Tome 78 — Numéro 1

MONTRÉAL, JANVIER 1949

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

(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

Deuxième congrès régional de l'A.M.L.F.C., à Chicoutimi

les 2, 3 et 4 juin 1949

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

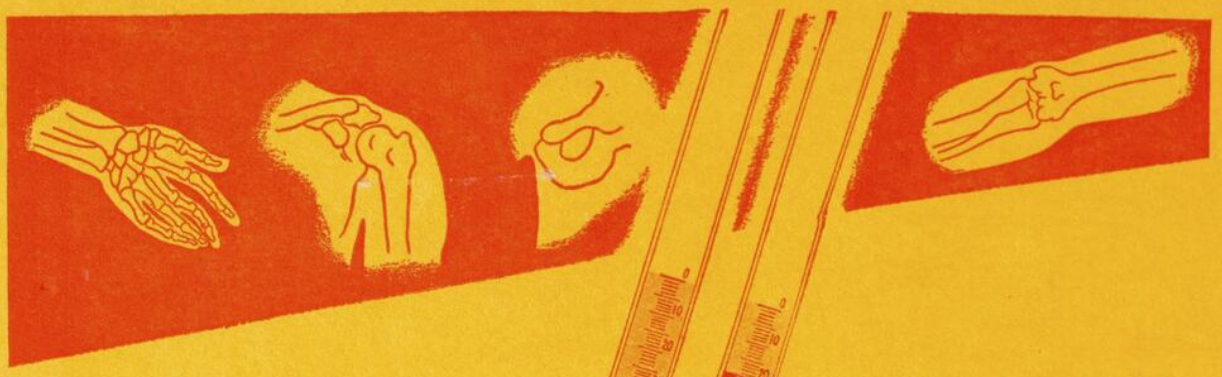
SECRÉTARIAT
128, rue Sainte-Anne
Québec

BIBLIOTHÈQUE SAINT-SULPICE

Au bénéfice du patient

Le but élémentaire de la science médicale est d'aider le patient à recouvrer et à maintenir sa santé. La seule solution à ce problème semble être un service médical compétent et un traitement approprié. Eli Lilly and Company (Canada) Limited collabore avec le médecin et protège le malade en fabriquant des produits pharmaceutiques et biologiques de choix. La publicité et la distribution de ces préparations sont dirigées aux seules fins professionnelles.

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



TAUX de SÉDIMENTATION ABAISSÉ

L'épreuve unique la plus significative pour déterminer l'évolution de l'arthrite rhumatoïde.

"La myochrysine a été administrée à cent malades. Soixante-dix-huit d'entre eux ont montré une diminution du taux de sédimentation de 1,083 mm., soit une moyenne de 13.8 mm."

Dr Dean ROBINSON,
"C. M. A. Journal", Vol. 55, No 2.

MYOCHRYSINE

POULENC - **Montréal**

Un Auxiliaire Efficace pour le Traitement de Certains Types de Tuberculose

L'expérience clinique indique que la Streptomycine, comme auxiliaire de la thérapie ordinaire, est l'agent chimiothérapeutique le plus efficace pour le traitement de certains cas de tuberculose. Dans des cas choisis, la Streptomycine s'est avérée efficace pour abréger la période d'invalidité.

La forme nouvelle et améliorée de ce précieux agent antibactérien — la Streptomycine Merck (Complexe Chlorure de Calcium) — fournit ces trois remarquables avantages:

1 *Pureté accrue*

2 *minimum de douleur après l'injection*

3 *efficacité uniforme.*

STREPTOMYCINE
Complexe Chlorure de Calcium Merck

MERCK & CO.
LIMITED
Chimistes - Fabricants

MONTRÉAL • TORONTO • VALLEYFIELD

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Edouard DESJARDINS

L'union qui s'impose plus que jamais 3

Hermile TRUDEL

Le deuxième congrès régional à Chicoutimi 5

• • •

Pierre LÉPINE

Le problème de la poliomyélite et l'orientation des recherches 7

Claude BERTRAND

Les céphalées: une classification du point de vue neuro-chirurgical .. 12

A. CODOUNIS

Sur l'évolution et le diagnostic radiologique différentiel des anévrismes pariétaux du cœur 26

Léopold MANTHA

Contribution personnelle à l'étude du traitement de l'arthrite rhumatismale par les sels d'or 35

INDICATIONS:

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique
Goutte
Diabète arthritique

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

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

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

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

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

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

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

Pour le traitement de la Muqueuse Gastro-Intestinale irritée, enflammée ou ulcérée...
PHOTOGRAPHIE MICROSCOPIQUE D'UN HYDRATE D'ALUMINE COMMERCIAL, DÉMONTRANT QUE LES PARTICULES ONT UN DIAMÈTRE BIEN SUPÉRIEUR À 25 MICRONS.
STOMALUMINE
UN HYDRATE D'ALUMINE VRAIMENT COLLOÏDAL
PHOTOGRAPHIE MICROSCOPIQUE (PARTICULES DE GROSSEUR INFÉRIEURE À 10 MICRONS) DE LA POUDRE STOMALUMINE - UN HYDRATE D'ALUMINE VRAIMENT COLLOÏDAL - QUI, AU CONTACT DE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE, FORME UNE SOLUTION GÉLATINEUSE, UNE COUCHE ISOLATRICE ET PROTECTRICE SUR LA MUQUEUSE HYPERÉMIÉE.
FLATULENCE
DYSPEPSIES
HYPERCHLORHYDRIE
ULCÉRATIONS GASTRIQUES ET DUODÉNALES
COLITES, DIARRHÉES ET LEURS CONSÉQUENCES.
ROUGIER FRÈRES - 350 RUE LE MOYNE - MONTRÉAL (1)
Specialites de prescription médicale

SOMMAIRE

(Suite)

•

RECUEIL DE FAITS

G. PINSONNEAULT

Transformation d'une lésion précancéreuse en lésion cancéreuse à la suite d'une biopsie 49

Ulysse FORGET

Lithiase de la glande sous-maxillaire 51

REVUE GÉNÉRALE

Réal DORÉ

Glande thyroïde 54

ÉDITORIAL

Roma AMYOT

La vitamine B_{12} serait-elle la principale substance antianémique des extraits de foie? 64

Prix annuels du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada 65

Pour le traitement de L'ARTHRITE

COMPOSÉ d'"OSTOFORTE"

(S.E.C. No 671 "Frosst")

Pour les cas où le régime alimentaire habituel renferme suffisamment de vitamine A et de vitamines du groupe B:

"OSTOFORTE"

(S. E. C. No 651 "FROSST")

Chaque capsule contient 50,000 unités int. de vitamine D.

IMPORTANT : *Le Composé d'Ostoforte et l'Ostoforte ne doivent pas être donnés aux sujets dont le rein ne fonctionne pas normalement, ni (à doses répétées) aux enfants.*

FORMULE:

	Dans chaque capsule	*Dans la dose quotidienne moyenne (4 capsules)*
Vitamine D	50,000 unités int.	200,000 unités int.
Vitamine A	1,666 unités int.	6,664 unités int.
Vitamine B_1 (chlorhydrate de thiamine)	0.67 mg.	2.67 mg.
Riboflavine (vitamine B_2)	1.00 mg.	4.00 mg.
Niacine (acide nicotinique)	6.67 mg.	26.67 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	15.00 mg.	60.00 mg.

PRÉSENTATION: Boîtes de 50 et 100 capsules (pour ordonnances).

DOSE: Jusqu'à concurrence de six capsules par jour. Posologie complète à la demande des intéressés.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Frosst
DEPUIS 1899
LE SYMBOLE DU PROGRÈS EN RECHERCHES PHARMACEUTIQUES

6 AVANTAGES IMPORTANTS dans le traitement des infections des voies urinaires

La **Mandelamine*** est de plus en plus reconnue comme un antiseptique urinaire de choix, parce qu'elle offre six avantages remarquables:

1 ***réaction prompte*** — On obtient cliniquement une stérilisation des urines dans un espace de temps qui ne dépasse pas trois à six jours.

2 ***efficacité clinique*** — Des études soigneusement analysées ont révélé une proportion élevée de résultats heureux — 74 pour cent dans une série de 200 cas,[1] et 83 pour cent dans une autre série de 63 cas.[2]

3 ***champ d'action antibactérien très étendu*** — La MANDELAMINE est d'une efficacité certaine contre les bactéries le plus fréquemment rencontrées dans les infections courantes des voies urinaires.

4 ***sûreté*** — L'administration de la MANDELAMINE ne comporte à peu près pas de danger de réactions toxiques, de telle sorte qu'il n'est pas nécessaire de trier soigneusement les patients ni de les surveiller étroitement.

5 ***simplicité*** — Le traitement à la MANDELAMINE n'est pas compliqué — pas d'acidification additionnelle, habituellement — pas de restrictions diététiques — pas de réglementation quant aux liquides.

6 ***acceptabilité*** — La commodité du traitement rend la coopération du malade plus facile. La posologie est simple: 3 à 4 comprimés par la bouche, trois fois par jour.

MANDELAMINE

Marque de l'Hexydaline
(Mandelate de Methenamine)

Présentation: Comprimés à revêtement entérique de 0.25 Gm. (3¾ grains) chacun, dans des flacons de 100, 500 et 1000.

1. Carroll, G., and Allen, N. H.: J. Urol. 55: 674 (1946).
2. Kirwin, T. J., and Bridges, J. P.: Am. J. Surg. 52: 477 (1941).

*Le mot MANDELAMINE est la marque de commerce enregistrée de Nepera Chemical Co., Inc.

NEPERA

NEPERA CHEMICAL CO., INC.

MERCK & CO. Limited *Seuls Distributeurs* **MONTREAL**

SOMMAIRE

(Suite)

•

MÉDECINE SOCIALE ET HYGIÈNE

Adélard GROULX

La situation actuelle de la tuberculose à Montréal 67

CONSULTATIONS AUX PRATICIENS

Cholécystite et spasme coronarien 70

Streptomycine et tuberculose 70

Syphilis et traitement 71

• • •

"L'Union Médicale du Canada" en 1880 73

ANALYSES 75

MÉDECINE

Rôle des médications sympathicomimétiques dans le déterminisme des états de mal asthmatique (75). **Relation de cause à effet. Application au diagnostic et au traitement** (75). **Glomérulo-sclérose intercapillaire** (75).

PHTISIOLOGIE

La vaccination contre la tuberculose par le B.C.G. dans les pays scandinaves (76). **Le pneumopéritoine comme traitement de la tuberculose** (76).

GASTRO-ENTÉROLOGIE

Les hémorragies et les ulcérations gastriques par lésions de l'appareil cérébro-spinal (76). **La duodénite du D_2 et les problèmes qu'elle soulève** (77).

CHIRURGIE

Traitement chirurgical de la persistance du canal artériel (78).

PÉDIATRIE

L'hypervitaminose D (79).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'importance de l'ostéonécrose dans la maladie de Köhler II (81). **Effets histopathologiques du gaz moutarde sur les tissus hématopoïétiques normaux et néoplasiques** (81).

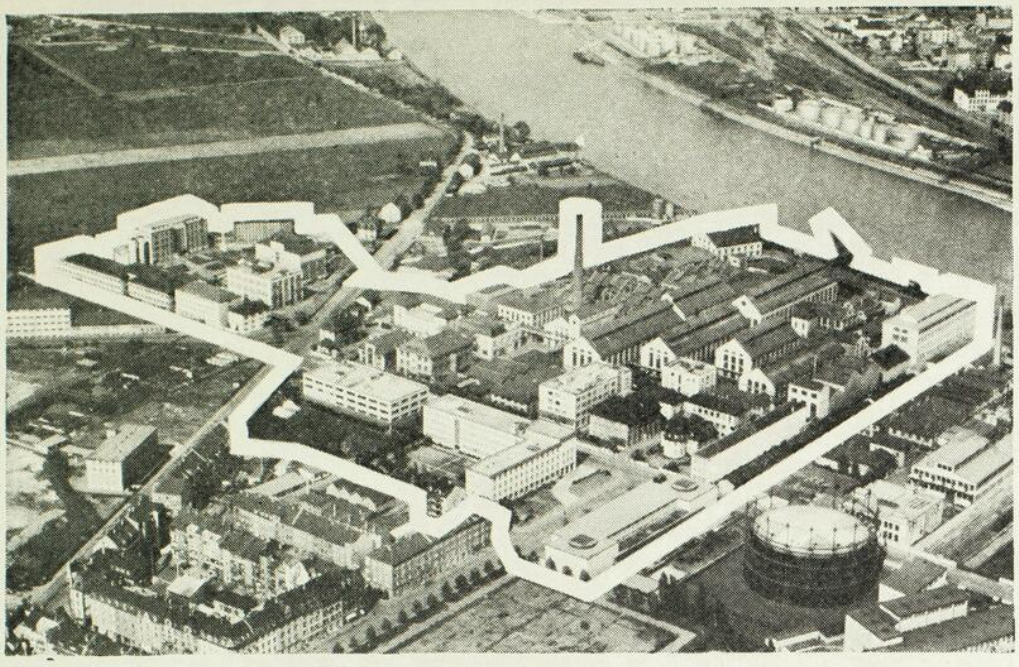
SOCIÉTÉS 83

Société Médicale de Montréal: séance du 5 octobre 1948 (83); séance du 19 octobre 1948 (84); séance du 2 novembre 1948 (86).

Réunion scientifique du bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: séance du 28 octobre 1948 (87).

NOUVELLES 101

REVUE DES LIVRES 122



Vue à vol d'oiseau
des vastes usines
Sandoz à Bâle, Suisse.

Pour mieux servir le monde médical canadien . . .

la fameuse firme suisse Sandoz Ltd., fabricants de spécialités pharmaceutiques, a élargi considérablement le cadre de son activité au Canada. Par la voie directe d'une firme canadienne autonome, les fameux produits dus aux recherches originales de Sandoz dans les domaines de la phytochimie et de la chimie synthétique, pourront être obtenus désormais beaucoup plus rapidement. Les mêmes standards élevés de pureté, de constance et de stabilité qui ont caractérisé les spécialités Sandoz dans le passé, continueront d'être appliqués rigoureusement par la nouvelle firme. Et, comme dans le passé, les produits Sandoz seront présentés exclusivement aux médecins et aux pharmaciens.

A partir du 1er janvier 1949, toutes demandes de renseignements et d'échantillons cliniques ainsi que toutes commandes doivent être adressées à

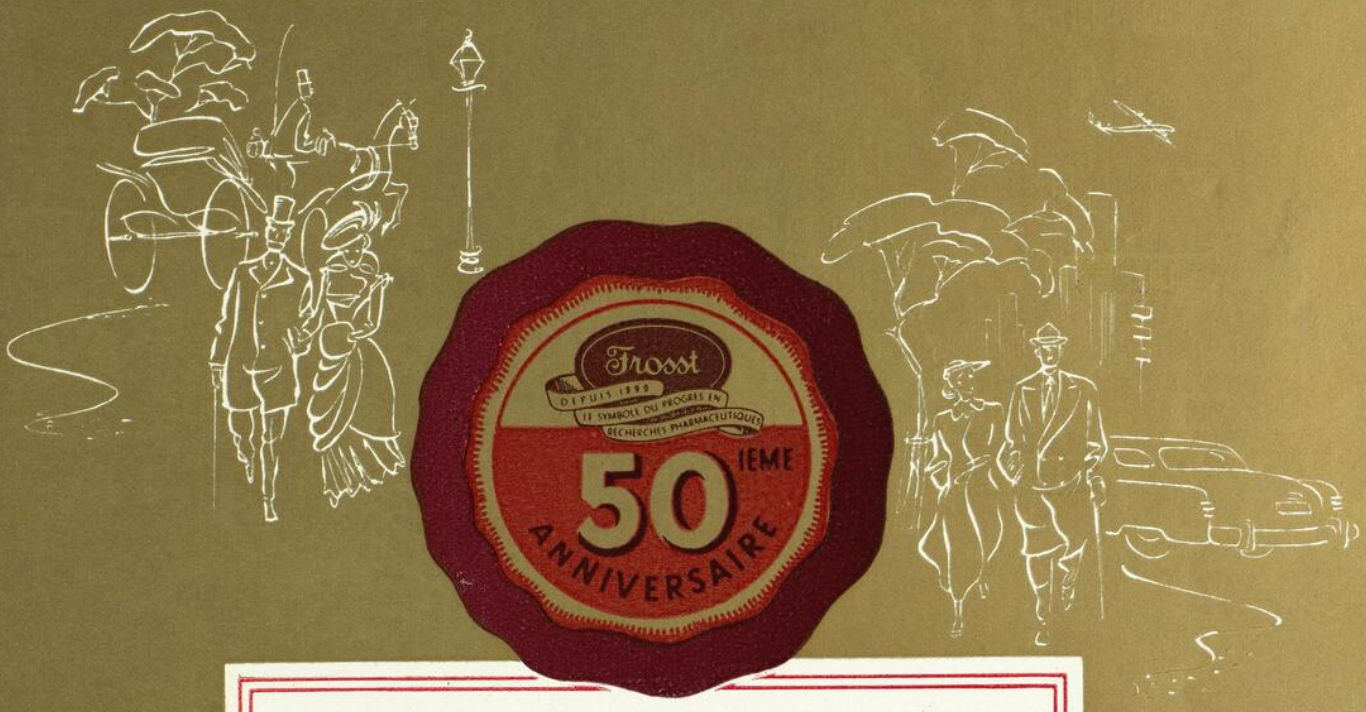
SANDOZ

SANDOZ PHARMACEUTICALS LIMITED

391 OUEST, RUE ST-JACQUES • LA. 3908 • MONTREAL, P.Q.

S49-2F

1899 ★★★ 1949



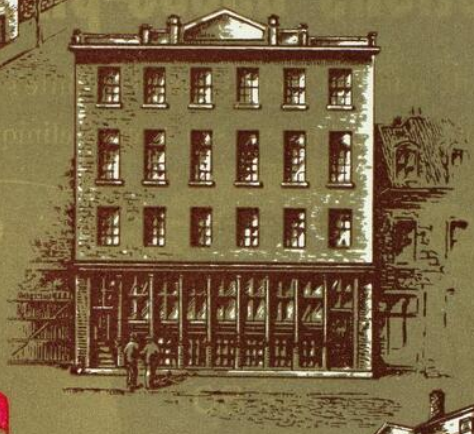
L'ANNÉE 1899 est très significative dans les annales pharmaceutiques canadiennes. Elle marque la fondation, par feu Charles E. Frosst, de la maison qui porte maintenant son nom . . . soit la réalisation d'un idéal qui n'a jamais été perdu de vue: l'élaboration de produits pharmaceutiques canadiens de qualité à toute épreuve et répondant aux demandes les plus rigoureuses de la profession médicale. La stricte observation de cette ligne de conduite se reconnaît par la confiance toujours grandissante que placent les médecins et les pharmaciens en la Compagnie. Le dernier demi-siècle a été témoin de progrès considérables dans la pharmaceutique. Nous envisageons avec honneur le privilège de prendre part aux découvertes que l'avenir nous réserve et qui se traduiront en un accroissement des bienfaits de la science médicale envers l'humanité.

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL CANADA

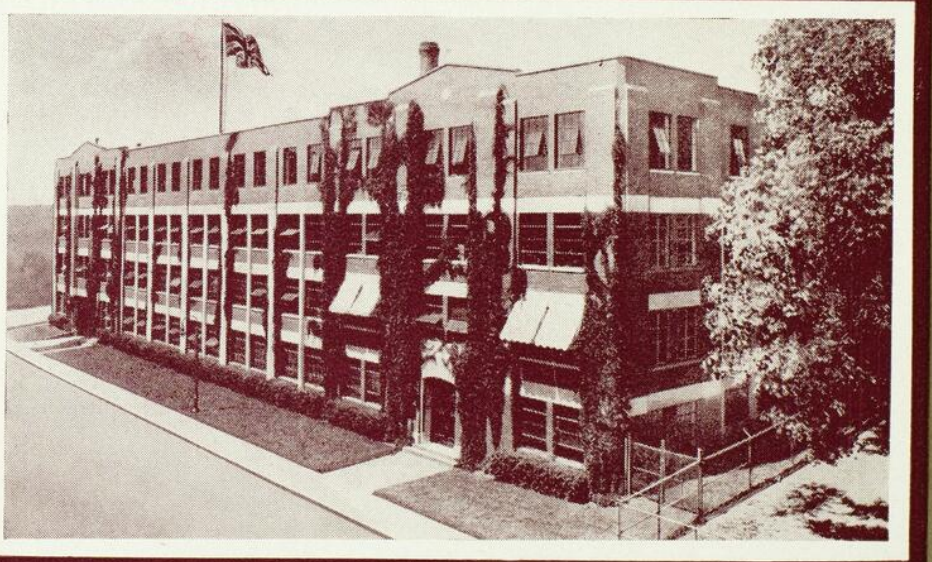
1899 ★★★ 1949

1899



1905

1926



1949

C'est en 1899 que s'établit la maison Charles E. Frosst & Co., dans de modestes locaux du square Dufferin. Dès 1905, l'établissement s'était développé au point de nécessiter l'addition de l'édifice du 101 de la rue Lagauchetière ouest. Notre propre édifice, moderne et à trois étages, situé au numéro 3571 rue St-Antoine, fut achevé en 1926. La fabrique et les laboratoires de recherches ont été agrandis régulièrement afin de répondre aux besoins d'une fabrication toujours croissante; un nouvel étage fut ajouté en 1930, suivi d'autres agrandissements en 1941, en 1944 et en 1947.

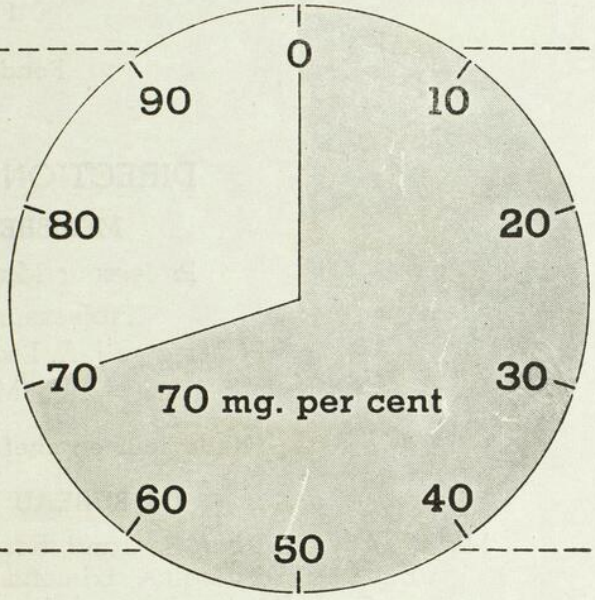
Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL CANADA

Sulfathérapie locale sûre dans les infections bucco-pharyngiennes

L'efficacité et la sécurité que l'on trouve dans la White's Sulfathiazole Gum ont été nettement démontrées par son emploi clinique.

EFFICACE

La mastication d'une seule dragée, pendant une heure, maintient une forte concentration *salivaire* efficace de sulfathiazole d'une moyenne de 70 mg. pour cent.



SÛRE

Même à doses massives, l'absorption du sulfathiazole par l'organisme est pour ainsi dire négligeable. La quantité qui pénètre dans le sang est si faible que les réactions toxiques sur l'organisme sont évitées.

L'action antibactérienne *locale* est prolongée — le véhicule, sous forme de gomme, agit comme "réservoir" pour le médicament qui s'en dégage lentement.

White's

Présentation: En boîtes à coulisse pour ordonnance, de 24 dragées — scellées individuellement dans un ruban transparent. Chaque dragée contient 3.75 grains (0.25 gm.) de sulfathiazole.

*Sulfathiazole gum

CHIMIOTHÉRAPIE LOCALE SÛRE

WHITE LABORATORIES OF CANADA, LTD., 64 - 66 est, rue Gerrard, Toronto, Ontario

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Roma AMYOT

Assistant-rédacteur en chef
Edouard Desjardins

Secrétaire de la Rédaction
Pierre Smith

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

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

Attendue depuis longtemps

PÉNICILLINE À ACTION PROLONGÉE
POUR INJECTION AQUEUSE . . . UNE FOIS PAR JOUR

Crysticillin (ND) *

Pénicilline G procaïnique pour injection aqueuse de Squibb

Présentant tous les avantages de la pénicilline à action prolongée sans les désavantages des produits dont on disposait jusqu'à présent. Ses indications sont les mêmes que celles de la pénicilline dans l'huile et la cire.

UNE INJECTION PAR JOUR — Une seule injection intramusculaire de 300,000 unités d'une suspension aqueuse de CRYSTICILLIN maintient un niveau thérapeutique dans le sang pendant 24 heures chez la majorité des malades — et pendant 36 heures chez environ la moitié d'entre eux.

MINIMUM DE DOULEUR — La CRYSTICILLIN ne contient ni huile ni cire. Par conséquent, l'injection intramusculaire occasionne un minimum de douleur.

FACILITÉ D'ADMINISTRATION — La CRYSTICILLIN s'administre facilement en suspension aqueuse au moyen d'une seringue et d'une aiguille ordinaires, qu'il n'est pas nécessaire d'assécher. Le risque de blocage de l'aiguille est réduit au minimum et le nettoyage est facile.

DEMEURE STABLE SANS RÉFRIGÉRATION — A l'état sec, la CRYSTICILLIN demeure stable pendant 12 mois. Une suspension aqueuse stérile peut se conserver à la température de la chambre pendant une semaine sans perte sensible de son activité.

La CRYSTICILLIN est présentée en fioles fermées avec un diaphragme en caoutchouc perforable, contenant de la pénicilline G procaïnique sèche avec une quantité minime d'agents dispersifs et stabilisateurs efficaces et non toxiques — devant être mis en suspension dans un diluant aqueux stérile.

Fioles multidoses de 1,500,000 unités

* Marque de commerce enregistrée.

POUR DOCUMENTATION, S'ADRESSER À

E. R. SQUIBB & SONS CANADA LIMITED

2245, RUE VIAU, MONTRÉAL

SQUIBB **un pionnier du développement scientifique et industriel de la pénicilline**

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Richard Gaudet
Vice-présidents: Jean Saucier et Gustave Lacasse
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Richard Gaudet, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Jean Saucier.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

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

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

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

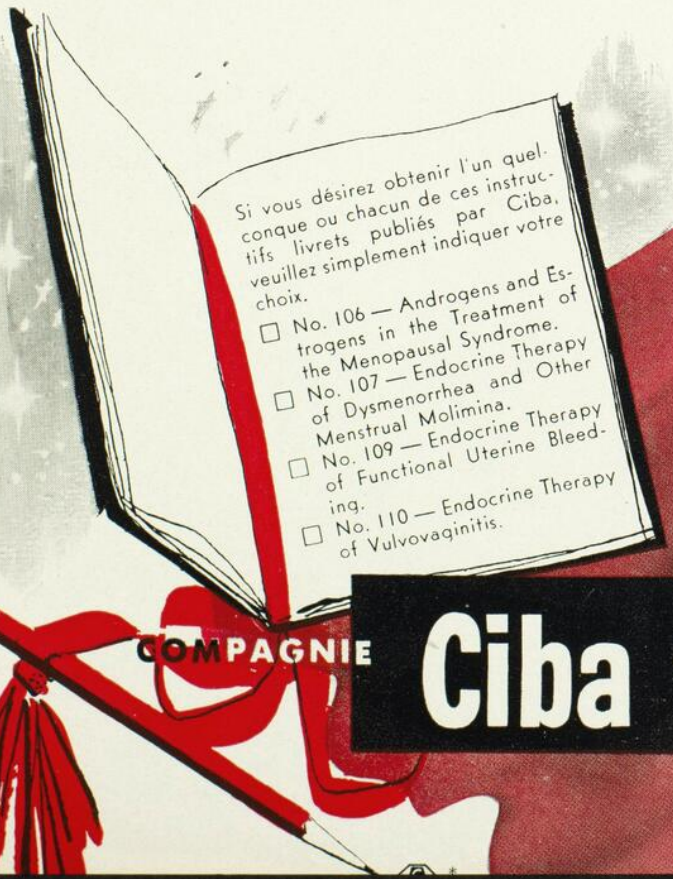
Nouvelles perspectives

Pour de nombreuses femmes ayant dépassé la quarantaine, une œstrogénothérapie appropriée peut non seulement apporter un soulagement physique aux effets épuisants de la ménopause, mais, résultat encore plus important, ouvrir de nouvelles perspectives de vie.

Et cependant, il ne suffit pas qu'un tel miracle se produise de façon temporaire; ses bienfaits doivent durer sans que s'imposent l'ennui et les frais d'injections trop fréquentes.

C'est parce que la DI-OVOCYLINE* satisfait si parfaitement ces exigences qu'elle est devenu l'œstrogène de choix chez un nombre considérable et sans cesse croissant de praticiens canadiens. Son emploi épargne à l'organisme l'alternance périodique d'une déficience ou d'une abondance hormonale et lui fournit *une quantité constante et suffisante d'œstrogène.* Une seule injection de DI-OVOCYLINE tous les 14 à 21 jours contrôlera les symptômes chez la majorité des patientes ménopausées. Enfin, étant un dérivé d'une hormone œstrogène naturelle, elle offre l'avantage additionnel de procurer au patient une sensation de bien-être.

S'obtient dans toutes les pharmacies en ampoules de 1 c.c. et en flacons multidoses de 10 c.c.



COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

LORSQUE LA THÉRAPIE À L'HORMONE MÂLE EST INDIQUÉE

Ciba met à la disposition de la profession médicale deux préparations d'hormone androgène synthétiques, chimiquement pures et dont la puissance, l'efficacité et l'économie sont nettement prouvées:

PERANDREN*, la marque Ciba de propionate de testostérone, la plus puissante substance à base d'hormone sexuelle mâle dont on dispose pour injection parentérale. Là où l'on désire un effet local intense PERANDREN peut être obtenu sous forme d'onguent comme un testostérone pur qui est fabriqué spécialement pour emploi cutané.

MÉTANDRÈNE*, la marque Ciba de méthyltestostérone qui exerce son activité hormonale lorsqu'elle est administrée par la voie sublinguale ou digestive. On la présente sous forme de LINGUETTES MÉTANDRÈNE dont l'absorption se fait par la muqueuse sublinguale directement dans la grande circulation, obviant ainsi partiellement à un manque d'activation de la part du foie, ou encore sous forme de COMPRIMÉS MÉTANDRÈNE, qui sont faits pour être avalés.

Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur les produits Ciba à base d'hormone androgène, vous n'avez qu'à demander notre brochure informative, *"Hormonothérapie androgénique"*, qui vous sera envoyée à titre gracieux.

COMPAGNIE **Ciba** LIMITÉE, MONTRÉAL

Σ

Médication Intégrale

DES AFFECTIONS HÉPATO-BILIAIRES

BILOGENE

ARTICHAUT
SOUFRE
BOLDO
BILE
FOIE

REGULARISE la fonction antitoxique du foie.
AUGMENTE la sécretion biliaire sans troubler le fonctionnement de la vésicule.
CONTIENT les principes cholérétiques les plus actifs.
STIMULE la fonction hépatique.

MILLET, ROUX & CIE, LIMITÉE
MONTRÉAL — CANADA

EMER

FLACONS DE 50, 500 ET 1000 COMPRIMÉS

OFFICIERS
DE
l'Association des Médecins de Langue Française du Canada

Fondée à Québec en 1902

•

DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE

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

DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER GÉNÉRAL

Hermile TRUDEL,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

Donatien MARION,	Montréal.
Hermile TRUDEL,	Montréal.
Chs VÉZINA,	Québec.
A.-L. RICHARD,	Ottawa.
J.-A. VIDAL,	Montréal.
J.-A. LECOURS,	Ottawa.
J.-E. PERRAS,	Hull.

•

COMITÉ DU XIXe CONGRÈS

A.-L. RICHARD, président.

J.-A. VIDAL,	1er	Vice-président.
Richard GAUDET,	2e	"
J.-A. DENONCOURT,	3e	"
J.-B. JOBIN	4e	"
A. FONTAINE,	5e	"
G. LACASSE, sén.,	6e	"

J.-A. LECOURS, Secrétaire,
538, avenue King Edward,
OTTAWA, Ont.

J.-E. PERRAS, Trésorier,
192, rue Principale,
HULL, P. Q.

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE,
J.-H. LAPOINTE,
Albert PAQUET,
Chs-N. DeBLOIS,
J.-A. JARRY,
Chs VÉZINA.

•

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal 1950
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q. 1948
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q. 1948
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta 1950
BELIVEAU, P., Méthégan, N.-E. 1948
BIBAUD, B., Valleyfield, P. Q. 1948
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal 1948
BLANCHET, Roméo, 54 avenue Laurier, Québec 1948
BOHEMIER, Anatole, 3425, rue Saint-Hubert, Montréal 1948
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal 1950
BROUSSEAU, L.-P., Malartic, P. Q. 1950
CARON, Sylvio, Mastaï, Québec 1948
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal 1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q. 1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q. 1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée. Québec 1948
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q 1948
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal 1950
GAUTHIER, C.-A., 53½, St-Louis, Québec 1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsoket, R. I. 1950
JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. .. 1948
LACHANCE, Wilfrid, Chicoutimi, P. Q. 1948
LAFRAMBOISE, J.-M., 692, St-Patrice, Ottawa 1950
LAROCHELLE, J.-R., Manchester, N. H. 1948
LEBEL, M.-H., 3646, rue Laval, Montréal 1948
LEMIEUX, J.-R., 17, rue Ste-Ursule, Québec 1948
MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q. 1948
MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa 1950
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River 1948
MORRISSETTE, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ... 1948
PELLETIER, A., Winchendon, Mass. 1950
PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q. 1950
PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q. 1950
POWERS, A., 11, Front, Hull, P. Q. 1950
RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q. 1950
ROULEAU, J.-M., Saint-Grégoire, Co. Nicolet, P. Q. ... 1948
SMITH, Pierre, 300, carré Saint-Louis, Montréal 1948
SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B. 1950
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. 1950
TETRAULT, Adélard, 429, Laviolette, T.-Rivières, P. Q. 1950
THIBAULT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q. 1950
VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont. 1950

SACARETS
est un produit agréable accepté par les enfants_

Comprimés agréablement aromatisés pour faciliter l'administration aux enfants de remèdes au goût désagréable. Sous forme de brique, peut facilement se diviser en deux. Pour être mastiqué ou écrasé dans un peu de liquide.

Présentation: flacons de 100, 500 et 1000.

Echantillon de chacun de ces produits sera envoyé dans un coffret, sur demande.

m&m Pharmaceutiques

Mowatt & Moore Ltd

PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE CHOIX

MONTREAL

TRAITEMENT DE LA TOUX

SUPPOSITOIRES
RECTOCRINE

- **Succinate de Benzyl et Sodium**
- **Carbonate de Gaïacol**
- **Aminophylline**
- **Camphosulfonate de Sodium**
- **Sulfogaïacolate de Potassium**
- **Vitamine B_1**

Deux formules: Enfant — Adulte

Présentation: Boîtes de 12 suppositoires

Echantillon et littérature sur demande à Messieurs les Médecins seulement.

SPÉCIALITÉ DES LABORATOIRES

ASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

"UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL"

QUÉBEC **MONTRÉAL** **OTTAWA**

Puissante médication des carences de vitamines B et C

"BÉMINAL" avec VITAMINE C (Fortis)

No 817

Préparation recommandée pour corriger le déséquilibre alimentaire causé par l'insuffisance prolongée du régime ou une maladie organique. Pris avant ou après l'intervention chirurgicale, ou durant la phase aiguë ou la convalescence des maladies, le "Béminal" avec Vitamine C (Fortis) peut largement contribuer à hâter la guérison. Il se montre aussi très utile pour rétablir l'équilibre alimentaire chez les alcooliques chroniques.

Chaque capsule dure renferme:

Chlorure de thiamine	25 mg.
Riboflavine	12.5 mg.
Niacinamide	100 mg.
Pyridoxine	1 mg.
d-pantothénate de calcium	10 mg.
Vitamine C (acide ascorbique)	100 mg.

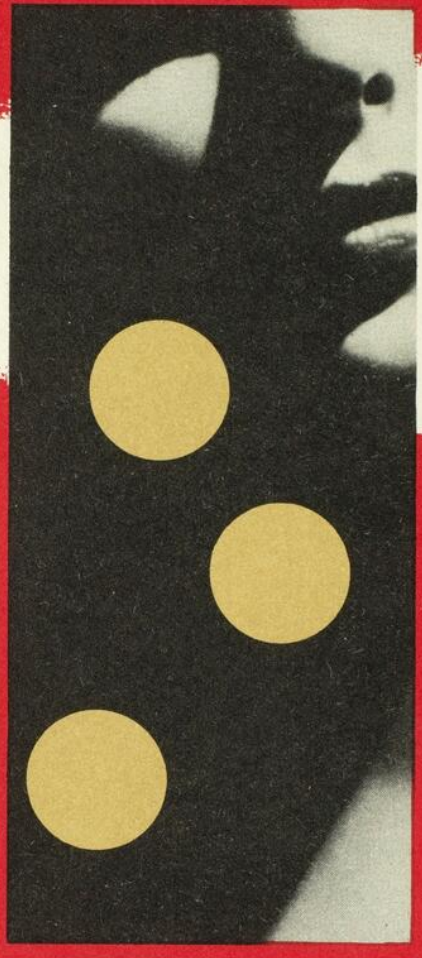
Bouteilles de 30 et 100 capsules

"BÉMINAL"
facteurs de la vitamine B

AVEC FER ET FOIE - CONCENTRÉ - INJECTABLE (FORTIS)
GRANULÉS - COMPOSÉ - INJECTABLE - LIQUIDE - COMPRIMÉS

Ayerst

pénicillothérapie continue des infections buccales et pharyngées



"CILLENTA"

pastilles pour la gorge

Les Pastilles "Cillenta" procurent d'excellents résultats dans le traitement de diverses formes de l'infection de Vincent affectant la bouche et la gorge. Leur emploi en chirurgie buccale, avant ou après l'intervention, tend à maintenir l'asepsie de la région. Lorsque la douleur est un facteur important, on recommande la formule No 859 pour l'effet anesthésique qu'elle produit grâce à son contenu en benzocaïne.

ACTION LENTE

No 850—1,000 unités int. de pénicilline par pastille.

ACTION RAPIDE

No 849—1,000 unités int. de pénicilline par pastille.

No 859—5,000 unités int. de pénicilline plus 2.5 mg. de benzocaïne par pastille.

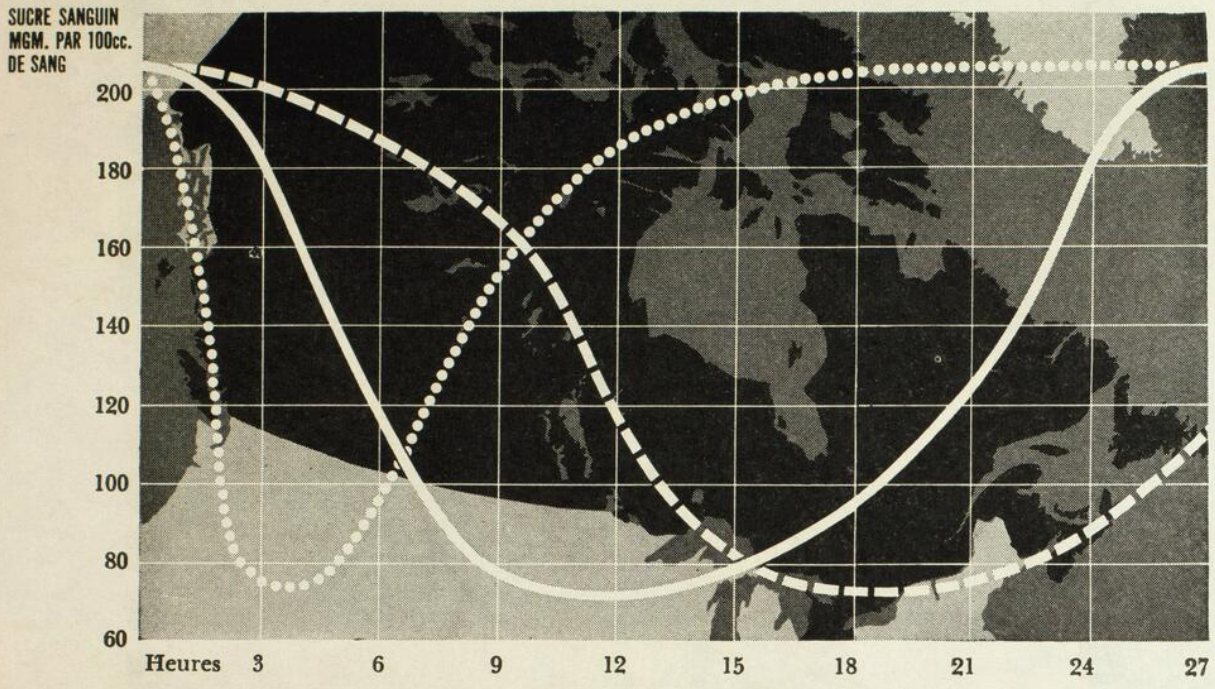
No 860—10,000 unités int. de pénicilline par pastille.

Bouteilles de 20 et de 100 pastilles

Autres présentations:

COMPRIMÉS, TABLETTES SOLUBLES, POMMADE, COMPRIMÉS (ENFANTS)

Ayerst



Présentation au Médecin Canadien de la préparation d'Insuline *à L'Action Intermédiaire.*

GLOBINE INSULINE AVEC ZINC 'WELLCOME'

La Globine Insuline avec Zinc 'Wellcome' arrive au Canada, non pas comme préparation non éprouvée — mais plutôt comme une dont l'efficacité est prouvée.

Dans un rapport au Canadian Medical Association Journal, Rabinovitch et al déclarent: "Les informations compilées à date indiquent bien que la venue de globine insuline marque un avancement précis. Son adjonction aux insulines déjà en usage dans le traitement du diabète sucré est donc amplement justifiée."[1]

- *D'action intermédiaire, la Globine Insuline* est plus lente que l'Insuline non-modifiée, et plus rapide que l'Insuline Protamine Zinc.
- L'effet apparaît en moins de deux heures, s'accentuant régulièrement pour atteindre un niveau tel entre la 8ième et la 16ième heure qu'il offrira un maximum d'activité durant la période de rationnement d'hydrate de carbone.
- L'activité décroît la nuit, réduisant ainsi la possibilité de réaction nocturne. Après 24 heures, l'effet est à peu près nul, ce qui évitera l'effet cumulatif que pourrait produire la dose du lendemain.
- Toute tendance à l'hypoglycémie se produirait donc au milieu de l'après-midi alors que le patient pourra facilement s'en rendre compte et la corriger.
- Globine Insuline ne cause pas de réactions locales ou d'allergie d'importance.

Globine Insuline avec Zinc 'Wellcome' est présentée en flacons de 10 cc., 40 et 80 unités par cc. Acceptée par The Council on Pharmacy and Chemistry, American Medical Association. Fabriquée pour Burroughs Wellcome & Co. (The Wellcome Foundation Ltd.) par The Wellcome Research Laboratories, Tuckahoe, New York.

1. Canad. M. Assn. J. 56:595 (June) 1947.

'Wellcome' marque de fabrique enregistrée.

'WELLCOME'
Globine Insuline
AVEC ZINC

BURROUGHS WELLCOME & CO. (THE WELLCOME FOUNDATION LTD.) MONTREAL

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY - PARIS

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

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

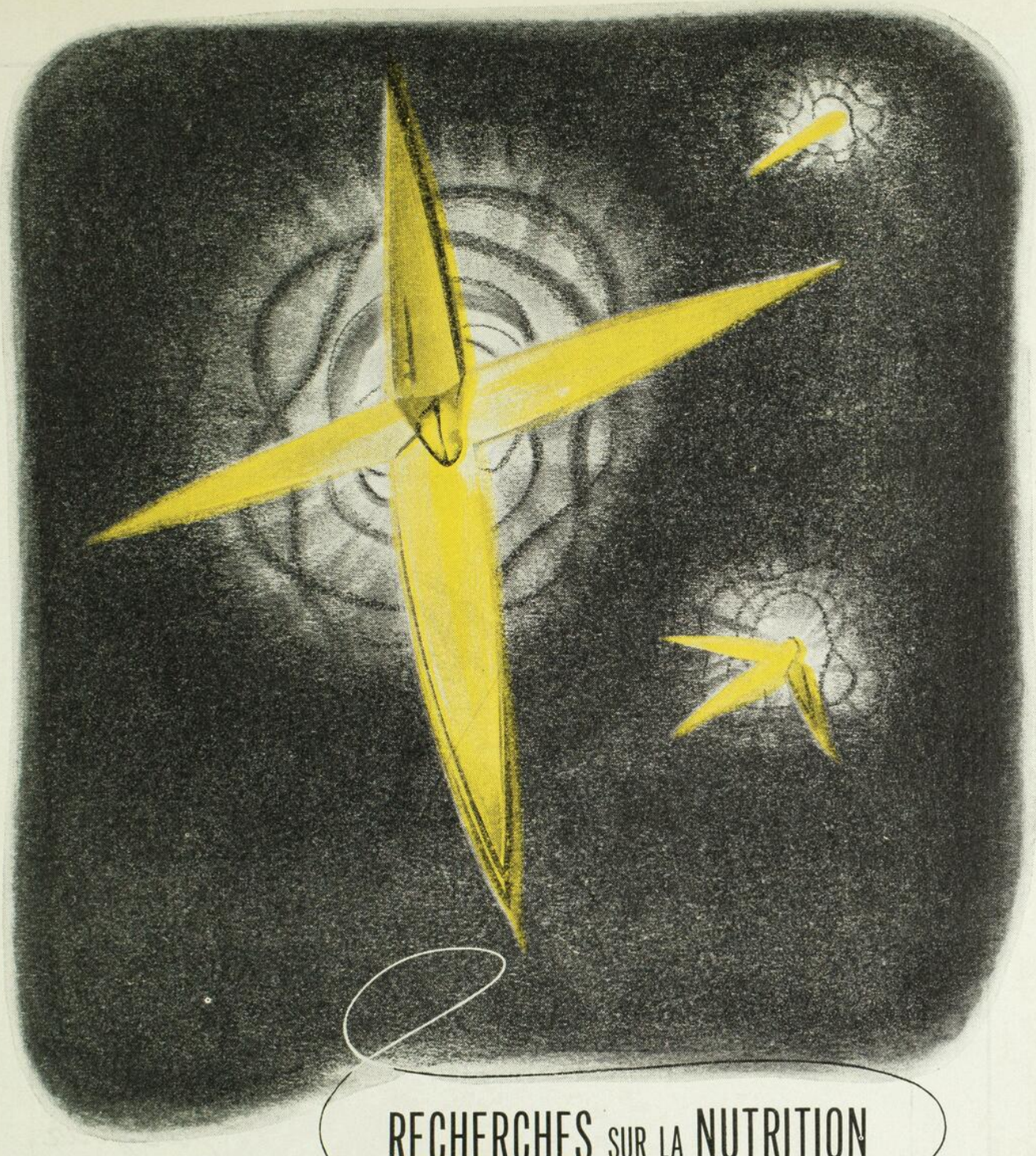
MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS-FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

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



RECHERCHES SUR LA NUTRITION

Depuis plusieurs années, Lederle a investi des fonds importants et consacré un temps considérable à des travaux de recherches relatifs aux états de carence alimentaire. Dans de nombreux cas, ces recherches n'ont abouti qu'à des impasses. Il est arrivé cependant — pour le plus grand bien de l'humanité — qu'on soit parvenu à de brillants résultats. Un des champs d'activité où ces efforts se sont révélés, et se révèlent encore, couronnés de succès, est le domaine des anémies macrocytaires d'origine alimentaire. La première étape réalisée par Lederle, il y a plusieurs décennies, portait sur le perfectionnement d'un extrait de foie injectable par voie intra-musculaire. Plus récemment, l'équipe de chercheurs de Lederle-Cyanamid conjuguaient leurs efforts et parvenaient à isoler et à synthétiser l'acide folique, qui s'est montré spécifique dans les anémies macrocytaires de la sprue, de la première enfance et de l'enfance, de la grossesse et celle résultant de troubles gastro-intestinaux ainsi que dans la pellagre. Nous sommes près du but en ce qui concerne la solution de maintes autres questions touchant la nutrition.

L'acide folique *Lederle* FOLVITE * est disponible pour prescription sous ses diverses formes.

* Enrg. au U. S. Pat. Off.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION

North American Cyanamid Limited
7335, boulevard St-Laurent,
Montréal 14, Qué.

PULMO-BAILLY

TONIQUE RESPIRATOIRE

Gaïacol
Acide phosphorique
Codéine

Affections pulmonaires Convalescences

4 à 5 cuillerées à café par jour

LABORATOIRES A. BAILLY

SPELY-EXPORT

19 RUE DU ROCHER - PARIS

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

A mérité la première place

PROGYNON-B

(ESTRADIOL BENZOATE U.S.P. XIII)

Depuis plus de dix ans, le benzoate d'œstradiol, vendu sous le nom de PROGYNON-B*, est demeuré l'œstrogène injectable supérieur, offrant toutes les qualités qui lui ont mérité la première place:

ORIGINE NATURELLE: l'œstradiol est l'hormone folliculaire primaire.[1]

ACTIF: "La plus efficace"[2] de toutes les préparations injectables de même nature que l'œstrogène naturel.

ACTION PROLONGÉE: l'efficacité d'une seule injection dure pendant plusieurs jours.

BIEN TOLÉRÉ: "L'absence d'effets secondaires"[4] et "une sensation maximum de bien-être"[3] sont caractéristiques.

SANS DANGER: "...Non toxique lorsqu'on l'administre en une dose unique extrêmement élevée et en dosage cumulatif".[5]

ÉCONOMIQUE: "Son coût est de beaucoup plus bas que celui de l'œstrone"[3] si l'on considère le nombre réduit des injections requises.

PRÉSENTATION: Ampoules de Progynon-B 1 cm³, contenant: 0.166, 0.333, 1.0 ou 1.66 mg. (1,666, 3,333, 10,000 ou 16,666 I.B.U.).

Fioles multidoses de 10 cm³ bouchées au caoutchouc, contenant 0.166, 0.333 ou 3.33 mg. au cm³.

BIBLIOGRAPHIE: (1) MacCorquodale, D. W., Thayer, S. A. et Doisy, E. A.: J. Biol. Chim., **115**: 435, 1936. (2) McCullagh, E. P.: Cleveland Clin. Quart., **13**: 166, 1946. (3) Eisfelder, H. W.: J. C. Clin. Endocrinal, **2**: 628, 1942. (4) Lane, F. E.: West. J. Surg., **52**: 313, 1944. (5) Dunn, C. W.: Am. J. Obst. & Gynec., **30**: 186, 1935.

*Nom déposé.

I.B.U. International Benzoate Units

SCHERING

occupe une place de choix

Schering CORPORATION LTD,
Montréal

dysmen lancet

extrait concentré végétal de
POTENTILLA ANSERINA

INDICATION

TRAITEMENT DE LA
DYSMÉNORRHÉE ESSENTIELLE

★

LABORATOIRE LANCET LIMITÉE

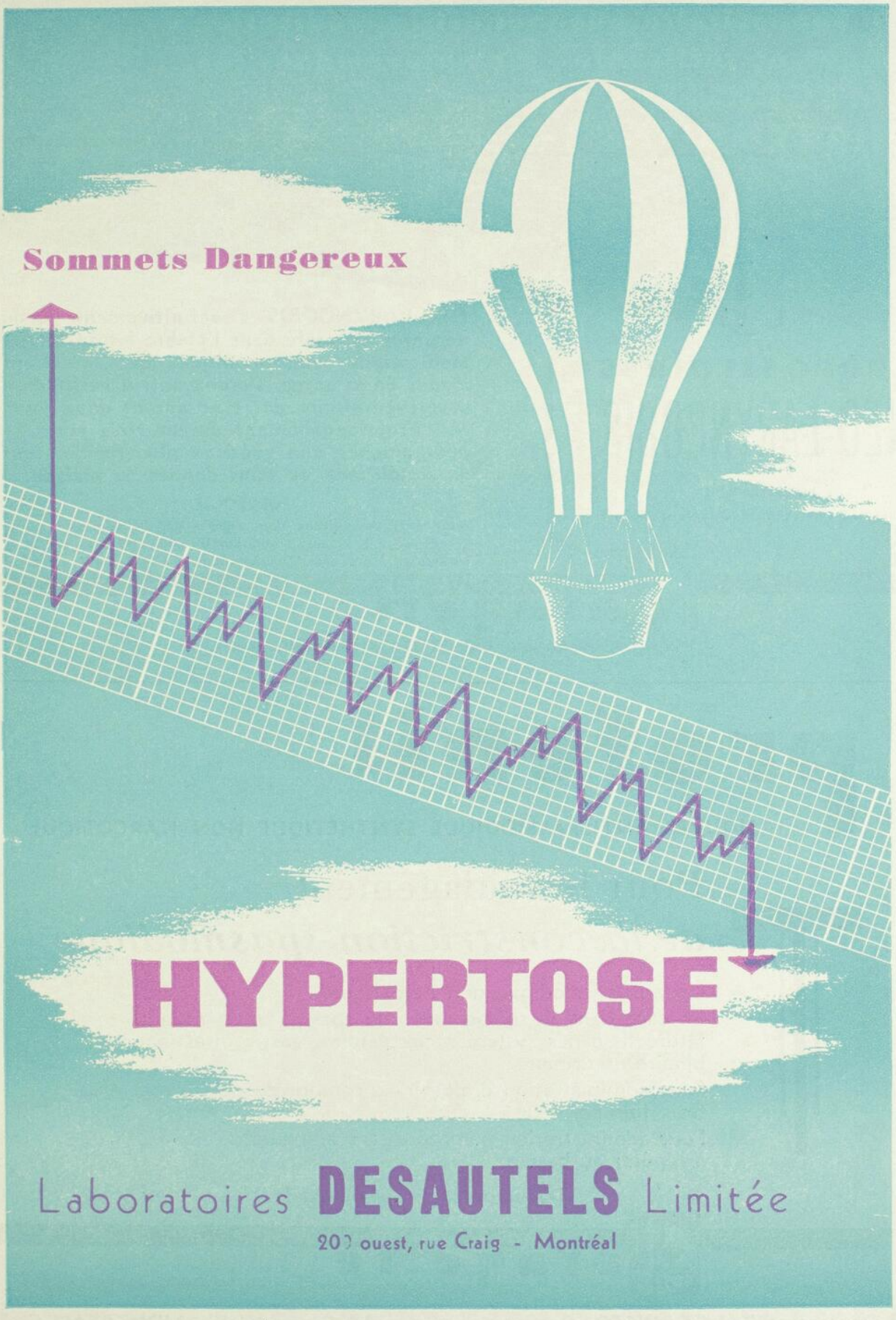
354 est, rue Ste-Catherine, Montréal, Canada. — MArquette 1722

Représentant exclusif pour la province de Québec et les provinces Maritimes

de

LABORATOIRES CLAUDE BERNARD

fabricant de "APIVÈNE"


Sommets Dangereux
HYPERTOSE
Laboratoires DESAUTELS Limitée
200 ouest, rue Craig - Montréal

SUPPOSITOIRES

NEO-LARYNGOBIS

PRESENTATION:
Boites de 2 suppositoires (enfants et adultes)

NEO-LARYNGOBIS a définitivement rendu désuètes et rejeté dans l'ombre les anciennes médications symptomatiques des infections aiguës de la gorge. Dorénavant, il suffit d'un seul suppositoire par jour durant deux jours — exceptionnellement durant trois jours — pour amener une guérison plus rapide, tout en simplifiant les soins donnés au malade.

POSOLOGIE :

Adultes: 1 Suppositoire pour adultes par 24 heures.
Enfants de 6 à 13 ans: 1 Suppositoire pour ENFANTS par 24 h.
Enfants de 2 à 6 ans: ½ Suppositoire pour ENFANTS par 24 h.

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

Agents Exclusifs: GRAVET LTÉE, 1410-Wolfe, Montréal

profenil

NOUVEL ANTISPASMODIQUE SYNTHÉTIQUE NON NARCOTIQUE

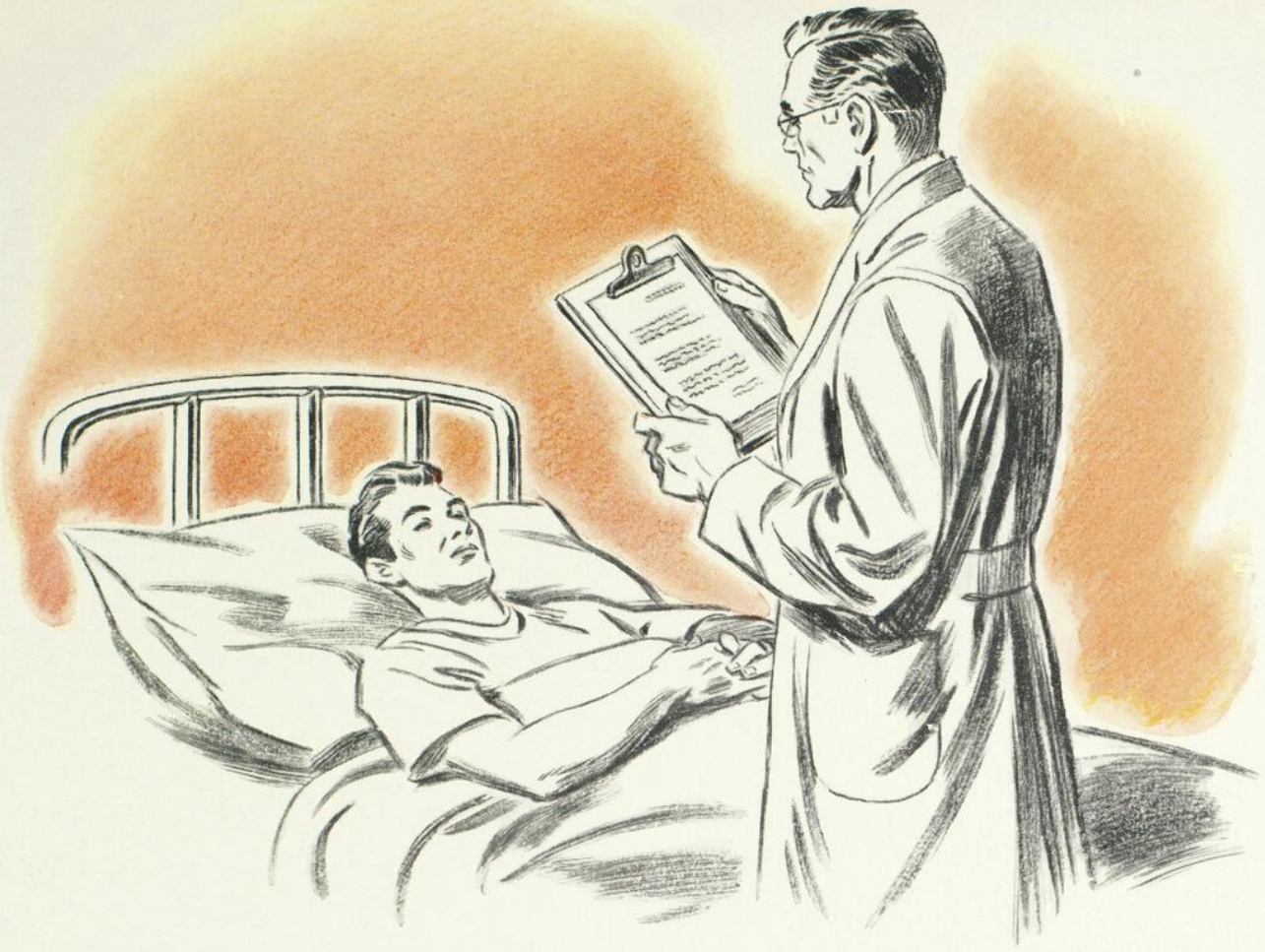
Pour le soulagement *de la constriction spasmodique*

Un antispasmodique non narcotique.
Efficace dans le soulagement du spasme de la musculature lisse des systèmes circulatoire, gastro-intestinal, biliaire et urinaire.
Pour administration orale: 1 - 2 comprimés de 60 mg. trois fois par jour.
Pour administration parentérale: 1 ampoule de 45 mg. à répéter au besoin.

Documentation sur demande

LABORATOIRES Lafayette LTÉE

999 Dovercourt Rd., TORONTO, Ont. **1410, rue Wolfe, MONTREAL, Qué.**



Peut-on hâter la convalescence?

Votre malade est sorti, grâce à vos soins, d'une maladie grave, d'un accident, d'une intervention chirurgicale. C'est alors que vous vous posez la question: "Comment puis-je raccourcir la période de convalescence?"

Durant la période aiguë, les besoins en éléments vitaminiques B augmentent considérablement et c'est justement à ce moment que le régime—souvent restrictif—en apporte le moins. La quantité de ces facteurs importants est donc vite réduite à un niveau inférieur à la normale.

Chez la plupart des malades, on peut s'attendre à une convalescence plus rapide, si on leur ordonne des quantités idoines d'une préparation complexe de vitamines B, à la fois puissante, complète et judicieusement équilibrée.

B·PLEX

Couvre admirablement les besoins . . . présenté sous formes d'Elixir, de Capsules et d'injections.

Wyeth

Marque déposée

FORMULE AMELIOREE

PAR ADDITION DE

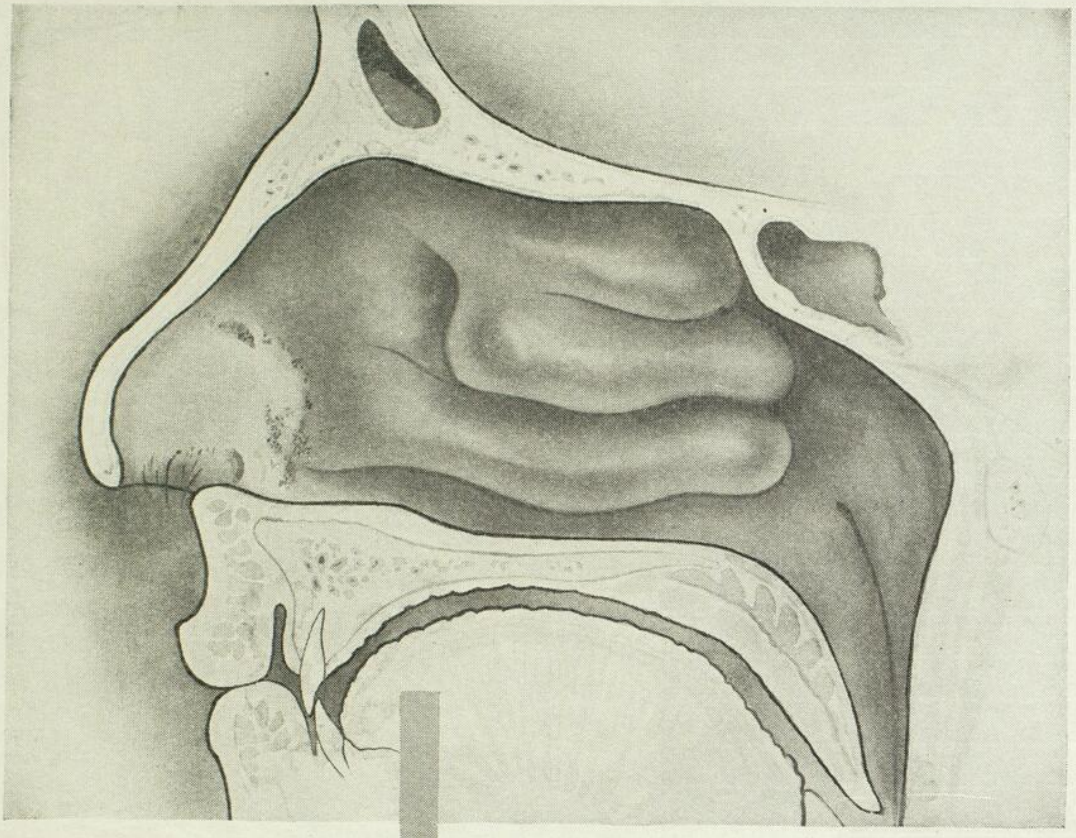
TROIS ELEMENTS ESSENTIELS DU GROUPE VITAMINIQUE B

- DES QUANTITES SUBSTANTIELLES
- DANS DES PROPORTIONS EQUILIBREES

Le FER est fourni sous forme de sulfate ferreux—protégé—stable—facilement assimilé

LA FORMULE DES PLASTULES HEMATINIC SIMPLES N'A SUBI AUCUN CHANGEMENT

Wyeth
Marque déposée



l'activité ciliaire
dans
le **RHUME**
la **SINUSITE**
la **FIÈVRE**
des FOINS

La motilité ciliaire a pour effet de débarrasser les voies respiratoires supérieures des reliquats d'exsudation. Cette action ne doit pas être entravée par un médicament servant au traitement d'un rhume banal, d'une sinusite ou de la fièvre des foins.

Les solutions isotoniques de chlorhydrate de Néo-Synéphrine n'empêchent pas l'action efficace des cils vibratiles, tandis que la congestion est diminuée pas la vasoconstriction.

ACCEPTED COUNCIL ON PHARMACY AND CHEMISTRY AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

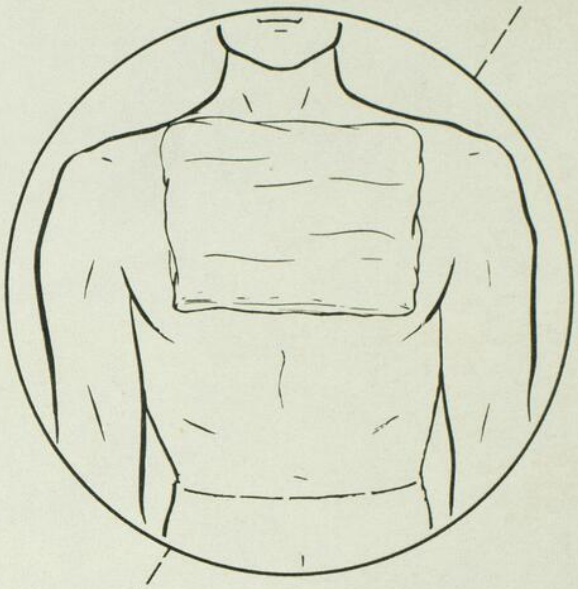
NEO-SYNEPHRINE®
HYDROCHLORIDE
BRAND OF PHENYLEPHRINE HYDROCHLORIDE

Présentation: Solution à ¼% (ordinaire et aromatisée), flacons de 1 once.
Aussi en solution à 1% (si une concentration plus forte est nécessaire), flacons de 1 once, et en gelée hydrosoluble à ½%, tubes de ⅝ d'once.

