynucléose.

M. J.-Arthur MAGNAN voudrait savoir si l'augmentation de l'annexe droite avait été constatée durant le séjour à l'hôpital.

M. Yves CHAPUT s'informe si le Zondek est positif dans la môle comme dans la grossesse ordinaire.

M. Raymond SIMARD répond: 1° l'annexe droite avait été constatée d'emblée comme augmentée de volume; c'est pour cela qu'on avait ponctionné; 2° la polynucléose s'explique par une néphrite aiguë bilatérale; 3° le Zondek est une réaction qualitative, c'est-à-dire qu'il révèle s'il y a ou non, dans le liquide injecté, une substance lutéinisante. La réaction est positive quand il y a du placenta, que ce soit de môle, de grossesse ordinaire, ou une rétention placentaire fraîche. Pour faire le diagnostic, il faudrait une réaction quantitative en unités qui serait la quantité de sérum nécessaire pour produire un kyste folliculaire hémorragipare chez une lapine de 2 kilos.

M. Albert BERTRAND dit qu'il pourrait avoir des résultats estimés quantitativement par les méthodes de dilution de l'urine injectée.

M. Paul BOURGEOIS dit qu'on avait pu penser à une rétention dans les bassinets, car avec les sondes urétérales on avait augmenté un peu l'excrétion; nous ne savons pas s'il y avait dilatation des voies urinaires; il y a évidemment possibilité de néphrite aiguë anesthésique.

## Le test de Crampton et le risque opératoire

Jean-Charles DOUCET

Le test de Crampton évalue rapidement le tonus vasculaire en comparant la pression systolique d'un malade en position couchée, puis mesurée après que le malade est resté debout deux minutes. Toute hypotension marquée est un mauvais signe; si la pression reste stationnaire ou si elle augmente, c'est un signe favorable.

De plus, une accélération du pouls, après deux minutes de station debout, est un symptôme d'autant plus inquiétant qu'elle est plus intense. Si, au contraire, l'augmentation est légère ou nulle, le malade supportera bien l'opération et l'anesthésie.

En pratique, de préférence la veille de l'opération, nous enregistrons la pression systolique et nous comptons le nombre de pulsations, le ma-

lade étant au lit; puis nous faisons les mêmes constatations après que le malade a été debout durant deux minutes. Alors, nous calculons la différence, en plus ou en moins, entre les deux valeurs de pression systolique et les deux numérations du pouls. Il ne reste qu'à consulter le tableau ci-joint pour obtenir l'index de Crampton. Voici deux exemples:

1) Une jeune fille de 23 ans qui doit être opérée pour appendicite subaiguë: P.S. en position couchée, 11 cms. P.S., en position verticale, 12 cms ou 120 mms; elle augmente donc de 1 cm. ou de 10 mms. Pulsations, en position couchée: 84; pulsations, en position verticale: 96; le pouls augmente donc de 12 pulsations. En nous reportant au tableau, nous trouvons un Crampton de 90; il est excellent.

2) Un homme de 63 ans, porteur d'un néo du rectum, présente: P.S., en position couchée, 18 cms ou 180 mms. P.S., en position verticale, 15 cms ou 150 mms; donc diminution marquée de 3 cms ou 30 mms. Pouls, en position couchée: 84; en position verticale: 108; augmentation de 24 pulsations. Le Crampton, dans ce dernier cas, est de — 25 et il est franchement mauvais.

D'une façon générale, ce test s'exprime par un index élevé chez les individus jeunes et dont l'état général est bon; il est plus bas chez les malades plus âgés atteints d'une maladie grave: gangrène diabétique, néoplasme, myocardite, etc.

Loin de nous la pensée d'évaluer le risque opératoire simplement par des chiffres. Nous connaissons trop la valeur indiscutable du bilan préopératoire et de la préparation du malade, l'importance de l'âge du patient, de ses tares organiques, du genre et de la durée de l'intervention, de l'anesthésique employé, pour nous fier uniquement à un tableau; ce serait vraiment trop facile. Toutefois, nous sommes convaincus que cet examen simple, ajouté à d'autres, peut parfois nous donner de précieux renseignements sur le degré de résistance du malade. Voici un cas assez démonstratif qui a motivé nos recherches sur ce sujet:

R. C..., 30 ans, bilan préopératoire: bon. Cœur, poumons: nil. P.A.: 110/70. Pouls: 84. Le matin de l'intervention: saphènectomie bilatérale, le chirurgien fait lever le malade pour fixer les points de repère; après quelques minutes, le malade est fatigué, il pâlit et transpire, son pouls est rapide: 112. Nous prenons sa pression, elle est 80/50: donc, diminution de 3 cms ou 30 mms de la pression systolique et accélération du pouls de 28: index de Crampton — 30. L'opération, qui n'est pas urgente, est remise à plus tard.

Le malade reçoit: coramine 15 gouttes 3 fois par jour, durant 6 jours, sérum physiologique et glucosé 1000 cc. I.V,. durant 3 jours; il est opéré 6 jours plus tard, avec un Crampton à 70. La pression systolique n'est pas modifiée, en position debout: 180/80, et le nombre de pulsations augmentant légèrement de 8 (80 à 88). Anesthésie: pentothal I.V. 25 cc. 5%, soit: 1 gramme 25; durée de l'intervention: 1 heure 40 minutes. T.A., durant l'intervention: 108/80 — 105/80 — 100/75 — 100/75. Pouls: 84 — 96 — 84 — 96 — 108. Le malade quitte l'hôpital 5 jours plus tard en bonne voie de guérison.

Depuis, nous avons fait l'épreuve chez 80 malades qui ont été opérés et qui ne présentaient cliniquement aucune lésion cardiaque importante:

50 fois l'index était supérieur à 75, donc excellent.

18 fois il était compris entre 75 et 65, donc bon.

12 fois il était inférieur à 65, donc médiocre ou mauvais.

Dans ce dernier groupe, 3 malades ont fait un choc qu'une médication précoce et énergique a facilement enrayé.

Il est évident que le test de Crampton s'applique peu ou pas aux opérations d'urgence absolue comme une perforation d'ulcère d'estomac, une hernie étranglée, une grossesse rupturée avec inondation péritonéale, une péritonite appendiculaire ou une rupture utérine. Dans tous les cas où la vie du malade est conditionnée par l'intervention chirurgicale, quel que soit le risque opératoire, le chirurgien et le médecin-anesthésiste doivent l'assumer.

Au reste, il est plausible de penser, dès maintenant, que de nouveaux tests cliniques, physiologiques et chimiques nous permettront, de plus en plus, d'apprécier le degré de résistance de l'individu à l'intervention.

Nous croyons que le test de Crampton peut nous fournir de précieuses indications sur la valeur du système circulatoire et du myocarde en particulier; il nous permet d'étudier, avec soin, le mode d'anesthésie qui convient le mieux au malade lorsque l'opération doit être entreprise.

*Index de Crampton modifié par J. Jacquot*

*Modifications de la pression systolique (en cms de mercure)*

| | *Augmentation* | | | | *Pas de* | *Diminution* | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 cms | 3 cms | 2 cms | 1 cm | *modifi-cation* | 1 cm | 2 cms | 3 cms | 4 cms |
| -12 | 190 | 165 | 140 | 115 | 90 | 65 | 40 | 15 | —10 |
| -8 | 185 | 160 | 135 | 110 | 85 | 60 | 35 | 10 | —15 |
| -4 | 180 | 155 | 130 | 105 | 80 | 55 | 30 | 5 | —20 |
| -4 | 175 | 150 | 125 | 100 | 75 | 50 | 25 | 0 | —25 |
| -8 | 170 | 145 | 120 | 95 | 70 | 45 | 20 | —5 | —30 |
| -12 | 165 | 140 | 115 | 90 | 65 | 40 | 15 | —10 | —35 |
| -16 | 160 | 135 | 110 | 85 | 60 | 35 | 10 | —15 | —40 |
| -20 | 155 | 130 | 105 | 80 | 55 | 30 | 5 | —20 | —45 |
| -24 | 150 | 125 | 100 | 75 | 50 | 25 | 0 | —25 | —50 |
| -28 | 145 | 120 | 95 | 70 | 45 | 20 | —5 | —30 | —55 |
| -32 | 140 | 115 | 90 | 65 | 40 | 15 | —10 | —35 | —60 |
| -36 | 135 | 110 | 85 | 60 | 35 | 10 | —15 | —40 | —65 |
| -40 | 130 | 105 | 80 | 55 | 30 | 5 | —20 | —45 | —70 |
| -44 | 125 | 100 | 75 | 50 | 25 | 0 | —25 | —50 | —75 |
| -48 | 120 | 95 | 70 | 45 | 20 | —5 | —30 | —55 | —80 |
| -52 | 115 | 90 | 65 | 40 | 15 | —10 | —35 | —60 | —85 |
| -56 | 110 | 85 | 60 | 35 | 10 | —15 | —40 | —65 | —90 |
| -60 | 105 | 80 | 55 | 30 | 5 | —20 | —45 | —70 | —95 |
| -64 | 100 | 75 | 50 | 25 | 0 | —25 | —50 | —75 | —100 |
| -68 | 95 | 70 | 45 | 20 | —5 | —30 | —55 | —80 | —105 |
| -72 | 90 | 65 | 40 | 15 | —10 | —35 | —60 | —85 | —110 |

1° Index supérieur à 75 = excellent.

2° Entre 75 et 65 = bon.

3° Inférieur à 65 = médiocre ou mauvais.

**Discussion.**

M. Léopold MORISSETTE demande si les malades du docteur Doucet avaient été divisés en patients alités et ambulatoires: le repos prolongé au lit pouvant modifier, même dans un sens défavorable, les réponses neuro-circulatoires au changement de position.

M. Léon GERIN-LAJOIE suggère qu'il vaut mieux faire les tests quelques jours avant l'opération plutôt que la veille.

M. Georges HEBERT s'informe sur quoi sont basés les chiffres.

M. Roger DUFRESNE croit que le repos vaut mieux que la coramine et le sérum; il suggère que la coramine par la bouche n'a qu'une valeur très douteuse comme stimulant circulatoire, ce en quoi il est appuyé par MM. les docteurs Y. Chaput, G. Hébert et L. Morissette.

M. Jean-Charles DOUCET admet qu'un repos prolongé peut donner des modifications significatives et qu'en effet il vaut mieux faire les tests quelques jours avant l'opération. Il dit que les chiffres ont été adoptés par Crampton après étude mathématique et statistique d'un grand nombre de cas.

## Exclusion d'une paternité douteuse par le facteur "Rh"

Albert BERTRAND

*A paru comme article original dans le numéro de mars de* L'Union Médicale du Canada, p. 315.

**Discussion.**

M. Albert BERTRAND explique au tableau la théorie des exclusions de paternité grâce aux facteurs sanguins, y compris le facteur RH.

## Technique de l'anesthésie par la réfrigération

J.-Urgel GARIEPY et René GRIGNON

La technique est essentiellement la même pour tous les cas, tant au point de vue chirurgical que thérapeutique. Il s'agit de réfrigérer un membre après l'avoir, ou non, privé de sa circulation et de l'amputer au besoin sans autre mode d'anesthésie. Il y a donc deux facteurs importants: l'agent réfrigérant et l'arrêt de la circulation. L'agent réfrigérant peut être de l'eau froide, des sacs de glace, de la glace concassée ou bien le réfrigérateur. Les deux premiers n'ont pas satisfait complètement les vues des expérimentateurs, les deux derniers ont donné de meilleurs résultats; l'appareil est plus propre, plus facile à appliquer et maintient exactement la température désirée, mais il a le désavantage de permettre au technicien d'oublier son patient. A l'hôpital Notre-Dame, nous utilisions, au début, la glace concassée; actuellement, nous nous servons du réfrigérateur.

Avec ces moyens, nous maintenons les tissus entre 32° et 34° F., température permettant une amputation sans douleur. Les tissus sont ainsi mis au repos, les métabolismes cellulaires suspendus; il y a abolition de l'impulsion nerveuse, arrêt de l'irritabilité protoplasmique, la cellule ne répond plus aux stimuli.

L'arrêt de toute circulation artérielle permet d'engourdir le membre de part et d'autre plus facilement, élimine toute résorption d'histotoxine à la partie distale du tourniquet, donne un champ

opératoire exsangue et empêche l'hypothermie généralisée: c'est la section physiologique du membre, le complément du froid. Ici surgit la vieille querelle des garrots prévue et réglée par Allen, le pionnier du procédé. Après ses nombreuses expériences chez les animaux et chez l'homme, il en déduisit que l'application d'un lien bien élastique, d'une largeur d'environ 1.5 centimètre pour le membre inférieur, avec une tension nécessaire pour arrêter toute circulation artérielle, complétée par la réfrigération, ne nuit en rien aux tissus et ceci, chez l'homme, jusqu'à une période de six heures. Ses travaux furent confirmés par des examens histopathologiques.

Les sujets soumis à ce genre d'anesthésie sont en général souffrants, nerveux et inquiets, car il nous faut déplacer leurs membres. Pour faciliter l'opération, environ 30 minutes avant les manipulations, nous leur donnons un sédatif barbiturique, opiacé ou simplement de l'alcool. Le patient calmé, le lien est mis en place.

Nous pouvons y arriver de deux manières: soit en ensevelissant d'emblée le membre dans la glace, soit en entourant le point d'élection, sur une largeur d'un pied, d'une couche de glace concassée maintenue en place par une serviette ou une alèze de coton. Cette manœuvre dure environ 30 minutes, après quoi le tourniquet est appliqué à double tour, dont un par-dessus l'autre et maintenu en place par une pince. Avant la mise en place, nous vidons, s'il y a lieu, le membre de son sang en le soulevant du plan du lit durant une minute. Le garrot en position, le siège est soulevé d'environ 3 ou 4 pouces au moyen d'un coussinet simple ou pneumatique et nous procédons à la réfrigération proprement dite.

Nous plaçons sous le membre une toile caoutchoutée contenant une alèze de coton; le membre est soulevé et une couche de glace est disposée de façon à faire lit. L'alèze de coton est fermée de manière à former un sac circulaire autour du membre, lequel sac est alors rempli de glace. La toile de caoutchouc est refermée sur le tout en laissant l'extrémité inférieure ouverte pour permettre à l'eau de fonte de s'écouler dans un récipient. Dans le même but, nous donnons au lit un plan incliné; au bout de 2 ou 3 heures, selon le volume des tissus, l'anesthésie est complète. Le sujet est alors transporté à la salle d'opération. Avec le réfrigérateur, la technique est la même, mais le patient est maintenu à sec. D'une part, nous évitons les complications dues au froid; d'autre part, nous ménageons le travail des gardes-malades et la lingerie.

Quant à la réfrigération thérapeutique, le lien n'est utilisé qu'en vue de l'amputation.

La salle d'opération ne doit pas être surchauffée, le sérum employé ainsi que les instruments utilisés doivent être froids, la lampe ne doit être allumée qu'au moment opératoire. Lorsque tout est prêt, le patient est transporté sur la table, l'agent réfrigérant enlevé, le champ opératoire préparé comme d'habitude, la lampe est allumée et l'on procède.

A la section, la peau est blanche, les muscles sont rouges, les aponévroses nacrées, les vaisseaux ouverts. Les gros troncs sont ligaturés, puis le lien est levé. L'hémostase complétée, le moignon est fermé plus ou moins complètement selon le cas, après y avoir laissé des cristaux de sulfanilamide. Le pansement doit être mince et court: mince, afin de permettre l'application de 3 ou 4 sacs de glace que nous enlevons à raison d'un par 24 heures, court, afin de faciliter l'attache d'une traction sur le moignon.

De cette manière, l'anesthésie est parfaite. Les échecs viennent soit de l'application du lien, en général trop peu serré, soit de la disposition de la glace. Avec un peu d'entraînement, ce procédé est simple, facile à appliquer, évite le choc et donne un champ exsangue. Il favorise la conservation des tissus peu nourris, fait disparaître l'œdème et la mauvaise odeur, réduit la fréquence des thromboses et des embolies, permet au diabétique de suivre son régime, évite les calmants, abaisse le taux de mortalité opératoire de façon probante. Ainsi, à l'hôpital Notre-Dame, en 1941, sur un total de 44 amputés, en 1942, sur un total de 15, en 1943, sur un total de 23 cas, nous avions respectivement 30%, 27%, 43% de mortalité. En 1944, sur 30 cas, nous n'avons pas eu de décès dû au choc opératoire. Chez ces derniers, la majorité avaient un état général qui contre-indiquait tout mode d'anesthésie générale. Allen, du *N. Y. City Hospital*, en arriva à 15% et note bien que ses mortalités étaient dues à des maladies concomitantes; Mock et Mock, de Chicago, abaissèrent le leur à 11%; Segerberg, Ludwig, de Denver, Colorado, de 46% en 1938-39, de 20% en 1940-41, à 0% en 1942; Francis Massie, de Lexington, dans deux de ses hôpitaux, diminua le sien de 75% à 28.5%.

Le seul désavantage du procédé est un léger retard de guérison de la plaie opératoire; aussi il ne faut jamais enlever les points avant le 12e ou 14e jour postopératoire.

Jusqu'à maintenant, nous avons étudié le point de vue chirurgical; d'ici quelques mois, nous nous

cuperons du point de vue thérapeutique et nous us présenterons les résultats plus tard.

**Discussion.**

M. Urgel GARIEPY propose l'emploi de la rrigération pour les maladies médicales géné- res: Hodgkin, arthrites, fièvres ondulantes, sy- philis, etc.

M. Roma AMYOT cite des travaux prouvant ce la chaleur peut être nuisible et suggère qu'au int de vue local l'organisme égalise ses besoins à la possibilité d'apport de matériel par réduc- n du métabolisme en tel ou tel endroit; au int de vue général, la chose devient plus com- quée, mais la méthode a été appliquée avec rtains résultats encourageants au traitement cancer.

M. J.-Albert ROULEAU offre au docteur J.-U. Griépy la collaboration du service de médecine ur tenter la réfrigération dans des cas mé- caux.

M. Léopold MORISSETTE met en doute la leur de la réfrigération généralisée dans les fections, puisque la température du corps ne ut certes pas être descendue plus bas que celle ne pièce ordinaire où un grand nombre de crobes attendent patiemment un hôte pour le ndre malade.

M. René GRIGNON rapporte quelques cas où réfrigération a eu des avantages signalés.

### Méningite à pneumocoque guérie par la pénicilline

Roma AMYOT

*A paru comme article original dans* L'Union édicale du Canada *de janvier, p.* 21.

**Discussion.**

M. Georges HEBERT souligne le rapport qu'il pu y avoir avec la diminution de pénicilline et ggravation de la maladie; il répète que la ramine par la bouche n'a aucune valeur.

M. Roger DUFRESNE croit qu'il ne faut pas sser la pénicilline dès le lendemain du début anc de l'amélioration clinique et, malgré que ns ce cas-ci tout se soit bien passé, il serait udent d'en croire les auteurs et de continuer usieurs jours après la chute de la température.

M. Yves CHAPUT est d'avis aussi que la ramine par la bouche ne donne rien, et il ajoute ue malheureusement il s'en emploie de grandes antités même à l'hôpital; il dit qu'elle n'est pas stimulant cardiaque, mais respiratoire, et mme stimulant respiratoire sa valeur, par la bouche, reste peu certaine; il demande s'il y a eu hémoculture. Il félicite le docteur R. Amyot de publier le premier cas de pénicilline; il mentionne que les autres cas traités précédemment n'ont pas été publiés faute d'hémoculture positive. Il demande au docteur A. Bertrand s'il y a du nouveau à ce sujet.

M. Léonard ROUSSEL rapporte qu'un interne a bu plusieurs centigrammes cubes de coramine sans aucune modification du rythme respiratoire ou cardiaque ni de la pression artérielle; il n'y eut même pas de sensation subjective particulière en rapport avec la prise du médicament.

M. Jean-Louis LEGER demande si le Solu-Dagenan diffuse dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Albert BERTRAND dit qu'il a essayé un nouveau milieu de culture au tryptophane qui a l'air de promettre des résultats un peu meilleurs qu'auparavant; il ajoute que l'emploi si fréquent des sulfamidés est responsable pour le grand nombre d'hémocultures négatives des dernières années.

M. Roma AMYOT répond au docteur *J.-L. Léger* que le Solu-Dagenan diffuse dans le liquide céphalo-rachidien dans la proportion de 75% de la concentration sanguine; il dit qu'il n'y a pas eu d'hémoculture parce que l'on savait à quel microbe on avait affaire et que les résultats de ces épreuves ont été tellement inconstants; il croit que l'aggravation clinique avait été due non pas à une diminution de pénicilline, mais à un blocage de l'espace sous-arachnoïdien nuisant au drainage; il ajoute qu'il a cessé rapidement la pénicilline parce qu'elle est encore rationnée. Il admet avoir été sous l'impression que la Coramine par la bouche avait de la valeur et regrette que ceux qui avaient eu de l'expérience à ce point de vue n'en aient pas fait part publiquement plus tôt.

Le secrétaire adjoint du Bureau Médical,
Léopold MORISSETTE.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE MONTRÉAL

**Séance du 23 mars 1945**

### Augmentation de la teneur en acide ascorbique des tissus du rat blanc adapté au froid

par L.-P. DUGAL et Mercedès THERRIEN

### Recherches sur la spécificité de l'entraînement physique

par L. BROUHA

# NÉCROLOGIE

## LE PROFESSEUR JOSEPH CAOUETTE, F.R.C.S. (C.)

Après quelques semaines d'hospitalisation, M. le docteur Joseph Caouette, professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de l'Université Laval, est décédé dans sa soixantième année d'âge. Durant plus de trente ans, le docteur Caouette a exercé l'obstétrique et la gynécologie avec un rare talent qui laissera à ses patients le souvenir d'un homme de grande délicatesse et à ses élèves celui d'un professeur averti et bon.

Né en juillet 1885, il fit ses études classiques au Séminaire de Québec, B.A., 1907, et ses études médicales à l'Université Laval, M.D., 1911. Après deux années d'études spécialisées à Paris, en obstétrique et en gynécologie, sous la direction des maîtres Jean-Louis Faure et A. Brindeau, il revint à Québec où il exerça son art toute sa vie, tant en clientèle privée qu'à l'Hôtel-Dieu où il devint assistant de feu le professeur Siméon Grondin.