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

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

1019 Elliott Street West, Windsor, Ont. — **423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.**



DANS
LA PHARYNGITE,
L'AMYGDALITE,
LES RHUMES,

NUMOTIZINE

Le cataplasme d'ordonnances

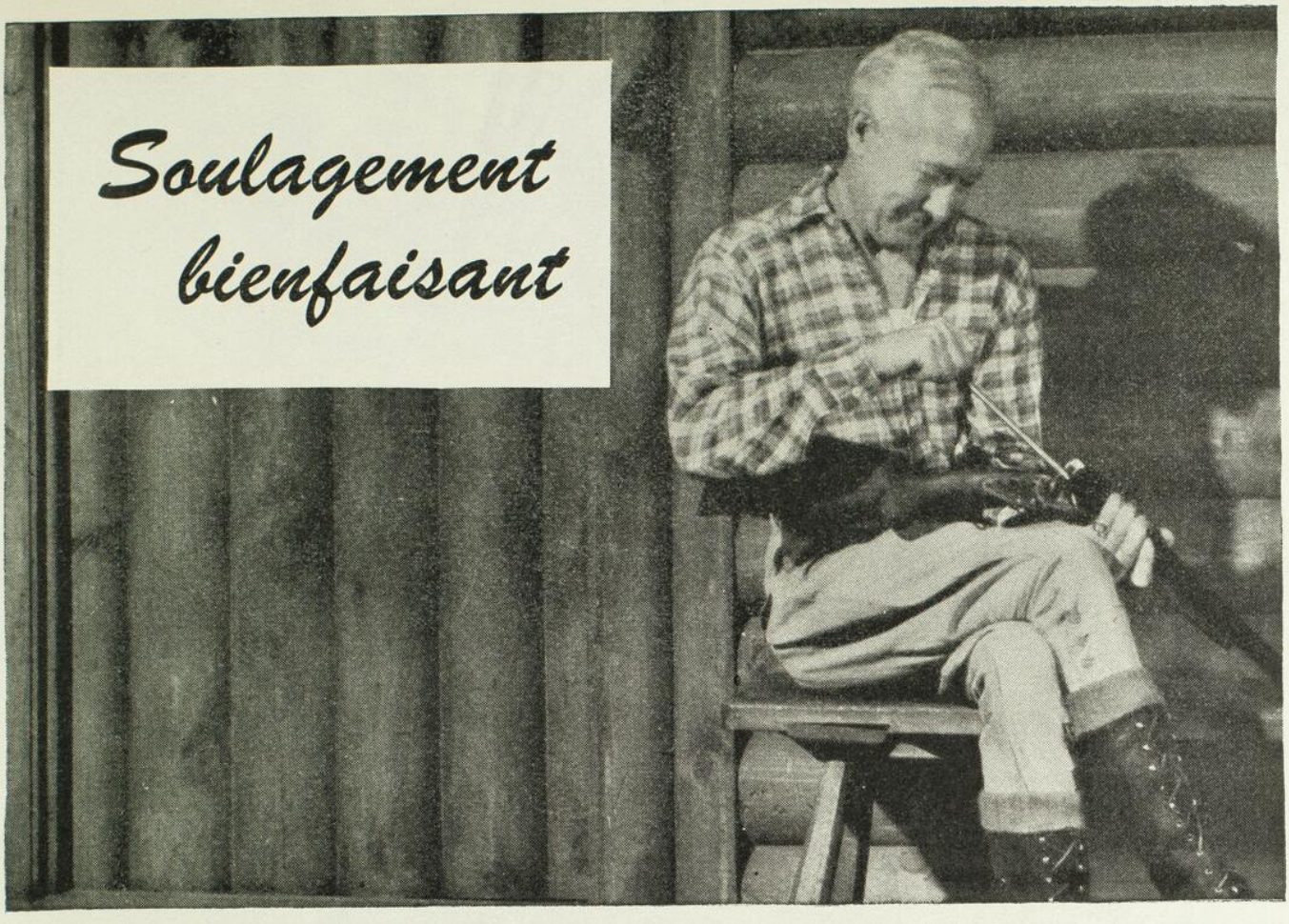
— soulage la douleur et le malaise pendant une durée de huit heures et même davantage — produit un certain degré d'anesthésie locale — accélère la circulation dans la région affectée, diminue la tuméfaction et la congestion.

Avec l'emploi de la Numotizine il n'est pas nécessaire de changer fréquemment les pansements, ni d'avoir recours aux boules à eau chaude ou aux thermoplasmes électriques.

En pots de 4, 8 et 30 onces.

Fabriquée au Canada

Wingate Chemical Co. Ltd.
378 ouest, rue St-Paul,
Montréal.



Soulagement bienfaisant

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

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

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

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

Documentation sur demande

PYRIDIUM®

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

MERCK & CO., LIMITED

Fabricants chimistes

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD

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

"JELONET"

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

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

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

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

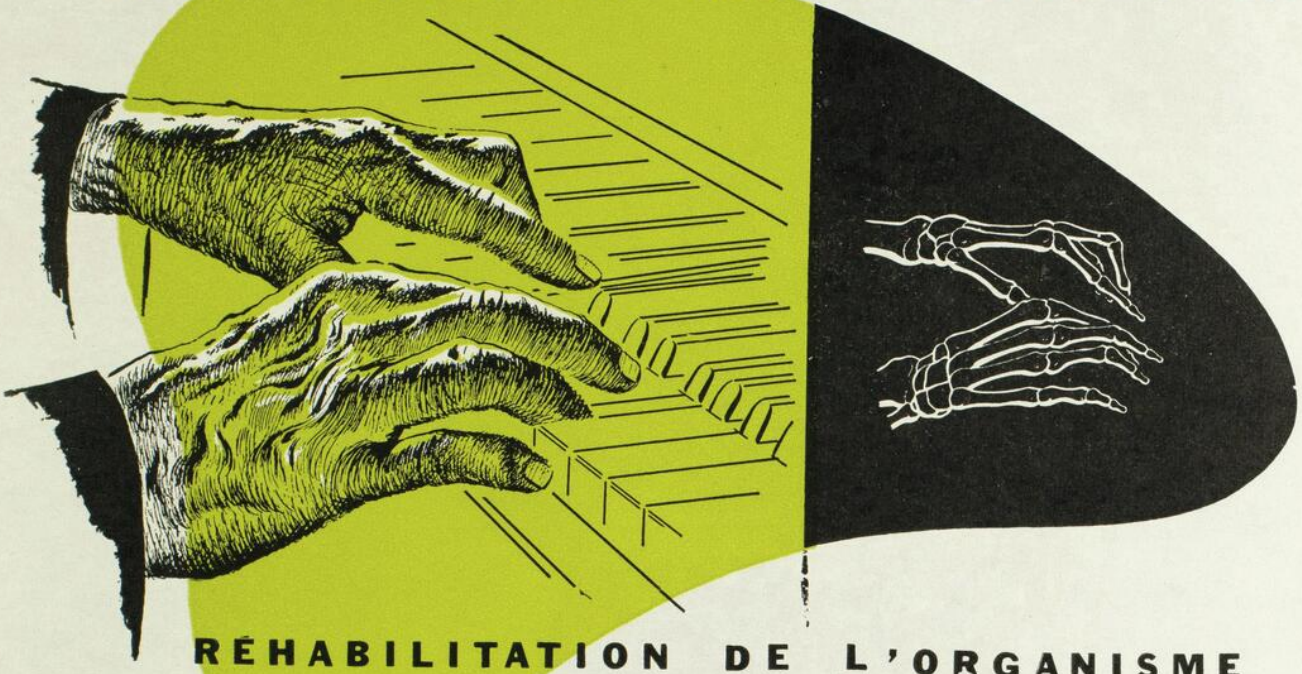
Paquet spécial pour les hôpitaux: Longueurs continues de 8 verges.

SMITH & NEPHEW, LTD.

378 ouest, St-Paul, Montréal, P. Q.

Fait en Angleterre par les fabricants de "Elastoplast" et de "Gypsona"
T. J. SMITH & NEPHEW LTD., HULL.

LA SOUPLESSE DES MAINS RECOUVRÉE..



RÉHABILITATION DE L'ORGANISME

CHAQUE CAPSULE CONTIENT:

Vitamine D	50,000 U. I.
Vitamine A	5,000 U. I.
Acide ascorbique	75 mg.
Chlorhydrate de thiamine	3 mg.
Riboflavine	2 mg.
Chlorhydrate de pyridoxine	0.3 mg.
Pantothénate de calcium	1 mg.
Niacinamide	15 mg.
Alpha-tocophérol	3 mg.

Le rétablissement fonctionnel peut s'obtenir, chez la plupart des malades atteints d'arthrite, par un programme de réhabilitation complet de l'organisme. Le Darthronol fait partie intégrante d'un tel régime thérapeutique. Son efficacité est due aux effets antiarthritiques des doses massives de vitamine D, aussi bien qu'aux propriétés nutritives bien équilibrées des autres huit vitamines qu'il contient.

J. B. ROERIG AND COMPANY
(Canada) Limited
256 Chilver Road • Windsor, Ontario

un produit **ROERIG**

DARTHRONOL

pour l'arthritique

Très efficace pour réduire l'appétit

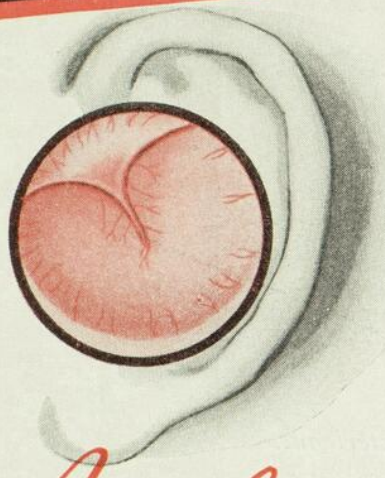
Il n'est plus désormais nécessaire d'administrer à l'obèse des médicaments comportant certains risques, comme la thyroïde.

Parce que—
le Sulfate de DEXÉDRINE refrène l'appétit et permet au patient de cesser la suralimentation. Avec DEXÉDRINE seul la perte de poids si recherchée peut être réalisée — et maintenue — facilement et avec sécurité.

comprimés de sulfate de DEXÉDRINE

Smith Kline & French Inter-American Corp., Philadelphie et Montréal
Concessionnaires pour le Canada: The Leeming Miles Co., Ltd., Montréal

Médicaments de Choix
CONTRE CERTAINES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES



Auralgan

contre l'OTITE MOYENNE AIGUË

Symptômes:

Douleur, fièvre, oedème, leucocytose, sensation de gonflement, diminution de l'acuité auditive.

Traitement:

Sédation de la douleur et résolution de l'inflammation—Auralgan.

Effets:

Régression de la congestion, analgésie, bactériostase.

Envoi, à la demande des intéressés, d'une documentation complète et de réimpressions d'observations cliniques relatives à l'emploi de l'Otosmosan.

Otosmosan

contre l'OTITE MOYENNE SUPPURANTE CHRONIQUE

Symptômes:

Otorrhée opiniâtre, souvent fétide, d'ordinaire sans toxémie, fièvre ni douleur.

Traitement:

Otosmosan.

Formule:

Glycérole (Dohow) à 20 p. 100 de carbamide de sulfathiazole.

Effets:

Assainit l'odeur de l'écoulement, liquéfie les granulations, rétablit l'intégrité du tissu épithélial. Bactériostatique.

Envoi à titre gracieux des quantités nécessaires à un essai clinique.

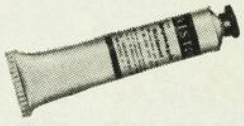
THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD.

Montréal • New-York 13 • Londres

la Streptomycine *existe maintenant sous forme d'*onguent

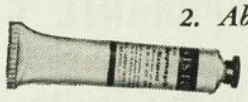
Les Laboratoires Bristol viennent d'apporter une autre contribution originale à l'arsénal thérapeutique dans le domaine des antibiotiques: le sulfate de streptomycine en topique, dans un excipient doux et non gras. Cet apport remarquable dû aux recherches de Bristol mérite d'être considéré à plus d'un égard.

1. Vaste rayon d'action antibactérienne.



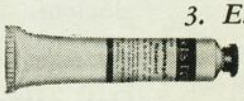
Les types de bactéries détruites ou inhibées par la streptomycine sont remarquablement nombreux. Le rayon d'action antibactérienne dépasse celui des autres antibiotiques d'usage courant comme topiques.

2. Absence de sensibilisation.



Sous forme d'onguent, la streptomycine élimine l'objection principale qu'on oppose à la thérapie par les antibiotiques en topique: en fait, elle ne provoque pas la sensibilisation.

3. Excipient hydrosoluble.

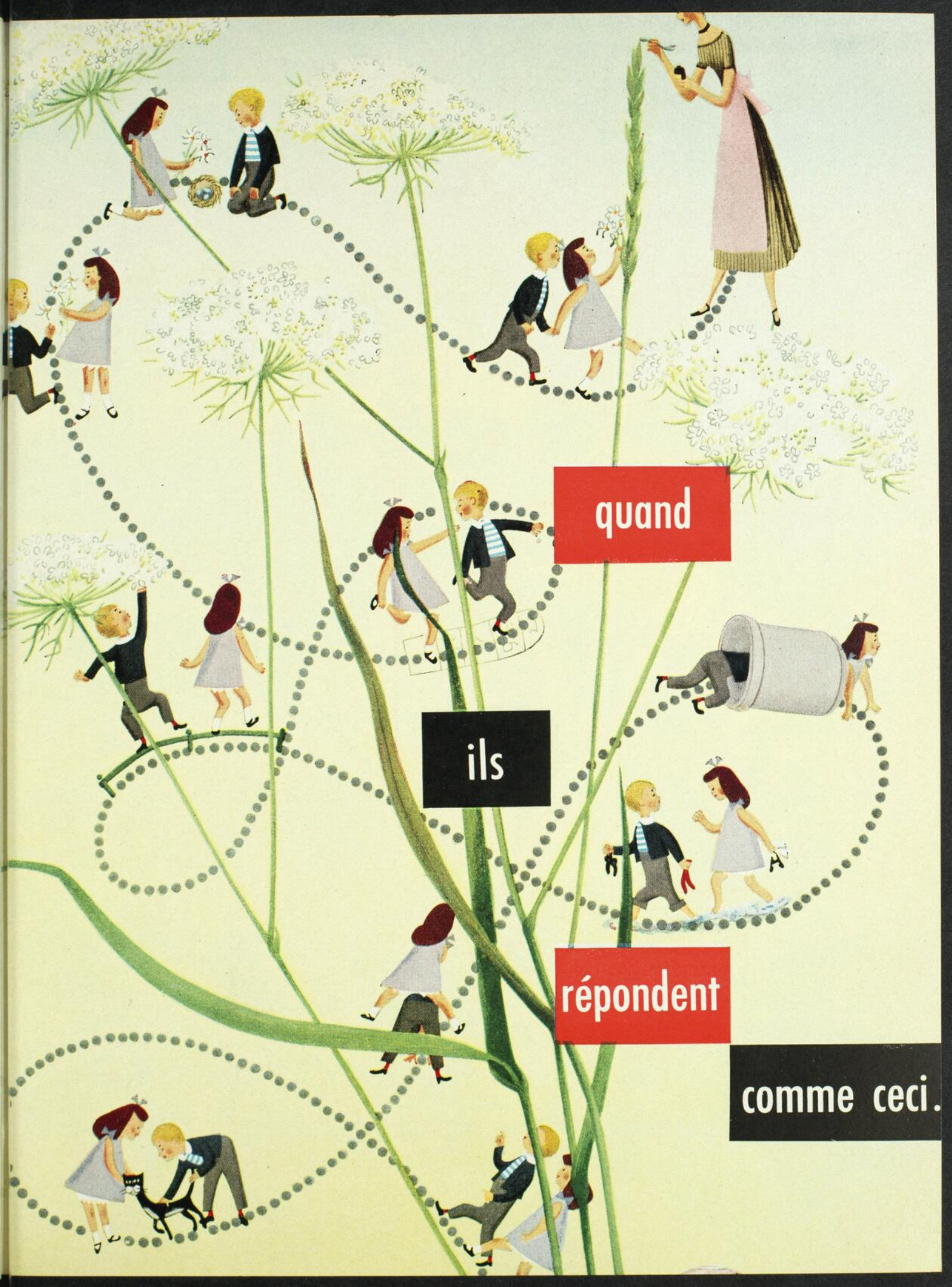


L'Onguent de Streptomycine Bristol est extrêmement agréable à employer, par suite de son incorporation à un excipient onctueux, hydrosoluble. Malgré l'absence de graisse ou d'huile, l'activité du produit se maintient durant les neuf mois qui suivent la date de la fabrication.

L'Onguent de Streptomycine Bristol est indiqué dans toutes les infections cutanées et les blessures infectées attribuables à des organismes sensibles à la streptomycine. Un gramme d'onguent renferme 5000 microgrammes de streptomycine pure.

Peut être obtenu DÈS MAINTENANT à votre source d'approvisionnement habituelle, en tubes de 1 once, séparément, ou emballé en boîtes de 12 tubes.

286 OUEST, RUE ST-PAUL MONTRÉAL 30, P.Q.


quand
ils
répondent
comme ceci.

tandis que

c'est **ceci** *que vous voulez...*

La prochaine fois qu'une maman harassée vous confiera que sa progéniture préfère attraper une dégelée plutôt que de prendre des vitamines, souvenez-vous des Produits Vitaminiques Abbott. Les formes orales sont rendues aussi attrayantes que possible comme apparence, comme odeur et comme saveur expressément pour encourager le malade à les prendre fidèlement tel que prescrits—considération importante pour tous les jeunes, et aussi pour un grand nombre de leurs aînés qui sont capricieux. Une considération encore plus importante que la facilité avec laquelle on peut prendre des produits vitaminiques est leur activité. Qu'ils soient sous forme de liquide, de capsules ou de comprimés, les Produits Vitaminiques Abbott possèdent l'activité indiquée sur l'étiquette. Votre pharmacien tient la ligne complète—sous forme de vitamines individuelles ou de produits multivitaminiques, pour administration orale ou parentérale, comme complément alimentaire ou pour usage thérapeutique.

La prochaine fois prescrivez les Produits Vitaminiques Abbott, et le malade—jeune et rebelle ou vieux et acariâtre—vous saura gré de cette attention.

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, Montréal 9.

PRESCRIVEZ LES

Produits vitaminiques Abbott

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale
du Canada

Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 77:

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

140388

Le grand principe expérimental est donc le doute, le doute philosophique qui laisse à l'esprit sa liberté et son initiative, et d'où dérivent les qualités les plus précieuses pour un investigateur en physiologie et en médecine. Il ne faut croire à nos observations, à nos théories, que sous bénéfice d'inventaire expérimental. Si l'on croit trop, l'esprit se trouve lié et rétréci par les conséquences de son propre raisonnement; il n'a plus la liberté d'action et manque, par suite, de l'initiative que possède celui qui sait se dégager de cette foi aveugle dans les théories, qui n'est au fond qu'une superstition scientifique.

On a souvent dit que, pour faire des découvertes, il fallait être ignorant. Cette opinion, fausse en elle-même, cache cependant une vérité. Elle signifie qu'il vaut mieux ne rien savoir que d'avoir dans l'esprit des idées fixes *appuyées sur des théories dont on cherche toujours la confirmation en négligeant tout ce qui ne s'y rapporte pas. Cette disposition d'esprit est des plus mauvaises, et elle est éminemment opposée à l'invention. En effet, une découverte est en général un rapport imprévu qui ne se trouve pas compris dans la théorie, car sans cela il serait prévu. Un homme ignorant, qui ne connaîtrait pas la théorie, serait, en effet, sous ce rapport, dans de meilleures conditions d'esprit; la théorie ne le gênerait pas et ne l'empêcherait pas de voir des faits nouveaux que n'aperçoit pas celui qui est préoccupé d'une théorie exclusive. Mais hâtons-nous de dire qu'il ne s'agit point ici d'élever l'ignorance en principe. Plus on est instruit, plus on possède de connaissances antérieures, mieux on aura l'esprit disposé pour faire des découvertes grandes et fécondes. Seulement il faut garder sa liberté d'esprit, ainsi que nous l'avons dit plus haut, et croire que dans la nature l'absurde suivant nos théories n'est pas toujours impossible.*

Les hommes qui ont une foi excessive dans leurs théories ou dans leurs idées, sont non seulement mal disposés pour faire des découvertes, mais ils font aussi de très mauvaises observations. Ils observent nécessairement avec une idée préconçue, et quand ils ont institué une expérience, ils ne veulent voir dans ces résultats qu'une confirmation de leur théorie. Ils défigurent ainsi l'observation et négligent souvent des faits très importants, parce qu'ils ne concourent pas à leur but. C'est ce qui nous a fait dire ailleurs qu'il ne fallait jamais faire des expériences pour confirmer ses idées, mais simplement pour les contrôler; ce qui signifie, en d'autres termes, qu'il faut accepter les résultats de l'expérience tels qu'ils se présentent, avec tout leur imprévu et leurs accidents.

Mais il arrive encore tout naturellement que ceux qui croient trop à leurs théories ne croient pas assez à celles des autres. Alors l'idée dominante de ces contempteurs d'autrui est de trouver les théories des autres en défaut et de chercher à les contredire. L'inconvénient pour la science reste le même. Ils ne font des expériences que pour détruire une théorie, au lieu de les faire pour chercher la vérité. Ils font également de mauvaises observations parce qu'ils ne prennent dans les résultats de leurs expériences que ce qui convient à leur but, en négligeant ce qui ne s'y rapporte pas et en écartant bien soigneusement tout ce qui pourrait aller dans le sens de l'idée qu'ils veulent combattre. On est donc conduit ainsi, par ces deux voies opposées, au même résultat, c'est-à-dire à fausser la science et les faits.

La conclusion de tout ceci est qu'il faut effacer son opinion aussi bien que celle des autres devant les décisions de l'expérience. Quand on discute et que l'on expérimente comme nous venons de le dire, pour prouver quand même une idée préconçue, on n'a plus l'esprit libre et l'on ne cherche plus la vérité. On fait de la science étroite à laquelle se mêlent la vanité personnelle ou les diverses passions humaines. L'amour-propre, cependant, ne devrait rien avoir à faire dans toutes ces vaines disputes. Quand deux physiologistes ou deux médecins se querellent pour soutenir chacun leurs idées ou leurs théories, il n'y a, au milieu de leurs arguments contradictoires, qu'une seule chose qui soit absolument certaine: c'est que les deux théories sont insuffisantes et ne représentent la vérité ni l'une ni l'autre. L'esprit vraiment scientifique devrait donc nous rendre modestes et bienveillants. Nous savons tous bien peu de choses en réalité, et nous sommes tous faillibles en face des difficultés immenses que nous offre l'investigation dans les phénomènes naturels. Nous n'aurions donc rien de mieux à faire que de réunir nos efforts, au lieu de les diviser et de les neutraliser par les disputes personnelles. En un mot, le savant qui veut trouver la vérité doit conserver son esprit libre, calme et, si c'était possible, ne jamais avoir, comme dit Bacon, l'œil humecté par les passions humaines. (Claude Bernard)

BULLETIN

L'UNION QUI S'IMPOSE PLUS QUE JAMAIS

Les échanges de vœux n'ont pas manqué entre les membres de la profession médicale. Les jeunes ont offert quelques marques de reconnaissance à leurs aînés et les anciens ont manifesté envers ceux qui sont appelés à leur succéder la plus cordiale sympathie.

Mais là, toutefois, ne doit pas s'arrêter cet élan de cordialité qui est coutumier à cette translation d'une année à l'autre. Il faut que jeunes et moins jeunes, aînés et plus vieux, se décident enfin à donner une portée pratique à des souhaits qui méritent réalisation.

Chacun veut le succès et pour lui-même et pour les autres; tous désirent la réalisation de leurs légitimes ambitions. Or, s'il faut s'aider soi-même, afin que le Ciel apporte son concours, il est de toute importance de ne jamais s'aliéner des collaborations adjuvantes, mais, au contraire, de rechercher la coopération et de favoriser l'entente.

Beaucoup de nos œuvres n'obtiennent pas le rendement désiré, faute de la connaissance de cette vérité première et par ceux qui sont censés diriger et par ceux qui font fonction d'auxiliaires.

Notre esprit individualiste s'accorde mal avec la conception du travail d'équipe et il est responsable de certains états de choses déplorables. Là où, tous, nous devrions nous unir et faire cause commune, quand l'avenir de certaines de nos institutions est en jeu, par exemple, il est commun de constater que les réflexes défensifs sont divergents et que, lorsqu'une réaction massive unanime serait de la plus essentielle efficacité, il se trouve immanquablement une déficience coordinatrice.

Il est impérieux que cessent ces refus de la lutte organisée; l'effort individuel n'est utile qu'appuyé et conjugué.

Le sens de la responsabilité ne doit pas se laisser émousser, car il conduirait à la démission du rôle dévolu au médecin. Plus que jamais, la profession médicale est en butte à de multiples attaques; plus que jamais, il faut que le médecin se montre à la hauteur des circonstances, qu'il soit fidèle à ses principes, loyal à ses confrères et dévoué pour ses malades.

L'Université est l'objet de critiques, déguisées et même ouvertes; aussi ceux qui en constituent le personnel, tant administratif qu'enseignant, se doivent-ils de ne montrer ni faiblesse, ni carence.

Les hôpitaux ne trouvent pas, non plus, grâce auprès de certains esprits chagrins; et, cependant, que de sacrifices les médecins n'y font-ils pas ! D'autres fulminent contre les sociétés scientifiques, décrient leurs programmes, sous-estiment le travail de leurs officiers et ne voient chez ceux-ci que prétextes à représentations avantageuses.

La Faculté n'est pas ignorée des censeurs, elle non plus. Elle a ses points vulnérables, qu'elle connaît; elle a des moyens limités et elle le sait; elle voudrait beaucoup et elle ne peut presque rien. L'œuvre qu'elle aurait à accomplir est immense, ses disponibilités sont amoindries, sinon jugulées.

Toutes ces difficultés cesseraient d'exister, toutefois, si chacun de nous consacrait quelques instants à la méditation des problèmes de l'heure et si chacun, à la suite de cette recollection, prenait la résolution de s'inscrire dans l'armée des hommes de bonne volonté.

Nulle difficulté n'est insurmontable, si abordée avec l'arme qui convient; nulle entente n'est impossible si, tout intérêt personnel mis à part, elle est souscrite en vue d'intérêts supérieurs. Quelle belle somme de réalisations sera accumulée, quand tant d'énergies jusqu'ici divisées sauront s'unir.

Le mot d'union s'impose, comme conclusion; ce terme est ici, plus qu'ailleurs, à sa place; il doit être plus qu'un symbole, il faut que l'union médicale soit le fait de l'année.

Edouard DESJARDINS.

LE DEUXIÈME CONGRÈS RÉGIONAL À CHICOUTIMI

les 2, 3 et 4 juin 1949

Le Conseil de l'Association des Médecins de Langue française du Canada, à l'assemblée tenue en septembre à Ottawa, lors du XIXe Congrès, choisissait la région du Saguenay pour y tenir le deuxième congrès régional et spécifiait que les séances se tiendront à Chicoutimi en juin 1949.

Ainsi donc Chicoutimi nous invite cordialement à aller prendre part à ces assises scientifiques qui auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Saint-Vallier, dont la régie interne est confiée aux Sœurs Grises.

Ce congrès se tiendra sous la présidence du docteur Edmond Potvin, chef du service de pédiatrie à l'Hôtel-Dieu, membre du Conseil de l'A.M.L.F.C., vice-président de la Fédération des Sociétés Médicales et de l'Association des Bureaux Médicaux des hôpitaux de la province de Québec.

Nos dévoués confrères du Saguenay et de la région du Lac Saint-Jean nous attendent en grand nombre et déjà ils ont commencé leur lourde besogne pour donner à ce congrès un résultat aussi retentissant que celui du premier tenu à Sherbrooke en juin 1947, sous la présidence de notre collaborateur dévoué, le docteur Richard Gaudet.

Les médecins de partout, des Etats-Unis comme du Canada, doivent se rendre compte sur place de l'évolution de la médecine et des progrès accomplis dans différents centres où l'Association ne peut tenir un congrès général faute d'accommodations suffisantes. Les médecins de ces centres ont droit à la visite de leurs confrères.

Près de deux cents médecins se sont inscrits à Sherbrooke en 1947 et la température ne nous avait guère favorisés. L'on se souvient avec quel empressement nous avons été reçus partout et quel régal scientifique et . . . gastronomique l'on nous avait servi.

A Chicoutimi, qui est en plein essor, qui exerce une influence sur l'organisation de la médecine des mines d'Arvida et des usines de Shipshaw, qui possède un hôpital tout à fait moderne et des médecins compétents, désireux de se tenir au courant des derniers développements de la médecine, nous nous retrouverons plongés dans une atmosphère de science, de cordialité, d'hospitalité, qui ne le cède en rien aux autres centres.

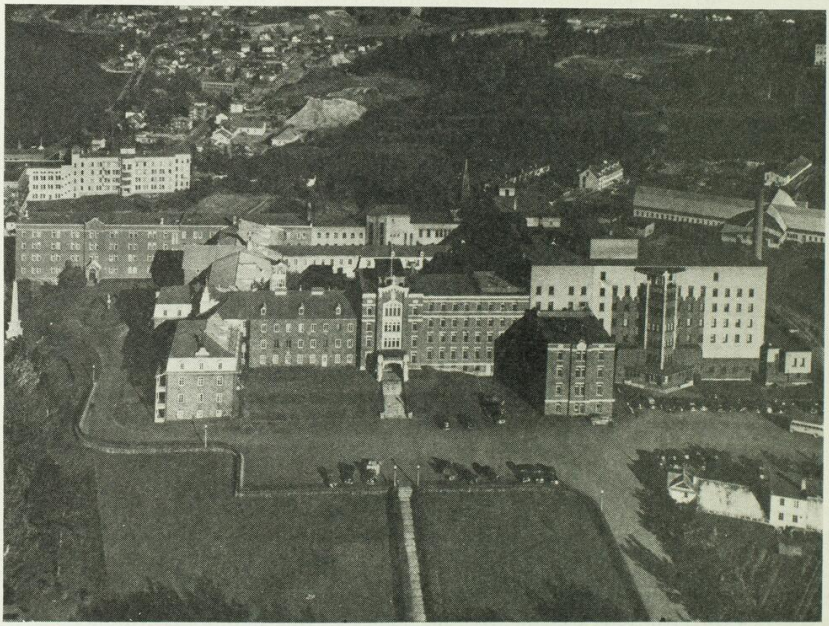
Chicoutimi sera en mesure de nous recevoir nombreux, car nous ne causerons pas de problèmes de logement. L'A.M.L.F.C. a nolisé le vapeur *Richelieu* de la « Canada Steamships Lines » et offre à ceux qui voudront prendre part au congrès régional de Chicoutimi les

avantages d'un voyage agréable sur le fleuve Saint-Laurent et sur le Saguenay, avec escale à Chicoutimi même. Le vapeur *Richelieu* peut accommoder quatre cents passagers; cela va sans dire que les épouses des médecins sont invitées expressément à accompagner leur mari.

Les tarifs et les conditions des billets de passage seront données dans la livraison de février de *L'Union Médicale*. Comme nous voulons donner les mêmes avantages aux médecins des différentes parties du pays ou des Etats-Unis, nous vous prions de bien vouloir réserver de bonne heure en vous adressant directement au secrétariat général de L'Association des Médecins de Langue française du Canada, à 326 est, boulevard Saint-Joseph, à Montréal.

Hermile TRUDEL,
secrétaire-trésorier général.

Il ne serait pas juste que les membres qui ne sont pas en règle avec l'Association bénéficient des mêmes avantages que les autres. Obvions à cet inconvénient en faisant parvenir au secrétariat notre contribution si elle est due.



Hôpital Hôtel-Dieu de St-Vallier de Chicoutimi. C'est dans cette institution que nos confrères de la région de Chicoutimi et du Lac Saint-Jean nous convient à assister au deuxième congrès régional de l'Association des Médecins de Langue française du Canada, au début de juin 1949.

(Courtoisie du *Dr D. Gaudy*
Gagnon Air Service Ltée.)

LE PROBLÈME DE LA POLIOMYÉLITE ET L'ORIENTATION DES RECHERCHES [1]

P. LÉPINE,
Institut Pasteur, Paris.

Depuis l'isolement du virus de la poliomyélite en 1909, un nombre considérable de recherches ont été accomplies. Elles ont joué un rôle essentiel dans l'évolution de nos idées au sujet de la paralysie infantile: c'est par l'expérimentation qu'ont pu être établies les notions actuelles sur la pathogénie, le mode de transmission ou l'immunité dans cette maladie.

On ne peut cependant pas dire que le problème de la poliomyélite soit résolu. La paralysie infantile épidémique pose au contraire, aux chercheurs comme aux épidémiologistes ou aux cliniciens, nombre d'énigmes jusqu'ici sans réponse.

Deux faits s'imposent lorsqu'on envisage l'état actuel du problème.

1. L'extension constante de la poliomyélite dans toutes les parties du monde, la régulière augmentation annuelle du nombre total des cas enregistrés, contrastant par ailleurs avec le déclin régulier des autres maladies infectieuses, traduit, il faut le reconnaître franchement, l'échec complet des moyens qui ont été jusqu'ici employés pour lutter contre le fléau.

Le fait même que ce soient précisément les pays les plus civilisés, ceux où la santé publique est l'objet de soins et de mesures préventives les plus attentives, qui sont aussi ceux où l'on voit survenir la plus forte augmentation du nombre des cas de poliomyélite démontre que les mesures prophylactiques employées sont inopérantes.

Devant cette marée montante de la poliomyélite, il nous faut donc envisager, soit que le virus se propage par un moyen et dans des conditions différentes de celles qui ont été envisagées jusqu'à présent, soit, ce qui paraît plus vraisemblable, que le virus persiste dans les milieux extérieurs, ou est diffusé par les malades, sous une forme qui résiste ou qui échappe aux moyens mis en œuvre pour le détruire.

Pour ma part, je pense que la réponse se trouve en majeure partie exprimée par la suite des propositions suivantes, chacune reposant sur des faits établis:

1. La contamination de la poliomyélite se fait habituellement par la voie digestive, par contact direct ou indirect.

2. Les malades et les sujets atteints d'infection inapparente éliminent par leurs matières fécales des quantités considérables de virus. Ces matières fécales sont envoyées aux eaux usées sans aucune précaution, ou, au mieux, dans le cas des hôpitaux, après addition superficielle d'antiseptiques inefficaces.

3. Alors que les microbes pathogènes sont détruits par le cycle d'épuration biologique des eaux usées, le virus poliomyélitique résiste aux actions biochimiques et se retrouve dans les eaux épurées. La généralisation du tout-à-l'égout est ainsi l'un des facteurs importants de la diffusion du virus poliomyélitique.

4. Le déversement des égouts et des effluents des fosses septiques explique la contamination croissante des eaux de rivière, de la nappe phréatique du sol, et par l'intermédiaire des eaux souillées, l'infection des légumes et des produits laitiers, comme la transmission par les mouches et la contamination interhumaine.

Ces problèmes ne seront résolus que par une recherche systématique. Cette dernière pourrait être utilement orientée autour des six questions suivantes.

1. Communication au XIXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue française du Canada, Ottawa - Hull, septembre 1948.

1.—Comment apprécier la diffusion du virus poliomyélitique.

A l'heure actuelle, l'inoculation au singe d'un produit supposé virulent reste le seul critérium certain de la présence du virus. Nous ne pouvons dire qu'un individu, un produit ou une sécrétion sont virulents que si nous arrivons à déterminer chez le singe, par une inoculation du matériel suspect, soit une maladie, soit des lésions anatomo-pathologiques, soit des réactions immunologiques caractéristiques.

Cette sujétion à un animal rare et onéreux restreint considérablement les recherches. Si nous pouvions trouver un test simple mais sûr de la présence du virus, le problème de l'épidémiologie, celui de l'aire d'extension de l'infection, celui des porteurs de germes ou des formes inapparentes, et même le diagnostic précoce des formes typiques, en seraient radicalement facilités et transformés.

C'est pourquoi, il semble que ce problème, que la transmission de certaines souches de poliomyélite aux muridés n'a pas permis de résoudre, devrait occuper le premier rang sur la liste des recherches.

2.—Détermination des facteurs induisant le neurotropisme du virus.

Il est bien évident que tous les individus entrant en contact avec le virus ou infectés par lui, ne font pas de poliomyélite. On a depuis longtemps noté la prédominance des garçons sur les filles, le fait que la paralysie est fréquemment une maladie de l'enfant unique, ou qu'elle atteint de préférence les enfants bien portants, musclés, voire de structure athlétique, enfin que certains facteurs paraissent favoriser l'éclosion ou la localisation des symptômes paralytiques. Mais pourquoi tel malade fait-il une localisation médullaire ou bulbaire du virus se traduisant par une maladie grave, alors que son voisin placé dans les mêmes conditions n'accuse qu'une maladie inapparente ou une indisposition légère d'allure bénigne?

Il paraît souhaitable d'analyser en détail tous les facteurs connus et de rechercher ceux qui demeurent inconnus. Parmi les premiers, les uns sont de nature organique, comme les facteurs endocriniens ou la race des sujets; d'autres paraissent intervenir soit en diminuant la résistance de l'individu, comme la fatigue, ou en favorisant un mode de contamination particulièrement brutal, comme les bains de rivières dans une eau contaminée.

Il semble qu'une voie intéressante puisse être ouverte par l'analyse des facteurs conditionnant la résistance du système nerveux aux infections neurotropes, notamment dans le domaine du métabolisme des ptérines dont le rôle s'annonce très important.

De la solution de cette question pourrait dépendre dans une large mesure le choix de méthodes efficaces de prophylaxie individuelle de la poliomyélite.

3.—Quelle est la relation entre la présence des anticorps sériques et le degré de l'immunité dans la poliomyelite?

La question longuement controversée de l'immunité dans la poliomyélite est alliée pour une large part à la question encore embrouillée des anticorps sériques. Nous ne pouvons pas à l'heure actuelle dire avec certitude quelle est l'exacte relation des anticorps avec l'immunité antipoliomyélitique. Il est certain que l'on observe, chez l'animal, une résistance à une réinoculation, après une infection poliomyélitique; mais habituellement, cette résistance n'est absolue que si la réinoculation n'a lieu qu'avec la même souche et par la même voie d'introduction. Tout se passe comme si l'immunité était non seulement d'ordre tissulaire, mais encore limitée aux seuls segments du système nerveux précédemment atteints, de sorte que l'animal guéri d'une authentique poliomyélite peut demeurer sensible à une nouvelle infection atteignant par une autre voie neurale un segment différent de son névraxe. L'existence d'un certain nombre de cas de réinfection

poliomyélitique chez l'homme donne à penser qu'il peut en être de même dans l'espèce humaine.

Nous avons vu, d'autre part (cf. P. Lépine, *Presse Médicale,* 1943, No 38, p. 557), quelle faible valeur on pouvait attribuer à la sérothérapie de la poliomyélite dont les résultats ont été si décevants qu'elle est pratiquement aujourd'hui universellement abandonnée. Or on constate que le sérum de 85 à 95 pour cent des adultes de tous les pays renferme des anticorps neutralisant le virus. Dans ces conditions, il faut:

— ou bien que ces anticorps aient une origine spécifique et traduisent une réponse de l'individu au virus; mais alors il nous faut admettre que le virus est infiniment plus ubiquitaire et plus répandu que cela n'a été admis jusqu'ici; il serait en ce cas bien difficile d'éviter le contact des sujets sensibles avec le virus, et cela conduirait à des conclusions qui cadrent mal avec ce que nous savons de l'épidémiologie de la maladie;

— ou bien que ces anticorps n'aient pas une origine spécifique; ils traduiraient simplement la réaction de l'organisme à un antigène latent, probablement d'origine intestinale, ayant avec le virus poliomyélitique une certaine communauté de structure antigénique. Dans ces conditions, quel crédit pourrait-on accorder à l'apparition de ces anticorps en tant que témoins de la résistance de l'individu à l'infection poliomyélitique? Quelle valeur faudrait-il leur laisser comme indice épidémiologique de l'infection?

4.—Structure immunologique du virus poliomyélitique.

La question précédente nous conduit tout naturellement à rechercher quel est le degré d'unité antigénique du virus de la paralysie infantile.

Avons-nous affaire à un ou à plusieurs virus? Les différences que l'on observe chez l'animal tiennent-elles à des variations de souches ou à des races différentes? Les virus qui sont adaptables au névraxe des muridés, et dont la souche Lansing isolée par Armstrong est le type le mieux connu, représentent-ils une variété particulière du virus poliomyélitique? Enfin, l'allure épidémiologique particulière de la maladie et les variations de caractères ou de virulence que l'on observe dans un même pays d'une épidémie à l'autre ou à un même moment en des pays différents, sont-elles explicables et dans quelle mesure, par les fluctuations de la virulence du virus? Si de telles fluctuations doivent être mises en évidence, quels sont les facteurs qui les conditionnent? Autant de questions auxquelles nous ne pouvons aujourd'hui répondre complètement.

Mais tous les travaux en cours laissent entrevoir que, pour la poliomyélite comme pour d'autres virus, celui de la grippe par exemple, la maladie peut être causée par plusieurs virus, antigéniquement différents, mais par ailleurs identiques dans leurs propriétés ou leur comportement, et entre lesquels il n'existe pas d'immunité croisée. Deux groupes, au moins, de virus poliomyélitiques peuvent être dès à présent reconnus, et il est possible que d'ici peu ces groupes eux-mêmes soient dissociés en sous-groupes différents.

5.—Recherche d'une thérapeutique spécifique.

Nous ne disposons d'aucune thérapeutique spécifique contre la poliomyélite. Tous les moyens mis en œuvre pour traiter les malades sont des palliatifs, certains doués d'une indiscutable efficacité, d'autres présentant une activité moindre, voire illusoire. D'autre part, nous ne disposons d'aucun agent prophylactique qui ait fait preuve d'une efficacité contrôlée. Il est, en fait, peu de maladies contre lesquelles nous ne soyons aussi totalement désarmés que la poliomyélite.

Il va de soi que le problème serait transformé si un agent pouvait être découvert, qu'il soit un produit d'origine biologique ou un agent chimiothérapique, doué d'une acti-

vité spécifique. Aussi est-il d'une importance capitale d'orienter les recherches dans cette voie, sans que nous puissions malheureusement affirmer posséder un fil conducteur qui guiderait nos investigations.

Il est à remarquer, du reste, que la lutte contre le virus peut être envisagée à des stades variables de l'infection et selon des mécanismes différents. On peut concevoir un agent qui détruirait le virus ou rendrait l'organisme réfractaire dès avant toute infection et dont l'action serait par conséquent préventive. On peut envisager aussi un produit qui, administré à temps dans une infection à son début, combattrait le neurotropisme qui constitue le facteur redoutable de la maladie, en empêchant le virus d'atteindre les centres nerveux, ou en limitant son extension si celui-ci a déjà touché le névraxe. Enfin on peut encore imaginer qu'un agent doué d'une activité spécifique puisse détruire ou neutraliser le virus en allant l'atteindre là où il s'est fixé, c'est-à-dire au centre même des neurones. Les tentatives de chimiothérapie ont été jusqu'ici décevantes, mais l'avenir peut nous réserver des surprises.

6.—Mise au point de méthodes permettant l'obtention de grandes quantités de virus.

La multiplication du virus dans le névraxe des animaux infectés est la seule source sûre de virus que nous connaissions et puissions pratiquement utiliser, et le système nerveux des animaux sensibles est pour l'instant le seul milieu de culture. L'obtention d'un mode de culture *in vitro* ou *in vivo* moins onéreux, permettant de préparer des quantités importantes de virus, serait un utile appoint aux recherches et permettrait peut-être d'envisager plus favorablement la question si controversée de la vaccination contre la poliomyélite.

Nous pensons, pour notre part, qu'il y a peu d'espoir à fonder sur une méthode de vaccination antipoliomyélitique analogue aux méthodes employées contre les infections bactériennes. Avec les antigènes et les vaccins dont nous avons pu disposer jusqu'ici, les vaccins antipoliomyélitiques à base de virus tué n'ont pu faire preuve d'une efficacité suffisante, même limitée dans le temps, pour pouvoir être retenus. Seules les méthodes faisant appel à un virus actif mais atténué ont pu donner expérimentalement des résultats paraissant encourageants; mais tous les vaccins atténués exposent au risque terrible d'infection grave par localisation névraxique, en raison de l'inégale sensibilité des individus et de notre ignorance des facteurs favorisant le neutropisme de l'affection. Une methode de vaccination inoffensive reste à trouver.

Mais, même s'il était possible d'obtenir un vaccin atténué qui soit certainement efficace en même temps que dépourvu de danger, il est à craindre que les bénéfices à en retirer ne soient illusoires. L'expérimentation montre en effet, et le fait nous a été confirmé il y a déjà plus de dix ans sur des expériences poursuivies pendant plusieurs années (P. Lépine, *Rev. Immunol.*, 1935, **1**: 480), que la résistance du singe est sujette à des fluctuations telles que les animaux les plus solidement vaccinés peuvent redevenir totalement sensibles si leur état d'immunité fléchit à la suite de variations physiologiques ou de circonstances parfois imprévisibles.

Nous n'avons aucune raison de penser, bien au contraire, que l'espèce humaine se comporte sur ce point de vue d'une façon différente du singe. C'est pourquoi, nous plaçons au dernier rang des mesures prophylactiques éventuelles la recherche de méthodes vaccinales sur lesquelles il nous semblerait dangereux de fonder toute la lutte antipoliomyélitique.

Même en limitant aux quelques problèmes énumérés ci-dessus l'orientation des recherches à donner à la poliomyélite, on constate que le programme est immense. Il ne pourra être réalisé que par une collaboration étroite entre la clinique et la recherche scientifique. A cet égard, il est souhaitable que, dans chaque pays, au moins un Institut ou un laboratoire

spécialisé dans l'étude du virus puisse travailler en liaison étroite avec un centre de clinique et d'hospitalisation. Seul l'appui mutuel des deux disciplines de la clinique et de la recherche permettra de faire avancer le problème. C'est pourquoi il semble également recommandable que l'étude des épidémies, de même que celle des cas sporadiques, puisse être effectuée par des équipes scientifiques dépendant du centre de recherches et travaillant en collaboration intime avec les médecins chargés des services d'hygiène et de prophylaxie. Les recherches sur le terrain contribueront ainsi à améliorer nos connaissances sur la pathogénie et sur le mode de transmission de l'infection.

Les problèmes touchant à la poliomyélite sont si nombreux, les méthodes de recherches si délicates et si onéreuses, qu'il est souhaitable qu'une coordination puisse s'établir entre les Instituts des différents pays chargés d'étudier le problème. Selon le tempérament et la formation des chercheurs, le matériel et les moyens mis à leur disposition, les problèmes que nous avons énumérés pourraient être répartis d'un commun accord entre les Instituts poursuivant leur étude. On éviterait ainsi une dispersion ou une inutile duplication des travaux pour arriver à une meilleure concentration sur l'essentiel des questions.

LES CÉPHALÉES : UNE CLASSIFICATION DU POINT DE VUE NEURO-CHIRURGICAL [1]

Claude BERTRAND, F.R.C.S. (C),
Chargé du service de neuro-chirurgie à l'hôpital Notre-Dame (Montréal).

Je dois vous avouer que je suis fort aise de n'avoir à discuter les céphalées que du point de vue neuro-chirurgical; comme vous, je serais heureux de voir quelqu'un présenter une classification qui puisse couvrir tous les aspects de cette question. A ce point de vue, je n'envie nullement mes confrères psychiatres ou internistes et je pense au docteur Emblem, l'assistant du professeur Monrad-Krohn, qui nourrit cette ambition depuis longtemps déjà. Ce n'est pas que la distinction entre les types cardinaux de la céphalée soit tellement complexe, mais, une fois éliminées les céphalées dont nous connaissons les causes organiques ou fonctionnelles, il persiste hélas! ce groupe de céphalées d'origine indéterminée qui sont notre mal de tête et, peut-être, notre gagne-pain. Cependant, il faut se garder d'adopter l'attitude défaitiste que la céphalée ne mérite qu'un traitement symptomatique jusqu'à ce que les choses se précisent d'elles-mêmes. En effet, la plupart d'entre elles peuvent déjà être rangées après une histoire de cas détaillée et un bon examen objectif. Même s'il s'agit d'un cas pour lequel il n'existe pas de traitement curatif, le patient vous est reconnaissant d'interrompre la chaîne parfois très longue de ses inquisitions et il accepte volontiers les moyens palliatifs que vous suggérez surtout si vous y joignez quelques examens de laboratoire simples mais utiles: une bonne radiographie du crâne bien interprétée, un champ visuel, etc.

Anatomie fonctionnelle

Rappelons-nous d'abord quelques faits d'anatomie fonctionnelle que la fréquence croissante des opérations à la locale chez l'homme a permis de vérifier (1): a) les douleurs qui proviennent de structures cervicales ou occipitales extra-crâniennes et dont les voies afférentes sont les racines postérieures des nerfs cervicaux sont ressenties dans ces régions; b) les stimuli qui ont leur origine dans la fosse postérieure du crâne semblent s'acheminer principalement par les fibres du glosso-pharyngien et du pneumogastrique. D'une façon générale, ils sont aussi référés à la région occipitale; c) ceux qui naissent dans le reste du crâne, soit dans la région occipitale au-dessus de la tente du cervelet, soit dans la région pariétale ou dans la région frontale, semblent avoir leurs voies d'apport principales dans quelques petites racines de la branche ophtalmique du trijumeau. La douleur siégera dans la région frontale ou parfois dans la région qui correspond à la lésion. Ainsi, lorsqu'on stimule au vertex le long du sinus longitudinal supérieur, le patient se plaint d'une céphalée sus-orbitaire d'un côté ou de l'autre; d) toutefois, les sensations qui proviennent de la méningée moyenne ou de la temporale superficielle sont assez bien localisées à la région temporale; e) les névralgies du grand nerf occipital d'Arnold, du trijumeau et du glossopharyngien sont évidemment bien localisées dans le territoire anatomique de ces nerfs crâniens; f) les douleurs qui viennent des sinus accessoires du nez s'irradient à peu près dans les territoires correspondants à ces sinus. Cependant, le sinus sphénoïdal peut être la cause d'une douleur située au vertex du crâne; g) les douleurs d'origine oculaire sont ordinairement localisées dans les régions orbitaires ou frontales, mais l'état de tension que peut amener une mauvaise accommodation peut être la cause de malaises occipitaux; h) c'est probablement ce même mécanisme qui expliquerait les céphalées occipitales des neurasthéniques et des anxieux.

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, 1948.

Les principales sources de douleurs intra-crâniennes semblent être les tractions, l'inflammation ou les changements de volume des organes sensibles qui sont relativement nombreux, soit les sinus veineux et la dure-mère qui les entoure, les artères méningées et la dure-mère attenante, les vaisseaux de la base du crâne et les ramifications de la branche ophtalmique du trijumeau, du glossopharyngien et du pneumogastrique, qui circulent le long de la base du crâne.

Récemment, j'avais l'occasion de vérifier ces points dans un cas de sarcome de la mâchoire qui envahissait la gorge du même côté. J'ai fait une section de la racine descendante du trijumeau au niveau du bulbe telle que préconisée par Sjoqvist ainsi qu'une section de la racine postérieure des 2e, 3e et 4e nerfs cervicaux, le premier nerf cervical n'ayant pas de racine postérieure. A l'opération, la traction sur les structures de la fosse postérieure provoquait une céphalée occipitale marquée. Par la suite, le patient a présenté une anesthésie à la douleur dans la partie correspondante de la face et du pharynx ainsi que du conduit auditif externe y compris le tympan. Ceci prouve bien la terminaison des fibres douloureuses du trijumeau, du facial et du glossopharyngien dans la racine descendante du trijumeau au niveau du bulbe. Il avait aussi une anesthésie à la douleur et au toucher de l'occiput, du pavillon de l'oreille et du cou jusqu'au sommet de l'épaule, preuve de l'innervation de cette région par les racines postérieures des deuxième, troisième et quatrième nerfs cervicaux.

Classification

Bien qu'il soit plus agréable à l'esprit de classifier les céphalées d'après leur localisation ou leur étiologie, c'est pour moi éminemment plus pratique de les envisager suivant leur évolution. En effet, celles où une intervention chirurgicale peut être imminente, auront à peu près toutes un caractère progressif ou aigu. Je m'attarderai plus spécialement à ces deux variétés, groupées ensemble pour plus de brièveté, après avoir revu les points saillants des céphalées qui évoluent en plateau, des céphalées récidivantes et de celles qui régressent graduellement. Le terme céphalée est employé dans son appellation la plus large au lieu de céphalalgie et même pour toute douleur céphalique ou cervicale.

Céphalées en plateau.

Les céphalées en plateau sont essentiellement celles où l'agent causal est persistant et insidieux. En somme, c'est la classe des céphalées médicales et psychiatriques. D'une façon générale, on peut dire que, si celles-ci sont occipitales ou cervicales, celles-là sont frontales. Ainsi la céphalée de l'anémie, de l'urémie, de l'intoxication par le monoxyde de carbone, celle de la méningite syphilitique, celle de l'insuffisance endocrinienne de la ménopause, celle qui précède les repas dans l'hypoglycémie, celle du simple embarras gastrique sont des douleurs sourdes frontales qui sont accompagnées des autres symptômes propres à la maladie en cause. Par contre, dans la neurasthénie et l'anxiété, la douleur, si elle est localisée, se trouve dans la région occipitale ou cervicale et le patient se plaint aussi d'un nombre de malaises vagues rattachés à la vue, à l'audition, à l'équilibre, à la déglutition, au cœur ou à l'appareil digestif. A mon avis, le rôle des foyers d'infection chronique a été grandement exagéré dans ce domaine comme dans bien d'autres, sauf peut-être pour ce qui est de la sinusite chronique et des abcès dentaires apicaux. Nous avions récemment un cas qui illustre assez bien l'enchevêtrement de ces divers facteurs: M. P., une petite fille de 16 ans, nous est référée pour une anorexie marquée, fatigabilité, légère pyrexie vespérale, ménorragie et céphalée frontale persistantes. La patiente a toujours été très active auparavant, mais la mère a fait plusieurs dépressions nerveuses. Ses symptômes datent d'environ six mois. L'examen objectif est négatif à tout point de vue. Parmi les examens de laboratoire, les

faits saillants sont les suivants: deux abcès dentaires apicaux, mais radiographie du crâne normale avec selle turcique normale, radiographie des poumons normale, globules rouges à 4,500,000, blancs à 12,000 avec polynucléaires neutrophiles à 80%, ponction lombaire normale, etc. Après avoir fait enlever les dents, la température tombe à la normale, mais la céphalée et l'anorexie persistent. Nous avons bien soin d'expliquer à la malade que

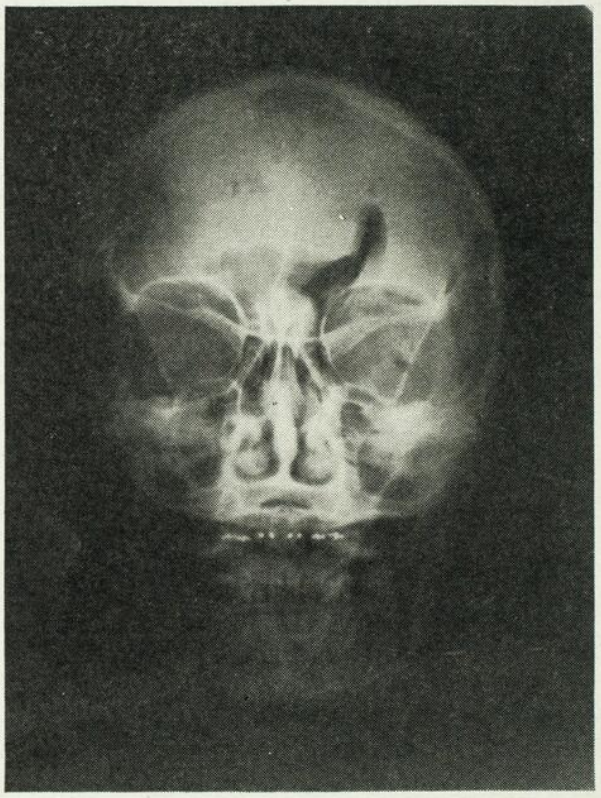


Fig. 1. — Radiographie antéro-postérieure montrant le déplacement ventriculaire avant l'exérèse d'un méningiome frontal droit.

nous avions trouvé la cause de son mal; après l'avoir rassurée, nous lui faisons faire des exercices suédois de tension pour vaincre l'hypotonie vasculaire de décubitus et, graduellement, nous la faisons lever. En quelques jours ses symptômes disparaissent et la patiente a maintenant repris ses activités ordinaires depuis quatre mois. Je crois que, dans ce cas, une cause organique plutôt minime avait engendré un cercle vicieux et que l'élément fonctionnel était devenu le facteur dominant.

Le problème n'est pas toujours aussi simple, surtout lorsque les symptômes sont fermement établis. Témoin, le cas suivant: un abbé qui souffre depuis vingt-cinq ans d'une céphalée occipitale rebelle. Le mal a augmenté d'intensité depuis quelques mois, l'empêche de dormir ou le réveille souvent la nuit, et s'accompagne d'une sensation de vibration qui semble synchrone avec sa céphalée et qui irradie jusqu'au bout de ses membres. C'est un homme très actif qui a de grosses responsabilités. Les examens sont négatifs et l'histoire révèle que l'on a affaire à un neurasthénique pour qui cette céphalée est un échappatoire quasi indispensable. Il est peut-être présomptueux de vouloir guérir un tel cas, mais on peut grandement améliorer son sort lorsque, après avoir gagné sa confiance, on lui fait comprendre l'innocuité de ses symptômes.

Dans un autre cas, il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, mariée depuis 7 ans, qui n'a pas d'enfant et qui tient magasin avec sa sœur, plutôt comme passe-temps. Elle souffre d'une céphalée occipitale gauche qui, depuis deux ou trois mois, l'empêche de dormir. Après des examens détaillés, un questionnaire assez serré révèle que la patiente s'entend mal avec sa sœur. Elle prétend être très heureuse en ménage, mais elle nous dit qu'elle aurait aimé avoir une famille et que l'éducation de son conjoint et ses appétits sexuels sont absolument différents des siens. La solution de la majeure partie de ces problèmes a grandement amélioré cette patiente. Evidemment, un tel cas est du domaine du médecin de famille ou, si la fixation est trop ancrée, elle relève de l'analyse d'un psychiatre. La patience, ou plutôt la persistance, est la qualité primordiale pour le succès de ces cas et, dût-on faillir dix fois, il me semble que le succès doit être aussi satisfaisant que l'est celui d'une opération bien réussie, mais il vaut mieux laisser ce domaine où mon expérience est presque limitée au diagnostic.

Il ne faut pas confondre avec la céphalée

occipitale fonctionnelle la myalgie, la douleur occipitale de l'arthrite cervicale ou d'une vieille fracture ou subluxation des vertèbres cervicales ou de l'apophyse odontoïde. Celles-ci sont mieux localisées, décrites plus objectivement, variables avec la température, et s'accompagnent des signes objectifs de l'arthrite. Il y a quelques mois, nous avions la surprise de trouver chez deux blessés d'un même accident d'automobile des fractures de l'apophyse odontoïde dont l'une nécessitait une greffe cervicale, une coïncidence quasi impossible statistiquement. Il est donc important de faire faire une radiographie cervicale et un cliché antéropostérieur, la bouche ouverte, pour l'apophyse odontoïde, lorsqu'un patient se plaint de douleur occipitale à la suite d'un accident.

La névralgie occipitale du type paroxystique est plutôt rare: nous en avons eu un cas dernièrement qui a très bien répondu à une infiltration novocaïnique suivie d'alcool. La douleur sourde, persistante, exagérée dans la saison froide, avec légère sensibilité de la peau dans le territoire du grand nerf occipital et la sensibilité de ce nerf à son point d'émergence, est beaucoup plus fréquente. Lorsqu'une telle douleur existe au niveau de la face, il faut éliminer systématiquement tous les foyers d'infection adjacents, car une dent ou un sinus maxillaire est souvent en cause.

Il convient de dire un mot ici d'un syndrome assez vague qu'on a classé sous le nom de névralgie du ganglion sphénopalatin ou du ganglion vidien ou de sympathalgie. Il s'agit d'une douleur qui va de la mastoïde à l'os malaire, douleur d'un caractère indéfini qui serait soulagée par injection du ganglion sphénopalatin. Dans les cas que j'ai suivis personnellement et dans ceux qui me sont venus après de telles injections, celles-ci n'avaient rien ajouté, mais il y avait ordinairement un facteur fonctionnel assez important. Je me souviens entre autres d'un officier allemand qui avait fait une grève de la faim et qui souffrait d'un ennui quasi mortel. Aussi d'un jeune aviateur qui avait survolé l'Allemagne plusieurs fois, chez qui le psychiatre avait déterré plusieurs craintes cachées, et tout récemment d'une jeune femme chez qui cette douleur avait commencé lorsqu'elle avait vu un accident assez macabre se dérouler sous ses yeux. Elle avait vu un grand nombre de neurologistes et de neuro-chirurgiens et un excellent oto-rhino-laryngologiste avait été assez impressionné par l'intensité de son mal pour faire quelques injections du ganglion sphénopalatin. Elle a été vue par un neuro-psychiatre qui a découvert une maladaptation conjugale assez marquée.

La méningite syphilitique, de plus en plus rare, est une cause possible de céphalée chronique. Comme l'anévrisme cérébral, elle affecte une prédilection pour les nerfs moteurs des yeux. Les méningites à champignons sont des curiosités, mais en présence d'une augmentation inexpliquée des cellules du liquide céphalo-rachidien, il faut les rechercher. J'ai vu un cas demeurer deux mois dans un centre neurologique avant que ce diagnostic soit confirmé. Il en est de même de l'encéphalite toxoplasmique où la radiographie révèle des calcifications minimes. L'ostéomyélite chronique du crâne, soit à la suite de sinusite ou d'origine syphilitique, est d'un pronostic beaucoup moins désespérant depuis que le curettage peut être aidé par la pénicilline.

Céphalées à caractères régressifs.

Parmi les céphalées à caractères essentiellement régressifs, il en est deux types principaux que je rencontre fréquemment et que l'on est souvent appelé à différencier l'un de l'autre: la céphalée post-traumatique et la céphalée par hypotension du liquide céphalo-rachidien. La première a acquis une grande importance avec la médecine industrielle et peut se subdiviser en 5 variétés d'après le facteur étiologique dominant.

1° La céphalée post-traumatique banale est probablement due à la déformation des tissus au moment de la commotion cérébrale et à l'irritation méningée par l'hémorragie sous-arachnoïdienne qu'engendre un traumatisme

de quelque intensité. C'est une céphalée assez mal localisée, qui disparaît graduellement.

2° Assez souvent, surtout lorsqu'il est question d'indemnité, cette céphalée est remplacée par celle d'une névrose post-traumatique. Le patient accuse des douleurs multiples vagues, accompagnées de lassitude, de faiblesse, d'anxiété et d'irritabilité. Il faut réduire les interventions au minimum nécessaire pour un diagnostic précis, tâcher de gagner la confiance du malade et l'encourager par des voies détournées à augmenter graduellement ses activités. Il est important de procéder à un bon questionnaire sur ses antécédents, afin de déterminer l'existence préalable d'anxiété, surtout du point de vue de la responsabilité de l'accident quant à son état actuel. Le pneumo-encéphalogramme, en plus de son utilité au point de vue du diagnostic, impressionne parfois les malades quant à l'intensité d'une céphalée par irritation méningée. Comme l'ont rapporté Ross et McNaughton (2), on trouve souvent une légère atrophie corticale diffuse. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de simulation, mais d'une véritable anxiété post-traumatique qu'il faut s'efforcer de vaincre. Il faut tâcher de rendre l'état actuel moins agréable, moins désirable que le travail, une technique qui a bien réussi pendant la guerre alors qu'on imposait des ouvrages légers mais ennuyeux, ce qui change probablement le déterminisme sous-conscient de ces patients.

3° Une autre espèce de céphalée post-traumatique est la douleur névralgique à la suite des contusions ou des lésions des branches sensitives du cuir chevelu. Ce type est assez rare à l'état isolé et ne constitue pas un problème en soi, mais il ne peut faire partie d'un syndrome post-traumatique. Alors la fixation peut être augmentée par des injections intempestives qui se surajoutent à la névralgie, et en compliquent le traitement. D'ailleurs, les facteurs organiques et fonctionnels sont si intimement entremêlés dans le syndrome post-traumatique qu'il est imprudent de vouloir isoler le rôle joué par chacun d'eux. Pour employer une vieille formule, il vaut mieux traiter le problème dans son ensemble, en considérant l'état du patient avant et après l'accident, sans favoriser le parasitisme naturel de la nature humaine. Il y a quelques mois, je recevais du nord de la Province, un mois après son accident, un patient chez qui persistait une fracture dans la région pariétale gauche. Il était très anxieux et se plaignait, entre mille autres choses, de

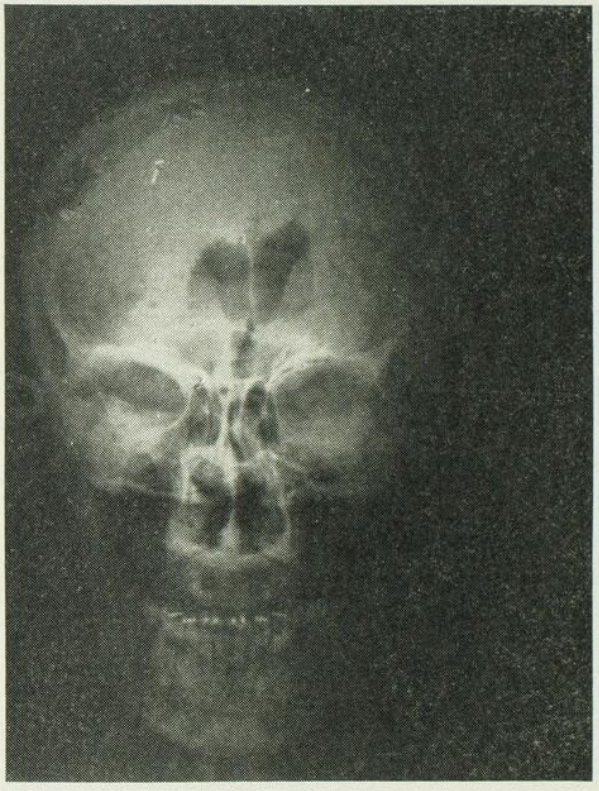


Fig. 2. — Radiographie antéro-postérieure de la même patiente que dans la figure 1, faite quelques jours après l'opération et démontrant le retour des ventricules vers la normale.

douleurs au niveau de la fracture. Une histoire souvent approfondie nous a révélé qu'il avait eu des troubles analogues, il y a trois ans, après une légère chute.

Je lui ai proposé un pneumo-encéphalogramme et lui ai fait sentir qu'il n'avait pas d'autre alternative que de retourner au travail et que d'ailleurs ses symptômes n'étaient pas améliorés par le repos et il a repris son emploi.

4° Une autre variété est la céphalée par hypotension artérielle. Pour une raison encore

assez mal connue, peut-être à cause du collapsus vasculaire qui suit le choc assez formidable de l'encéphale au moment de l'accident, les cas de commotion cérébrale sont particulièrement sujets à faire une chute plus ou moins marquée de la pression artérielle, lorsqu'ils se relèvent. Le patient se plaint d'une céphalée qui commence dès qu'il change de position, qui est plus marquée au lever ou lorsqu'il se penche, avec sensation de faiblesse ou même de vertiges sans caractère rotatoire défini. Lorsqu'on fait lever le patient, on note une chute de la tension artérielle, surtout de la pression systolique, avec diminution de la pression différentielle qui peut aller jusqu'à 20 ou 30°. Les vertiges de ces patients sont bien différents des vertiges rotatoires qui accompagnent les fractures du rocher avec atteinte labyrinthique. Si l'on fait osciller la tête du malade qui est debout, les yeux fermés, dans les trois plans des divers canaux semi-circulaires, on ne produit pas de nystagmus ni de nausées, mais simplement le malaise que ressent le malade lorsqu'il reprend la position verticale. C'est afin d'éviter ces inconvénients qu'il faut mettre le patient en position demi-assise dans son lit dès le lendemain de l'accident. Si nécessaire, il faut instituer des exercices suédois de tension. D'une façon générale, une bonne règle consiste à faire lever les patients dont l'inconscience a duré moins de 5 minutes au bout de deux ou trois jours, ceux qui ont été inconscients environ 20 minutes au bout d'une semaine et les autres au bout de 10 à 12 jours, à moins qu'il ne persiste quelque symptôme qui contre-indique cette façon d'agir, tel que la céphalée par hypotension du liquide céphalo-rachidien.