En 1923, l'Université Laval le nommait professeur agrégé à la Faculté de médecine puis, en 1929, professeur titulaire de clinique gynécologique et chargé du cours d'obstétrique. Durant vingt ans, il dirigea le Service de gynécologie à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Il était membre de la Société médicale des Hôpitaux universitaires dont il avait été président en 1942; membre de l'Association médicale du Canada; membre de la Société française de chirurgie de Paris; associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (F.R.C.S. (C).

Pierre IOBIN.

## J.-ALEXANDRE SAINT-PIERRE

Le docteur J.-Alexandre Saint-Pierre est mort le 13 février 1945, dans sa soixante et onzième année.

Retiré de la pratique active depuis près de quinze ans, il n'était donc connu que des plus de quarante ans.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, après avoir fait son internat à l'hôpital Notre-Dame, il fut professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, chargé du cours d'histologie d'abord, puis du cours de pathologie chirurgicale. Les intérêts professionnels ne le laissèrent pas indifférent et il fut gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec; il fut aussi président de la Société Médicale de Montréal.

Il s'intéressa vivement à l'enseignement chez les gardes-malades et on lui doit un manuel d'anatomie, qui est encore en honneur dans un grand nombre des écoles d'infirmières de la province.

Le docteur Saint-Pierre laissera le souvenir d'un honnête homme, d'un grand chrétien et d'un apôtre social.

*L'Union Médicale du Canada*, qui, de 1913 à 1921, a publié plusieurs articles du docteur Saint-Pierre, offre à Madame Saint-Pierre l'expression de la vive sympathie de ses directeurs et collaborateurs.

Edouard DESJARDINS.

## LE DOCTEUR CHARLES-ARTHUR DÉSORCY

Le docteur C.-A. Désorcy vient de mourir à l'âge de 65 ans. Le défunt avait fait ses études médicales à l'Université Laval de Montréal. Il avait exercé d'abord à Saint-Octave-de-Métis, puis à Sault-Sainte-Marie.

# GYNEXYL



LAURIN

Complexe Végétal

—

Régulateur du Système Circulatoire

—

Sédatif Utéro-Ovarien

PHYTOTHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

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

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

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

*Fabricants et Concessionaires*

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

# NOUVELLES

## XVIIIe CONGRÈS DE L'A.M.L.F.A.N.

*Les 3, 4, 5 et 6 septembre 1945, à Québec.*

Le XVIIIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord aura lieu à Québec au début de septembre prochain. On se rappelle que la rencontre Churchill-Roosevelt, en septembre 1944, nous avait contraints de différer nos assises.

Le président du Congrès, M. le professeur Charles Vézina, doyen de la Faculté de médecine, nous apprend que tout le programme scientifique qui avait été élaboré l'an dernier sera intégralement repris et présenté.

La médecine préventive et sociale, qui avait la place d'honneur, réunira les congressistes en séances plénières. Les trois sujets suivants y seront traités: l'examen médical périodique, la nutrition aux différents âges et le problème de l'habitation.

Le matin, les séances d'études comprendront onze spécialités: médecine, chirurgie, hygiène, phtisiologie, anesthésie, radiologie, pédiatrie, orthopédie, médecine militaire, ophtalmologie et urologie. Ainsi, le programme couvrira tout le champ de la médecine et permettra à chacun d'y trouver un intérêt scientifique personnel.

*Comité du Congrès*

Président: M. le Dr Charles Vézina, F.R.C.S. (C);
Secrétaire: M. le Dr Jean-Baptiste Jobin, F.R.C.P. (C);
Trésorier: M. le Dr Charles-Auguste Gauthier, M.D.

Pierre JOBIN.

## LE PROFESSEUR RENE CRUCHET A MONTREAL

Nous avons eu le plaisir et le privilège de recevoir, à Montréal, le professeur René Cruchet, de Bordeaux, qui est venu, grâce à l'invitation de l'Institut Franco-Canadien, donner des cours à l'Université de Montréal.

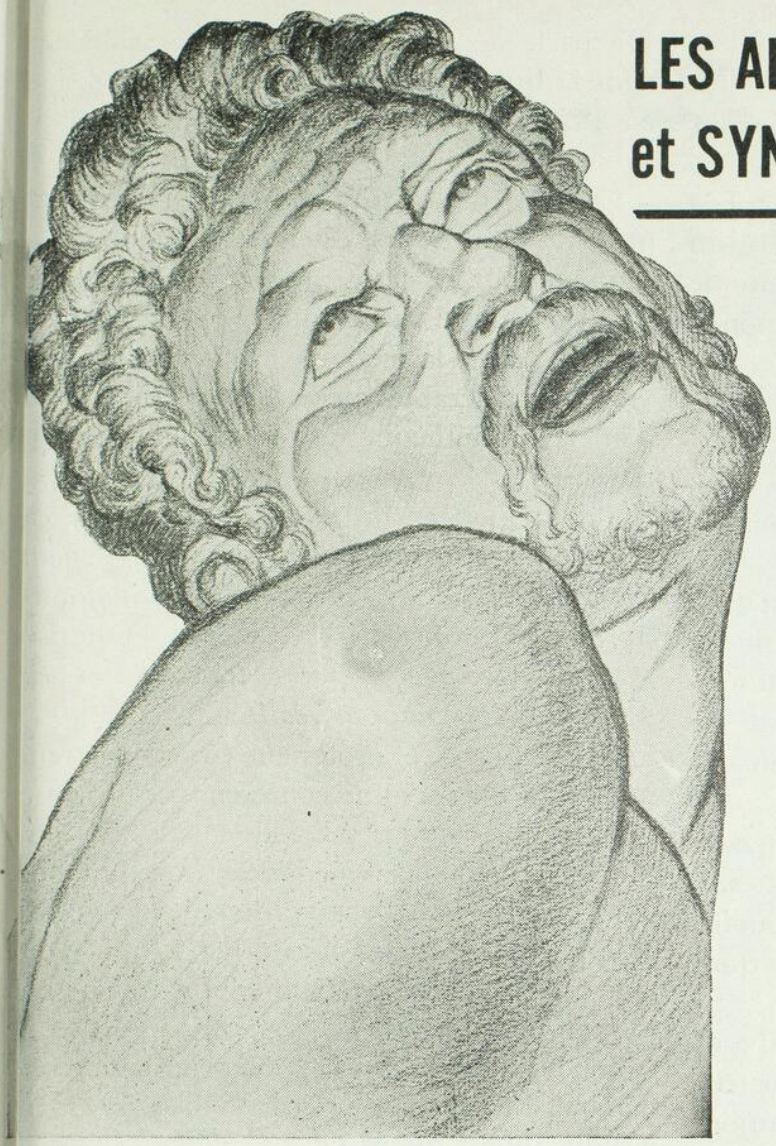
En voici le programme:

1. le 16 mars, à 4 h.: La croissance psychique de l'enfant, de la naissance à la puberté et l'adolescence (1ère partie).
2. le 17 mars, à 11 h.: La croissance psychique de l'enfant, de la naissance à la puberté et l'adolescence (2e partie).
3. le 19 mars, à 4 h.: La psychologie de l'enfant et ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales.
4. le 20 mars, à 4 h.: La psychanalyse et la psychothérapie dans l'enfance.
5. le 21 mars, à 4 h.: Rôle de la psychanalyse dans les mauvaises habitudes chez l'enfant.
6. le 22 mars, à 4 h.: L'enfance délinquante.
7. le 24 mars, à 11 h.: Qu'est-ce que l'hystérie ?

*Ces conférences ont eu lieu à l'Université de Montréal, dans la salle H' 4.*

8. le 22 mars, à 11 h., à l'Hôpital Ste-Justine: De la curabilité de la méningite tuberculeuse.
9. le 23 mars, à 5 h., à l'Université de Montréal, invité de *La Société Médicale de Montréal*: La méthode en médecine.
10. le 26 mars, à 11 h., à l'hôpital Notre-Dame: Les rythmies du sommeil.
11. le 27 mars, à 11 h., à l'Hôtel-Dieu: Considérations sur la thérapeutique par la phylaxie.

Nous avons assisté à l'une de ces leçons, et il nous fait plaisir de rendre hommage à notre éminent collègue pour la maîtrise avec laquelle il a traité le sujet de sa deuxième conférence, la seule à laquelle nous ayons pu assister. Nous savons, par des témoignages nombreux, que toutes les autres ont été très sui-



# LES ALGIES RHUMATISMALES et SYNDROMES DOULOUREUX

**Complexe médicamenteux de Polysalicylates, Soufres, Calcium, Thyroïde et Parathyroïde, en capsules glutinisées, ne se dissolvant que dans l'intestin.**

## PUISSANT MODIFICATEUR DU TERRAIN RHUMATISMAL

●

**POSOLOGIE.** — Pour obtenir les meilleurs résultats, prescrire: **12 Capsules par jour** pendant 4 jours, afin d'obtenir l'effet de saturation et la cessation des douleurs. Continuer ensuite à raison de 6 ou 8 capsules par jour **aussi longtemps que nécessaire.** Ne jamais dépasser 2 capsules toutes les heures ou toutes les 2 heures.

**PRÉSENTATION:** En flacons de 100 Capsules.

# SULFOSALYL

*Échantillon sur demande.*

ANGLO-FRENCH DRUG COMPAGNIE

**209 Est, rue Sainte-Catherine, Montréal.**

vies et très brillamment exposées. Nous l'en félicitons.

Voici quelques renseignements succincts sur sa carrière.

Le docteur René Cruchet, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, élève du professeur Pitres, lui-même collaborateur de Charcot, est surtout connu dans le monde médical pour ses travaux en neurologie.

Il porte à son actif la découverte de l'encéphalite épidémique, appelée partout « maladie de Cruchet », et la première description du « mal des aviateurs », dont le nom est resté dans la science médicale.

Son *Traité des Torticolis spasmodiques* est classique, ainsi que ses ouvrages sur les tics. Il a étudié particulièrement les troubles du sommeil et a fait connaître ce qu'il a appelé les « rythmies du sommeil », curieuse anomalie, inconnue jusqu'à lui.

Il a montré l'intérêt de la « phylaxie », comme méthode de préservation des maladies. Il a également repris dans une série de mémoires du plus haut intérêt la question de la « transfusion du sang de l'animal à l'homme ».

Ses nouvelles idées sur l'hystérie, qu'il a été un des premiers à défendre contre la doctrine de la Salpêtrière, il y a 40 ans, sont aujourd'hui confirmées par les recherches les plus récentes. Appelé à la clinique des maladies des enfants, il a complètement rénové la neurologie infantile, s'est notamment attaché à l'enfance délinquante et anormale, à ses perversions, au freudisme, etc. Il a été l'initiateur et le directeur de la « Pratique des maladies des enfants », important traité en neuf forts volumes, chez Baillière et Fils, à Paris.

Fin lettré, il a été président de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts, de Bordeaux. Chargé de multiples missions à l'étranger, surtout en Angleterre, aux Etats-Unis et au Canada, il a fait une série de conférences, en français ou en anglais, sur les questions scientifiques qui lui sont personnelles. Appelé en 1938 comme « Visiting Professor » à l'Université d'Etat de la Louisiane, il y a parlé de « la médecine et des médecins dans la littérature française », leçons publiées en 1939 par la « Louisiana State University Press ».

Ce médecin distingué, dont l'esprit est ouvert à toutes les disciplines générales, a soutenu tout récemment, en mars 1942 dernier avec grand succès, une thèse de doctorat ès lettres sur « la méthode en médecine », ouvrage considérable qui a pris place à Paris dans la bibliothèque de philosophie contemporaine.

On lui doit encore diverses œuvres de caractère historique: *Les Universités allemandes au XXe siècle; La conquête pacifique du Maroc,* couronnée par l'Académie Française; *Au Canada, vieille terre française* et *En Louisiane, légendes et réalités.*

De Montréal, le professeur Cruchet se rend à Québec où il donne conférences et leçons.

Nous analyserons prochainement son livre sur « La méthode en médecine », où il montre que la méthode d'observation des anciens a donné des résultats merveilleux qui n'ont guère été dépassés par le moderne, même nos contemporains.

Le professeur Cruchet s'exprime avec une facilité et une finesse remarquables. Il est un érudit autant qu'un savant maître.

LeSAGE.

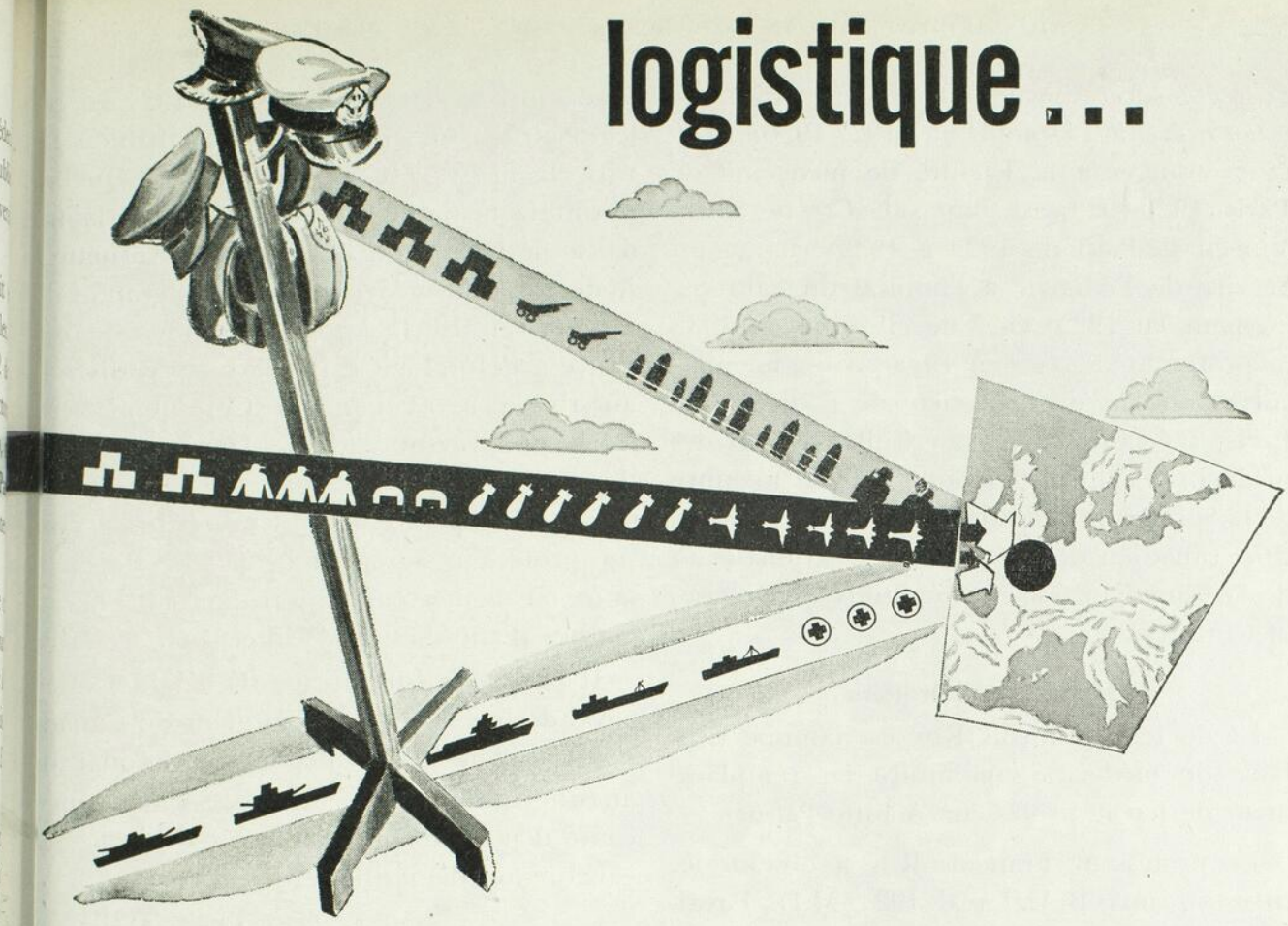
## NOMINATIONS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (Québec)

### Pédiatrie

M. le docteur Marcel Langlois devient titulaire du cours théorique de pédiatrie tandis que le professeur Donat Lapointe, qui était titulaire du cours théorique et de la clinique pédiatrique, ne conserve que le titulariat de l'enseignement clinique à l'hôpital de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul.

Le professeur Langlois a obtenu le baccalauréat ès arts en 1922 et le doctorat en médecine en 1927, de l'Université Laval.

# logistique...



La logistique, science qui consiste "à envoyer le nombre exact d'hommes à l'endroit exact avec l'équipement exact et à l'heure exacte" a été perfectionnée au cours de cette guerre à un degré sans précédent. • Concurremment, et soutenant notre effort de guerre, le bon jugement naturel des Canadiens leur a dicté la manière exacte de dépenser au moment exact. • Au lieu d'acheter davantage de douceurs pour eux-mêmes et leurs familles, la majorité des Canadiens mettent leurs ressources en commun . . . avec intérêt . . . pour acheter un plus grand nombre des armes qui aideront à assurer la victoire. Pour le 8ème Emprunt de la Victoire, ils ont réglé leurs achats de façon à asséner le coup de grâce à l'ennemi. • Une obligation de $50, $100 ou $500 de plus, achetée maintenant, représente une dépense exacte au moment exact.




**WILLIAM R. WARNER & CO. LTD., 727 KING ST. W., TORONTO 1, CANADA**

FONDÉE EN 1856

Il a été successivement chef de travaux de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, 1927-1928; assistant étranger à la Faculté de médecine de Paris, 1928-1929; assistant à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul de 1929 à 1933; chargé du Service de Pédiatrie à l'hôpital du Saint-Sacrement en 1929; chef de clinique en 1933 et professeur agrégé en 1938. Il est membre correspondant de la Société de pédiatrie de Paris; spécialiste agréé au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; membre de la Société de pédiatrie de Québec, de l'Institut canadien des Affaires internationales et de la Canadian Society for Study of Diseases of Children.

### Médecine opératoire

Le docteur François Roy est nommé titulaire de médecine opératoire en remplacement de feu le professeur Achille Paquet.

Le professeur François Roy a obtenu les titres suivants: B.A., Laval, 1924; M.D., Laval, 1929; licencié du Board of Registration in Medicine of the Common-Wealth of Massachusetts, 1931; assistant à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Québec, 1932; bibliothécaire de la Faculté de médecine, 1932-1935; professeur agrégé, 1938; chargé du cours de médecine opératoire, 1943. Il fit des études spéciales de chirurgie en France, de 1935 à 1936, puis aux Etats-Unis, de 1936 à 1937. Il est membre de la Canadian Medical Association et spécialiste en chirurgie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

### Création d'une chaire d'anesthésie

*Le docteur Fernando Hudon, chargé de cours*

Considérant l'importance prépondérante que prend l'anesthésie dans l'exercice de la médecine moderne, particulièrement en chirurgie, l'Université Laval vient de créer, en décembre dernier, une chaire d'anesthésie. Mgr le recteur a nommé M. le docteur Fernando Hudon chargé du cours d'anesthésie. Originaire de l'Islet, le docteur Hudon a obtenu son baccalauréat ès arts en 1927 au collège Sainte-Anne-de-la-Pocatière (affilié à Laval). Il fit ses études médicales à Québec, obtint la médaille d'or de l'internat, la médaille de bronze du lieutenant-gouverneur et le doctorat en médecine avec très grande distinction en 1932. Après une année de résidence à l'Hôtel-Dieu, il alla se spécialiser en anesthésie à l'Université Columbia, New-York, puis revint à l'Hôtel-Dieu en 1934 et, depuis ce temps, il se consacre entièrement à l'anesthésie. En 1940, l'Université l'a nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine, en même temps qu'il devenait chef du Service d'anesthésie à l'Hôtel-Dieu.

Il est spécialiste en anesthésie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; vice-président du Collège international des anesthésistes, membre de la Société américaine d'anesthésie, et directeur de la Société canadienne d'anesthésie.

Pierre JOBIN.

## COMITÉ PROVINCIAL DE LA DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

A la réunion annuelle du Comité, le docteur Roland Desmeules, surintendant médical de l'hôpital Laval, a été élu président en remplacement du docteur J.-A. Vidal.

A la vice-présidence, on élut le docteur Adélard Groulx, directeur du Service de Santé de Montréal.

Les autres membres du comité, tous réélus, sont MM. les docteurs J.-A. Vidal, J.-A. Couillard, J.-A. Jarry, Jean Grégoire, G.-G. Wherrett, A.-R. Foley, Hervé Beaudoin, Gérard Michaud, Hugh E. Burke, D. MacDonald, Lasalle Laberge, Fernand Hébert.

Au cours de cette réunion, le docteur Vidal et le docteur G. Grégoire présentèrent un rapport par lequel ils insistèrent surtout sur l'urgence d'augmenter le nombre de lits dans les hôpitaux pour tuberculeux. La province de Québec aurait besoin actuellement de 7,500 à 8,000 lits pour le traitement de la

# La pellicule sanguine révèle ce qu'il faut faire pour les patients anémiques

Quand les globules rouges sont petits et les globules blancs d'une grosseur anormale, le Ferrochlor E.B.S. apporte vite une amélioration. Ordinairement, les médications à base de fer présentent deux difficultés. Premièrement, le fer ferreux précipite les protéines, ce qui dérange la digestion. Deuxièmement, beaucoup de sels habituellement employés, comme le carbonate ferreux, réagissent de telle façon qu'ils utilisent l'acide hydrochlorique de l'estomac — une chose grave dans les cas d'achlorhydrie qui accompagnent si fréquemment l'anémie.

● Dans le **FERROCHLOR E.B.S.**, l'emploi de chlorure ferreux surmonte ces deux difficultés. Etant un sel ferreux, il ne précipite pas les protéines; étant un chlorure, il ne peut pas se mélanger avec l'acide hydrochlorique de l'estomac. L'addition de Vitamine $B_1$ améliore la tonicité musculaire du patient, et fait qu'il se sent mieux — ce qui est important pour le succès du traitement.

Les chimistes E.B.S. ont, de plus, attaqué avec succès le problème qui consiste à empêcher une solution aqueuse de chlorure ferreux de s'oxyder et de prendre une forme ferrique. Des échantillons datant de plus de quatre ans n'indiquent toujours aucune trace d'ions ferriques.

Le Ferrochlor E.B.S. est indiqué dans les cas d'anémie hypochromique microcytique. L'on croit aussi de plus en plus qu'il devrait être administré couramment pendant la dernière période de la grossesse afin de s'assurer que les bébés naissent avec une réserve suffisante de fer et prévenir l'abaissement de l'hémoglobine qui se produit si souvent pendant la première année de l'enfance.




## LE FERROCHLOR E.B.S. AVEC VITAMINE $B^1$

THE E.B. SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LIMITED

ogan Ave. - TORONTO 6, - Ontario

maison E.B.S., fondée en 1879, est une maison entièrement canadienne.

**Se vend sous forme liquide ou en comprimés**

Liquide: Contient 16 grains de chlorure ferreux et 2,000 unités Internationales de Vitamine $B_1$ par once liquide.

En bouteilles d'une livre, de 80 onces et d'un gallon.

Comprimés: Chaque comprimé représente 2½ grains de chlorure ferreux combinés avec 200 unités Internationales de Vitamine $B_1$.

En flacons de 100, 500 et 1,000 comprimés.

Le **FERROCHLOR** liquide ou en comprimés, sans Vitamine $B_1$, se vend aussi dans le même genre de bouteilles et de flacons que ci-dessus.

**SPÉCIFIEZ E.B.S. SUR VOS ORDONNANCES**

tuberculose. Le comité recommande, en plus, dans son rapport, la gratuité de l'hospitalisation, l'assistance aux familles dont le chef doit être traité, le classement des malades selon leur degré de curabilité et la nomination d'un directeur provincial dirigeant l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans toute la province. Enfin, le comité insiste sur l'importance du dépistage précoce de la tuberculose et sur l'organisation efficiente des moyens propres à opérer ce dépistage.

## LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

### Session 1945 — 8e séance

Hôp. de la Miséricorde, 1051, rue St-Hubert

Le dimanche, 8 avril 1945, à 9 h. 30 du matin

« DIMANCHE DU PRATICIEN »

*Travaux scientifiques*: « Présentation de malades. »

a) *Décalcification de la grossesse*: M. Léon Journet.
b) *Syphilis et grossesse*: M. Jacques Gagnon.
c) *Coxalgie et grossesse*: M. Emile Hébert.
d) *Lithiase rénale et grossesse*: M. Robert Cailloux.
e) *Varices et grossesse*: M. Hector Ricard.
f) *Cystite purulente gravidique*: M. Gérard Léonard.
g) *Cardiopathie et grossesse*: M. Jean-B. Lebel.
h) *Rupture de la symphyse pubienne à l'accouchement*: MM. Alcidas Ricard, A. Dansereau.
i) *Sécrétions vaginales avant et après accouchement*: M. Jean Champeau.
j) *Bassin rétréci*: MM. Hector Sanche, Gérard Bélanger.

### Symposium sur l'alcoolisme chronique à la Société Médicale de Montréal

Mardi soir, le 24 avril prochain, à 8 h. 30, les membres de la Société Médicale de Montréal se réuniront à l'amphithéâtre du Jardin Botanique, sous la présidence du docteur Paul Letondal, pour étudier le problème de l'alcoolisme chronique.

Le point de vue biologique sera traité par le docteur Jean-Marie Roussel, médecin légiste; le point de vue clinique par le docteur Roma Amyot (de l'hôpital Notre-Dame); le point de vue social par le R. P. Paul Racine, s.j. (de la revue *Relations*).

Tous les médecins sont cordialement invités à assister à ce symposium, qui fait suite à la résolution adoptée le 4 mars dernier par la Société Médicale, pour intensifier la lutte contre l'alcoolisme.

## VŒU DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL DANS LE BUT D'INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Voici le texte de la résolution adoptée par les membres de la Société Médicale de Montréal, le 4 mars 1945, à l'hôpital Saint-Luc.

« Attendu que la lutte contre l'alcoolisme est une question nationale;

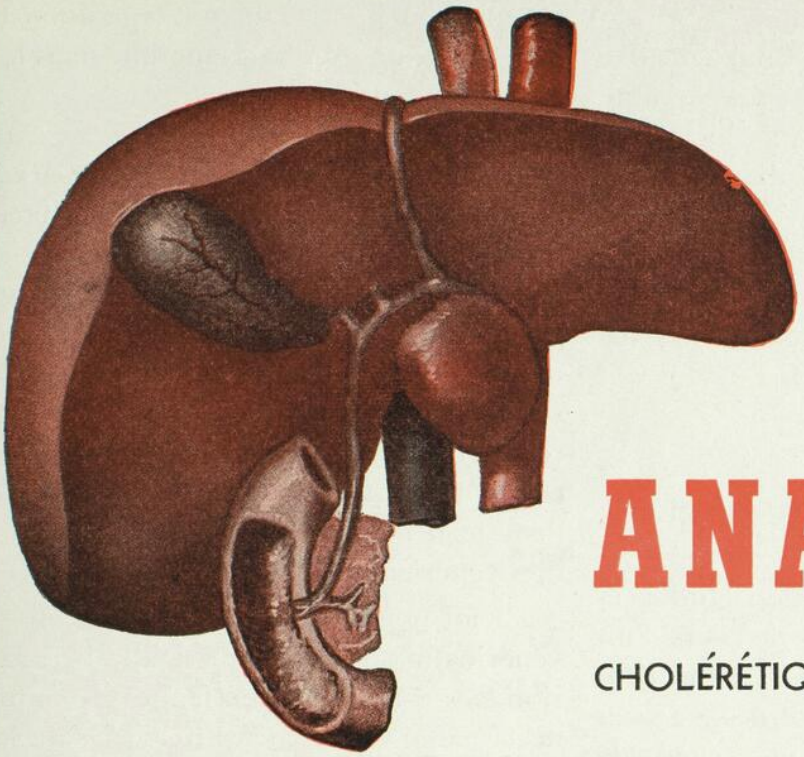
« Attendu que la consommation des boissons alcooliques augmente, de façon inquiétante, depuis quelques années dans la province de Québec;

« Attendu que l'alcoolisme joue un rôle important dans l'éclosion des maladies vénériennes, de la tuberculose, et contribue à maintenir le taudis;

« Attendu que l'alcoolisme détermine des lésions graves de l'estomac, du foie et du système nerveux qui abrègent l'existence;

« Attendu que l'alcoolisme a des conséquences sur la descendance et constitue une des causes les plus importantes des troubles mentaux et des malformations congénitales;

« Il a été résolu à l'unanimité, lors de la dernière séance de la Société Médicale tenue, sous la présidence du docteur Paul Letondal, à l'hôpital Saint-Luc, le 4 mars 1945, sur proposition du docteur Origène Dufresne, secondée par le docteur Jean Denis, de recommander à l'ho-



# ANABILE

CHOLÉRÉTIQUE—CHOLAGOGUE

L'ANABILE est présenté sous forme de "tabule" titrée à 5 grains de bile de boeuf fraîche desséchée, contenant les acides biliaires associés et d'autres éléments naturels de la bile.

Chaque "tabule" d'Anabile équivaut à environ 4 cc. de bile de boeuf fraîche.

## INDICATIONS

- Stase biliaire de toute origine (sauf les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale).
- Hyposécrétion hépatique (cirrhose, inflammation des voies biliaires, congestion passive chronique).
- Cholécystite, pourvu qu'il n'y ait aucune obstruction sérieuse.
- Absence ou insuffisance de motricité intestinale, provenant d'une sécrétion biliaire insuffisante ou l'accompagnant.
- Carence de vitamines lipo-solubles, associés à l'hyposécrétion ou qui en résulte.
- Etats cardiaques relevant d'une maladie du système biliaire (maladie de Banti, cirrhose accompagnée d'ascite).

## POSOLOGIE

A doses thérapeutiques ordinaires, les acides biliaires naturels associés tels qu'ils se trouvent dans l'ANABILE, ne sont pas toxiques.

L'ANABILE peut être pris à raison de 5 ou 10 grains trois ou quatre fois par jour, après les repas ou pendant les repas, selon les besoins individuels. Le régime alimentaire doit être pauvre en graisse.

**ECHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE**

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

## HERDT & CHARTON, INC.

*"MÉDICAMENTS DE MARQUE"*

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

norable Maurice Duplessis, premier ministre de la province:

*a*) de déclencher une vaste campagne d'éducation anti-alcoolique par le film, les conférences, la radio, au moyen de tableaux scolaires, de dépliants, de fascicules, etc.;

*b*) de faire observer rigoureusement tous les termes de la loi des liqueurs;

*c*) de diminuer le plus possible les débits d'alcool à Montréal. »

## NOUVEAUX CHEFS DE SERVICE A L'HOTEL-DIEU DE QUEBEC

Messieurs les docteurs Fernando Hudon et de la Broquerie Fortier, chargés de cours, l'un d'anesthésie à la Faculté de médecine et l'autre de puériculture à la Faculté des Sciences sociales, viennent d'être nommés chefs de Service à l'Hôtel-Dieu de Québec.

Le docteur Hudon, qui s'occupe exclusivement d'anesthésie depuis 12 ans et qui a déjà deux assistants, le lieutenant-médecin André Jacques, R.C.A.F., et le capitaine Bernard Paradis, R.C.A.M.C., dirigera le nouveau Service d'anesthésie.

Le docteur Fortier, dont nous annoncions récemment la nomination au Conseil de l'Ecole du Service social de la Faculté des Sciences sociales, s'occupait, depuis sept ans, du département de pédiatrie de l'Hôtel-Dieu. Ce département, qui était sous la direction du Service de médecine, devient autonome et le docteur Fortier en est le chef.

Nos félicitations aux deux nouveaux chefs de Service à l'Hôtel-Dieu de Québec.

## LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE À QUÉBEC

M. le docteur Emile Gaumond, professeur de dermato-syphiligraphie à l'Université Laval et chef de Service à l'Hôtel-Dieu de Québec, sous les auspices du Ministère provincial de la Santé et du Bien-Etre social, et avec son généreux concours pécuniaire, a mis sur pied, depuis 1940, un organisme qui a déjà donné des résultats tangibles dans la lutte antivénérienne à Québec.

La loi provinciale, dite « Loi des maladies vénériennes » et sanctionnée en mars 1941, par la coercition qu'elle permet d'exercer sur les prostituées et les vénériens, a grandement favorisé l'accomplissement de cette lutte à portée sociale profonde. La fermeture des maisons de prostitution (1943) jointe à la coopération des autorités policières, judiciaires, militaires et sociales, a permis aux médecins d'accomplir une tâche vraiment efficace dans le dépistage et le traitement des maladies vénériennes.

La loi nomme « directeur de la lutte antivénérienne » le directeur médical de la division des maladies vénériennes du ministère de la Santé et du Bien-Etre social de la province de Québec. Elle entend, par maladies vénériennes, la syphilis, la blennorragie, le chancre mou, et la lymphogranulomatose inguinale. Elle stipule que tout médecin doit déclarer au directeur chaque cas de maladie vénérienne qu'il a sous ses soins; ce premier rapport est anonyme, mais si le patient refuse ou néglige de suivre son traitement, le médecin doit en avertir le directeur en dévoilant alors nom et adresse. Dans ce cas, le directeur exige un nouvel examen médical, ordonne l'isolement et même la détention aussi longtemps qu'il le faudra pour que le patient reçoive le traitement requis et ne soit pas susceptible de propager l'infection.

Lorsqu'une prostituée est appréhendée, elle est immédiatement soumise à un examen médical; s'il y a infection, elle est incarcérée pour la durée du traitement et c'est le médecin qui détermine le moment de sa libération, c'est-à-dire quand le danger de contamination est disparu.

Enfin, toute personne qui, sciemment ou par négligence, communique une maladie vénérienne à une autre personne est passible d'une amende n'excédant pas deux cents

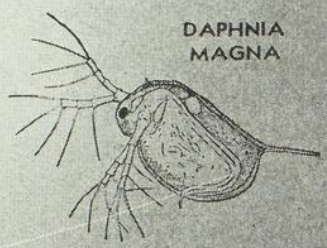


# SOULAGEMENT SYMPTOMATIQUE

## DANS L'HYPERTENSION

# VÉRATRITE

CONTRÔLÉ ET TITRÉ PAR LA DAPHNIA



DAPHNIA MAGNA

La "Daphnia Magna" est un réactif vivant qui permet de déterminer sûrement la toxicité relative des préparations de Veratrum (ellébore). Le complexe du Veratrum a une action si marquée sur la locomotion de la "Daphnia" qu'on peut exprimer quantitativement le degré d'altération de cette fonction.

**Vératrite apporte un soulagement durable aux hypertendus qui présentent des périodes d'exacerbation et de rémission. Il aide à prévenir les bouffées et les accès explosifs de l'hypertension et évite ainsi au malade des périodes de profond malaise et d'incapacité. Vératrite contient du Veratrum Viride, du nitrite de soude et du phénobarbital, principes dont l'efficacité thérapeutique est reconnue.**

***Le Veratrum Viride (ellébore vert) employé dans la fabrication du VÉRATRITE est titré biologiquement par la méthode de la Daphnia Magna.***

**On devra en établir la dose d'après l'abaissement des pressions systolique et diastolique que l'on aura enregistré à la suite de son administration. Il s'administre par la bouche.**

**Nous vous fournirons sur demande une plus ample documentation touchant ce produit.**

**Présentation en flacons de 50, 100 et 500 comprimés**

IRWIN NEISLER & CO. FONDÉE EN 1886 DECATUR, ILLINOIS

REPRÉSENTANTS AU CANADA

## HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

dollars ou d'un emprisonnement n'excédant pas trois mois.

Se basant sur les prévisions de cette loi, le professeur Gaumond, aidé de deux médecins et de quatre infirmières, a organisé la lutte antivénérienne à Québec. Il a appuyé son entreprise sur le trépied suivant: la réorganisation de l'enseignement de la dermato-syphiligraphie, l'institution d'un service médico-social dans les hôpitaux et les prisons, et l'établissement d'un système de liaison entre ce dernier service et les autres organismes qui poursuivent un but de relèvement social.

L'enseignement de la dermato-syphiligraphie à la Faculté comprend non seulement la pathologie et le traitement, mais aussi la prévention des maladies vénériennes. Cinq leçons sont consacrées exclusivement à la prophylaxie. Les étudiants sont ainsi instruits des données sociales du problème, et ils complètent leur formation par un stage de six à huit semaines au dispensaire de l'Hôtel-Dieu.

Jusqu'en 1940, le traitement de la syphilis était limité à son aspect médical. Depuis l'institution du Service médico-social, que le professeur Gaumond a obtenu du ministère de la Santé et du Bien-Etre social, des infirmières spécialisées et entraînées *ad hoc* font du patient un partenaire précieux dans la lutte antivénérienne parce qu'elles le suivent, l'instruisent, l'encouragent et le relancent même jusque chez lui s'il se néglige un tant soit peu. Ces infirmières, en précisant les origines du mal et en éduquant le patient, cherchent à enrayer la contagion, à en diminuer les conséquences familiales et sociales. Elles participent ainsi, d'une manière éminemment efficace, à la lutte contre les maladies vénériennes, tout autant qu'à leur prévention; elles exercent un rôle de premier plan en « humanisant le traitement médical », c'est-à-dire qu'elles permettent à la science médicale d'atteindre à sa pleine signification sociale.

Ce Service médico-social ne s'étend pas seulement aux Services hospitaliers et aux dispensaires antivénériens mais aussi à la Clinique prénatale de l'Assistance maternelle, à la prison des femmes, à celle des hommes et même aux Services médicaux de l'armée canadienne de la division No 5. Certaines démarches sont facilitées par la coopération du Service social de la Sûreté municipale qui, par son expérience et son autorité, offre une aide précieuse dans le dépistage des prostituées.

Les résultats, d'ailleurs, sont probants et méritent d'être cités: dans la division militaire No 5, le nombre des vénériens chez les militaires est passé de 202 par 1,000 hommes en 1940 à 27 en 1944. Dans le civil, les hôpitaux du Saint-Sacrement, de l'Hôtel-Dieu, de Saint-Michel-Archange, de l'Enfant-Jésus, du Parc Savard, de Saint-François-d'Assise, de la Clinique Roy-Rousseau, de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul, de la Miséricorde, de Laval et du Jeffery Hale font partie de l'organisation antivénérienne; à titre d'exemple, le Bordet-Wassermann, fait en série à tous les malades hospitalisés, a donné un pourcentage de 3% de réactions positives, décelant ainsi autant de syphilis ignorées.

Le nombre total de syphilitiques traités en 1943 dans les hôpitaux et les prisons est de 1,137, chiffre imposant qui indique, non pas que les cas récents augmentent mais que le dépistage est mieux fait. C'est, en définitive, le dépistage des cas ambulants de maladies vénériennes qu'il importe de faire pour enrayer le mal à sa source; le traitement sera toujours possible, sinon facile, mais quand on songe que, en 1943, 76% des femmes qui sont passées par la prison étaient des vénériennes, on comprend toute l'importance du Service médico-social dans la lutte antivénérienne. Du reste, en décembre 1943 et en mai 1944, au cours des conférences nationales tenues à Ottawa sur les maladies vénériennes, les résultats obtenus à Québec ont été cités à l'honneur.

# AGRIPPOL




ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE



**INDICATIONS**

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

**COMPOSITION**

Acétophénétidine — Acide acéthylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine

**ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE**

## HERDT & CHARTON, INC.

*"MÉDICAMENTS DE MARQUE"*

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL — MONTRÉAL

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE VALLEYFIELD

A la réunion du 8 mars 1945 de la Société Médicale de Valleyfield et des districts environnants, le conférencier invité était le docteur Gérard Casgrain, médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Il fit une causerie sur « L'Allergie ». La séance était sous la présidence du docteur Aimé Leduc.

## EN HOMMAGE À JAMES EWING

Le docteur Elise D.-S. L'Espérance préside un comité de souscription dont l'objet est d'obtenir $150,000 pour ériger le James Ewing Hospital Memorial.

Le revenu de ce fonds doit servir à l'étude et aux recherches sur le cancer et les maladies associées et il doit être mis à la disposition des étudiants et des diplômés de l'Université Cornell. Au moins deux conférences annuelles doivent être prononcées, sous ce patronage, et elles doivent porter sur les acquisitions récentes en cancérologie.

## COURS POSTSCOLAIRES À L'UNIVERSITÉ COLUMBIA

L'Ecole de Médecine postscolaire de New-York organise, pour les mois d'avril, mai et juin 1945, plusieurs séries de cours à l'usage des médecins praticiens. Ceux-ci porteront sur les acquisitions nouvelles en gynécologie (4-9 juin), sur l'arthrite et les troubles rhumatoïdes associés (9-13 avril), sur la neuro-psychiatrie en clientèle: diagnostic et traitement (9-13 avril), sur la physiologie pathologique et ses aspects chimiques et fonctionnels (16-20 avril), sur la neuro-psychiatrie infantile (16-21 mai), sur les acquisitions récentes en pédiatrie (23-28 avril et 4-9 juin), sur la physiothérapie (23-27 avril), sur l'orthopédie courante (30 avril-5 mai), sur la dermato-syphiligraphie pratique (30 avril-5 mai), sur le diagnostic et le traitement des lésions traumatiques (7-12 mai), sur l'électrocardiographie (14-18 mai), sur le diabète, la néphrite et l'hypertension (21-25 mai).

Pour terminer ces courtes séries, il y aura un symposium en médecine, du 11 au 22 juin 1945.

## JOURNAUX MÉDICAUX MICROFILMÉS

Pour parer à l'insuffisance de littérature médicale en Chine, on a récemment microfilmé 84 journaux médicaux. Ils ont été filmés en entier et expédiés en Chine par avion; quatorze copies ont été tirées de chaque revue. Ces microfilms médicaux suppléent à l'indigence de volumes et sont l'unique source de notions médicales modernes, mises à la portée du personnel enseignant et des élèves de l'Ecole d'Entraînement spécial de Tung-An, dans la province de Hunan.

## LE PAPE PARLE AUX MÉDECINS

Nous relevons dans *Relations*, mars 1945, les notes suivantes:

« Devant un groupe de cent vingt médecins des armées alliées, le Souverain Pontife a insisté sur le lien qui rattache la profession médicale à l'ordre moral et la place « à l'intérieur de l'orbite de l'ordre moral ».

« Que ce soit dans son enseignement, dans les avis qu'il donne, dans les traitements qu'il prescrit ou les remèdes qu'il recherche, le médecin ne peut sortir des bornes de l'ordre moral ni se désolidariser des principes fondamentaux de la morale et de la religion.

« Votre présence, messieurs, rappelle vivement à mon esprit une parabole narrée il y aura bientôt deux mille ans par le Christ, le divin Médecin. Cette histoire du Bon Samaritain, par une convenance frappante, nous a été conservée par saint Luc, qui était lui-même médecin. »

Après avoir rappelé le sujet de la parabole, Sa Sainteté a ainsi continué: « La mise en

UNE ÉTUDE D'ARISTIDE MAILLOL; REPRODUITE DU LIVRE ILLUSTRÉ "MAILLOL", PUBLIÉ PAR LA HYPERION PRESS



AU MOMENT DE LA *Ménopause*

Que les symptômes soient graves ou bénins, tous les cas de ménopause peuvent être traités efficacement par ces oestrogènes naturels, actifs par voie buccale—"Prémarine" (No 866), dans le traitement des troubles graves; "Prémarine" *Demi-dose* (*la nouvelle teneur*, No 867), lorsque les symptômes sont moins fortement accusés; "Emménine", dans le traitement des troubles bénins.

# "PRÉMARINE" et "EMMÉNINE"

*oestrogènes conjugués* (*chevalins*)
Comprimés No 866—Comprimés No 867

*oestrogènes conjugués* (*placentaires*)
Comprimés No 701—Liquide No 927

DE PROVENANCE NATURELLE • SOLUBLES DANS L'EAU • BIEN TOLÉRÉES
D'EMPLOI SÛR • PROCURENT UNE SENSATION D'EUPHORIE

## "PRÉMARINE" *DEMI-DOSE*

. . . Une nouvelle teneur pour les cas dont les symptômes, tout en étant graves, n'exigent pas une médication aussi active que la "Prémarine" originale.