5° Celle-ci peut survenir à la suite d'une fracture de la base au niveau du rocher ou au niveau des sinus fronto-ethmoïdaux avec écoulement du liquide céphalo-rachidien à l'extérieur. Le patient se plaint de l'écoulement du liquide et, la plupart du temps, il accuse aussi une céphalée frontale assez intense. La ponction révèle une pression nulle ou négative. Si, toutefois, la brèche n'est pas suffisante pour que la pression soit très basse, il faut drainer le liquide céphalo-rachidien et élever la tête du malade de façon à diminuer ou à supprimer l'écoulement du liquide par la fistule et d'en permettre la granulation et la fermeture. Il faut évidemment administrer de la pénicilline pour éviter la méningite toujours possible. Si ce traitement conservateur échoue, au bout de deux ou trois semaines, il faut penser à fermer la brèche chirurgicalement avec un morceau de *fascia lata*, ce qui n'a été nécessaire dans aucun cas depuis que j'emploie cette méthode. D'ailleurs, dans les fractures comminutives fronto-ethmoïdales, il y a fatalement déchirure des méninges au niveau de la lame criblée. Lorsque les fragments osseux semblent déplacés et assez importants, il faut intervenir d'urgence, enlever les morceaux d'os et de cerveau contus, fermer la brèche avec de la fibrine et un « paquetage » qu'on enlèvera lorsqu'un tissu de granulation aura fermé la communication entre le nez et les méninges. Dans deux cas de ce genre que j'ai opérés récemment, le sinus frontal était rempli de matières cérébrales contuses. Après avoir enlevé les sinus fronto-ethmoïdaux et la face interne de la paroi orbitaire, de façon à permettre aux tissus mous de se rejoindre à la ligne médiane, j'ai rempli la cavité avec une mèche de pénicilline que j'ai pu enlever 10 jours après sans autre incident. La cause la plus fréquente des céphalées par hypotension est la ponction lombaire et elle se produit dans environ 1 à 2% des cas. Si elle est traitée immédiatement, elle est sans conséquence. Il s'agit ordinairement de la persistance du petit trou fait dans la dure-mère et les méninges molles au moment de la ponction avec écoulement du liquide céphalo-rachidien dans les tissus mous et l'espace épidural. Pour permettre la fermeture de cette brèche, il suffit de mettre le patient en position horizontale ou même, si nécessaire, d'élever légèrement le pied du lit et de lui faire prendre beaucoup de liquide. On pourra même administrer quelques doses d'extrait pituitaire pour obtenir la rétention des liquides en quantité assez abondante.

Lorsque cette céphalée survient après un accident, la cause peut être équivoque, mais, si la céphalée apparaît chaque fois que l'on élève le lit du malade et qu'elle disparaît lorsqu'il reprend la position horizontale, il ne peut y avoir de doute sur le diagnostic. Après une anesthésie spinale, il ne faut pas la confondre avec la céphalée par arachnoïdite qui peut aussi survenir. Celle-ci est beaucoup plus persistante et j'ai vu personnellement trois cas d'arachnoïdite assez marquée pour entraîner une paraplégie partielle.

6° Enfin, il faut mentionner la céphalée par cicatrisation locale post-traumatique décrite par Penfield (3). Dans le cas typique elle est bien localisée et elle est due aux tractions ou

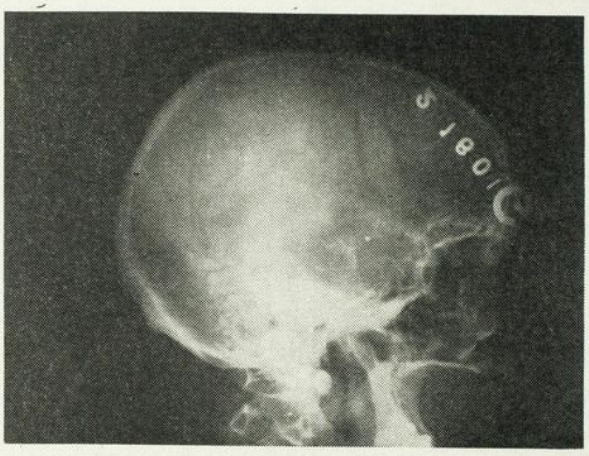


Fig. 3. — Radiographie latérale démontrant la présence de calcifications au-dessus de la selle turcique dans un cas de méningiome de la fosse moyenne.

à l'absence du coussin sous-dural normal. Le traitement recommandé est l'injection d'air dans l'espace sous-dural. D'après mon expérience, cette céphalée est très rare et les cas typiques sont quasi inexistants.

Il existe une troisième sorte de douleurs qui régresse ordinairement et dont il convient de dire un mot: c'est la névralgie post-zostérienne du trijumeau ou du facial. Comme dans toutes les algies qui font suite au zona, il s'agit d'une douleur cuisante ou très intense qui s'atténue graduellement et où la vitaminothérapie semble aider réellement. Dans les cas tenaces, il existe beaucoup de divergence d'opinions sur l'efficacité des diverses thérapeutiques chirurgicales. L'infiltration alcoolique ou l'ablation du nerf en cause n'est pas toujours couronnée de succès. Depuis quelques années, les auteurs américains préconisent un volet cutané dont la base est à la périphérie du territoire d'innervation. Cette technique a semblé donner de bons résultats.

Les céphalées récidivantes.

Les céphalées, ou plutôt les trois algies récidivantes les plus fréquentes, sont:

la céphalée histaminique,

la migraine

et la névralgie du type tic douloureux du trijumeau ou du glossopharyngien.

Mise en lumière par Horton (4), la céphalée histaminique typique est, comme on le sait, une céphalée de brève durée qui a débuté assez tard dans la vie, qui réveille parfois la nuit, qui est limitée à un côté de la tête et qui peut s'accompagner de vaso-dilatation évidente avec rougeur de la face, larmoiement, congestion nasale et dilatation d'une artère temporale superficielle, sensible à la palpation. Evidemment, cette forme typique n'est pas la plus fréquente et il est utile dans un cas d'hémicrânie d'origine indéterminée d'essayer systématiquement l'injection intraveineuse de 1/10 de c.c. d'histamine à 1 pour 1,000 allant jusqu'à 4 ou 5/10 de cc. dans le cas où l'injection est inefficace. Si les symptômes du patient sont provoqués sans qu'il y ait eu suggestion, le fait devrait être vérifié deux ou trois fois, après quoi on enrayera la crise avec quelques gouttes d'adrénaline à 1/200,000 intraveineuse. Puis on pourra administrer un traitement de désensibilisation ou plus simplement donner un des anti-histaminiques en vogue actuellement. Il est important de savoir que ceux-ci peuvent s'avérer inutiles en doses trop faibles et être par contre efficaces lorsqu'on en donne suffisamment.

Quant à la migraine, le caractère familial, l'influence du cycle menstruel, les signes visuels, en particulier les scotomes hémianopiques, les nausées et les vomissements sont bien connus de même que l'action thérapeutique

de l'ergotamine et plus récemment de l'ergométrine. Au début de la crise, une simple compression de la carotide peut parfois enrayer l'attaque. Il faut se rappeler qu'il s'agit là d'une décharge corticale et que l'électro-encéphalogramme montre parfois des « spikes » épileptiformes. Un test diagnostique intéressant a été suggéré dernièrement par les frères Schnitker (5). Il consiste à administrer deux petites tablettes de 1/100 de gr. de trinitrine, ce qui reproduit la crise dans les cas typiques.

Fig. 4. — Radiographie latérale démontrant la présence de deux petites poches anévrismales sur la cérébrale moyenne après injection per-cutanée de Diodrast.

La crise est ensuite enrayée par l'administration intraveineuse d'un demi à un milligramme de tartrate d'ergotamine. Il serait oiseux de reprendre ici les discussions sur les branches de la carotide en cause dans la migraine et dans la céphalée histaminique. Les auteurs qui ont travaillé cette question, comme Wolff et Horton, ne sont pas encore arrivés à une entente définitive à ce sujet. Toutefois, il est intéressant de rappeler que l'Ecole de Guillaume, de Paris, a rapporté des succès avec la section des branches dure-mériennes de la racine ophtalmique du trijumeau et d'un autre côté que quelques cas de céphalée temporale, probablement du type histaminique, ont réagi favorablement à l'excision de l'artère temporale superficielle. Toutefois, dans l'évaluation de ces faits, il ne faut pas oublier le rôle parfois prépondérant que joue le facteur émotionnel, au moins dans le déclenchement de ces phénomènes.

La troisième variété d'algies récidivantes est le tic douloureux. Dans le territoire du trijumeau, il peut intéresser l'une deux ou les trois branches de ce nerf. Dans les crises typiques, le diagnostic différentiel est ordinairement assez simple. Il s'agit de douleurs fulgurantes qui paralysent souvent l'expression du malade, qui sont de courte durée et qui peuvent, en général, être reproduites d'un ou de deux points appelés par les auteurs anglais « trigger zones ». La canine et les rebords de l'aile du nez sont des régions de prédilection. Lorsque les crises deviennent subintrantes, le patient est incapable de s'alimenter et il pense fréquemment au suicide. L'infiltration novocaïnique suivie d'alcool des racines périphériques du nerf trijumeau donne un sursis de 6 mois à un an. L'exérèse chirurgicale du nerf sus-orbitaire ou de la branche sous-orbitaire donne un bien-être un peu plus prolongé. Chez les jeunes et dans les cas où la douleur est fréquente, il est préférable de rechercher un soulagement permanent, soit par l'alcoolisation du ganglion ou par la section de la racine postérieure du trijumeau ou par la tractotomie bulbaire. Pour ma part, je préfère la section de la racine postérieure du trijumeau, craignant d'atteindre des nerfs moteurs oculaires dans l'alcoolisation du ganglion. Il faut bien prévenir le malade des paresthésies qui peuvent parfois survenir à la suite de l'anesthésie dans le territoire du trijumeau, mais qui sont préférables à la douleur. Un cas que nous avons fait il y a deux mois a déjà gagné 20 livres depuis son opération. Il travaille régulière-

ment au lieu qu'il était resté 5 ans inactif, tellement sa douleur était intense. Une autre patiente, qui était âgée de 65 ans et que nous avons dû faire digitaliniser avant l'opération, ne présente plus de signes objectifs de décompensation cardiaque. Dans la névralgie du glossopharyngien, la douleur irradie au niveau de l'amygdale et de la partie correspondante de la gorge, mais le caractère en est exactement le même que dans le tic douloureux du trijumeau. Le traitement consiste dans la section du glossopharyngien en dedans de la base du crâne.

Céphalées à formes progressives.

Les céphalées à formes progressives sont celles qui doivent nous mettre le plus en éveil comme toutes les lésions progressives que'les qu'elles soient. Nous subdiviserons ces céphalées de façon plutôt arbitraire, d'après le facteur étiologique, en céphalées d'origine traumatique, céphalées d'origine néoplasique, céphalées d'origine vasculaire, céphalées d'origine infectieuse, céphalées par blocage mécanique. Afin d'abréger et parce que les mêmes causes sont ordinairement responsab'es, j'engloberai ici la description des céphalées aiguës, mentionnant au besoin les caractères qui leur sont propres. Ces céphalées ont ceci en commun dans leur pathogénie qu'il y a augmentation de la pression intracrânienne, à des degrés variables il est vrai. Si les méninges ne sont pas irritées, il en résulte une céphalée sourde au début qui redouble d'intensité avec les changements rapides de la pression intracrânienne, par l'œdème, l'effort, les changements de position, car ici comme ailleurs les modifications gradue'les éveillent peu l'attention. Existe-t-il en plus une traction par une masse intracrânienne, le maximum de douleur sera souvent localisé dans la région correspondante. Si la pression devient intense, il peut y avoir des vomissements d'origine bulbaire qui souvent ne sont pas exempts de nausées comme on l'enseignait autrefois. Par une clémence providentielle, la somnolence, l'apathie et même la torpeur entrent en jeu, mais alors il est déjà trop tard.

Evidemment, le diagnostic précoce de ces lésions peut être très difficile. Ainsi, cet automne, j'ai opéré un cas de gliome frontal droit qui avait été traité par un psychiatre plusieurs mois. J'ai aussi vu 1 cas de tumeur du 3e ventricule qui avait une hémicrânie typique et qui était traité pour céphalée histaminique dans un centre neurologique. Par contre, la gravité légendaire des crâniotomies pour tumeurs cérébrales vient surtout du fait que, dans l'enceinte close du crâne, il est difficile d'ajouter un œdème opératoire, même réduit au minimum, sur un tissu déjà distendu à l'extrême; il est rare avec les moyens d'hémostase moderne qu'un patient succombe à l'hémorragie. C'est le ralentissement des fonctions bulbaires qui contre-indique l'usage de la morphine au moment de l'intervention. Si la pression intracrânienne s'accroît encore, une raideur protectrice de la nuque s'installe. Alors il est encore plus dangereux de faire une ponction lombaire; même si l'on ne retire pas de liquide, il peut persister une fuite et il se produit un engagement de l'uncus du lobe temporal ou des amygdales cérébelleuses avec issue fatale.

Dans l'examen de ces cas, il faut rechercher spécialement l'anosmie, l'hémianopsie dans le champ visuel, à la main levée, un léger œdème papillaire, les paralysies des globes oculaires, le nystagmus, l'aphasie sensorielle, la parésie, l'ataxie, une légère asymétrie des réflexes ou une diminution de la sensation corticale comme, par exemple, l'incapacité de reconnaître les objets placés dans la main. La glande pinéale calcifiée chez 50 à 60% des adultes peut indiquer le sens du déplacement dans une radiographie du crâne rigoureusement symétrique.

Les traumatismes crâniens récents doivent être observés attentivement avec examen des pupilles, des mouvements des membres, du pouls, de la respiration, de la pression artérielle, et de l'état de conscience au moins toutes les heures. Si la pression artérielle

baisse, il faut parfois intervenir pour arrêter une hémorragie en dehors du crâne. Si elle augmente et que le pouls se ralentit ou que l'état de conscience s'émousse, il faut trépaner et rechercher une hémorragie épi ou sous-durale. Ne pas oublier qu'une hémorragie épidurale venant de l'artère méningée moyenne elle-même et non pas d'une de ses branches, comme dans l'hémorragie épidurale chronique, est à peu près inévitablement fatale après les douze premières heures. Le cas suivant m'a convaincu de l'importance d'une bonne histoire de cas chez ces patients. Il s'agissait d'un serre-frein qui était tombé en bas d'une locomotive 4 heures avant qu'il nous soit

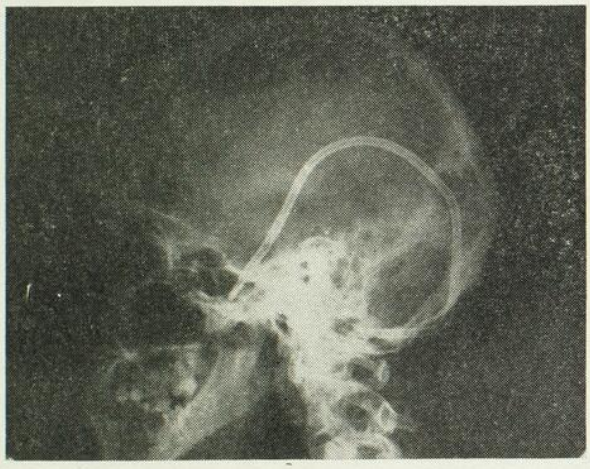


Fig. 5. — Radio montrant l'installation d'un tube de caoutchouc entre le ventricule latéral et la grande citerne.

envoyé. Lorsque je le vis, il était inconscient, il avait une respiration stertoreuse, mais j'ai cru que son côté droit était plus faible que le côté gauche, ou plutôt qu'il résistait moins aux mouvements passifs. J'ai appelé le médecin de la compagnie. A la suite de sa chute, le patient était revenu à lui après une brève période d'inconscience et, dans la suite, il s'était plaint d'une céphalée progressive. Avant de l'envoyer, on lui avait donné un quart de grain de morphine. Cela avait évidemment précipité ses symptômes. Avec ces renseignements, j'ai exploré la région temporale gauche, puisque le patient semblait plus faible du côté droit, sans même prendre le temps de faire une radiographie. J'ai trouvé un énorme hématome épidural et, après ligature de la méningée moyenne, la respiration et la pression du patient devinrent à peu près normales. Le lendemain, le patient ne se plaignait que d'une céphalée moyenne et 6 jours après il quittait l'hôpital. Dans les 12 derniers mois, nous avons opéré à l'hôpital Notre-Dame 28 hématomes épi ou sous-duraux, aigus ou chroniques, ce qui démontre la fréquence de ces lésions dans lesquelles les résultats sont excellents. Le cas suivant en fait foi. Il s'agit d'un homme de 53 ans, référé par un neurologiste qui avait posé le diagnostic pour nous. Trois semaines auparavant, il avait reçu un coup de poing suivi de céphalée et de somnolence progressives. A l'examen : somnolence profonde, pression artérielle élevée, pouls ralenti, faiblesse plus marquée du côté droit, œdème papillaire de 2 dioptries, hémorragies rétiniennes. Je fais une trépanation fronto-pariétale gauche et le drainage d'un hématome sous-dural d'environ 150 c.c., j'enlève les membranes, je fais insuffler de l'oxygène dans l'espace sous-arachnoïdien au niveau de la région lombaire et je referme. Le patient quitte l'hôpital 10 jours après et depuis il est parfaitement bien. Il y a quelque temps, j'ai examiné un jeune homme de 19 ans qui avait été assailli par des malfaiteurs dans son restaurant. Dans les premières 48 heures qui ont suivi son hospitalisation, il s'est installé une parésie progressive du côté gauche de la face et une déviation de la langue vers la gauche avec somnolence de plus en plus marquée. Une trépanation de la région temporo-pariétale droite a révélé un énorme hématome épidural. Une branche de la méningée moyenne a été ligaturée et le caillot a été évacué complètement.

Fréquemment des patients référés pour un ancien traumatisme sont des cas de tumeur cérébrale. Celles-ci causent 1 décès sur 200. D'après Penfield et Erickson (6), 68% donnent lieu à des crises d'épilepsie. L'histoire clinique peut nous permettre de faire la différence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne, puisque les méningiomes ont une

évolution assez lente et qu'ils produisent plus fréquemment des crises d'épi epsie par irritation corticale.

J'ai actuellement sous mes soins une patiente qui avait présenté des céphalées et une altération mentale depuis 3 ans et des crises cloniques à gauche pendant quelques jours. Elle était déjà inconsciente, lorsque je l'ai opérée pour un énorme méningiome frontal postérieur à droite ainsi que le montre le ventriculogramme. Après avoir présenté des troubles mentaux pendant deux semaines, elle est maintenant parfaitement rétablie. (Fig. 1 et 2.) Il n'est pas moins exact qu'il est parfois impossible de différencier un gliome d'un abcès. Je me rappelle un bonhomme d'une soixantaine d'années chez qui l'histoire d'une céphalée rapidement progressive avait incité le neurologiste à faire un diagnostic de gliome malin. Par acquis de conscience, il m'appela en consultation et je fis un ventriculogramme. Lorsque j'insérai mon aiguille à gauche, je tombai dans un énorme abcès qui fut drainé et le patient se rétablit par la suite.

Rappelons-nous que, chez l'enfant, il s'agit à peu près toujours de tumeur du cervelet ou du tronc cérébral. Les tumeurs de la poche de Rathke (ou crâniopharyngiomes) ou les tumeurs pituitaires, surtout s'il y a changement des caractères sexuels ou hémoanopsie bi-temporale, doivent être recherchées chez l'adolescent. Dans les tumeurs de l'adulte, l'artériographie percutanée, popularisée par Cristiansen et Engesett (de Norvège), permet souvent de faire un diagnostic précis d'après l'image vasculaire du néoplasme. Les tumeurs à croissance lente peuvent présenter des calcifications (Fig. 3) ou engendrer une hyperostose de la région correspondante ou une perte osseuse unique comme dans les cholestéatomes ou multiple comme dans les myélomes.

Dans les processus infectieux, on doit avoir constamment à l'esprit l'abcès temporal ou cérébelleux post-otitique et l'abcès frontal venant du sinus frontal. Malgré la pénicilline qui en diminue le nombre, il est essentiel d'enrayer leur marche fulgurante dès les premiers signes d'infection intracrânienne si l'on veut gagner la partie. Les thromboses infectieuses avec frissons, clochers thermiques, comme celles du sinus caverneux avec œdème orbitaire, celles du sinus longitudinal supérieur avec convulsions et parésie des membres inférieurs, celles du sinus latéral, sont aussi devenues des phénomènes exceptionnels.

Chez les jeunes gens, les crises de céphalée d'intensité progressive avec vomissements, signes neurologiques diffus, perte de poids, doivent faire penser à la méningite tuberculeuse. L'examen direct de la pellicule permet parfois de confirmer ce diagnostic sans aucun doute. Nous en avons vu 6 cas, dans les derniers six mois. La streptomycine diluée et injectée par voie sous-arachnoïdienne semble avoir guéri deux de ces cas traités assez précocement et il faut l'employer systématiquement même si l'on sait que l'on aura un grand nombre d'échecs. D'après la théorie actuellement en vogue de la rupture d'un tuberculome, l'antibiotique doit parfois permettre une cicatrisation au cours du délai qu'elle accorde au malade. Comme dans les autres méningites, où elle est indiquée, telles que la méningite à l'hémophilus influenzae, il ne faut pas en prolonger l'usage inutilement à cause du danger d'arachnoïdite, souvent avec symptômes auditifs ou vestibulaires.

Les céphalées des processus aigus, toxiques ou infectieux sont ordinairement indemnes de signes méningitiques. Toutefois, les infections à virus comme la grippe ou la poliomyélite, certaines maladies contagieuses des enfants, peuvent nécessiter une ponction lombaire pour établir le diagnostic différentiel. C'est surtout le cas du méningisme de certains abcès otitiques. Sur ce point, le Dr T. Rasmussen m'a rapporté une petite expérience intéressante faite aux Indes pendant la guerre. Une ponction lombaire systématique a révélé une augmentation des cellules allant jusqu'à vingt éléments dans 60% des cas d'infections des voies respiratoires.

Les céphalées que j'appelle vasculaires for-

ment un groupe hétéroclite. Les trois causes les plus fréquentes sont: l'hypertension avec ou sans artériosclérose, l'anévrisme cérébral et, finalement, les hémangiomes ou les télangiectasies.

La céphalée de l'hypertension stabilisée, si je peux dire, est une céphalée sourde qui appartient plutôt aux céphalées médicales ou en plateau. Celle dont je veux parler ici est la céphalée de l'hypertension progressive ou même maligne avec étourdissements, fatigabilité, irritabilité nerveuse. Dans les crises paroxystiques d'encéphalite hypertensive, la douleur est pulsatile, en casque, verticale, avec une sensation générale de distension ou même avec souffle intracrânien subjectif. Elle est augmentée par la toux ou le moindre effort. Sauf que les pulsations sont en général plus intenses, ces caractères sont ceux d'un néoplasme avancé où il peut se produire une hypertension secondaire. De temps à autre, chez les jeunes qui n'ont pas été suivis médicalement, l'on ne peut obtenir l'histoire de poussées successives et le diagnostic est délicat surtout parce qu'il faut songer à la possibilité d'un phéochromocytome. L'absence de signes localisateurs, le fond de l'œil avec œdème, hémorragies et changements vasculaires diffus, le délire animé au lieu de l'apathie, sont autant de points qui aident à éliminer le néoplasme, mais une ventriculographie peut être requise puisque l'hypertension intracrânienne contre-indique un pneumo-encéphalogramme. Il y a trois mois, je voyais un de ces cas où après ventriculographie j'ai pratiqué à la locale la décompression sous-temporale préconisée par Puech, car l'urémie et l'état général empêchaient une opération majeure telle qu'une sympathectomie. La céphalée a été interrompue, la pression est tombée de 250/160 à 180/100 et le patient quitta l'hôpital avec très peu de céphalée. Il avait aussi récupéré la majeure partie de sa vision, mais nous avons appris depuis qu'il est décédé d'hypertension quelque deux mois plus tard après récidive de la céphalée. Certains rapportent des résultats permanents avec cette méthode vraiment trop simple.

Pour ma part, je préfère la sympathectomie lorsque la chose est possible. Je crois qu'elle est indiquée chez l'hypertendu relativement jeune, dont les symptômes augmentent, où la fonction rénale est suffisante surtout s'il semble y avoir un élément spasmodique important. Récemment, Fisher (7) présentait un excellent résumé de la question. Il a revu plus de 100 cas opérés à l'Institut Neurologique, à peu près à nombre égal, par la voie sus et sous-diaphragmatique combinée (opération de Smithwick) et par la voie sus-diaphragmatique simple (opération de Peet). Malheureusement, les patients référés ont été surtout des cas avancés. A tout événement, un tiers des patients sont revenus près de la normale, un tiers ont été sensiblement améliorés, et un tiers peu ou pas améliorés. Ce qui est plus important, c'est la grande amélioration dans les symptômes subjectifs dans 75% des cas. Puisque les statistiques se valent pour les deux formes d'opération, contrairement à ce que je pensais, il y a un an, je suis maintenant d'opinion de pratiquer l'intervention de Peet, ce qui n'est pas choquant et peu douloureux (8). Il est toutefois important de faire une dénervation pré-ganglionnaire et de ne pas enlever le ganglion cœliaque pour ne pas sensibiliser le patient aux substances sympathicomimétiques même si l'on rejette les rapports un peu enthousiastes de Peet, Smithwick ou Poppen. Si l'on concède que c'est un pis-aller ou simplement la création d'une soupape de sûreté (faute de mieux), c'est le seul traitement qui ait donné de tels résultats à l'heure actuelle.

L'hémorragie cérébrale peut survenir de la rupture d'un vaisseau placé dans des conditions anormales de pression, comme dans les pétéchies cérébrales de la coqueluche, ou dans l'hémorragie cérébrale de l'hypertendu, ou bien dont les parois sont déficientes comme dans l'artériosclérose ou l'anévrisme, mais le plus souvent ces deux facteurs sont réunis à des degrés variables. Très souvent l'hémorragie et le ramollissement sont à peu près impossibles à distinguer cliniquement malgré les données théoriques à l'appui du contraire.

Ainsi, il y a quelques mois, j'ai vu une femme de 53 ans perdre la parole et l'usage du côté droit à quatre reprises pour les recouvrer en quelques minutes, et son liquide céphalo-rachidien, très sanguinolent, présentait une pression de 600. Cliniquement, c'était un spasme ou une thrombose; mais en réalité c'était une hémorragie. De même, sauf peut-être pour l'inondation ventriculaire qui plonge le patient dans un coma profond, il est parfois difficile d'apprécier la profondeur du foyer hémorragique, mais, lorsque les signes neurologiques et une céphalée intense précèdent la perte de connaissance de quelques minutes, elle siège ordinairement près du cortex. A la Salpêtrière, Guillaume et ses élèves ont organisé un service d'urgence pour ces cas et ils les drainent systématiquement lorsqu'une issue fatale semble probable. A mon point de vue, l'idéal est une équipe médico-chirurgicale qui, tout en prodiguant les soins médicaux nécessaires, est prête à intervenir avant que les signes neurologiques s'installent définitivement ou que les centres bulbaires soient irrévocablement touchés dans les cas où, par ailleurs, il n'y a pas de lésions cardiovasculaires trop avancées. J'ai drainé avec succès un de ces cas 3 jours après l'accident après avoir localisé le foyer.

Les hémorragies par anévrisme arrivent surtout avant la cinquantaine sans troubles évidents préalables. Au cours d'un effort, le patient ressent une très violente céphalée souvent avec ophtalmoplégie. Après vérification par artériographie, il faut ligaturer la carotide si la circulation collatérale le permet. (Fig. 4.) Quelques cas fortuits présentent un anévrisme assez périphérique pour permettre la ligature à ce niveau. Comme on le sait, ces anévrismes résultent d'une faiblesse congénitale de la paroi vasculaire et n'ont rien à faire avec la syphilis. Il faut les distinguer des anévrismes artério-veineux post-traumatiques par communication entre la carotide et le sinus caverneux avec exophtalmie pulsatile. Ici la céphalée est presque constante, et le souffle, que le malade entend et que l'on entend à l'auscultation, est beaucoup plus intense. La ligature s'impose. Les hémangiomes cérébraux occasionnent ordinairement des crises d'épilepsie et la plupart ne peuvent être enlevés sans produire des changements circulatoires. Cependant, parfois par thrombose partielle ou formation de kystes, ils simulent un néoplasme avec céphalées violentes. J'ai opéré un tel cas, il y a deux mois: le lobe frontal gauche était complètement détruit. Après l'opération, le patient eut pendant quelques jours des symptômes de resorption inadéquate du liquide céphalo-rachidien, mais l'équilibre se rétablit ensuite et le malade guérit sans incidents.

Les anévrismes cirsoïdes tiennent le milieu entre les hémangiomes et les anévrismes proprement dits. Souvent ils sont uniquement limités au cuir chevelu. L'exérèse en est laborieuse, mais simple comme dans un cas que j'ai opéré dernièrement et où j'ai dû ligaturer les deux artères occipitales et tourner un volet cutané comme pour une tumeur cérébelleuse. La céphalée, si elle existe, est minime et souvent le malade n'entend pas le souffle que révèle l'auscultation.

Il ne faut pas confondre les hémangiomes avec les hémangioblastomes cérébelleux ou maladie de Lindau-Von Hippel avec hémangioblastomes rétiniens et hépatiques dans la forme classique. Ceux-ci évoluent comme une tumeur du cervelet et peuvent s'enlever comme tels.

Finalement, il faut envisager les céphalées par blocage mécanique. Il faut toujours penser que la céphalée n'existe qu'en autant que l'équilibre n'est pas établi. Ainsi l'adulte dont l'hydrocéphalie remonte à son enfance ne souffre pas du mal de tête. Mais celui qui en fait à la suite d'une arachnoïdite ou d'une méningite récentes avec adhérences post-méningitiques s'en plaindra. A part l'occlusion infectieuse des méninges, l'hydrocéphalie peut être causée par une obstruction au niveau du trou occipital. Dans la platybasie, il y a une diminution de l'angle du basisphénoïde, dans la maladie de Paget, c'est

l'effondrement du crâne, et dans la malformation d'Arnold-Chiari, il existe de larges amygdales cérébelleuses avec défaut d'ascension de la moelle épinière dans le canal. Dans les 3 cas, le malade n'éprouve qu'une légère céphalée à l'état normal, mais l'effort provoque une douleur soudaine effroyable, comme si la tête allait éclater, qu'on peut soulager en enlevant le rebord postérieur du trou occipital avec incision de la dure-mère. Dans l'Arnold-Chiari, il faut aussi faciliter l'ascension de la moelle. Enfin, l'hydrocéphalie peut être consécutive à l'athrésie de l'aqueduc de Sylvius. Les 2 patients que j'ai vus cette année ont été soulagés en plaçant un tube de caoutchouc entre le ventricule et la grande citerne (opération de Torkildsen). (Fig. 5.)

* * *

Comme moi, vous avez sans doute constaté qu'il aurait été plus honnête d'intituler ceci le traitement plutôt qu'une classification des céphalées. Mais, comme médecin, vous comprendrez facilement la déformation professionnelle du chirurgien. Elle rend à peu près impossibles les spéculations et le replonge sans cesse dans l'art thérapeutique.

C'est également la déformation professionnelle ou l'optimisme neuro-chirurgical qui viennent de rappeler à mon esprit à peu près seulement des cas heureux. Quant à la classification que je vous ai donnée, elle n'est peut-être pas très élégante; des éléments un peu disparates s'y trouvent souvent groupés.

Aussi, de crainte d'entendre protester mes confrères, j'insiste qu'il s'agit d'une classification personnelle et non de la classification neuro-chirurgicale des céphalées. Je la trouve utile en ce qu'elle oriente d'emblée le questionnaire de façon à élucider le choix entre des soins médicaux ou chirurgicaux.

En somme, il ne faut pas oublier que le crâne est petit et rigide chez l'adulte. La plupart du temps, il devrait être possible de déceler quelque indice général ou local de la présence d'une lésion chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

(1) L. G. MOENCH: *Headache*. Year Book Publishers, Chicago, 1947.

(2) W. D. ROSS et W. F. McNAUGHTON: « Head injury : study of patients with chronic post-traumatic complaints. » *Arch. Neurol. & Psychiat.*, **52**: 255 (oct.) 1944.

(3) M. PENFIELD et N. C. NORCROSS: « Subdural traction and post-traumatic headache; study of pathology and therapeusis. » *Arch. Neurol. & Psychiat.*, **36**: 75 (juillet) 1936.

(4) B. T. HORTON: « Use of histamine in treatment of specific types of headaches. » *J. A. M. A.*, **116**: 377 (1 fév.) 1941.

(5) M. I. SCHITCKER et M. A. SCHITCKER: « Clinical test for migraine. » *J. A. M. A.*, **135**: 89 (sept.) 1947.

(6) W. PENFIELD et T. C. ERICKSON: *Epilepsy and cerebral Localization*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1941.

(7) M. FISHER: « 100 consecutive cases of hypertension treated surgically. » American Academy of Neurological Surgeons, session de septembre 1948.

(8) C. BERTRAND: « Le rôle du sympathique dans la médecine moderne. » *L'Union Médicale du Canada*, **76**: 704, 1947.

SUR L'ÉVOLUTION ET LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE DIFFÉRENTIEL DES ANÉVRISMES PARIÉTAUX DU CŒUR [1]

A. CODOUNIS,
Professeur extraordinaire de Clinique Médicale à la Faculté d'Athènes,
Directeur de la IIIème Clinique Médicale de l'Hôpital de la Croix-Rouge Hellénique.

Dans une étude d'ensemble sous le titre: « Contribution à l'étude des anévrismes pariétaux du cœur [2] », nous concluons, en ce qui concerne le diagnostic de la maladie, comme suit:

« Les anévrismes pariétaux du cœur, malgré leur rareté, ne sont pas exclusivement découverte d'autopsie, ni même une trouvaille fortuite. Au contraire, on peut très bien les dépister, pendant la vie, fait qui devient très important, à la fois par un examen clinico-biologique complet, minutieux et détaillé et par la coordination et l'association des faits radiologiques et électrocardiographiques. La contractilité paradoxale de la voussure anévrismale, si elle existe, prend alors une valeur capitale, presque pathognomonique. Mais encore, dans le cas où cette élevure saillante, faisant corps avec le myocarde, n'est pas animée de battements, la seule présence dans les antécédents du malade de symptômes où les trois premières phases décrites par Sternberg: sténocardie, péricardite postangineuse, phase de longue accalmie, peut très bien nous orienter vers le diagnostic d'un anévrisme pariétal du cœur, dans lequel l'absence de systoles inverses doit être attribuée à son organisation, à sa calcification et à sa cicatrisation progressive.

« Dans l'étiologie, à côté de l'athéromatosclérose d'origine toxique ou syphilitique, cause décelée dans la majorité des cas chez les sujets dépassant la quarantaine, il faut réserver une place particulière à l'agent rhumatismal, surtout chez les jeunes gens au-dessous de 35 ans. »

*
* *

Pendant dix-huit ans, nous avons pu être témoin d'une telle évolution clinique et radiologique d'un anévrisme pariétal du cœur (unique dans la littérature médicale comme nous aurons l'occasion de le constater). Toutes les phases et les changements de l'installation, de la calcification, de l'organisation et de la cicatrisation de la poche anévrismale ont été suivis de près, tant cliniquement que radiologiquement. C'est pourquoi nous avons cru intéressant de présenter aujourd'hui devant vous, en même temps que les anciennes données radiologiques, toutes les nouvelles constatations que nous avons pu faire depuis le 7 février 1942 (date à laquelle nous avons présenté pour la première fois notre malade à la Société médicale d'Athènes), estimant que ces constatations complètent, dans une certaine mesure, nos connaissances sur cette intéressante affection.

A cette occasion, nous basant d'une part sur nos constatations et d'autre part sur celles effectuées par d'autres chercheurs qui se sont occupés de la maladie, nous insisterons particulièrement sur le diagnostic radiologique différentiel, étant donné que c'est surtout l'examen radiologique qui constitue la méthode fondamentale, par laquelle a été posé, jusque là, le diagnostic de la plupart des cas d'anévrismes pariétaux du cœur, durant la vie des des malades

Les anévrismes pariétaux du cœur sont rares,

1. Communication faite au XIXe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française du Canada, Ottawa-Hull, sept. 1948.

2. A. CODOUNIS: « Contribution à l'étude des anévrismes pariétaux du cœur. » Conférence faite à la séance du 13 janvier 1947 du Syllogue médical d'Alexandrie, « le Ptolémée ».

étant donné que, d'après Lenke et Rea, sur 12,000 autopsies, leur proportion s'élève à peine à 1.25/1.000. De même, leurs symptômes cliniques sont tellement instables et voisins de ceux de la plupart des cardiopathies, qu'un très petit nombre de cas ont pu être reconnus cliniquement. (D'après Singler et Schneider, 0 50/100 des cas publiés jusqu'ici.)

Aussi, pour nous rendre plus clair, rappellerons-nous, en quelques mots, les signes principaux de la maladie, en renvoyant nos lecteurs, pour plus de détails, à nos travaux antérieurs.

Sous le nom d'anévrisme pariétal du cœur ou encore d'anévrisme passif, on désigne la dilatation d'une région localisée de ses cavités, mettant à part les anévrismes valvulaires. Les anévrismes des oreillettes sont tout à fait exceptionnels et siègent presque exclusivement dans la partie gauche.

L'étude de la maladie est passée par deux stades: celui de l'anatomo-clinique et celui de la radiologie.

Au point de vue clinique on distingue:

1° L'anévrisme aigu, dont la symptomatologie est celle de la rupture du myocarde avec signes d'hémorragie interne et d'hémopéricarde, ou celle de l'insuffisance circulatoire aiguë.

2° L'anévrisme pariétal chronique, qui dans une proportion de 88 à 92/100 siège sur le ventricule gauche et dont la symptomatologie classique a été admirablement décrite par Sternberg.

La maladie passe par les 4 stades suivants:

a) Un stade, habituellement de courte durée, d'accès angineux; c'est le stade de la sténocardie.

b) Un stade de péricardite postangineuse (Pericarditis episteno-cardica) due à un foyer de myomalacie s'étendant jusqu'au péricarde. Ce stade est d'une durée limitée, de quelques heures à quelques jours; aussi passe-t-il souvent inaperçu. En dehors de signes de péricardite sèche et exsudative, il s'accompagne de fièvre.

c) Un stade, souvent très long, de bien-être subjectif (stade de l'accalmie).

d) Un stade final d'insuffisance circulatoire grave ou parfois de rupture subite du myocarde.

Au point de vue radiologique, nous suivons Laubry et son école qui nous ont donné les meilleures descriptions.

L'étude des anévrismes pariétaux est limitée à celle des parois extérieures du ventricule gauche, tant en raison de leur prédominance sur ce ventricule que parce que les anévrismes du ventricule droit, et celui des oreillettes, présentent très rarement des données radiologiques très nettes, du fait de leur localisation.

Dans la pratique les anévrismes pariétaux n'ont qu'une étiologie, celle de la thrombose coronarienne. La conséquence en sera l'infarction et sa cicatrisation et finalement la hernie cicatricielle sous l'influence de la pression intraventriculaire, d'où la formation de la poche anévrismale, sur la zone limitée de la paroi ventriculaire amincie. Cette poche anévrismale apparaît radiologiquement comme une élevure épicardiaque ayant des diastoles paradoxales. Cette évolution, dans sa simplicité, n'a que la valeur d'un schéma, mais en réalité tous les facteurs jouent simultanément un rôle et l'anévrisme n'attend pas le stade cicatriciel dûment établi pour se développer. D'autre part, certains anévrismes trouvent des conditions favorables à leur genèse dans un processus d'évolution tardive ou secondaire à l'élimination et à l'absorption des foyers de myomalacie. A vrai dire, dans ces cas, il ne s'agit pas d'anévrismes pariétaux dans le sens radiologique, du moins d'élevures saillantes, mais de cavités ampuliformes intrapariétales, de géodes dont l'existence ne change point leur morphologie épicardiaque. (Laubry.)

Il y a quelques années, les anévrismes pariétaux du cœur ne constituaient que de simples trouvailles d'autopsie, que l'on décrivait avec la plus grande précision, dont on discutait et précisait même la pathogénie. Mais, après l'extension généralisée du diagnostic radiologique, on a cherché par cette méthode à coordonner les données cliniques incertaines avec celles, plus sûres, de la radiologie, et on y a souvent réussi.

En effet, malgré la critique qu'a subie, dès son début même, la méthode radiodiagnostique, les récents travaux de Steel, Hunter et Benson (1933), de Singler et Schneider (1935) et surtout ceux de l'école de Laubry pendant ces dernières années, les méthodes radiodiagnostiques se sont développées à tel point que le contrôle aux rayons X constitue la meilleure méthode de confirmation de l'anévrisme pendant la vie.

Voyons donc en quoi consiste cette méthode radiodiagnostique et dans quelle période de la maladie elle trouve son application pratique.

Si on recourt aux quatre phases cliniques de l'anévrisme pariétal chronique, étant donné que pour l'anévrisme aigu il ne peut être question d'appliquer la méthode du diagnostic radiologique, on constate que c'est seulement pendant la seconde et surtout pendant la troisième phase qu'on peut obtenir des données radiologiques précises. Ceci est évident, étant donné que, au cours de la première phase, les signes subjectifs des accès angineux dominent l'image clinique de la maladie, avec ou presque sans signes physiques de la part du cœur, sans qu'il y ait le temps nécessaire au développement de modifications morphologiques visibles aux rayons X.

D'autre part, pendant la quatrième et dernière phase, on ne nous appelle que pour confirmer, la plupart du temps, la mort subite par rupture du myocarde.

Au contraire, pendant les 2e et 3e stades de la maladie, les signes radiologiques se trouvent en pleine évolution. Ainsi, pendant la période de l'installation de la péricardite post-angineuse, parallèlement aux signes subjectifs et objectifs alternants des péricardites sèches et exsudatives, nous avons toute l'image caractéristique radioscopique et radiologique de la péricardite, comme nous pourrons voir ci-après. Après résorption de l'exsudat et la disparition de la péricardite, on constate que l'image radiologique de l'ombre cardiaque revenant aux limites normales laisse néanmoins entrevoir l'élevure saillante de l'anévrisme pariétal déjà en train de se former, résultat d'un infarctus du myocarde, qui peut alors être pris pour une symphyse péricardiaque.

Pendant le 3e stade, c'est-à-dire celui du bien-être objectif, quoique le patient ne se plaigne d'aucun trouble du cœur et des vaisseaux, sauf de rares cardialgies après une fatigue, ou quand il prend une position déterminée, par exemple, fléchissement du tronc en avant, etc., et pendant lequel l'auscultation du cœur devient souvent négative ou donne des signes vagues: souffles systoliques concernant le premier bruit, rythme de galop, etc., c'est justement le radiodiagnostic, qui, orienté par l'histoire du malade, peut donner la solution du problème, par la découverte de l'anévrisme à battements paradoxaux, apparaissant sur l'écran radioscopique, avec l'image caractéristique de l'élevure épicardiaque en demi-cercle ou ampulliforme.

C'est justement pendant cette phase que le clinicien comme le radiologiste doivent redoubler d'attention, parce que cette élevure saillante peut être prise pour une tumeur bénigne ou maligne du cœur, pour un diverticule ou des symphyses du péricarde, pour un anévrisme de la coronaire, anévrisme de l'aorte, de l'artère pulmonaire ou bien pour une tumeur kystique du médiastin, pour un kyste dermoïde, pour un kyste hydatique, etc. Il ne faut pas oublier que parfois même les tumeurs sont animées de battements, tandis qu'au contraire certains anévrismes pariétaux, pendant l'évolution de leur organisation ou de leur cicatrisation, peuvent très bien ne pas présenter de systoles paradoxales, ou bien en présenter d'à peine visibles.

Par conséquent, pour que le diagnostic différentiel radiologique soit aisé, il faut retenir ce qui suit:

1° L'anévrisme cardiaque n'est pas toujours animé de battements ou parfois il en présente de très faibles, et souvent il se thrombose.

2° Toutes les fois qu'il se thrombose, il présente à la radioscopie une ombre plus prononcée, avec des radiographies effectuées avec des rayons plus durs.

3° Le diagnostic d'anévrisme ne présentant pas de thrombose s'effectue mieux au radiokymographe [3].

Si, au début de la systole, la pression intraventriculaire augmente, l'anévrisme ne résiste pas à la tension et, pendant que les ventricules se contractent, la paroi faible et amincie de l'anévrisme se dilate. C'est pourquoi l'anévrisme pendant la systole se présente avec un volume plus grand que pendant la diastole. De volumineux anévrismes du cœur provoquent souvent de grandes modifications de l'image cardiaque.

Dans ces cas, il ne faut pas les confondre avec une péricardite. Mais il est bien connu que pendant la péricardite, habituellement, les battements de l'ombre cardiaque disparaissent, tandis que pendant les anévrismes peuvent apparaître des diastoles paradoxales de l'élevure saillante. Les anévrismes des coronaires se distinguent très difficilement des anévrismes pariétaux. Radiologiquement, ils donnent la même ombre que les anévrismes pariétaux. Néanmoins, leur développement est tout à fait différent. Alors que l'anévrisme pariétal se développe souvent à la suite d'une myomalacie de la paroi d'un foyer préexistant, l'anévrisme de la coronaire se développe par une dilatation de l'artère.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il est intéressant aussi de noter que l'anévrisme de la coronaire a pour étiologie la syphilis sans anamnèse d'infarctus, et siège le plus souvent sur le ventricule droit, contrairement aux anévrismes pariétaux qui, comme nous l'avons vu, préfèrent le ventricule gauche.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le diagnostic différentiel doit être fait aussi avec la tumeur du médiastin, les kystes dermoïdes, les kystes hydatiques, les anévrismes de l'aorte, de l'artère pulmonaire, et surtout avec les tumeurs du cœur et les diverticules du péricarde.

Pauli a décrit un myome du cœur et Humninger une métastase d'un cancer à la paroi cardiaque.

Des tumeurs bénignes doivent être prises en considération quand les tracés électrocardiographiques sont normaux. Dans les anévrismes pariétaux on observe souvent des altérations des complexes électrocardiographiques, qui, sans être spécifiques, indiquent néanmoins des altérations du myocarde.

Radiologiquement, il n'existe pas de signes certains. Cependant l'absence de systoles paradoxales et d'anamnèses d'accès angineux doit surtout orienter le diagnostic vers les tumeurs qui, comme nous l'avons mentionné, suivent simplement les systoles du cœur sans avoir de propres battements, comme les anévrismes pariétaux.

Dans certains cas de tumeurs du péricarde, nous pouvons porter leur diagnostic du fait que, entre l'ombre de la tumeur et celle de la paroi cardiaque, il existe une légère zone transparente.

Les diverticules du péricarde se rencontrent le plus souvent sur le cœur droit. Leur dimension varie d'un pois à un poing. Radiologiquement, ils donnent une ombre homogène avec des parois régulières et un contour polyédrique. Il est intéressant de noter que cette ombre change de forme pendant la respiration, c'est-à-dire qu'elle diminue en largeur et augmente en longueur pendant l'expiration, tandis qu'elle s'élargit pendant l'inspiration. On ne constate jamais cette modification de la forme de l'ombre cardiaque pendant les tumeurs et les kystes.

D'après Reitan, les véritables diverticules péricardiaques, qui sont peut-être héréditaires, ne doivent pas être confondus avec les cavités séreuses. De ces diverticules on distingue les exsudats enkystés au cours des péricardites à symphyses locales, qui se développent d'une manière aiguë ou chronique.

Les véritables diverticules du péricarde sont souvent bénins et présentent des trouvailles qui le plus souvent ne se différencient pas complètement. Mais, tandis que les vrais diverticules du péricarde sont bénins, au contraire les exsudats enkystés, à cause de la péricardite à symphyse, ont une plus grande importance, étant donné que leur pronostic est grave. Ces

3. Malheureusement, il n'existe pas d'appareil kymographique en Grèce.

derniers, comme on sait, en dehors des signes de péricardite exsudative, provoquent en outre d'autres troubles retentissants sur le fonctionnement du cœur ou de la circulation générale.

Enfin, en ce qui concerne le diagnostic différentiel des anévrismes pariétaux avec les tumeurs kystiques, nous devons parallèlement avoir recours à d'autres méthodes de laboratoire, par exemple: recherche de l'éosinophilie, réactions de Casoni et de Weinberg, pour les kystes hydatiques, qui, comme on sait, sont très fréquents chez nous, etc...

Durant le 3e Congrès International de Pathologie Comparée (Athènes, 1936), le professeur T. Saglam présenta une pièce anatomique du cœur avec un kyste hydatique dans la paroi du ventricule gauche. De même, le professeur Katsas et M. Kostantelos présentèrent, à la séance du 1er septembre 1945 de la Société Médicale d'Athènes, une admirable préparation anatomique d'un kyste hydatique qui pouvait très bien être pris pour un anévrisme pariétal. A cette occasion, nous relatons un autre cas du professeur Katsas (1941), deux autres cas dus au professeur Katsaras (1928) et un autre au professeur Photakis (1928). Enfin, nous signalons que Benttamou avait décrit aussi un autre kyste hydatique dans la paroi du ventricule gauche, qui pouvait très bien passer radiologiquement pour un anévrisme. Dans tous les cas mentionnés plus haut, le diagnostic doit être grandement facilité d'une part, par l'absence, dans les antécédents des malades, d'accès angineux et de systoles paradoxales de l'élevure saillante et, d'autre part, par la présence, le plus souvent, d'une éosinophilie et des réactions positives de Casoni et de Weinberg. En ce qui concerne les anévrismes de l'aorte, leur topographie et leur morphologie ainsi que la réaction Wassermann, etc., aident beaucoup au diagnostic différentiel.

Un exemple classique d'anévrisme pariétal présentant, non seulement la symptomatologie clinique des trois premières phases de la maladie, mais qui a encore été confirmé pendant la vie radiologiquement, est le cas qui a été présenté par nous, en février 1942, à la Société Médicale d'Athènes et qui est le premier cas grec d'anévrisme pariétal du cœur et le vingtième de la littérature selon nos connaissances jusqu'à cette époque.

Nous croyons que cet anévrisme, que nous avons suivi jusqu'à ce jour, est unique en son genre surtout au point de vue évolution radiologique, comme nous verrons pendant la projection des téléradiographies.

Nous croyons que ces téléradiographies, prises pendant ces 14 dernières années, dès l'apparition de la seconde phase de la maladie, c'est-à-dire de la péricardite postangineuse, éclairent pleinement la question de l'évolution, de l'organisation et de la cicatrisation des anévrismes pariétaux, dont jusqu'à maintenant nous n'avions que des descriptions anatomopathologiques précises.

Je n'ai certainement pas l'intention de vous fatiguer par l'exposition de l'historique nécessairement très long du malade. Pour les détails, nous renvoyons nos lecteurs aux comptes rendus de la Société Médicale d'Athènes (séance du 7 février 1942).

Observation

Je rappelle simplement qu'il s'agit d'un ingénieur agronome, âgé de 45 ans, dont la maladie a commencé il y a 18 ans, fait unique dans la littérature médicale, étant donné que deux cas seulement d'anévrismes pariétaux du cœur dont le diagnostic a été effectué durant la vie des malades (ceux du professeur Laubry) survivaient, selon nos connaissances, 12 et 10 ans après l'apparition de la maladie et le cas de Clerc après 13 ans.

La maladie débuta par des petites crises angineuses qui, à intervalles assez espacés, et avec des alternatives d'accalmies et de poussées, rongeaient le malade pendant cinq ans environ. Soudain, le 25 octobre 1935, après un travail plus fort que d'habitude, survient une crise angineuse très violente qui ne pouvait être soulagée en aucune façon malgré l'application d'un traitement toni-cardiaque et palliatif, et qui présentait tous les caractères d'une thrombose coronarienne: abaissement de la tension artérielle, angoisse, palpitations, pouls

filiforme, tachycardie, cyanose, dyspnée, sueurs profuses, constriction thoracique, etc.

En outre, à partir du 2e ou 3e jour apparaît la fièvre jusqu'à 39,5, accompagnée de frissons.

En même temps, le malade présenta des signes d'une pleurésie sérofibrineuse à la base gauche et finalement, à partir du 4e jour, des signes de péricardite sèche au début, exsudative plus tard.

A partir du 12e jour, ces symptômes, ainsi que la fièvre, cédèrent progressivement au salicylate de soude et au traitement toni-cardiaque habituel, sans avoir eu recours à la ponction évacuatrice du péricarde.

Enfin, le 48e jour de cette forte crise angineuse, le malade quitte la clinique, apparemment presque en pleine santé.

Mais laissons plutôt parler le radiodiagnostic, confirmant tant les données cliniques de la 2e phase, dès l'infarction de la coronaire, que la marche et l'évolution de la 3e phase de l'anévrisme. Laissant à part les autres radioscopies qui ont pu être faites dans cette période, nous rapportons seulement deux d'entre elles, les plus caractéristiques:

1) Celle du 10e jour de la maladie, cœur flasque, en forme de bouteille, triangulaire, avec disparition complète des palpitations (péricardite exsudative), espace pleuro-diaphragmatique libre.

2) Celle du 42e jour de son séjour à l'hôpital. Ombre cardiaque dans des limites normales, légère saillie triangulaire au bord gauche, attribuée à tort alors aux adhérences du péricarde, étant donné qu'aujourd'hui encore la mobilité de la pointe est parfaite.

En comparant, dans l'ordre chronologique, les 17 téléradiographies que nous avons pu obtenir pendant tout ce long intervalle de 14 ans, nous constatons ce qui suit:

L'image indiscutable de la péricardite exsudative, représentée par la téléradiographie prise le 31 octobre 1935 et quatre jours après l'installation de l'infarctus du myocarde, survenu, comme nous avons vu, après un accès angineux très fort, après l'absorption complète de l'exsudat péricardiaque, a été remplacée par l'image du 12 décembre 1935, dans laquelle on entrevoit à peine la petite élevure saillante, conséquence de la thrombose coronarienne et de l'installation de l'anévrisme pariétal.

Vingt mois après, l'anévrisme était dûment établi, la voussure était volumineuse, épicardiaque, le 3 août 1937. Le malade faillit alors être opéré pour une tumeur ou un kyste hydatique. L'élevure saillante du cœur fut découverte alors fortuitement dans une radiographie du thorax qui a été prise en recherchant une éventuelle tuberculose pulmonaire. En effet, à cette époque, on ne pensa pas à contrôler si cette tumeur subcardiaque présentait des systoles paradoxales.

Trois ans après la péricardite, la voussure pariétale est en pleine évolution. Ses dimensions atteignent celles d'une noix. Et nous voilà au 13 septembre 1940, c'est-à-dire cinq ans après la péricardite, date instable pour le malade, parce que la nature de sa maladie fut dépistée par nous pour la première fois. En effet, nous avons démontré que la voussure épicardiaque reproduite dans les téléradiographies de face du 13 septembre 1940 et du 18 septembre 1940, qui ont été prises par deux différents radiologistes, non seulement faisait corps avec le ventricule gauche, mais encore que, au cours de la scopie, en faisant prendre diverses positions au malade, elle présentait une contractilité paradoxale se dilatant pendant les systoles du ventricule gauche. Ce fait nous a permis de confirmer, tout en tenant compte des données cliniques fournies par les antécédents du malade, qu'il s'agissait vraiment d'un anévrisme pariétal et non pas d'une tumeur ou d'un kyste.

Comme on sait, les tumeurs ne font que suivre les battements du cœur, sans avoir, comme il a déjà été dit, de propres systoles ou diastoles.

A cette occasion, qu'il nous soit permis de rappeler que, pendant environ dix ans, le diagnostic errait entre des crises angineuses et une péricardite sèche ou exsudative. Parfois même, durant la longue période de bien-être du malade, le diagnostic penchait pour une

tumeur ou un kyste du myocarde, ou bien pour une symphyse du péricarde, etc., selon les signes cliniques occasionnels.

Si, en effet, il y a une application de l'axiome médical d'après lequel il faut « penser à la maladie pour porter son diagnostic », c'est justement dans de tels cas qu'il trouve son application et sa confirmation. Ainsi, si nous n'avions pas pensé alors à l'anévrisme pariétal du cœur, nous n'aurions jamais cherché à confirmer les données clinico-biologiques et à contrôler par la scopie le phénomène de la contractilité paradoxale de la dite voussure subcardiaque.

C'est un exemple de plus, qui démontre que, pour l'étude des affections cardiaques, la scopie acquiert une valeur plus importante que la téléradiographie et la prise de l'orthodiagramme comme d'ailleurs, à plusieurs reprises, nous avons entendu le professeur Laubry le soutenir [4].

Revenant à l'évolution radiologique des anévrismes pariétaux, arrêtons-nous devant les téléradiographies n^{os} 8 et 9 de face et o.a.d., prises le 12 mars 1942, c'est-à-dire sept ans après la péricardite postangineuse et douze ans après le début de la maladie. La poche anévrismale paraît un peu diminuée de volume. Il existe une inégalité de son opacité en comparaison avec celle du myocarde (calcification, géodes). A la scopie le phénomène de diastole de l'anévrisme paraît plus marqué qu'en 1940. Nous présentons alors notre malade à la Société Médicale d'Athènes où toutes nos constatations jusqu'à cette époque furent bien confirmées. Un an après, le malade, toujours bien portant, présente la même symptomatologie radiologique. Mais, chose curieuse, la tuméfaction anévrismale paraît assez diminuée.

Cependant, cette diastole paradoxale continue à exister.

Enfin le 23 novembre 1945, c'est-à-dire 15 ans après le début de la maladie et 10 ans après l'installation de la péricardite, notre malade, étant toujours bien portant, ne présente aucun signe anormal du côté du cœur: sa tension artérielle Max.: 12, My.: 8, Min.: 7. Pouls à 70. Il ne se plaint d'aucun trouble, sauf de très légères douleurs rhumatismales aux changements saisonniers et de toutes petites crises angineuses à l'occasion d'efforts pénibles ou de flexions prolongées répétées du tronc. Les téléradiographies prises ce même jour sont des plus caractéristiques. En conservant toujours la même image anévrismale que dans les clichés précédents mais un peu diminuée de volume, on observe que l'organisation et la cicatrisation de la poche anévrismale renforcent l'opacité de la voussure qui, dans certains points, devient plus dense: sa calcification est des plus caractéristiques dans certaines positions à la scopie et, si on ne connaissait pas toute l'anamnèse, on risquerait de commettre l'erreur qu'avaient faite nos collègues en 1937, c'est-à-dire de la prendre pour un kyste du myocarde. La scopie produit également l'impression que l'anévrisme est situé sur la paroi postérieure du ventricule gauche et se projette sur le bord gauche de ce ventricule. Ceci apparaît plus nettement en position oblique antérieure droite. Néanmoins, malgré cette calcification, la pulsabilité existe toujours et l'anévrisme continue à avoir ses propres contractions paradoxales.

Deux ans après, c'est-à-dire le 3 décembre 1947, nous constatons que les images radiologiques n'ont pas beaucoup changé, ni au point de vue de l'opacité, ni à celui de la forme, par rapport aux téléradiographies prises en 1945. A la scopie, effectuée encore le 15 mai 1948, on constate que même après 18 ans depuis le début de la maladie les diastoles paradoxales de l'anévrisme existent encore.

Nous ne voudrions pas achever l'étude des anévrismes pariétaux sans consacrer quelques mots à l'importance du rôle joué par la prise de l'orthodiagramme chez notre malade. Laissant de côté la voussure anévrismale, l'orthodiagramme a démontré que tous les diamètres du cœur et de l'aorte sont dans les limites nor-

4. A cette occasion, nous croyons que c'est notre devoir de signaler que le premier de nos radiologistes qui a pu confirmer le diagnostic de cet anévrisme pariétal est notre collègue, M. Xanthakis, à qui nous devons la plupart de ces téléradiographies et que nous tenons particulièrement à remercier ici même.

males, fait qui est en faveur d'une bonne compensation du myocarde, pendant toute la période de bien-être. Cependant, qu'il nous soit permis de remarquer que, après l'étude détaillée du système circulatoire par la scopie et l'application de la téléradiographie et de la radiokymographie, la prise de l'orthodiagramme vient en second plan et les erreurs subjectives sont considérables, comme il ressort des orthodiagrammes pris au cours de la même journée par nos deux radiologistes les plus connus. Enfin, en ce qui concerne les nouvelles méthodes radiologiques, c'est-à-dire la tomographie, nous estimons qu'elle n'ajouterait pas grand-chose en l'occurrence [5].

En tenant compte de la description anatomo-pathologique de la maladie, nous serons convaincus que cette évolution radiologique qui, à ce qu'il nous semble, a été obtenue par nous pour la première fois pour une si longue période d'observation, c'est-à-dire de 18 ans du début de la maladie et 14 ans de l'installation de l'anévrisme, correspond parfaitement aux faits dès les premiers jours de l'installation de l'anévrisme correspond parfaitement aux données anatomo-pathologiques.

En effet, nous rapportant aux descriptions de la période anatomo-clinique de l'affection, nous observons que, du point de vue de l'anatomie pathologique, la variété d'anévrisme que l'on rencontre le plus souvent est celle de la pointe (87 sur 90 cas). Cet anévrisme se développe soit extérieurement, et alors la dimension ampouliforme donne dans l'ensemble du cœur l'aspect d'un croissant renversé, ou bien il s'extériorise sous forme d'une tumeur conique de consistance particulière.

Parfois, l'aspect extérieur du cœur ne change que sous l'influence de certaines réactions extérieures: exsudat, congestion anormale, symphyse, épaississement du péricarde, et seule la section révèle la dilatation.

La poche anévrismale consiste alors en une excavation, une cavité cupiliforme ou ampuliforme de la paroi du myocarde qui occupe une partie du ventricule, parfois assez importante, parfois d'apparence limitée (anévrismes kystiques à collier). Cette poche anévrismale est pleine de caillots. Les caillots situés au fond de la poche sont anciens et durs, et ceux situés à la surface sont rouges et mous.

La paroi de la poche anévrismale, très mince, forme une membrane anévrismale qui ne se dilate pas et qui ne participe que d'une manière passive aux systoles du cœur et, comme nous avons vu, d'une façon inverse. L'étude histologique démontre la disparition des fibres musculaires qui sont remplacées par un tissu fibreux, espacé sur plusieurs niveaux et séparés par des lacunes séreuses souvent infiltrées par des sels calciques.

En particulier, les téléradiographies n^{os} 11 et 12 correspondent parfaitement à cette description anatomo-pathologique.

Autour de la poche anévrismale, il y a une zone de passage, où les fibres sont en voie de dégénérescence et où on constate les reliquats d'hémorragies antérieures.

Dans le compte rendu de la Société Médicale d'Athènes, nous avons trouvé une constatation autopsique due au professeur Katsas, effectuée après une mort subite.

De même, notre confrère M. Melissinos a présenté, au cours de notre première communication à la Société Médicale (7 février 1942), une excellente préparation anatomique de l'anévrisme du ventricule gauche, de la dimension d'une orange, correspondant justement à la branche descendante de la coronaire gauche oblitérée.

Conclusion.

De ce qui précède il ressort que le diagnostic différentiel des anévrismes pariétaux du cœur avec les autres états morbides, qui peuvent égarer le clinicien, tels que: tumeurs malignes ou bénignes du cœur, diverticules et symphyses du péricarde, anévrisme des coronaires, de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, tumeur kystique du médiastin, kyste dermoïde ou kyste hydatique, etc., doit être basé plus particulièrement sur les données fondamentales suivantes:

5. C'est aussi l'avis de M. Gannacopoulos, qui, comme on sait, s'est consacré tout particulièrement à la tomographie.

1) Sur le dépistage de l'élevure saillante caractéristique de la poche anévrismale faisant corps avec le myocarde et animée des battements inverses, que l'on peut rendre plus précise par des téléradiographies prises dans différentes positions du malade, que par la prise simple d'un orthodiagramme.

2) Sur la présence ou non des diastoles paradoxales de l'anévrisme, pendant la systole du cœur, signe, d'après nous, quasi pathognomonique.

La scopie en tournant le malade dans diverses positions et la reproduction radiokymographique du phénomène de la contractilité inverse — quand on possède un appareil radiokymographique — constituent alors les meilleurs procédés pour dépister les diastoles paradoxales.

3) En ce qui concerne, enfin, l'évolution de l'anévrisme pariétal durant la vie, on peut dire que celle-ci n'aboutit pas fatalement à la quatrième phase de la rupture de la voussure anévrismale, étant donné que certains anévrismes pariétaux peuvent très bien être guéris en s'organisant, comme le démontre notre cas survivant 18 ans après l'installation de l'anévrisme et comme d'ailleurs le signale aussi Laubry. La prise des téléradiographies de temps à autre — au moins tous les six mois — constitue la meilleure méthode pour suivre la calcification, l'organisation, la cicatrisation et l'évolution de la maladie.

Cette évolution radiologique, comme il a été bien démontré dans ce travail, correspond parfaitement au tableau anatomo-pathologique de l'affection.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. ARAVANTINOS: *Traité de Nosologie spéciale,* T. II, pp. 501-502, Athènes, 1935.
2. ASSMANN: *Röntgendiagnostik,* 1921, p. 61.
3. M. A. CLERC et Noël DESCHAMPS: *Cœur et vaisseaux. Précis de Pathologie Médicale.* Masson et Cie, édit., Paris, 1931.
4. CHRISTIAN et FRIK: « X Raydiagnosis in chronic cardiac Anevrysm. » *Klin. Wochenschrift,* **1**: 582 (18 mars) 1922.
5. A. CODOUNIS: « Contribution à l'étude des anévrismes pariétaux du cœur. » Société Médicale d'Alexandrie « Ptolémée », séance du 13 janv. 1947.
6. HUNTER et BENSON: *Amer. Journal of Pathology,* Boston, 539-659, sept. 1933, p. 593.
7. Dr. Med. HABIL, WERNER, TESCHENDORF: *Lehrbuch des röntgenologichen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Brustorgane,* 1939. George Thieme (Verlag), Leipzig.
8. K. KANATSOULIS: *Cardiologie,* Athènes, 1943.
9. J. KATSARAS: *Pathologie générale,* p. 561, 1939.
10. C. KATSAS: « Un cas de rupture du cœur d'origine pathologique. » Soc. Médicale d'Athènes, p. 69-72, 1928.
11. KRAUSE: « The possibility of clinical diagnosis of intracardiac Anevrysm. » *Berl. Kl. Wochenschr.,* **56**: 529, 1919.
12. A. CODOUNIS: « Anévrismes multiples de l'aorte, avec prédominance d'un anévrisme volumineux de la portion descendante. » *Athènes Médical,* no 29, 1934.
13. A. CODOUNIS: « Les anévrismes pariétaux du cœur. » Société Médicale d'Athènes, séance du 7-2-1942.
14. Ch. LAUBRY, ROUTIER, WALSER et DOUMER: *Maladies du cœur et des vaisseaux.* G. Doin et Cie, édit., Paris, 1930.
15. LAUBRY, COTTENOT, ROUTIER et HEIM de BALSAC: *Radiologie clinique du cœur et des gros vaisseaux.* Fascicule II. Masson et Cie, édit., Paris, 1939.
16. U. C. PINDELL (Los Angeles): *J. A. M. A.,* ??: 813, 1937.
17. SINGLER et SCHNEIDER: *The Annals of Int. Medicine,* **8**: 1033 (mars) 1935.
18. SCHINZ, BAENSCH et FRIEDL: *Lehrbuch der Röntgendiagnostik,* p. 1479, Leipzig, 1939.
19. SEZARY et ALIBERT: « Anévrisme pariétal du cœur. » *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. de Paris,* séance du 27 janv. 1922; **46**: 172, 1922.
20. DAVID STEEL: « The Roentgkindiagnosis of cardiac anevrysmus. » *J. A. M. A.,* : 432, 1934.
21. H. VAQUEZ: *Maladies du cœur.* Deuxième tirage. Paris, 1928. Baillière et Fils, édit.