*Bouteilles de 20 et de 100 comprimés*

Ayerst

249F

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

scène peut être différente de celle qui est commune à votre expérience professionnelle, mais l'esprit de dévouement prompt et généreux, l'esprit d'abnégation de soi-même dans l'intérêt des autres, l'esprit de tendresse et d'amour, tel est l'esprit qui caractérise aussi votre profession à tous les moments de l'histoire humaine... Ce qui souffre entre les mains du médecin, c'est une créature de Dieu, un homme comme lui-même, qui a une mission à remplir et qui a un rendez-vous avec l'éternité...

« Aussi le médecin, appelé directement à guérir le corps, doit-il souvent prendre les décisions, donner des avis et formuler des principes qui affectent l'âme de l'homme et sa destinée éternelle. Voilà pourquoi la médecine est une carrière sublime et pleine de hautes responsabilités. »

## PRIX NOBEL DE MÉDECINE ET DE PHYSIOLOGIE

Les docteurs Doisy et Dam ont obtenu le Prix Nobel de Médecine pour 1943, à cause de leurs travaux fondamentaux sur la Vitamine K.

Le docteur Doisy est professeur de biochimie à la Faculté de Médecine de l'Université de Saint-Louis; le docteur Dam est professeur de biochimie à l'Institut de Technologie de Copenhague (Danemark).

Les docteurs Erlanger et Gasser ont reçu le Prix Nobel de Physiologie pour 1944, grâce à leurs recherches d'électrophysiologie nerveuse.

Le docteur Erlanger est professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de l'Université Washington et le docteur Gasser est directeur de l'Institut Rockefeller, à New-York.

Chaque Prix Nobel est d'environ $29,000.00, somme à diviser entre les récipiendaires.

## CONSÉQUENCES DE LA SCARLATINE

### La scarlatine tue cinquante personnes par an

Contrairement à la rougeole le germe de la scarlatine est assez vivace qu'il peut être transporté à distance. C'est dire qu'elle se communique par contagion indirecte. Dans la province de Québec, elle cause une cinquantaine de décès par année. C'est pourquoi la déclaration de la scarlatine est obligatoire. Cette maladie exige la désinfection des locaux et des objets de literie. L'isolement du malade est péremptoire et doit s'exercer durant quatre semaines.

La scarlatine prend des formes très compliquées. Elle peut avoir des conséquences graves. Voici ce qu'en dit l'épidémiologiste de la province:

« Depuis que la scarlatine a perdu de sa malignité et que la science médicale a trouvé de nouveaux moyens pour traiter cette infection, on est trop porté à négliger les mesures de prévention et l'isolement du malade. Cette négligence occasionne des cas secondaires qui devraient être évités. Les complications de la scarlatine sont bien connues: ce sont la néphrite, le rhumatisme scarlatin et la surrénalite.

« La néphrite, ou maladie de reins, condamne le sujet qui en est atteint à un régime sévère pour toute la vie. Cette complication a plus d'importance encore chez les personnes du sexe féminin, car, à l'occasion d'une grossesse, elles seront vouées à l'albuminurie et exposées à mourir d'éclampsie.

« Le rhumatisme scarlatin, lorsqu'il trouve un terrain favorable, est suffisant pour rendre la vie bien monotone. La surrénalite, moins connue, est une complication survenant dans une glande à sécrétion interne qui coiffe le rein. Cette maladie est très sérieuse et abrégera certainement les jours de la personne qui en est atteinte. »




# SÉPHÉDRYL

SOLUTION AQUEUSE POUR INSTILLATIONS
ET PULVÉRISATIONS RHINO-PHARINGÉES

S.E.P

**SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE**
INCORPORÉE
680 OUEST, RUE SHERBROOKE, MONTRÉAL

# ANTISEPSIE

## De l'obstétrique aux usages généraux

' Un désinfectant général doit présenter une ' activité certaine contre la plupart des organismes ' pathogènes les plus importants et, au moins, ' contre les trois suivants : le bacille de la typhoïde, ' le staphylocoque et le streptocoque. Bien plus, ' toute prétention à cet effet doit être appuyée sur ' des essais destinés à démontrer son activité dans ' les conditions particulières énoncées dans les ' prétentions avec lesquelles on le présente. L'acti- ' vité en présence du sang, du sérum et d'autres ' substances organiques est très importante, car un ' grand nombre de désinfectants sont inopérants ' en ces conditions'.*

Parmi les premières recherches effectuées avec le 'Dettol', une des plus importantes fut l'étude de sa puissance bactéricide contre les streptocoques hémolytiques, cause de la plupart des infections puerpérales et sa capacité de présenter un obstacle permanent à la réinfection par ces mêmes organismes. Sous ce rapport, il se révéla beaucoup plus sûr que tout autre antiseptique auquel il fut comparé. Il éliminait complètement les organismes nocifs en une minute et demie; sur l'épiderme traité, il formait une couche protectrice qui empêchait la réinfection pour une période de cinq heures; ses applications répétées à pleine concentration se révélaient inoffensives; sur une peau fraîchement égratignée ou sur la membrane muqueuse du vagin, il ne causait aucune douleur ni irritation.

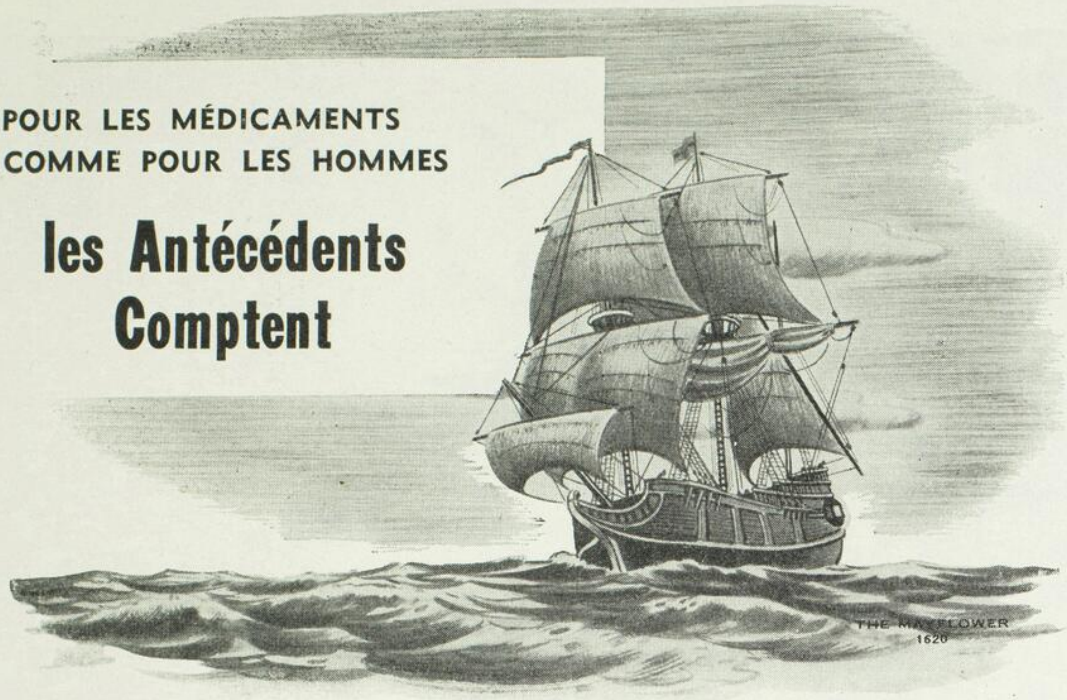
A l'hôpital "Queen Charlotte's", le grand hôpital de maternité de Londres, son adoption fut suivie par une baisse de plus de 50% dans l'indice des infections par streptocoque hémolytique.

Aujourd'hui, le 'Dettol' est le préféré de tous les antiseptiques non seulement en obstétrique, mais dans les salles d'opération, dans les postes de secours, à l'usine et au foyer. En effet, son remarquable pouvoir bactéricide n'est pas applicable qu'au streptocoque hémolytique, mais il s'étend aux organismes pathogènes les plus fréquents tels que le staphylocoque aureus, le bacille typhique et le colibacille. Chirurgiens, médecins et obstétriciens se sentent en sécurité avec un antiseptique que des essais répétés en laboratoire, confirmés par dix ans d'expérience clinique, ont révélé comme étant efficace même en présence de sang, de pus et des autres agents de contamination des plaies, tout en étant non toxique à pleine concentration. Les patients aussi le préfèrent parce que, en applications sur des plaies, des tissus meurtris ou des muqueuses, il ne cause aucune douleur. C'est aussi une préparation agréable qui, à l'encontre des antiseptiques toxiques, peut se laisser en tout endroit accessible de la maison, pour servir à toute la famille.

RECKITT & COLMAN (CANADA) LIMITED, DEPARTEMENT PHARMACEUTIQUE, MONTREAL
M.7fu

POUR LES MÉDICAMENTS
COMME POUR LES HOMMES

# les Antécédents Comptent




Il y a déjà plus de seize ans que l'AMNIOTINE a été mise à la disposition du corps médical. Depuis 1928, cet œstrogène n'a cessé d'être soumis à la plus sévère de toutes les épreuves — l'emploi clinique.

Depuis cette date, plusieurs autres œstrogènes ont été mis sur le marché. La question de leur valeur, leur économie et leur activité relatives, ainsi que les unités employées pour exprimer cette activité, ont fait couler des flots d'encre.

Après seize ans, l'Amniotine se classe encore au premier rang du point de vue sécurité, efficacité clinique, absence d'effets secondaires et économie. Que la dose requise soit massive ou minime, il existe une force et une forme d'Amniotine permettant de l'administrer commodément et économiquement.

Aujourd'hui tout comme en 1928, l'Amniotine, jugée par tous les critères pratiques, possède toutes les qualités désirables recherchées dans un œstrogène. C'est un œstrogène naturel d'une grande activité, économique, commode et titré en unités internationales qui sont universellement reconnues. Aucun autre œstrogène n'a depuis plus longtemps donné satisfaction de façon plus constante.

L'Amniotine est l'un des nombreux fruits des quatre-vingt-six ans d'efforts consacrés par les Laboratoires Squibb à la réalisation pratique de recherches expérimentales. Un œstrogène peut-il avoir de meilleurs antécédents?

**Lorsque vous désirez un œstrogène économique, actif et sûr, demandez à votre pharmacien de l'**

# Amniotine

**INJECTABLE**

*Amniotine en solution stérilisée dans l'huile de maïs*

Fiole avec bouchon en caoutchouc perforable: fiole de 10 cc. titrée à 10,000 U.I. et 20,000 U.I. par cc., et fiole de 20 cc. titrée à 2,000 U.I. par cc. Aussi en ampoules de 1 cc. contenant 2,000, 5,000, 10,000 et 20,000 U.I.

**ORALE**

*Capsules d'Amniotine*

Contenant l'équivalent de 1,000, 2,000, 4,000 et 10,000 U.I. par capsule.

**INTRAVAGINALE**

*Suppositoires vaginaux d'Amniotine*

Format juvénile, contenant l'équivalent de 1,000 U.I., et format régulier, contenant l'équivalent de 2,000 U.I.

**Pour notices descriptives, écrivez à:**
**36 Caledonia Road, Toronto, Ontario.**

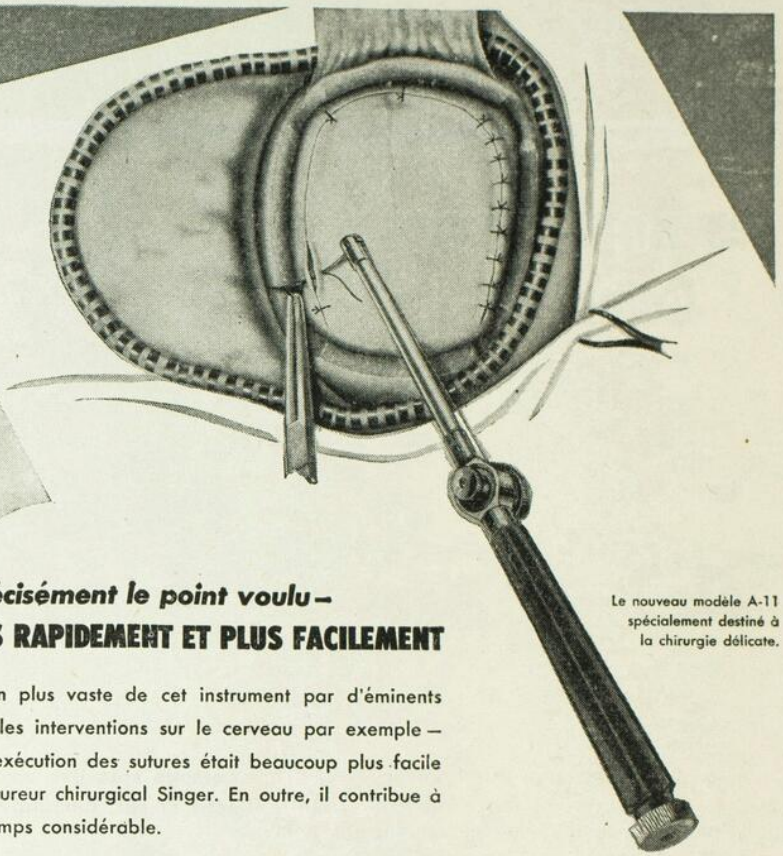
## E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

**Fabricants de produits chimiques pour le corps médical depuis 1858.**



**Fermeture de la Dure-Mère après Intervention sur le Cerveau**

Les points se font facilement et rapidement avec le nouveau (petit) sutureur chirurgical Singer modèle A-11. A noter l'absence de bouts libres et la visibilité parfaite de la surface à suturer.



Le nouveau modèle A-11 spécialement destiné à la chirurgie délicate.

## *Précisément le point voulu —*
## EXÉCUTÉ PLUS RAPIDEMENT ET PLUS FACILEMENT

L'usage de plus en plus vaste de cet instrument par d'éminents chirurgiens — dans les interventions sur le cerveau par exemple — a démontré que l'exécution des sutures était beaucoup plus facile par l'emploi du sutureur chirurgical Singer. En outre, il contribue à une épargne de temps considérable.

En effet, pour toute intervention chirurgicale, ce sutureur pratique (que l'on peut se procurer en deux dimensions: le modèle standard et le modèle "A-11", plus petit) possède une souplesse presque illimitée pour satisfaire aux besoins de chaque cas de suture. Cet instrument s'adapte aux aiguilles les plus petites utilisables en chirurgie jusqu'aux plus longues — on peut aussi employer n'importe quel matériel à suturer (alimenté sans arrêt par la bobine dérouleuse) sans que l'instrument n'ait à quitter les mains du chirurgien pendant toute la durée de l'intervention.

Une brochure illustrée décrit l'histoire de cet instrument. Demandez-en un exemplaire en vous servant du coupon ci-dessous.

# SINGER LE SUTUREUR CHIRURGICAL

**réunit l'aiguille, le manche, le matériel à suturer et le tranchant à sectionner en un instrument complet par lui-même, stérilisable tout d'une pièce.**

Copyright Etats-Unis, 1945, par The Singer Manufacturing Co. Tous droits réservés pour tous pays.

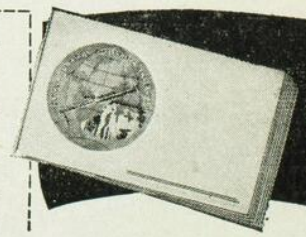
**SINGER SEWING MACHINE CO.**
**SERVICE DU SUTUREUR CHIRURGICAL, CANADA** CM-45
**700 ouest, rue Ste-Catherine, Montréal**

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer gratuitement un exemplaire de votre brochure illustrée.

Nom_____

Adresse_____

Ville_____



—le coupon est à votre disposition pour la demande d'un exemplaire de la brochure descriptive. LU-45

## Soulagement satisfaisant du "Mal de Gorge"

## avec

# Aspergum

Lorsque le malade mastique l'Aspergum, il en résulte une sécrétion salivaire adoucissante, chargée d'acide acétylsalicylique. Cet analgésique est ainsi mis en contact immédiat et prolongé avec les régions pharyngiennes, même les plus difficilement atteintes par les gargarismes ou les irrigations.

En outre, la mastication provoque une légère stimulation musculaire qui contribue au soulagement de la spasmodicité et de la rigidité locales et facilite ainsi la cicatrisation des tissus. Le malade se sent plus à l'aise, il accepte volontiers et plus tôt une alimentation appropriée, ce qui a pour résultat de hâter la convalescence.

**Indications de l'Aspergum:**

1. Après l'amygdalectomie.
2. Dans l'amygdalite aiguë et chronique, la pharyngite, le «mal de gorge» de l'influenza, la grippe, etc., etc.
3. Le coryza aigu (accompagné d'irritation pharyngienne).
4. Dans les infections non spécifiques des voies respiratoires supérieures.

Présenté selon l'éthique — publicité exclusivement médicale. En boîtes de 16 et en flacons de 250 comprimés à l'épreuve de l'humidité. Echantillons et littérature sur demande à White Laboratories of Canada, Ltd., Toronto, Canada.




Dillard's Aspergum

## ANIODOL interne ANTISEPTIQUE PUISSANT.

*Traitement des infections intestinales.*

50 à 200 gouttes par jour entre les repas dans un demi-verre d'eau sucrée.

---

## CAROVIT CHLOROPHYLLE ET PRO-VITAMINE A.

*Fatigue générale. Débilité. Héméralopie.*

2 pilules 2 fois par jour avant les repas.

---

## OCREINE GREMY

**EXTRAIT TOTAL DU CORPS JAUNE DE L'OVAIRE.**

*Traitement des troubles menstruels.*

2 à 6 pilules par jour au milieu des repas.

---

## PANCRINOL du DR. DEBAT

**EXTRAITS DE FOIE, RATE ET REINS.**

*Traitement de l'anémie et des convalescences.*

1 ampoule buvable ou une cuillerée à soupe d'Elixir avant les repas.

---

## PANSEROL PUISSANT TONIQUE NERVEUX.

*Epuisements. Neurasthénie. Débilitation.*

1 ampoule de 5 cc. par jour.

---

## SULFORAZINE

**DISSOLVANT DE L'ACIDE URIQUE ET ANTISEPTIQUE URINAIRE.**

*Rhumatismes. Infections urinaires.*

3 à 6 cuillerées à thé par jour aux repas.

---

## SUPPOSITOIRES C. S. C.

**TRAITEMENT DES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES.**

*1 à 2 suppositoires par jour.*

(suppositoires pour adultes et suppositoires pour enfants).

---

## VULCASE DÉPURATIF SOUFRÉ.

*Dermatoses. Constipation. Arthritisme.*

2 à 4 pilules par jour, le matin à jeun ou le soir avant le repas.

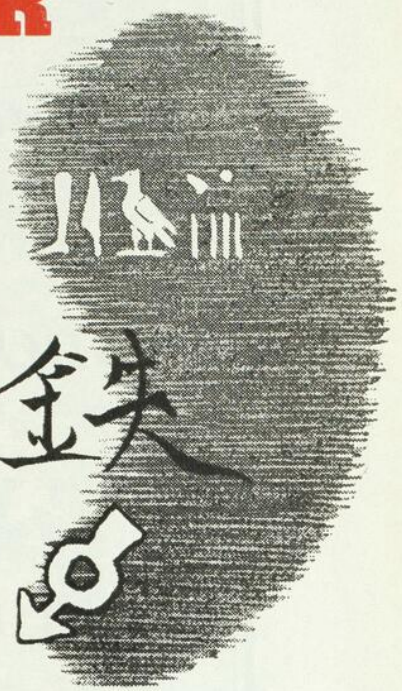
---

**J. EDDÉ Limitée**

Edifice New Birks, **MONTRÉAL**

Chaque époque a eu

son symbole pour le **FER**



4000 av. J.-C. Egypte

2000 av. J.-C. Chine

500 av. J.-C. Rome

**Aujourd'hui . . .**

**COMPRIMÉS FESOFOR** — efficaces, pratiques et peu coûteux — thérapeutique ferreuse classique pour les anémies dues à une insuffisance de fer. Chaque comprimé contient 3 grains de sulfate ferreux anhydre, correspondant à environ 5 grains de sulfate ferreux officinal.

# COMPRIMÉS FESOFOR

**SMITH, KLINE & FRENCH CORPORATION INTER-AMERICAINE, PHILADELPHIE ET MONTRÉAL, 1**

CONCESSIONNAIRES POUR LE CANADA, THE LEEMING MILES CO., LTD., MONTRÉAL, 1

## LABORATOIRES MAURICE ROBIN

**13, 15, rue de Poissy — PARIS**

# NUCLÉARSITOL ROBIN

glycéro de soude 0.05 gm. ; nucléinate de soude 0.005; méthylarsinate de soude 0.02; ampoules de 2 cc., également en granulés et comprimés.

affections dégénératives, asthénies, lymphatisme.

une ampoule tous les 2 jours, sous-cutanée ou intramusculaire, par séries de 10 injections.

# STRYCHNARSITOL ROBIN

même formule que Nucléarsitol, plus Méthylarsinate de strychnine 0.001 gm.; ampoules de 2 cc.

asthénies, névrosthénies, prétuberculose, affections ganglionnaires.

1 à 2 cc. par jour. Séries de 10 injections entrecoupées par 8 jours de repos.

# *IODONE ROBIN - gouttes*

combinaison albuminoïde d'iode préparée avec de la peptone de viande d'origine trypsique. 20 gouttes correspondent à 0.04 gramme d'iode et à l'action thérapeutique de 1 gm. d'iodure de potassium.

affections du cœur, artério-sclérose, arthritisme, affections ganglionnaires.

adultes: 20 à 50 gouttes à chaque repas.

# PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptone de viande et fer: 20 gouttes contiennent 0.01 gramme de fer..

reconstituant des hématies, convalescence, chlorose, lymphatisme, scrofule.

de 10 à 30 gouttes, progressivement, 2 fois par jour, aux repas.

# GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX ROBIN

phosphoglycérate de chaux 5 gms, phosphoglycérate de soude 1 gm. pour 100 grammes.

reconstituant du système nerveux, rachitisme, affections de l'enfance, lactation.

2 à 3 cuillerées à thé par repas dans de l'eau ou du lait.

# BISMUTHOÏDOL ROBIN

bismuth colloïdal à petits grains (procédé Robin). 0.004 gm. par cc., ampoules de 2 cc.

spirillicide-syphilis, toute maladie à protozoaires, angines aiguës.

1 à 2 ampoules tous les 2 jours, jusqu'à 10 ampoules. 3 séries à intervalle de 8 jours.

**Agents au Canada:**

## Laboratoires Jean Olive

**200, rue Vallée — MONTREAL**

**Littérature et échantillons médicaux sur demande.**

Chatham




A TITRE THÉRAPEUTIQUE, dans les cas d'hémorragie, de saignement anormal et de dyscrasies sanguines

A TITRE PROPHYLACTIQUE, dans un champ d'application plus étendu et pour diminuer la fréquence des hémorragies post-opératoires.

*Littérature sur demande.*

*FISHER & BURPE, LTD. • WINNIPEG, MANITOBA*

*Distributeurs exclusifs au Canada*

Fabriqué par CHATHAM PHARMACEUTICALS, INC. • Newark 2, N. J., U. S. A.



# QUIÉTUDE POUR LA FEMME

Personne ne peut mieux comprendre l'état d'esprit d'une femme que son propre médecin. Il sait parfaitement bien que la période menstruelle peut provoquer des troubles nerveux ou aggraver de telles perturbations déjà existantes.

Aujourd'hui — en raison de l'appel pressant pour le travail féminin — tous les moyens pouvant fournir plus de confort et de bien-être à la femme, durant son travail, méritent une attention spéciale de la part du médecin.

Il n'y a probablement aucune méthode plus efficace que le tampon vaginal exclusif Tampax pour procurer à la femme plus de bien-être physique et de tranquillité morale, tout en améliorant l'hygiène menstruelle.

C'est pourquoi Tampax s'adapte si bien *in situ* . . . Ce tampon élimine les bourrelets extérieurs . . . empêche la possibilité d'odeurs désagréables provoquées par la décomposition de l'écoulement sanguin . . . empêche l'irritation et le prurit vulvaire occasionnés par l'usage de serviettes . . . et permet une plus grande liberté dans la pratique des sports et autres exercices physiques.

Les résultats de recherches récentes[1, 2, 3], chez des milliers de cas, confirment le fait que Tampax répond bien à tous les besoins de l'hygiène moderne — offrant une protection sûre et tout à fait suffisante. Un fait très important aussi (comme le faisait remarquer un gynécologue), c'est qu'avec Tampax « plusieurs patientes déclarent pouvoir oublier qu'elles sont menstruées et que les ennuis qu'elles éprouvaient autrefois au moment de leurs menstruations n'existent plus » [1].

(1) West. J. Surg., Obst. & Gyn., 51:150, 1943; (2) Clin. Med. & Surg., 46:327, 1939; (3) Am. J. Obst. & Gyn., 46:259, 1943.

TAMPAX

PUBLICITÉ ACCEPTÉE PAR "THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION".

**CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED**
**Brampton, Ont.**

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer des échantillons de Tampax sous leurs trois formes d'absorption?

Nom .....

Adresse .....

Ville .....

P 5-9

# ANTISEPSIE LOCALE PLUS EFFICACE

## DANS LES INFECTIONS BUCCO-PHARYNGIENNES

**FORTE**

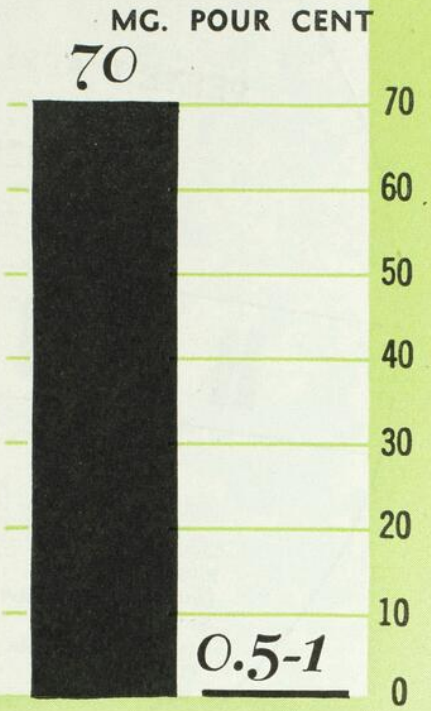
**CONCENTRATION SALIVAIRE EN SULFATHIAZOLE**

La mastication d'une dragée de White's Sulfathiazole Gum, pendant ½ à 1 heure, provoque rapidement une FORTE CONCENTRATION SALIVAIRE EN SULFATHIAZOLE dont l'action thérapeutique se maintient à une moyenne de 70 mg. pour cent durant toute la durée de la mastication.

**FAIBLE**

**(négligeable) ABSORPTION ORGANIQUE**

Même à doses massives, la quantité qui pénètre dans le sang n'atteint que rarement 0.5-1 mg. pour cent — quantité si faible que les réactions toxiques sur l'organisme sont pratiquement évitées.



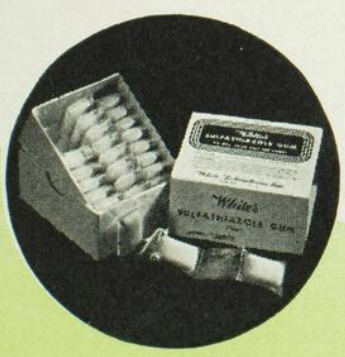

# White's SULFATHIAZOLE GUM*

offre une méthode pratique et efficace d'antisepsie locale *immédiate* et *prolongée* des régions bucco-pharyngiennes que ne peuvent atteindre facilement les gargarismes, les vaporisations et les irrigations.

**INDICATIONS:** Dans le traitement local des infections bucco-pharyngiennes occasionnées par des micro-organismes susceptibles aux sulfamidés: amygdalite aiguë et pharyngite; mal de gorge septique; gingivite infectieuse et stomatite, ainsi que l'angine de Vincent. Egalement indiquée dans la prophylaxie d'infections secondaires à une intervention chirurgicale bucco-pharyngienne.

**IMPORTANT:** Veuillez noter que vos malades ne peuvent obtenir ce produit du pharmacien sans votre ordonnance.

**Présentation:**
**En boites à coulisses pour ordonnances, de 24 dragées scellées individuellement dans un ruban transparent.**
**Sur ordonnance seulement.**




A PRODUCT OF **WHITE LABORATORIES OF CANADA, LTD.,** TORONTO, CANADA

*

CROISSANCE DIFFICILE

PERTE D'APPÉTIT — AMAIGRISSEMENT

ANÉMIES SYMPTOMATIQUES

# HEMO-VITOL

**Secondera avec avantage la cure parentérale.**

CONTIENT À L'ONCE:

| | |
|---|---|
| Chlorure de thiamine | 1500 U.I. |
| Riboflavine | 1875 gammas |
| Extrait de foie | 1.625 |
| Sérum frais de cheval | 40 gouttes |
| Hémoglobine | 0.389 |
| Glycérophosphate de soude | 0.260 |
| Peptone | 0.130 |

**POSOLOGIE**

Une cuillerée à thé à prendre dans un peu d'eau aux repas.

**FORTIFIANT ET TONIQUE NERVIN DE VALEUR**

# TONISEDINE

**RÉGÉNÉRATEUR DE LA NUTRITION**
**RÉGULATEUR DU CŒUR**
**ANTISPASMODIQUE**

**ÉTATS NÉVROPATHIQUES:**
**insomnie, surmenage, dyspepsie nerveuse, dépression nerveuse et nervosisme durant ménopause.**

CONTIENT À L'ONCE:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Crataegus | 0.972 | Chlorure de thiamine | 500 U.I. |
| Passiflore | 0.972 | Glycérophosphates de chaux | 0.518 |
| Salix alba | 0.972 | de soude | 1.036 |
| Valériane | 0.972 | de manganèse | 0.065 |
| Méthylarsinate soude | 0.004 | Pepsine, pancréatine et diastase | |

**POSOLOGIE:**

**Une ou deux cuillerées à thé avant les repas et au coucher.**

*Laboratoire*

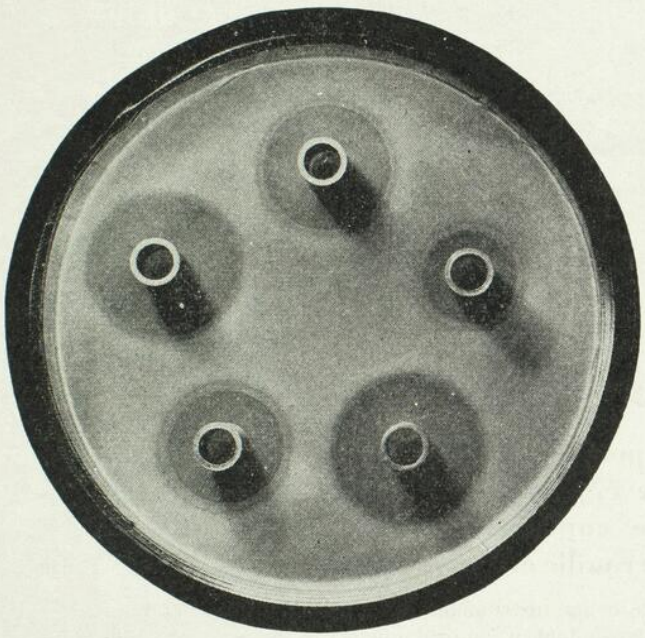
**MAROIS**

*Montréal*

# LA PÉNICILLINE

## MÉTHODE DE DOSAGE

Dans les laboratoires Connaught on emploie la méthode originale sur plaque de gélose de N. G. Heatley, collègue de Sir Howard Florey, pour le dosage final de la force du produit. La vignette montre l'action remarquable de la pénicilline pour inhiber la croissance des micro-organismes, et indique la méthode employée pour le dosage de la solution de la pénicilline en unités de temps par rapport à une solution standard.



Dans le dosage de la pénicilline, une plaque de gélose est ensemencée d'une culture de staphylocoques dorés et les tubes placés sur la plaque sont remplis de solutions variées de pénicilline. Les zones pâles entourant les tubes représentent les surfaces où la pénicilline a inhibé la croissance des micro-organismes, puis son efficacité est établie en se basant sur la dimension de ces zones.

**La pénicilline de haute qualité est MAINTENANT DISPONIBLE en flacons de 100,000 unités Oxford**

On peut aussi se procurer une solution salée stérile en flacons de 20 cc. avec bouchon en caoutchouc, pour accompagner l'emploi de la pénicilline.

**LABORATOIRES CONNAUGHT**

**Université de Toronto** **Toronto 5, Canada**



*Précieuse Protection...*

**au théâtre des opérations**

**BARD-PARKER**
**FORMALDEHYDE GERMICIDE**

**fournit un pouvoir germicide et sporicide élevé, *plus* la protection économique contre les dégats causés par la rouille et la corrosion**

Les bistouris au tranchant affilé et les instruments d'acier délicats peuvent être immergés pendant n'importe quelle période désirée sans que leurs qualités inhérentes de précision subissent un effet nuisible. Ce trait caractéristique est doublement important à un moment ou le remplacement des stocks est à prime.

Puisque le but primordial c'est l'asepsie . . . les lames de bistouris couvertes de sang desseché, contaminé de *Staph.* aureus, sont désinfectées d'une façon constante, dans 2 minutes. Les propriétés sporicides sont également importantes. Dans l'espace d'une heure les spores du *B. Anthrasis* et dans 4 heures ceux du Cl. welchii sont détruits. Même les spores extrêmement résistants du *Cl. tetani* sont tués dans l'espace de 18 heures. Pour assurer la destruction de toutes les formes pathogènes, les instruments devront être immergés dans la solution, au moins pendant 18 heures.

*Demandez-en à votre Fournisseur*

**PARKER, WHITE & HEYL, INC.**
**218 Front Street, East, Toronto 2, Ontario, Canada**
**Danbury, Connecticut**




A BARD-PARKER PRODUCT




# *Vitacaps-M*

## et les trois P

*Le régime alimentaire déséquilibré — cause première de la carence vitaminique — se trouve d'ordinaire associé à une carence de sels minéraux.*

*VITACAPS-M à base de vitamines et de sels minéraux dans une formule bien balancée, corrigera tout régime défectueux.*

**Chaque capsule gélatinée soluble contient:**

Vitamine "A" ..... 13,300 unités
Vitamine "D" ..... 1,850 unités
Vitamine "E" représentant 2½ onces de blé entier.

**Chaque perle contient:**

Vitamine $B_1$ (Hydrochlorure de Thiamine) . 400 unités
Vitamine $B_2$ (Riboflavine) ..... 1 mg. (400 unités)
Vitamine $B_6$ (Pyridoxine) ..... 100 Gammas
Niacine ..... 10 mgs
Pantothenate de Calcium ..... 200 Gammas
Vitamine C ..... 25 mgs (500 unités)
Sulfate de Fer desséché ..... 1½ gr.
Phosphate Acide de Calcium ..... 1½ gr.
Traces de Manganèse, Iode et Cuivre.

**POPULARITÉ**
**PUISSANCE**
**PROFIT**

M&M Pharmaceuticals

Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL



# DANS L'ECZÉMA GÉNITO-ANAL

Tarbonis se prête particulièrement bien au traitement de l'eczéma des régions génito-anales. Pour obtenir les meilleurs résultats de la thérapeutique par le goudron, il est essentiel d'en faire une application toutes les trois ou quatre heures. Tarbonis rend ce traitement facile sans présenter les caractéristiques désagréables du goudron sous ses formes anciennes.

Tarbonis est offert sous forme de crème invisible et de ce fait n'est pas huileux; ce produit ne laisse aucune trace sur la peau, n'a aucune odeur de goudron et est agréablement parfumé. Cet onguent ne tache ni ne souille le linge ou l'épiderme. Tarbonis, ne laissant aucun résidu sur la peau, n'exige aucun nettoyage avant une seconde application, ce qui permet un traitement efficace sans entraver les activités du malade.

La supériorité thérapeutique de Tarbonis est due à son élément actif, le « liquor carbonis detergens », extrait d'un goudron choisi au moyen d'un procédé qui lui est propre. Cette préparation a fait preuve d'efficacité dans les cas d'eczéma, de dermatites séborrhéiques, certaines affections mycosiques, dans le lichen simple chronique, dans les dermatoses industrielles (presque sans égard au facteur irritant), en fait, dans tous les cas où le goudron est indiqué.

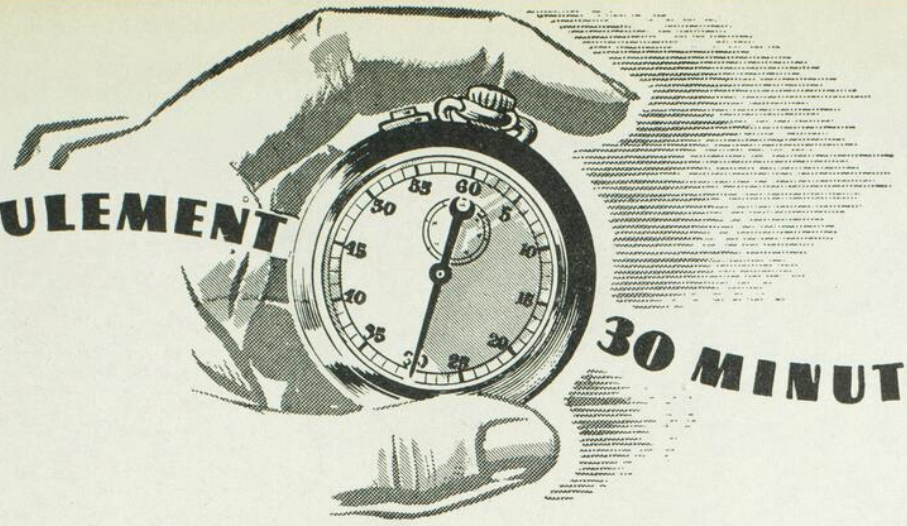
Tarbonis se vend dans toutes les pharmacies et, pour fin de distribution, par l'entremise de maisons d'approvisionnement. Présenté en pots de 2¼, 8 et 16 onces, et en contenants de 6 lbs.

Echantillon et brochure instructive sur le traitement par le goudron envoyés aux médecins qui en feront la demande.

**Tarbonis est un produit de The Tarbonis Company et est exclusivement distribué au Canada par Fisher & Burpe, Ltd., Winnipeg, Man. Littérature sur demande.**

**TARBONIS**
REG. U. S. PAT. OFF.

***Toute l'efficacité thérapeutique du goudron dans une crème invisible inodore. Ne graisse pas, ne tache pas et ne souille pas.***



# PREND SEULEMENT 30 MINUTES!

# LOTION SCABANCA

**TRAITEMENT AMBULATOIRE DE 30 MINUTES CONTRE LA GRATTELLE**

**NE TACHE PAS — AROMATIQUE - NON SULFUREUSE - SANS GRAISSE**

La lotion Scabanca a été employée avec succès depuis sept ans comme le traitement moderne contre la grattelle. Plusieurs centaines de milliers de cas ont été traités. Des rapports de cliniques démontrent que dans la plupart des cas, un seul traitement a complètement fait disparaître les acares et les lentes. Cette lotion au Benzoate de Benzyl est employée régulièrement et avec des résultats excellents et constants par les forces armées, les cliniques de santé publique ainsi que dans la pratique générale.

"Scabanca a très rarement provoqué de dermatite ou d'irritation de la peau, même dans les cas très infectés. Les enfants très jeunes peuvent être traités sans inconvénients sérieux" . . . (Kissmeyer, *Lancet*, janvier 2-1937.) "De 400 écoliers traités, 12 seulement ont eu à reprendre le traitement. Aucune dermatite n'a été observée." (D. V. Currey, *Can. Journal of Public Health*, juin 1939.)




**Quantités requises pour le traitement complet:**

Adultes: 5 ou 6 onces. Enfants: 2 ou 3 onces. Voir notre catalogue, page 33.

Fac-similé de l'étiquette à direction — fournie avec le Scabanca.

*Prière de nous écrire afin de recevoir un traitement d'essai gratuit.*

**TRAITEMENT**

**Suivre les directions attentivement.**

**Employer la lotion pure.**

1. Enduire le corps avec du savon mou.
2. Prendre un bain chaud en frottant bien les parties affectées
3. Pendant que le corps est encore humide, appliquer la lotion sur tout le corps pendant 5 minutes.
4. Laisser sécher.
5. Appliquer de nouveau la lotion pendant cinq autres minutes.
6. Assécher avec une serviette.
7. Changer les couvertures de lit et les sous-vêtements. Ensuite laver à l'eau bouillante literie et vêtements souillés et exposer au grand air

Il est recommandable que tous les membres de la famille, affectés ou non, suivent le traitement.

## Anglo-CANADIAN DRUG Company

ANICA LIMITÉE

**OSHAWA** **MONTRÉAL**

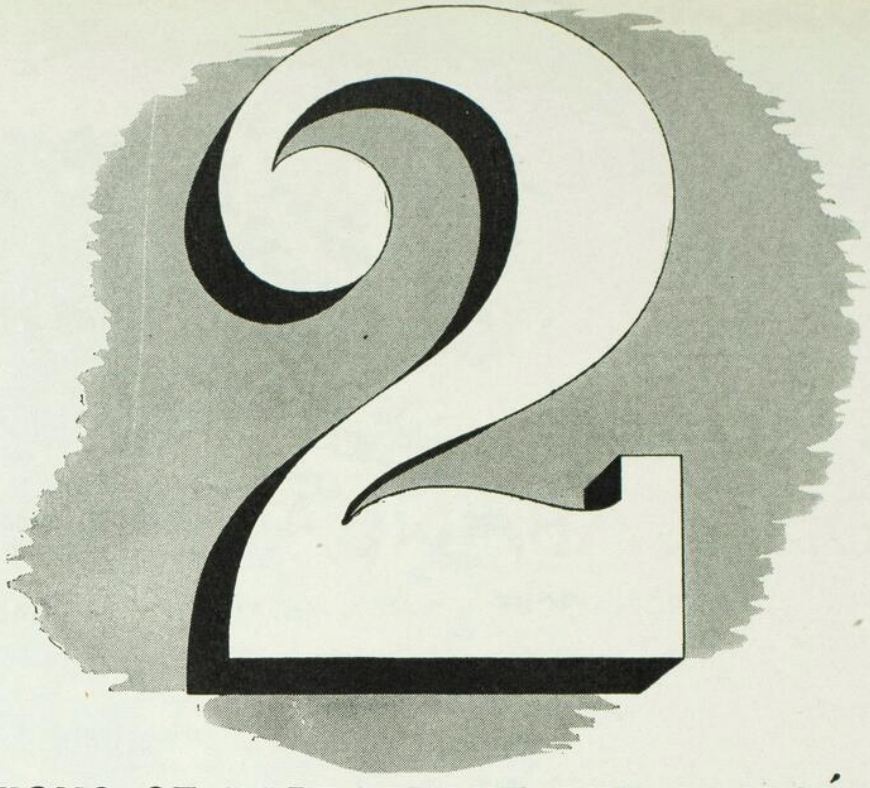
*"ACHETONS DES OBLIGATIONS DE LA VICTOIRE"*

MANUFACTURIERS DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX

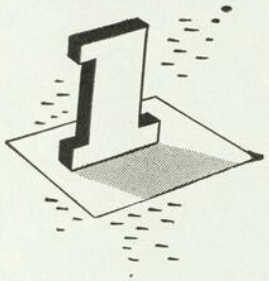
*DISTRIBUTEURS:*

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE

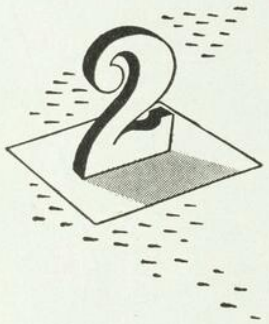
MONTRÉAL, P Q



# QUESTIONS SE RAPPORTANT AUX ANALGÉSIQUES



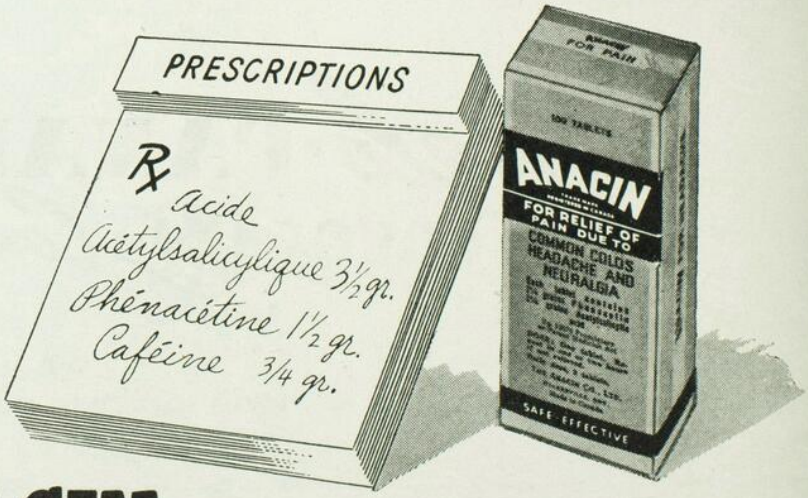
**EST-IL INOFFENSIF?** L'Anacin contient seulement deux ingredients qui sont reconnus comme étant sans danger pour le soulagement de la douleur.