CONTRIBUTION PERSONNELLE À L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITE RHUMATISMALE PAR LES SELS D'OR

(suite)

Léopold MANTHA,
Rhumatologiste à l'Hôpital Général d'Ottawa.

En attendant, il était inutile de se le dissimuler: le choix approprié du candidat ne constituait pas une garantie suffisante contre les aléas d'un mode de traitement aussi fertile en surprises de toutes sortes que la thérapeutique du rhumatisme par les sels d'or.

Je n'en veux pour autre preuve que l'histoire clinique de Lucille F..., rhumatisante dans la vingtaine, dont la mère, elle-même, souffrait de polyarthrite déformante avancée. Lorsque je rencontrai cette jeune fille, elle venait de mettre fin à de beaux projets d'avenir (fiançailles, mariage) pour des raisons que l'on comprendra facilement. Par sa jeunesse, sa bonne constitution physique et l'absence de tares organiques, cette malade constituait, elle aussi, un risque de premier choix, d'autant plus que l'affection rhumatismale n'en était qu'à ses débuts.

Bon cas pour l'or, s'il en fut un! Je le concède volontiers. Mais patientons un peu.

Je me suis longtemps demandé, et je me demande encore, comment cela s'est produit, sans pouvoir trouver d'excuse ou d'explication suffisantes. Pur effet du hasard? Simple coïncidence? Que sais-je!

En tout cas, si les conséquences immédiates de ma faute furent malheureuses, leur portée n'en fut moins remarquable tant pour moi que pour celle qui fut l'innocente victime de circonstances très pénibles.

Il n'est pas certain que Lucille F... aurait profité plus complètement d'une cure menée selon les règles classiques d'alors, tandis que maintenant, même au prix de dures épreuves, sa maladie semble bel et bien « refroidie », sans dégats articulaires sérieux et sans aucun trouble fonctionnel. C'est peu, dira-t-on; au contraire, c'est beaucoup, croyez-moi.

Il arriva donc, par mégarde, que cette jeune personne reçut, comme dose initiale d'or, la plus forte de la série, soit le 0.10 gm. au lieu du 0.01 gm. réglementaire.

Soit dit en passant, toutes les boîtes de myochrysine se ressemblent comme des sœurs jumelles, sauf que les chiffres en haut, du côté droit, ne sont pas les mêmes. L'erreur pourrait paraître excusable: 0.10 gm. — 0.01 gm.: un zéro avant ou un zéro après? Au fond, ce n'est pas énorme. Peut-être, mais avec l'or on risque toujours de se brûler les doigts...

Une seule chose restait à faire: attendre les événements.

Les heures me parurent bien longues jusqu'à la semaine suivante! Au jour fixé pour la 2e injection, il ne s'était rien produit d'inquiétant. Mais, par mesure de prudence, après avoir posé quelques questions à la malade sur l'état de sa peau, de ses muqueuses, je la priai sans plus d'explication de repasser dans quelques jours...

Bien m'en prit. Le surlendemain, j'étais appelé dans le plus grand secret au domicile de Mlle F... pour ce que l'on croyait être « une attaque de scarlatine ».

Je laisse au lecteur le soin de deviner ce qui se passa par la suite.

Mais, même pour celui qui n'a jamais été aux prises avec ces grands accidents cutanés — la dermatite exfoliatrice entre autres — il sera facile de comprendre les transes par lesquelles doit passer le médecin au cours de ces complications étendues de la peau s'accompagnant de rougeur inflammatoire intense, de prurit incessant et d'une desquamation furfuracée ou en grands lambeaux. Et que

dire de l'opiniâtreté des symptômes et de la fréquence familière des réveils évolutifs, alors que les phénomènes toxiques ne semblent pas s'atténuer avec chaque poussée nouvelle! Et, particularité non moins déconcertante, c'est que, pour des semaines sinon des mois, les téguments restent sensibles et tendres et deviennent parfois le siège de démangeaisons par petits placards bien visibles à l'œil nu, et particulièrement rudes et squameux au toucher. La présence persistante d'albumine et de cylindres dans les urines n'offre pas non plus une perspective des plus rassurantes quant à l'avenir d'organe nobles, tels que le rein, qui auraient pu être touchés.

En repassant dans mon esprit la longue série des événements qui avaient marqué mes expériences avec les sels d'or, je me sentais comme pris de vertige devant la puissance insoupçonnée d'un tel médicament. Et je l'avoue sans fausse honte, la responsabilité attachée à la possession d'une arme aussi terrible me semblait trop lourde à porter.

Comme alternative, il n'en restait qu'une seule: capituler. C'est ce que je fis.

* * *

Pendant les 4 ou 5 mois qui suivirent cette espèce de rupture entre l'Or et moi, j'eus beau consulter les guides formulaires les plus récents, je ne pus trouver rien de neuf sur le marché thérapeutique, sauf ces concentrés à base vitaminique spéciale dont on faisait alors grand bruit. Comme il arrive parfois pour des formules nouvelles qui n'ont pas eu le temps de faire leurs preuves, les uns en disaient beaucoup de bien tandis que les autres conseillaient de se méfier en attendant de plus amples développements. L'occasion de faire différent était tentante, mais je ne me trouvais pas alors dans un état propice aux expériences du genre.

Il fallut donc se rabattre sur le déjà vu et connu comme autrefois.

Si les moyens employés (souffre, iode, agents physiques, etc.) m'assuraient une tranquillité d'esprit dont j'avais grandement besoin, par contre les résultats n'étaient guère plus satisfaisants que ceux auxquels j'étais habitué.

Je le confesse, plus j'avançais dans cette voie facile, plus je me sentais convaincu que rien ne pouvait remplacer les sels du troublant métal dans le traitement d'une affection aussi farouchement récalcitrante que le rhumatisme chronique déformant.

Je pressentais qu'un jour ou l'autre je serais repris, pour ainsi dire, par cette fièvre de l'or et qu'il me faudrait revenir sur mes pas.

Maintenant ou plus tard... C'est que l'aurothérapie exerçait sur moi une fascination de plus en plus irrésistible et que mes malades — les initiés du moins — ressentaient, eux aussi, comme un besoin de revenir à l'autre méthode après ces mois d'abstinence forcée.

Que faire?

Encore, s'il se trouvait un moyen efficace d'éviter, au moins, ces grands syndromes toxiques (érythrodermie, stomatite ulcéreuse, agranulocytose, etc.) qui par leur ampleur rendent presque impossible, pour un médecin ordinaire, la pratique, sur une vaste échelle, de la chrysothérapie.

A force de réfléchir, je finissais par croire que l'or, comme tel, n'était peut-être pas le principal et l'unique coupable.

Il y avait certainement des complices. Lesquels?

Devait-on s'en prendre, par exemple, au produit lui-même, la myochrysine? Sa toxicité serait-elle trop élevée? Après des recherches minutieuses dans ce sens, j'en vins vite à la conclusion que l'opinion des auteurs était partagée sur ce point. Pour les uns, telle préparation spécialisée s'avérait d'une tolérance insurpassable, pour d'autres l'aurothiomalate de sodium (la myochrysine) restait le sel le plus actif et le plus recommandable. Tous s'accordaient d'ailleurs pour reconnaître la haute toxicité des sels d'or en général et pour recommander une extrême réserve au sujet de leur emploi.

Fallait-il plutôt mettre en doute mon manque d'expérience? Pourtant 4 années de tra-

vail ardu et d'études sérieuses me paraissaient constituer des preuves de compétence suffisante dans l'usage d'un seul médicament. Qu'on me pardonne de m'être souvent posé la question suivante: un médecin spécialisé dans ce genre de travail aurait-il pu faire mieux dans les circonstances? Sincèrement, je crois que non.

Autre chose. Le milieu familial n'était sûrement pas l'endroit rêvé pour la mise en pratique d'un pareil traitement, cela je le concède volontiers. Mais j'ai eu depuis l'occasion de constater par moi-même que l'hospitalisation n'offre pas beaucoup plus de garanties contre ces accidents-éclairs qui surviennent inopinément en dépit des mesures de précaution les plus actives ou les mieux appropriées.

Non, il y avait, dans l'état actuel de nos connaissances, certaines manifestations toxiques de l'or qu'on ne pouvait guère éviter. pas plus dans un centre hospitalier qu'à domicile, pas plus en se servant d'un produit de préférence à un autre, pas plus en ayant recours aux services d'un rhumatologiste de carrière qu'à ceux d'un médecin ordinaire.

Détail curieux mais des plus significatifs, ces accidents que dans certains milieux bien informés — en guise d'excuse? — on jugeait être indispensables au succès de la cure, ces accidents, dis-je, les malades ne se sentaient pas enclins à les imputer au remède mais bien à la façon de s'en servir.

Quoi qu'on en dise, l'opinion de ces bonnes gens avait son importance dans la mise en opération d'une thérapeutique où le comportement individuel sert de principal guide posologique en l'absence de règles solidement établies et les mêmes pour tous.

Il ne faisait aucun doute que la solution du problème pouvait se ramener à une question de doses. Une arme à feu, par exemple, devient d'autant plus menaçante qu'elle renferme une plus grande quantité de poudre et de projectiles. Il en était peut-être ainsi de l'or.

N'avaient-ils pas raison ceux de mes patients d'avant la crise qui affirmaient sans l'ombre d'un sourire: « Docteur, il me semble que j'ai trop d'or dans le système, que vous m'en donnez trop à la fois et pour trop longtemps...; ne vaudrait-il pas mieux arrêter le traitement? »

Bien plus, c'était vers la 5e ou 6e injection, alors que je faisais appel aux ampoules fortes de 0.10 gm. (100 millig.) que s'élevaient plaintes et protestations. Simple coïncidence?

De cette dose de 0.10 gm. parlons-en, si vous le voulez bien.

Pour les partisans de la méthode classique, il fallait finir par atteindre le sommet de l'échelle posologique (0.10 gm.) coûte que coûte, personne n'osant mettre en doute l'absolue nécessité de cette dose, tout en reconnaissant qu'avec son usage on s'aventurait dans une zone dangereuse où la sécurité n'avait plus force de loi.

En ce qui me concerne, j'étais maintenant fixé : depuis l'incident Lucille F..., la dose maxima ne m'inspirait que des sentiments de crainte mêlés d'alarme. Je considérais l'injection de 0.10 gm. (100 millig.) comme capable de provoquer chez un même malade toute la gamme des complications dont j'avais eu à me plaindre dans le passé. Qu'on s'imagine, comme dans le cas de Mlle F..., ma dernière patiente, des effets toxiques qui mettent 4 mois à disparaître, et cela par la faute d'une seule piqûre du médicament en cause. C'était renversant! Il y a longtemps d'ailleurs que je lui aurais coupé les ailes à cet oiseau de tempête, n'eût été cette crainte, entretenue par mes lectures, de priver mes rhumatisants des avantages d'une cure menée selon les données d'hommes dont la compétence et la bonne foi ne laissaient aucun doute.

Mais cette fois j'étais bien résolu à me passer dorénavant des « bons » offices de ces ampoules lourdement chargées et contenant des quantités massives de sel d'or. Cette dose de 0.10 gm., elle m'apparaissait, non sans raison, comme étant trop brutale, trop éner-

gique, trop longtemps retenue dans l'organisme pour être d'usage courant dans ma clientèle, quel que soit le sujet récepteur, sa résistance, son milieu, quel que soit aussi le nom du produit employé.

Une fois ma résolution prise, je ne pensai qu'aux moyens de l'exécuter sur le champ, de peur, sans doute, de revenir tôt ou tard sur ma décision. Afin de prévenir toute velléité de défaillance future, je ne crus mieux faire que de briser les ampoules, objet de ma suspicion, de les vider de leur contenu et de les jeter au feu...

Cet acte posé, il me sembla que je n'appartenais plus au passé, mais au présent, et que s'ouvrait pour moi une ère nouvelle dans la conception que je me faisais du traitement des affections rhumatismales chroniques par les sels d'or.

*
* *

Il me tardait maintenant de voir ce qui allait se passer.

Comme si les malades n'attendaient plus que ce signal pour se mettre en marche, ils se présentèrent nombreux, venant de partout: de la basse comme de la haute-ville, des campagnes environnantes, de plus loin même. Je n'en pouvais croire mes yeux. Tout ce monde de misère qui s'agite autour de soi: des enfants en bas âge, victimes innocentes du destin; des adolescents des deux sexes, souffrant de leur dos, de leurs membres; de jeunes mères s'acheminant à grands pas vers l'ankylose; des plus vieux déjà rendus au stade des déformations multiples et définitives; une petite armée, enfin, de plaignards incompris, menant une existence terne et lamentable, même si la maladie se montre des plus clémentes à leur endroit!

Foule obscure et compacte qui mettait toutes ses confiances dans un seul médicament. Ce que l'or allait donner dans les semaines suivantes, j'aurais payé gros pour le savoir immédiatement. Mais je m'étais juré d'attendre au moins 6 mois avant de me prononcer sur la valeur thérapeutique de la myochrysine administrée selon des règles posologiques différentes de celles auxquelles j'étais habitué. Tout au plus pouvais-je assurer mes malades — en leur montrant la boîte vide des ampoules de 0.10 gm. — qu'ils couraient moins de dangers qu'autrefois, depuis les modifications apportées dans la conduite du traitement.

Pour ce qui est des « résultats », puisque le moment d'en parler est venu, exécutons-nous, loyalement et sans plus de retard. Ces derniers furent-ils moins bons qu'auparavant? Je ne saurais l'affirmer. Mais, chose certaine, les progrès — quand progrès il y eut — furent lents à se manifester et s'opérèrent presque à l'insu des intéressés. Rien de comparable à ces transformations aussi frappantes que soudaines qui, dans le temps, faisaient dire au patient comme au médecin: « Quel merveilleux traitement! »

N'importe, il n'en restait pas moins vrai que l'or, même à doses réduites, demeurait encore pour nous la thérapeutique de choix.

D'une quarantaine de malades que nous avions alors sous nos soins — chiffre assez imposant pour l'époque — les uns (une minorité) se disaient heureux et satisfaits de la tournure que prenaient les événements; d'autres, plus nombreux, se contentaient de hocher la tête, ne se sentant ni mieux ni plus mal; un certain nombre, après des signes évidents d'amélioration, voyaient leur état demeurer stationnaire; une bonne partie, enfin (peut-être 9 sur 40), déclaraient que non seulement ils n'éprouvaient pas de soulagement mais se trouvaient plus malheureux, comme si les injections avaient donné un coup de fouet à la maladie.

En somme, ce que j'avais cru gagner en sécurité, je semblais le perdre du côté « succès ».

Comme avantage, un seul, — problématique d'ailleurs — la cure suivait un cours plus calme et je vivais, pour ma part, des heures beaucoup moins troublées.

Le fait pour les malades de ne recevoir

que 600 millig. d'aurothiomalate de sodium pendant toute la durée de la cure (15 injections), au lieu de 1 200 millig. comme par le passé, explique « peut-être » l'absence des grands accidents d'intoxication ou de saturation sans pour cela diminuer la fréquence des accidents légers, dits d'anaphylaxie ou d'intolérance, lesquels à part d'être une cause d'ennuis pour le patient sont une source d'embarras dans la poursuite du traitement.

De ce côté-là, rien de changé. Il me fallut comme précédemment diminuer ou augmenter les doses, espacer ou suspendre les injections, reprendre ou lâcher pour de bon, suivant les dispositions du malade ou les besoins du moment. Toujours ce manque d'ordre, de précision, de continuité d'action qui fait le désespoir du médecin traitant.

Plus que jamais, cependant, j'étais décidé de m'en tenir aux doses modérées lentement progressives, quelles que fussent les conséquences thérapeutiques, tout en souhaitant la venue du jour — peut-être encore lointain — où il deviendrait possible d'obtenir davantage sans s'exposer outre mesure.

*

* *

Dans une conférence faite devant les membres de la Ligue Belge contre le Rhumatisme, en avril 1938, et ayant pour titre: « Comment diriger le Traitement par les Sels d'Or dans les Rhumatismes Chroniques », le docteur Louis Perlès (chef de Laboratoire à l'hôpital Saint-Louis) après avoir passé en revue les indications de la chrysothérapie, son mode d'administration, etc., posait, comme condition indispensable de son succès, la nécessité d'associer l'or à d'autres médicaments antirhumatismaux:

« A notre sens — ainsi s'exprimait le docteur Perlès — un principe important à suivre est d'éviter d'employer la chrysothérapie seule... Cette chimiothérapeutique antirhumatismale doit être mixte. Aux sels d'or, ajoutait-il, nous adjoignons volontiers l'iode, le soufre injectable, créant de cette façon une thérapeutique mixte: sels d'or, iode injectable, par exemple, comparable à l'association novarsénobenzol, bismuth employée dans le traitement antisyphilitique. Cette manière d'agir nous semble donner une plus grande activité à la chrysothérapie... »

Ce passage de l'étude de Perlès, où l'auteur fait un rapprochement des plus judicieux entre les thérapeutiques antisyphilitique et antirhumatismale, nous avait frappé tout particulièrement.

Chimiothérapie mixte et syphilis...! Chimiothérapie mixte et rhumatisme chronique...! L'idée avait du bon. Pourquoi ne pas avoir recours à la même procédure dans le traitement de la polyarthrite que dans le traitement de la syphilis: sels d'or-iode-soufre — de préférence à l'or seul?

C'était peut-être la façon la plus simple et la plus pratique d'envisager un problème dont la solution ne me paraissait pas liée à l'usage exclusif d'un médicament, si puissant fût-il.

Avouons-le, la perspective était des plus séduisantes: renforcer l'action de l'or, par l'adjonction de médicaments connus, d'administration facile et de tolérance presque parfaite.

L'expérience ne semblant laisser prévoir aucune difficulté d'ordre technique ou autre, il me tardait donc de la tenter dans le plus bref délai possible.

Malheureusement, la méthode des associations médicamenteuses n'offrait pas que des avantages, elle présentait aussi certains inconvénients. Des difficultés surgirent alors que je ne m'y attendais pas, difficultés qui prirent une envergure telle que je me vis bientôt dans l'obligation d'abandonner la partie. Je le fis à regret, tout en caressant l'espoir de me reprendre quand le moment propice serait venu. Car, loin de mettre en doute l'opportunité d'une chimiothérapie mixte dans la lutte contre la maladie rhumatismale, je demeure de plus en plus convaincu que c'est encore le mode de traitement qui présente la plus grande chance de succès. Mais personne n'est maître des circonstances et ce

sont elles qui m'empêchèrent alors de persévérer dans cette voie.

Comme chacun le sait, les injections intramusculaires d'iode et de soufre, répétées tous les 2 ou 3 jours, sont loin d'être bien acceptées par les malades en général, des sujets maigres surtout, à cause des douleurs qu'elles provoquent aux endroits dits d'élection. Après quelques semaines de ce régime, il ne reste plus d'endroit disponible même pour le sel d'or, injection qui n'est pas toujours indolore, loin de là. A la fin, le patient ou la patiente demande grâce, et la continuité dans l'administration de l'or en perd d'autant.

D'un autre côté, l'injection intraveineuse se montre de réalisation difficile sinon impossible dans les cas de polyarthrite déformante avancée et devient une source d'embêtements de toutes sortes chez des malades non hospitalisés.

Reste la voie orale, la plus simple, la plus pratique, mais aussi la moins efficace. D'autre part, l'ingestion d'iode sous forme de teinture ou de composés organiques peut, à la longue, provoquer un véritable état dyspeptique, se caractérisant par de l'inappétence, du dégoût alimentaire, de la salivation exagérée avec goût de métal dans la bouche, phénomènes en tous points semblables à ceux que l'on rencontre au cours de la cure par la myochrysine ou autre sel organique d'or.

Bien plus, avec l'emploi conjugué de l'iode et des sels d'or, le médecin en présence de manifestations réactionnelles du côté de la peau (papules) ou des muqueuses (ulcérations) demeure perplexe lorsqu'il s'agit de faire la part des responsabilités. Faut-il proscrire l'iode ou l'or, l'un et l'autre étant capables de produire les mêmes troubles cutanés ou muqueux?

On comprendra facilement que dans pareilles circonstances les associations synergiques, loin de simplifier la tâche du rhumatologiste, semblent la rendre plus ardue, et que ce dernier juge bon de s'en tenir alors au mode de traitement qui, dans son cas particulier, son milieu, le genre de sa clientèle, lui assure le plus de satisfaction tout en lui causant un minimum d'ennuis.

Entre l'iode, le soufre et l'or, je ne croyais pas mieux faire que de me ranger du parti de ce dernier.

* * *

En agissant de cette manière, j'obéissais peut-être à un vague besoin de savoir ce que je pouvais tirer de l'or, comme tel, en me gardant d'attribuer au soufre-iode ce qui appartenait en propre à la médication aurique.

De plus en plus, cependant, avec les jours qui s'écoulaient, incertains et monotones, je partageais l'opinion des spécialistes en la matière : avec l'emploi de doses faibles, les résultats sont lents, tardifs, sans éclat.

Toutefois, je me demande si je n'étais pas trop enclin à minimiser les bons effets de la thérapeutique dans ma hâte d'arriver vite et d'obtenir des succès plus décisifs. Comme s'il demeurait possible de brûler les étapes dans des affections de longue durée telles que la tuberculose pulmonaire ou la polyarthrite déformante évolutive...

De leur côté, les malades semblaient partager mes appréhensions en témoignant moins d'enthousiasme qu'autrefois et en faisant preuve d'une certaine impatience devant la lenteur des gains enregistrés.

Quelques-uns même se montraient récalcitrants au point d'exiger des doses plus fortes d'or, contrairement au programme que je m'étais tracé. Avec le temps, j'aurais fini, sans doute, par céder à des sollicitations aussi pressantes — les dangers des doses massives étaient peut-être exagérés! — lorsque, par une après-midi de juin 1943, on m'amena, venant de la campagne, une dame âgée, souffrant... du cœur et des reins.

J'ai raconté dans le temps *(L'Union Médicale du Canada,* **73**: mars 1944) ce qui s'est passé. Inutile d'y revenir avec tous les détails que comporte pareil événement.

Qu'il suffise de dire que cette respectable personne, cardiaque et rhumatisante par surcroît, fut soumise à la thérapeutique usuelle des cardiopathies en voie de décompensation: théobromine et phosphate de sodium associés à de petites doses de digitaline.

Je fus quelque temps sans revoir cette patiente, même que j'avais oublié son nom, lorsqu'elle réapparut aussi fortuitement que lors de sa première visite.

Les nouvelles étaient bonnes. Mais qu'on juge de ma stupéfaction quand elle m'apprit le plus sérieusement du monde que son rhumatisme allait beaucoup mieux. Du cœur, il n'en était pas question pour le moment. Elle se sentait moins enflée, non seulement dans ses pieds et ses jambes, mais aussi dans ses mains, poignets et coudes. Avec la fonte des œdèmes, les mouvements articulaires étaient devenus plus amples, les douleurs avaient perdu de leur acuité, elle se disait moins raide le matin et avait repris goût aux travaux journaliers. Je n'en revenais pas de mon étonnement. Aussi, sans perdre de temps en conjectures d'aucune sorte, je me promis d'appliquer le même genre de traitement — par la théobromine et le phosphate de soude — à la première rhumatisante qui se présenterait.

Justement, j'avais alors sous traitement à la myochrysine une jeune femme qui, après une série de 15 injections, avait vu son état s'améliorer considérablement, mais dans son cas, il persistait un œdème dur des membres inférieurs qui semblait vouloir résister à l'action bienfaisante de la médication aurique. Ce fut vraiment là ma première expérience avec la théobromine comme médicament associé dans une forme pure de polyarthrite déformante. Ces premiers essais furent tellement encourageants que je voulus généraliser l'emploi de la thérapeutique mixte conjuguée — or et théobromine — et l'appliquer à un plus grand nombre de malades. C'est ainsi qu'en peu de temps (4 mois à peine) j'avais pu recueillir 35 observations de rhumatisme déformant ayant bénéficié sous tous rapports de l'adjonction de théobromine à la cure ordinaire par l'aurothiomalate de sodium.

C'est pourquoi je me croyais justifiable d'écrire dans *L'Union Médicale* de mars 1944:

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

« Nous voulons aujourd'hui rapporter nos expériences avec l'aurothiomalate de sodium (la myochrysine) lorsque nous avons été amené à lui associer, d'une façon tout à fait empirique, la théobromine et le salicylate de soude » (ce dernier ayant remplacé le phosphate de sodium, dans la formule originale).

« De cette thérapeutique mixte, nous avons retiré de grands avantages, bien qu'il nous soit impossible, à l'heure actuelle, d'expliquer le mécanisme qui résulte de cette association médicamenteuse... »

« Ce qui nous a grandement surpris, c'est le fait d'administrer des doses de myochrysine moins élevées, à des intervalles plus espacés, tout en obtenant de meilleurs résultats. Ainsi des doses de 0.05 gm. (50 millig.) à tous les dix ou même quinze jours. »

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

Myochrysine: 0.01 gm. à 0.05 gm., tous les 10 ou 15 jours.

Théobromine, salicylate de soude: ââ 0.30 gm. pour une capsule, 3 par jour, avant les repas. »

Jusque là, rien à redire. Les faits nous ont donné et nous donnent encore raison: l'ad-

jonction de la théobromine à la thérapeutique antirhumatismale par les sels d'or, en augmentant l'activité de ces derniers, permet d'obtenir des effets multiples et mixtes que l'aurothérapie seule ne saurait déterminer.

Nous étions donc revenu au synergisme thérapeutique en remplaçant l'iode et le soufre par des médicaments qui ne présentaient pas les inconvénients des injections intramusculaires ou intraveineuses et qui ne pouvaient donner lieu à ces réactions trompeuses du côté de la bouche, des conjonctives ou du revêtement cutané.

Tout en accordant à la nouvelle méthode sa juste part de succès, j'avais cru bon du même coup de lui attribuer une plus grande marge de sécurité, en me basant sur l'expérience acquise au cours du traitement de ces 35 cas de polyarthrite déformante.

C'est ainsi que j'écrivais au terme de cet article paru dans *L'Union Médicale* de mars 1944:

« Cette association médicamenteuse a semblé donner de meilleurs résultats... tout en produisant une diminution en fréquence et en gravité des réactions d'intolérance ou d'intoxication ... » « Tous les patients soumis à cette thérapeutique mixte ont semblé mieux tolérer la myochrysine. Les réactions auriques, moins fréquentes, ont été moins graves. De plus, sous l'effet de la diurèse provoquée, les dangers d'intoxication par l'or sont considérablement diminués... »

Mal m'en prit. Très peu de temps après la publication de ce rapport préliminaire sur l'adjonction de théobromine et de salicylate de soude au traitement par les sels d'or, il se produisit une suite d'événements dont les péripéties valent d'être connues.

*
* *

En avril de cette même année 1944, Mme T. R..., âgée de 54 ans et femme d'un avocat de langue anglaise, venait à mon bureau régulièrement, tous les 10 jours, depuis 4 mois, pour y recevoir une injection d'aurothiomalate de soude. D'abord accompagnée de son mari, elle pouvait maintenant se rendre chez moi, seule, sans aide. Soumise, comme les autres malades, à la cure mixte de l'or, la théobromine et le salicylate, elle n'avait eu qu'à se louer des bons effets de la thérapeutique, jusqu'au moment où, contrairement à son habitude, elle manqua de se présenter au jour convenu. Le lendemain, on m'appelait auprès d'elle pour des raisons qu'on ne désirait pas donner au téléphone. Heureusement, il n'y avait pas lieu de s'alarmer. Mme T. R..., 3 jours après sa dernière piqûre d'or, avait développé au niveau des dernières vertèbres lombaires, du côté gauche, deux petits placards de vésicules d'aspect perlé, réunies en couronne de la grandeur d'une pièce de 25 sous. L'éruption s'était accompagnée de phénomènes généraux (céphalée frissons, courbature) légers et de troubles digestifs sans signification précise. Chez toute autre malade, on se serait contenté de poser le diagnostic d'herpès zoster banal, de prescrire une médication *ad hoc* et de repasser voir la patiente quelques jours plus tard.

Mais ici, une certaine réserve s'imposait: l'herpès zoster n'avait-il pas l'insigne honneur de figurer au nombre des affections capables de donner le change pour des phénomènes d'intoxication aurique? Dans ces circonstances, le doute n'était pas permis : il fallait absolument suspendre le traitement jusqu'à disparition plus ou moins complète des lésions. La loi était la loi, elle ne souffrait pas d'exception, si louable fût-elle.

Cependant ma soumission n'était ni pleine ni entière. Je ne faisais que remettre l'injection à un peu plus tard. Que voulez-vous, cette grande malade allait si bien, elle ne présentait aucun signe d'intolérance et avec la théobromine, j'avais raison d'espérer que tout s'arrangerait bientôt.

Il n'en fut rien. Trois jours plus tard, j'étais rappelé d'urgence au domicile de l'homme de loi. Monsieur R... était en proie à la plus vive inquiétude et non sans motif. Depuis la veille,

sa femme ne pouvait plus se tenir debout sur ses jambes...

Inutile de s'illusionner. Ma patiente présentait au grand complet le tableau habituel de la paraplégie d'origine polynévritique: elle ne pouvait se soulever, encore moins marcher, ses jambes fléchissant sous elle. Les masses musculaires des mollets et des cuisses étaient molles et sensibles à la pression, les réflexes achilléens et rotuliens étaient abolis. Ces symptômes d'ordre moteur s'accompagnaient de sensations subjectives consistant en crampes et en fourmillements dans les jambes et les pieds. Il n'existait pas de troubles mentaux ni sphinctériens. La pupille réagissait normalement à la lumière.

D'abord cantonnée aux membres inférieurs, la polynévrite dont la nature toxique ne laissait pas de doute — cette femme n'étant pas une alcoolique — paraissait devoir s'étendre aux membres supérieurs. Les mains s'engourdissaient et les mouvements des doigts, du poignet, de l'avant-bras devenaient plus faibles à leur tour. Les réflexes tendineux sans être absents manquaient d'activité. Il fallait craindre la généralisation des symptômes et leur extension aux muscles des yeux, de la langue et de la respiration. Grâce à Dieu les symptômes s'arrêtèrent aux membres pour demeurer stationnaires pendant plusieurs semaines et ne rétrocédèrent définitivement que 6 mois plus tard. La période de convalescence fut longue, comme c'est l'habitude dans les intoxications par les métaux lourds tels que l'or.

Tout compte fait, il y avait lieu de se réjouir, car si la guérison est la règle dans la quadriplégie polynévritique évolutive, cette règle n'est pas absolue...

*
* *

Une fois encore j'en étais quitte pour la peur. Néanmoins le coup portait durement et je me sentais pris en défaut malgré des preuves évidentes de ma bonne foi, de ma grande sincérité. N'avais-je pas écrit dans *L'Union Médicale* qu'avec l'adjonction des capsules de théobromine, la chrysothérapie était devenue une arme plus sûre, moins difficile à manier? Et voilà que des manifestations de toxicité portant sur le système nerveux et pouvant avoir des conséquences désastreuses (la polynévrite tout au moins) venaient offrir un éclatant démenti à mes pauvres avancés!

Et comme si la vérité éprouvait le besoin de se manifester d'une manière plus frappante encore, des malades qui jusqu'ici avaient supporté la cure sans la moindre difficulté, se mirent à présenter des signes indubitables de fatigue aurique.

Ainsi, par exemple, Thérèse T..., une toute jeune fille, qui se plaint que son teint change... de fait, depuis quelques jours, sa peau prend une teinte sub-ictérique; et cette autre, bachelière en musique, qui se trouve dans l'obligation d'abandonner l'enseignement pour un temps indéfini, parce que ses mains sont le siège de lésions croûteuses et suintantes ressemblant à de l'eczéma aigu; et cette autre encore que je dirige vers un oculiste pour une rétinite d'origine suspecte; et une autre, enfin, institutrice dans une école de garçons, qui se voit forcée de garder la chambre, afin de se remettre d'une attaque de laryngite dont la nature ne laisse pas de doute dans mon esprit: l'or étant une cause fréquente de ces sortes de parésies laryngées.

Bref, sous ce rapport, je n'étais guère plus avancé qu'en 1939, cinq ans plus tôt. Le fait d'avoir abaissé les doses d'or, de les avoir éloignées, d'avoir ajouté la théobromine à l'or, ne me mettait pas plus à l'abri des grands que des petits accidents auriques; de ce côté-là, rien de changé. La cure d'or demeurait pour moi aussi mystérieuse qu'auparavant. C'était toujours le même mode de traitement délicat, capricieux, fécond en surprises de toutes sortes, sans plus d'égards pour le malade que pour le médecin.

Il me vint alors à l'esprit — et je m'étonnais de ne pas y avoir pensé plus tôt — de tenter une nouvelle expérience, celle-ci différente des autres, soit d'employer les capsules

de théobromine-salicylate comme traitement exclusif dans quelques cas de rhumatisme déformant.

L'idée était bonne. Jusqu'ici je savais à quoi m'en tenir sur les possibilités thérapeutiques de la myochrysine utilisée seule ou conjointement avec les dites capsules, mais j'ignorais complètement ce que pourrait donner, dans les mêmes circonstances, la théobromine, comme médication unique, sans l'appoint des injections d'aurothiomalate de sodium.

*
* *

L'occasion cherchée ne tarda guère de s'offrir à moi dans la personne d'une jeune femme, mère de deux enfants, dont le plus jeune avait à peine un an. D'après la patiente, la polyarthrite s'était déclarée juste après la fin de cette deuxième grossesse. La maladie avait évolué depuis avec plus ou moins de rapidité, laissant des déformations mal organisées que cachait un œdème mou, de couleur rose pâle, surtout marqué aux articulations des coudes, des poignets, des mains et des pieds. Il y avait bouffissure de la face; les jambes et les cuisses étaient aussi le siège d'une infiltration cellulaire ne laissant pas la marque du doigt. A ce niveau, le tissu cutané était mince, lisse, sans élasticité. La malade ne se plaignait pas outre mesure les douleurs n'étant pas très fortes en comparaison de la raideur, de la limitation des mouvements, de la faiblesse musculaire qui dominaient le tableau. En somme, il s'agissait d'une polyarthrite plutôt jeune, à forme congestive, évoluant à bas bruit vers la généralisation et l'ankylose plus ou moins définitive. La température montait légèrement vers le soir et le taux de la sédimentation sanguine était accéléré (20 mm.). L'état général paraissait assez bon, bien que la malade fût incapable de vaquer aux soins ordinaires du ménage.

On avait épuisé dans son cas toute la gamme des médicaments connus, sauf les sels d'or et, bien entendu, la théobromine... C'est à cette dernière médication que nous avons eu recours, à l'exclusion de toute autre, dès notre premier rendez-vous avec cette jeune femme.

Il se passa des choses fort curieuses durant les quatre semaines de ce traitement d'un rhumatisme chronique évolutif par de simples capsules de salicylate de soude et de théobromine, 3 par jour, une avant chaque repas.

Fait digne d'attention, les premiers signes d'un changement quelconque dans la condition de la patiente ne se manifestèrent pas du côté des jointures mais bien du côté de l'état général. Une dizaine de jours après le début de l'expérience, il s'opéra — presque à notre insu — une sorte de détente, de relâchement physique, portant sur l'expression, le jeu de la physionomie, donnant à cette jeune personne un air tout autre que celui qu'on lui connaissait depuis un an. C'était quelque chose de frappant mais difficile à préciser et encore plus à décrire, qui se sentait autant qu'il se voyait, comme si la maladie perdait de son pouvoir, de son emprise: une espèce de rayonnement, semblant l'ébauche d'un sourire sur un masque figé, presque parkinsonnien...

En même temps, les traits devenaient plus fins et le visage diminuait de volume, probablement par fonte de l'œdème du tissu sous-cutané. Cette perte de liquide était aussi manifeste aux membres inférieurs et d'une façon générale là où il y avait rétention d'eau. Cette métamorphose dans l'apparence extérieure par résorption liquidienne s'était accompagnée de modifications notables dans la manière d'agir de cette rhumatisante. Elle se disait moins lasse, moins portée au sommeil durant le jour, ses idées étaient plus claires et elle s'intéressait davantage à ce qui se passait au sein de sa famille. Il était évident que la présence d'eau en excès dans les tissus avait fini par provoquer une sorte d'intoxication profonde de tout l'organisme rendant cette personne apathique au suprême, peu attentive et lente aussi bien dans sa façon de comprendre les choses que d'exécuter le plus petit mouvement.

Mais le plus curieux de tout cela, c'est ce qu'il me fut donné d'observer du côté des articulations à mesure que progressait le traitement par la théobromine seule. Sous ce rapport on aurait pensé que la patiente recevait en plus des injections de myochrysine. Comme dans les cas précédents, alors que les malades étaient soumis à la cure mixte — or et théobromine — il s'opéra chez elle des changements au niveau des articles lésés portant en particulier sur le gonflement et la douleur. Vers la fin de la 3e semaine, les jointures, surtout celles des doigts, des genoux et des coudes, étaient apparemment moins volumineuses et pas aussi sensibles à la pression. D'autre part, ces améliorations dans la texture articulaire et périarticulaire s'accompagnaient d'un pouvoir étonnant de récupération fonctionnelle. Pas de doute possible, la malade remuait ses membres avec plus de facilité, comme si ces infiltrations tendineuses, synoviales, capsulaires, par leur seule présence, avaient limité considérablement le jeu des articulations. Du même coup, par son action décongestionnante, la médication exerçait une influence heureuse sur le symptôme raideur, la patiente reprenant des positions plus normales à mesure que s'atténuaient les contractures par manque d'activité.

Pour ajouter à ma surprise, la peau, elle aussi, paraissait participer à cette transformation générale en prenant un aspect plus naturel se rapprochant de l'état normal. L'épiderme avait repris de sa souplesse et il était plus humide et beaucoup moins rude au toucher. Ce qui dans l'ensemble contribuait à donner à cette femme un air de jeunesse qu'on ne lui connaissait plus.

Comme résultat global c'était difficile de demander mieux pour le temps. En moins d'un mois, grâce à l'emploi de la théobromine et du salicylate, sans le secours d'aucun autre agent thérapeutique, j'avais porté à la polyarthrite chronique évolutive un coup que je jugeais terrible et que, pour plus d'une raison, j'avais lieu de croire décisif. Et la preuve était là, devant mes yeux, authentique, éclatante, irréfutable! L'affection rhumatismale — dans le cas présent — avait bel et bien perdu sa virulence, elle était arrêtée dans sa marche en avant; le tableau clinique s'était transformé du tout au tout; la courbe de la sédimentation globulaire avait fait une chute importante — sans toutefois atteindre le chiffre normal.

Il y avait donc lieu d'envisager l'avenir avec confiance... La capsule blanche (comme l'appelaient les malades) devenait pour moi le symbole d'un nouvel espoir... Je rêvais d'un monde rénové où la thérapeutique par les sels d'or n'aurait plus droit de cité...

Mais malgré mon impatience d'avancer au plus vite dans cette voie riche en promesses magnifiques, je jugeai opportun après ces 4 semaines de traitement ininterrompu de ralentir mon élan et de suspendre la médication pour une dizaine de jours, bien que celle-ci, au cours de cette longue période, eût été bien supportée, sans l'ombre d'un nuage. Pas d'irritation gastrique ou intestinale; pas de bourdonnements d'oreille ni de perturbations visuelles; pas de céphalée ou de vertige; pas la moindre difficulté dans la miction par irritation vésicale, etc.

Entre temps je dus m'absenter de mon bureau et je ne revis ma petite patiente que 15 jours plus tard. Sa condition n'avait pas changé: elle ne se sentait ni mieux ni plus mal. Le rhumatisme n'avait guère bougé... sauf que les douleurs étaient réapparues, douleurs des plus fugaces et très supportables bien que plus accusées vers le soir. L'essentiel c'est que l'enflure n'était pas revenue et que les mouvements restaient toujours aussi faciles. Comme elle avait encore en sa possession des capsules de théobromine-salicylate, je lui conseillai de s'en servir sans plus de retard afin de consolider nos positions et de nous mettre à l'abri d'une attaque-surprise du côté de la polyarthrite rhumatismale.

Les choses en demeurèrent là pour quelque temps. Puis un jour je fus rappelé en toute hâte pour ce qu'on disait être une crise aiguë de la maladie. Eh oui, le mal avait récidivé.

L'affection reprenait sa course avec une ardeur nouvelle, mais particularité bizarre, digne de remarque, elle paraissait suivre un cours différent, prendre une allure spéciale, rapidement disloquante.

La douleur qui jusqu'ici avait été reléguée au second plan passait maintenant en première ligne. C'était une douleur « sèche », si j'ose dire, une douleur non inflammatoire, une douleur simple sans apparat, sans signe d'exsudation intra ou périarticulaire mais d'une violence inusitée. Elle arrachait des cris à la malade, que rien ne parvenait à soulager. Le moindre attouchement devenait intolérable. Le plus léger mouvement exigeait des précautions sans nombre. Tout était pris: nuque, mâchoires, épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux et doigts de pied. Des contractures s'étaient rapidement installées, entraînant des positions anti-algiques vicieuses. Cette jeune femme était immobile dans son lit, les membres fléchis, la tête penchée en avant. La situation s'aggravait d'heure en heure et prenait des proportions alarmantes. La sédimentation globulaire avait fait un bond pour atteindre un nouveau sommet. Le sommeil était mauvais et l'appétit presque nul. La malade sentait ses forces l'abandonner et me suppliait d'apporter un soulagement à ses souffrances. Il m'apparaissait surperflu d'augmenter la dose des capsules et de compter sur leur action pour enrayer la progression du mal. En dernier ressort, il y avait toujours la myochrysine, et moi qui croyais pouvoir m'en dispenser dans le cas actuel et dans d'autres... mais je sentais bien malgré tout que, dans les circonstances présentes, seuls les sels d'or étaient capables de modifier la marche des événements dans un sens plus favorable. Je pratiquai donc, sur le champ, une injection de 10 millig. (0.01) d'aurothiomalate, me proposant d'en répéter la dose quelques jours plus tard, tout en continuant l'usage de la théobromine et des analgésiques en attendant l'effet, toujours assez lent, du composé aurique.

C'est alors qu'il me fut donné pour la deuxième fois de juger du rôle bienfaisant que pouvait jouer la théobromine associée au salicylate — même sans l'adjonction d'or — dans le traitement de la polyarthrite évolutive. Dès les premières injections d'une dose faible de myochrysine (celle de 0.01) — et j'insiste sur ce point — les symptômes s'amendèrent rapidement, comme si l'administration au préalable des capsules avait préparé le terrain à l'agent principal, le sel d'or. Par son action utile sur les rétentions liquidiennes, peut-être en favorisant le métabolisme cellulaire ou en permettant une circulation plus facile au pourtour ou au niveau des lésions pathologiques, la théobromine-salicylate avait paru grandement faciliter la tâche du médicament de base — l'or — m'évitant l'emploi des doses plus élevées que celles de 10 millig. (0.01) pour obtenir en peu de temps les résultats les plus encourageants.

Vers le même temps d'ailleurs, désirant continuer l'expérience, j'eus maintes occasions de constater les bons effets des capsules seules — quoique d'une façon restreinte — sur les gonflements articulaires, douloureux ou non, sur les œdèmes limités aux membres inférieurs ou généralisés à différents segments du corps (face, membres supérieurs, tronc même), sur la nutrition générale, particulièrement sur celle du tissu de revêtement cutané. J'eus l'occasion aussi de constater — dès que le besoin s'en faisait sentir — l'efficacité accrue des doses légères et uniformes du sel d'or.

Cet effet bienfaisant qu'exerce la théobromine sur la peau et ses annexes (glandes sébacées et sudoripares), même en l'absence d'infiltration liquidienne, mérite une mention spéciale, vu qu'on serait porté à croire, de prime abord, que ce médicament connu surtout pour ses propriétés diurétiques resterait inactif dans ces cas d'arthrite rhumatismale « anhydre » où prédominent les signes de rétraction tissulaire alors que l'épiderme présente des lésions analogues, en somme, à celles de la sclérodermie: sécheresse, aspect rugueux très particulier avec absence de sécrétion sudorale. Ce fut pour foi une surpri-

se agréable, au cours de cette brève période d'expérimentation clinique sur la théobromine, d'en constater de visu l'influence favorable sur la pathologie de ces formes de rhumatisme déformant où les œdèmes et les exsudations sont réduites au minimum.

C'est dire que la place de premier plan que nous accordons aux capsules de théobromine-salicylate dans le traitement de la polyarthrite déformante, quelle qu'en soit la forme (congestive ou non), ne tient pas uniquement au fait qu'elles exercent une action détergente du côté des articulations, mais aussi bien en vertu des propriétés régularisantes qu'elles possèdent sur la motricité des petits vaisseaux sanguins.

Personne n'ignore cette particularité de la théobromine d'agir d'une façon élective sur la musculature des artérioles et des capillaires, d'en relever les spasmes et de produire à leur niveau une vaso-dilatation des plus utiles. Pour ceux qui connaissent la fréquence des troubles vaso-moteurs, trophiques, et de la thermogénèse chez les rhumatisants chroniques (pâleur, cyanose, moiteur, viscosité des mains par exemple), il sera facile de comprendre l'importance du rôle que la théobromine est appelée à jouer dans ces cas.

C'est donc, croyons-nous, par l'heureux effet de la combinaison de ces deux propriétés régulatrices sur le métabolisme de l'eau (dont l'importance a été mise en relief par Ralph Pemberton lui-même) et sur la vaso-motricité, que la théobromine prend position aux côtés des sels d'or en rhumatologie. Ces qualités de la théobromine, agent de déplétion, de désintoxication générale, de vaso-dilatation périphérique, auxquelles viennent s'ajouter les attributs propres au salicylate de soude, médication analgésique, dépurative, antirhumatismale par excellence, font de cette formule thérapeutique une arme défensive des plus précieuses dans la lutte contre la maladie rhumatismale, principalement dans sa forme chronique, déformante et évolutive.

Si cette tentative de faire de la théobromine-salicylate la drogue princeps, suffisante à la thérapeutique fondamentale de la polyarthrite, fut vouée à un échec, elle n'en fournit pas moins l'occasion de démontrer une fois de plus et de façon différente la haute valeur de cette combinaison chimique comme auxiliaire des sels d'or. Grâce à une meilleure utilisation de ces derniers, soit en favorisant ou en renforçant leur action, il nous était possible pour la première fois depuis 1939 d'employer uniquement des doses aussi faibles que celles de 10 milligrammes de myochrysine et d'obtenir des résultats satisfaisants.

On comprendra le grand intérêt pratique que comportait pour nous pareil événement.

Nous entrevoyions la possibilité prochaine de faire abstraction des doses de 25 et de 50 millig. pour nous en rapporter exclusivement aux injections de 10 millig., sans plus, sans moins, à des intervalles variant entre 10 et 15 jours. Ces changements apportés dans notre manière d'agir marquaient un premier pas vers l'unification des doses, vers la standardisation d'un mode de traitement reconnu pour son manque d'unité posologique, vers l'acceptation d'une dose fixe, immuable, pouvant convenir à la totalité des cas de polyarthrite déformante indépendamment de l'âge, du sexe, du poids, du stade de la maladie.

Cette décision de m'en tenir dorénavant à une posologie faible et constante dans ma pratique personnelle tranchait les derniers liens qui me rattachaient à la chrysothérapie conduite suivant le mode classique des doses croissantes et décroissantes selon les besoins du moment.

Mais je demeurais de plus en plus convaincu — après l'échec des mesures préventives et correctives préconisées à cette fin — que le seul moyen d'éviter l'écueil des réactions toxiques résidait dans l'emploi de petites doses uniformes et administrées à intervalles éloignés.

Il est vrai qu'employées seules ces petites doses de 10 millig. avaient la réputation d'être peu actives, mais il en devenait autrement — selon nous — lorsqu'on leur associait la théobromine et le salicylate par voie buccale.

Quant aux risques encourus, on n'en faisait guère mention dans les traités de rhumatologie alors en vogue, probablement parce que ces doses n'étaient pas d'usage courant et que les effets contraires résultant de leur emploi étaient fort mal connus.

Il reste donc à savoir ce qu'il faut penser au juste de ces faibles doses de sel d'or, de leur utilité pratique, de leur nocivité. C'est ce que nous nous efforcerons de faire dans les chapitres suivants, chapitres qui marqueront une dernière étape vers l'institution d'une norme posologique capable de diminuer et même de réduire à néant l'incidence des réactions toxiques de l'or sans en amoindrir les effets thérapeutiques...

(à suivre)

RECUEIL DE FAITS

TRANSFORMATION D'UNE LÉSION PRÉCANCÉREUSE EN LÉSION CANCÉREUSE, À LA SUITE D'UNE BIOPSIE

G. PINSONNEAULT,
Chef du Service de Rœntgenthérapie à l'Institut du Radium (Montréal).

Observation résumée. (Dossier: 33-202)

Le premier juin 1948, X..., âgé de 59 ans, va consulter un chirurgien pour une plaque de leucoplasie de la lèvre inférieure, qui dure depuis une couple d'années. Le chirurgien pratique le jour même, sous anesthésie locale, la résection d'une portion de la lèvre, en forme de coin, dont la base comprend la totalité de la surface occupée par la lésion.

La pièce est envoyée au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Université Laval de Québec et soumise au Professeur Louis Berger. Celui-ci déclare que « la lèvre examinée présente une légère hyperplasie verruqueuse de la muqueuse, de nature probablement précancéreuse, mais sans *aucun* indice de malignité actuelle dans les tissus examinés ». Les suites opératoires se compliquent du fait que la suture lâche avant que les bords de la plaie aient le temps d'adhérer. Au douzième jour, la surface d'excision présente une allure suspecte, sans tendance apparente à la cicatrisation.

Nous voyons le malade le quatorzième jour après l'intervention. Sur le bord interne de la plaie opératoire, nous notons la présence d'un bourgeon friable du volume d'une lentille. Un fragment est prélevé, qui comporte une fraction du bourgeon et un échantillon de la surface avoisinante. Il est examiné par le professeur Pierre Masson et le résultat se lit comme suit: « Une moitié du prélèvement est constituée par une muqueuse à revêtement épidermoïde hyperacanthosique et hyperkératosique. Lésion hyperplasique simple.

« L'autre moitié (siège de la biopsie antérieure) présente un épithélioma pavimenteux stratifié, lobulé, mêlé à du tissu de granulation. »

En raison d'un certain degré d'infiltration, le traitement est pratiqué à l'aide du radium, au lieu des rayons X, caustiques, que nous avons l'habitude d'employer dans la majorité des lésions épithéliomateuses discrètes de la lèvre. Sur une surface de 7 cm.^{2}, à 1 centimètre de distance, avec une filtration primaire de 1 millimètre de platine, nous appliquons une dose de 1.5 m.c.d. par cm.^{2}, en 41 heures d'exposition, étalées sur 4 jours.

Le malade a été revu dernièrement. Le sillon dû à la rupture des points de suture s'est à peu près totalement comblé, la muqueuse a repris son aspect normal, et on ne perçoit pas, pour le moment, de récidive ganglionnaire dans la région cervicale.

Commentaires.

Le microscope, de même que les rayons X, constitue un perfectionnement très précieux du mode d'exploration médicale le plus ancien qui soit: l'inspection. Mais toute exploration, pratiquée pour des fins vraiment *médicales*, exige une certaine somme de données préalables, concernant à la fois le *malade* et la *maladie*. La règle paraît d'autant plus impérieuse que le procédé d'exploration est plus perfectionné et plus poussé. Sans quoi l'examen court des risques d'être entaché d'erreurs ou de dangers. Les pathologistes qui ont perdu le souvenir du malade, et les cliniciens qui ont oublié leur histopathologie, n'admettront jamais qu'on *puisse* ou qu'on *doive*, en maintes occasions, se passer de biopsie.

Le secours de l'histologie, à la seule fin de savoir si une leucoplasie verruqueuse de la lèvre est cancérisée ou non, constitue une fantaisie professionnelle qui peut enjoliver les honoraires ou les statistiques, mais qui n'ajoute le plus souvent rien à la sécurité du malade. Bien téméraire, en effet, celui qui oserait adoucir le traitement d'une leucoplasie cliniquement suspecte, devant le fait qu'un coin de la plaque ne comporte pas de signes histologiques de malignité!

La rœntgenthérapie au contact se présente, dans le cas de la plupart de ces lésions, comme un traitement si simple, si facile, si inoffensif, si rapide et si efficace, que toute leucoplasie verruqueuse non infiltrante de la lèvre, *cancérisée ou non,* devrait être détruite par ce procédé.

Certains objecteront qu'il importe d'être fixé sur le degré de malignité, en vue de pratiquer, s'il y a lieu, un évidement prophylactique des lymphatiques du cou, ou, pour le moins, d'être en mesure de prévoir la nature des ganglions susceptibles d'apparaître dans cette région.

Tout en reconnaissant une certaine valeur à l'objection, nous répondrons que nous ne sommes pas en faveur de l'évidement prophylactique pour les mêmes raisons que Ducuing a déjà exposées il y a 10 ans, et que, s'il survient des signes d'envahissement ganglionnaire, mieux vaut alors biopsier les ganglions que d'en motiver l'exérèse sur un examen histologique de la lésion primitive. En effet, s'il n'y a pas d'inconvénient sérieux à cautériser, au moyen de rayons X appropriés, une leucoplasie de la lèvre qu'on croit cancéreuse et qui ne l'est pas, il y a par contre un préjudice grave à imposer les risques et la mutilation d'un évidement lymphatique du cou à un malade dont l'hypertrophie ganglionnaire n'est pas de nature épithéliomateuse.

BIBLIOGRAPHIE

G. PINSONNEAULT: « Les indications de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs. » *L'Union Médicale du Canada,* **67**: 597-604 (juin) 1938. (Bibliographie.)

G. PINSONNEAULT: « Le diagnostic précoce des cancers de la cavité buccale. » *L'Union Médicale du Canada,* **76**: 38-41 (janvier) 1947.

G. PINSONNEAULT: « La rœntgenthérapie au contact dans les lésions malignes de la bouche. » *L'Union Médicale du Canada,* **74**: 1368-1370 (octobre) 1945.

Fr. ROBERTS: « La restriction de l'usage de la biopsie pour la conduite du traitement radiothérapique. » *The British Journ. of Radiology,* **14**: 144 (avril) 1941.

J. DUCUING: « Le recul de la chirurgie devant les adénopathies cancéreuses secondaires du cou. » *Acta* de l'Union Internationale contre le cancer, **4**: 774, 1939.

LITHIASE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Ulysse FORGET (Warren, R. I.)

La glande sous-maxillaire fait partie du système salivaire, qui comprend aussi la glande sublinguale et la glande parotide. Ces glandes annexes du tube digestif sont bilatérales. La glande sous-maxillaire, qui nous intéresse, occupe la région sous-hyoïdienne. Elle est située contre la face interne du maxillaire inférieur, immédiatement au-dessus de la portion du muscle digastrique. Elle est renfermée dans une loge ostéo-fibreuse appelée « la loge sous-maxillaire ». La glande est composée d'acini séreux qui paraissent fonctionner d'une façon continue, d'acini muqueux et d'acini mixtes qui fonctionnent au moment de la mastication. Les sécrétions de la glande sont recueillies par un système de canaux appelés « canaux de Boll » qui convergent vers un point unique, le canal de Wharton. Ce canal mesure de 4 à 5 centimètres de longueur sur 2 millimètres de diamètre. Il naît de la face interne de la glande et se porte obliquement d'arrière en avant, de bas en haut et de dehors en dedans. Il chemine sur la face externe de l'hyo-glosse, sur la face interne de la glande sublinguale et entre en rapport intime avec le nerf lingual et l'artère sublinguale et vient s'ouvrir sur les côtés du frein de la langue (1).

La lithiase salivaire est une affection assez rare. Les calculs peuvent être dans la glande même ou dans les canaux excréteurs. Leur fréquence est de 80% pour la glande sous-maxillaire, 15% pour la sublinguale et 5% pour la parotide (2). Le docteur William Cahill a fait un relevé de la littérature médicale sur ce sujet, de 1825 à 1926, et il n'a trouvé que 375 cas rapportés. Un relevé personnel fait avec l'aide de Madame Hélène DeJong, bibliothécaire de la « Rhode Island Medical Society », a donné le résultat suivant. De 1926 à 1948, aux Etats-Unis, on a publié 29 articles sur ce sujet. Pour la même période, dans les périodiques médicaux des autres pays, on a écrit 147 articles sur les affections des glandes salivaires. Ce qui donnerait un grand total de 541 articles, depuis 1825.

L'étiologie de la lithiase salivaire est encore obscure. Une réaction inflammatoire peut en être la cause, en favorisant un changement de réaction de la salive, qui favoriserait une précipitation des éléments qui entrent dans la composition du calcul. On a aussi cru que l'actinomycose peut être responsable comme facteur étiologique. Ceci paraît peu plausible, car on trouve assez souvent des calculs salivaires chez le cheval, qui ne souffre jamais de l'actinomycose, tandis que la race bovine, qui en est souvent affectée, ne souffre pas de calculs salivaires (3).

Observation.

M. J. W. T., 35 ans, entrepreneur-menuisier, se présente au bureau et raconte l'histoire suivante. Depuis plus de 10 ans, il souffre d'un malaise sous la mâchoire droite et il peut lui-même palper une tuméfaction dure, grosse comme le bout du pouce. Au début, ce n'était qu'un malaise. Peu à peu, la tuméfaction devint palpable, et l'augmentation de volume fut très lente. Il n'y a jamais eu d'inflammation subite ou aiguë, ni de douleur au cours des repas. Rarement, il aura une douleur vague qui ne le fait pas trop souffrir. Depuis le début de sa maladie, plusieurs médecins l'examinèrent sans donner d'opinion précise, à l'exception d'un laryngologiste, qui a fait le diagnostic clinique de lithiase de la glande sous-maxillaire. Après avoir dilaté le canal de Wharton, il tenta, mais en vain, d'extraire le calcul. Le malade ne fut pas radiographié. Malheureusement, ce médecin tomba malade et mourut, puis le patient resta encore trois années sans traitement. Toutefois, la dilatation pratiquée par ce

laryngologiste permit au malade de « traire » sa glande et, plusieurs fois par jour, il peut sans douleur extraire « un liquide salé », en passant son doigt d'arrière en avant sous le bord inférieur de la mâchoire. Malgré le peu de symptômes ressentis, ce malade veut se débarrasser de son calcul.

Diagnostic.

A l'exception de la glande sous-maxillaire droite, l'examen physique est négatif. A la palpation de la région sous-maxillaire droite, on sent une petite tumeur grosse comme un

Fig. 1.

marbre, sous le bord inférieur de la mâchoire, à un pouce et demi de l'angle de la branche montante. Au palper bi-digital, avec un doigt dans la bouche, on sent une petite induration mobile grosse comme le bout du petit doigt. En passant le doigt sous la mâchoire, d'arrière en avant, on peut voir sortir la salive par l'orifice du canal de Wharton. L'examen ne réveille aucune douleur. Après anesthésie locale au moyen de pontocaïne instillée dans le canal, une petite sonde y est introduite. A cinq centimètres de l'orifice du canal, le bout de la sonde rencontre un obstacle résistant et l'impression ressentie par la main qui tient la sonde est celle de la présence d'une pierre. Une radiographie prise avec la sonde en place démontre, en effet, la présence d'un calcul. Une pose latérale établit la distance qu'il y a entre le calcul et l'angle de la mâchoire (fig. 1); une pose d'arrière en avant montre l'espace qu'il y a entre le calcul et le bord interne du maxillaire inférieur (fig. 2.)

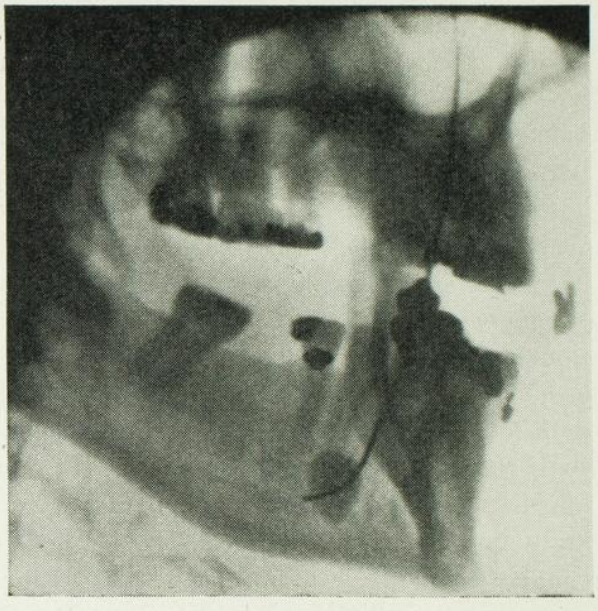


Fig. 2.

Le traitement.

A cause de la distance de 5 centimètres de l'orifice externe du canal de Wharton au calcul, et pour ne pas blesser les organes importants qui se trouvent le long du canal, il fut décidé de ne pas l'ouvrir pour ôter le calcul. La voie opératoire externe fut aussi éliminée à cause de la possibilité d'une fistule salivaire. La position de la pierre la rendait aussi d'accès difficile. La voie buccale fut choisie. Après anesthésie locale à la novocaïne, la main gauche du chirurgien repousse la glande et la pierre au niveau des dents du maxillaire inférieur. La main droite armée d'un bistouri pratique une incision dans la région où se trouve la pierre. Ceci fait, la pierre fut prise sans difficulté avec une pince et sortie de sa cavité. De son côté, la garde-malade tient l'aspirateur d'une main et débarrasse le patient de l'excès de salive et aspire le sang. De l'autre main, elle tient la

langue du patient en dehors du champ opératoire, à l'aide d'un abaisse-langue. Une fois la pierre extraite, on lava la cavité avec une solution physiologique sous pression pour en faire sortir les grains de sable qui auraient pu s'y trouver. Ensuite, 100,000 unités de pénicilline en poudre furent mises dans la cavité et la plaie fut fermée par trois sutures de soie. Il n'y avait pas de pus visible durant l'opération et la plaie guérit par première intention. Cette pierre mesurait 16 mm. de longueur, 14 mm. de hauteur et 9 mm. d'épaisseur. Elle avait la forme d'un petit crabe à qui on aurait enlevé les pattes d'un côté. Ces « embryons de pattes » étaient sans doute des formations calcaires qui bouchaient les canaux internes de la glande.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. TESTUT: *Traité d'Anatomie Humaine.* Vol. IV., p. 278.
2. William F. CAHILL: « Salivary calculus in the submaxillary duct and its removal. » *U. S. Naval Medical Bulletin,* **47**: 519 (mai-juin) 1947.
3. A. C. FURSTENBERG: « Diseases of the Salivary Glands. » *J. A. M. A.,* **136**: 1 (3 janv.) 1948.

REVUE GÉNÉRALE

GLANDE THYROÏDE

Faits divers. Conclusions pratiques.

Réal DORÉ,
Chirurgien à l'Hôpital Général de Verdun (Montréal).

La fonction normale de la glande thyroïde et sa dysfonction, à l'état pathologique, ont été étudiées pratiquement sous tous leurs angles par différents maîtres en la matière.

Un humble chirurgien n'est pas tout à fait à l'aise pour reparler de cette glande quand celle-ci a déjà fait le sujet de maints travaux dans le passé.

Il faut vous attendre que ce qui suivra soit accompagné, de temps en temps, d'une note chirurgicale.

Quoique le titre me permette de discuter de différents faits qui se rattachent à la fonction thyroïdienne, je répondrai, du mieux que je pourrai le faire, à deux questions principales.

Tout d'abord quelle est la cause primaire des maladies de la glande thyroïde, ou de sa dysfonction ? En d'autres termes, pourquoi une vésicule thyroïdienne normale se dirige-t-elle vers un état pathologique ? Quel en est l'élément causal ?

Puis, comme deuxième question, la vésicule thyroïdienne étant altérée ou modifiée pathologiquement dans sa structure et sa fonction normale, qu'advient-il d'elle-même et quelles sont les conséquences futures de cette modification cellulaire ?

Pour répondre à la première question j'emprunte et je résume le travail considérable du Dr Patterson et de ses collaborateurs, travail publié dans le rapport du congrès de l'« American Association for the Study of Goiter », tenu à Détroit en 1937.

Ce travail est intitulé: « Preuves que la plupart des dysfonctions thyroïdiennes ont une origine congénitale. »

Les observations expérimentales et cliniques de ces Messieurs prouvent que la fonction première de la glande thyroïde est de maintenir normal le métabolisme iodé de l'organisme en emmagasinant cet élément en quantité suffisante de façon à répondre à la demande.

Pour se bien pénétrer de la théorie de Patterson, quelques notes historiques de l'iode s'imposent à notre connaissance. Celles-ci illustrent bien le rôle que la glande thyroïde joue dans le maintien normal du métabolisme iodé.

La thyroxine, substance isolée de la glande thyroïde par Kendall, contient 65% d'iode. Ceci implique donc, pour maintenir le métabolisme normal, un apport suffisant d'iode que la glande emmagasinera et transformera en thyroxine.

Il existe trois facteurs qui concourent à la fonction normale de la glande thyroïde.

Premièrement: le degré d'activité de la glande elle-même ou de ses vésicules.

Deuxièmement: l'apport suffisant extérieur d'iode.

Troisièmement: la demande physiologique en iode de l'organisme.

Si l'activité de la glande est diminuée ou augmentée; si l'apport d'iode est insuffisant ou exagéré, il y aura dysfonction thyroïdienne, dysfonction qui ne répondra plus à la demande normale en iode de l'organisme.

Normalement, le sang contient 12 microgr. % d'iode. Une quantité inférieure à ce chiffre moyen indique qu'il y a hypofonction glandulaire.

Si, au contraire, ce chiffre moyen est dépassé, la glande est en état d'hyperfonction

iodée, comme ce fait se rencontre dans le goitre colloïde dont la teneur en iode sanguin atteint et même dépasse 20 microgr. %.

L'iode s'élimine par la voie rénale à raison de .025 à .075 mgr. par jour. Ce taux éliminatoire sera modifié en plus ou en moins suivant le degré d'activité de la glande thyroïde.

Pour connaître la déficience en iode de la mère enceinte, la détermination de l'iode sanguin serait l'idéal si le dosage de cet élément pouvait être pratiqué couramment et avec précision. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Nous verrons dans un instant comment Patterson a solutionné ce problème.

A la naissance, la glande thyroïde est en état de suractivité tout comme l'est celle de l'adulte quand celui-ci présente les caractères cliniques du goitre toxique. Son volume est considérable.