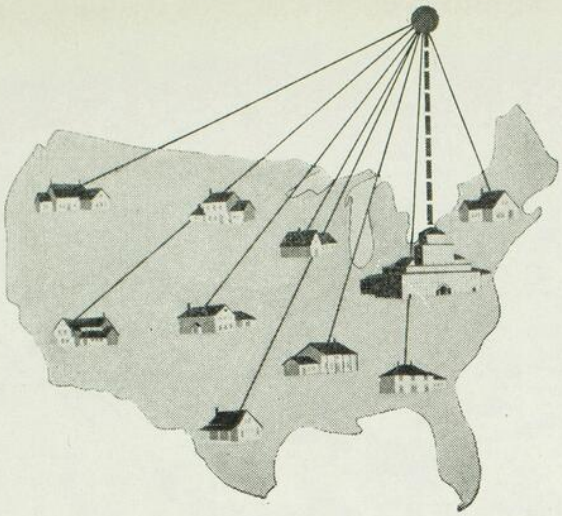
**EST-IL SOUS UNE FORME PRATIQUE?** L'Anacin étant vendu dans toutes les pharmacies, les instructions du médecin peuvent être suivies rapidement par le patient.

L'Anacin est fabriqué dans un laboratoire moderne, d'après un système de contrôle scientifique, assurant la dose précise et la pureté des ingrédients.

**ECHANTILLONS POUR MÉDECINS SUR DEMANDE**




**ANACIN** UN PRODUIT DE WHITEHALL PHARMACAL (CANADA) LIMITED



# 9 cas sur 10 d'ÉPILEPSIE
## sont traités au foyer

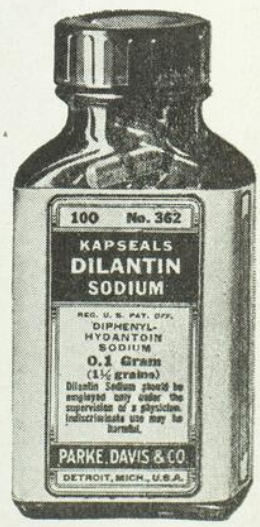


Sur ce continent, du plus du demi-million de personnes qui souffrent d'Epilepsie, environ seulement 50,000 sont placées dans des institutions publiques. Ainsi, environ 90% de la thérapeutique de cette maladie retombe sur les épaules du médecin en pratique privée.

Le soin de l'Epileptique au foyer exige l'emploi de thérapeutiques qui contrôleront effectivement les attaques, influenceront favorablement tels ou tels facteurs psychologiques pour donner au patient le plaisir de se joindre à sa famille et d'avoir un contact parfait avec les autres. Le devoir du médecin est donc de rendre ceci possible pour l'épileptique, adulte ou enfant, afin qu'il vive normalement comme tout le monde qui l'entoure.

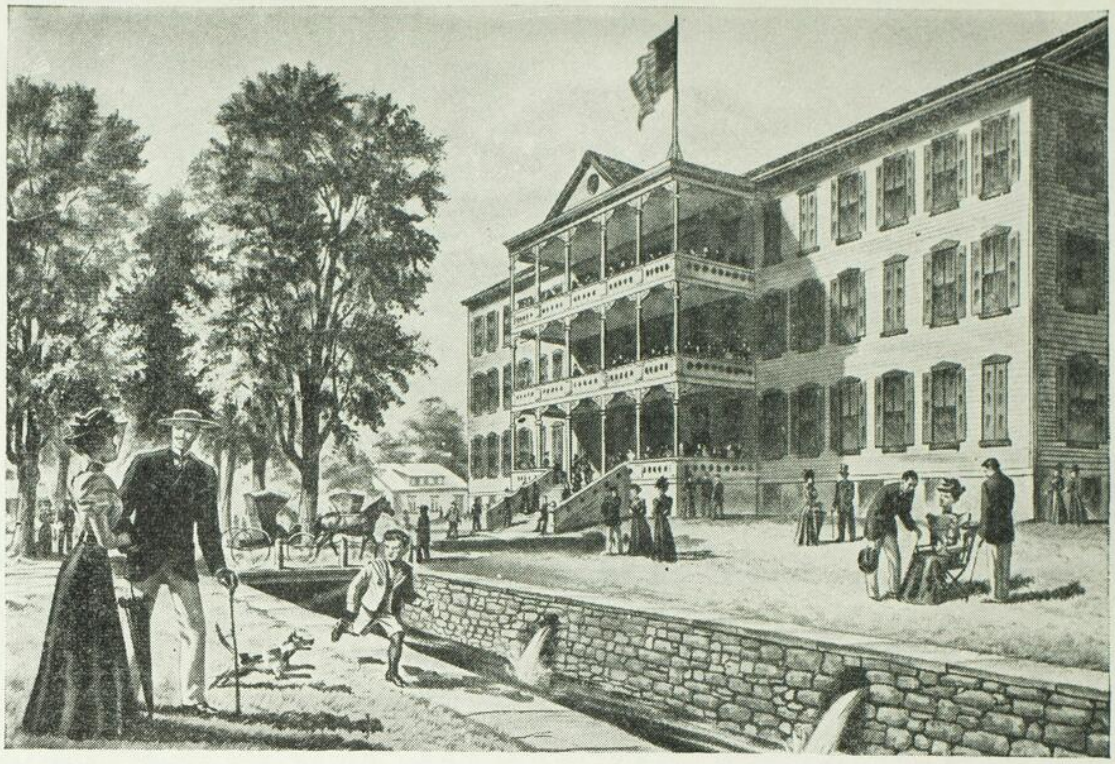
Dilantin Sodium est un anticonvulsant supérieur qui est relativement exempt d'action hypnotique. Il est effectif dans plusieurs cas où il n'y a pas de résultats par les bromures ou les barbituriques. Par un dosage adroitement contrôlé par le médecin pour les exigences du patient particulier, Dilantin Sodium apporte un contrôle complet des attaques dans un bon pourcentage des cas. D'autre part, il éloigne l'intervalle des attaques et en diminue l'effet.

1. Tracy Putnam: *Convulsive Seizures*, p. 4. J. B. Lippincott Co., 1943.




**DILANTIN SODIUM**
Diphenylhydantoin Sodium

**Parke, Davis & Compagnie**
**Montréal, Qué.**



*Hot Springs, Arkansas, vers 1890.*

## AUJOURD'HUI VOUS TROUVEREZ PARTOUT UN LAXATIF SALIN EFFERVESCENT QUAND IL EST NÉCESSAIRE

Pour beaucoup de malades, il est impossible de faire un séjour de plusieurs semaines à une station thermale. Cependant, un des avantages particuliers de ces stations thermales est à la portée de chacun, partout et quand il est nécessaire — un laxatif salin, effervescent.

Des analyses d'eaux minérales réputées ont démontré que le sulfate de soude, le chlorure de sodium et le bicarbonate de soude y représentent souvent les ingrédients les plus importants. Ces mêmes sels sont soigneusement combinés avec du phosphate de soude, du carbonate de lithium et de l'acide tartarique pour constituer le savoureux Sal Hepatica qui constitue le bienfaisant « volume liquide » destiné à nettoyer le tractus intestinal.

*Comme laxatif léger, plus effectif, ou un purgatif complet — conseillez à vos malades de faire dissoudre Sal Hepatica dans un grand verre d'eau. Dose laxative : 1 à 2 cuillerées à thé rases. Dose purgative: 4 cuillerées à thé rases.*

*Un produit de Bristol-Myers Company of Canada, Ltd.,*
*3025-F, rue Saint-Antoine, Montréal, Canada.*

**POUR NETTOYER LE TRACTUS INTESTINAL**

# Sal Hepatica




FOURNIT LE

# Volume Liquide




La Fraction de Foie Spécial employée comme base pour le Beta-Concemin fournit la vitamine B complexe *au complet.*

Ceci a été démontré par des expériences au cours desquelles les plumes des poussins qui recevaient, en plus de leur nourriture, la Fraction de Foie qui entre dans la composition du Beta-Concemin devenaient les plus longues, tandis que celles des poussins qui recevaient une nourriture supposée contenir une quantité suffisante de toutes les vitamines *connues* ne poussaient pas normalement.

De plus, cette Fraction de Foie a un effet favorable sur la croissance, la formation de l'hémoglobine et la mortalité des sujets de laboratoire.

# BETA-CONCEMIN

Marque de Vitamine B Complexe

## Contient la Vitamine B Complexe AU COMPLET

L'ÉLIXIR BETA-CONCEMIN, délicieux et fruité, se vend en bouteilles de 6 onces, 80 onces et 1 gallon—la dose moyenne est de 2 ou 3 cuillerées à soupe par jour. Les COMPRIMÉS BETA-CONCEMIN, pratiques, se vendent en flacons de 100 et 1000—la dose moyenne est de 4 à 6 comprimés par jour. Les CAPSULES BETA-CONCEMIN AVEC SULFATE FERREUX, spécialement destinées au traitement des anémies causées par la carence de fer, se vendent également en flacons de 100 et de 1000—la dose moyenne est de 4 à 6 capsules par jour.

MERRELL

*Fondée en 1828*

THE WM. S. MERRELL COMPANY - CINCINNATI, E. U. A.

DÉPÔT CANADIEN: 1705 St. Clair Ave. W., TORONTO 9, Ont.

# Faits concernant l'Alimentation!

La science qui traite de l'alimentation infantile a fait d'énormes progrès depuis quelques années, et tous les faits qui la concernent sont connus des médecins canadiens.

La H. J. Heinz Company of Canada aide à la tâche importante que représente l'alimentation infantile en préparant un choix complet d'Aliments pour Bébés—soupes, viandes, légumes, et desserts—tous spécialement préparés et scientifiquement mis en boîtes dans le but de protéger la santé des petits Canadiens. De plus, nous distribuons aux mères, de temps en temps, de la documentation instructive préparée par notre Conseiller sur l'Alimentation Infantile.

Une nouvelle édition canadienne du livret intitulé "Le Régime Alimentaire de Votre Bébé" vient de sortir des presses. Faites venir un exemplaire de ce petit livre de questions et réponses qui vous donner certains des faits sur l'alimentation. Adressez-vous à H. J. Heinz Company of Canada Ltd., 115 George St., Toronto.

## Aliments Heinz pour Bébés



# DES OBSERVATIONS...

## Rapportées par un médecin de Manchester, révèlent les avantages du traitement par le DIGESTIF-RENNIE dans les TROUBLES GASTRIQUES

*Le manque d'espace nous oblige à ne mentionner que quatre observations. Il en existe beaucoup d'autres et des copies en seront adressées aux médecins canadiens qui en feront la demande. Des centaines de médecins en Grande-Bretagne reconnaissent les avantages du Digestif-Rennie.*

### MB. — Célibataire, 47 ans, ménagère.

2 novembre - - Maigre, anémique. Depuis 4 ans souffre de douleurs gastriques ½ heure après l'absorption d'aliments. Ces douleurs durent une heure environ et sont calmées par un vomissement ou l'émission de gaz.
Examen: Abdomen flasque, atonie gastrique. Repas d'épreuve fractionné.
Rayons X: hyperchlorhydrie marquée. Aucune lésion, atonie de tout le tube digestif. Essaya des toniques et des poudres pendant 1 an sans résultat.

2 novembre - - Rx Digestif-Rennies — 2 après les repas.

1 décembre - - Se sent très bien. Pas la moindre indigestion. Soulagement de la constipation. Pas de flatulence ou éructation acide.

### WW. — Homme, 45 ans, vendeur.

7 juillet - - - - Faible et malade. A perdu beaucoup de poids. Depuis 2 ans, douleurs après les repas; douleur agaçante au creux épigastrique, souvent calmée par la prise d'aliments.

1 juillet - - - - Examen aux rayons X: ulcère duodénal cratériforme. Hospitalisé et doit garder le lit. Régime: huile d'olive et lait citraté.

2 septembre - - Congé. Guéri; on le renvoie chez lui pour continuer son régime et le traitement par les poudres.

1 octobre - - - Brûlures d'estomac, souffre même après la prise de poudre.
Rx Digestif-Rennies.

2 octobre - - - Continue à prendre les Digestif-Rennies — a obtenu beaucoup de soulagement du premier traitement par ce médicament.

1 décembre - - 2e examen aux rayons X: L'ulcère est presque guéri; pas de déformation du contour du duodénum ou de l'estomac. A pris du poids; se sent beaucoup mieux.

### MR.—Vve, 36 ans. S'occupe de Bien-être Social.

3 décembre - - - Inappétence. Sensation de douleur épigastrique après les repas.
*Histoire de cas*: Maigre, pâle, travail sédentaire, longues heures de bureau. Coud durant les soirées; prend soin de sa mère invalide. Repas irréguliers, ne se préoccupe pas de repas convenables, se contente de collations.
*Diagnostic*: atonie gastrique due à une vie sédentaire et au manque d'exercice.
Les conseils déjà donnés par le médecin ont été acceptés avec peu d'enthousiasme.

8 juillet - - - - Rx Digestif-Rennies après les repas.

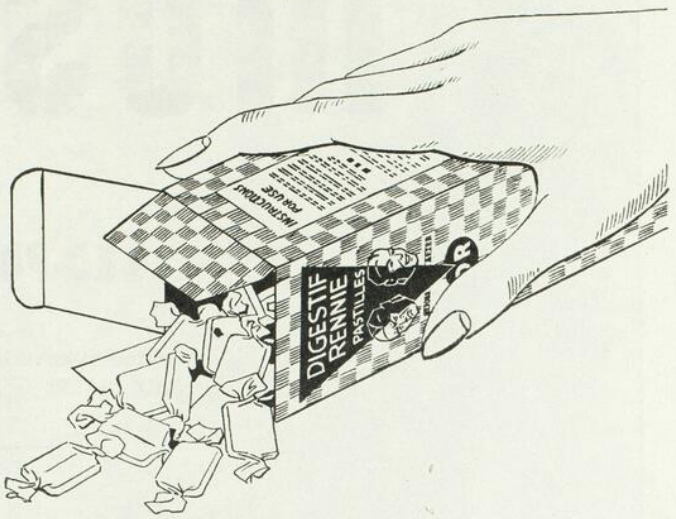
1 août - - - - A pris les Digestif-Rennies régulièrement. Meilleure apparence, mange bien, bon appétit. Prend 2 Digestif-Rennies après chaque repas. Aucun symptôme gastrique douloureux.

### MB. — Homme, 42 ans, comptable.

1 nov. 1937 - - Difficulté de concentration. Perte du sommeil. Depuis 3 à 4 mois éprouve des douleurs gastriques après les repas. Pas de vacances régulières depuis 3 à 4 ans. Travaille chez lui en fin de semaine. Instabilité nerveuse. Trémulations fibrillaires de la langue et des doigts tendus. Tension artérielle systolique, 170 mm.
Examen abdominal: négatif; seulement de légers bruits de fluctuation même 2 heures après la prise d'aliments ou de liquide. Céphalées occasionnées par l'atonie et l'hyperacidité gastriques.

1 nov. 1937 - - Rx Digestif-Rennies.

1 nov. 1937 - - Les douleurs gastriques sont presque entièrement disparues — ainsi que la céphalée. Eprouve une amélioration totale. Continue à prendre les Digestif-Rennies.




## LA SALIVE EST LE SOLVANT

En fondant dans la bouche les Pastilles Digestif-Rennies permettent aux facteurs palliatifs de pénétrer dans l'estomac goutte à goutte, et le fait que la salive agit comme véhicule est une particularité avantageuse du traitement de certains troubles digestifs par les Digestif-Rennies.

Les Pastilles Digestif-Rennies se portent facilement dans la poche ou la bourse: elles peuvent se prendre n'importe où et n'importe quand. Elles ont une saveur agréable, fondent rapidement dans la bouche sans laisser aucun arrière-goût désagréable.

### Chaque pastille D-R contient:

*Mag. Carb.: Bismuth Ox.: Mag. Hydrox.: Mag. Ox.: Kaolin Colloïdal: Pepsine: Pancréatine: Calc. Phosph.: Calc. Carb.: Sod. Bicarb.: Mag. Silic. Hyd.: Ol. Menth. Pip.: Acacia: Sucrose.*

POSOLOGIE: Une ou deux pastilles après les repas . . . ou bien prendre à volonté lorsque le besoin s'en fait sentir jusqu'à soulagement.

*Echantillon médical sur demande adressée à Toronto*

**John A. Huston Co. Limited**
*Concessionnaires exclusifs pour le Canada*
36-48, Caledonia Road, TORONTO

**E. GRIFFITHS HUGHES LTD.**
*Fabricants de produits pharmaceutiques depuis 1756*
MANCHESTER, ANGLETERRE

*Hommage à la Musique Française*

⚜

# MUSIQUE

par

## LÉO-POL MORIN

**Un grand volume in-8, 440 pages, broché.**
**PRIX: $2.00 — Par la poste, $2.20.**



Par ce choix de chroniques et de causeries, Léo-Pol Morin va continuer dans le grand public et surtout parmi la jeunesse de vivre pour la cause de la musique qu'il servit avec tant d'intelligence et de verve.

A relire ces textes les uns à la suite des autres, on constate l'étendue de sa curiosité d'esprit, la modération et la finesse de ses jugements, la profondeur de son attachement à l'art.

Dans tout le volume il n'y a pas un article indifférent, et nombreux sont ceux que seul Morin pouvait écrire. Sa vie, tragiquement écourtée, nous a privés de ses jugements toujours pertinents, lumineux et personnels. Pour les jeunes amis de l'art s'éveillant à la musique d'orchestre, ce livre constituera une mine précieuse.

L'ouvrage, triplement et très heureusement préfacé par S. Exc. M. Jean Désy, MM. Marcel Dugas et Robert de Roquebrune, deviendra le livre de chevet de tous les jeunes amis de la musique.

Marcel VALOIS.

## ÉDITIONS BEAUCHEMIN




**Nestlé's Milk Products (Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

« SUR LA RECOMMANDATION DE PLUSIEURS GRANDS SPÉCIALISTES EN DERMATOLOGIE, nous avons omis, dans la formule de l'huile Baby's Own, les composés chimiques douteux, les antiseptiques violents et tout autre ingrédient auquel pourraient faire objection les membres éminents de la profession médicale. »




C'est la raison pourquoi l'huile Baby's Own ne contient aucun antiseptique.

Dès le début, la compagnie J. B. Williams voulut fabriquer une huile qui pourrait convenir à la peau de **tous** les bébés, car leur épiderme délicat résiste mal aux antiseptiques chimiques, si doux soient-ils.

D'un océan à l'autre, les médecins, les gardes-malades, les spécialistes de la peau et les mamans recommandent cette huile.

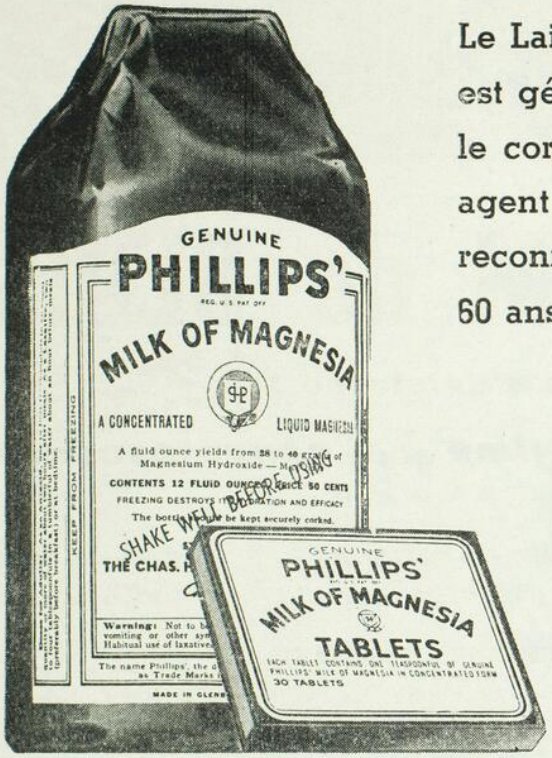
L'huile Baby's Own est douce, pure, onctueuse, absolument anodine. Elle est spécialement traitée pour convenir à la peau des bébés.

L'huile Baby's Own peut être employée en toute confiance. Ne craignez rien ; il n'y en a pas de meilleure.

# Huile Baby's Own

**J. B. WILLIAMS Co. (CANADA) LIMITED**

# *Quand il faut un doux laxatif...*




**Le Lait de Magnésie Phillips' est généralement accepté par le corps médical comme agent thérapeutique et est reconnu tel depuis plus de 60 ans.**

***Comme laxatif*** — il agit doucement, sans occasionner des besoins pressants embarrassants.

***Comme antiacide*** — Il soulage promptement et efficacement. Ne contient aucun carbonate. n'occasionnant ainsi aucun gonflement gênant.

***Dose...*** ***(laxatif)***
2 à 4 cuillerées à soupe

***(antiacide)***
1 à 4 cuillerées à thé
*ou* 1 à 4 comprimés

# PHILLIPS' LAIT DE MAGNESIE

*Préparé seulement par*
THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION

1019 ELLIOTT STREET W., WINDSOR, ONTARIO

1896



1945

# SANATORIUM de BLOIS

***49e année d'existence***

***Maison de repos, de régime et de convalescence***

## AFFECTIONS NERVEUSES EN GÉNÉRAL

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

**MÉDECIN-DIRECTEUR: . . . Dr Charles de BLOIS**

DIRECTEUR ADJOINT: . . . **Dr Georges de BLOIS**

**MÉDECINS CONSULTANTS:**

Professeur Albert LeSAGE, Montréal; Dr Charlemagne BARIBEAU, Trois-Rivières; Dr J.-C. GELINAS, Trois-Rivières. Dr Benoit JACOB, Trois-Rivières; Dr Rob. VEILLEUX (Radiologiste), Trois-Rivières.

**PRIX MODÉRÉS—Deux solariums, service d'ascenseur, etc.**

*Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.*

**Pour renseignements supplémentaires et réservations: s'adresser par lettre, télégramme ou téléphone au Directeur:**

**PROSPECTUS ILLUSTRÉ SUR DEMANDE**

**Dr Charles de Blois, C.C.S.G.G.**

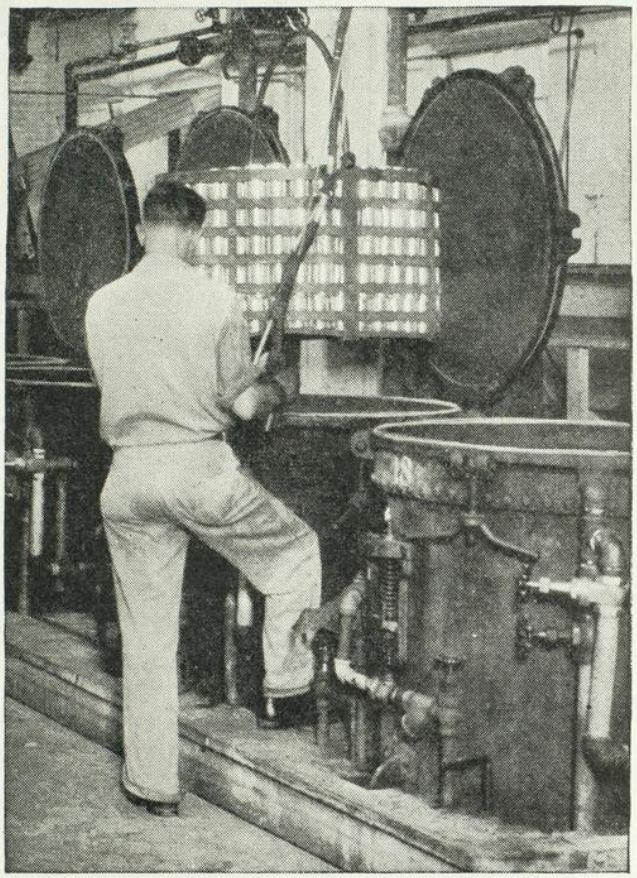
**SANATORIUM de BLOIS**

**Téléphone 3420** **225 boul. Laviolette - Trois-Rivières, P.Q.**

# Erreurs disparues et autres qui survivent



**LES TRACTEURS PERKINS,** deux petites aiguilles de métal différer firent sensation au 18ème siècle. Quand on promenait la pote de ces aiguilles sur les parties malades, le mal était supposé guérir. En réalité, ce traitement n'avait de valeur que pa 'effet mental qu'il produisait.



**LES ALIMENTS EN BOÎTES** sont crus et doivent être cuits. Il y a, encore aujourd'hui, des gens qui croient cela, bien que ce soit tout à fait faux. La vignette ci-dessus montre des aliments en boîtes traités à la chaleur à des températures contrôlées plus élevées que celles que l'on peut obtenir chez soi.

*Comme vous le savez,* les aliments en boîtes sont cuits à fond, la chaleur les rendant bactériologiquement stériles. Le scellage hermétique prévient toute contamination venant de l'extérieur. Pour les préparer, il n'y a qu'à les faire chauffer au goût. Beaucoup de ces aliments se servent froids.

CANCO

**AMERICAN CAN COMPANY, HAMILTON, ONTARIO;**
**AMERICAN CAN COMPANY LTD., VANCOUVER, C.-B.**

# LA VIE AVEC "FISTON" par *Elsie*, la Vache Borden




"ES-TU ENCORE EN TRAIN DE CHIPER MON **LAIT EVAPORÉ BORDEN'S** POUR TON CAFÉ?"

©The Borden Co. Ltd.

**D'infinies précautions** sont prises pour assurer la pureté et la qualité du lait qui est employé pour faire le Lait Evaporé Borden's.

L'état des bâtiments des fermes, des troupeaux et des paturages doit se conformer aux prototypes rigoureux établis par Borden. Et cette surveillance est déployée depuis la traite du lait jusqu'à sa livraison à l'usine, où des analyses sont faites dans des laboratories modernes.

De cette façon, le produit final répond aux exigences les plus strictes établies par les médecins pour l'alimentation infantile. Et nous avons toute raison de dire que "Si c'est du Borden's, il *faut* que ce soit bon!"




***Il est irradié***

Nous vous enverrons volontiers sur demande des suggestions pour l'alimentation infantile, sous forme de tableau—ainsi que des blocs-notes pour vos ordonnances.

**THE BORDEN COMPANY LIMITED**

**Spadina Crescent, Toronto**



# Avez-vous des patients qui souffrent de troubles du dos?

**Viscéroptose ou néphroptose avec symptômes? hernie? de troubles prénatals, postpartum ou postopératoires? d'affections du sein?**

## Un Support Spencer

Peut être dessiné spécialement pour votre patient ou patiente, afin de répondre aux besoins que vous spécifiez. Cela est possible, parce que chaque Spencer est dessiné, taillé et fait *individuellement* pour l'unique personne qui le portera. Ce fait donne au médecin l'assurance que le support sera bien, au point de vue de la mécanique du corps; qu'il ajustera bien et sera parfaitement confortable. Vous pouvez atteindre une spécialiste Spencer en consultant le bottin du téléphone, sous la rubrique "Corsetières Spencer" ou en nous écrivant directement.

**Supports pour l'abdomen, le dos et les seins**

*dessinés individuellement par* **SPENCER**

**SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED**
**Rock Island, Québec.**
**Aux Etats-Unis: Spencer Inc., New Haven, Conn.**
**En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.**

*Voulez-vous une brochure?*

Veuillez m'adresser la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

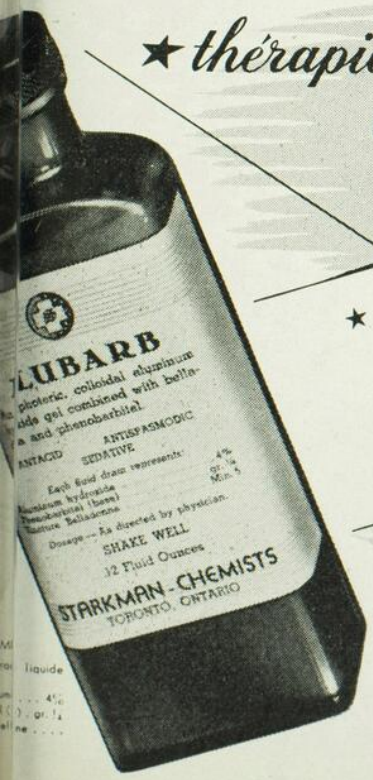
.....M.D.

Adresse .....

..... 151-4-45

# ALUBARB

★ *thérapie acceptée pour les ulcères...*

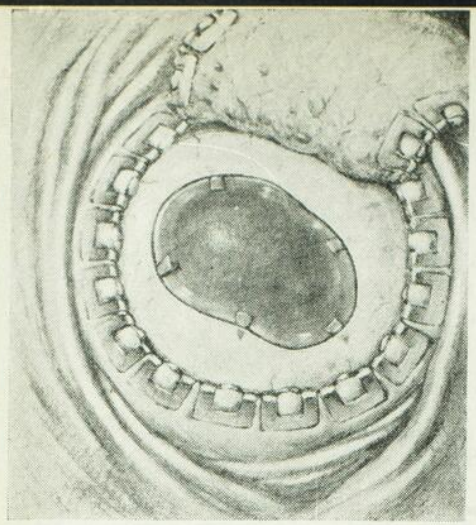



★ Une gelée d'hydrate d'aluminium colloïdal amphotérique combinée avec de la belladone et du phénobarbital, indiquée dans le traitement de l'hyperacidité associée aux ulcères peptique et duodénal.

★ ANTIACIDE ★ SÉDATIF ★ ANTISPASMODIQUE

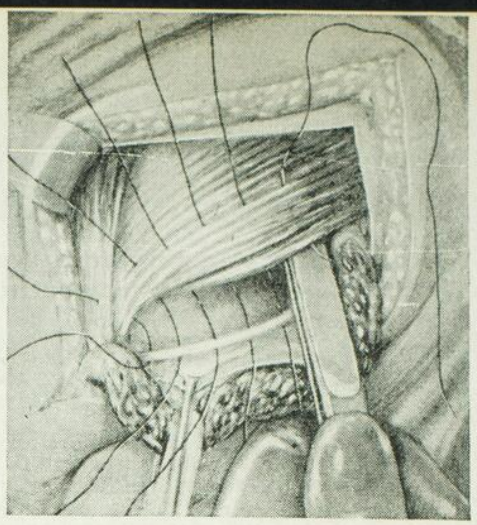
**Starkman** *Chemists*

TORONTO



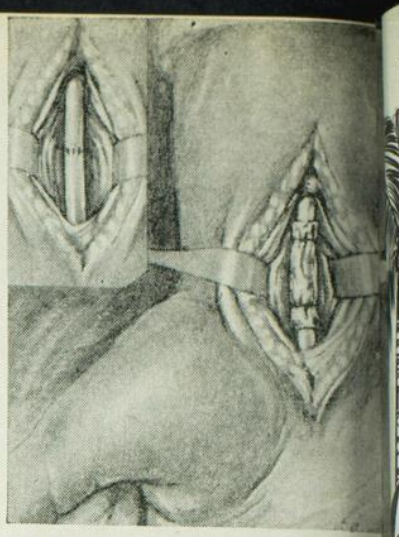
**PLASTIQUE DES LÉSIONS CRANIENNES**

Plaque de tantale incrustée dans la paroi osseuse qui entoure la lésion. La plaque est de niveau avec la surface du crâne et est fixée par des pointes triangulaires en tantale.



**HERNIOTOMIE**

Technique de Bassini modifiée. Des fils de suture en tantale rapprochent l'aponévrose oblique externe du ligament de Poupart. Très utile dans les cas de hernie récidivante ou pour les régions infectées.



**SUTURES NERVEUSES**

(*A gauche*) Sutures fines en tantale po procher les côtés de la gaine du nerf sectionné . . . Feuille mince de tantale o avec jeu autour de la section réparée c tenue par des attaches lâches.

# TANTALE ETHICON

## *un nouveau métal très pratique pour les interventions chirurgicale*

### QUANTITÉ LIMITÉE MAINTENANT DISPONIBLE POUR LES CIVILS

● Le tantale, très utilisé pour la chirurgie de guerre, est maintenant disponible, en quantité limitée, pour les civils. Des preuves tant expérimentales que cliniques indiquent que le tantale est supérieur à l'argent, à l'acier et aux alliages divers, en tant que substance métallique pour sutures non résorbables et pour plaques utilisées en chirurgie osseuse. Les recherches ont établi que c'est un corps inerte, non corrosif et non électroactif. Il provoque le minimum de réaction dans les tissus. Doué d'une grande résistance à la tension, très malléable, il est en même temps imperméable. Le tantale supporte l'ébullition et peut être introduit sans inconvénient dans l'autoclave.

**LES SUTURES DE TANTALE ETHICON** sont 2½ fois plus résistantes que l'exigent les spécifications de la U.S.P. pour le catgut. Dimensions: 6-0, 5-0, 4-0, 18'' de longueur, fixées sur aiguilles Atraloc sans chas, à pointe circulaire étrécie de ⅜.

Utilisées et nouées de la même façon que les autres fils de t non résorbables.

**FILS DE TANTALE ETHICON.** Fils à suturer sur bâ sans aiguilles. Dimensions: 6-0, 5-0, 4-0, 000, 0, 2, 4.

**RUBAN DE TANTALE ETHICON.** Pour pinces hémos ques, telles qu'employées, en particulier, dans la chirurg cerveau. Ce ruban sert également en chirurgie orthopéd faciale et maxillaire.

**FEUILLE MINCE DE TANTALE ETHICON.** Sert sutur grande échelle dans la plastique des lésions craniennes et ds chirurgie plastique ou reconstructive. Epouse facileme contour des objets.

Brochures descriptives illustrées et liste de prix de to produits chirurgicaux de tantale Ethicon envoyées sur dem

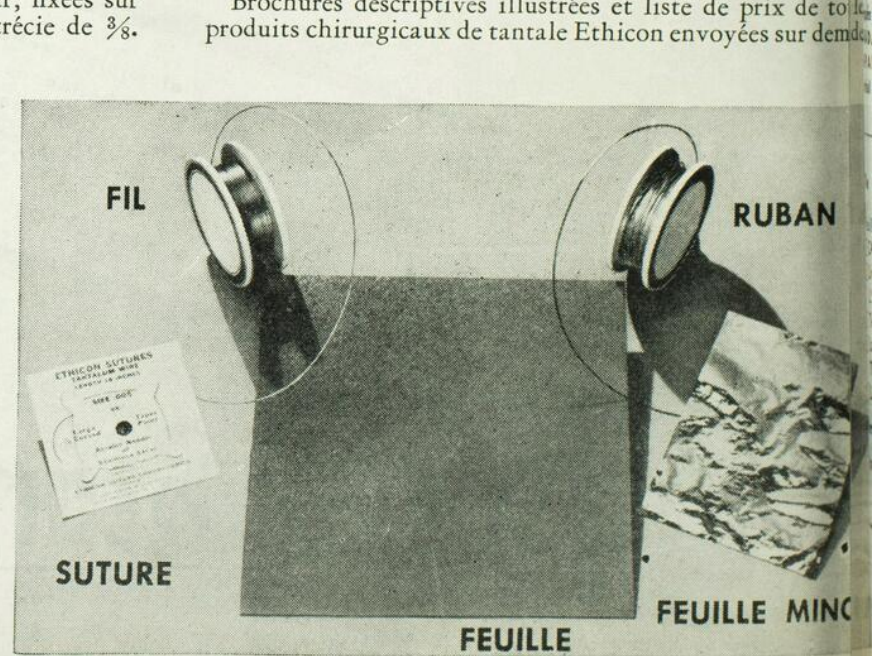
SEULS DISTRIBUTEURS

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

*Les plus grands fabricants de catgut au monde*

**ETHICON** *Sutures*

*Complément de l'habileté du chirurgien*





# *C'est la* BARBADE
## *qui appelle, docteur Lebrun!*

En effet, la Barbade revient encore sur votre liste d'appels! Vous n'avez eu ni le temps ni l'occasion de vous absenter durant la longue tension de ces hivers actifs de guerre... et c'est presque le moment, maintenant, où vous seriez prêt à prendre un repos... vous avez besoin d'un changement complet... des vacances à la Barbade, avec son climat, le plus sain au monde, vous remettront sur pieds et vous feront éprouver la sensation d'être un homme nouveau! L'île n'a pas changé — c'est le même endroit charmant, reposant avec ses clubs accueillants... le golf, le tennis, le yachting, la natation, la pêche aux poissons de mer et des paysages pittoresques! Et ce rappel, monsieur, ne vient pas trop tôt... de sorte que la possibilité maintenant existante d'un voyage à la Barbade sera bienvenue pour plus d'une raison! Pour renseignements complets quant au voyage et aux accommodations, écrivez à

•

**THE CANADIAN WEST INDIAN LEAGUE**
**309 A, Édifice Sun Life, Montréal, P. Q.**

ou à

**THE BARBADOS PUBLICITY COMMITTEE**
**Bridgetown, Barbade, Antilles.**




# 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.

**fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY Limited, Montréal et Toronto.**

## SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

**AUX MÉDECINS SEULEMENT**

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de Maïs . . . un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants ... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

**...e CANADA STARCH CO., Ltd., Montréal**

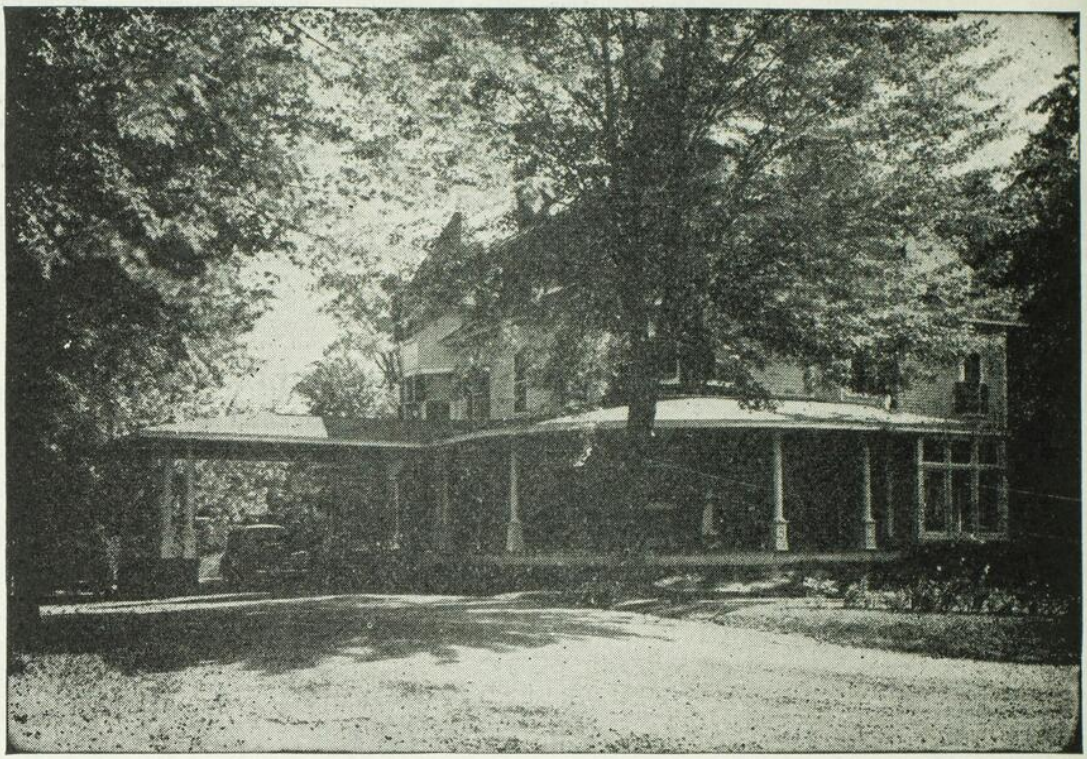
...euillez m'envoyer
CALCULATEUR
Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
TABLETTES DE FORMULES
La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
La brochure: "DEXTROSOL"

...om .....

...dresse .....

.....

# SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORÉ



**ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE**

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

**TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. Rayons U.V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

**Personnel médical:** Dr Charles-A. Langlois; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot.

**4445 ouest, Boulevard Gouin,** **Téléphone: BYwater 1240**

QUAND VOUS ACHETEZ
DES CIGARETTES,
DITES SIMPLEMENT...

"Un paquet
d'Sweet,
s'il vous plaît"



CIGARETTES SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé"

Une thérapeutique efficace pour... l'Otite Moyenne
DOIT ÊTRE ANALGÉSIQUE - BACTÉRICIDE et PRODUIRE la DÉSHYDRATATION des TISSUS

Auralgan

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. Montréal — New-York — London

PAVERAL

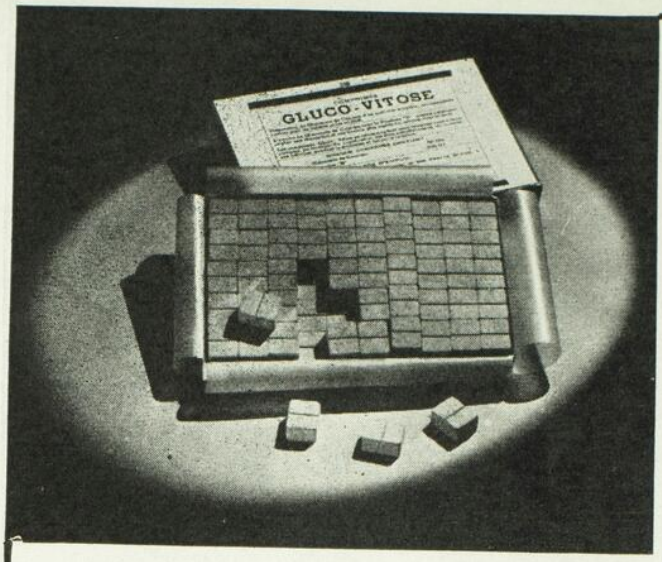
reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL




PASTILLES

# GLUCO-VITOSE

réalisent l'association

du Gluconate de Chaux assimilable et de la Vitamine "D" (anti-rachitique) nécessaires aux mères durant leur grossesse et aux enfants pendant leur dentition.

Elles se recommandent également comme récalcificateur d'entretien chez les enfants ou les adultes qui manifestent les symptômes habituels du rachitisme.

Chaque pastille renferme

| | |
|---|---|
| Gluconate de Calcium | 0.50 Grm. |
| Vitamine "D" | 600 U.I. |
| Base chocolatée | Q.S. |

*Littérature et échantillons sur demande.*

LABORATOIRES DESAUTELS Limitée, 1180, rue Benoît, Montréal.

ACHETEZ DES « CERTIFICATS D'ÉPARGNE DE GUERRE »

*A messieurs les médecins:*

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES

# ARTHUR HIRBOUR

*est tout indiquée pour la préparation de vos ordonnances*

℞

NOUS N'EMPLOYONS QUE LES PRODUITS CHIMIQUES SUPÉRIEURS.