Au cours de la vie intra-utérine la vésicule thyroïdienne du fœtus ne contient pas ou contient peu de substance colloïde; sa cavité est pratiquement virtuelle et ses cellules sont cylindriques. L'aspect microscopique est celui d'une masse de cellules pressées les unes contre les autres.

De l'extrait thyroïdien ou de l'iode luttent avantageusement contre l'hyperactivité de la glande thyroïde du fœtus, de l'enfant à terme ainsi que chez l'enfant né d'une mère goitreuse.

Des parents goitreux, à cause de la région goitrigène qu'ils habitent, émigrant dans une région non goitreuse, donnent naissance à des enfants indemnes de goitre.

Une mère, dont la glande thyroïde est normale de volume, n'absorbant pas d'iode au cours de sa grossesse, donne naissance à des enfants goitreux dans 50% des cas. Ce pourcentage baisse à 3% si de l'iode est ingéré.

Chez les animaux, également, le goitre semble bien avoir une origine congénitale. Une mère, en déficience d'iode, est cause, au cours de la vie intra-utérine du fœtus, d'une viciation du métabolisme iodé de celui-ci.

Une chienne thyroïdectomisée totalement aura un fœtus goitreux si elle ne prend pas d'iode au cours de sa grossesse.

Dans le laboratoire de pathologie de la clinique Cleveland, œuvre d'un grand disparu, Georges Washington Crile, on voit le résultat de nombreuses expériences pratiquées sur de jeunes chiens présentant à leur naissance une hypertrophie congénitale de la glande thyroïde.

Des biopsies pratiquées en série révèlent, tout d'abord, qu'à la naissance la vésicule thyroïdienne est en hyperactivité, que sa colloïde est peu abondante et pâle. Puis, sous l'effet de l'iodothérapie, la vésicule devient de moins en moins active, ses cellules se rapprochent graduellement de la forme cubique, sa substance colloïde est plus colorable et sa quantité s'accroît.

L'examen macroscopique de la glande thyroïde montre que l'hypertrophie de celle-ci s'amende graduellement.

Reinhoff, de Baltimore, a été plus audacieux. Il a pratiqué la même série d'expériences, mais, cette fois, chez l'humain. Ses résultats sont les mêmes que ceux de la clinique Cleveland sur les chiens.

Ces faits vécus démontrent nettement que le métabolisme iodé est directement en rapport avec le degré fonctionnel de la vésicule thyroïdienne.

Patterson et ses collaborateurs, eux aussi, ont poursuivi de nombreuses recherches, tant expérimentales que cliniques, sur le métabolisme iodé de l'individu et des animaux.

Chez les animaux le dosage de l'iode est possible. En sacrifiant la mère et le fœtus, à diverses époques de la grossesse, on peut se rendre compte de la teneur sanguine en iode de chacun d'eux. Il n'en est pas de même chez l'individu et le fœtus humains dont la vie doit être respectée.

D'ailleurs le dosage de l'iode est une opération excessivement délicate. Le chimiste a à faire face à un élément très volatil et en très petite quantité dans le sang.

Pour contourner cette difficulté technique, Patterson et ses collaborateurs, pour étudier le degré d'activité de la glande thyroïde chez la mère et le fœtus, ont eu recours à un autre élément, le cholestérol sanguin, dont la présence est facile à déceler et à doser.

Le cholestérol, alcool secondaire simple non saturé, varie dans le sang suivant l'activité normale ou pathologique de certains organes, tels que le foie, la rate, de certaines glandes endocrines, la glande thyroïde entre autres.

Quand la glande thyroïde est en cause, le cholestérol sanguin varie en raison inverse de l'activité de sa vésicule thyroïdienne.

En d'autres termes, plus la vésicule est active moins il y a de cholestérol dans le sang. Quand il y a goitre par déficience, le contraire se produit.

S'appuyant sur ces principes, Patterson et ses collaborateurs ont tout d'abord déterminé, à intervalles fréquents, en utilisant la technique de Bloor modifiée, le cholestérol sanguin chez une série de 1,000 femmes enceintes et chez un bon nombre de lapines gravides.

Puis ils ont fait de même chez l'enfant à la naissance et chez le fœtus de lapines, soit au cours de la grossesse de la lapine, en prélevant du sang du cœur de fœtus obtenu par hystérectomie, soit à la naissance du fœtus humain en prélevant du sang du cordon.

De ces observations cliniques et expérimentales ils ont démontré la relation qui existe entre le cholestérol sanguin de la mère et celui du fœtus, puis, au moyen d'examens histologiques, le degré d'activité de la vésicule thyroïdienne de la mère et du fœtus.

Les premières expériences ont porté sur l'observation de lapines dont trois groupes différents sont décrits.

Je vous fais grâce de la presque totalité des très nombreux chiffres qui accompagnent chaque observation expérimentale et je m'en tiens à quelques conclusions de Patterson, conclusions qui lui sont inspirées par les faits observés.

Une mère thyroïdectomisée totalement, quand il n'y a pas un apport suffisant d'iode ou de thyroxine venant de l'extérieur, essaie de compenser sa déficience thyroïdienne en s'emparant de l'iode ou de la thyroxine de son enfant. Celui-ci, même en hyperplasiant sa glande thyroïde, ne réussit pas à répondre à sa demande en iode ou en thyroxine ni à celle de sa mère. Comme il y a chez cet enfant déficience et hypothyroïdie, son cholestérol sanguin monte considérablement, jusqu'à .200 mgr. %, et l'examen histologique de sa glande révèle une hyperplasie extrême, sans colloïde.

Des observations cliniques ont aussi été faites, mensuellement, pendant la période de gestation, chez 1,000 femmes enceintes.

Patterson et ses collaborateurs ont constaté que l'extrait thyroïdien, donné au cours de la grossesse, contrôle la déficience maternelle ou l'hypercholestérinémie. De .224 mgr. % le cholestérol baisse à .197 mgr. %. Avec la cessation de l'extrait thyroïdien, le cholestérol remonte, en moyenne, à .230 mgr. %.

Le cholestérol sanguin de l'enfant, à la naissance, a aussi été recherché, en prélevant du sang du cordon.

S'il y a hypercholestérinémie marquée maternelle au cours du troisième trimestre de la grossesse, il apparaît aussi une élévation du cholestérol sanguin de l'enfant à sa naissance.

Si, pour étudier l'activité de la vésicule thyroïdienne chez la mère et le fœtus, le dosage de l'iode est impraticable, vu sa grande volatilité surtout, celui du cholestérol sanguin, par contre, dont la quantité varie suivant le degré d'activité de la glande thyroïde, est très réalisable et d'usage courant dans nos laboratoires.

Les techniques qui consistent à doser le cholestérol sanguin sont nombreuses. J'ai l'impression qu'elles se valent. Celle de Gringault est la plus employée ici. Pour avoir de la valeur clinique, une technique employée doit toujours être la même chez le même individu observé.

Grâce aux variations de cet élément, le cholestérol, chez la mère, pendant la grossesse, et chez l'enfant, à sa naissance, puis aux expériences pratiquées chez la lapine et son fœtus, et aux examens histologiques de biopsies, Patterson et ses collaborateurs ont pu conclure à la présence, pendant la vie intra-utérine, d'une

glande thyroïde altérée, glande à laquelle la mère a demandé un surcroît de travail intempestif. La glande thyroïde de l'enfant, altérée et déjà en hyperplasie, même avant sa naissance, sera inapte à lutter, affirme-t-il, au cours de la vie, contre certains facteurs goitrigènes.

Cette hyperactivité de la glande au cours de son évolution fœtale, activité qui se produit avant que la structure thyroïdienne soit normale, peut en toute probabilité être cause de lésions permanentes de la vésicule thyroïdienne. Au cours de la vie, une cause secondaire, déficience, stimulation, infection, s'attaquant à un tissu déjà altéré, sera vite suivie de l'apparition d'un syndrome thyroïdien d'hypo ou d'hyperfonction.

Cette théorie de l'origine intra-utérine du goitre peut seule expliquer la présence du goitre tant chez la femme que chez l'homme.

Le début congénital du goitre, chez les deux sexes, est donc en rapport avec la fonction iodée de la glande thyroïde; la fonction ovarienne, comme on tend à le croire, n'a rien à faire à ceci.

Nous avons vu jusqu'à présent ce qu'est la cause primaire d'un futur goitre, cause qui se manifeste ou qui prend naissance au cours de la vie intra-utérine.

Voyons maintenant ce que devient, au cours de la vie, dans sa structure et sa composition bio-chimique, une vésicule thyroïdienne, déjà altérée pendant la vie intra-utérine, quand un élément extérieur causal demande à cette vésicule une suractivité.

Cette vésicule déjà épuisée, surmenée, répondra à sa manière à l'élément causal.

L'étude de cette vésicule, de sa structure normale et pathologique, de son contenu, la colloïde, et des modifications de celle-ci, soumise à l'action de l'élément causal, nous permet, aujourd'hui, de connaître convenablement sa fonction, sa pathologie et, ce qui importe le plus, le traitement de ses diverses anomalies fonctionnelles.

L'étude encore plus approfondie de la substance colloïde permettra, avec le temps, espérons-le, une thérapeutique de plus en plus active et effective.

La colloïde est composée, premièrement, d'une substance appelée thyroglobuline, laquelle contient l'iodothyrine dont Kendall a isolé la thyroxine, celle-ci riche de 65% d'iode.

La thyroglobuline contient aussi de l'azote, du soufre.

La deuxième substance contenue dans la colloïde est la thyroprotéine. Dans celle-ci on a décelé la présence de phosphore, d'arsenic.

Voilà les grandes lignes de la composition biochimique du contenu de la vésicule thyroïdienne normale.

Je ne veux pas laisser le lecteur sous la fausse impression que la fonction iodée est la seule que possède la vésicule thyroïdienne.

Si cela était, tous les cas de goitre traité dès le début guériraient infailliblement et rapidement par l'iodothérapie.

L'observation clinique nous prouve malheureusement souvent le contraire. Et pourquoi ?

Si la fonction iodée de la vésicule thyroïdienne semble bien être la plus importante de toutes, il y en a d'autres que nous ne devons pas ignorer.

L'étude de la composition de la substance colloïde le prouve tout comme l'observation clinique.

Si la colloïde contient de l'iode, elle possède sans aucun doute un autre élément essentiel à la vie, l'hormone thyroïdienne. Sans cette hormone, il y a déséquilibre mental et somatique.

Une observation personnelle est celle d'une jeune fille de 25 ans, obèse, dont la glande thyroïde est volumineuse et la fonction ovarienne normale. L'iodothérapie pendant des mois ne change en rien le volume de la glande et l'état d'obésité. En deux mois, l'extrait thyroïdien fait disparaître complètement et tumeur thyroïdienne et obésité.

Nous avons vu précédemment que la colloïde contient certains autres éléments. Outre la thyroxine ou l'iode, on y rencontre de l'azote, du soufre, du phosphore, de l'arsenic.

Qui nous dit qu'elle n'en contient pas une foule d'autres ?

Quand ceux-ci sont d'un apport insuffisant de l'extérieur, certaines observations prouvent que par compensation la glande thyroïde s'hyperplasie tout comme elle le fait vis-à-vis de la déficience iodée.

Dans la *Presse Médicale*, nos 42 et 52, 1932, deux observations sont rapportées. Deux goitreuses toxiques, avec glande thyroïde augmentée de volume, guérissent l'une avec du bore, sous forme de borate de soude, et l'autre, avec du fluor sous forme de fluorate de soude.

Marine, McCarrison et Dunhill parlent dans le même sens avec le manganèse, dans le *British Journal of Surgery*, no 67, 1930, et le rapport du Congrès international américain du goitre, de Washington, en 1938, rapporte un cas de goitre causé par une déficience arsenicale.

Je laisse de côté bien d'autres observations de ce genre.

C'est dire que les chimistes, les biologistes, les physiologistes ont un champ d'action très vaste d'expérimentation dans la recherche d'éléments encore inconnus de la substance colloïde.

Quand déficience il y a, quel que soit l'élément en cause, que devient la vésicule thyroïdienne et quelles sont les conséquences éloignées ?

Première alternative.

Quand la vésicule thyroïdienne n'est plus en état de sélectionner ou d'emmagasiner normalement un élément déficient ou que l'apport extérieur de cet élément est insuffisant, elle se multiplie, s'hyperplasie pour absorber le plus possible de la circulation l'élément déficient.

Quand l'élément déficient, grâce à une thérapeutique adéquate, est redonné à l'organisme, la vésicule diminue son effort de sélection et d'absorption et reprend son volume normal.

Les exemples de cet ordre, cités précédemment, prouvent nettement que les choses se passent ainsi.

Cette forme clinique du goitre, par déficience, se rencontre chez l'enfant, l'adolescent, au cours de la grossesse et à l'époque de la ménopause.

Ces formes cliniques sont donc médicales. La thyroïdectomie ou la radiothérapie constitueraient un acte non seulement inutile mais nuisible. Il y aurait sûrement, en l'occurrence, récidive de l'hyperplasie.

Deuxième alternative.

Dans cette deuxième alternative un autre élément vient s'ajouter à l'état de dysfonction de la vésicule thyroïdienne.

Se basant sur ses observations personnelles, au nombre de quelques centaines, Crile en a émis une théorie intéressante, quoique non acceptée unanimement.

L'hyperfonction des capsules surrénales, l'hypersurrénalie, ou encore l'hypersympathicotonie, que Crile appelle « l'asthénie neurocirculatoire », quand ce syndrome existe concurremment avec un goitre, exerce une action stimulante sur la glande thyroïde.

Crile compare les surrénales à un « power house ». Quand cette fabrique de dynamisme est en suractivité, elle émet un stimulus qui se transmet à la glande thyroïde au moyen des branches du système sympathique surrénalien. Chez le goitreux, l'adjonction de ce syndrome hypersympathicotonique donne naissance au basedowisme.

Crile appuie cette théorie sur les résultats obtenus de la section des branches efférentes sympathiques surrénaliennes, au nombre de 20 environ, dont quelques cas nous furent présentés au congrès de l'« American Association for the Study of Goiter », à Cleveland, en 1934.

Cette section est suivie de la disparition du syndrome basedowien et souvent, dit-il, de la diminution graduelle de l'hyperplasie thyroïdienne.

Ce qui faisait dire à Crile, au cours de cette réunion, « que le goitre exophtalmique s'opérera peut-être, un jour, non plus dans le cou mais dans le flanc ».

La théorie de Crile, théorie qui consiste à attribuer le basedowisme à l'hypersurrénalie, comme cause primaire, est aussi prouvée par

les constatations de Welti, de Paris, et de Reinhoff, de Baltimore, constatations faites au cours d'examens de pièces histologiques provenant de basedowiens. (Voir à ce sujet le rapport du Congrès américain du goitre, de Cleveland, en 1934.)

Pour différentes raisons, entre autres, la réfection d'une cicatrice vicieuse, etc., Welti et Reinhoff ont pratiqué des biopsies sur des moignons thyroïdiens d'anciens opérés pour Basedow parfaitement guéris cliniquement, depuis plusieurs années, de leur basedowisme.

L'aspect histologique des pièces opératoires et des biopsies est superposable. Les microphotographies reproduites dans le rapport mentionné l'attestent. Dans l'un comme dans l'autre, la vésicule est très active. Il y a disparition à peu près complète de la substance colloïde; de forme cubique normale, les cellules thyroïdiennes demeurent, même après une guérison clinique, cylindriques. Il y a en plus hyperplasie vésiculaire. En somme, les basedowiens opérés et guéris cliniquement conservent encore des moignons thyroïdiens composés de vésicules en évolution.

Comment expliquer qu'il y a quand même guérison clinique ? Seule la théorie de Crile peut être invoquée, théorie qui consiste à intercepter le stimulus nocif provenant des surrénales en hyperactivité.

La parole est à messieurs les physio-pathologistes.

Il est intéressant, je crois, de parler ici d'une autre conception personnelle de Crile sur les causes de la récidive postopératoire de l'ulcère peptique puisque la fonction thyroïdienne est en cause. (Voir à ce sujet: *1929 Detroit Proceedings of the Interstate Post-Graduate*, pages 350 à 359.)

Crile, je traduis, « essaie de comprendre et d'interpréter ces récidives à la lumière de théories nouvelles, les anciennes n'étant plus satisfaisantes ».

La thyroxine joue dans le sang le rôle d'un stimulant vis-à-vis des quadrillions, dit-il, de cellules de toutes sortes de l'organisme.

Les hyperthyroïdiens ont un cerveau très actif. Crile se demande même, après constatations faites, si les premiers de classe ne sont pas des sujets prédisposés à l'hyperthyroïdie ?

L'hypothyroïdien (et surtout le myxœdémateux), au contraire, est calme, sa parole et ses mouvements sont lents, il est souvent stupide, le stimulant normal de l'organisme, la thyroxine, faisant défaut chez celui-ci.

Par contre, l'acuité visuelle et auditive et tous les sens sont très actifs et efficients chez les hyperthyroïdiens. Le cœur est aussi stimulé chez ceux-ci. Il y a tachycardie et augmentation de la vitesse circulatoire et la pression artérielle est élevée, la maxima spécialement.

Dans 60% des cas d'hyperthyroïdie il y a augmentation de la sécrétion gastrique, hyperacidité même perçue par le patient.

« Pourquoi n'en serait-il pas ainsi », dit Crile. Tous les organes, y compris les organes sexuels, et tous les tissus de l'organisme sont en suractivité dans l'hyperthyroïdie. C'est ce que la clinique nous démontre.

Alors, pourquoi ne pas s'attendre de trouver chez les hyperthyroïdiens une suractivité de l'estomac et de l'intestin ?

Crile ne se rappelle pas avoir rencontré, au cours de sa carrière chirurgicale, un cas d'ulcère peptique chez un hypothyroïdien. Par contre, il a constaté souvent la présence d'ulcère chez ses hyperthyroïdiens. Cet ulcère, ajoute-t-il, se cicatrise spontanément après une thyroïdectomie.

En créant l'hypothyroïdie et surtout le myxœdème, on fait disparaître l'acidité de l'estomac. L'extrait thyroïdien augmente, à volonté, cette acidité.

En présence d'un cas d'ulcère « toute intervention chirurgicale sur l'estomac ou tout traitement médical tendent à lutter contre cette acidité ».

Si le chirurgien intervient, il pratique une gastro-entérostomie. Cette intervention favorise le passage du contenu alcalin de l'intestin dans l'estomac. Ceci alcalise l'estomac.

Presque partout en Europe, dit-il, la résection complète de l'estomac est pratiquée dans

le but de se débarrasser de l'acidité. Enfin Crile se demande si, dans un cas d'ulcère gastrique récidivé au sujet duquel tout traitement médical ou chirurgical s'est montré vain, au lieu de s'attaquer de nouveau à cet ulcère soit médicalement, soit chirurgicalement, il ne vaut pas mieux procéder de manière différente. Il suggère de s'attaquer plutôt aux organes qui contrôlent, gouvernent et déterminent l'acidité.

Une surrénalectomie d'un côté et une thyroïdectomie, qu'il y ait ou non hyperthyroïdie, diminueraient l'activité des cellules génératrices de l'acidité stomacale.

Crile a pratiqué 5 fois ces interventions. Il a constaté qu'à la suite de celles-ci l'acidité d'estomac est devenue normale et que tout malaise subjectif est disparu. Il est peut-être un peu tôt, ajoutait-il, pour parler de résultats définitifs.

L'ulcère récidivé de l'estomac constitue un problème dont la solution est loin de nous être familière.

La théorie de Crile vaut sûrement d'être considérée. Elle est logique et scientifique.

A vous, messieurs les médecins et chirurgiens, de décider de l'opportunité de vérifier les avancés de Crile.

Nous avons étudié, il y a un instant, les lésions pathologiques qui englobent tout le tissu thyroïdien.

Comment se fait-il que, souvent, une ou quelques régions thyroïdiennes semblent seules atteintes dans la fonction de leurs vésicules, tel l'adénome thyroïdien ?

Dans un travail considérable intitulé « Involutional or regressive changes in the gland in cases of exophtalmic goiter and relation to the origin of certain tumor called adenoma », travail publié dans *Archives of Surgery*, vol. 13, sept. 1936, Reinhoff en donne une explication qu'il nous faut nécessairement accepter vu les preuves qu'il apporte.

Les modifications histologiques de la glande thyroïde au cours d'une rémission — ceci constitue l'involution, dit Reinhoff — n'ont pas été étudiées chez l'humain; à peine l'ont-elles été chez les animaux.

Voici la méthode d'investigation de Reinhoff.

Sous anesthésie locale, une biopsie est pratiquée au niveau du pôle supérieur droit, puis le patient est soumis à l'iodothérapie.

Le métabolisme, vérifié tous les 5 jours, révèle une amélioration clinique remarquable. A ce moment une deuxième biopsie est pratiquée. Il en est ainsi plusieurs fois de suite. Cette méthode d'investigation a permis à Reinhoff de conclure comme il le fait.

Une série de 7 cas de goitre exophtalmique observés dans ces conditions a révélé, avant tout traitement iodé, la présence de tissu glandulaire uniformément opaque, avec pas ou peu de substance colloïde visible.

L'amélioration clinique et la chute du métabolisme, grâce à l'action de l'iode, correspondent à une transformation histologique du tissu thyroïdien.

Cette transformation, ou involution, est caractérisée par:

1) l'augmentation de la quantité de la substance colloïde,
2) l'augmentation du tissu conjonctif,
3) la diminution de la vascularisation,
4) la régularité de la forme des acini,
5) un épithélium dont les cellules redeviennent cubiques,
6) la diminution de l'infiltration lymphocytaire et la diminution du phénomène de mitose.

L'examen histologique de biopsies pratiqué en série permet seul d'affirmer que la substance colloïde a une tendance à se diluer, ce qui constitue l'évolution, ou à se condenser et à augmenter, ce qui constitue l'involution.

L'hyper-involution, ou l'acheminement vers la guérison, qui suit l'iodothérapie, présente trois aspects microscopiques différents:

1) Celui d'un kyste colloïde,
2) D'un adénome,
3) De dégénérescence du parenchyme cellulaire thyroïdien avec abondance de colloïde intervésiculaire.

En d'autres termes, quand il y a rémission avec chute du métabolisme, l'aspect microscopique est celui de vésicules thyroïdiennes normales, riches en colloïde.

La présence de colloïde est donc un indice que la vésicule est au repos ou non active.

En somme, il y a involution quand l'hyperplasie tend à disparaître pour faire place à la structure histologique normale de la glande thyroïde.

Selon Reinhoff, l'adénome n'existe pas. Ce que l'on considère comme adénome serait le vestige d'un Basedow en involution, ou en voie de guérison.

Chacune des tumeurs palpables du goitre nodulaire représente un effort de la glande thyroïde, par l'hypertrophie vésiculaire, pour faire réapparaître sa structure histologique normale.

Le goitre toxique étant constitué, voyons maintenant quelles sont les conséquences bénignes ou graves de l'hyperthyroïdie.

Trois organes principalement peuvent être touchés gravement par l'hyperthyroïdie. Ce sont le cœur, la cellule hépatique et l'estomac au niveau duquel un ulcère peptique peut apparaître.

J'ai suffisamment décrit ce qu'est la théorie de Crile sur la cause de la production de l'ulcère peptique ou récidivant pour qu'il ne soit plus nécessaire d'en reparler. Je me limiterai à quelques observations faites sur les maladies du cœur et du foie, quand la cause est de nature thyroïdienne.

E. J. Kepler, de la Clinique Mayo, dont le travail a paru dans le rapport du Congrès américain du goitre, de 1940, dit: « Dans la thyrotoxicose, si la fonction hépatique est gravement lésée, le cœur l'est tout autant. Il est assez précis de dire que le basedowien souffre et meurt de son cœur et de son foie. »

Le cœur du basedowien, quand le syndrome hyperthyroïdien évolue, est voué, avec le temps, à l'arythmie complète non compensée si un traitement adéquat ne vient pas contrecarrer la cause toxique agissante.

L'orthodiagramme et l'autopsie ont révélé que dans 50% des cas d'hyperthyroïdie il y a hypertrophie cardiaque. Cependant, aucune lésion spécifique constante du myocarde n'est constatée chez les patients morts de thyrotoxicose (telles: infiltration lymphocytaire, dégénérescence graisseuse, dégénérescence fibreuse, fragmentation ou segmentation des fibres musculaires, bien que ces lésions diverses, presque toujours, se présentent dans toutes autres causes de mort).

Jusqu'à ce que l'on connaisse mieux, dit Kepler, la nature intime du complexe neurochimique de la pathogénie des muscles striés, on ne peut à peu près rien espérer du cœur thyroxinisé. Cependant, en dépit de ce handicap majeur, dit-il, certains faits intéressants ont été mis à jour. Par exemple, la plupart des observateurs sont d'avis que dans l'hyperthyroïdie le contenu glycogénique du cœur est réduit et, de ce fait, il y a faiblesse du myocarde. Ce qui explique son hypertrophie.

Une autre opinion veut que la tachycardie, constante dans la thyrotoxicose, soit probablement le résultat de l'action directe de la thyroxine sur le muscle cardiaque et non sur le sympathique, dont l'action est d'accélérer le cœur. Cette opinion serait à l'encontre de celle de Crile, qui veut que le sympathique soit le véhicule d'un stimulus créé par l'hyperfonction des surrénales.

Une série d'expériences ingénieuses a démontré que la tachycardie qui existe chez les animaux hyperthyroïdiens persiste, même après que le cœur est isolé de son système vasculaire périphérique et de toute autre source nerveuse. En voici un exemple. La thyroxine cause de la tachycardie des fragments de muscle cardiaque, fragments prélevés d'embryon de poulet de 2 jours d'existence, avant l'apparition de toute cellule nerveuse.

La dilatation cardiaque serait due, de toute évidence, au surcroît de travail imposé au cœur par l'augmentation de la vitesse circulatoire et de l'oxygénation constatées au cours de l'hyperthyroïdie.

Voilà à peu près tout ce que la littérature médicale nous apporte de précis sur la cause de la tachycardie et de la dilatation du muscle cardiaque.

Si le goitre exophtalmique est susceptible de conséquences même mortelles au niveau du cœur, il en est de même du foie.

Pemberton et McCarthy, de la clinique Mayo, parlent longuement des maladies du foie consécutives à l'hyperthyroïdie dans le rapport du Congrès américain du goitre de 1936, à Chicago.

J'ai eu personnellement la malheureuse occasion de constater que ce qui y est dit est exact.

Le jour où tout semble aller pour le mieux, l'opérée se portant à merveille, quand le cas est voué à l'insuccès, le tableau clinique de la déficience hépatique s'installe.

Il y a tachycardie, congestion cutanée, transpiration, nausées, vomissements, température élevée.

Puis apparaissent les symptômes pathognomoniques de la déficience hépatique: confusion, agitation, délire et enfin coma. Ces symptômes sont accompagnés du syndrome ictérique: présence d'urobiline, ictère cutané et conjonctival, augmentation de l'index ictérique, etc.

Cet état d'intoxication hépatique ne dure que quelques jours, trois ou quatre au plus.

56 autopsies ont permis à Pemberton et Beaver, de la Clinique Mayo, de décrire trois lésions anatomo-pathologiques de la vésicule hépatique déficiente, lésions pouvant expliquer la mort postopératoire:

1) Dégénérescence aiguë,

2) Atrophie simple de la vésicule,

3) Cirrhose atrophique toxique subaiguë.

Ces constatations impliquent une connaissance approfondie de la fonction hépatique et d'un traitement approprié, s'il y a lieu, avant de décider de toute intervention sur la glande thyroïde.

« La précocité de la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow, dit Pemberton, peut seule prévenir toute déficience hépatique. »

Conclusions pratiques

Puisque, de toute évidence, le goitre a une origine congénitale, une thérapeutique adéquate, au cours de la grossesse, doit être instituée, disons, systématiquement.

Comme la mère réussit à maintenir normal, au cours de sa grossesse, son métabolisme iodé aux dépens de la thyroxine sécrétée par la glande thyroïde de l'enfant dans son sein, l'iodothérapie doit être de pratique courante.

Quand, dans le goitre hyperplasique simple, l'iode sanguin est en quantité moindre que normalement, il y a bien des chances que ce soit l'élément déficitaire. Si, au contraire, le taux de l'iode est normal dans le sang, l'iodothérapie n'aura aucun effet sur l'hyperplasie compensatrice thyroïdienne.

L'iode sanguin étant normal ou surtout en excès, l'iodothérapie crée une stimulation excessive de la vésicule thyroïdienne et, par ce fait, est cause du goitre iodique. (A ce sujet je mentionne comme référence la Conférence Clinique Médicale Pratique du Dr Louis Ramon, édition 1930, et le travail de E. Ledoux, que j'ai analysé dans *L'Union Médicale* de juillet 1936.)

Une thyroïdectomie presque totale ou totale doit-elle être suivie de l'iodothérapie ? En pratique, oui. Ce serait plus sûr de le faire à bon escient après un contrôle de l'iode sanguin.

Il ne faut pas oublier qu'un moignon thyroïdien laissé en place, au cours d'une thyroïdectomie, peut ne pas être en état, temporairement, de répondre à la demande en iode de l'organisme.

Comme le dosage de l'iode dans le sang est une opération délicate, la détermination du cholestérol sanguin, tout comme celle de l'iode, permettra de se rendre compte de la valeur fonctionnelle de la glande thyroïde ou du moignon thyroïdien postopératoire.

Le goitre, quelle que soit sa cause congénitale ou autre, étant constitué, doit être classifié en vue d'une thérapeutique adéquate.

Le goitre simple, hyperplasique, compensateur sera traité médicalement. Une thyroïdec-

tomie serait alors plus nuisible qu'inutile et le risque de la récidive, grand.

Quand l'iode n'est pas en cause, que faire alors ?

Le traitement médical consiste à suppléer à la déficience organique ou alimentaire par l'emploi de l'opothérapie chez les hypoglandulaires, hypo-ovarie, hypo-surrénalie, hypothyroïdie, et par une alimentation généreuse et surtout variée.

Comme la littérature médicale mentionne certains éléments, tels le fluor, le bore, le manganèse, l'arsenic, la vitamine B_1, dont la déficience a été suivie d'hyperplasie compensatrice de la glande thyroïde, ceux-ci seront prescrits consécutivement.

Il faut admettre que le traitement médical du goitre compensateur est plutôt empirique.

Il en sera ainsi tant que tous les éléments constitutifs de la substance colloïde ne nous seront pas connus.

Le goitre toxique, dont la toxicité ne s'amende pas ou même s'aggrave sous l'effet de la thérapeutique médicale, doit être opéré sans délai de peur que le cœur et le foie, soumis à l'effet toxique de la thyroxine, ne deviennent une cause de mort.

Si indication opératoire il y a, dans la maladie de Basedow particulièrement, l'état du cœur et la fonction hépatique seront étudiés à fond.

Une autre conclusion pratique, que je considère très importante, concerne les chirurgiens. En présence d'un goitre adénomateux, même si celui-ci n'est pas toxique, il ne faut pas limiter l'intervention chirurgicale à l'énucléation des adénomes. Une thyroïdectomie subtotale sera pratiquée au delà de la présence de tout adénome, de peur qu'il y ait, plus tard, hyperplasie thyroïdienne du parenchyme thyroïdien adjaçant à la capsule de l'adénome. Ce parenchyme extracapsulaire peut devenir le siège d'une nouvelle réaction hyperplasique que l'on considère, à tort, en général, comme étant une récidive.

Cette théorie est celle de Reinhoff, dont j'ai parlé il y a un instant.

Quant à l'ulcère récidivé de l'estomac, si la théorie de Crile est exacte, une thyroïdectomie presque totale créera un état hypothyroïdien ou myxœdémateux, état qui sera accompagné d'un minimum d'acidité gastrique dont bénéficieront les ulcérés de l'estomac.

Je termine en suggérant aux chimistes, aux biologistes, aux physio-pathologistes d'approfondir l'étude de la composition de la substance colloïde. La connaissance de tous ses composants permettra de traiter avec précision toute déficience thyroïdienne quand le métabolisme iodé n'est pas en cause.

Une thyroxine synthétique, en tout semblable à la thyroxine sécrétée par la glande elle-même, serait une substance très précieuse dans le traitement d'un goitre causé par une déficience iodée.

Il y a présentement beaucoup à faire pour enrichir notre arsenal thérapeutique thyroïdien. La parole reste aux chercheurs.

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

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

Tome 78, Numéro 1 — Montréal, janvier 1949

LA VITAMINE B_{12} SERAIT-ELLE LA PRINCIPALE SUBSTANCE ANTIANÉMIQUE DES EXTRAITS DE FOIE ?

Rickes et ses collaborateurs [1] ont isolé récemment du foie un composé cristallisé qu'ils nommèrent vitamine B_{12}. Randolph West [2] utilisa cette vitamine dans 3 cas de récidive d'anémie pernicieuse. Chez un malade, une seule dose de 100 microgrammes provoqua une forte réaction hématopoïétique; chez deux autres malades, des doses respectives de 3 et 6 microgrammes amenèrent une hausse considérable des réticulocytes, des hématies et de l'hémoglobine. Ces derniers résultats confirmèrent des résultats similaires obtenus précédemment par le même auteur chez 4 autres malades. On croit que si ce composé est le seul qui rende les extraits de foie actifs dans le traitement de l'anémie pernicieuse, des effets salutaires devraient être provoqués par l'administration parentérale de 1 microgramme par jour de vitamine B_{12} et que cette dose équivaudrait en efficience à 1 unité (U. S. P.) d'extrait de foie injectable. D'autre part, des travaux de Mary S. Shorb [3] semblent démontrer qu'un rapport existe entre l'activité antianémique des extraits hépatiques et l'action d'un principe qu'ils contiennent, sur la culture du « lactobacillus lactis ». Cette substance paraît être la vitamine B_{12}.

Mais il y a plus intéressant encore et ceci distingue profondément la nouvelle substance de l'acide folique. Il semble bien que l'anémie pernicieuse et la dégénérescence subaiguë combinée de la moelle sont la conséquence d'une double déficience, d'une carence de deux principes. On connaît des cas où le tableau hématique s'est amélioré d'une façon impressionnante au point même de constituer une formule globulaire normale en même temps que s'installaient les signes d'atteinte médullaire ou que s'aggravaient les manifestations du syndrome neurologique concomitant déjà installé. Et l'emploi de l'acide folique a précisément accru considérablement de tels faits cliniques au point même qu'on s'est demandé si l'acide folique ne favorisait pas l'apparition des lésions de la moelle épinière. Mais, sans aller aussi loin, on peut tout de même conclure que si l'acide folique peut être un des principes déficients, qui se montre actif dans le traitement de l'anémie, il n'est sûrement pas le seul. Mais alors quels renseignements la vitamine B_{12} nous donne-t-elle dans la solution du problème ?

Si on en croit Lionel Berk [4], elle prend un rang infiniment supérieur Cet au-

1. E. L. RICKES et collaborateurs: « Crystalline Vitamine B_{12}. » *Science,* **107**: 396 (16 août) 1948.

2. Randolph WEST: « Activity of Vitamine B_{12} in Addisonian Pernicious Anemia. » *Science,* **107**: 398 (16 août) 1948.

3. Mary S. SHORB: « Activity of Vitamine B_{12} for growth of Lacto bacillus lactis. » *Science,* **107**: 397 (16 août) 1948.

4. Lionel BERK et collaborateurs: « Effectiveness of Vitamine B_{12} in combined Disease. » *New England Journ. of Medicine,* **239**: 328 (26 août) 1948.

teur, en effet, rapporte l'observation d'une malade qui souffrait d'une anémie pernicieuse de 1.902,000 en période d'aggravation, déjà traitée par extraits de foie et acide folique, et qui en plus présentait des signes d'une dégénérescence subaiguë typique. Cette malade fut traitée par la vitamine B_{12} par voie intramusculaire à la dose de 5 microgrammes, d'abord tous les jours pendant 8 jours, puis 3 fois par semaine. Au 21e jour, la formule montrait 3.380,000 hématies. Dès le 10e jour, il y eut une amélioration marquée des phénomènes neurologiques. Au 60e jour, ils étaient disparus en presque totalité. Cette très intéressante observation démontre que la vitamine B_{12} possède une action antianémiante et une efficacité indubitable sur les lésions médullaires qui accompagnent l'anémie pernicieuse. Est-elle la seule substance active des extraits de foie ? On pourrait le suspecter par l'état des recherches en cours sur le sujet. On peut le présumer avec vraisemblance et surtout espérer que, si cela est, on trouvera la formule de la vitamine B_{12}, en constituer la synthèse et l'utiliser sans réserve.

Ces recherches sur la vitamine B_{12} offrent, comme on le voit, un intérêt incontestable et peuvent bien être le premier pas vers la solution d'une difficulté qu'on cherche à élucider depuis plusieurs années : isoler la substance qui rend les extraits de foie actifs dans les cas d'anémie pernicieuse et du syndrome neuro-anémique.

Roma AMYOT.

PRIX ANNUELS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur une excellente décision que vient de prendre le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, à sa réunion du 25 novembre 1948. Cette décision est motivée par l'intérêt qu'il porte au progrès de la médecine au Canada et résulte de l'encouragement et de la stimulation qu'il désire appliquer au zèle des jeunes médecins canadiens, pour des travaux de recherche, soit en clinique, soit dans le champ des sciences médicales de base.

C'est en reconnaissant officiellement le mérite, c'est en honorant par des prix annuels les meilleurs travaux présentés à un de ses comités formés spécialement à cet effet, que le Collège Royal désire promouvoir l'originalité et l'application dans la recherche de nos jeunes collègues canadiens. Voici d'ailleurs en résumé les principaux desiderata et renseignements ayant trait à ce prix du Collège Royal.

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada vient de décider de décerner un prix annuel en médecine et en chirurgie pour le meilleur travail original fait par un Canadien portant sur les sciences de base en médecine et chirurgie ou sur des recherches cliniques.

Les auteurs seront invités à communiquer leurs travaux à la réunion annuelle du Collège. Les dépenses de déplacement seront remboursées.

Un comité constitué par le Collège Royal jugera de la valeur des travaux présentés.

La limite d'âge des candidats sera de 40 ans. Les travaux devront être soumis avant le 1er avril de chaque année. Seront acceptables les travaux effectués durant les 12 mois précédant l'échéance, même s'ils ont été publiés ou ont été préparés en vue de la publication. L'auteur aura tous les droits de publication de son travail. La limite de temps pour la communication du travail ne devra pas excéder 30 minutes; cependant cette restriction ne s'applique pas au volume ou à l'extension du travail publié ou à publier. Dans le cas où un travail aura été fait en collaboration, un seul des auteurs recevra le prix, et ils devront le désigner eux-mêmes.

R. A.

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

LA SITUATION ACTUELLE DE LA TUBERCULOSE À MONTRÉAL[1]

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal.

Il y a 10 ans, j'avais fait une étude assez élaborée de la situation de la tuberculose à Montréal, en 1937. Si vous le voulez bien, malgré l'aridité des chiffres qui ont cependant leur éloquence, nous allons comparer avec l'année 1947, voir ce qui s'est accompli durant cette décennie et constater les progrès réalisés au cours de cette période.

L'on a écrit et dit beaucoup de choses sur la tuberculose. Dans l'étude de cette question, il y a trois points capitaux à considérer:

1. L'agent causal, qui est le bacille de Koch.

2. Les modes de transmission: le plus répandu et la première cause de contamination sont les expectorations de tuberculeux bacillaires. Les autres formes, tuberculose osseuse, méningée, ganglionnaire et intestinale, sont surtout causées par un lait de mauvaise qualité provenant de troupeaux contaminés. La tuberculose peut aussi se transmettre par contact direct ou indirect.

3. Les causes de propagation sont une alimentation insuffisante ou impropre, la pauvreté, le surpeuplement et les habitations insalubres, etc. Les maladies aiguës et débilitantes, telles les pneumonies, la grippe, les pleurésies, etc., l'alcoolisme, les emplois insalubres sont aussi des facteurs de propagation.

Situation actuelle.

Pour les dix premiers mois de l'année 1948, le taux de la mortalité par tuberculose à Montréal s'est élevé à 51.6 par 100,000 de population. En 1947, ce taux était de 57.6; c'était alors le taux annuel le plus bas jamais enregistré à Montréal. En 1947, il y a eu 588 décès et 2,349 cas rapportés. En se basant sur les barèmes reconnus, l'on peut dire qu'il y a environ 5,000 cas de tuberculose à Montréal à diverses phases de la maladie. Cependant, les cas sont bien moins nombreux aujourd'hui qu'il y a dix ans, ce qui confirme le taux de décès que je viens de mentionner. En 1937, ce taux était de 83.5.

Si nous étudions la courbe de la mortalité durant cette période, l'on constate qu'en 1938, ce taux était de 76.1. Il est demeuré à peu près identique jusqu'en 1940 et il est remonté de 1940 à 1944 (années de guerre), puis durant les années suivantes, il demeura stationnaire. On enregistra une nouvelle baisse en 1947, accentuée, telle qu'indiquée plus haut, cette année à date.

1876-1945

L'on aura une idée plus exacte des données statistiques à ce sujet, si l'on fait la comparaison par période de 5 ans de 1876 à 1945. On se rend compte alors d'une diminution graduelle et constante qui devient plus prononcée de 1916 jusqu'à aujourd'hui. Je cite:

1876-1880	307.5
1916-1920	213.3
1921-1925	144.8
1931-1935	92.3
1936-1940	75.1
1941-1945	61.2
1947	57.6
1948 (10 mois)	51.6

Mortalité par quartier.

Un point intéressant dans cette étude est la distribution des taux de mortalité par quartiers municipaux en 1947, comparativement

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des Conférenciers de C.K.A.C. », « Quart d'heure de Concordia », le 15 novembre 1948, à 10 h. 30 du soir.

à il y a 10 ans. A cette époque, l'on avait divisé les quartiers municipaux en quatre groupes:

1°—ceux avec le taux de mortalité le plus bas variant 40. à 74.9

2°—ceux avec un taux variant 75. à 84.9

3°—ceux avec un taux variant 85. à 94.9

4°—ceux avec un taux 95.et plus.

par 100,000 de population

Dix ans plus tard, nous faisons la même étude pour les périodes d'années 1945-1946-1947 pour les mêmes groupes de taux dans les quartiers de la ville et l'on note que la situation s'est grandement améliorée surtout dans la partie dite « le vieux Montréal ». Il ne reste plus que 4 quartiers dans le dernier groupe: ceux de Ville-Marie, Crémazie, Saint-Laurent et Saint-Joseph. Le quartier Saint-Jacques est passé dans le troisième groupe dont le taux est de 85.-94.9. La situation s'est également améliorée dans Ste-Marie et Papineau, qui se joignent maintenant aux quartiers St-Gabriel, Ste-Anne, St-J.-Baptiste et Ahuntsic dans le 2ème groupe. Les autres quartiers qui apparaissaient il y a 10 ans dans le groupe 75.0-84.9 et qui ont aussi gagné du terrain sont: Villeray, St-Jean, St-Edouard, Laurier, DeLorimier, Préfontaine, Maisonneuve, St-Henri et Ste-Cunégonde. Dans trois quartiers: N.-D.-de-Grâce, Mt-Royal et Laurier, le taux de mortalité par tuberculose est même en-dessous de 40. par 100,000 de population. Il ressort de la comparaison de ces deux périodes de trois ans:

1° Qu'au cours des années 1935-37, il n'y avait que 3 quartiers dont le taux était moindre que 75.; au cours de 1945-1947 il y en a maintenant 23.

2° Que, dans les quartiers où la mortalité variait entre 75. et 161. de 1935 à 1937, il il n'y en a plus que 12 au cours de la période 1945-47 qui aient un taux de mortalité oscillant de 75. à 158.1.

La mortalité par race accuse une diminution sensible dans chacun des quatre groupes principaux qui composent notre population; si nous comparons les deux groupes d'années déjà mentionnées (1935-37 et 1945-47), nous obtenons les renseignements suivants: Canadiens français, 78.1 vs 61.4, soit une diminution de 21%; Anglais, 55.9 vs 43.8, soit 22%; Juifs, 26.5 vs 24.2, soit 9%; et autres races, 91.0 vs 69.3, soit une diminution de 23%.

Quant à la mortalité par âge et par sexe, il en va à Montréal comme partout ailleurs: la tuberculose frappe plus particulièrement les adolescents et les groupes d'âge moyen. Pour chaque groupe d'âge de 5 années de 15 à 44 ans, la tuberculose demeure la principale cause de décès. De la première année jusqu'à 29 ans, la mortalité par tuberculose est plus élevée chez les femmes que chez les hommes; toutefois, à l'âge adulte, c'est-à-dire après 30 ans, les décès chez les hommes sont plus nombreux que chez les femmes. En d'autres mots, en 1947, avant l'âge de 30 ans, il mourait 3 femmes contre deux hommes, par tuberculose; après l'âge de 30 ans, il y avait 2 mortalités par tuberculose chez les hommes comparativement à une chez les femmes.

Si nous comparons maintenant avec le pays et la province, le taux de mortalité pour le Canada en 1947 était de 43.4 par 100,000 de population et, pour la province, il était de 65.6; à Montréal, pour la même année: 56.4.

Les résultats sont fort intéressants; ils sont aussi l'indice qu'il y a encore beaucoup à faire pour atteindre certains taux obtenus ailleurs aussi bas que 26 à Edmonton et 28 à Toronto.

Je désire rendre témoignage et donner crédit aux organisations antituberculeuses, l'Institut Bruchési et le « Royal Edward Laurentian Hospital », à qui s'est ajouté le dispensaire de l'hôpital du Sacré-Cœur (3-1-1934), qui, depuis les débuts de la lutte en 1910, ont accompli un travail admirable avec des ressources parfois limitées.

Un autre organisme qui a grandement contribué depuis 3 ou 4 ans au succès obtenu est la Ligue antituberculeuse du district de Montréal Inc., qui s'occupe principalement du dépistage et qui a pris plus de 508,000 radiographies depuis sa fondation.

Mesures de contrôle.

Parmi les mesures essentielles à prendre pour combattre efficacement la tuberculose, je désire rappeler, d'abord, l'importance d'une législation adéquate requérant la déclaration obligatoire (ce qui est prévu par la Loi d'hygiène publique de la province), l'hospitalisation obligatoire et de plus grandes facilités de traitement; l'éducation universitaire et publique; le dépistage précoce par l'usage de plus en plus répandu de l'examen des poumons aux rayons X; l'épreuve à la tuberculine, les examens de laboratoire; la recherche des contacts familiaux et autres par les enquêtes épidémiologiques; les dispensaires où sont traités les cas ambulants, particulièrement par le pneumothorax et la surveillance des malades à domicile par les infirmières; enfin, l'hospitalisation qui, chez nous, demeure un problème, attendu qu'il est admis qu'il manque au moins 1,500 lits de sanatoriums dans notre ville; signalons ici la construction d'un sanatorium de 600 lits à Rosemont (sur 1,900 en construction dans la province) et, de plus, des facilités de traitement par l'hospitalisation gratuite aux frais de la province. Ajoutons à ces mesures générales l'assistance aux familles éprouvées, l'organisation de centres de réhabilitation et l'amélioration de certains facteurs économiques et sociaux, tels la nutrition et le logement salubre.

La vaccination par le BCG, mesure préventive reconnue efficace, doit être diffusée et nous espérons sous peu ouvrir une première clinique municipale du BCG à la clinique Laurier et entreprendre cette vaccination au sein de la population écolière dans notre ville.

J'ai déjà eu l'occasion, au cours de causeries antérieures, de vous dire les autres mesures prises par le Service de Santé dans cette lutte; je les mentionne seulement en terminant: l'inspection médicale des écoles; l'examen médical des étudiants et des instituteurs; l'adoption du règlement du lait, l'examen médical et radiographique des manipulateurs d'aliments; l'organisation d'une grande campagne d'éducation populaire par le tract, le cinéma, la radio, les conférences publiques, etc.; la création d'une division de la tuberculose, le maintien d'un fichier central que nous désirons compléter et perfectionner; l'ouverture d'une consultation radiologique municipale, à la disposition des médecins où depuis sa fondation en 1940 plus de 163,000 radiographies ont été prises.

Conclusions.

Comme l'indiquait récemment l'honorable ministre de la Santé, le docteur J.-H.-A. Paquette, « la tuberculose est, à l'heure actuelle dans la province, l'ennemi numéro 1, en raison des ravages provoqués par sa contagion ». Elle reste pour nous aussi, à Montréal, un problème de premier plan, malgré les résultats consolants obtenus jusqu'ici. Nous pouvons conclure par cette remarque: il est de plus en plus urgent de combattre la tuberculose par l'utilisation plus complète et plus intense des connaissances et des méthodes qui se sont montrées efficaces dans sa prévention et son traitement et par une collaboration de plus en plus étroite de la part de la population.

CONSULTATIONS AUX PRATICIENS

CHOLÉCYSTITE ET SPASME CORONARIEN

Une patiente, âgée de 53 ans, s'est présentée à mon bureau le 20 septembre dernier avec la symptomatologie suivante:

Trois semaines avant sa visite elle a ressenti, après un repas particulièrement gras, une douleur assez vive, maximum dans l'épigastre, s'irradiant dans la région rétro-sternale et les épaules droite et gauche. Elle absorba du bicarbonate de soude et, quinze minutes plus tard, la douleur avait disparu. Depuis cette époque elle a ressenti un syndrome semblable après des efforts physiques tels que la marche ou la montée d'un escalier; la plupart du temps le repos et l'absorption d'un alcalin soulagent la crise. La patiente attribue elle-même ce symptôme à de la fermentation gastrique, car elle constata que la douleur cessait après des éructations nombreuses.

Une cholécystographie montre une vésicule radiologiquement exclue. Un tracé électrocardiographique révèle des modifications qui seraient compatibles avec de la coronarite. Lequel des deux syndromes est responsable des crises douloureuses? Doit-on intervenir sur une patiente dont les coronaires sont lésées?

(Dr R. T. . .)

Réponse.

Votre patiente est très intéressante et représente une symptomatologie que l'on voit encore assez souvent. Il est certain que vous avez affaire à une pathologie de la vésicule biliaire et les statistiques prouvent que dans le plus grand nombre de cas une vésicule exclue est porteuse de calculs. Le tracé électro-cardiographique, d'autre part, montre des modifications compatibles avec une maladie cardiaque coronarienne. La crise douloureuse qui survient à l'effort et qu'un repos de quinze minutes soulage est assez typique, en elle-même, d'angine de poitrine. D'ailleurs, l'association chez une personne d'âge moyen, après cinquante ans, de pathologie vésiculaire et d'angine de poitrine est assez fréquente; il y a dans ces deux pathologies un élément spasmodique responsable de la douleur et par voie réflexe il semble qu'un spasme vésiculaire puisse entraîner un spasme coronarien. Cela suppose, évidemment, des altérations pathologiques des vaisseaux coronariens.

Le traitement doit essayer de supprimer l'un ou l'autre des spasmes et, comme nous avons, dans votre cas, une épine certaine dans la vésicule, il est logique de commencer en supprimant celle-ci. Pour cette raison je vous conseille l'intervention après une évaluation bien complète du risque opératoire. L'angine de poitrine en soi, s'il n'y a pas d'insuffisance cardiaque, si l'urée n'est pas élevée, en somme si l'état de la patiente par ailleurs est bon, ne contre-indique nullement une intervention. Les résultats sont quelquefois impressionnants et les crises d'angine supprimées pour une période indéterminée. On ne peut pas, évidemment, garantir à la patiente qu'elle n'éprouvera plus jamais de syndrome rétro-sternal, mais les chances sont qu'elle verra diminuer la fréquence des crises, surtout de celles survenant après les repas.

STREPTOMYCINE ET TUBERCULOSE

En tuberculose pulmonaire, peut-on toujours employer la streptomycine ?

(Dr Tr.)

Réponse.

La streptomycine est, sans aucune discussion possible, le médicament qui, jusqu'à ce jour, a donné les plus étonnants résultats dans le traitement des infections tuberculeuses. Les succès obtenus dans les tubercu-

loses laryngées et bronchiques sont des révélations. Aucune médication antérieure, ni d'ordre général ni d'ordre topique, n'a donné de tels succès contrôlés *de visu* par le laryngoscope et le bronchoscope, avec atténuation et même disparition des symptômes en un temps record.

Quant aux lésions pulmonaires proprement dites, si l'enthousiasme persiste, il faut cependant faire la part des choses et voir, en toute équité, quelles formes de tuberculose pulmonaire ont le plus bénéficié de cette thérapeutique, quelle est la posologie et la durée du traitement d'après les auteurs les plus réputés.

Les lésions pulmonaires qui bénéficient le plus de la streptomycine sont les formes jeunes, exsudatives et ulcéreuses, évoluant sans fracas. Dans ces formes, on a assez souvent des régressions surprenantes des foyers exsudatifs; la disparition de certaines petites images cavitaires ou du moins annulaires et, il va sans dire, l'amendement des symptômes d'activité: disparition de la température, de la toux et de l'expectoration bacillifère.

Je n'énonce cependant pas une règle, car il y aurait trop d'exceptions.

La streptomycine est une drogue. Elle présente certains inconvénients, certains dangers de même que certaines indications. Le milieu idéal pour l'emploi de cette drogue est l'hôpital: d'abord pour l'observation clinique des réactions, ensuite pour le test de la résistance. Certains sujets sont résistants parce que porteurs de races de bacilles résistants à la streptomycine. D'autres la tolèrent mal: urticaire, refus d'absorption; à la longue, accidents vestibulaires sérieux: vertiges permanents.

On évitera donc d'employer la streptomycine dans les cas avancés de tuberculose ulcéro-caséeuse commune et les cas de tuberculose fibro-caséeuse de vieille date. Dans les autres cas, il faut être prudent et pratique et ne pas oublier que la résistance se crée. Donc, avant d'entreprendre une cure à la streptomycine, étude attentive de la lésion à laquelle on a affaire par une anamnèse détaillée, une étude radiologique minutieuse, et autant que possible, le test de résistance. Ne pas l'employer immédiatement, si on prévoit une possibilité de chirurgie thoracique.

Enfin, lors d'une décision positive avec ce médicament, ne *jamais oublier que la drogue* SEULE *fera fiasco. Il faut l'associer à une cure sévère.* D'autre part, s'il y a indication de collapsothérapie, il faut y recourir en même temps. L'école américaine, au début, préconisait des doses jusqu'à 3 et 4 grammes par jour, pour 120 jours. En France, des doses moindres ont donné d'excellents résultats. Actuellement, la dose moyenne est d'un (1) gramme par jour répartie en deux injections intramusculaires données de douze heures en douze heures.

Conclusion. — Médicament à employer surtout en milieu hospitalier où on peut contrôler les indications et les résultats par la clinique, le laboratoire et la radiologie.

SYPHILIS ET TRAITEMENT

JE TRAITE UN MALADE POUR SYPHILIS, EN ALTERNANT DES SÉRIES DE NOVAR ET DE BISMUTH, SANS ARRÊT. CE QUI EST DÉCEVANT POUR MOI ET DAVANTAGE POUR MON PATIENT, C'EST QUE LE WASS. DU SANG, QUI ÉTAIT DE 8 PLUS AU DÉBUT, EST ENCORE DE 4 PLUS. QUOI FAIRE ? DOIS-JE CONTINUER LE MÊME TRAITEMENT, OU . . .?

(Dr C.)

Réponse.

Cette question très intéressante est extrêmement vaste. Une réponse adéquate exigerait beaucoup d'encre.

Dire d'un malade qu'il a la syphilis, c'est comme dire d'un malade qu'il a une maladie de cœur, ni plus ni moins. Mais est-ce de l'aortite, un anévrisme, une endocardite rhumatismale, une maladie congénitale? Où est la lésion? Quelle est la lésion? Quel âge a le malade? De quel sexe est-il? Quel est enfin le diagnostic?

Ce sont autant de notions élémentaires nécessaires à mettre un peu de lumière dans une question de ce genre.

En face de tous ces sous-entendus, je suppose que votre malade souffrait de « *syphilis latente* » ?

Quoi faire maintenant ?

1. Examen clinique complet du malade.
2. Analyses d'usage, — urines, glycémie, azotémie.
3. Demander un examen du fond de l'œil.
4. Examen du cœur, et électro-cardiogramme.
5. *Faire une ponction lombaire,* pour analyse du L.C.R. (2 tubes sont nécessaires).

Tout ceci devait être fait *avant* de commencer tout traitement, à moins qu'il se soit agi d'une syphilis tout à fait à ses débuts. Et il fallait faire en plus des épreuves sérologiques du sang, répétées pendant 2 à 3 mois.

Si rien n'est trouvé positif, à part la réaction du Wass. du sang, il faut, après deux ans de traitement, abandonner toute thérapeutique antispécifique. Le Wass. du sang peut se négativer aussi bien sans traitement qu'avec la continuation du traitement.

Vous devez en plus rassurer votre malade, en lui laissant savoir qu'il n'est pas contagieux et que les chances de réactivation de sa syphilis dans l'avenir sont bien minimes.

Réexaminer votre patient au moins tous les ans.

Cette rubrique de « Consultations aux praticiens » est entièrement à la disposition de nos lecteurs. Nous désirons, par elle, nous rapprocher d'eux et les aider au meilleur de notre connaissance. Nous comptons sur leur collaboration et leur curiosité scientifique pour alimenter cette nouvelle section de L'Union Médicale du Canada.

"L'Union Médicale du Canada" en 1880

DISCOURS

Prononcé par le Dr J. W. Mount, Président de la *Société Médicale de Montréal,* lors de l'ouverture des séances de cette société pour l'année 1879-1880.

Janvier 1880.

Messieurs et chers Confrères,

Je dois vous avouer bien franchement que j'étais loin de m'attendre à l'honneur que vous m'avez fait en me nommant à la présidence de la *Société Médicale de Montréal.* J'avais d'autant plus de raison d'en être surpris que sans avoir rien perdu de mes sympathies envers la Société Médicale, j'avais depuis quelque temps négligé d'assister à ses séances régulières. Veuillez donc agréer mes plus sincères remerciements pour cette marque de confiance à mon égard, et pour le bienveillant souvenir que vous avez voulu accorder à l'un des fondateurs de cette Société.

Je ne puis m'empêcher de vous dire, en toute sincérité, que j'ai hésité à accepter cette charge: il m'était impossible de me dissimuler la grande responsabilité et les devoirs qu'elle m'imposait. Je craignais (et je le crains encore) ne pouvoir, malgré ma bonne volonté, me rendre digne de l'honneur que vous m'avez fait. Ce n'est qu'avec la conviction de pouvoir compter d'avance sur votre appui et votre intelligence, que je me suis résolu à accepter. Soyez assurés, Messieurs, que durant le temps que j'aurai l'honneur de présider nos séances, je ferai tout ce qu'il me sera possible de faire pour promouvoir les intérêts et l'avancement de la Société Médicale. Mais, je le répète, j'ai besoin de votre concours. Il nous faut à tous du travail: il faut nous garder surtout de l'indifférence, de la routine et de la fausse timidité: il faut enfin que chacun, dans la sphère de ses capacités, nous apporte le fruit de ses connaissances et de son expérience. Que tous, tant anciens que jeunes médecins, se réunissent autour du drapeau de cette Société Médicale dont la devise doit être: « *Science, travail, progrès et fraternité !* » Je fais appel au patriotisme de tous les médecins canadiens-français de cette ville et du district de Montréal: que tous fassent acte de bonne volonté et s'imposent quelques sacrifices, et il n'en pourra résulter qu'honneur et gloire pour notre nationalité, ainsi que profit et avantage pour nous-mêmes. Mais qu'il soit bien compris, Messieurs, qu'en faisant cet appel aux médecins canadiens-français, je ne prétends pas exclure de cette Société les médecins d'origine étrangère. Nous avons déjà l'avantage d'en compter parmi nous qui font honneur et à leur origine et à notre Société. Si j'ai fait cet appel à mes compatriotes, c'est parce que la Société Médicale est composée en très grande partie de l'élément canadien-français, et que c'est à lui surtout que s'adressent ces remarques.

En acceptant la présidence de cette Société, mon plus grand désir serait de voir disparaître du milieu de nous, s'il a jamais existé, tout esprit de coterie ou de rivalité. Toute *opposition* existant entre médecins d'écoles différentes doit s'effacer quand il s'agit de la Société Médicale. Nous appartenons à celle-ci avant tout: nous ne sommes attachés à aucun parti en particulier. Quelques personnes préjugées pourront peut-être nous accuser d'une certaine préférence pour l'Université Laval parce que nous tenons nos séances sous le toit même qu'elle occupe. Mais que l'on veuille bien se rappeler dans quelles circonstances favorables nous sommes entrés ici: nous ne pouvons avoir oublié la générosité avec laquelle cet asile nous fut offert par M. l'abbé Verreau, principal de l'Ecole Normale Jacques-Cartier. L'Université Laval nous offre les mêmes avantages. Nous devons, ce me semble, les accepter avec la même reconnaissance. D'autre part, nous sommes assurés de garder ici notre liberté d'action et notre parfaite indépendance en ce qui regarde la Société Médicale. Il y a donc tout avantage tant pour le public que pour nous-mêmes, à nous donner la main et à nous unir pour assurer l'avancement de la science parmi nous. Permettez-moi de vous citer, à ce propos, l'exemple que nous donne la *Société Médico-Chirurgicale de Montréal.* Lisons les rapports de ses séances et nous verrons que bon nombre de médecins anglais, tant anciens que nouveaux, y assistent régulièrement: il y règne l'union la plus parfaite. Et pourtant cette Société renferme dans son sein des membres appartenant à des écoles rivales. Malgré cela, l'on aime à se rencontrer sur un pied d'égalité; l'on met de côté toute question de parti pour travailler au profit du bien commun — qui est, là aussi, le progrès et l'avancement des sciences médicales.

Si j'ai parlé d'exemple à suivre, veuillez croire, Messieurs et chers confrères, que je suis loin de ne pas tenir compte de ce que la Société Médicale a fait depuis sa fondation. Je dois ici rendre hommage à ceux de ses membres qui se sont toujours tenus sur la brèche quand la Société faisait mine d'aller rejoindre ses devancières, et qui ont réussi par leur énergie et leur travail à la maintenir au degré d'importance qu'elle occupe aujourd'hui. Néanmoins, j'ai la confiance que l'on pourrait faire davantage.

D'abord, tout membre devrait se faire un devoir d'assister régulièrement à nos séances. En second lieu, chacun de nous devrait s'efforcer de rendre celles-ci

aussi attrayantes que possible en soumettant à la Société des rapports sur tous les cas intéressants qui peuvent se rencontrer dans les hôpitaux, les dispensaires, ou dans la pratique privée. Que de pièces pathologiques du plus haut intérêt ne pourrait-on pas se procurer, afin de les soumettre à l'examen et à la discussion des membres de cette Société. Et ne pourrait-on pas aussi faire ici même quelques expériences chimiques ? Assurément il doit se trouver parmi nous quelque chimiste assez habile pour pouvoir se charger de faire ces démonstrations. La chimie est, souvent, trop négligée dans la pratique ordinaire: or ces expériences, faites de temps à autre, donneraient à nos séances un attrait nouveau et seraient d'une grande utilité tant pour les anciens qui ont oublié, que pour les jeunes qui y trouveront toujours matière à apprendre.

Je ne puis laisser passer cette occasion, Messieurs et chers confrères, sans jeter avec vous un regard en arrière et vous dire quelques mots de l'origine et des débuts de notre Société. Bien que jeune encore celle-ci a déjà son histoire, et elle a su faire sa marque dans le public médical de la province de Québec.

La *Société Médicale de Montréal* fut fondée le 8 novembre 1871. Les fondateurs ont été MM. les docteurs Coderre, Bibaud, Peltier, Rottot, Larocque, Dagenais, Rollin, O. Bruneau, J. W. Mount, E.-P. Lachapelle, Dubuc, Brosseau, E. Desjardins, Ricard, L.-J.-P. Desrosiers, A. Dugas, Poitevin, Durocher, Vilbon, Meunier, Quintal, Leblanc, Plante, Perrin, Deschamps, Perrault, Bondy, E. Robillard, et Georges Grenier.

S'il me fait plaisir de revoir aujourd'hui au milieu de nous quelques-unes des figures que je voyais à cette époque aux séances de la société, je ne puis m'empêcher de vous dire combien je regrette de ne plus voir les figures aimées de ceux qui ne sont plus, entre autres, celle de notre estimé confrère, feu le Dr Georges Grenier, de cet homme aussi humble qu'il était savant, et que nous étions convenus d'appeler notre *secrétaire perpétuel* et l'âme de notre société.

Il en est d'autres qui manquent aussi à l'appel, et dont plusieurs, mes aînés, sont encore dans toute la vigueur de l'intelligence et de la force. S'ils ont cru devoir pour quelque temps, s'abstenir de paraître à nos séances, espérons qu'ils reviendront bientôt nous aider de leur travail, et des lumières de leur expérience.

La *Société Médicale* est issue de l'idée qui a aussi présidé à la fondation de *l'Union Médicale,* cette revue aussi intéressante qu'utile et à laquelle nous devons un haut tribut de reconnaissance pour la publication de nos travaux et pour l'intérêt qu'elle n'a cessé de nous porter.

La *Société Médicale* et *l'Union Médicale* ayant originé de la même idée et sous la direction des mêmes hommes, ont dû nécessairement marcher et progresser de conserve. Ouvrons *l'Union Médicale* et nous y verrons ce que ces deux frères Siamois, si vous me permettez cette expression, ont accompli de travaux depuis leur fondation. A plusieurs reprises la presse médicale en France a remarqué certains articles de *l'Union Médicale,* et leur a fait les honneurs de la reproduction.

Nous réclamons pour la Société Médicale la passation si longtemps désirée du Bill Médical. Personne n'osera nier qu'à cette association est due l'initiative de la loi qui nous régit aujourd'hui, et que, quelque changement qu'on ait pu faire subir au projet primitif du Bill, il faudra toujours avouer qu'aux membres les plus dévoués de la *Société Médicale* nous devons de l'avoir vu adopter par la législature. Si quelques détails en ont été éliminés, le fond est resté le même. Cette loi, sans être parfaite encore aujourd'hui, est néanmoins pour nous une sauvegarde, et donne aux médecins de la province de Québec des garanties qu'ils n'avaient pu obtenir auparavant.

Avec de tels antécédents, je ne crois pas que la *Société Médicale* puisse périr jamais. Au contraire, elle doit reprendre de nouvelles forces, serrer ses rangs, obtenir de nouvelles adhésions, et continuer de tenir la place qu'elle a occupée jusqu'à ce jour. Que l'on ait toujours devant les yeux, pour ne les jamais oublier, les principaux articles qui forment la base et le but principal de notre association. Comme il est toujours bon de retremper de temps à autre son courage à la source du bien et du juste, laissez-moi nous énumérer ces articles. La Société a pour objet: 1° De cimenter l'union qui doit régner entre les membres de la profession médicale. 2° De fournir aux médecins un motif de se réunir, et l'occasion de fraterniser en se connaissant mieux les uns les autres. 3° De s'instruire mutuellement par des lectures, des discussions et des conférences scientifiques. 4° D'engager ceux qui en font partie, à pratiquer mutuellement tout ce que l'honneur et la fraternité prescrivent aux membres d'une même profession.

Rappelons-nous souvent ces nobles motifs inspirés par le patriotisme le plus pur, et l'union ne cessera jamais de régner parmi nous.

Permettez, messieurs et chers confrères, que je vous fasse un dernier appel en faveur d'une des plus légitimes ambitions que le médecin puisse nourrir: travailler à améliorer sa position personnelle, et rendre service à ses semblables. Voilà notre but, et voilà le secret du succès et de la prospérité de la *Société Médicale.*

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quarterly Cumulative Index Medicus » : nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple : J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. « Ann. Méd. psychol. », **94** : 1 (juin) 1938.

MEDECINE

HAMBURGER, MILLIEZ, HALFERN. — **Rôle des médications sympathicomimétiques dans le déterminisme des états de mal asthmatique.** "Bull. de la Société Méd. des Hôp. de Paris", p. 432 (avril) 1947.

Les auteurs rapportent l'histoire de 10 cas qui démontrent bien que l'abus de ces médicaments (éphédrine, adrénaline, isopropyl-adrénaline) peut non seulement favoriser le retour de crises ultérieures, mais même produire un véritable état de mal asthmatique. Conséquemment, il est possible qu'il y ait une relation de cause à effet entre l'emploi excessif de ces médicaments et les états de mal asthmatique. A l'action antispasmodique de ces produits sur le tonus des bronches, il s'ensuivrait une action secondaire spasmogène. Il faut être très prudent afin d'éviter ces accidents probables.

Paul-René ARCHAMBAULT.

H. PRETET et P.-E. ROBERT. — **Relation de cause à effet. Application au diagnostic et au traitement.** "La Semaine des Hôpitaux de Paris", **24**: 360 (14 fév.) 1948.

Les côlites chroniques, à l'opposé des autres côlopathies, s'accompagnent fréquemment d'infection gingivale dont la fréquence prend une valeur diagnostique certaine.

La migration hors de l'intestin de germes infectants réalise des bactériémies.

La localisation secondaire aux alvéoles dentaires engendre de la pyorrhée.

L'hémoculture gingivale par ponction des gencives tuméfiées montre l'importance des microbes du groupe strepto-entérocoque dans l'entretien de l'infection intestinale. Ces germes ayant des propriétés antigéniques permettent la préparation de vaccins d'une activité certaine.

J. BURCKEL.

P. KIMMELSTIEL, W. B. PORTER. — **Glomérulo-sclérose intercapillaire.** ***(Intercapillary Glomerulosclerose.)*** "New England Journal of Medicine", **238**: 876 (17 juin); 908 (24 juin) 1948.

En 1936, Kimmelstiel et Wilson ont démontré une relation étroite, chez les diabétiques, entre un syndrome caractérisé par un œdème néphrotique, de l'albuminurie, de l'hypertension et un type particulier de sclérose intercapillaire du glomérule.

Histologiquement, les A. reconnaissent deux types: nodulaire et diffus. Le type nodulaire est considéré comme une lésion quasi spécifique du diabète, tandis que le type diffus peut être confondu avec les lésions de glomérulo-néphrite chronique. Le type nodulaire survient dans environ 17% des cas de diabète, le plus fréquemment dans la sixième décade.

Le syndrome clinique peut facilement se confondre avec celui de la glomérulo-néphrite chronique. L'albumine, dans l'anamnèse, l'histoire ancienne de glomérulo-néphrite aiguë est un point important du diagnostic différentiel.

Une relation étroite entre la glomérulo-sclérose intercapillaire et l'artériolo-sclérose est manifeste.

La rétinopathie avancée, du type diabétique, est presque toujours associée à la glomérulo-sclérose intercapillaire. En résumé, le diagnostic de glomérulo-sclérose intercapillaire peut être porté avec quasi-certitude chez un patient de plus de cinquante ans, souffrant de diabète

chronique et présentant un œdème néphrotique, de l'albuminurie, de l'hypertension associée ou non à une rétinopathie avancée.

Le diagnostic de cette lésion implique un pronostic grave qui ne peut être influencé par le traitement du diabète.

Jean PRUD'HOMME.

PHTISIOLOGIE

F. Van DEINSE. — **La vaccination contre la tuberculose par le B.C.G. dans les pays scandinaves.** "La Presse Médicale", 282 (17 avril) 1948.

La diminution de la morbidité et de la mortalité par tuberculose chez les vaccinés est frappante. A noter que durant les années d'occupation, où l'on a dû restreindre la vaccination, on a vu l'accroissement de cette maladie.

Au Danemark, en 1947, tous les écoliers anergiques entre 10 et 14 ans ont été vaccinés. En 1943, dans une école danoise, ils ont déclaré une épidémie à allure grippale. On découvrit la source d'infection chez un professeur atteint de tuberculose typique. Sur les 368 jeunes filles de 12 à 19 ans, 133 avaient été vaccinées. Les 105 autres élèves ne réagissant pas à la tuberculine, ne le furent pas. Parmi les 133 vaccinées au B.C.G., aucune ne fut atteinte. Maintenant on emploie tellement cette méthode que tous les écoliers dont la réaction est négative à la tuberculine sont vaccinés obligatoirement. On encourage fortement tous les sujets anergiques entre 15 et 50 ans à se faire vacciner.

C'est l'injection intradermique qui est la plus employée.

Heimbeck et Scheel concluent que « la vaccination ne confère pas seulement au sujet vacciné une résistance importante contre les suites morbides de la primo-infection, mais qu'il se produit chez les vaccinés beaucoup moins de tuberculose pulmonaire évolutive que chez les non-vaccinés. » Conséquemment, en Suède, au Danemark et en Norvège, la vaccination au B.C.G. se fait sur une grande échelle.

Paul-René ARCHAMBAULT.

MITCHELL, HIATT, CAIN, EASON et THOMAS. — **Le pneumopéritoine comme traitement de la tuberculose.** *(Pneumoperitoneum in the treatment of pulmonary tuberculosis.)* "Amer. Rev. of Tuberculosis", **45**: 306, 1947.

Les auteurs ont employé cette méthode chez 188 blancs pendant une moyenne de 54.5 semaines avec 57 pour cent de résultats satisfaisants, tandis que, chez 286 malades noirs avec lésions graves, ils ont obtenu 37 pour cent de résultats satisfaisants avec une moyenne de traitement de 50.5 semaines.

Le pneumopéritoine, pour les auteurs, est chose facile et est indiqué surtout à la période terminale afin d'améliorer les symptômes. Il aide à la réexpansion d'un poumon non expansible et oblitère la cavité d'un empyème, etc., etc.

Il y eut complications minimes chez 8.6 pour cent de ces 710 malades traités durant une à 306 semaines. Quant aux complications plus graves (embolie gazeuse, toux, pneumo spontané, péritonite séro-fibrineuse, infection mixte du péritoine, hernie crurale étranglée, ascite massive), elles se chiffrent à 4.7 pour cent.

Une seule mortalité par embolie gazeuse est rapportée.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

R. PICARD, A. CHARBONNEL, J. GIRAUDET (Nantes). — **Les hémorragies et les ulcérations gastriques par lésions de l'axe cérébro-spinal.** "Archives des maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition", **37**: 441 (juillet-août) 1948.

Après une brève schématisation anatomique du système végétatif, les auteurs exposent les données fournies par l'expérimentation sur le système nerveux central. L'expérimentation utilise trois procédés:

1. Lésions mécaniques des centres nerveux ou des voies de la conductibilité par section thermo-cautérisation ou courant électrique.

2. Action de substances pharmaco-dynamiques sur le système sympathique ou para-sympathique.

3. Application à doses infinitésimales, au niveau du système végétatif, de corps les plus divers provoquant des modifications anologues à celles des lésions pathologiques.

Les auteurs rapportent 3 observations personnelles et font un rapide résumé des observations françaises et étrangères.

1° *Les tumeurs et les interventions neurochirurgicales apparaissent comme des causes infiniment plus fréquentes que les affections médicales.* Par ordre de fréquence décroissante, on note dans l'étiologie:

— Les tumeurs de la fosse postérieure.
— Les lésions du quatrième ventricule.
— Le troisième ventricule et la base du cerveau.
— Les atteintes du tronc cérébral.
— Les tumeurs corticales.
— Les lésions médullaires.

Le plus souvent il s'agit d'enfants. Or, les hémorragies ulcéreuses sont très rares chez l'enfant, d'où la nécessité de rechercher chez lui une tumeur cérébrale en cas d'hémorragies gastriques ne faisant pas leur preuve.

2° *Les affections cérébrales médicales.*

Elles sont moins souvent mises en cause au cours des hémorragies ou des ulcérations gastriques.

— *Lésions médullaires.* Le tabes est de loin la cause la plus fréquente. La syringomyélie est beaucoup plus rarement à l'origine de retentissement gastrique.

— *Lésions de l'encéphale.* Du point de vue anatomo-pathologique, les troubles trophiques gastriques, par atteinte pathologique ou expérimentale du système végétatif local, vont de la suffusion sanguine à l'ulcération. Le responsable de ces lésions gastriques est-il l'ortho ou le para-sympathique? Cette question est difficile à résoudre car on ne peut se fier à l'origine anatomique d'un filet nerveux pour en conclure la véritable fonction — des filets adrénergiques ou cholinergiques peuvent emprunter les voies anatomiques dites sympathiques ou para-sympathiques.

J. BURCKEL.

I. PAVEL et PAUNESCO-PODEANU (Bucarest). — **La duodénite du D_2 et les problèmes qu'elle soulève.** "La Presse Médicale", **61**: 722 (16 oct.) 1948.

Le diagnostic des duodénites est récent. Il est introduit:

1. Pour les duodénites de D_1, à la suite des vérifications opératoires des faux diagnostics radiologiques de l'ulcus;

2. Pour les duodénites de D_2 et de l'arc duodénal, par le contrôle au cours de certains ictères.

C'est une affection fréquente: ⅓ des cas d'autopsie.

En clinique, la distinction entre la stase et la duodénite est difficile. La duodénite est la cause ou la conséquence de la stase, mais il existe des stases purement fonctionnelles.

Le diagnostic se pose sur:

L'exploration radioscopique de la dynamique duodénale.

Les modifications radiologiques de la muqueuse.

Les signes fournis par le cathétérisme duodénal et l'examen de la cytologie duodénale auxquels viennent se joindre les signes subjectifs généraux.

Les duodénites, en particulier celles de D_2 dans la moitié inférieure, ont des répercussions physiopathologiques importantes sur les organes voisins et sur l'état général du sujet. Le duodénum, organe de transit, est transformé en organe de résorption:

1) Par suite du retard du transit dû au spasme ou à une dyskinésie.

2) Du fait que l'agent pathogène infectieux ou toxique augmente la perméabilité de la paroi duodénale.

Pour mieux illustrer leur sujet, les auteurs prennent l'exemple de la duodénite associée à un ictère du type catarrhal.

L'ictère peut être dû à plusieurs mécanismes agissant séparément ou simultanément ou successivement:

a) L'irritabilité extrême, spastique du duodénum et du sphincter d'Oddi;

b) Hépatite par résorption du contenu duodénal toxique, voire infectieux;

c) Cholédocite ascendante.

L'ictère peut se prolonger par l'un quelconque de ces mécanismes après que la duodénite est guérie.

L'hépatite épidémique aurait une étiologie très voisine de l'ictère catarrhal, liée à ce que les auteurs appellent une « duodénite épidémique ».

Les duodénites entraînent également d'autres désordres:

1) En favorisant la stase et la résorption prématurée des protéines non encore arrivées au stade d'amino-acides, la duodénite joue un rôle dans la genèse de certaines cirrhoses du foie.

2) L'abaissement de l'alcalinité du milieu duodénal dont le pH tombe dans la stase de 8-9 à 4,65-7,05 empêche l'activité de l'entérokinase, qui ne peut transformer le trypsinogène pancréatique en trypsine qu'en milieu alcalin. Le retard, la diminution, ou la suppression de l'action de la trypsine, a pour effet:

a) Un retard à la dégradation des produits intermédiaires du métabolisme protidique ci-dessus mentionnés et leur résorption plus facile même au delà du duodénum.

b) Le passage de l'entérokinase où, trouvant un milieu alcalin, elle peut activer le trypsinogène ainsi que le témoignent les fortes quantités de trypsine trouvées dans les urines des malades à stase duodénale. Pour certains, la polypeptidémie de l'intoxication duodénale serait due à une protéolyse tissulaire et sanguine suscitée par la présence de trypsine dans le sang.

c) L'éclosion de virus pathogènes, d'origine exogène ou préexistant à l'état de saprophytes, par suite des modifications du pH duodénal.

3) Des répercussions sur le pancréas et le système neuro-psychique.

4) Une atteinte de l'état général: le syndrome d'intoxication duodénale.

Connaissant le rôle étiologique de la duodénite dans l'ictère catarrhal, les bons effets dans le traitement de cet ictère de l'instillation de sulfate de magnésie s'expliqueraient comme suit:

a) Le sulfate de magnésie en diminuant le tonus intestinal, le spasme et la résorption des toxiques.

b) L'insuline, qui a pour effet d'augmenter le tonus et l'amplitude des constrictions duodénales, serait surtout indiquée dans les cas d'ictère avec hypotonie duodénale et peut-être dans les cas avec dyskinésie duodénale où elle ramènerait la dynamique duodénale à la normale.

J. BURCKEL.

CHIRURGIE

De VERNEJOUL et H. METRAS. — **Traitement chirurgical de la persistance du canal artériel.** "Journal de Chirurgie", **64**: 497, 1948.

Le canal artériel relie l'artère pulmonaire et l'aorte au cours de la vie fœtale et s'oblitère à la naissance après séparation de la petite et de la grande circulation. La respiration pulmonaire succède à la respiration placentaire et les deux artères pulmonaires droite et gauche atteignent rapidement leur calibre normal. Le canal artériel s'affaisse et s'oblitère et devient le ligament artériel. Dans quelques cas, le canal reste perméable et sa persistance s'accompagne de troubles. Ce canal est très sensible à l'infection pour des raisons inconnues et peut exister avec d'autres affections congénitales du cœur. Après la naissance, la pression étant plus forte dans l'aorte que dans l'artère pulmonaire, une partie du sang passe de l'aorte à l'artère pulmonaire et il en résulte un surcroît

de travail pour le ventricule gauche avec hypertrophie et dilatation consécutives.

Quelques cas présentent un retard général du développement. Les signes subjectifs apparaissent vers l'âge de trois ou quatre ans et consistent en respiration courte, dyspnée d'effort, essoufflement. L'importance de ces troubles semble en rapport avec la largeur du canal. La palpation permet de déceler un thrill intense, continu au niveau du deuxième espace intercostal gauche contre le bord sternal à irradiation sous-claviculaire gauche. L'auscultation fait entendre un souffle continu au même endroit, souffle très intense désigné parfois du nom de bruit de locomotive, bruit de tunnel. Ce souffle débute dans le milieu de la systole et diminue dans la dernière partie de la diastole. On note une accentuation du deuxième bruit au foyer pulmonaire due à l'augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire. Le pouls est parfois bondissant. La pression veineuse est souvent augmentée. L'anomalie étant extra-cardiaque, l'électrocardiogramme est en général quasi normal. La phono-cardiographie permet de préciser les caractères du souffle. La radioscopie et la radiographie démontrent l'élargissement du cœur gauche avec contour convexe du ventricule gauche, l'élargissement pathologique de l'arc pulmonaire. Il est possible de voir aussi des signes de congestion pulmonaire et les battements des vaisseaux hilaires.

La persistance du canal artériel est en général bien supportée pendant la première enfance. Les statistiques indiquent que 80% et plus meurent des conséquences de la malformation congénitale. La moyenne de l'âge du décès est de 24 ans.

Il est certain que la suppression du canal artériel favorise le développement, augmente l'apport sanguin périphérique et réduit le tratrail cardiaque.

Avant d'intervenir, il faut tenir compte de trois facteurs: le pronostic vital des malades non opérés, la mortalité opératoire, le pronostic éloigné des sujets opérés. Le risque opératoire est beaucoup plus grand dans les cas infectés; l'infection se rencontre surtout entre 16 et 25 ans. Les cas infectés non opérés meurent presque toujours; par contre, les résultats opératoires des cas infectés d'endocardite maligne donnent environ 50% de guérison.

Il est préférable d'opérer chez le jeune enfant de trois ans et plus afin d'éviter les complications cardiaques et bactériennes.

Les auteurs décrivent la technique opératoire et discutent des avantages et des inconvénients de la ligature et de la section du canal artériel.

La complication la plus fréquente au cours de l'opération est l'hémorragie due à une traction sur les parois du canal ou à une fausse route.

Les complications postopératoires sont la dysphonie, le shock, l'épanchement pleural et l'atélectasie.

Les résultats sont très différents suivant qu'il s'agit de malades infectés ou non. La mortalité opératoire des cas non infectés diminue de plus en plus et varie de 5 à 10%. Chez les cas infectés, l'intervention donne en général 50% de guérison dans une maladie considérée comme ayant 100% de mortalité.

Maurice GERVAIS.

PEDIATRIE

Marcel LELONG. — **L'Hypervitaminose D.** "Les Actualités Médico-Chirurgicales", de C. Lian, **11**: 171, 1948. (Editions R. Lépine, Paris.)

L'auteur, après avoir rappelé le découverte de la vitamine D_2 par McCollum, qui la différencia en 1922 de la vitamine A, attire l'attention sur les possibilités d'accidents, en clinique humaine, à la suite de son administration à doses excessives.

A l'heure présente, si l'on tient compte des travaux français et étrangers, 160 cas d'intoxication par la vitamine D_2 ont été publiés, dont 13 cas mortels. Sur ces 13 cas, on relève 10 enfants et 3 adultes.

Il y a donc lieu de faire connaître les dangers de l'hypervitaminose D et les accidents qu'elle provoque.

Du point de vue clinique, il convient de souligner l'importance des troubles digestifs (anorexie marquée, soif intense, vomissements, constipation) et de l'altération de l'état général (amaigrissement, pâleur, asthénie).

Du point de vue biologique, on trouve dans le sang une hyperazotémie constante, mais d'ordinaire modérée (0,50, 0,60.), rarement élevée (0,80,1 gr., 1 gr. 50 et plus) ; une hypercalcémie assez fréquente (129, 135, 137 mmgr.), mais inconstante et qui n'est pas en rapport avec la gravité des signes cliniques; une phosphorémie élevée (60 mmgr.), mais également inconstante; les phosphatases sanguines demeurent inchangées.

Enfin, on peut observer, en présence d'un trouble aussi profond du métabolisme du calcium, de la décalcification osseuse d'une part, et d'autre part des dépôts calcaires dans les tissus mous, au niveau, des poumons, voire même au niveau de l'œil.

Il faut éviter de confondre l'hypervitaminose D avec l'anorexie mentale, le diabète insipide, la méningite tuberculeuse, la néphrite.

Le *pronostic* est variable suivant les formes cliniques. Dans la *forme commune,* les symptômes disparaissent dans une quinzaine de jours, cependant que s'atténuent progressivement les signes humoraux.

Mais il existe des *formes graves,* où l'évolution favorable est beaucoup plus lente. C'est la méconnaissance du diagnostic qui dans ces cas peut donner lieu à des complications, dont quelques-unes sont mortelles: accidents nerveux (hémorragies cérébro-méningées) ou urinaires (néphrite hyperazotémique). A l'autopsie, on trouve des dépôts calcaires dans la plupart des organes. La mort est le résultat de lésions rénales, cérébrales et artérielles.

Fort heureusement, ces formes graves sont exceptionnelles, et le plus souvent l'intoxication par la vitamine D_2 évolue vers la guérison, pourvu qu'on sache en faire le diagnostic et, partant, que l'on en cesse l'emploi avant qu'il ne soit trop tard.

Pour le médecin des adultes comme pour le pédiatre, il est utile de connaître l'existence des *formes légères ou frustes,* se traduisant simplement par de la fatigue, de l'amaigrissement, de la pâleur, de l'inappétence.

La *physio-pathogénie* de l'hypervitaminose D n'est pas encore au point. Sans doute les lésions anatomiques permettent de comprendre la plupart des symptômes; toutefois, il n'y a pas un parallélisme étroit entre l'intensité des signes cliniques et l'étendue des lésions. Le métabolisme de la vitamine D_2 présente encore beaucoup d'inconnues. Mais on sait que les phénomènes toxiques sont en rapport avec la quantité de vitamine D, emmagasinée dans le foie, mise ensuite en circulation.

Afin de *prévenir* l'intoxication par la vitamine D — et c'est là le point le plus important — le médecin doit contrôler la posologie du médicament. Si on en donne tous les jours, 1000 unités par jour suffisent. Si on administre des préparations concentrées, à 400,000 ou à 600,000 unités, on ne répétera pas la dose.

Pour les doses massives, la voie d'introduction n'est pas indifférente: l'injection est préférable à l'ingestion.

En dehors de la prophylaxie du rachitisme, il ne faut employer la vitamine D que dans des cas précis, lorsque la récalcification est vraiment indiquée (traitement du rachitisme, de la tétanie, de l'ostéomalacie).

A titre préventif, il convient également de surveiller de près l'exposition au soleil de la surface cutanée et les séances de rayons ultraviolets, productrices de vitamine D dans l'organisme.

Il n'existe pas de *traitement curatif.* Il n'y a qu'à cesser complètement l'administration de la vitamine D. Mais pour cela il faut d'abord faire un diagnostic.

Paul LETONDAL.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

J. DERIVAUX. — **L'importance de l'ostéonécrose dans la maladie de Köhler II.** "Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie normale médico-chirurgicale", **17**: 394, 1947.

L'auteur rapporte deux observations de maladie de Köhler II et en discute le point de vue anatomo-pathologique.

Dans le premier cas, il s'agit d'une association d'ostéonécrose et de résorption fibreuse de la tête du 2e métatarsien avec phénomènes locaux d'apposition osseuse. Dans le second, il s'agit plutôt de nécrose et de sclérose osseuse avec décollements cartilagineux de la tête du 2e métatarsien, et néoformation de tissu osseux avec fibrose médullaire.

Le détail histologique des lésions est le suivant: forte altération des ostéocytes, vascularisation très réduite aux endroits altérés, fragmentation des prolongements ostéocytaires, structure et colorabilité de la substance fondamentale profondément modifiées, cicatrisation osseuse caractérisée par une densification de l'os spongieux à proximité des zones de micronécrose. Il s'agit ici d'oncose, c'est-à-dire de mort de la cellule osseuse sans formation de cellules géantes (ostéoclastes).

Il y a 2 espèces d'oncose: une oncose dégénérative avec multiplication des ostéocytes en voie de nécrose, et une oncose hyperplasique au niveau de l'os en formation.

La nécrose se fait par altération lente et insidieuse de la cellule osseuse. La disparition du complexe phospho-calcaire sans intervention cellulaire ne repose sur aucune base morphologique et paraît difficilement acceptable. Par contre, l'idée d'une ostéolyse par altération cellulaire paraît beaucoup défendable.

Pour l'auteur, la maladie de Köhler II est une ostéochondrodystrophie disséquante caractérisée du point de vue morphologique par de la nécrose ostéocytaire et de l'ostéosclérose réactionnelle: l'apparition de l'une étant conditionnée par l'autre.

J.-Roger GAREAU.

Matthew BLOCK, Charles L. SPURR, Leon O. JACOBSON et Taylor R. SMITH. — **Effets histopathologiques du gaz moutarde sur les tissus hématopoïétiques normaux et néoplasiques.** ***(Histopathologic effects of nitrogen therapy upon normal and neoplastic hematopoietic tissues.)*** "American journal of clinical Pathology", **18**: 671 (sept.) 1948.

Le corps employé est l'hydrochlorure de méthyl-bis β-chloroéthylamine. Ses résultats sont à peu près superposables à ceux de la rœntgenthérapie, c'est-à-dire rémission allant de une ou deux semaines à deux ans.

La dose employée est de 0.1 mgm. par kilogramme de poids, en injection intraveineuse, quatre jours de suite. Le contrôle du traitement se fait par ponctions sternales, ganglionnaires et spléniques.

On a généralement, trois semaines après le traitement, un trouble fugace de la moelle qui se traduit par une leucopénie, une diminution des plaquettes et des érythrocytes pouvant durer une semaine environ.

Dans le Hodgkin:

a) La moelle entre d'abord en phase dégénérative puis en phase régénérative.

b) Les ganglions *granulomateux* et *paragranulomateux* subissent peu de changements histologiques comparativement aux rémissions cliniques.

c) Dans les ganglions *sarcomateux* de Hodgkin on n'observe de changement ni histologique ni clinique.

d) Dans la rate, les cellules de Sternberg-Reed persistent, mais sans lésion lymphogranulomateuse spécifique.

Dans le lymphosarcome et la leucémie lymphoïde, on obtient une destruction intense de lymphocytes plus marquée dans les nodules. La même chose se produit dans la leucémie lymphoïde mais autour du tissu périveineux seulement.

Dans le myélome multiple, la leucémie myélogène et le carcinome métastatique, trop peu

de cas ont été observés pour en tirer des conclusions.

Le gaz moutarde agit probablement surtout sur les petits lymphocytes, les myélocytes, les érythrocytes et les mégakaryocytes. Les cellules réticulaires et les « plasma cells » sont beaucoup plus résistantes.

Après la destruction cellulaire, il se fait une régénération qui est homoplastique (à partir des cellules sensibles non détruites) et hétéroplastique (à partir des cellules réticulaires). Ces dernières, non atteintes par le traitement, amorcent la régénération des premières, et constituent ainsi la pierre d'achoppement de ce genre de thérapeutique.

J.-Roger GAREAU.

SOCIÉTÉS

« L'Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 5 octobre 1948
tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur.

Présidence de M. Albert Jutras.

A propos de sclérose pulmonaire.

M. J.-L. PILON

M. Pilon présente deux cas où il démontre que la fibrose pulmonaire constitue une entité clinique et anatomique. Généralement, la fibrose pulmonaire est d'origine infectieuse. Le traitement doit comporter des bronchodilatateurs et la pénicilline aérosol.

Discussion.

M. Bonnier mentionne que la fibrose pulmonaire peut être marquée au point d'entraîner un rétrécissement bronchique qu'il faut traiter par la dilatation mécanique bronchoscopique.

Sténose inflammatoire des bronches.

M. Maurice BONNIER

Le rétrécissement inflammatoire des bronches entraîne des complications bronchiques et pleuropulmonaires. Quels que soient les facteurs étiologiques infectieux, toxiques, spécifiques, néoplasiques, mécaniques, il peut se développer une atélectasie. La bronchoscopie est indiquée non seulement au point de vue diagnostique, mais aussi au point de vue curatif. Les seules contre-indications sont les cardiopathies aiguës, l'anévrisme de l'aorte.

Quelques tumeurs du poumon.

M. Georges DESHAIES

M. Deshaies présente 6 cas de tumeurs pleuropulmonaires, dont un sarcome, un tératome et quelques kystes et fibromes. Tous ces cas sont de diagnostic difficile et tous doivent être traités chirurgicalement.

Bronchectasie.

M. Guy BEGIN

La bronchectasie généralement d'origine infectieuse survient dans la première décade de la vie. Son diagnostic repose sur la bronchoscopie et le lipiodolage bronchique. Le traitement consiste à promouvoir le drainage des bronches, soit par des méthodes posturales ou l'évacuation par aspiration bronchoscopique. Parfois, la lobectomie est indiquée lorsqu'aucun autre moyen ne réussit.

M. Bégin présente deux cas où la lobectomie a grandement amélioré ces malades.

Discussion.

M. Bonnier mentionne la technique de la brouette en vue d'améliorer ces malades et M. Jutras parle des ombres triangulaires de la base, signes d'atélectasie secondaires à des obstructions bronchiques par corps étrangers, caillot de sang ou de lait.

Pneumothorax bilatéral.

M. J.-P. PAQUETTE

Monsieur Paquette nous rapporte son expérience avec le pneumothorax bilatéral en face de lésions pulmonaires bilatérales. Sur 22 cas traités de cette façon, 15 cas ont admirablement bien réagi à cette thérapeutique.

Réadaptation du tuberculeux.

M. J.-A. MILLET

Monsieur Millet résume pour nous le fruit de ses observations lors d'un récent voyage en France et en Belgique. La réadaptation des tuberculeux à la vie normale et au travail doit se faire en rapport avec la lésion déjà présentée par le malade et avec son état physique à sa sortie du sanatorium. Cette réadaptation demande le concours d'un personnel médical averti, compétent et consciencieux. M. Millet envisage l'aspect social du problème, car les tuberculeux en voie de guérison songent à reprendre une place normale dans la société. La société doit être prête à leur tendre la main. Certaines industries, telles que l'horlogerie, se prêtent admirablement bien à la cure de travail. Tout au cours du travail, la surveillance médicale est nécessaire; radiographies, analyses des expectorations et autres sont faites, ceci dans le but d'éviter la réinfection.

* * *

Vendredi, le 15 octobre, eut lieu une séance spéciale tenue au Sanatorium Prévost sous le patronage conjoint de la Société Médicale de Montréal et de la Société de Neurologie, sous la présidence conjointe des docteurs Amyot et Gariépy. Etaient présents environ 80 médecins.

M. Liberson nous a parlé de la maladie nerveuse, du rapprochement que l'on peut faire avec l'origine psychique et anatomique. M. Delmas Marsalet et M. Amyot remercient le conférencier de sa très intéressante communication.

* * *

Séance du 19 octobre 1948

tenue à l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales de l'Université de Montréal.

Présidence de MM. L.-Henri Gariépy et Hans Selye

Syndrome général de l'adaptation et les maladies de l'adaptation.

M. Selye nous donne une vue d'ensemble sur le syndrome d'adaptation. Ce sujet est connu depuis longtemps par les histologistes, les anatomistes et les physiologistes. Claude Bernard nous dit que le milieu interne doit être stable; René Leriche parle de la maladie postopératoire; Walter Cannon, de l'homéostase; Frank Hartman mentionne l'effet antifatigue des extraits actifs de surrénale. En 1936 arrive la réaction d'alarme, laquelle donne une réaction identique à divers stimuli.

Le thymus et la néoplasie.

M. P. CONSTANTINIDES

L'un des travaux de recherches en cours à l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales étudie les relations qui existent entre le « stress », le système thymicolymphatique et l'anabolisme des protéines.

C'est un fait établi qu'un stress systémique cause une désintégration du tissu lymphatique, surtout du thymus. Presque tous les agents nocifs — physiques ou chimiques — causent cette involution du thymus indirectement, i. e. par l'intermédiaire de la surrénale, bien que peu le fassent directement, i. e. en l'absence de la surrénale.

Or, on a montré récemment que ces agents qui agissent directement sur le thymus sont tous impliqués dans la carcinogénèse.

Considérant d'une part la teneur du thymus en nucléoprotéines, d'autre part, la fonction régulatrice des nucléoprotéines dans la synthèse des protéines, on peut concevoir l'intérêt de ces recherches dans la carcinogénèse.

Production of hypertension by the "endocrine kidney".

Helen STONE

It has been established that anterior pituitary extracts and adrenal cortical hormones produce experimental hypertension, cardiovascular lesions and renal changes similar to those seen in patients with malignant hypertension. Such pathologic lesions

may be considerably augmented by high protein and high NaCL diets.

Hypertension may also be produced by applying a partial ligature on the aorta, between the origins of the two renal arteries in the rat. This construction is just sufficient to eliminate urine formation in the lower, left kidney but not tight enough to cause degenerative lesions, thus the intraglomerular pressure is reduced to the ordinary capillary pressure of other endocrine glands and while urine formation ceases, hormone production is still possible.

The mechanisms involved and the results obtained in the production of hypertension by the "Endocrine Kidney" was discussed.

Hypertension expérimentale.

M. Jacques-R. LEDUC

Des travaux expérimentaux antérieurs sur le rein par Pässler et Heinecke, Goldblatt, Selye, Oliver et Trueta laissent croire à une fonction particulière du segment spiral.

A la suggestion du professeur Selye, nous avons tenté de le détruire ou de l'isoler en badigeonnant le rein à l'aide d'une solution de Bouin. A date, la zone du segment spiral n'a pas été touchée. mais nous avons obtenu, entre autres, une hypertension moyenne de 155 mm. Hg. Cette technique peut donc s'ajouter aux autres méthodes d'hypertension expérimentale et nous permet d'agir sur une zone du parenchyme rénal qui n'a pas été étudiée spécialement jusqu'ici.

Dialyse péritonéale.

M. Roger GUILLEMIN

En vue de vérifier les théories de Selye sur le mode d'action de l'acétate de désoxycorticostérone dans l'hypertension artérielle expérimentale et de préciser en particulier le rôle de médiateur ou d'effecteur du rein, on a dû envisager un plan d'expériences dans lesquelles le rein serait exclu. Les animaux bilatéralement néphrectomisés seront maintenus en vie par dialyse péritonéale. Le sommaire présenté montrait les grandes lignes théoriques de ce problème et la réalisation pratique d'un appareil à dialyse péritonéale chez le rat, dont une démonstration a été donnée au Laboratoire de l'Institut de Médecine et de Chirurgie expérimentales.

Lésions cérébrales produites par l'administration prolongée d'acétate de désoxycorticostérone.

M. Paola S. TIMIRAS

Des observations antérieures faites dans notre Institut avaient mis en évidence l'action de l'acétate de désoxycorticostérone sur le cerveau du rat. Nos expériences actuelles sur différents groupes de rats jeunes et adultes ont confirmé les résultats déjà obtenus. Ces lésions cérébrales sont caractérisées, au cours de l'expérience, par des troubles moteurs et sensitifs, de même que par un agrandissement et un arrondissement de la calotte crânienne; à l'autopsie, nous observons un œdème très marqué des hémisphères cérébraux accompagné d'hémorragies pétéchiales ou massives. L'examen histologique nous révèle une hyalinisation et une nécrose marquées des artérioles, une stase et congestion des veines, alors que le tissu nerveux ne présente que des altérations secondaires aux lésions vasculaires.

Un rapprochement est fait entre ces lésions cérébrales et expérimentales et celles que l'on rencontre, en pathologie humaine, telles que l'encéphalopathie rhumatismale, l'encéphalopathie hypertensive, la périartérite noueuse et l'hypertension maligne.

Rôle du système nerveux dans la régulation des phénomènes adaptifs.

M. Claude FORTIER

Il ressort de considérations morphologiques, de recherches expérimentales et d'observations cliniques que le système nerveux et particulièrement les formations hypothalamiques exercent sur l'hypophyse antérieure un certain

degré de contrôle. Ce contrôle semble s'exercer par l'intermédiaire d'une transmission humorale médiée par le système porte hypothalamo-hypophysaire. Les travaux que nous poursuivons en ce moment visent à étudier la réponse au stress après interruption de ces voies vasculo-nerveuses. Ce que nous réalisons en pratiquant, dans la chambre antérieure de l'œil d'animaux hypophysectomisés, des greffes auto et homoplastiques d'hypophyse.

* * *

Séance du 2 novembre 1948
tenue à l'hôpital Saint-Luc.
Présidence de M. L.-Henri Gariépy

Un cas de myélomatose.

M. Jacques BERNIER

M. Bernier présente un cas de tuméfaction associé à un syndrome douloureux, à un syndrome cardiovasculaire. Il fait la revue de cette entité clinique et insiste sur l'aspect radiologique des lésions. Le myélogramme révèle une plasmocytose élevée. Le traitement consiste dans la radiothérapie, un régime pauvre en protéines.

Un cas de néphrose lipoïdique.

M. Paul TARTE

M. Tarte présente un cas de purpura localisé aux deux cuisses. Ce malade a fait des épistaxis, de l'albuminurie et un syndrome abdominal aigu. Le traitement a consisté dans l'administration de pénicilline, un régime riche en albumine et des extraits thyroïdiens.

La maladie de Besnier-Beck-Sahuman.

M. Paul MILLIEZ

Un jeune homme de 21 ans présente des douleurs articulaires, des doigts en baguette de tambour, une cutiréaction positive. Une biopsie associée aux signes radiologiques prouve le diagnostic. Cette maladie rare fait partie des réticuloendothélioses malignes.

La hernie intercostale.

M. Yvan VALLEE

La hernie intercostale est rare. Habituellement post-traumatique, elle nécessite l'intervention chirurgicale et l'on observe parfois des récidives.

Le diagnostic du diabète sucré.

M. Rosario ROBILLARD

Le diagnostic du diabète sucré se pose d'abord à l'aide des signes cliniques, tels que prurit, artérite, polydypsie, polyphagie et polyurie. Il faut avoir également recours au laboratoire dans la glycosurie, l'hyperglycémie provoquée et la galactosurie provoquée.

A propos d'un cas de stéatonécrose.

M. Alphonse BERNIER

Dans le cas présent, M. Bernier avait fait un pronostic sombre, mais heureusement la malade guérit à l'aide de la pénicilline et de la streptomycine.

Néphrite anurique secondaire à une septicémie à bacilles perfringens guérie par exsanguinotransfusion.

M. Paul MILLIEZ

Dans le cas présent, l'exsanguinotransfusion de 7 à 8 litres de sang dans le but de laver le malade de ses produits toxiques a bien réussi. Cette méthode est actuellement plus employée que le rein artificiel ou le lavage péritonéal.

Le secrétaire des séances,

Pierre MARION.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 28 octobre 1948

Présidence de M. P.-M. Ricard

Une erreur de diagnostic.

M. Bernard BAILLARGEON

Première admission: du 14 octobre 1943 au 4 novembre 1943.

Mlle M. V..., 14 ans (en 1943), est admise dans un hôpital, pour douleurs localisées au côté droit, douleurs qui duraient depuis l'hiver précédent. Nausées et vomissements. Son mal semblait s'exacerber au moment des menstruations, lesquelles n'étaient pas régulières.

L'analyse des urines, le B. W., la numération des globules rouges, le dosage de l'hémoglobine se révélèrent normaux. Le 15/10/43: numération des globules blancs: 11,150, dont 77% de polynucléaires neutrophiles.

Appendicectomie.

L'appendice est court et renflé à sa partie distale. Tissu adipeux très abondant autour du méso-appendiculaire et aucune réaction inflammatoire ganglionnaire ou péritonéale.

Examen histo-pathologique.

Appendicopathie d'origine neurogène.

Deuxième admission: du 16 décembre au 25 décembre 1943.

Un mois après l'appendicectomie, la patiente est réadmise pour douleurs aux deux fosses iliaques, asthénie, céphalée frontale, nausées, vomissements.

Ses fosses iliaques ne présentent pas de défense à la palpation. On note que la malade est émotive et d'un psychisme bien spécial. Ses points douloureux changent de place suivant le médecin qui l'examine. Son métabolisme basal est de —10%.

Diagnostic à la sortie: dysovarie.

Troisième admission: du 17 février au 4 mars 1944.

Admise pour rougeole qui évolue de façon normale. Cependant l'on note qu'elle a des pertes jaunâtres abondantes et fétides. On note en plus un certain empâtement aux points ovariens.

Quatrième admission: du début de mars 1945 à la fin de mai 1945.

Sous observation pour ses poumons à Bruchési.

Cinquième admission: octobre 1946.

Un mois à l'hôpital pour nausées, vomissements.

Sixième admission: du 12 avril 1947 au 29 avril 1947.

La patiente est réadmise pour ses nausées et vomissements qui persistent. Elle vomit 10 à 15 fois par jour. Si quelqu'un lui parle ou l'interroge, « ça remontait tout seul ». Pas d'amaigrissement, pas de douleur, pas de jaunisse.

Cholécystographie.

Les signes radiologiques semblent en faveur d'une cholécystite chronique, suspecte cependant de calculose.

Diagnostic préopératoire: cholécystite chronique.

Opération: cholécystectomie. On ne trouve pas de calcul.

Examen anatomo-pathologique: lésions de cholécystite chronique.

Septième admission: du 7 avril au 27 avril 1948.

Patiente réadmise pour nausées et vomissements qui surviennent 15 - 20 minutes après les repas; douleur en ceinture plus marquée à l'hypocondre droit. Vu la possibilité d'adhérences postopératoires, elle est hospitalisée en chirurgie. Elle se plaint également de brûlements d'estomac, d'intolérance aux graisses, de constipation opiniâtre, de dysurie initiale, de leucorrhée jaunâtre abondante, de prurit vulvaire. Elle dort mal, pleure pour des riens.

Examen physique: essentiellement négatif.

Analyse d'urine, azotémie, glycémie, numération des globules rouges, dosage de l'hémoglobine: normaux.

Repas baryté: absence de lésion organique sur le tractus digestif supérieur. Transit gastro-intestinal normal.

Examen gynécologique:

Abdomen: cicatrices. Paroi souple et dépressible.
Vulve: suffisante. Développement normal.
Vagin: lisse.
Col: petit, lisse.
Corps: petit, en antéflexion mobile et indolore.
Culs-de-sac: aucune lésion annexielle palpable.
Sécrétions vaginales: absence de trichomonas.

Histoire personnelle.

Période préscolaire : patiente adoptée à l'âge de 2 mois par une famille qui comptait déjà 10 enfants dont 7 filles et 3 garcons; la mère adoptive est très bonne pour elle et la traite sur un pied d'égalité aux siens. Les souvenirs de cette période sont bons, l'enfant est heureuse et se comporte normalement.

Période scolaire: de 5 à 12 ans. Débute à l'école à 5 ans, s'y plaît bien, s'amuse avec les autres enfants, intéressée dans ses études. A 7 ans, fait une pleurésie « double » qui s'accompagne de douleur dans la fosse iliaque droite qui fut étiquetée « appendicite ». Il est question de la transporter à l'hôpital Laval, mais on s'y oppose, elle reste 1½ an à la maison dont 6 mois au lit. Sa mère adoptive la traite durant cette période; elle ne la gâte pas, elle n'en a pas le temps. Vers 8½ ans, elle retourne à l'école, se sent bien, est très heureuse jusque vers l'âge de 10 ans, lorsqu'une ombre apparaît au tableau: une de ses sœurs adoptives nommée Irène lui dit un jour: « Fais attention à papa, il peut te faire du mal. » A partir de ce moment, elle craint et redoute son père adoptif. Elle fait des progrès dans ses études: elle est soit la première ou la deuxième de sa classe, elle fait ses 4ème et 5ème classes dans la même année. A 12 ans, elle est en 7ème année et première de sa classe. Vers cette époque, ses compagnes de classe lui apprennent qu'elle est une enfant adoptive et font des remarques désobligeantes à son égard. Elle demande des explications à sa mère qui s'y refuse au début, mais qui finalement lui dévoile la vérité: « Elle est l'enfant d'une de ses filles qui, à l'âge de 13 ans, fut violée par son propre père. » En un mot, elle est l'enfant d'Irène.

Vers ce temps, la puberté s'installe; comme toute préparation à cette période difficile, sa mère adoptive lui dit: « Fais bien attention aux petits « gars ». De toute façon, ceci ne semble pas l'avoir troublée outre mesure, car elle est menstruée deux fois normalement, sans douleur.

A la veille de sa troisième menstruation, elle est seule chez elle; on l'a chargée de garder la maison; elle se couche et s'endort. Soudainement, elle est réveillée par un homme en boisson qui la découvre et sans dire un mot la viole. Cet homme était son père adoptif. L'enfant prise de panique, crie, pleure, etc., jusqu'au retour de sa mère adoptive une heure plus tard, et raconte à celle-ci l'incident. Il est décidé d'envoyer la patiente vivre chez une de ses sœurs mariées.

Le lendemain, elle est menstruée: douleur considérable dans la fosse iliaque droite; on demande un médecin. Diagnostic: appendicite. Par la suite, ses menstruations ont toujours été irrégulières, accompagnées de douleurs dans les fosses iliaques. Les pertes blanches datent également du viol. L'enfant a peur d'être enceinte et ici s'installent les nausées et les vomissements; elle est triste, pleure beaucoup, se croit déshonorée et commence à penser qu'elle n'est pas comme les autres; devient très sensible, etc., etc. Un symptôme curieux apparaît: si elle rencontre quelqu'un pour qui elle développe de l'amitié des pertes blanches en quantité considérable se produisent rapidement: « C'est la même chose que si j'étais menstruée mais en blanc. »

Période postscolaire: de 12 ans à aujourd'hui. Après le viol, comme je l'ai dit plus haut, l'enfant se réfugie chez une de ses sœurs mariées qui, elle-même, a 7 enfants et qui est malade en plus. Elle doit donc abandonner l'école et cela l'attriste beaucoup. Elle fait là

l'office de servante jusqu'à l'âge de 14 ans. Les nausées et vomissement continuent.

A 14 ans, elle va vivre chez une autre sœur qui, celle-là, n'a pas d'enfant. La patiente commence à travailler dans un atelier de couture; ses compagnes, la voyant vomir si souvent, l'accusent d'être enceinte; les symptômes s'aggravent et finalement elle est admise à l'hôpital en octobre 1943 où on l'opère pour appendicite chronique.

Un mois après, les symptômes réapparaissent, ceux-ci semblent secondaires à sa crainte de retourner à l'atelier. Réadmise à l'hôpital en décembre 1943. Retourne à son emploi: symptômes continuent. Hôpital en février, mars 1944. Atelier qu'elle quitte finalement en août 1944. Travaille dans un hôpital 3 mois; laisse à cause des symptômes. Employée dans une manufacture de biscuits; le R. X. de routine l'envoie à Bruchési de mars à juin 1945. Nouvel emploi, mêmes symptômes. Hôpital en avril 1947: cholécystectomie. Nouvel emploi 2½ mois, mêmes symptômes. Travaille dans un hôpital 7 mois (aime cela), mêmes symptômes. Hôpital en avril 1948.

Commentaires.

Nous sommes, à mon sens, en face d'un cas de psychonévrose. L'état anxieux s'est développé à la suite de l'inceste. Depuis 1943, cette patiente a passé 171 jours environ à l'hôpital dont 96 pour l'état morbide mentionné plus haut qui reçut différentes étiquettes. Ces conditions de tension nerveuse sont d'autant plus difficiles à améliorer et guérir qu'elles durent plus longtemps. La réhabilitation de cette malade sera donc plus difficile que si elle avait été calmée plus tôt, si certains de ses raisonnements avaient été rectifiés il y a 2 ou 3 ans (déshonneur, etc.). En plus, cette patiente a subi 2 opérations, conséquences directes des erreurs de diagnostic.

Ce cas n'a pas été présenté pour créer de l'animosité entre médecins et chirurgiens; étant dans le service médico-chirurgical, cette animosité aurait seulement pour résultat de rendre ma tâche plus difficile; je tiens également à mentionner que cette patiente ne fut hospitalisée que la dernière fois à Notre-Dame; elle ne fut donc pas opérée ici. Cette dernière remarque n'est pas non plus pour dénigrer les autres hôpitaux, car j'estime qu'ici, à Notre-Dame, nous ne sommes pas plus parfaits que le voisin et que nos diagnostics ne sont pas certainement 100% bons.

Ce cas est présenté avec la seule et unique intention de remarquer que, si nous pouvons apprendre des erreurs des autres, nous pouvons également nous perfectionner en étudiant nos propres erreurs, à la condition de le faire dans un bon esprit. Notre pourcentage d'erreurs de diagnostics s'améliorerait sensiblement, à mon avis, et nous serions les premiers à en bénéficier.

Discussion.

M. Jean Grignon explique comment il est possible de faire un diagnostic entre une véritable dysménorrhée et une dysménorrhée par psychonévrose. Au moyen de l'administration de Stilboestrol, on obtient une menstruation anovulaire.

M. Roma Amyot demande quels ont été les résultats du traitement. S'il y a eu amélioration dans l'état de la malade par la méthode psychothérapique. Il demande aussi s'il y avait dans ce cas des antécédents névro ou psychopathiques.

M. Albert Guilbeault explique que la consanguinité peut augmenter les défauts comme elle augmente les qualités. Il ajoute que cette observation est un exemple où les tares psychopathiques auraient pu être augmentées par la consanguinité.

M. Geo. Hébert demande quelle importance on doit attacher aux rapports anatomo-pathologiques.

M. Yves Chaput insiste sur les fréquences des problèmes psychosomatiques en médecine moderne. Il rapporte le cas d'une malade qui aurait subi 20 opérations dont la plupart étaient inutiles. Il insiste aussi sur la néces-

sité d'être bien prudent dans l'interprétation des symptômes de la pathologie digestive.

M. Bernard Baillargeon ajoute à sa communication que la malade vivait dans un milieu social pauvre avec hygiène mauvaise. Les autres membres de la famille de cette malade sont normaux. Plusieurs de ses sœurs sont mariées et ont une grosse famille. Le père est certainement déséquilibré puisqu'il a commis ce même acte anti-social à deux reprises. Cependant c'est un bon père qui fait vivre sa famille. Il continue en disant que les symptômes de la malade sont dus au fait que: 1° elle se croyait déshonorée. Il s'agissait alors d'expliquer à la malade qu'on ne peut être déshonoré pour un acte que l'on n'a pas posé mais que l'on a subi; 2° les symptômes se rattachent à une anxiété au sujet des organes génitaux. La malade se croyait différente des autres au point de vue génital. Le docteur Baillargeon a revu la malade dernièrement. Les symptômes sont complètement disparus depuis trois mois, en particulier les pertes blanches, sans aucun traitement. Les règles sont redevenues régulières. En septembre, la patiente a fait une crise à l'occasion d'un facteur émotionnel. Elle doit se marier prochainement. Il répond au docteur G. Hébert en disant que les lésions anatomo-pathologiques appendiculaires neurogènes existaient mais que ces lésions n'étaient pas responsables des symptômes de la malade.

Coma barbiturique traité et rapidement guéri par la picrotoxine.

MM. Roma AMYOT et Jean PRUD'HOMME

Mlle E. C., 34 ans, est amenée à l'hôpital pour empoisonnement par les barbituriques. La malade aurait ingéré, dans le but de se suicider, environ douze capsules de séconal. Nous voyons la patiente vers midi, c'est-à-dire environ 4 heures après le début du coma. Elle est dans un coma profond, ne répondant à aucun stimuli douloureux. La respiration est régulière, superficielle, pas de cyanose. Les pupilles sont en myosis et ne réagissent pas à la lumière. Les réflexes ciliaire et cornéen sont abolis. Aréflexie ostéotendineuse complète, sauf peut-être l'achilléen droit qui réagit faiblement. Absence de réflexe plantaire.

Cœur: rythme régulier, bruits bien frappés. Pouls 85. T. A. 85/60.

Poumons: rien à noter.

Après avoir institué le traitement de routine de toute intoxication, soit: 1° réchauffer la malade; 2° 0^2 en permanence; 3° lavage d'estomac à l'eau bicarbonatée; 4° sérum physiologique et glucosé 5%, 1,000 cc. I. V.; 5° cathétérisme et lavement évacuant, nous commençons le traitement à la picrotoxine.

1 heure p.m.: injection de 2 cc. I.V. sans amélioration.

1 heure 15: injection de 4 cc. I. V. La respiration devient aussitôt plus profonde, la malade répond aux stimuli douloureux. Le réflexe cornéen est présent ainsi que tous les réflexes ostéotendineux. La pression cependant demeure la même.

1 heure 30: nouvelle injection de 2 cc. de picrotoxine I. V. Tous les réflexes sont présents et vifs. La malade déglutit ses sécrétions. Réflexes nauséeux. Pouls 68. T. A. 90/60.

2 heures: injection de 4 cc. de picrotoxine I. M. cette fois. Dix minutes plus tard, l'on observe de légères contractions spontanées des membres et de la face. Tous les réflexes sont vifs. Clonus des deux rotules. Signe de Chvostek et de Trousseau. Cet état d'hyperexcitabilité neuro-musculaire disparaît environ 15 minutes plus tard.

2 heures 15: à ce moment, l'on injecte de nouveau 2 cc. I. M. L'état d'hyperexcitabilité se reproduit environ dix minutes plus tard et se maintient pendant environ 2 heures. A ce moment, sans nouvelle injection de picrotoxine, la malade présente des crises convulsives généralisées aux quatre membres avec révulsion des yeux et tendance à l'opisthotonos. Ces crises durent environ 5 minutes et se reproduisent toutes les 10 minutes. Nous injectons alors 20 ctgr. d'amytal sodium intra-

veineux qui fait disparaître instantanément ces crises.

4 heures 30: la malade est alors calme, la respiration est profonde et régulière. Tous les réflexes sont présents et normaux. La patiente a l'aspect d'une dormeuse. La pression demeure cependant basse: 90/60. La diurèse est très faible, soit 325 cc., depuis le matin, malgré 2,000 cc. de soluté I.V. Nous prescrivons alors de l'eschatin à la dose de 5 cc. I.M. toutes les 4 heures. La tension artérielle remonte alors progressivement en même temps que l'on voit augmenter considérablement la diurèse.

6 heures 30: l'état clinique de la malade s'améliore parallèlement à l'augmentation de cette diurèse. Elle répond bientôt au commandement à voix forte, puis elle prononce quelques mots; enfin, 2 heures plus tard, la malade est éveillée et parfaitement consciente.

La picrotoxine, principe actif de plusieurs plantes, est composée de deux substances non alcaloïdes ressemblant aux glucosides. Elle produit une forte stimulation des centres médullaires et cérébraux, ce qui explique son action quasi spécifique dans les cas d'intoxication par les barbituriques.

Commentaires.

Cette malade avait ingéré au moins 1 gramme 20 de séconal. Elle était, 4 heures plus tard, dans un coma profond. A remarquer l'absence du réflexe cornéen, et le myosis prononcé qui est une manifestation habituelle de l'intoxication barbiturique sévère. L'observation ne comporte rien d'inédit. Nous la produisons cependant pour l'intérêt que peuvent susciter les notes d'évolution très scrupuleusement consignées par l'un de nous. Cela démontre l'action très réellement efficace de la picrotoxine dans le coma barbiturique, car enfin, 7 heures après le début du traitement, cette malade, préalablement dans un coma profond, était consciente et répondait aux questions posées. Cela également porte à croire que l'eschatin a aidé considérablement à la guérison en agissant sur le tonus cardio-vasculaire et sur la diurèse. Dès qu'on eut utilisé l'hormone surrénalienne, la pression artérielle, qui s'était maintenue très basse depuis l'admission de la malade et cela en dépit de l'action favorable de la picrotoxine sur les centres nerveux, se mit à monter, la diurèse s'accrut très favorablement et la malade sortit de son inconscience. On devra se souvenir de l'action complémentaire de l'eschatin dans des cas similaires au nôtre.

Nous n'ajouterons que deux autres remarques avant de terminer ces commentaires:

1° Noter l'action impressionnante de la picrotoxine sur les centres nerveux au point de développer une hyperexcitabilité neuro-musculaire intense illustrée par un signe de Chvostek des plus marqués et de déclencher même de véritables accès convulsifs toniques rappelant la crise tétanique.

2° Cette deuxième remarque est en corollaire de la première: le traitement du coma barbiturique par la picrotoxine, comme d'ailleurs par la strychnine, le métrazol, la benzédrine endoveineuse, doit être étroitement surveillé par un médecin qui demeure auprès du malade aussi longtemps que l'exige l'état de ce dernier, c'est-à-dire tant que les signes de danger ne sont pas disparus. On doit varier les doses, leur horaire, leur mode d'administration selon l'état du patient et cesser à temps. D'autant plus que des soins complémentaires de grande utilité (oxygénothérapie, aspiration des mucosités buccales et pharyngées, lavage d'estomac quand on le juge utile par sa promptitude relativement à l'heure de l'intoxication, solutés salés et glucosés intraveineux) doivent être prescrits, surveillés et même administrés par le médecin qui les juge appropriés selon l'évolution de la condition de l'intoxiqué.

A quelques semaines d'intervalle, l'un de nous a pu assister, chez deux sujets traités énergiquement et prudemment par la picrotoxine, à la guérison rapide, avant l'installation de lésions nerveuses irréversibles, de complications broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires, d'un coma barbiturique sévère.

La préparation de picrotoxine employée contient 3 mg. par 1 cc. Cette substance est un principe non défini retiré de la coque du Levant, constitué surtout de picrotine et de picrotoxinine. La coque du Levant est le fruit de l'anamirte, une liane qui appartient à un groupe de sept espèces différentes; la coque du Levant vient de l'anamirta cocculus.

Discussion.

M. René Rolland. Cette communication ajoute un nouvel élément au traitement des comas barbituriques par la picrotoxine. Avec les méthodes conventionnelles du traitement, il fallait parfois plusieurs jours pour sortir un malade du coma.

M. Roger Dufresne. On a accusé la picrotoxine d'avoir un effet excitant qui n'est pas toujours parallèle à l'effet antibarbiturique. Ceci est bien démontré dans l'observation du docteur Amyot. Il faut donc être toujours près du malade pendant toute la durée du traitement.

M. Geo. Hébert se demande comment la malade était dans un coma si profond après avoir pris une dose de barbiturique qui ne semble pas très forte.

M. Roma Amyot répond au docteur Hébert que la malade n'a pas donné de renseignements très précis sur la quantité du médicament ingéré. De toute façon elle était profondément comateuse lors du premier examen. Il répond au docteur Rolland que le séconal avait été pris seulement 4 heures auparavant. Si la malade avait ingéré le séconal depuis longtemps, il aurait été plus difficile de la sortir du coma.

Cas de réinfection par la syphilis.

MM. Albéric MARIN et Geo. LECLERC

Premier épisode.

Jean Mon..., homme âgé de 42 ans, s'est présenté au dispensaire de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame le 24 février 1948, pour une lésion à la verge, apparue 6 jours auparavant. A l'examen, on note, sur la face dorsale du sillon balano-préputial un peu à gauche, une exulcération superficielle mesurant 1 cm. x 16 mm. Ganglions inguinaux. Pas d'éruption cutanée. L'examen à l'ultramicroscope, le 24 février, montre la présence de tréponèmes pâles (Dr A. Bertrand). Wassermann et Kahn négatifs le 25 février. Trois de ses contacts ont été retracés, trouvés infectés de syphilis secondaire et mis au traitement.

Diagnostic.

Syphilis acquise primaire séro-négative (25/2/48).

Traitement. Du 25 février au 1er avril 1948, le malade a reçu 2,400,000 unités de pénicilline aqueuse (40,000 u. q. 3 h.), 20 injections de mapharsen et 10 injections de bivatol. Le chancre était complètement guéri le 8 mars 1948.

Deuxième période.

Le 10 juin 1948, le malade présentait depuis 4 jours, au sillon balano-préputial, juste à gauche du frein, une petite exulcération superficielle avec induration de la base. Cette exulcération est à un endroit différent du premier chancre. Adénopathie inguinale droite. Contacts sexuels 3 semaines auparavant. Examen à l'ultra-microscope révèle la présence de tréponèmes pâles (Dr A. Bertrand). Les contacts sexuels n'ont pas été retracés. Wassermann et Kahn négatifs.

Diagnostic.

Syphilis acquise primaire séro-négative. Réinfection (10/6/48).

Traitement. Du 11 juin au 16 juillet 1948, le malade a reçu 2,400,000 unités de pénicilline aqueuse, 20 injections de mapharsen et 10 injections de bivatol. Le 18 juin, le deuxième chancre était cicatrisé.

Le malade avait eu une prise de sang en chirurgie le 22 octobre 1945 avec résultat: Wassermann négatif, Kahn négatif. Du 25 février 1948 au 20 septembre 1948, le malade a eu 31 épreuves sérologiques de la syphilis avec toujours le même résultat: Wassermann

négatif, Kahn négatif. Durant la première semaine de traitement, les épreuves ont été faites tous les 2 jours.

Critères de réinfection.

a) Preuve indubitable de la première infection.

b) Traitement suivi de période de séronégativité.

c) Deuxième chancre à un site différent du premier.

d) Sérologie négative lors du deuxième chancre.

Discussion.

M. Albert Bertrand. Nos notions sur la morphologie de l'agent causal de la syphilis semblent se modifier. La théorie de la forme granuleuse du tréponème pâle, émise par Levaditi, qui était restée dans l'oubli, semble revenir à l'honneur. Le docteur Lépine aurait démontré dernièrement que les tréponèmes pâles tels qu'observés au microscope sont une forme de transition et que l'agent causal de la syphilis serait un spirochétogène.

M. Donatien Marion s'informe si les traitements modernes de la syphilis ont modifié nos idées au point de vue social. Il demande combien de temps après l'infection on peut permettre le mariage et la fécondation.

M. Armand Gratton aimerait savoir si plusieurs cas de réinfection ont été rapportés.

M. Albéric Marin explique que dans la réinfection il y a précession de la récidive clinique sur la récidive sérologique tandis que dans la récidive, il y a d'abord récidive sérologique et ensuite récidive clinique. Il répond au docteur Marion que les critères de la guérison de la syphilis n'ont pas changé. Il informe le docteur Gratton que plusieurs cas de réinfection ont été rapportés ces dernières années.

Anomalie de la colonne cervicale ou syndrome de Klippel-Feil.

M. Jean PIETTE

Généralités.

Quoique les anomalies de la colonne cervicale soient très fréquentes, le syndrome de Klippel-Feil est une rareté.

Il consiste dans la diminution du nombre des vertèbres cervicales avec fusion plus ou moins complète dans une seule masse osseuse. Cette condition fut décrite en détail pour la première fois par Klippel et Feil, en 1912. Depuis lors une cinquantaine de cas furent rapportés dont la majorité dans la littérature française où on les appele « les hommes sans cou ». Les lésions nerveuses sont rares quoique plusieurs cas furent associés à une déficience mentale. Bowman, en 1932, ajoute au syndrome le « geste du miroir ». Sur six cas rapportés, il observe 3 patients dont les gestes ne peuvent être dissociés. Tout mouvement accompli par une main est répété par l'autre en même temps, ce qui suggérerait peut-être une lésion des corps striés.

Cas rapporté.

Danielle P..., âgée de 21 mois, est née à l'hôpital Notre-Dame. L'accouchement fut exécuté sans incident. Le père et la mère sont en parfaite santé. On ne rapporte aucune anomalie familiale. Le poids du bébé est 5 livres et 14 onces. A la naissance, on note aussitôt cette tête sans cou jetée sur le tronc. On pouvait alors songer à la malformation de Spengel : « l'implantation anormalement haute des omoplates » qui donne une allure à peu près identique au Klippel-Feil ou à ce dernier syndrome. A la radiographie, le docteur Paul Brodeur trancha le diagnostic. En effet la patiente montre « un raccourcissement du coup par tassement des vertèbres cervicales, avec synostoses des corps vertébraux de la colonne cervicale inférieure et absence de soudure des arcs postérieurs de D^1, C^7 et C^6 ».

Evolution du cas.

Sa courbe de poids est excellente: à 6 mois elle pèse 15 libres; à un an, 20 livres. Le développement physique est retardé cependant. Elle ne s'assoit qu'à 9 mois et marche à 18 mois. Le développement psychique est bon: elle dit papa et maman à 9 mois. A 21 mois, aujourd'hui, son vocabulaire s'étend à une douzaine de mots.

Sa stature est très mauvaise. Comme la mère l'exprime, « elle marche comme le bossu de Notre-Dame ». Elle est si inclinée par en avant à la marche qu'il est presque incroyable de la voir toujours tenir debout.

Traitement et pronostic.

Cette condition est stationnaire et ne semble pas influencée par aucun traitement. Elle ne nuit pas à la longévité.

Impression personnelle.

Même s'il est entendu que rien ne peut être fait pour réparer cette colonne cervicale trop courte et fusionnée en masse, est-ce qu'il n'y aurait pas moyen de s'adresser à l'orthopédie pour d'abord faire porter un type de corset redresseur et changer le centre d'équilibre de cet enfant? De plus, n'y aurait-il pas moyen de s'adresser à la chirurgie plastique pour sectionner les trapèzes et donner une allure plus dégagée du cou? Toute suggestion serait appréciée.

Discussion.

M. Jean Piette montre le film radiologique et présente la malade.

M. Bernard Baillargeon. Les auteurs australiens croient que certaines malformations congénitales pourraient être secondaires à une infection à virus durant la grossesse.

M. Albert Guilbeault. Il y a possibilité de malformation congénitale causée par une infection passée inaperçue.

M. Roma Amyot. Il semble que la malade ne dissocie pas ses mouvements comme un enfant de son âge.

M. L. Gérin-Lajoie a vu une enfant semblable qui était une arriérée mentale. Elle n'avait jamais parlé et reconnaissait à peine ses parents. Les parents étaient cousins germains. Il demande s'il y avait consanguinité chez les parents de la malade présentée aujourd'hui.

M. Edouard Gagnon. Au « Toronto General Hospital », l'an dernier, on a présenté une malade semblable âgée de 8 ans. A cette occasion, un chirurgien qui avait vu plusieurs cas a exprimé l'opinion que, si l'enfant est très jeune, il est peut-être avantageux de sectionner les trapèzes; mais, en général, il est mieux de ne pas intervenir chirurgicalement.

M. Claude Bertrand. A l'Institut Neurologique, plusieurs cas de Klippel-Feil ont été observés, certains ont même été découverts chez des adultes. Souvent il y a coexistence d'autres malformations congénitales. Les neurochirurgiens de l'Institut Neurologique sont d'avis que probablement il est mieux de ne pas intervenir.

M. Jean Piette. Il n'y a pas de consanguinité dans les antécédents de cette malade. Elle ne semble pas être une arriérée mentale. Elle a un vocabulaire d'une douzaine de mots et elle mange seule.

Hypothyroïdie et appendicite aiguë.

M. Jean GRIGNON

Mademoiselle J. D. se présente, le 16 janvier 1947, pour un goitre nodulaire. Son médecin lui a fait remarquer, il y a quelques mois, qu'elle avait une petite tuméfaction dans la région thyroïdienne. Depuis six mois, elle a perdu 15 livres; l'appétit est diminué; elle est nerveuse (fume 30 à 50 cigarettes par jour et prend 10 à 12 tasses de café par jour) et se sent fatiguée.

Nous remarquons que la peau est sèche et les extrémités froides. Elle se plaint également de frilosité. Enfin le métabolisme basal est à —40%.

Le 25 janvier nous prescrivons de l'extrait thyroïdien 1 grain au déjeuner, en vue de la préparer à une thyroïdectomie subtotale bilatérale.

Le 3 février, la patiente nous revient, se plaignant de crises douloureuses abdominales depuis deux jours avec quelques nausées et vomissements.

L'examen de l'abdomen nous révèle une douleur assez diffuse, mais beaucoup plus vive à la région appendiculaire. La température est à 98, le pouls à 80. Elle raconte avoir fait des crises abdominales quelque peu semblables depuis deux mois. Depuis six ans, elle souffre fréquemment de constipation et de malaises intestinaux.

Nous savons que dans l'hyperthyroïdie il existe de la constipation et des malaises intestinaux qui ont fait opérer ces patients pour appendicite et que la plupart du temps nous ne trouvons aucune lésion aiguë.

Mais, en face d'une douleur vive si bien localisée, nous demandons une formule sanguine et un lavement baryté.

3 février: globules rouges: 3,775,000; globules blancs: 4,750; hémoglobine: 72%; val. globulaire: 0.9; poly. neutro.: 56%; grands mono.: 6%; lymphocytes: 35%; poly. éosino.: 3%.

3 février: lavement baryté. L'hypothèse la plus plausible paraît celle d'une péritonite localisée avec adhérences nombreuses de la région iléo-cæcale, gène et stase localisée.

Nous faisons admettre cette patiente le 5 février. Sa température est de 98 3/5, le pouls 80. Elle se plaint encore de la même douleur bien localisée et le toucher du Douglas est douloureux.

Une autre formule sanguine se lit comme suit: globules rouges: 4,800,000; globules bl.: 5,700; hémoglobine: 60%; val. globulaire: 0.6; poly. neutro.: 47%; grands mono.: 2%; lymphocytes: 51%; poly. éosino.: 0%.

Malgré une température et une formule leucocytaire normales depuis au moins trois jours, en face de la douleur abdominale bien localisée, nous décidons avec le docteur René Grignon d'intervenir.