40 ANNÉES D'EXPÉRIENCE COMME PHARMACIE PROFESSIONNELLE.

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

J.-O. GIROUX

OPTICIEN

*Membre diplômé de l'A.E.P.O. de Paris*

LUNETTES, LORGNONS
VERRES OPHTALMIQUES

*Assisté de MM.*

A. PHILIE
A. ALLAIRE
G. GUERNON

BUREAUX CHEZ

Dupuis Frères LIMITÉE

MONTRÉAL



LABORATOIRE DE SERVICE
STARKMAN

Un service de laboratoire rapide et sûr pour les analyses parfaites du sang et des urines.

Des tubes ASCHIEM-ZONDEK et pour le sang sont fournis gratuitement sur demande.

SERVICE DE . . . . **48** HEURES POUR LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE.

$3.50



Starkman Chemists

Toronto 4 Dept. 19


# LE SALON DE PHOTOGRAPHIE DES MÉDECINS CANADIENS

## Avis aux médecins canadiens

**LE SALON DE PHOTOGRAPHIE DES MÉDECINS CANADIENS**

a été organisé sous les auspices du Montreal Camera Club. Tous les médecins du Canada sont invités à y exposer photos, et clichés polychromes.

## EXPOSITION:

Du 11 au 22 juin 1945,
à la *Galerie des Arts* de la maison Eaton,
Montréal, P. Q.

Le Salon comprend deux sections:

Première section: réservée exclusivement aux médecins canadiens.

Deuxième section: destinée à tous les autres photographes amateurs canadiens.

Chaque section se subdivise en deux groupes:

(*a*) Photographies monochromes.
(*b*) Clichés polychromes.

## PRIX:

| | | |
|---|---|---|
| Première section (*a*) | 1er prix | $50.00 |
| | 2e prix | $25.00 |
| | 3e prix | $10.00 |
| Première section (*b*) | 1er prix | $50.00 |
| | 2e prix | $25.00 |
| | 3e prix | $10.00 |

Des prix de même valeur seront décernés à la deuxième section — groupes (*a*) et (*b*).

Les formules d'inscription et les brochures explicatives parviendront sous peu à tous les médecins du Canada. Si vous ne les recevez pas, veuillez en aviser « Le Salon de Photographie des Médecins Canadiens », a/s 950, rue Saint-Urbain, Montréal 1, P. Q.

*En collaboration avec:*

**FRANK W. HORNER Limited**

Montréal Canada

POURQUOI CHOISIT-ON CUPREX




CONTRE LA PÉDICULOSE?

*Parce qu'il . . .*

✓ Détruit PROMPTEMENT Poux, Larves et Lentes!
✓ Une application suffit habituellement!
✓ Est inodore et non collant!
✓ Agit avec efficacité!

D'EMPLOI PROPRE ET FACILE — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

UN PRODUIT DE MERCK & CO., LIMITED, MONTRÉAL

WYANOÏDS

*pour*

HÉMORROÏDES

# Épreuves démontrant l'efficacité des céréales pour former le volume

DE récentes expériences effectuées dans une Université du mid-west des Etats-Unis ont démontré la différence appréciable existant dans la digestibilité des substances fibreuses provenant de diverses sources alimentaires. Ces épreuves ont montré que le ALL-BRAN Kellogg possédait les propriétés les plus efficaces pour former le volume nécessaire dans l'intestin, en outre d'une action laxative supérieure à celle de la plupart des fruits et légumes analysés — ce fait est intéressant pour les médecins traitant des cas de constipation due au manque de volume dans l'alimentation.

**ALL-BRAN**
*Kellogg*

**Laxatif sous forme d'aliment**




GRATIS! MATIÈRE SCIENTIFIQUE UTILE renfermant les détails des expériences. Veuillez simplement remplir le coupon et l'adresser à: Kellogg Company of Canada, Limited, London, Ontario.

Nom .....

Rue .....

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

95-6136-1 F

# TABLE DES ANNONCEURS


| | Pages |
|---|---|
| **Abbott Laboratoires Ltée** | 37-38 |
| **American Can. Co.** (Erreurs disparues et autres qui survivent) | 561 |
| **Anglo-Canadian Drug Co.** (Lotion Scabanca) | 549 |
| **Anglo-French Drug Cie** (Sulfosalyl) | 519 |
| **Ayerst, McKenna & Harrison Ltée** ("A.P.L.") | 2 |
| **Ayerst, McKenna & Harrison Ltée** (Pénicilline Ayerst maintenant en vente) | 1 |
| **Ayerst, McKenna & Harrison Ltée** ("Prémarine" — ("Emménine") | 531 |
| **Borden Company Ltd. The** (Lait évaporé Borden's) | 562 |
| **Bristol Myers Co. of Canada, Ltd.** (Sal Hepatica) | 552 |
| **Burroughs Wellcome & Co.** (Dexin) | 29 |
| **Canada Drug Co., Ltd.** (Pavéral) | 567 |
| **Canada Starch Co. Ltd. The** (Sirops de maïs Crown Brand et Lily White) | 565 |
| **Canadian Tampax Corporation Ltd.** (Quiétude pour la femme) | 542 |
| **Canadian West Indies League** (C'est la Barbade qui appelle...) | 565 |
| **Casgrain & Charbonneau, Ltée** (Stomagel) | 26 |
| **Casgrain & Charbonneau, Ltée** (Oculets) | 16 |
| **Chatham Pharmaceuticals, Inc.** (Koagamin) | 541 |
| **Compagnie Ciba Ltée** (Comprimés de Vioforme et poudre au Vioforme) | 25 |
| **Denver Chemical Manufacturing Company. The** (Galatest) — (Réactif à l'acétone) | 22 |
| **Denver Chemical Manufacturing Company** (Antiphlogistine) | 13 |
| **Dohow Chemical Company Ltd.** (Auralgan) | 567 |
| **Eddé, J., Ltée** (Aniodol interne) — (Carovit) — (Ocréine Gremy) — (Pancrinol du Dr Debat) — (Panserol) — (Sulforazine) — (Suppositoires C.S.C.) — (Vulcase) | 538 |
| **Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.** | 1ère page de la couverture |
| **Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.** (Une bonne, très bonne matinée) | 7 |
| **Frosst, Charles E. & Co.** | 17-18-19-20 |
| **Giroux, J.-O. (Opticien)** | 569 |
| **Gouvernement de la Province de Québec. Ministère de la Santé et du Bien-Etre Social** (Eradication de la syphilis) | 3e p. de la couv. |
| **Heinz Company of Canada Ltd. H. J.** (Aliments Heinz pour Bébés) | 554 |
| **Herdt & Charton, Inc.** (Agrippol) | 529 |
| **Herdt & Charton, Inc.** (Anabile) | 525 |
| **Herdt & Charton, Inc.** (Veratrite) | 527 |
| **Horner, Frank W., Ltd.** (Pénicilline) | 28 |
| **Horner, Frank W., Ltd.** (Le salon de photographie des médecins canadiens) | 569 |
| **Huston Co. Ltd. John A.** (Digestif Rennie) | 555 |
| **Imperial Tobacco Co.** (Cigarettes Sweet Caporal) | 567 |
| **Johnson & Johnson Ltd.** (Tantale Ethicon) | 564 |
| **Kellogg Company of Canada, Ltd** (All-Bran) | 570 |
| **Laboratoires Desbergers-Bismol** (Extraits allergéniques Desbergers) | 4e p. de la couv. |
| **Laboratoires Connaught** (Pénicilline) | 545 |
| **Laboratoires Désautels** (Pastilles Gluco-Vitose) | 563 |
| **Laboratoire Marois** (Hemo-Vitol) — (Tonisédine) | 544 |
| **Laboratoires Poulenc Frères** (Dycholium) | 2e page couv. |

| | Pages |
|---|---|
| **Laboratoires Jean Olive** (Nucléarsitol Robin) — (Strychnarsitol Robin) — (Iodone Robin) — (Peptonate de fer Robin) — (Glycérophosphate de chaux Robin) — (Bismuthoïdol Robin) | 540 |
| **Laurentian Agencies, Reg'd.** (Ertron) | 14-15 |
| **Lederle Laboratories Inc.** (Polligènes Lederle) | 11 |
| **Librairie Beauchemin Ltée** | 556 |
| **Mead Johnson & Co. of Canada Ltd.** (Pablum) | 21 |
| **Merck & Co., Ltd.** (Pyridium) | 5 |
| **Merck & Co., Ltd.** (Cuprex) | 570 |
| **Merrell Company. The Wm. S.** (Beta-Concemin) | 533 |
| **Millet, Roux & Cie Ltée** (Sédantyl) | 9 |
| **Monty, Gagnon et Monty** | 571 |
| **Mowatt & Moore Ltd.** (Vitacaps-M) | 547 |
| **Murine Co.** (Utilisee dans les installations industr.elles) | 4 |
| **Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd.** (Lactogen) | 557 |
| **Parke, Davis & Compagnie** (Dilantin Sodium) | 551 |
| **Parker, White & Heyl, Inc.** (Formaldehyde Germicide) | 546 |
| **Pharmacie d'ordonnances Arthur Hirbour, La** | 568 |
| **Phillips Co. Division. The Chs. A.** (Lait de Magnésie Phillips) | 559 |
| **Reed & Carnrick (Canada) Ltd.** (Médicaments injectables) | 33 |
| **Reckitt & Colman (Canada) Ltd.** (Antisepsie) | 534 |
| **Rougier Frères** (Gynexyl) | 517 |
| **Rougier Frères** (Loravine) | 3 |
| **Sanatorium de Blois** (49e année d'existence) | 560 |
| **Sanatorium Prévost Inc.** | 566 |
| **Sharp & Dohme (Canada) Ltd.** ('Ribothiron') | 27 |
| **Shuttleworth Chemical Co., Ltd. The E. B.** (Ferrochlor E. B. S.) | 523 |
| **Singer Sewing Machine Co.** (Le sutureur chirurgical Singer) | 536 |
| **Smith, Kline & French Co.** (Comprimés Fésofor) | 539 |
| **Smith & Nephew Ltd.** (Elastoplast) | 31 |
| **Société d'expansion pharmaceutique** (Séphédryl) | 533 |
| **Squibb, E. R. & Sons of Canada, Ltd.** (Amniotine) | 535 |
| **Spencer Supports (Canada) Ltd.** (Supports Spencer) | 563 |
| **Starkman Chemists** (Alubarb) | 563 |
| **Starkman Chemists** (Laboratoire de service) | 569 |
| **Stearns & Company of Canada Ltd., Frederick** (Muqilose) | 23 |
| **Tarbonis Co. The** (Tarbonis) | 548 |
| **Upjohn** (Unicap) | 36 |
| **Usines Chimiques du Canada Inc.** (Adrésyncaïn) | 572 |
| **Vinant Limitée** (Pommade et suppositoires Midy) — (Sédosine) | 30 |
| **Vinant Limitée** (La Solution de salicylate de soude du docteur Clin) — (Valérianate Pierlot) | 32 |
| **Warner, Wm. R., Ltd.** (Logistique) | 521 |
| **Williams Co. (Canada) Ltd. The J. B.** (Huile Baby's Own) | 558 |
| **Winthrop Chemical Company, Inc.** (Demerol) | 24 |
| **White Laboratories** (Dillard's Aspergum) | 537 |
| **White Laboratories** (White's sulfathiazole gum) | 543 |
| **Whitehall Pharmacal (Canada) Ltd.** (Anacin) | 550 |
| **Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John** (Amphojel) | 34-35 |
| **Wyeth & Bro., (Canada) Ltd., John** (Wyanoïds pour hémorroïdes) | 570 |



**AMherst 8900-3733**

## MONTY, GAGNON & MONTY

**Ambulances de luxe, chauffées**

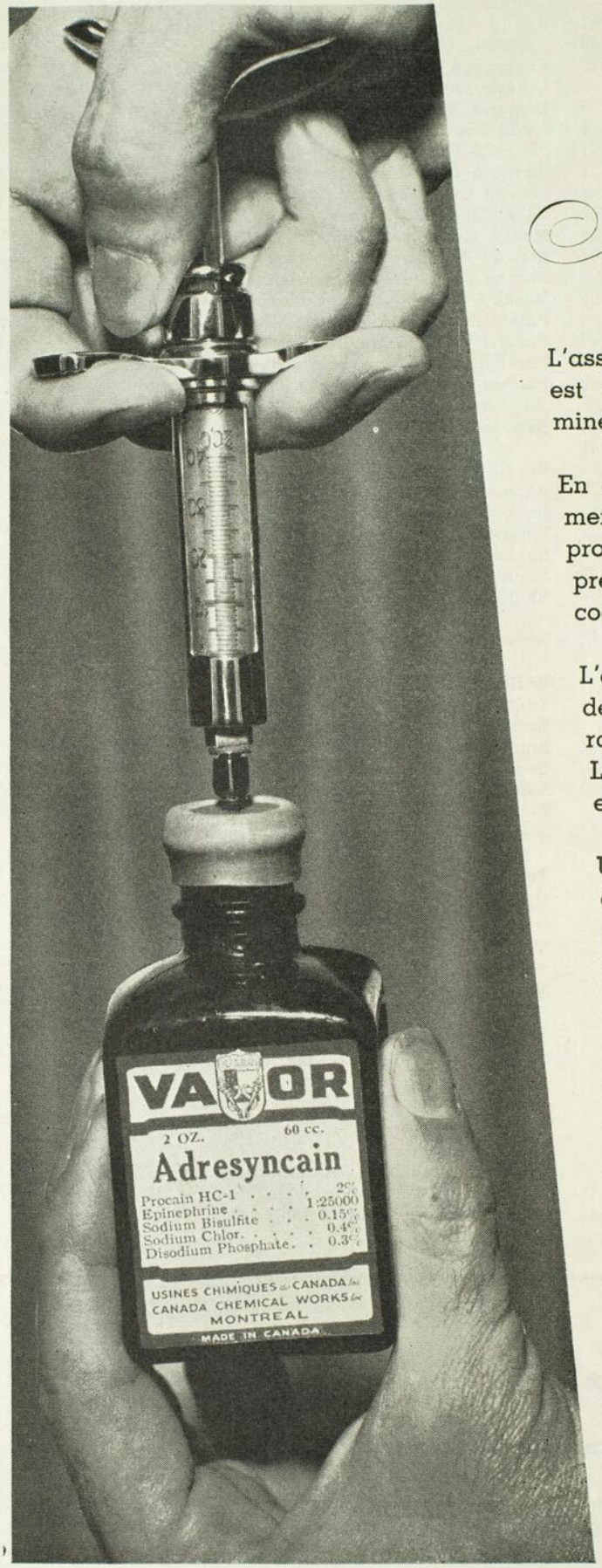
Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

**Pompes funèbres**

**Salons mortuaires**

**Salons mortuaires:** 4156, rue Adam. 1926, rue Plessis.

**Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame**




# *Adrésyncaïn*

L'association de procaïne et d'épinéphrine est excellente pour nombre d'opérations mineures.

En effet, avec un degré de toxicité infiniment moindre que celui de la cocaïne, la procaïne possède un pouvoir anesthésique presque aussi énergique que celui de la cocaïne.

L'addition d'épinéphrine permet, en outre, de localiser l'anesthésie au champ opératoire et d'en augmenter la durée. L'injection est indolore et l'anesthésie est obtenue presque immédiatement.

Un grand nombre d'anesthésiques ont été proposés à la profession médicale, mais Adrésyncaïn demeure encore un des meilleurs à cause de sa puissance anesthésique et de sa faible toxicité.

VALOR

**USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC. MONTREAL**

# ÉRADICATION de la SYPHILIS

En tenant compte uniquement des 3,519 cas de syphilis primaire et secondaire déclarés, le taux d'attaque s'élève, pour la syphilis, à 100 par 100,000 de population en 1943. Il ne dépassait pas de beaucoup 75 en 1942, avec 2,579 infections récentes qui figuraient sur nos statistiques. Reconnaissons toutefois ici une augmentation plus apparente que réelle, ayant pour causes principales le dépistage plus intense et la déclaration plus complète des cas de syphilis. Cependant, l'amélioration réalisée dans ce sens ne permet pas d'atteindre les chiffres réels. Avec les statisticiens, il faut admettre que les syphilis primaires et secondaires déclarées représentent au plus la moitié des contaminations qui se produisent annuellement. Les unes sont découvertes tardivement, d'autres le sont déjà sans que la Division n'en reçoive avis. Par conséquent, le taux d'attaque établi par les statistiques peut être doublé sans aucun risque d'exagérer la gravité du problème qui se pose, du fait de la syphilis, ici comme dans d'autres provinces.

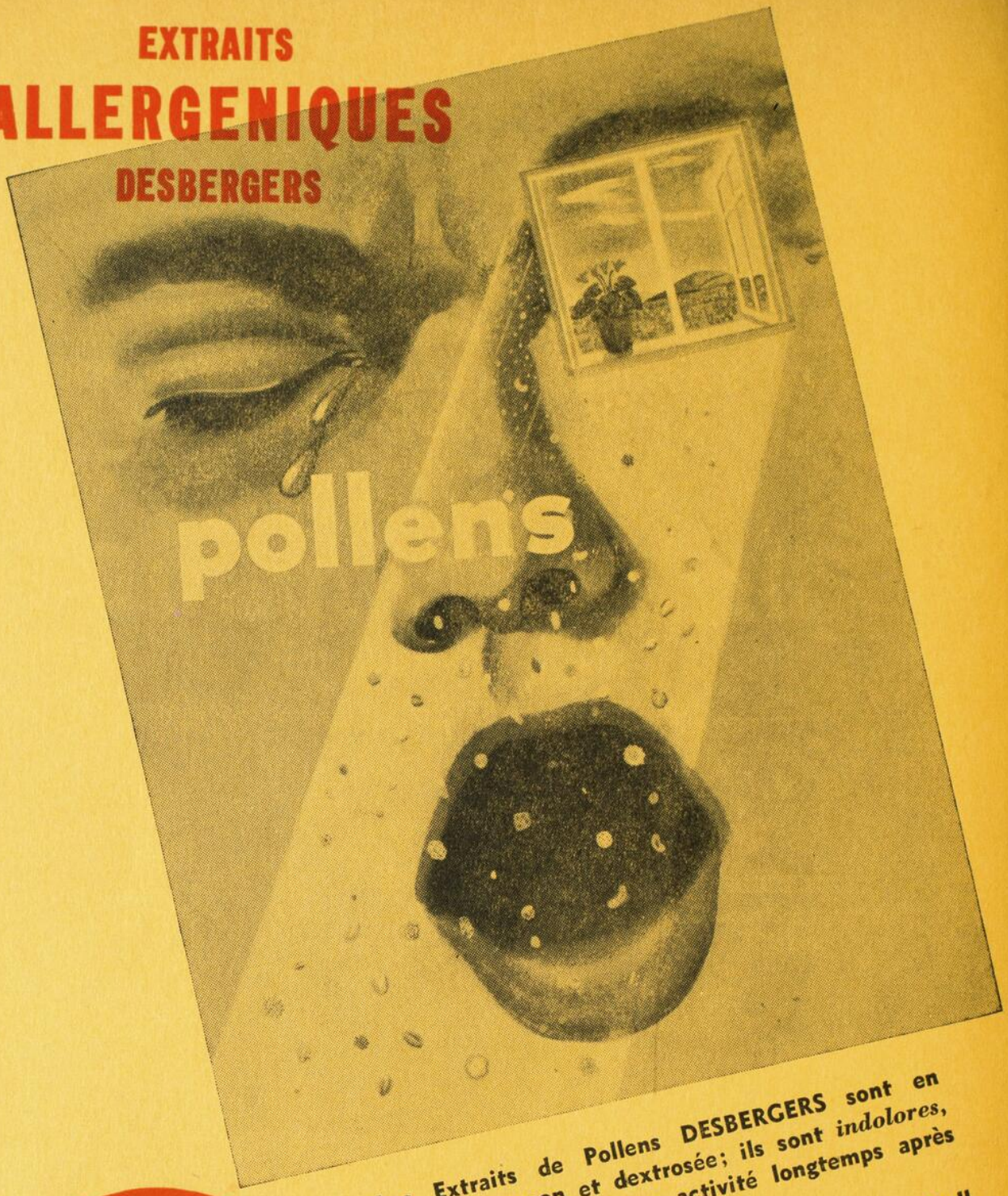
## SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En plus de la déclaration obligatoire, les principales mesures adoptées par le Ministère de la Santé pour le contrôle des maladies vénériennes sont: l'établissement d'un service épidémiologique s'étendant à toute la province; la distribution gratuite des médicaments antisyphilitiques aux médecins, pour tous leurs patients; le maintien de cliniques gratuites dans les principaux centres industriels; une rémunération accordée aux médecins traitant les indigents dans les districts où il n'existe pas de dispensaire; l'encouragement donné à l'enseignement universitaire et un service consultatif pour les médecins; enfin, la mise à leur disposition des moyens de diagnostic: examens sérologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien, recherche du tréponème, du gonocoque, et autres procédés de laboratoire en rapport avec les maladies vénériennes.

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Honorable*
*Docteur*
*J.-H.-A. Paquette*
*ministre*
*Docteur*
*Jean Grégoire*
*sous-ministre*

# EXTRAITS
# ALLERGENIQUES
## DESBERGERS




**Les Extraits de Pollens DESBERGERS sont en solution tampon et dextrosée; ils sont *indolores*, *stables*, conservant leur activité longtemps après leur date légale d'expiration.**

**Standardisés selon les données de Cooke et Stull en unités azote protidique, ils sont *uniformément* et *invariablement* actifs.**

Chaque boite d'Extrait d'Allergène DESBERGERS, soit pour le diagnostic ou le traitement de désensibilisation, comporte des instructions détaillées pour leur emploi.

*Demandez nos brochures et dépliants sur le diagnostic et le traitement des allergies polliniques.*

**IMPORTANT**

—

**Le traitement préventif de la fièvre des foins du mois d'août (Ragweed-Ambroisies) doit être institué fin d'avril ou début de mai.**

•

**LABORATOIRES DESBERGERS-BISMOL**

*388 ouest, rue Saint-Paul - Montréal*

*Pharmaciens* *Chimistes* *Biologistes*