Protocole opératoire.

Appendice rétro-cæcal sous-séreux en réaction aiguë et sous tension. Le cæcum est couvert de membranes de Jackson. Appendicectomie après libération sans drainage.

Les suites opératoires sont tout à fait normales.

Nous avons présenté ce cas dans le but de souligner quelques faits intéressants:

1° Tous les chirurgiens savent qu'une appendicite gangrenée peut ne présenter comme symptôme que la douleur avec une température et une formule sanguine normales. C'est vrai, mais ce n'est pas fréquent. Notre appendice n'était pas gangrené.

2° Les hypothyroïdiens ont une température normale, qui peut être 96°. Leur température normale peut monter sans dépasser 98 3/5.

3° Les hypothyroïdiens ont un métabolisme ralenti aussi bien au niveau de la moelle osseuse que dans les autres tissus et présentent souvent une anémie hypoplastique. Conséquemment, leur moelle réagit moins aux infections.

4° Les hypothyroïdiens ont un transit intestinal ralenti qui cause des douleurs par fermentation, etc...; ces douleurs sont souvent localisées au cæcum, mais ne sont pas très vives et persistent peu de temps.

5° Chez les hypothyroïdiens, une douleur vive, persistante et localisée à la région appendiculaire, malgré l'absence des autres signes habituels, doit nous faire penser à l'appendicite aiguë.

Conclusion.

Si parfois des hypothyroïdiens sont opérés inutilement pour appendicite, il serait beaucoup plus grave de ne pas opérer ceux-là qui ont réellement une appendicite aiguë.

Discussion.

M. Armand Gratton demande des explications au sujet du métabolisme basal et de

l'hypothyroïdie.

M. Paul David s'informe pourquoi avec un métabolisme de —40% on a enlevé la thyroïde. Il demande aussi quel a été le rapport anatomo-pathologique de l'appendice.

M. Jean Grignon répond au docteur Gratton que la malade avait tous les petits signes de l'hypothyroïdie. Il répond au docteur David que la malade a été opérée parce qu'elle présentait un adénome de la thyroïde. Il s'agissait d'un goitre colloïde qui s'était nodulisé. Comme des complications graves peuvent survenir dans les cas de goitre nodulaire et que le taux de mortalité de la thyroïdectomie est très bas, il est indiqué d'intervenir dans ces cas. L'examen anatomo-pathologique de l'appendice n'a pas été fait.

Deux cas de méningite tuberculeuse traités avec succès.

MM. A. GUILBEAULT et G. HUARD

Premier cas.

L. D., fillette de 4½ ans, fut admise dans le service avec l'histoire suivante, le 13 avril 1948.

Malaise, fatigue, diminution de l'appétit depuis deux semaines, céphalée, température et premiers vomissements une semaine avant l'admission. Plaintes continuelles, ne parle pas, ne peut marcher et mange très peu depuis deux jours. Fut trouvée inconsciente le matin de son admission.

La petite a eu la rougeole il y a deux ans, elle fut immunisée contre la diphtérie et la coqueluche. Elle jouissait auparavant d'une très bonne santé.

La maman eut six grossesses, dont une fausse couche de deux mois. Un enfant est décédé à l'âge de 8 mois, il y a 8 ans, de méningite (selon le médecin). Les trois autres enfants sont en bonne santé. Le père est en bonne santé. Pas de tuberculose chez les ascendants et les cohabitants.

A son arrivée, la malade présente un état général très mauvais. Elle est inconsciente. Elle a des mouvements désordonnés des yeux, le plus souvent en strabisme convergent. La langue est sèche, le pharynx rempli de sécrétions épaisses. La respiration, du type Cheyne-Stokes, laisse entendre un murmure vésiculaire normal. Le tronc est rigide et ses mouvements sont douloureux. L'abdomen n'a pas de défense musculaire, il est plutôt déprimé et la peau est sèche.

Traitement.

L'enfant reçut de la streptomycine. 100,000 unités aux 3 heures pendant 175 jours par voie intramusculaire: du 14 avril au 7 oct.; 100,000 unités par jour pendant 78 jours, par voie intrarachidienne: du 15 avril au 5 juil.

Elle eut des solutés intraveineux, les 15 premiers jours de son hospitalisation.

Quelques notes d'évolution de la maladie:

Dès le début de la maladie, la patiente ne paraît point voir.

Du 23 avril au 10 juin: l'enfant est nourrie par gavage. Alternance de somnolence et d'inconscience.

Le 10 juin: des tentatives d'alimentation par la bouche sont faites avec peu de succès.

Le 13 juin: l'enfant prend quelque nourriture avec appétit.

Le 20 juin: elle soulève seule la tête et sent moins de raideur des membres.

Le 27 juin: elle se tient en position semi-assise.

Le 5 juillet: on cesse les injections intrarachidiennes.

A la fin de juillet: un examen du fond de l'œil fait par le Dr Brault montre une atrophie optique.

Vers la mi-août et au début de septembre: l'enfant reconnaît les objets et de plus en plus recouvre la vue. Alors l'enfant commence à s'asseoir dans son lit puis sur une chaise.

Le 20 août: elle se lève et commence à circuler au bras de sa garde-malade.

Les 5 et 6 septembre: elle circule plus facilement.

Le 16 septembre: épreuve à la tuberculine (Vollmer) positive.

Le 26 septembre: elle marche seule avec hésitation.

Le 7 octobre: la streptomycine I. M. est cessée.

Depuis, l'enfant se comporte tout à fait normalement, elle gagne chaque jour plus d'assurance à la marche, a très bon appétit. Son poids, qui était de 30 livres le 12 juin, est maintenant de 47 livres. A l'examen physique, on note les particularités suivantes: le système pileux s'est très développé au cours de la maladie, les grandes lèvres sont en relief et portent un système pileux exceptionnellement développé pour une enfant de cet âge.

Suivent les rapports des différentes analyses faites par le Dr A. Bertrand sur le liquide céphalo-rachidien, le sang et les urines:

Liquide céphalo-rachidien:

	Eléments	Albumine	Glucose	Pandy	B.K.	Cult.	Inocul.
14 avril:	nombreux	0.8	35 mg. %	pos.	pos.		
29 avril:	31				nég.	q.u.s. liquide	
13 mai:					nég.		
6 juillet:	55				nég.		
11 octobre:							rapport à suivre

Urines:

13 avril: acétone, globules rouges, leucocytes, épithéliums.

1er septembre: albumine (traces), cristaux de phosphate de soude, leucocytes, cellules épithéliales.

Formule sanguine:

	Gl. rouges	Gl. blancs	Hb.	V.G.	Neutro.	Mono.	Lympho.
14 avril:	3,500,000	13,000	72%	1	91%	1%	8%
29 juin:	4,200,000	4,500	82%	0.9			
9 oct.:	4,300,000	7,000	97%	1.1	31%	1%	64%

Shilling:

Baso.	Myélo.	Stabs.	Lympho.	Eosino.	Méta.	Segm.	Mono.
0	0	1	64	4	0	30	1

Chimie du sang:

13 avril: urée, 21 mgs — glucose, 132 mgs.

Sédimentation globulaire:

13 septembre: activité modérée.

14 octobre: normale.

18 octobre: normale.

Radiographie pulmonaire:

14 avril 1948. Poumons (cliché A. P.): présence d'images trabéculaires accompagnées d'un fin piqueté d'ombres au niveau des lobes supérieurs, images qui semblent plus confluentes à gauche. Rien à signaler au point de vue de la morphologie cardiaque. Pas d'oblitération des sinus.

Impression: tramite supérieure bilatérale; cette tramite est suffisamment marquée à gauche pour qu'elle soit qualifiée d'infiltration discrète et vraisemblablement de type T. B., surtout si l'on prend en considération la turgescence légère des deux images hilaires.

Signé: Dr P. Brodeur.

Résumé.

Malade traitée au 15ème jour de l'évolution d'une méningite tuberculeuse par 140,000,000 d'unités de streptomycine par voie I. M. et 7,800,000 unités par voie I. R. A souffert de cécité jusqu'au début de sep-

tembre. La patiente est considérée comme guérie.

* * *

Deuxième cas.

J. D., fillette de 6 ans, fut admise dans le service le 21 mars 1948, présentant l'histoire objective suivante:

Céphalée frontale intense, température depuis deux jours. Vomissements la veille de son admission. Elévation de la température le jour de son admission. Douleur à la nuque la veille de l'admission et douleurs aux jambes.

L'enfant a eu la rougeole il y a trois semaines. Varicelle et coqueluche à l'âge de 8½ mois. Elle fut immunisée contre la diphtérie et la variole.

La mère a trois autres enfants en bonne santé. Elle-même et son mari paraissent en bonne santé.

Une grand-mère qui visite l'enfant et chez qui l'enfant a passé le temps de sa rougeole et la convalescence est une tuberculeuse avérée.

A son admission, l'enfant présente un état général mauvais. Elle est plaintive ou délirante. Le facies très congestionné. Présente de l'hypersthésie cutanée. Douleur à la flexion du cou. Adénopathie axillaire. Cœur et poumons cliniquement normaux. Les réflexes tendineux sont vifs.

Traitement:

Streptomycine: 125,000 unités aux 3 heures I. M. pendant 3 mois. 30,000 unités tous les 2 jours I. R., 1 mois. 100,000 unités 2 fois par semaine I. R., 1 semaine.

Promizol: 0 gr. 50, 2 fois par jour *per os*, pendant 4 mois.

Solutés I. V.: 300 cc. par jour, pendant 1 semaine.

Quelques notes d'évolution de la maladie:

A l'admission, l'enfant fait 103.4°, s'hydrate peu, divague, est agitée, plaintive, a des cauchemars la nuit.

22 mars: les douleurs persistent à la nuque qui est raide, le facies est congestionné. L'enfant a des cris perçants la nuit et souffre de céphalée intense.

23 au 30 mars: vomissements répétés. La raideur de la nuque est moins prononcée. Elle refuse souvent de s'alimenter. Inconsciente par moments.

30 mars: plus consciente. Meilleur appétit, vomit moins souvent.

1 avril et jours suivants: s'alimente mieux, parle davantage, garde sa connaissance, ne souffre pas. La nuque est moins raide.

20 avril: s'assoit dans sa chaise.

22 avril: circule dans sa chambre; les ponctions lombaires sont très difficiles à faire.

25 avril: s'amuse avec ses compagnes.

En mai: l'enfant est gaie et circule dans la salle.

En juin: s'alimente très bien, gagne du poids, 7 livres en 1½ mois. A son congé.

Voici les rapports des différentes analyses faites par le Dr A. Bertrand.

Chimie sanguine:

Urée: 24 mgs. Glucose: 108 mgs.

Analyses des urines:

8 avril: albumine, sucre, leucocytes, épithéliums.

16 avril: traces d'albumine, rares globules rouges, leucocytes, épithéliums.

Rapport radiologique.

Poumons. 25 mars 1948 (cliché P. A.): signes radiologiques bien définis de tramite bilatérale, plus marqués au niveau des arbres bronchiques supérieurs droit et gauche. Absence de foyer de condensation parenchymateuse, d'image d'adénopathie trachéo-bronchique et d'épanchement pleural. Pas d'oblitération des sinus. Image cardiaque sensiblement normale.

Signé: Dr P. Brodeur.

Liquide céphalo-rachidien:

	Eléments	Glucose	Chlorures	B.K.	Cult.	Inocul.
22 mars:	492			positif		
25 mars:	160	0.48	6.66	q.u.s. de liquide		
30 mars:	300	0.61	7.13	négatif		
5 avril:						Rapport à suivre
13 avril:	rares			négatif		
4 oct.:					nég.	

Formule sanguine:

	Gl. rouges	Gl. bl.	Hb.	V.G.	Neutro.	Mono.	Lympho.	Eosino.
8 avril:	4,000,000	8,000	87%	1	77%	1%	21%	1%
30 avril:	3,900,000	6,000	74%	0.9	73%	3%	24%	

29 avril 1948 (cliché P. A.): cliché légèrement moins pénétré et de fait il y a exagération de la visibilité de la trame broncho-vasculaire des deux côtés. Absence de foyer de condensation parenchymateuse et d'image d'épanchement pleural. Tramite bilatérale. Pas de changement bien appréciable des images cardio-pulmonaires par comparaison avec le cliché précédent du 25 mars.

Signé: Dr P. Brodeur.

Résumé.

Malade souffrant de méningite tuberculeuse depuis 2 jours. A reçu 116,000,000 d'unités de streptomycine I. M. et 650,000 unités I. R.

A quitté l'hôpital le 24 juin. Depuis cette date, l'enfant a été visitée à domicile. La dernière visite faite au début de septembre confirme la guérison complète.

Discussion.

M. Roma Amyot souligne que l'amélioration a été excessivement rapide. Elle est survenue au bout d'un mois dans un cas et au bout de 1½ à 2 mois dans l'autre. Il ajoute qu'il y a eu des cas rapportés de rémission à peu près totale mais avec récidive dans l'avenir. Il croit que l'on devrait dire rémission de la tuberculose plutôt que guérison. Plus tard on pourra parler de guérison.

M. Yves Chaput. Y a-t-il eu des études comparatives entre la méningite tuberculeuse des adultes et des enfants au point de vue résultat thérapeutique?

M. Roger Dufresne remarque qu'un peu partout les résultats du traitement ont été meilleurs chez les enfants que chez les adultes.

M. Claude Bertrand aurait observé plus de 10 cas de méningite tuberculeuse depuis un an. Parmi ces cas, 2 ont eu des rémissions qui ont paru durer plusieurs mois. Il ajoute qu'il semble que l'addition du promizol à la streptomycine améliore les résultats.

M. Jules Brault. Ce qui est le plus intéressant dans ces cas est l'examen du fond de l'œil et l'évolution dans l'amélioration de la vision. Il est très étonnant que l'enfant, après avoir été totalement aveugle, ait récupéré sa vision.

M. Albert Guilbeault admet que l'on ne doit pas parler de guérison pour le moment. Il dit que plus le traitement est précoce, plus est assurée la rémission temporaire.

Diagnostic radiologique d'une helminthiase digestive.

M. Jean MICHON

Par le service de radiologie de l'hôpital Notre-Dame en collaboration avec le docteur R. Décarie.

De toutes les endoparasitoses intestinales humaines observées chez nous et susceptibles d'être reconnues radiologiquement, il semble que seule l'ascaridiose se puisse identifier d'une façon directe et positive.

La démonstration rœntgénographique du parasite est d'un triple intérêt:

1° Elle signe le diagnostic du cas où l'exament coprologique reste muet, malgré les soupçons de la clinique.

2° Elle prend un intérêt clinique considérable au cours de syndromes digestifs de nosologie obscure.

3° Elle est un contrôle fiable de l'efficacité de la cure.

L'ascaris lombricoïde (sous - embranchement: némathelminthe, classe: nématode) est le plus fréquemment rencontré des vers parasites intestinaux chez l'homme de nos climats.

Description: corps filiforme cylindrique, effilé aux deux extrémités et portant bouche et anus; son tube digestif est droit. Les sexes sont séparés. Le ver est extérieurement revêtu de chitine.

Le mâle est plus petit et son extrémité postérieure est recourbée; il mesure de 15 à 20 cms, quand la femelle en mesure 25 à 30 cms, et son diamètre est d'environ 3 mm.

Les œufs sont expulsés en formidable quantité avec les excréments.

Sa pathogénicité est minime et sa présence est le plus souvent insoupçonnée. Sa multiplication et ses migrations peuvent cependant entraîner des complications d'une haute gravité, telle l'obstruction intestinale ou biliaire.

Diagnostic radiologique. Présence d'une image translucide, allongée, vermiculaire, dans la lumière intestinale. La baryte adhère aux contours du ver et aide à sa visualisation. La lumière intestinale peut en être considérablement encombrée.

Occasionnellement, le baryum imprègne la cavité digestive de l'ascaris qui se traduira par un fil opaque, ténu, d'autant mieux visible que l'anse infectée se sera évacuée de la substance opaque.

C'est donc au cours de l'examen du T. D. par voie haute, sur les clichés de réplétion et d'évacuation du grêle, que les possibilités de mise en lumière des images d'ascaris sont les meilleures.

L'oxyure vermiculaire, aussi de la classe des nématodes (habitat: depuis le duodénum à l'anus), n'est pas décelable radiologiquement à cause de sa ténuité (mâle: 3 mm., femelle: 9 mm.).

Quant à l'ankylostome duodénal et le nécator americanus, espèce de genre différent de la famille des ankylostomidés, l'un que revendique le « vieux monde », l'autre « le nouveau », ils peuvent se rencontrer chez le même hôte.

Radiologiquement, l'ankylostomiase se manifeste par les images dites de « déficience du grêle », qui comme l'on sait n'ont rien de spécifique.

De l'ordre des tæniadés (sous-embranchement: plathelmintes), les tænias solium et saginata parasitent, à l'état d'adulte, le petit intestin de l'homme. Pour des raisons qui nous échappent et qui d'ailleurs ne sont nulle part discutées dans la littérature que nous avons consultée, ces vers restent tout à fait insaisissables radiologiquement.

Présentation de films.

Bibliographie:

1. Bockus: *Gastro-enterology,* 1946.
2. Craig et Faust: *Clinical Parasitology.*
3. Buckstein: *The digestive tract in Roentgenology,* 1948.
4. Diseases of tropical and subtropical regions. *Ministry of War G. B. War memoranda.*
5. *Diagnostic Roentgenology,* Nelson.
6. C. R. Krause et J. A. Crilly: Roentgenologic changes in the small intestine in the presence of the hock-worm. *Am. J. Roentgenology,* **49**: 719, 1943.
7. Ross Golden: *Radiologic examination of the small intestine,* 1945.

Discussion.

M. Yves Chaput fait certaines considérations sur la fréquence des différents parasites intestinaux.

M. Paul Brodeur explique que cette communication a été faite comme divertissement aux séances scientifiques parce que c'est une trouvaille assez rare.

Le secrétaire adjoint du Bureau Médical,
Georges LECLERC.

NOUVELLES

BUREAU DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL POUR 1949

Le mardi, 21 décembre, avait lieu, à l'Hôtel-Dieu, l'élection du Comité Exécutif de la Société Médicale de Montréal pour la session 1949. Le résultat fut le suivant: président: docteur Albert Jutras; premier vice-président: docteur Origène Dufresne; deuxième vice-président: docteur Paul-René Archambault; secrétaire: docteur Paul Robert; trésorier: docteur François Archambault; secrétaire des séances: docteur Pierre Marion; président sortant de charge: docteur Henri Gariépy.

LE PROFESSEUR ANDRÉ COURNAND (de New-York) À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

La Société Médicale de Montréal, au cours d'une séance régulière tenue à l'Hôtel-Dieu, le 21 décembre 1948, recevait, comme conférencier d'honneur, le professeur André Cournand (de l'hôpital Bellevue, New-York). Celui-ci parla de « la circulation pulmonaire chez l'homme normal et pathologique ».

LAURÉATS DU PRIX CIBA 1948

Les docteurs Armand Frappier et Louis-Philippe Bélisle ont été proclamés lauréats du Prix Ciba (1948), de la Société Médicale de Montréal, lors de la séance du 21 décembre 1948. Le premier prix de $1,000, a été décerné au docteur Armand Frappier, pour son travail intitulé: « Expériences et observations cliniques sur la stabilité du B.C.G. ». Le second prix de $500, a été attribué au docteur L.-P. Bélisle, pour son travail intitulé: « L'appendice — Etude comparée du diagnostic radiologique des constatations opératoires, anatomo-pathologiques et des résultats cliniques ultérieurs ».

NOUVEAUX ÉLUS AU COLLÈGE ROYAL

98 nouveaux membres viennent d'être admis, après examens tenus à Montréal en octobre et novembre, au Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Parmi les nouveaux élus, on remarque, en médecine, le nom du docteur Robert Genest (mention neuro-psychiatrie) et en chirurgie, les noms des docteurs L.-A. Frénette, Roger Gariépy (mention orthopédie), J.-A. Gravel, Louis Létienne (mention orthopédie), J.-C.-A. Marchand (mention orthopédie), L.-P. Roy (mention orthopédie), Georges-Philippe Fortier (mention gynécologie et obstétrique), Raymond Simard et Roland Simard (tous deux mention gynécologie).

Le docteur Fortier est d'Edmonton, le docteur Louis Létienne habite les Trois-Rivières, les docteurs L.-P. Roy, Gravel et Frénette sont de Québec, les docteurs Robert Genest, Roger Gariépy, J.-C.-A. Marchand, Raymond et Rolland Simard sont de Montréal.

ÉLECTIONS DU CONSEIL À L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

Lors de l'assemblée régulière du Bureau médical de l'Hôtel-Dieu, tenue le 11 décembre 1948, il y eut élection des officiers du nouveau bureau exécutif pour les années 1949 et 1950. Les élus sont les suivants: président: le docteur Edouard Desjardins, professeur titulaire de pathologie chirurgicale; vice-président: le docteur François Badeaux, professeur d'ophtalmologie; secrétaire-trésorier: le docteur Jean-Paul Legault, chef du service d'urologie; conseillers: les docteurs J.-Roméo Pépin, professeur de clinique médicale, Jean Saucier, professeur de neurologie, Louis de G. Joubert, chef du service d'oto-rhino-laryngologie, Roméo Rochette, chef du service d'anesthésie, Rodrigue Lefebvre, chef de la section de cardiologie, et Paul Poirier, chef du service de dermato-syphiligraphie.

LE DOCTEUR ROLLAND BLAIS, NOUVEAU PRÉSIDENT DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔTEL-DIEU

Le 11 décembre 1948, le Bureau médical de l'Hôtel-Dieu de Montréal a tenu une séance régulière, à l'issue de laquelle ont eu lieu les élections du Bureau médical pour les années 1949 et 1950.

Les docteur Rolland Blais a été choisi comme le nouveau président. Le docteur Paul Letendre a été élu vice-président et le docteur Jean Charbonneau a recueilli les suffrages comme secrétaire.

LE DOCTEUR MERCIER FAUTEUX CONFÉRENCIER ANNUEL DU COLLÈGE ROYAL

Samedi, le 27 novembre 1948, le docteur Mercier Fauteux eut le très grand honneur d'être invité comme conférencier annuel du Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada.

Le titre de son travail était le suivant: « The future of cardiac surgery ».

LE PROFESSEUR RENÉ FONTAINE, DE STRASBOURG, DE PASSAGE À MONTRÉAL

Le docteur René Fontaine, professeur de thérapeutique chirurgicale à l'Université de Strasbourg, passa à Montréal la deuxième semaine de décembre. Il donna une leçon clinique le 7 décembre, sur « les artérites », à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, au bénéfice des étudiants et du personnel médical.

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal invita le professeur René Fontaine à donner, le vendredi 10 décembre, une leçon sur « les phlébites », à l'intention des élèves des 2e, 3e et 4e années. Le professeur de pathologie chirurgicale, le docteur Edouard Desjardins, présenta et remercia le conférencier.

LE DOCTEUR EUGÈNE THIBAULT À L'HONNEUR

Le 5 décembre 1948, à l'église St-Germain d'Outremont, les insignes de Chevalier de l'Ordre Equestre du Saint-Sépulcre de Jérusalem ont été conférés au docteur Eugène Thibault, de Verdun, président de la Fédération des Sociétés Médicales de la province de Québec.

LE DOCTEUR CHARLES HÉBERT, NOUVEAU CHEF

Le docteur Charles Hébert a été nommé récemment à la direction du service de chirurgie de l'hôpital Notre-Dame, en remplacement du docteur Antonio Bellerose, décédé subitement le jour même de sa nomination, le 25 octobre 1948.

UNITÉ SANITAIRE À CABANO

La ville de Cabano possède maintenant une unité sanitaire. Le docteur Léonce Gaudreault en assure la direction.

HÔPITAL PROJETÉ À DOLBEAU

Lors d'une réunion, le conseil municipal de Dolbeau a formé un comité de citoyens, qui verra aux moyens de promouvoir l'établissement d'un hôpital dans cette ville.

LE DOCTEUR PAUL VIGNEAU PRÉSIDENT DES ÉTUDIANTS À PARIS

Le docteur Paul Vigneau, des Trois-Rivières, vient d'être élu président des étudiants à Paris. Parti en mai dernier pour Paris, où il poursuit ses études en orthopédie à l'hôpital Foch, le docteur Vigneau doit revenir au Canada vers la fin de juillet 1949.

UN MÉDECIN CHINOIS À CHICOUTIMI

L'Hôtel-Dieu de Saint-Valier, de Chicoutimi, accueillait récemment un nouveau médecin, le docteur Peter Lou, de Chine. Ce jeune médecin vient ici dans le but de perfectionner ses connaissances en chirurgie.

SÉANCE DE LA MONTREAL NEUROLOGICAL SOCIETY TENUE À L'HÔPITAL NOTRE-DAME

La *Montreal Neurological Society*, section de la *Montreal Medico-Chirurgical Society*, a tenu, le 1er décembre 1948, une séance à l'hôpital Notre-Dame. Le docteur Roma Amyot a présenté deux cas pour diagnostic et le docteur Claude Bertrand a présenté deux cas, un de pinéalome et l'autre de crâniopharyngiome.

LE DOCTEUR ALBERT JUTRAS À SHERBROOKE

Le Club Lions, de Sherbrooke, sous la présidence du docteur R.-L. DuBerger, donnait son dîner anniversaire le samedi 11 décembre, au Hillcrest Ski Club. Le conférencier d'honneur était le docteur Albert Jutras, radiologiste de l'Hôtel-Dieu de Montréal. Présenté par le docteur Georges Saine, le conférencier a été remercié par Monsieur O. Goyette.

NOUVEL EXÉCUTIF MÉDICAL DU SANATORIUM PRÉVOST

Le Bureau Médical du Sanatorium Prévost a tenu son assemblée régulière de décembre, le 17 de ce

mois, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Roma Amyot. On y a procédé aux élections pour l'année 1949, qui ont donné les résultats suivants: le docteur Roma Amyot, président; le docteur Emile Legrand, vice-président; le docteur Paul Larivière, secrétaire-trésorier, et le docteur Alcide Pilon, conseiller.

SÉANCE CLINIQUE NEUROLOGIQUE À L'HÔTEL-DIEU

Mercredi, le 15 décembre, la *Montreal Neurological Society* tint une séance clinique à l'Hôtel-Dieu. Le programme était ainsi constitué: un cas d'ophtalmoplégie bilatérale et un cas de dystrophie musculaire atypique, par M. Jean-Léon Desrochers; un cas d'atrophie musculaire pour diagnostic, par MM. Emile Legrand et Jean Saucier; un cas pour diagnostic, par M. Jean Saucier.

BANQUET ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GRANBY

A son banquet annuel tenu à l'hôtel Granby, le dimanche 12 décembre, la Société Médicale de la région de Granby, sous la présidence du docteur J.-V. Goyette, recevait le docteur Albert Jutras de Montréal.

Le conférencier a été présenté par le docteur Emile Quenneville et remercié par le docteur Philippe Leduc.

M. le Maire Horace Boivin et Madame Boivin assistaient comme invités spéciaux.

NOUVEL HÔPITAL BÉNI À JOLIETTE

L'honorable Dr Paquette, ministre provincial de la santé, assistait, le 19 décembre, à la bénédiction du nouvel hôpital de Joliette, cérémonie qui était présidée par S. Exc. Mgr J.-A. Papineau.

Le docteur Lafortune, président du bureau médical de l'hôpital Saint-Eusèbe de Joliette, a prononcé une causerie, au cours de laquelle il a rendu un bel hommage à l'hon. M. Barrette, qui a aidé le bureau médical à obtenir les octrois qui ont permis l'érection de ce magnifique hôpital.

Au cours de son allocution, l'hon. Dr Paquette a rappelé qu'en 1943, le budget du ministère de la santé était de $5,000,000, En 1948, le gouvernement actuel a dépensé la somme de $22,600,000 pour la santé dans la province, et le prochain budget sera porté à environ $26,000,000. Il souligna que le gouvernement met de fortes sommes à la disposition des jeunes médecins qui veulent s'établir à la campagne et qu'actuellement, sur 3,200 médecins, seulement 600 y sont établis. Il demande donc des médecins pour la campagne.

RÉUNION À L'HÔTEL-DIEU DES RHUMATOLOGUES

La section de rhumatologie de la *Montreal Medico-Chirurgical Society* tenait, le 15 décembre 1948, à l'Hôtel-Dieu, une assemblée au cours de laquelle les travaux scientifiques suivants ont été présentés: « Review of French Literature on Arthritis and Allied Disorders »: docteur J.-A. Blais; « Presentation of two cases »: docteur R. Dandurand.

À LA SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

La Société de Gastro-entérologie tenait une réunion, au Cercle Universitaire, le vendredi 17 décembre, sous la présidence du docteur René Rolland, vice-président.

Le programme scientifique était le suivant:

a) Les dilatations veineuses de l'estomac: docteur Jean Burckel;

b) Pharmacodynamie du duodénum: docteur Daniel Prot;

c) Les signes radiologiques de l'appendicite: docteur Louis-Philippe Bélisle.

ÉLECTIONS À L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST DE MONTRÉAL

L'Association des Médecins de l'Est de Montréal a élu, le 30 novembre, ses nouveaux officiers qui sont:

Président: docteur Paul Letondal; vice-présidents: docteur René Dionne, Gérard Rivard et Viateur Archambault; secrétaire: docteur Julien Pesant; trésorier: docteur René Major; directeurs: docteurs Léon Ledoux, L.-A. Hébert, J.-E. Limoges, Gaspard Morin et Origène Dufresne.

LE DOCTEUR ORIGÈNE DUFRESNE, CONFÉRENCIER

Le docteur Origène Dufresne, directeur et président du bureau médical de l'Institut du Radium, prononçait récemment une causerie intitulée: « Le problème actuel du cancer », à l'Association des infirmières de la Province de Québec.

CLINIQUES DE DERMATO-SYPHILIGRAPHIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

1949

Professeur : Albéric Marin (Notre-Dame)

Professeur agrégé : Paul Poirier (Hôtel-Dieu)

Assistants : F.-L. Boulais (Notre-Dame)
A. Lambert (Notre-Dame)
J.-P. Foisy (Notre-Dame)
G. Leclerc (Notre-Dame)

Mois	*Date*	*Jour*	*Lieu*	*Heures*	*Groupe*	*Titre des cliniques.*
Janv.	17	Lundi	N.-Dame	9 à 11	B-E	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques. Agents physiques, etc., etc.
—	20	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	B-E	Dermites eczémateuses. Urticaire. Allergie, etc.
—	24	Lundi	N.-Dame	9 à 11	B-E	Acné. Lichen plan. Lupus érythémateux. Lupus vulgaire, etc.
—	27	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	B-E	Syphilis I, II, III et latente, etc.
—	31	Lundi	N.-Dame	9 à 11	B-E	Tumeurs bénignes. Tumeurs malignes, etc.
Fév.	3	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	B-E	Syphilis nerveuse. Classification. Diagnostic, etc.
—	7	Lundi	H.-Dieu	9 à 11	B-E	Psoriasis. Dermite séborrhéique. Pityriasis rosé de Gibert, etc.
—	10	Jeudi	H.-Dieu	9 à 11	B-E	Gale. Pédiculose. Furoncle. Impétigo, etc.
—	14	Lundi	H.-Dieu	9 à 11	B-E	Zona. Herpès. Pelade. Teigne. Erythème polymorphe, etc., etc.
—	17	Jeudi	H.-Dieu	9 à 11	B-E	Syphilis congénitale et Syphilis viscérale.
—	21	Lundi	N.-Dame	9 à 11	C-F	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques. Agents physiques, etc.
—	24	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	C-F	Dermites eczémateuses. Urticaire. Allergie, etc.
—	28	Lundi	N.-Dame	9 à 11	C-F	Acné. Lichen plan. Lupus érythémateux. Lupus vulgaire, etc.
Mars	3	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	C-F	Syphilis I, II, III et Latente, etc.
—	7	Lundi	N.-Dame	9 à 11	C-F	Tumeurs bénignes. Tumeurs malignes, etc.
—	10	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	C-F	Syphilis nerveuse. Classification. Diagnostic, etc.
—	14	Lundi	H.-Dieu	9 à 11	C-F	Psoriasis. Dermite séborrhéique. Pityriasis rosé de Gibert, etc.
—	17	Jeudi	H.-Dieu	9 à 11	C-F	Gale. Pédiculose. Furoncle. Impétigo, etc.
—	21	Lundi	H.-Dieu	9 à 11	C-F	Zona. Herpès. Pelade. Teigne. Erythème polymorphe, etc., etc.
—	24	Jeudi	H.-Dieu	9 à 11	C-F	Syphilis congénitale et syphilis viscérale.
—	28	Lundi	N.-Dame	9 à 11	D-A	Lésions élémentaires. Formes pharmaceutiques. Agents physiques, etc.
—	31	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	D-A	Dermites eczémateuses. Urticaire. Allergie, etc.
Avril	4	Lundi	N.-Dame	9 à 11	D-A	Syphilis I, II, III et latente, etc.
—	7	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	D-A	Tumeurs bénignes. Tumeurs malignes, etc.
—	21	Jeudi	N.-Dame	9 à 11	D-A	Syphilis nerveuse. Classification. Diagnostic, etc.
—	25	Lundi	H.-Dieu	9 à 11	D-A	Psoriasis. Dermite séborrhéique. Pityriasis rosé de Gibert, etc.
—	28	Jeudi	H.-Dieu	9 à 11	D-A	Gale. Pédiculose. Furoncle. Impétigo, etc.
Mai	2	Lundi	H.-Dieu	9 à 11	D-A	Zona. Herpès. Pelade. Teigne. Erythème polymorphe, etc.
—	5	Jeudi	H.-Dieu	9 à 11	D-A	Syphilis congénitale et syphilis viscérale.

Note. Les médecins praticiens sont invités à suivre ces cliniques.

PLAQUES D'AUTOMOBILES SPÉCIALES POUR LES MÉDECINS

On nous communique qu'en 1949, les médecins auront encore droit à des licences d'automobiles spéciales. Ces plaques seront libellées *MD-1, 2, 3,* etc., et permettront aux médecins d'être plus facilement reconnus et moins importunés par les agents de la circulation, policiers ou autres. Les médecins, conscients de leur rôle social, doivent se faire un devoir d'accepter ce mode d'identification grâce auquel ils peuvent être facilement reconnus en cas d'urgence et appelés à sauver des vies humaines.

LE DOCTEUR WILLIE MAJOR, À LA PAROISSE SAINT-EUSÈBE

Le docteur Willie Major parlait, le 9 novembre, sur l'« Alimentation et l'enfant », à la salle paroissiale de Saint-Eusèbe.

PROFESSEURS DE LAVAL PARTIS POUR L'EUROPE

Le secrétaire général de l'Université Laval est parti pour un séjour de trois mois en Europe, où il visitera les hôpitaux et écoles de médecine de Suisse, Danemark, Norvège et France, pour étudier leur construction en vue de l'érection de la future école de médecine de Laval.

Le docteur Rosaire Gingras et M. Lucien Mainguy doivent aller rejoindre sous peu Monseigneur Parent.

TÉMOIGNAGE D'ESTIME ET DE RECONNAISSANCE RENDU AU DOCTEUR DONALD A. HINGSTON

Mardi, le 21 décembre 1948, les membres du bureau médical de l'Hôtel-Dieu ont tenu une réunion spéciale, à laquelle furent invitées les dames religieuses et les gardes-malades.

Cette séance extraordinaire avait été organisée aux fins de rendre un témoignage d'estime et de reconnaissance au docteur Donald A. Hingston à l'occasion de sa nomination comme chef honoraire du service de chirurgie.

La manifestation, rehaussée par la présence de Madame Hingston, était sous la présidence du docteur Rolland Blais, qui prononça l'allocution d'ouverture; l'hommage des chirurgiens fut exprimé par le docteur Charles Lefrançois; mademoiselle Suzanne Langevin, présidente de l'Association Jeanne-Mance, exprima les sentiments des infirmières et M. l'abbé Léonard, p.s.s., se fit l'interprète des autorités religieuses et dit au docteur Hingston la vive appréciation que celles-ci avaient de son travail et de sa grande charité pour les malades.

Un tableau de Leo Blake fut ensuite offert au docteur Hingston par ses collègues du bureau médical.

La réponse du docteur Hingston fut fort spirituelle et remplie de souvenirs touchants. Le président de l'exécutif, le docteur Edouard Desjardins, agissait comme maître de cérémonies.

ÉLECTIONS À L'HÔPITAL SAINT-LUC

Les récentes élections à l'hôpital Saint-Luc ont donné le résultat suivant:

Conseil médical: président: docteur Louis Bernard; vice-président: docteur Alphonse Bernier; secrétaire: docteur Alfred Leroy; représentant du Conseil à l'Administration: docteur W. Tremblay.

Bureau médical: président: docteur Ls-Ivan Vallée; vice-président: docteur Adrien Tremblay; secrétaire: docteur René Major; secrétaire aux assemblées scientifiques: docteur Louis Pesant; représentant du Bureau Médical au Conseil Médical: docteur C.-E. Roy.

LE DOCTEUR JEAN SAUCIER, NOUVEAU « FELLOW » DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS DU CANADA

Lors de son assemblée annuelle tenue à Ottawa, fin novembre, le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada a procédé à l'élection de nouveaux membres, au nombre desquels il faut noter celui du docteur Jean Saucier, chef du service de neurologie de l'Hôtel-Dieu et président-élu de l'Association médicale canadienne, division de Québec.

LE CAMP DE SANTÉ DE ST-HYACINTHE

Le Camp de Santé de Saint-Hyacinthe, sis dans les limites de la paroisse de Contrecœur, existe depuis 1941. Il est une œuvre de la Ligue Antituberculeuse de Saint-Hyacinthe, qui reçoit chaque année plus de 200 enfants pauvres, malingres ou prédisposés à la tuberculose, de l'un et de l'autre sexe. Ils sont accueillis, logés, nourris et amusés en deux groupes d'une centaine chacun, les garçons ensemble, puis les filles, à titre absolument gracieux. Le camp est sous la direction de moniteurs et monitrices qui relèvent de l'unité sanitaire des comtés de Saint-Hyacinthe et de Rouville, et le docteur Marc Bergeron, directeur de celle-ci, en assume la surveillance quant à l'hygiène et à la médecine.

LE DOCTEUR THÉRÈSE ROUSSEAU À LA CLINIQUE DES DONNEURS DE SANG DE LA CROIX-ROUGE

Le docteur Thérèse Rousseau, qui a complété ses études de médecine l'an dernier, à l'Université de Montréal, et qui est entrée à la Croix-Rouge au mois d'août, est à mettre sur pied un service gratuit de transfusion de sang.

Le docteur Rousseau vient d'arriver de la Nouvelle-Ecosse, où le service de transfusion fonctionne maintenant à merveille, et, à Montréal, elle reçoit la coopération efficace d'un personnel extrêmement compétent.

Pour organiser le service de transfusion, il faut 1,200 donneurs de sang par semaine. On peut le devenir en s'inscrivant à la clinique, 1626 ouest, rue Ste-Catherine; téléphone: WI. 2194.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR CLAUDE BERTRAND

Le 20 novembre 1948, le docteur Claude Bertrand, de Montréal, présentait une conférence à l'assemblée de la Neuro-Surgical Society of America, tenue à Chicago. Son travail était intitulé: « *Functional localisation in the parietal lobe.* »

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST DE MONTRÉAL

Mardi, le 30 novembre 1948, à 8.30 heures p.m., chez Christin Limitée, à 2775 est, rue Sherbrooke, s'est réunie l'Association des Médecins de l'Est de Montréal.

Il y eut conférence par le docteur St-Jean Desrosiers, sur « L'Aérophagie, symptomatologie, diagnostic, traitement. » A la suite de cette communication, on procéda à l'élection du nouveau Conseil.

CAUSERIE MÉDICALE ILLUSTRÉE

Le docteur H.-W. Tougas, médecin en charge de la clinique d'audiométrie à l'hôpital des Vétérans et attaché à l'hôpital Général de Verdun, a présenté au personnel médical de l'hôpital Sainte-Justine le merveilleux film intitulé « To hear again ». Ce documentaire, une production de l'American Army, est très intéressant pour les personnes atteintes de surdité. Le docteur Tougas fit les commentaires en français.

NOMINATION À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTRÉAL

Le Conseil de la Faculté de Médecine vient de nommer le docteur Eugène Robillard professeur titulaire de physiologie. Le docteur Robillard était directeur du laboratoire de physiologie depuis 1943 et professeur agrégé au même département depuis 1945.

LES INFIRMIÈRES DE STE-JEANNE D'ARC

Le conseil de l'Association des Infirmières diplômées de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc de Montréal tenait sa réunion annuelle, à l'hôpital même, le mercredi 1er décembre, à 8 heures p.m. Le docteur Origène Dufresne était le conférencier.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR PAUL LETONDAL

Le docteur Paul Letondal, professeur agrégé à la faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a été élu président de l'Association des médecins de l'Est récemment.

NOUVEL EXÉCUTIF DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

La Société de Chirurgie de Montréal, au cours d'une réunion tenue à l'Hôtel-Dieu, a élu son conseil d'administration pour l'année 1949.

Le nouveau bureau se compose des docteurs Paul Bourgeois, président; Arthur Magnan, vice-président; Paul-Maurice Ricard, secrétaire général; Jacques Bruneau, secrétaire annuel; Guy d'Argencourt, bibliothécaire-archiviste; Ernest Cabana, trésorier; Edouard Desjardins, président sortant de charge, conseiller.

DON DE LORD NUFFIELD AUX JEUNES CHIRURGIENS

Lord Nuffield, magnat britannique de l'automobile et philanthrope bien connu, a donné une somme de 250,000 lbs sterling ($1,000,000) afin d'aider les jeunes chirurgiens des dominions, des Etats-Unis et d'autres pays à poursuivre des études plus poussées en Grande-Bretagne.

Le don a été remis au Collège royal des chirurgiens de Londres pour la poursuite des recherches en chirurgie. Il servira à la construction du collège chirurgical Nuffield, qui sera rattaché au collège des

chirurgiens. Les jeunes chirurgiens étudiant en Grande-Bretagne pourront vivre dans le nouvel édifice et rencontrer les principaux chirurgiens britanniques, de même que de distingués professeurs venant de l'extérieur.

M. VICTORIEN FREDETTE NOMMÉ PROFESSEUR AGRÉGÉ

A sa séance du 17 novembre, le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a nommé M. Victorien Fredette professeur agrégé de bactériologie. M. Fredette est assistant-directeur de l'Institut de Microbiologie et de Bactériologie.

LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE DE MONTRÉAL

La dernière assemblée générale des membres de la Société de Phtisiologie de Montréal, pour l'année 1948, a eu lieu le 14 décembre, dans la salle de conférence de l'Edifice du Ministère de la Santé, 1570, rue St-Hubert.

Les communications scientifiques suivantes furent présentées:

a) La régression des cavernes pulmonaires existe-t-elle? docteur A.-M. Cholette, de l'Institut Bruchési;

b) Cure transthoracique des hernies diaphragmatiques: docteur P.-M. Ricard, de l'hôpital Notre-Dame;

c) Pathogénie de certaines formes de tuberculose non pulmonaires: abcès froids spontanés de la paroi thoracique; maladie de Pott: docteur H. Burke, du Royal Edward-Laurentian Hospital.

Il y eut ensuite élection des membres de l'Exécutif pour 1949.

ÉLECTIONS À LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Le nouveau comité de la Société de Phtisiologie élu pour 1949 est ainsi constitué: président: docteur Gérard Rolland; vice-président: docteur Marcel Verschelden; secrétaire général: docteur B.-G. Bégin; trésorier: docteur J.-L. Pilon; secrétaire des séances: docteur Gérald Leclair; assistant-secrétaire des séances: docteur Ruben Laurier.

ANNEXE D'HÔPITAL BÉNIE À LA TUQUE

Dernièrement avait lieu la bénédiction et l'inauguration de la nouvelle annexe de l'hôpital St-Joseph de La Tuque. Le docteur Victor Potvin, chirurgien et président du corps médical de La Tuque, souhaita la bienvenue aux invités.

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT DU COLLÈGE DES MÉDECINS SUR LA MÉDECINE D'ÉTAT DANS QUÉBEC

« J'ai assez confiance en mes collègues pour affirmer que jamais la médecine d'Etat ne s'établira dans le Québec », déclarait le docteur Marc Trudel, ministre d'Etat et président du Collège des médecins, à l'occasion du dixième anniversaire de fondation de l'Unité Sanitaire des Trois-Rivières et du vingt-cinquième anniversaire de l'organisation des services d'hygiène aux Trois-Rivières.

Une centaine de médecins et d'infirmières assistaient au banquet, au cours duquel le docteur Marc Trudel a vigoureusement dénoncé l'étatisation de la médecine au Canada. Durant l'avant-midi, des délégués des unités sanitaires de toute la région, depuis Portneuf et La Tuque jusqu'à Drummondville, ont participé à des débats et des conférences sur le vaccin B.C.G., sur la tuberculose et sur les problèmes relatifs aux unités sanitaires.

Au sujet de l'étatisation, le docteur Trudel, qui représentait le premier ministre de la province, a déclaré ouvertement: « Le corps médical, le gouvernement de la province de Québec et le public tout entier doivent s'opposer de toutes leurs forces à l'étatisation de la médecine. Déjà, plusieurs pays d'Europe sont fatigués de la médecine d'Etat. Prenez l'exemple de l'Angleterre, où la médecine est étatisée. La population se plaint déjà du manque d'initiative privée, du manque d'esprit de recherches et de dévouement de ses médecins.»

« Nos médecins, heureusement, comprennent encore leurs devoirs professionnels. Nos médecins constituent le plus solide rempart contre la menace d'étatisation, tant qu'ils continueront de rendre leurs services à la population consciencieusement et courageusement. J'ai assez confiance en mes collègues pour affirmer que jamais l'étatisation de la médecine ne s'établira dans le Québec. »

LA PART DU QUÉBEC DANS LE PROGRAMME DE SANTÉ

L'honorable Paul Martin, ministre fédéral de la santé, prononçait le 2 décembre une causerie à Sorel, devant les membres de la Chambre de commerce des

jeunes de cette ville. Après avoir parlé du rôle du Québec dans le programme d'hygiène et de santé du gouvernement fédéral, Monsieur Martin termina en disant que « la structure administrative du Canada est un réseau complexe de responsabilités qui parfois s'excluent, parfois se chevauchent. Aucun gouvernement ne peut s'intéresser moins qu'un autre au bien-être du citoyen canadien en particulier, et aucun gouvernement ne doit s'arroger le droit de s'immiscer dans les prérogatives d'un autre ou franchir les limites de ses droits constitutionnels. Le Canada est fondé sur le respect et sur l'intérêt mutuels et il doit demeurer fidèle à sa constitution juridique. Affaiblir de quelque façon — par la centralisation — la force des provinces serait affaiblir la force de notre fédération. »

Le ministre rappela la part que recevra la province de Québec en vertu du plan fédéral, c'est-à-dire $9,000,000 chaque année, ce qui représente un total de plus de $45,000,000. Ce montant s'ajoutera aux sommes considérables que la province de Québec, ses municipalités, ses institutions et ses philanthropes donnent déjà pour promouvoir la santé publique.

HÔPITAL POUR LA RIVE SUD, FACE À MONTRÉAL

La région de la rive sud du St-Laurent, face à Montréal, serait dotée, dans un avenir rapproché, d'un hôpital général de 600 lits et d'une maison de convalescents ayant le même nombre de lits.

Cette initiative est due à un groupe de médecins, la plupart des anciens combattants, et à des industriels de la métropole et des environs.

Ces deux institutions seraient construites sur des terrains appartenant au gouvernement fédéral et situés près des approches du pont Jacques-Cartier, entre le boulevard Taschereau et la rue Rainville. Les travaux commenceraient dès le printemps prochain.

L'hôpital portera le nom de Jacques-Cartier et l'administration en sera confiée à une communauté religieuse.

SUBVENTION DE $50,000 AU SANATORIUM SAINT-JOSEPH

L'hon. Paul Martin, ministre de la santé nationale, annonce que le gouvernement fédéral consent à verser plus de $50,000, montant qui sera pris à même les nouvelles subventions fédérales d'hygiène, pour outiller des laboratoires de recherches sur les affections respiratoires, au nouveau Sanatorium Saint-Joseph de Montréal. Ces laboratoires contribueront grandement au diagnostic et au traitement, non seulement de la tuberculose, mais aussi d'autres affections respiratoires.

BIBLIOTHÈQUE POUR LES MALADES À NOTRE-DAME

Les patients de l'hôpital Notre-Dame auront bientôt le privilège de s'abonner à la bibliothèque roulante en voie d'organisation dans cette institution et de se distraire par la lecture de revues ou de livres apportés à leur chevet.

L'association des bibliothécaires du Québec, grâce au travail bénévole de ses membres, a pris sur elle d'assurer ce service gratuit aux malades.

ASSURANCE MÉDICALE CONSIDÉRÉE CERTAINE

A son récent congrès de Saint-Louis, Miss., l'*American Medical Association* a voté la constitution d'un fonds de $3,500,000 au moyen d'une cotisation de $25 par membre, pour combattre les projets d'assurance-maladie fédérale. Monsieur Ewing, administrateur de la sécurité fédérale a déclaré que le projet fédéral d'assurance médicale réussira, malgré toute l'opposition menée par les médecins.

UN ORGANISME POUR ADMINISTRER LA SUBVENTION REÇUE D'OTTAWA

Au cours de sa dernière session, le gouvernement d'Ottawa a prévu dans son budget de 1948-49 un montant de $30,000,000, pour le développement de l'hygiène et de la santé publique dans le pays. Il s'est fait ensuite autoriser par le gouverneur général à conclure des ententes avec les provinces, pour l'emploi de cette somme dans les diverses parties du Canada. Comme nous l'avons déjà annoncé, Québec a accepté de collaborer dans ce domaine et de signer une entente avec le fédéral afin de faire bénéficier la population de la part qui lui revient.

En vertu de l'entente, un organisme a été créé pour les fins de la contribution fédérale. Le docteur J.-Ernest Sylvestre, chef de la division de la nutrition au ministère de la santé, en est le directeur. Deux comités, l'un consultatif et l'autre technique, travailleront de concert pour assurer le meilleur emploi possible de l'argent. Le comité consultatif est dirigé par M. Joseph Bilodeau, juge en chef de la Cour du magistrat, et le comité technique, par le docteur J.-Ernest Sylvestre. L'entente stipule qu'Ottawa accordera un octroi de près de $9,000,000 à être dépensé au cours de la présente année fiscale, à condition que Québec dépense le même montant. Comme le gouvernement provincial avait déjà voté $24,500,000, pour fin d'hygiène et de santé publique, l'entente a été facile.

Le comité technique, dont le président est le docteur Sylvestre, est composé des membres suivants: Mlle Maria Daigle, de Montréal, pour représenter les enfants infirmes; le docteur Jules Gilbert, de Montréal, qui s'occupera spécialement de la formation professionnelle; le docteur A. Lessard, de Montréal, et le docteur Louis Rousseau, de Québec, pour la construction des hôpitaux; le docteur Emile Gaumond, de Québec, et le docteur David Beaulieu, de Montréal, pour la lutte aux maladies vénériennes; le docteur Lucien Larue, de Québec, et le docteur Emile Legrand, de Montréal, pour l'hygiène mentale; le docteur Alphonse Lespérance, de Québec, et le docteur Hugh Burke, de Montréal, pour la lutte contre la tuberculose; le docteur Armand Frappier, doyen de l'école d'hygiène de l'Université de Montréal, pour la recherche scientifique; le docteur Roger Foley, de Québec, et le docteur C. W. MacMillan, de Montréal, pour représenter les services d'hygiène; le docteur Ls-Charles Simard, de Montréal, pour la lutte contre le cancer. Le secrétaire permanent de ce comité sera le docteur Adéodat Séguin, de Montréal.

Un comité consultatif de douze membres a aussi été formé. C'est à ce comité que seront soumis les projets que le comité technique étudiera.

Ce comité est formé comme suit: M. le juge en chef Joseph Bilodeau, de la Cour de magistrat, de Québec, président; le docteur Fabien Gagnon, de Québec; le docteur Albert LeSage, de Montréal; le docteur Adrien Plouffe, de Montréal; le docteur Conrad Archambault, chirurgien-dentiste de Montréal; M. l'abbé Roch Majeau, de Saint-Urbain de Remigny; l'hon. Wilfrid Bovey, c.l.; M. Paul Dufresne, de Montréal, M. Joseph Labrecque, ancien maire de Sherbrooke; M. Abel Marion, président général de l'Union catholique des cultivateurs, de Sainte-Edwidge, comté de Compton; M. Roméo Lalande, Mademoiselle Suzanne Giroux, garde-malade, visiteuse officielle des Ecoles d'Infirmières de la Province de Québec.

LES MÉDECINS ET LA SANTÉ

L'exécutif de la Fédération des Sociétés médicales de la province de Québec a tenu son assemblée régulière à son siège social, au Collège des Médecins, à Montréal.

L'exécutif de la fédération suit avec intérêt les développements qui se produisent actuellement au sujet de la santé nationale. La fédération accepte toujours le point de vue d'une médecine libre, dans laquelle les patients peuvent choisir leur médecin; toutefois, la Fédération des sociétés médicales admet une évolution dans le domaine médical qui tendrait à l'amélioration de la santé et qui permettrait aux pauvres d'avoir aussi leur juste traitement, mais où le médecin jouerait toujours le principal rôle, car il ne faut pas oublier que la médecine ne se fera jamais sans médecins.

Les coopératives d'assurance-santé, à caractère autonome, pourraient rendre de grands services, et le gouvernement pourrait disposer de sommes d'argent qui serviraient à défrayer les primes pour les indigents.

L'INSTITUT BRUCHÉSI DE MONTRÉAL

Les notes du mois de septembre

Le B.C.G. aux camps de santé Bruchési.

La vaccination par le B.C.G. est une nouveauté qui n'en est pas une. Si sa découverte remonte à plus de 40 ans, son acceptation par la majorité des médecins est de date plutôt récente, et les quelques-uns qui s'y opposent encore commencent à avoir l'air vieux jeu.

Au début de la dernière grande guerre, on vaccinait par le B.C.G. dans 48 pays. Plusieurs millions d'enfants ont déjà été vaccinés et dans certains pays, notamment en Russie, la vaccination à la naissance, par le B.C.G., est obligatoire.

La valeur du B.C.G. ne peut pas être mise en doute. Son innocuité est unanimement reconnue et son efficacité expérimentale est plus que prouvée. Aussi ce serait mal comprendre la lutte contre la tuberculose que de ne pas inscrire dans ce programme la prévention de la tuberculose par le B.C.G.

Au cours des dernières années il a été prouvé que non seulement les enfants à la naissance peuvent bénéficier de cette vaccination, mais que les adolescents et même les adultes y trouvent leur profit.

C'est dans ce but qu'aux Camps de Santé Bruchési, nous avons tenu à inaugurer ce service et que nous avons bien l'intention de le continuer.

Tous nos enfants sont des enfants en bonne santé, mais ayant été en contact avec un tuberculeux, plus ou moins contagieux. Comme plusieurs d'entre eux présentent une cuti-réaction négative, c'est-à-dire une réaction bio-chimique qui prouve qu'ils sont des sujets neufs vis-à-vis du bacille de Koch, et de plus que leur radiographie est négative, nous avons cru leur rendre service en les vaccinant, et cela d'autant plus que leur séjour aux Camps réduit énormément les causes d'insuccès. La vaccination a été faite selon les règles de l'art: une radiographie pulmonaire avant le début du camp avait montré des poumons sains; une intra-dermo réaction a remontré qu'ils n'avaient pas été atteints de tuberculose et un séjour de huit semaines aux Camps, à l'abri des contaminations, leur permettra de faire leur allergie.

C'est l'enfance que la vaccination par le B.C.G. tend particulièrement à protéger. Cette vaccination tend à abaisser le taux de morbidité par la tuberculose

et par le fait même le taux de mortalité. Nous avons les preuves à l'appui que ce but est atteint; comment alors oser penser à ne pas inclure une arme aussi précieuse dans la lutte contre la tuberculose?

Dr E.-E. AUTOTTE,
Directeur Médical,
Camps de Santé Bruchési.

Les notes du mois d'octobre

Le laryngoscope et le tuberculeux.

La tuberculose fait d'énormes ravages parmi notre population; la forme la plus commune est celle qui attaque le poumon, mais cette terrible maladie ne se limite pas aux poumons. Tout l'arbre laryngo-trachéo-bronchique peut aussi être atteint. Plusieurs moyens sont employés pour dépister, diagnostiquer et traiter la tuberculose et, parmi ceux-ci, l'examen de la gorge à l'aide du laryngoscope n'est pas au dernier plan.

La tuberculose laryngée peut se présenter sous trois formes: aiguë, chronique et lupoïde. De ces trois formes, la chronique est la plus commune et est consécutive à une tuberculose pulmonaire. Les statistiques révèlent qu'environ 15 à 20% des patients souffrant de tuberculose pulmonaire sont atteints de tuberculose laryngée chronique. C'est une infection relativement rare mais non négligeable.

La symptomatologie subjective débute par une faiblesse de la voix allant rapidement à l'enrouement. Au début, une toux légère s'aggravant avec l'infection et devenant productive. Les expectorations peuvent contenir des filaments de sang. Puis se présentent une dyspnée et une dysphagie ainsi qu'une odynophonie complète. Ces symptômes sont la plupart du temps masqués chez les tuberculeux avancés, étant mis sur le compte de la tuberculose pulmonaire.

De sorte que l'examen au miroir laryngé et la laryngoscopie directe nous donnera de meilleurs renseignements. A l'un ou l'autre de ces examens on verra d'abord une muqueuse anémique, avec ou sans rougeur d'une des cordes vocales, contrastant avec cette anémie. L'œdème, à l'examen au miroir, nous apparaîtra un tissu ferme d'infiltration au laryngoscope. Les ulcérations et tuberculomes seront plus visibles à l'examen direct.

Le diagnostic différentiel est à faire avec la syphilis et le cancer du larynx.

Le traitement varie avec le stage de l'affection et est surtout symptomatique.

Le diagnostic étant très important, il est à conseiller qu'un examen complet de la gorge au miroir laryngé ainsi qu'une laryngoscopie directe soient faits dans chaque cas de tuberculose pulmonaire et plus particulièrement chez les patients ayant des bacilles de Koch dans leurs expectorations.

Le diagnostic et le traitement précoces d'une tuberculose laryngée chronique contribueront à la réussite du traitement de la tuberculose pulmonaire, et ainsi beaucoup de patients se verront guéris d'une maladie que la cure et les traitements ordinaires de la tuberculose n'auraient pu, à eux seuls, parvenir à faire disparaître.

Dr J.-Denis LANGLOIS.

L'ŒUVRE DU PLACEMENT FAMILIAL

Le but de l'Œuvre étant de protéger l'enfant en l'éloignant du foyer naturel et en le plaçant dans un foyer rural, on peut se demander ce qu'il devient après son départ de l'Œuvre.

A cette fin, une enquête a été tenue pour 200 enfants ayant laissé l'Œuvre. L'infirmière visiteuse et l'auxiliaire sociale se rendant dans chaque foyer et remplissant un questionnaire varié portant sur les sujets suivants:

Cause du départ de l'Œuvre.
L'enfant retourne-t-il dans le même foyer naturel?
Durée de séjour du pupille au foyer nourricier.
Age de l'enfant lors du placement.
Combien de pupilles fréquentent la classe? Combien sont placés dans des institutions? Combien sont logés dans des logis surpeuplés?
De combien de pièces se compose le foyer naturel?
Combien de pièces manquent d'ensoleillement et de lumière à la maison?
Combien de sorties d'enfants recommandées par l'enquêteuse pour cause d'insalubrité ou autres causes?
Combien de personnes demeurent au foyer naturel?
Combien d'enfants d'âge à travailler sont au travail au dehors?
Combien y a-t-il de foyers où au moins une personne tousse?
Quel a été le résultat du « patch test » lors de l'entrée de l'enfant au foyer nourricier?
Dans combien de foyers y a-t-il eu un nouveau cas de tuberculose depuis le placement de l'enfant?
Combien de pupilles ont reçu le B.C.G. à la naissance?
Quels sont les revenus approximatifs des familles?
La santé actuelle des pupilles; combien d'enfants ont bon appétit, une alimentation substantielle et combien ont maigri?

La réponse à ces questions a une grande importance pour définir clairement la situation et le milieu dans lesquels se trouve le petit être.

Les causes de départ ou sortie du foyer nourricier sont les suivantes:

Limite d'âge (12 ans et plus)	10 %
Cas de tuberculose décédés	22 %

Extrait du BULLETIN MEDICAL, Paris, 1er Octobre 1948 page 418

Acquisitions nouvelles en thérapeutique à l'usage du praticien

par Roger CROSNIER, *Professeur au Val-de-Grâce* et François MOREL, *Ex-Assistant au Collège de France.*

X. — La Benzoquinothérapie

Elle est réalisée avec un corps de synthèse : Benzo-Quino-Xonal. Les essais thérapeutiques ont été précédés par des épreuves sur un grand nombre de germes « in vitro » et « in vivo » sur des animaux infectés. Physiopathologiquement, le B. Q. X. est dépourvu de toxicité et de causticité ; son action n'est pas inhibée par des corps chimiques ou par les liquides de l'organisme (novocaïne, vitamines, acide P. A. B., pus, sérum, autolysat cellulaire).

Indications essentielles : Colibacillose de l'arbre urinaire ; infections respiratoires à germes Gram + et — ; brucelloses. A l'action anti-infectieuse s'associe une action cytophylactique. L'intérêt de cette thérapeutique réside avant tout dans les syndromes rebelles ou inaccessibles à la pénicilline et aux sulfamides.

Résultats : très favorables dans les affections suivantes : colibacillose, entérite, entéro-colite (nourrisson, enfant, adulte), oreillons compliqués, typhoïde, etc... Infections du foie, de la vésicule biliaire, des reins.

Posologie : a) Infections d'origine non intestinale : une à trois injections i/v de 10 cmc de solution de B.Q.X. à 50% à 8 h. d'intervalle ; en outre, 12 à 18 comprimés (jusqu'à 30), avec acide ascorbique associé.

b) Infections intestinales : Idem — avec en outre 1 à 2 lavements par 24 h.

Pas d'intolérance. — Pour éviter certaines réactions et réduire les risques de phlébosclérose, les injections i/v seront faites avec du Chophytol i/v comme substratum de dilution. La durée de la thérapeutique est fonction du cas clinique (8 j., 20 j. et plus). Le traitement d'épreuve doit toujours être poursuivi une semaine au moins.

Agents Exclusifs pour le Canada

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, LIMITÉE

MONTRÉAL 18

Cas sortis à la demande des parents	22 %
Mésentente soit entre les parents naturels ou nourriciers ou avec l'Œuvre	7.5%
Enfants ou parents réfractaires	1.5%
Cas de tuberculose améliorés	37 %

Nous constatons par ces chiffres que l'enfant est retiré de l'Œuvre surtout parce que le cas de tuberculose dans la famille est amélioré ou le cas décédé ou que l'enfant a atteint la limite d'âge. Ces trois causes prises ensemble forment un pourcentage de 69%.

80% des anciens pupilles sont retournés dans le même foyer lors de leur sortie de l'Œuvre et plus tard 76% ont été placés dans des institutions, camps, colonies de vacances, hôpitaux, pour une période plus ou moins prolongée.

La durée de séjour au foyer nourricier se lit comme suit:

	1	enfant est resté	2 mois
	1	— —	3 mois
	8	enfants sont restés	4 mois
	2	— —	5 mois
	2	— —	6 mois
	7	— —	8 mois
	5	— —	9 mois
	6	— —	10 mois
	3	— —	11 mois
82.5%	55	— —	1 à 2 ans
	43	— —	2 ans
	35	— —	3 ans
	19	— —	4 ans
	13	— —	5 ans
	200		

Donc, seulement 35 enfants sur 200 sont restés moins d'un an dans un de nos foyers.

A quel âge les enfants sont-ils présentés à l'Œuvre? Voici: sur les 200 cas enquêtés, nous avons

	2	enfants	âgés de	7 mois
	1	enfant	âgé de	8 mois
	9	enfants	âgés de	1 à 2 ans
	12	—	—	2 ans
70.4%	23	—	—	3 ans
	17	—	—	4 ans
	22	—	—	5 ans
	27	—	—	6 ans
	20	—	—	7 ans
	20	—	—	8 ans
	20	—	—	9 ans
	14	—		10 ans
	10	—	—	11 ans
	2	—	—	12 ans

Nous pouvons donc dire qu'environ 70% des enfants sont âgés de 3 à 10 ans lors de leur placement en foyer rural.

Sur ce nombre de 200 enfants retournés dans leur famille

74 %	fréquentent la classe
14 %	demeurent dans des foyers surpeuplés
11 %	sont des cas où la sortie de l'enfant du foyer naturel est recommandée
26 %	sous traitement médical pour maladie autre que tuberculose
96.5%	ont bon appétit
95 %	ont une alimentation substantielle
14 %	ont maigri depuis leur sortie du Placement
19 %	des enfants d'âge à travailler sont au travail
92 %	des enfants demeurent dans des familles ayant un revenu de mille à deux mille piastres.

Si nous considérons le nombre de personnes habitant le foyer naturel, nous avons les chiffres suivants:

	7	foyers étaient habités	par	3	personnes	chacun
	14	— —		4	—	—
	17	— —		5	—	—
	23	— —		6	—	—
	36	— —		7	—	—
	29	— —		8	—	—
	6	— —		9	—	—
80%	21	— —		10	—	—
	9	— —		11	—	—
	16	— —		12	—	—
	13	— —		14	—	—
	5	— —		15	—	—
	4	— —		16	—	—

Nous pouvons donc déduire, sans exagération, que les enfants sont retournés vivre dans des foyers surpeuplés, puisque 80% des foyers étaient occupés par 6 à 16 personnes en même temps.

En questionnant ces familles nous avons, en effet, trouvé que 67 logis avaient moins de cinq pièces et que 44 seulement avaient plus de 6 pièces. Treize foyers seulement n'avaient pas toutes les pièces ensoleillées. Dans 68 foyers une personne au moins toussait et 11% des foyers visités ont eu un nouveau cas de tuberculose depuis la sortie d'un ou des enfants du foyer nourricier.

Enfin 104 enfants ont réagi positivement au « patch test » lors de leur placement et 26.5% ont reçu le B.C.G. à la naissance.

En résumé nous devons relever les faits suivants révélés lors de l'enquête sur 200 anciens pupilles:

Les enfants sont retirés de l'Œuvre surtout parce que le cas de tuberculose est amélioré ou décédé.

La durée de séjour est d'environ 1 à 5 ans pour 82% des pupilles.

70% de ces enfants étaient âgés de 3 à 12 ans.

11% de ces foyers ne sont pas recommandables pour la sauvegarde de l'enfant.

26% de ces enfants ont suivi un traitement médical autre que celui de la tuberculose depuis leur sortie de l'Œuvre.

VERTAVIS

une nouvelle préparation dans le traitement de l'hypertension essentielle

Chaque tablette contient 10 Unités Craw de **Veratrum Viride contrôlé biologiquement** par les Laboratoires de recherches Irwin Neisler & Co., Decatur, Ill.

Les expériences faites dans de nombreuses cliniques ont démontré que le Veratrum Viride titré biologiquement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. (The Medical Clinics of North America, Boston Number, Doctor Freis, page 1253.) Les tablettes Vertavis doivent être prises à une heure d'intervalle et de préférence après les repas. La dose doit être augmentée ou diminuée graduellement selon les résultats obtenus.

POSOLOGIE:

Donnez une tablette VERTAVIS (10 unités Craw) aux heures ci-dessous mentionnées:

SEMAINE	VERTAVIS	MATIN	SOIR	Dose quotidienne Unités Craw
1ère semaine	1 tablette à	7 heures	7 heures	20
2ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 heures	30
3ième semaine	1 tablette à	7 & 8 heures	7 & 8 heures	40
4ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7 & 8 heures	50
5ième semaine	1 tablette à	7, 8 & 9 heures	7, 8 & 9 heures	60

Documentation complète et échantillon envoyés à MM. les médecins sur demande.

Manufacturé par IRWIN NEISLER CO., Decatur, Ill., U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

OSMOPAK

localise sûrement l'infection

FORMULE:

OSMOPAK est un pansement osmotique émollient composé de 58% de sulfate de magnésie, de 1-2% de benzocaïne et de 1-25,000 de vert brillant, dans une base miscible à l'eau.

OSMOPAK est recommandé dans tous les cas d'infection en général, clous, furoncles, plaies diabétiques, etc., et dans le traitement d'inflammation ou d'infections locales purulentes des mains, des pieds ou de tout autre tissu sous-cutané. L'OSMOPAK procure le maximum de drainage avec un minimum de perte de tissu. Il est aussi recommandé dans la cervicite et la vaginite.

Présentation: Pots de 115 et 577 grammes.

Echantillon médical et documentation sur demande.

Manufacturé par Irwin Neisler Co., Decatur, Ill. U. S. A.

Agents exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

14% seulement ont maigri depuis leur sortie.

80% de ces enfants demeurent dans des foyers surpeuplés.

82.5% des enfants sont demeurés en foyer nourricier pour une période de temps variant de 1 à 5 ans.

11% des foyers visités ont eu un nouveau cas de tuberculose depuis la sortie de l'enfant du foyer nourricier.

50% des enfants placés ont réagi positivement à la tuberculine.

26.5% des pupilles ont reçu le B.C.G. à la naissance.

En prenant ces faits en considération, nous suggérons qu'un organisme soit créé dont le travail préventif consistera à suivre les pupilles sortant de l'Œuvre du Placement Familial afin qu'ils ne retournent pas dans le même foyer naturel, s'il y a déjà un nouveau cas de tuberculose ou que le foyer est très insalubre à d'autres points de vue.

Nous sommes persuadés que le fonctionnement d'un placement familial est un moyen indispensable dans la lutte antituberculeuse, car à quoi servirait l'hospitalisation plus ou moins prolongée du malade dans un sanatorium ou un hôpital, si les enfants sains, en contact direct ou indirect avec les cas contagieux, n'étaient pas éloignés pour un certain temps du milieu contaminé?

Il faut à tout prix protéger l'enfance contre la peste blanche si nous voulons diminuer le nombre de cas de tuberculose et améliorer l'état lamentable actuel des statistiques de la province.

Dr Théo. SAINT-MARTIN,
Docteur en Hygiène Publique,
Directeur de la Division de l'Œuvre du Placement Familial,
Ministère de la Santé de la Province de Québec.

CONFISCATION DE 12,540 LIVRES D'ALIMENTS IMPROPRES À LA CONSOMMATION EN SEPTEMBRE

La surveillance des produits laitiers et des denrées alimentaires sur la ferme et dans les établissements commerciaux, par l'intermédiaire des inspecteurs sanitaires attachés aux Unités sanitaires de la province, assure une grande protection à la population québecoise. C'est ainsi qu'au cours du mois de septembre dernier, les inspecteurs ont confisqué 12,540 livres d'aliments impropres à la consommation dans les différents comtés desservis par les bureaux de santé de la province. Voici quelques chiffres touchant les inspections effectuées en septembre: boulangeries, 185; épiceries, 1,420; restaurants, 572; boucheries, 2,103; marchés publics, 211; beurreries, fromageries et laiteries publiques, 408; usines de pasteurisation, 240; vacheries et laiteries du producteur, 676.

L'inspecteur sanitaire s'occupe également de salubrité générale et de tous les problèmes se rattachant à la provenance et au captage de l'eau dans les habitations et à l'évacuation des eaux usées. C'est ainsi que, durant la même période, les inspecteurs des Unités sanitaires ont fait les inspections suivantes: aqueducs, 357; puits, 338; égouts, 645. Le surveillance des établissements publics les a conduits dans 335 écoles, 135 salons de coiffure et nombre d'autres endroits fréquentés par la foule.

IMMUNISATIONS DE RAPPEL

D'après un rapport préliminaire des Unités sanitaires, il appert que l'an dernier, au delà de 93,000 personnes subirent l'examen pulmonaire dans les cliniques antituberculeuses du ministère provincial de la Santé. Plus de cent mille immunisations contre la diphtérie et la coqueluche furent administrées. Ceci comprend, évidemment, les immunisations de rappel qui, comme on le sait, sont destinées à augmenter la protection contre la diphtérie et la coqueluche. A ce propos, le ministère de la Santé rappelle aux parents dont les enfants ont déjà reçu l'immunisation proprement dite contre ces deux maladies, de ne pas négliger de conduire leurs garçons et fillettes à ses cliniques, pour l'immunisation de rappel, à la date indiquée par le médecin. C'est une protection qu'il faut absolument assurer à tous les enfants. Si la diphtérie a diminué dans notre province, c'est grâce à l'anatoxine, ne l'oublions point.

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE DANS LES ÉCOLES

42,136 écoliers bénéficient de l'hygiène scolaire

Parents, profitez de l'enseignement de l'hygiène

L'enseignement de l'hygiène dans les écoles se poursuit à un rythme accéléré. Ainsi, au cours d'octobre, il y a eu dans les régions desservies par les Unités sanitaires 1,973 conférences d'hygiène de l'âge scolaire et 42,136 écoliers en ont bénéficié. Grâce au programme d'hygiène du ministère provincial de la Santé que dirige l'hon. docteur J.-H.-A. Paquette, m.d., chaque année les médecins et infirmières hygiénistes visitent la population écolière. Au cours de ces visites, l'infirmière enregistre la croissance en taille et en poids, l'acuité visuelle et auditive des

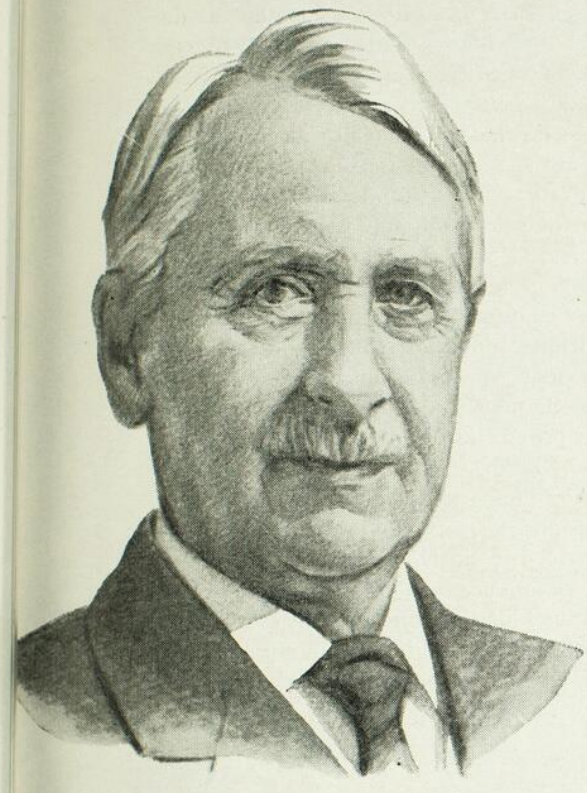
Edward Buckingham Shuttleworth

FONDA CETTE MAISON DE COMMERCE

IL Y A

70

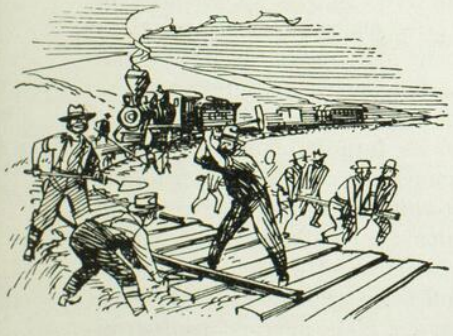
ANS



La E. B. Shuttleworth Chemical Company Limited est au service de la profession médicale avec persévérance depuis 1879.

LE PÈRE DE LA PHARMACIE AU CANADA

Le Professeur E. B. Shuttleworth est populairement reconnu comme le Père de la Pharmacie au Canada. Il fut une force motrice dans l'établissement des lois et étalons en pharmacie au Canada. Il fut le premier doyen du Ontario College of Pharmacy, Professeur au Materia Medica, à Trinity College, et, pendant plusieurs années, éditeur du Canadian Pharmaceutical Journal. Il fonda The E. B. Shuttleworth Chemical Co. Ltd., en 1879, et, pendant nombre d'années, demeura en active administration de la Compagnie.



Les politiques et les principes déposés par son fondateur, le Professeur Shuttleworth, ont été fermement maintenus durant les années. Bien que la compagnie soit ainsi riche en tradition, avec des racines profondément implantées, ses succès ne proviennent pas de cet héritage. Elle continue à bêcher dans le côté scientifique de ses affaires, produisant et perfectionnant les formules et préparant les produits pharmaceutiques lesquels répondent aux besoins les plus exigeants de la profession médicale.

Nous sommes continuellement à la recherche du neuf dans la science pharmaceutique, suivant tout ce qui promet dans la conduite de la science médicale et thérapeutique. Notre consigne pour les années à venir sera toujours "L'Avancement de la Pharmacie au Canada".

THE E·B·SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO. LTD., TORONTO, CANADA

élèves. Le médecin, de son côté, examine l'écolier afin de réparer les défauts physiques et d'en recommander la correction et le traitement. En octobre dernier, 22,457 écoliers subirent soit l'examen physique, soit l'examen médical. Il va sans dire que l'hygiène à l'école exige la collaboration des éducateurs, des parents, du personnel hygiéniste et médical, selon l'expression du directeur des Unités. Fort heureusement, cette collaboration s'établit graduellement grâce à l'intérêt naturel que portent les éducateurs, les hygiénistes, les médecins et, bien entendu, les parents au bien-être et à la santé des écoliers. La présence des parents lors de ces cliniques scolaires permet à l'hygiéniste de communiquer ses observations et ses recommandations à qui de droit.

En somme, la visite des écoles est une occasion propice à l'enseignement de l'hygiène sous toutes ses formes. Poursuivant le travail de santé commencé dans la famille et lors des cliniques de puériculture, dit un hygiéniste, le directeur du bureau de santé profite de l'occasion pour parler d'hygiène personnelle, de propreté, de carie dentaire. Il met en garde contre les rhumes, les maladies contagieuses et préconise l'hygiène de la vue et de l'ouïe ainsi qu'une alimentation saine et scientifiquement substantielle. Que tous les *parents* profitent de cet enseignement de l'hygiène si avantageux pour nos petits.

LA TYPHOÏDE DIMINUE DE 81.1 POUR CENT EN QUINZE ANS

Diminution de la typhoïde, de la diphtérie et de la coqueluche

La typhoïde a diminué de 81.1 pour cent en quinze ans dans la province de Québec. Une étude comparée des statistiques recueillies en ce domaine en 1947 avec celles de 1932, date de l'établissement au ministère de la Santé de la division d'épidémiologie, permet, en effet, de constater une régression absolue des cas de typhoïde et de paratyphoïde durant cette période. En 1932, les déclarations de typhoïde et de paratyphoïde atteignaient 1690; en 1947, elles ne s'élevaient plus qu'à 396, soit une variation de 1,294. En conséquence, le taux de morbidité en 1932 fut de 56.1 par cent mille de population et celui de 1947 de 10.6, ce qui équivaut à une diminution de 81.1 pour cent ou à une régression absolue de 45.5 points. On sait que, pour fins statistiques, on peut compiler ensemble les rapports touchant ces deux maladies dont la signification épidémiologique est essentiellement la même.

Deux autres maladies infectieuses accusent, elles aussi, une régression qu'il convient de mentionner: ce sont la diphtérie et la coqueluche. Si l'on reprend la comparaison entre les résultats de 1947 et de 1932, on constate que lors de l'établissement de la division d'épidémiologie, en 1932, 1,436 déclarations de cas de diphtérie avaient été faites tandis qu'en 1947 ces déclarations se fixent à 870, soit une diminution absolue de 566 ou de 26.3 points dans le taux. Durant cette période, le taux de la coqueluche a diminué de 64.0 points, ce qui est très satisfaisant. Les cas de coqueluche s'élevaient en 1932 à 3,454; en 1947, ils n'étaient plus que de 1,974, soit une réduction de 1,480.

Comme l'a déjà noté l'épidémiologiste de la province, les grandes éclosions de typhoïde, d'origine alimentaire ou hydrique, sont choses du passé dans notre province. Il survient cependant encore de temps à autre une éclosion, mais les moyens de prévention que le ministère provincial de la Santé met à la disposition de la population québecoise réussissent à enrayer la marche de l'infection. Ce que l'on a constaté à cet égard à propos de la typhoïde et de la paratyphoïde, on peut le dire de la diphtérie et de la coqueluche. En conséquence le public devrait se convaincre de plus en plus de l'efficacité des vaccins et des immunisations et en profiter et en faire profiter leurs enfants. C'est le moyen d'épargner des deuils et des regrets.

TOUTE MÈRE DE FAMILLE DOIT FRÉQUENTER SON UNITÉ SANITAIRE

70,953 enfants examinés par les hygiénistes de la province

La protection de la santé publique, tâche primordiale dont dépend l'avenir de tout pays, se fait, dans le Québec, par l'intermédiaire des Unités sanitaires qui s'occupent, entre autres choses, de l'hygiène maternelle et infantile. Au cours de septembre dernier, dans les 63 Unités sanitaires desservant 74 comtés provinciaux, les hygiénistes ont visité et examiné 70,953 enfants d'âge pré-scolaire (0 à six ans). Dans le domaine de l'hygiène maternelle, déclare le docteur Bruno LaHaye, directeur des Unités sanitaires au ministère provincial de la Santé, « les infirmières-visiteuses rencontrent les futures mamans dans leur foyer afin de leur donner les conseils indispensables sur le rôle de la maternité et sur toutes les responsabilités qui en découlent: soins d'hygiène personnels, régime alimentaire, exercices et périodes de repos, prévention des complications auxquelles les jeunes mamans sont exposées, etc. L'infirmière, dans des conseils désintéressés, s'efforce aussi de faire connaître les préjugés qui malheureusement prévalent encore dans certains milieux. Parfois un groupe de futures mamans se réunit à l'unité sanitaire à l'occasion d'une clinique de puériculture afin d'assister à

RHUMATISME • GOUTTE •
UTTE • SCIATIQUE • RHUM
RHEUMATISM • SCIATICA
GOUT
RHUMA
CIATIQ
• GOU
TISM
E • S
RHUM
TICA
• RI
TE •
E
SCIATICA
• GOUTTE • SCIATIQUE • RI
RHUMATISME • GOUTTE •

℞

UROPRAZINE

Prendre 2 cuillerées à thé
dans un demi-verre d'eau
tiède, deux fois par jour,

M.D.

Préparée par
LES LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, France

Distributeurs exclusifs au Canada:
HERDT & CHARTON, INC. - Montréal

une causerie donnée par l'officier médical. Ces causeries sont accompagnées de démonstrations pratiques sur les soins à donner au nouveau-né ».

HYGIÈNE INFANTILE

Pendant le mois de septembre, il y a eu dans les Unités sanitaires 1,110 cliniques de puériculture. C'est dire que l'hygiène de la première enfance a profité à nombre de familles. Le nombre des nourrissons examinés atteignit 19,212 et celui des enfants de six ans ou moins à 17,074. Par ailleurs, les visites à domicile ont permis de faire 14,376 examens de nourrissons et 20,291 examens de pré-scolaires. « C'est en somme la continuation de l'hygiène maternelle. L'hygiène de la première enfance dont les chiffres apparaissent ici signifie que, après la naissance des bébés, les infirmières des Unités sanitaires rendent régulièrement visite aux nourrissons et à leurs mamans. Bientôt ces dernières conduisent périodiquement leurs enfants aux cliniques paroissiales de puériculture où le médecin hygiéniste et l'infirmière surveillent la croissance des petits et où la jeune mère s'instruit et reçoit des conseils et des directives appropriées à sa situation. Chaque fois qu'il est nécessaire, la jeune mère est invitée à consulter le praticien, car le médecin de famille est le protecteur attitré de la santé de tous. »

SUBVENTIONS AUX ORGANISATIONS ANTICANCÉREUSES

Grâce aux subventions fédérales d'hygiène, l'Institut du radium et l'Institut du cancer de Montréal feront le diagnostic et le traitement du cancer sur une plus grande échelle, et pousseront plus avant les recherches sur les causes de cette maladie.

C'est ce qu'annonce aujourd'hui l'hon. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. M. Martin déclare que ces projets, qui forment une partie importante d'un plan de lutte anticancéreuse, ont été soumis par le ministère de la Santé de la province de Québec, et que le Gouvernement fédéral a fait part de son assentiment à l'hon. Dr J.-H.-A. Paquette, ministre de la Santé dans cette province. Dans le domaine de la lutte anticancéreuse, cette province verse un montant égal à la contribution fédérale.

Cette subvention permettra à l'Institut du radium de Montréal de faire gratuitement le diagnostic d'un plus grand nombre de malades et de donner à ceux-ci des soins également gratuits.

Les fonds que recevra le nouvel Institut du cancer de Montréal permettront de donner plus d'importance au centre de diagnostic et de traitement de l'hôpital Notre-Dame, de pousser les travaux de recherches et les travaux éducatifs. L'Institut du cancer est sous la direction du Dr L.-C. Simard.

L'Institut du cancer, une fois qu'il sera en plein fonctionnement, comprendra quatre divisions. La division médicale entreprendra du travail de prévention parmi la population; fera le diagnostic du cancer auprès des malades hospitalisés et de ceux qui viennent au dispensaire; donnera des traitements aux rayons X et au radium; fera des interventions chirurgicales et se livrera à des travaux de recherche. Ces travaux comprendront des expériences de laboratoire en hygiène alimentaire, en virologie, en chimie biologique et physique, en pathologie et en hormonologie, ainsi qu'en observations cliniques.

La division du service social prendra de l'expansion. On créera une division de l'éducation, afin de renseigner le public sur les plus récents progrès accomplis dans le domaine de la lutte anticancéreuse et de tenir la profession médicale au courant des techniques les plus nouvelles de prévention, de diagnostic et de traitement.

Afin de pouvoir mettre immédiatement à contribution les plus récents renseignements sur la lutte anticancéreuse, on se tiendra en étroites relations avec les services de santé municipaux, provinciaux et fédéraux, avec les facultés de médecine des universités, avec les sociétés médicales et les organismes de recherches, au Canada et à l'étranger.

LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF CAUSENT 4,234 DÉCÈS

Gare aux abus durant les fêtes

Au cours de 1947, les diverses maladies de l'appareil digestif ont causé, directement ou indirectement, dans notre pays 4,234 décès dont 1,012 sont attribuables à l'estomac, 1,969 à la diarrhée et à l'entérite, 630 à la cirrhose du foie et 618 à d'autres maladies du foie. La plupart de ces affections proviennent, au moins partiellement, d'une alimentation mal équilibrée, défectueuse ou bien elles en sont la conséquence plus ou moins éloignée.

Chaque année, au temps de Noël et du Jour de l'An, la tentation et l'occasion de faire des excès de table deviennent plus aiguës. Voilà pourquoi les hygiénistes du ministère provincial de la Santé rappellent à la population qu'une sage prévoyance, dans le domaine de l'alimentation, est garantie de santé et une juste précaution recommandée par l'hygiène et la médecine préventive.

DISPONIBLES!

La Tyrothricine et La Benzocaine

associées dans une nouvelle pastille antibiotique pour la gorge!

'Tyrozets'

PASTILLES POUR LA GORGE
ANTIBIOTIQUES ET ANALGESIQUES

Le principal constituant des pastilles TYROZETS est la tyrothricine, puissant extrait antibactérien du bacille de Dubos, considéré comme l'antibiotique local par excellence. C'est la présence de cet ingrédient qui confère à cette nouvelle et remarquable préparation de Sharp & Dohme sa grande efficacité dans la prophylaxie et le traitement des infections bucco-pharyngiennes dues à des bactéries Gram-positives, ainsi que comme moyen adjuvant post-opératoire dans les interventions du pharynx.

En application locale, la tyrothricine est douée d'une action pénétrante et est dépourvue de toxicité. Elle est très efficace contre les organismes "Corynebacterium" Gram-positif, et notamment le bacille de la diphtérie, le pneumocoque, le streptocoque et le staphylocoque qui sont si fréquemment la cause d'infections bucco-pharyngiennes.

Une pastille TYROZETS contient 1 mg. de tyrothricine et 5 mg. de benzocaine analgésique et calmante.

Les pastilles TYROZETS apportent un prompt soulagement à la douleur et aux malaises dus à l'irritation et à l'infection de la gorge en détruisant rapidement les germes pathogènes Gram-positifs. Ces nouvelles pastilles de Sharp & Dohme sont atoxiques. Elles sont délicatement aromatisées. Leurs principales indications sont les infections de la bouche et de la gorge attribuables aux organismes Gram-positifs, les maux de gorge en général et particulièrement après interventions chirurgicales portant sur les amygdales ou le pharynx. Ces pastilles sont encore utiles durant la saison des rhumes pour assurer une protection locale de la gorge.

Les pastilles pour la gorge TYROZETS sont présentées en tubes de 12, à l'abri de l'humidité grâce à leur bouchon en plastique. Sharp & Dohme (Canada), Ltd., Toronto 5, Ontario.

SHARP & DOHME **TYROZETS**

Personne ne l'ignore, mais chacun est tenté de l'oublier: les aliments gras rendent la digestion plus pénible et sont la cause d'une forte proportion de troubles digestifs; un repas trop riche en aliments gras déclenche souvent des désordres graves dans un foie dont les fonctions, jusque-là, étaient, sans qu'on le soupçonnât, en équilibre instable.

N'oubliez donc pas que les repas trop copieux ou l'abus des graisses peuvent causer des troubles digestifs graves; en effet, tout comme l'excès des liquides, une masse d'aliments dilate l'estomac. Quant aux graisses, elles prolongent le séjour des aliments dans la poche stomacale; si les repas ne sont pas suffisamment espacés, il se peut que le premier ne soit pas digéré quand le second entre dans l'estomac. Toujours au travail, cet organe ne peut se reposer et finit par se fatiguer. La machine humaine, comme tout mécanisme, a besoin d'être ménagée.

Par conséquent, durant la période des fêtes plus qu'à toute autre époque de l'année, vous devez vous surveiller dans le boire et le manger. Comme le conseille la division de la nutrition du Ministère que dirige l'honorable J.-H.-A. Paquette, m.d., si pendant les fêtes vous pouvez dépenser davantage pour la nourriture, profitez-en pour compléter vos menus: augmentez si nécessaire la ration de lait, variez un peu plus les légumes et les fruits, mais n'allez pas tomber dans les excès contre lesquels tout votre organisme protestera tôt ou tard.

LIVRES REÇUS

A. LEMIERRE, C. LENORMANT, PAGNIEZ, P. SAVY, N. FIESSINGER, L. de GENNES, A. RAVINA. — **Traité de Médecine** (Tome IV). — Masson & Cie, Paris, 1948.

Paul SAVY. — **Traité de thérapeutique clinique** (3 volumes). — Masson & Cie, Paris, 1948.

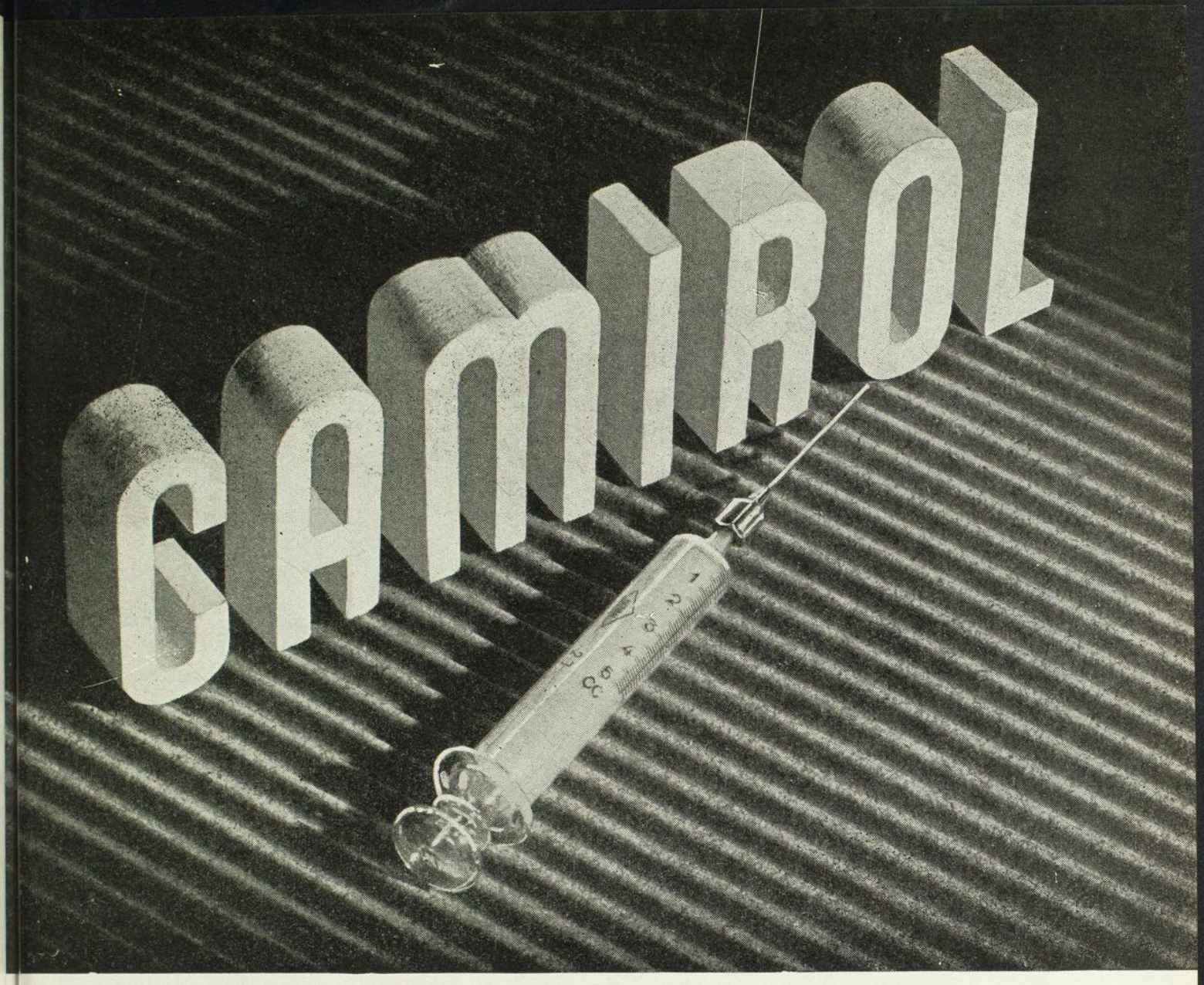
Robert DIDIER. — **Péan.** — Librairie Maloine, Paris.

Charles MATTEI, Marcel TRISTANI, André BARBE. — **Pénicillothérapie endobronchique précise.** — Masson & Cie, Paris, 1948.

Joseph LERICHE. — **Cancérologie (Etiologie-pathogénie).** — Maloine, Paris, 1948.

L. LEGER, P. PETIT, M. Arnaud, J. HEPP, J. MATHEY, J.-P. CALVER. — **Nouveau précis de pathologie chirurgicale** (Tome IV). — Masson & Cie, Paris, 1948.

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888, afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.



Nouvelle Médication

pour la sinusite et les infections des voies respiratoires

Injection Intramusculaire

FORMULE

Iodoforme	Menthol
Iodures	Camphre

Ampoule de 1 cc.

(En solution huileuse de faible acidité)

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS POUR LE CANADA

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL

REVUE DES LIVRES

Jean BRUCHÉSI, de la Société Royale. — **Canada (réalités d'hier et d'aujourd'hui).** Préface d'Étienne Gilson de l'Académie Française. Un vol. de 416 page, $1.75. — Éditions Variétés, édit., Montréal 1948.

Connaissons-nous vraiment le Canada ? Quels sont les faits les plus importants de son passé ? Savons-nous pourquoi il faut être fiers de ce grand pays qui va d'un océan à l'autre ?

Voilà le premier livre, l'unique livre à traiter du Canada, de ses origines à nos jours. C'est un vaste tableau et un portrait complet qui révèle ses grandes lignes historiques, son invraisemblable transformation économique, ses aspects politiques, son évolution dans le domaine de la science, des arts et de la littérature.

Le Canada est le pays moderne qui suscite la plus vive curiosité à l'heure actuelle. Les Français, entre autres, ont voulu, après la dernière guerre, se faire expliquer le grand pays qui leur avait envoyé une aide si généreuse. M. Jean Bruchési fut invité à donner à la Sorbonne un cours complet sur ce sujet.

Et voici ce que disait Etienne Gilson, de l'Académie Française, à la dernière conférence de M. Bruchési et qu'il écrit maintenant en préface: « Le lecteur trouvera dans ce livre ce que M. Bruchési a dit aux Français de son pays et le plus bel éloge que l'on puisse en faire est sans doute que cet excellent portrait du Canada, brossé à l'intention des Français, est exactement tel qu'il eût été si son auteur s'était adressé d'abord aux Canadiens.

« Telle est la vertu de l'Histoire lorsqu'elle est ce qu'elle doit être. Ni attaque ni plaidoyer, mais vue juste et raisonnée des événements, elle sait ici choisir les faits significatifs et les situer dans une perspective qui en découvre la valeur exacte. L'objectivité ainsi entendue n'a rien de l'indifférence, elle exerce, au contraire, une vertu purificatrice. Lorsqu'un historien possède à ce point le goût de comprendre afin de faire comprendre, les amertumes s'adoucissent et les rancœurs s'apaisent. »

Voilà une des voix autorisées parmi toutes celles qui louèrent la parole ferme, élégante, toujours pleine d'allant, d'humour et de poésie de M. Bruchési.

Combien de fois chacun de nous n'a-t-il pas souhaité avoir sous la main un renseignement précieux sur le Canada et dont il avait un peu honte de ne pas connaître déjà la réponse ? Est-il vrai que les colons français étaient des forbans ? A quel moment le nom de Canadien a-t-il désigné les habitants du Nouveau-Monde ? Pourquoi une partie du Canada emploie-t-elle la langue française et l'autre, la langue anglaise ? Où commence l'émancipation politique du Canada ? Quelles sont les vraies richesses qui en font un pays d'avenir: l'agriculture, le commerce, l'industrie ? Nos liens avec l'Angleterre sont-ils réels, quelles sont les dérogations au statut de Westminster ? Pourquoi faisons-nous partie du Commonwealth des nations britanniques ? Que veut dire le titre de Roi du Canada ? Quel a été le rôle du Canada dans les deux guerres mondiales ? Pourquoi ne sommes-nous pas membres de l'Union pan-américaine ? Que pensons-nous des Américains et quelle est l'influence des Etats-Unis au Canada ? Quels sont les systèmes canadiens de l'instruction publique ? Y a-t-il une littérature canadienne, une peinture canadienne, une musique canadienne ? Et surtout, la grande question:

Y a-t-il une nation canadienne ?

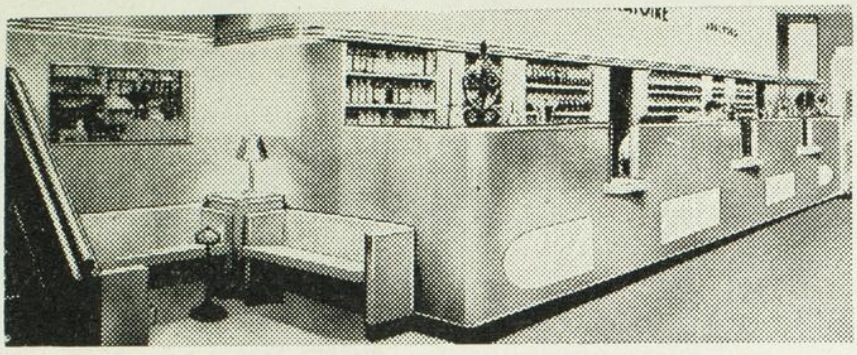
Si nous déplorions, dans notre littérature, l'absence d'un ouvrage qui étudiait le Canada d'un point de vue nouveau, complet, impartial, moderne, nous pouvons dire que *Canada, réalités d'hier et d'aujourd'hui* est enfin l'ouvrage complet sur le Canada vraiment capable de ré-

Direction du laboratoire

Dr R. GRENIER
Médecin-chirurgien

Mlle LORRAINE VIDAL
Technicienne médicale diplômée

Mlle M. DE BELLEFEUILLE
Garde-malade diplômée de l'hôpital St-Luc



Direction du laboratoire

M. A. SARRAZIN
Pharmacien-chimiste, Bachelier de l'Université de Montréal
Premier prix de Matière médicale et de Travaux pratiques de Chimie

M. LUC CHOQUETTE
Pharmacien-chimiste, Bachelier de l'Université de Montréal
Docteur de l'Université de Paris

LABORATOIRE D'ANALYSES

Sang *Urine*

Analyses complètes

Diagnostic de la Grossesse : Recherche du facteur R-H

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophyles
Grands mononucléaires
Lymphocytes
Polynucléaires éosinophiles
Polynucléaires basophiles
Shilling:
Bâtonnets (Stab)
Métamyélocytes juvéniles
Myélocytes
Blastes
Hématies nucléées
Plaquettes sanguines
Anisocytose
Poïkilocytose
Réticulocytes

Urée
Glycémie
Sédimentation
Hématocrite
Prothrombine
Protéines totales
Concentration des sulfa et pénicilline
Créatinine
Acide urique

Chlorures - sang total
Chlorures - plasma
Calcium
Cholestérol total - Esters
Temps de coagulation
Temps de saignement
Rétractilité du caillot
Résistance globulaire
Groupe sanguin (int)
Facteur Rh

▼

Sarrazin & Choquette

PHARMACIENS — CHIMISTES — ANALYSTES

Prises de sang faites à la pharmacie.

Rapports le jour même.

Tous les jours de 9 heures à 5 heures.

Nous envoyons chercher les échantillons à domicile.

Bouteilles échantillons spéciales envoyées sur demande.

pondre à toutes les interrogations sur cet immense pays formé de différentes provinces.

Canada, réalités d'hier et d'aujourd'hui sera lu avec fierté par les Canadiens et avec le plus grand intérêt par le vaste auditoire qui, dans le monde, veut connaître le Canada.

La publication de cet ouvrage est un événement d'envergure et, à titre de Canadiens, il faut le lire, pour y découvrir tout ce que nous ignorons sur nous-mêmes et notre vrai patrimoine national.

M. S. VAGLIANO, professeur agrégé des Facultés de Médecine de Paris et d'Athènes; préface du prof. Léon BINET. — **La gelure. Etude clinique — Traitement — Physiologie et anatomie pathologiques.** Un vol. de 256 pages, avec 10 planches hors-texte en noir et en couleurs. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Cette monographie de la gelure donne pour la première fois une étude complète de la maladie, au point de vue symptomatologique, physiopathologique et thérapeutique. L'auteur divise la symptomatologie clinique et la thérapeutique de la gelure en deux périodes bien distinctes.

La symptomatologie de la première période, qui dure pendant trois mois, est exposée avec beaucoup de détails et l'infection qui complique assez fréquemment cette première période est également décrite minutieusement dans un chapitre spécial. Grâce à l'étude approfondie de l'infection, du point de vue clinique et laboratoire, son véritable agent est dévoilé.

La symptomatologie de la seconde période diffère complètement de la première. Elle est, de même, clairement analysée, et l'auteur démontre que la lésion vasculaire est la cause principale de sa symptomatologie bruyante.

L'agent infectieux, provocateur des ulcérations chroniques désespérantes pendant cette seconde période, est pareillement révélé.

De cette étude clinique l'auteur obtient facilement la synthèse des différents syndromes, dont chacun résulte d'une lésion d'un certain groupe de tissus.

De cette manière, la thérapie de la gelure part de bases indiscutablement solides, et le médecin traitant peut suivre aisément, dès le début et même plusieurs années après, ces directions curatives.

Les troubles provoqués par l'action du froid sur l'organisme, soit expérimentalement, soit en clinique journalière, sont rapportés avec minutie dans le chapitre de la physiopathologie. Enfin, l'histopathologie démontre que, bien que le trouble fonctionnel du début de la gelure soit sérieux, c'est la lésion vasculaire qui joue le plus grand rôle dans la vie des tissus pendant la première et surtout pendant la durée de la seconde, et qui s'installe même pour la vie chez les sujets atteints de ce mal.

La lésion vasculaire, propre à la maladie, apparaît au moment de l'action du froid et évolue continuellement pendant des années, jusqu'à l'obstruction complète des vaisseaux.

Sur ces bases nouvelles, l'étude de la gelure constitue un précieux document dans la médecine générale.

A. SLIOSBERG. — **Les algies des amputés.** Un volume de 112 pages, avec 17 figures et 1 planche hors-texte. — Masson et Cie, édit., Paris, 1948.

Les algies des amputés ont souvent fait l'objet d'études partielles, mais, jusqu'ici, aucun travail d'ensemble ne leur avait été consacré. La présente monographie donne une étude clinique et thérapeutique fondée sur l'expérience personnelle de l'auteur, s'étendant sur plusieurs centaines d'observations originales.

Sans entrer dans les considérations théoriques, l'auteur étudie les différents symptômes subjectifs et objectifs, et essaie de dégager le rôle des facteurs étiologiques possibles. Une large part est réservée aux données de l'examen clinique et notamment à la description des troubles circulatoires, digestifs, etc.

NOUS PRÉSENTONS

L'ÉLIXIR MYANESIN

(POUR USAGE BUCCAL)

Dans le traitement des

AFFECTIONS SPASTIQUES et HYPERKINÉTIQUES

La valeur du Myanesin dans le traitement des affections spastiques et hyperkinétiques a été rapportée par plusieurs groupes de chercheurs. Pour les premiers essais, on a choisi la voie intraveineuse, mais Berger et Schwarts* ont démontré, dans un rapport portant sur 59 patients sous traitement, que le Myanesin est bien absorbé après administration buccale, et produit la plupart des effets salutaires constatés après l'administration intraveineuse, sans toutefois causer d'effets secondaires.

Ces chercheurs en sont arrivés à la conclusion que « l'avantage que l'on peut retirer de l'administration buccale du Myanesin dans les affections spastiques et hyperkinétiques, dépasse celui que l'on obtient avec le curare, l'érythroïdine, la néostigmine ou n'importe quel remède connu ».

Il y a fractionnement du Myanesin dans l'économie, et les produits en sont excrétés par le rein. On ne devrait pas l'administrer à des patients qui ont déjà souffert ou qui souffrent présentement de lésions rénales. On ne connaît pas d'effets toxiques pouvant découler de l'administration buccale prolongée de l'Élixir Myanesin.

L'Élixir Myanesin est préparé spécialement pour administration buccale, et contient 1.0 gm. de Myanesin (α:β-dihydroxy-γ-(2 méthylphénoxyl)-propane) dans chaque once liquide.

Présenté en bouteilles de 16 onces liquides.

*J. A. M. A., 26 juin 1948, p. 772.

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED

TORONTO CANADA

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée au traitement et, en particulier, au traitement médical qui, entre les mains de l'auteur, a donné des résultats encourageants, alors que les interventions chirurgicales ne justifient pas toujours les espoirs qu'elles avaient suscités.

Divisions de l'ouvrage

Introduction. — Matériel d'étude. — Le Membre fantôme. — Les Algies. — L'épilepsie du moignon. — Les irradiations douloureuses. — Les douleurs à distance. — Les facteurs déclenchant ou aggravant les douleurs. — Les troubles réflexes. — L'examen du moignon. — Les Traitements. — Bibliographie.

*

* *

On est cordialement invité à venir feuilleter ces nouveaux ouvrages au Secrétariat de "L'Union Médicale du Canada", 326 est, boulevard Saint-Joseph.

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA. 9888. afin qu'ils puissent recevoir l' « UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

LORSQU'UNE SALICYLOTHÉRAPIE

INTENSIVE

EST INDIQUÉE . . .

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

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

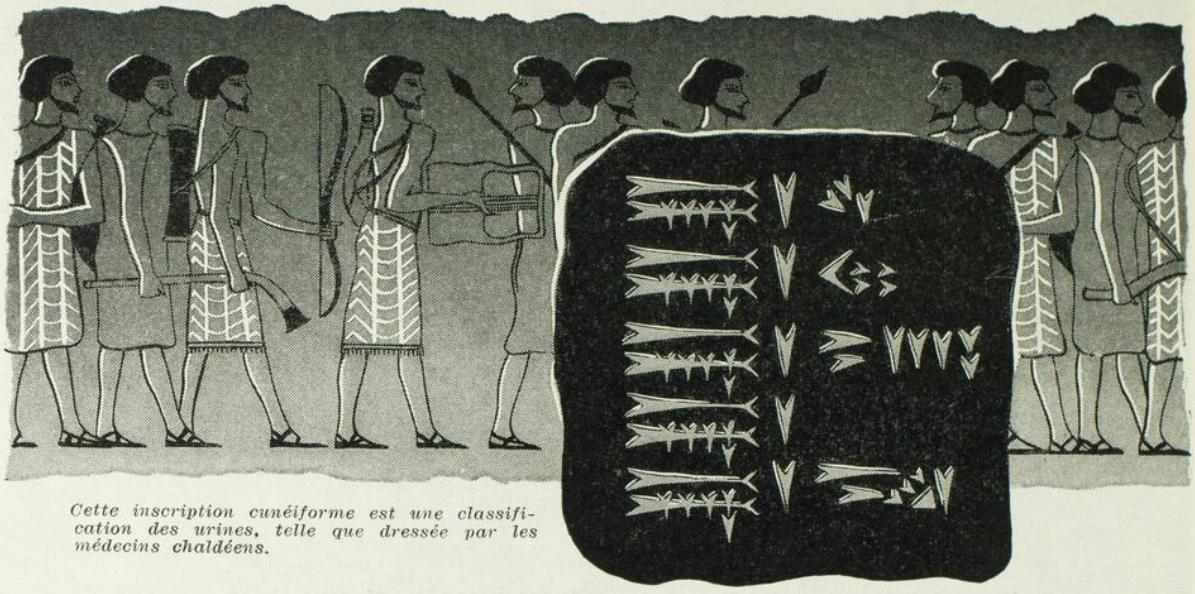
parce qu'il procure, sous forme de comprimés,
une combinaison d'administration facile et
scientifiquement équilibrée de succinate
de calcium et d'acide acétylsalicylique.

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

Bouteilles de 100 et de 500 comprimés.

BEREX *est le nom déposé de ce produit. Demandes de brevets au Canada, Etats-Unis et pays étrangers.*

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



Cette inscription cunéiforme est une classification des urines, telle que dressée par les médecins chaldéens.

Des millénaires d'étude... résumés en quelques secondes!

Même 4,000 ans avant Jésus-Christ, les empiriques babyloniens et sumériens, qui notaient déjà la variation des caractères physiques de "la péniale liqueur", ne furent probablement pas les premiers uroscopistes. Mais ce n'est que cinquante siècles plus tard que fut découvert le réactif de Fehling.

Grâce à l'excellente méthode *Clinitest*(R), qui indique avec précision la teneur en sucre des urines, les siècles consacrés au perfectionnement de la diagnose sont condensés dans quelques secondes. L'épreuve se fait en moins d'une minute. L'emploi de ces comprimés est la simplicité même — tout diabétique l'apprendra aisément. Unique en son genre, le procédé *Clinitest* supprime l'emploi extérieur de la chaleur. L'interprétation du "test de routine" est facilitée.

AMES

Clinitest

pour l'analyse glycosurique

AMES COMPANY OF CANADA, LTD • TORONTO 4, ONTARIO

Dès **1946** le Laboratoire Bio-Chimique présentait à la profession Médicale sous le nom de **"BISULFA"** un nouveau principe de sulfamidothérapie, ayant les avantages suivants:

- **TOXICITÉ MOINDRE**
- **CRISTALLISATION RÉNALE RÉDUITE**
- **EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE MAINTENUE**

AUJOURD'HUI notre Laboratoire vous offre les comprimés **"TRISUL"**, marque désignant trois sulfamidés et ayant les mêmes avantages.

BISULFA
0.50 gm. (7½ grs)
Sulfadiazine ..... 0.25 gm.
Sulfathiazole ..... 0.25 gm.

BISULFA infantile
Comprimés aromatisés
Demi-dose

TRISUL
0.50 gm. (7½ grs)
Sulfadiazine .... 0.1250 gm.
Sulfamerazine .. 0.1250 gm.
Sulfathiazole .. 0.2500 gm.
Citrate de soude 2 grains

TRISUL infantile
Comprimés aromatisés
Demi-dose.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178, Jean-Talon Est, MONTREAL, P. Q.

Prescrivez BISULFA — Présenté à la profession Médicale par notre laboratoire dès 1946.

NOUVELLE MÉDICATION HÉPATO-BILIAIRE

La lithiase biliaire est une affection extrêmement répandue. Les symptômes dramatiques de la colique hépatique ne surviennent que lorsque les calculs atteignent un certain volume et s'enclavent, mais la lithiase fruste est infiniment plus fréquente et les autopsies confirment ce fait.

La lithiase fruste ou latente est parfois très longtemps tolérée, ne se manifestant que par des troubles d'insuffisance hépatique, ou des troubles gastro-intestinaux.

La cause prédisposante la plus fréquente est l'infection des voies biliaires par le bacille typhique ou par le colibacille; la grossesse provoquant un ralentissement des fonctions hépatiques, joue un rôle déterminant certain. Les personnes d'un certain âge sont à peu près toutes porteuses de calculs biliaires et les femmes dans la proportion de 80%, surtout pendant les grandes étapes de la période génitale.

La pathogénie de la formation des calculs a été discutée, actuellement la théorie suivante semble prévaloir:

La vésicule biliaire, outre son rôle de réservoir, a une fonction d'absorption vis-à-vis de l'eau, du chlorure de sodium, et de l'acide carbonique, et une fonction de sécrétion de la cholestérine.

La muqueuse vésiculaire enflammée perd son pouvoir d'absorption; la bile n'y subit plus la concentration qui s'opère normalement à cet endroit et, plus fluide, elle transsude à travers la muqueuse et provoque un œdème de la paroi vésiculaire.

Le chlorure de sodium et l'acide carbonique non absorbés abaissent le pH; il s'ensuit une précipitation de sels biliaires et de cholestérine.

Des lambeaux de muqueuse desquamés servent d'amorce à la concrétion qui peut se développer dans tout l'appareil excréteur, mais la localisation la plus fréquente est la vésicule elle-même.

En général, les calculs sont constitués par un noyau de cristaux de cholestérine enrobé de sels biliaires. Ces calculs, bien que plus lourds que la bile, ont un poids spécifique très faible et leur consistance est assez friable, ce qui permet leur fragmentation spontanée.

La thérapeutique médicale de la lithiase confirmée doit donc avoir pour objectif principal de provoquer cette fragmentation et d'amener ensuite, par une chasse biliaire énergique, l'évacuation de leurs débris — sous forme de boue biliaire — par les voies naturelles.

Le **BILI-SOL** (Eddé) réalise cette indication. A base de **charbon animal suractivé et d'oléate de soude,** il est la réalisation scientifique d'une méthode empiriquement employée depuis des siècles dans le Moyen-Orient.

Partant de cette constatation que les médications empiriques sont basées sur un fait réel, des expériences scientifiques rationnelles peuvent mettre en lumière les bases physiologiques confirmant l'efficacité du procédé. Des milliers de malades en ont bénéficié en Europe et la médication est actuellement bien au point.

Le **charbon animal suractivé,** qui constitue l'originalité du **BILI-SOL** (Eddé) et assure son efficacité, contient des sels de potassium, de sodium, et, en plus petite quantité, de magnésium.

Ces sels ont une double action; d'une part, ils rendent à la bile son alcalinité normale, et, d'autre part, ils provoquent une chasse biliaire et abaissent le taux de la cholestérinémie.

Par ce mécanisme, les calculs enclavés s'effritent et se mobilisent.

Il est certain que les lésions profondes de la vésicule ne seront — pour autant — guéries, mais la colique hépatique étant souvent un signal d'alarme relativement précoce, le cours normal de la bile pourra être rétabli grâce au BILI-SOL (Eddé), **avant que les lésions anatomiques importantes n'interviennent.**

La disparition des calculs a été maintes fois constatée radiographiquement et la presque totalité des malades ont eux-mêmes identifié l'expulsion de boues et de graviers biliaires.

Quant au taux de la cholestérinémie, il est aisé de constater qu'il redevient normal après le traitement.

L'adjonction d'oléate de soude augmente l'action cholagogue et remplace les quantités importantes d'huile qui devaient être ingérées dans le traitement empirique primitif.

INDICATIONS

Le **BILI-SOL** (Eddé) est évidemment formellement indiqué dans tous:

les Etats pré-lithiasiques,
les Lithiases frustes,
la Lithiase confirmée,
les Crises de coliques hépatiques.

Mais, par son action stimulante énergique sur la cellule hépatique, il est également indiqué dans:

les Etats d'insuffisance hépatique,
les Cholécystites,
les Ictères catarrheux bénins.

PRÉSENTATION

En boîte de 128 comprimés de 1 gramme.

DOSES: *Pendant les périodes aiguës*:

—16 comprimés par 24 h. en 2 fois, une à deux heures avant les principaux repas.

—Durée du traitement: 30 à 40 jours.

Dans les Etats frustes, chez les prédisposés ou chez les sujets ayant déjà présenté des atteintes de lithiase biliaire:

—6 à 8 comprimés par jour, à prendre en deux fois avant les repas, pendant 15 jours, tous les 3 mois.

Bien des opérations mutilatrices seront évitées par la dose forte. La dose d'entretien assurera la consolidation du résultat avec infiniment plus de sécurité que des cures thermales.

J. EDDÉ Limitée, — New Birks Bldg., Montréal, Canada.

MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
- ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
- ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
- PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

— Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.

— Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.

— 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANS-CUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).

— FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.

— Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.

*J. A. BAUDOUIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.
R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal, Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

CHOLIBILE

CHOLÉRÉTIQUE — LAXATIF — DÉSENSIBILISANT

INDICATIONS: Affections du foie et des voies biliaires.

FORMULE:

CHOLIBILE

Acide Déhydrocholique . 0.25 gm.
Cascara Sagrada ..... 0.05 gm.
Thiamine HCl (Vit. B_1) .... 5 mgm.
par dragée

2 à 4 dragées par jour.

CHOLIBILE (Faible)

Acide Déhydrocholique .. 0.10 gm.
Cascara Sagrada ..... 0.02 gm.
Thiamine HCl (Vit. B_1) .... 2 mgm.
par dragée

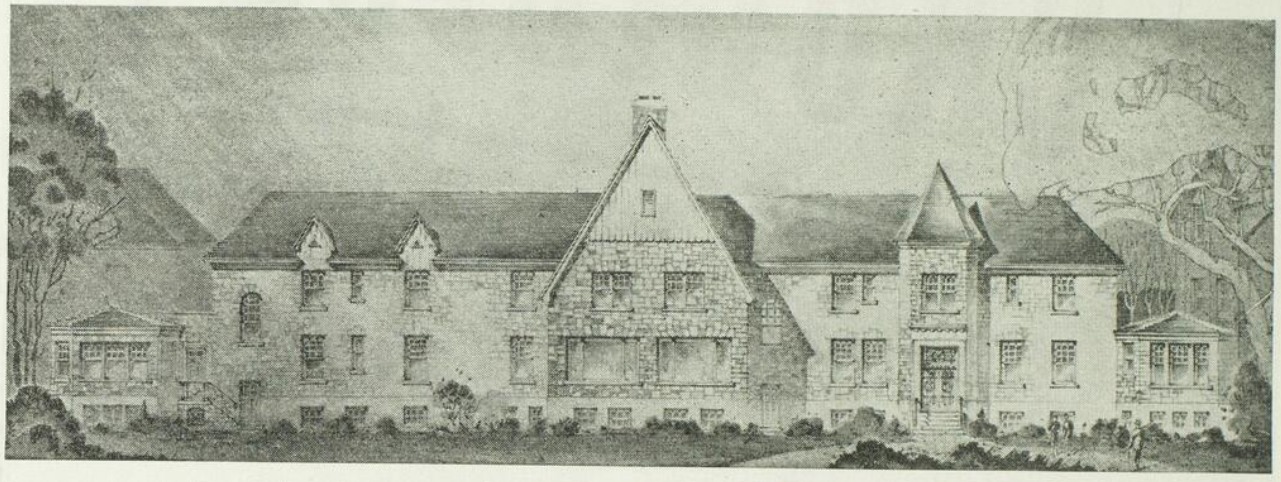
2 à 6 dragées par jour.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178, Jean-Talon Est, MONTREAL, P. Q.

Prescrivez **BISULFA** — Présenté à la profession Médicale par notre laboratoire dès 1946.

SANATORIUM PRÉVOST



La maquette ci-dessus est la façade, côté boul. Gouin, de la nouvelle bâtisse actuellement en construction qui réunira les deux anciens pavillons. Ceux-ci sont en voie de complète rénovation et l'un d'eux est déjà ouvert aux malades.

L'établissement demeure toujours consacré au traitement INDIVIDUEL des affections neuro-psychiatriques en cure libre.

● Personnel hospitalier expérimenté. Cures de repos. Physiothérapie complète. Pyrétothérapie. Electrochocs. Insulinothérapie. Psychothérapie. Bientôt: radiothérapie; régimes confiés à une diététicienne.

BUREAU MÉDICAL

Neuro-psychiatres: Drs Roma Amyot, Ernest Brunet, Paul Larivière, Emile Legrand, Alcide Pilon, Jean Saucier et Karl Stern;

Consultants: Drs Fernand Charest, René Dandurand, Paul David, Edouard Desjardins, Roland Dussault, Léon Gérin-Lajoie, Charles-E. Grignon, Charles-E. Hébert, J.-B. Jobin, Albert Jutras, Richard Lessard, Georges Manseau, Léopold Morissette, Jules Prévost, J.-A. Vidal.

• •

4455 OUEST, BOULEVARD GOUIN. **TÉLÉPHONE BYwater 2405 ★**

EN SACHETS DE 4 GMS BOÎTE DE 20 SACHETS

Agarcyl

Formule Nouvelle dans la médication des Gastropathies

Agar-Agar	5 gms.
Gélatine	25 gms.
Silicate de magnésie	10 gms.
Lactose Q.S. . . pour	100 gms.

1—Neutralise l'hyperacidité
2—Combat l'hypersécrétion
3—Calme les douleurs et supprime le pyrosis
4—S'oppose aux fermentations et régularise le péristaltisme gastro-intestinal
5—Ne constipe pas, légèrement laxatif
6—Analgésique—anti-hémorragique, coagulant

LABORATOIRES JEAN OLIVE
14, rue des Minimes, PARIS 3e
200, rue Vallée, MONTRÉAL, P. Q.

NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX

La forme moderne et suractivée de l'ancienne pilule de Méglin

NEUROSOLÈNE

Ancienne pilule de Méglin { ext. de jusquiame 0.017 ; ext. de valériane . 0.017 ; oxyde de zinc . 0.017 } + phényl-éthyl malonylurée 0.017

Posologie: 2 à 4 comprimés par jour.
Insomnie: 2 à 4 le soir au coucher.

PUISSANT SÉDATIF DU VAGUE...

PRÉSENTATION: pour la clientèle — flacons de 60's.
Pour MM. les médecins et hôpitaux — flacons de 500 et 1000.

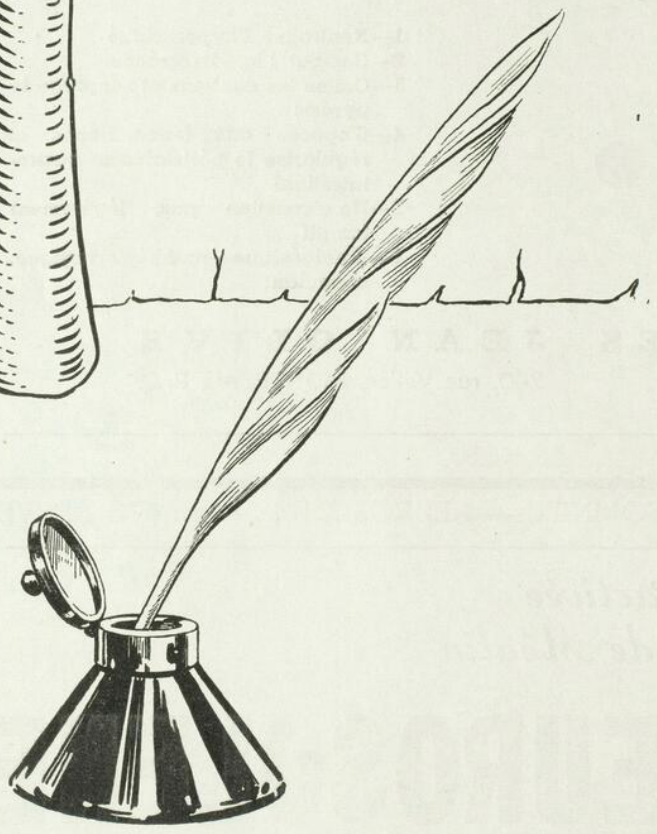
LABORATOIRES D'ANALYSES PAUL BRÉANT
11, rue de Clichy — Paris (IXe)

INSOMNIES — NEUROSOLÈNE — ÉTATS NERVEUX — INSOMNIES — NEUROSOLÈNE

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

La Librairie Beauchemin Limitée

imprimeur de « L'Union Médicale du Canada »,



offre

ses services à tous les

MÉDECINS,
ANNONCEURS
et
LECTEURS

de cette revue pour tous travaux d'impression et de reliure.

- **Son outillage le plus perfectionné,**
- **Son personnel des plus avisés,**
- **Sont garantie de qualité,**
- **A des prix modérés.**

CONFIEZ-NOUS VOS TRAVAUX ET NOUS FERONS EN SORTE DE VOUS DONNER ENTIÈRE SATISFACTION.

LIBRAIRIE BEAUCHEMIN LIMITÉE

LIBRAIRES — ÉDITEURS

Imprimeurs - Relieurs - Papetiers en gros

426-430, rue **ST-GABRIEL** **MONTRÉAL** **Tél.: LAncaster 4236**

Syndromes douloureux *Pré-Anesthésie*

SÉDONERVINE

Association Scopolamine-morphine

PRÉSENTE UN **DOUBLE** INTÉRÊT

-1-

La formule classique:

Chlorhydrate de Morphine 0.006 gm.
Bromhydrate de Scopolamine ¼ de mgm.
Sérum Physiologique spartéiné à 2% pour une ampoule de 1 cc.

-2-

Un prix médical:

10 ampoules: $0.90
100 ampoules: $7.50

LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200 RUE VALLÉE, MONTRÉAL

UNION DE PHARMACOLOGIE SCIENTIFIQUE APPLIQUÉE, 1 Bis, rue LAULANIÉ - AGEN - (Lot-et-Garonne) FRANCE

Artichaut. □ □ □ □ □ □
Boldo. □ □ □ □ □ □ □ □
Combretum. □ □ □ □ □ □ □
Polypode. □ □ □ □ □ □ □ □ □
Orthosiphon. □ □ □ □ □ □ □ □ □
Adonis. □ □ □ □ □ □ □ □
Peptone. □ □ □ □ □ □ □
Chlorure de Magnésium. □

Les gouttes

□ □ □ □ □ □ □ **Ictère.**
□ □ □ □ **Atonie vésiculaire.**
□ □ □ □ □ □ □ □ **Colites.**
□ □ □ □ □ **Insuffisance hépatique.**
□ □ □ □ □ **Insuffisance rénale.**
□ □ □ **Urée sanguine (excès).**
□ □ **Albuminurie digestive.**
□ □ □ □ □ □ **Anorexie.**

HÉPAX

stimulent les fonctions Hépatiques et Rénales

AGENT DE DÉSENSIBILISATION D'ACTION DOUCE ET PROGRESSIVE

30 à 50 gouttes, 2 ou 3 fois par jour, au début des repas.
ADULTES

2 à 5 gouttes par année d'âge, 2 ou 3 fois par jour.
ENFANTS

AGENTS AU CANADA : **LABORATOIRES JEAN OLIVE, 200, RUE VALLÉE, MONTRÉAL.**

supprime la rançon du bon marché

Lorsqu'elle s'applique à un délicat instrument de précision, "la qualité" suppose l'emploi de matières premières les meilleurs, l'oeuvre d'un art jamais surpassé, ainsi que des méthodes et des conditions supérieures essentielles à une production de qualité.

Evidemment, il en coûte davantage pour produire un instrument de qualité supérieure . . . et, logiquement, une telle qualité justifie un prix de vente apparemment plus élevé, en raison de l'usage prolongé et de la satisfaction plus complète qu'elle assure.

LES LAMES RIB-BACK

nous en fournissent un excellent exemple car, dans leur fabrication, on vise à la qualité—non au prix. Même si le coût initial d'une douzaine est légèrement plus élevé, une analyse du prix effectuée pendant une période déterminée révèlera souvent qu'en comparaison, le coût par lame individuelle est véritablement moindre.

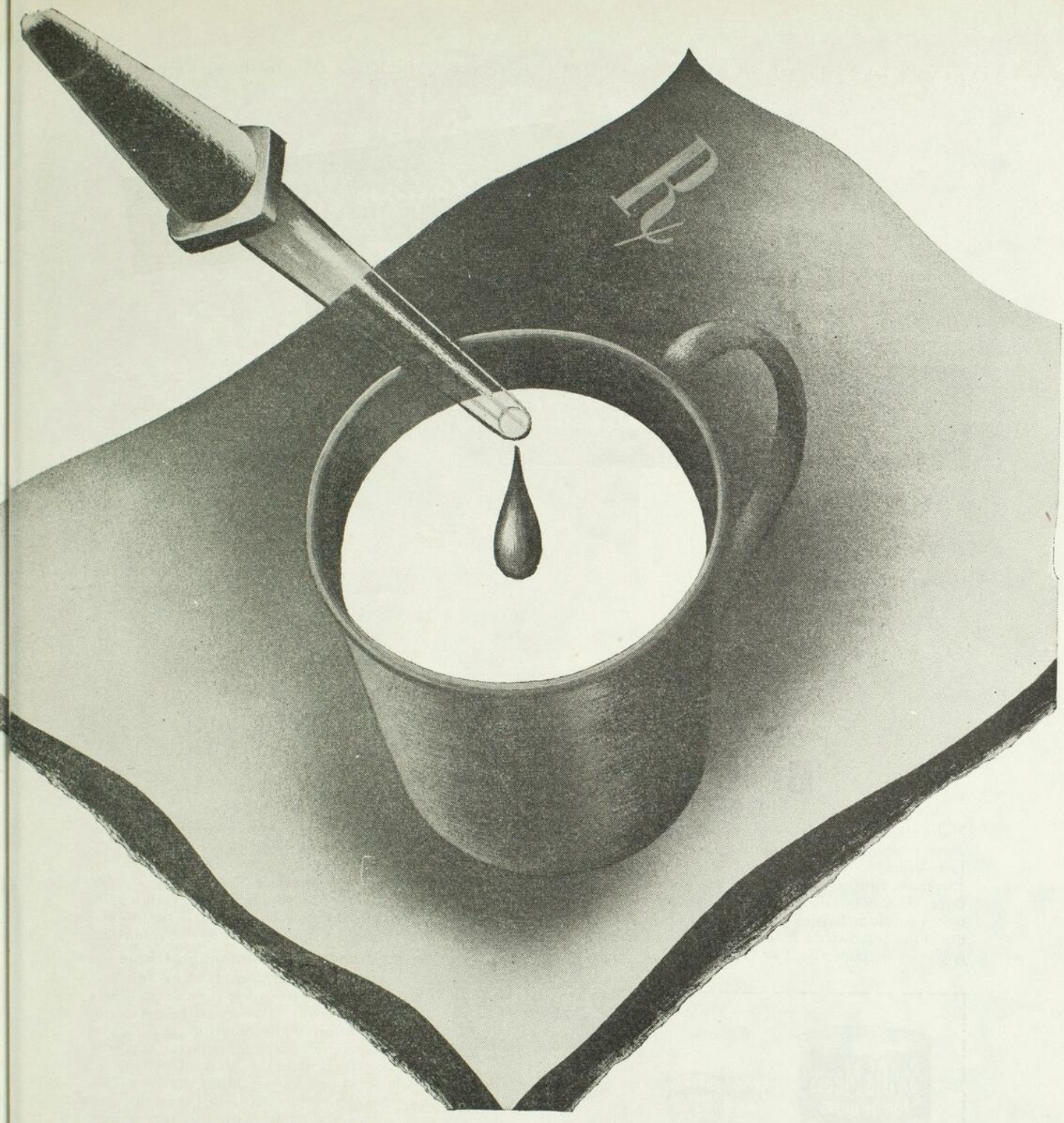
Dans chaque douzaine de lames Rib-Back qu'il se procure, l'acheteur est assuré de trouver 12 lames parfaites. Le degré d'efficacité supérieure de leur tranchant, ainsi que les plus longues durées d'un usage satisfaisant, constituent des facteurs qui, du point de vue économique, réduisent la consommation des lames à un minimum. Dans nombre d'hôpitaux où l'on a le culte de la qualité, on sait maintenant que la qualité de Rib-Back supprime la rançon du bon marché.

Demandez-les à votre fournisseur

BARD-PARKER COMPANY, INC.
Danbury, Connecticut, U.S.A.

It's Sharp

A BARD-PARKER PRODUCT



UNE GOUTTE VI-PENTA CONTIENT 6 VITAMINES

C'est la forme idéale pour la prescription courante du médecin, particulièrement pour les nourrissons et les petits enfants. Elle permet d'administrer sous une forme concentrée une quantité suffisante des 6 vitamines essentielles: A, B_1, B_2, C, D et nicotinamide. Flacons de 15-cc. 10 minimes (0.6-cc) par jour ou plus selon les cas.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL.

Gouttes Vi-Penta 'ROCHE'

Acceptation constatée!

Tolérance constatée!

Avantages constatés!

Viandes Swift's pour Bébés

Naturellement, seuls les produits éprouvés méritent votre recommandation pour l'alimentation infantile. Les Viandes Swift's pour Bébés *sont* des produits éprouvés. Eprouvés au cours d'essais cliniques alimentaires. Des bébés de six semaines *acceptèrent* et *tolérèrent* une formule à laquelle il avait été ajouté des Viandes Swift's Passées au Tamis et *profitèrent* à merveille. Ces études indiquèrent que les protéines de la viande sont tout aussi facilement digérées que les protéines du lait par les enfants de cet âge. Les bébés nourris avec de la viande étaient dans *un meilleur état physique et plus satisfaits* que ceux du groupe-témoin. La viande, un aliment reconnu comme étant hématopoïétique, aide à prévenir l'anémie infantile.

La Viande—un aliment protéique, riche en vitamines B et en fer

Spécialement préparées, douces et lisses, les Viandes Swift's Passées au Tamis facilitent la première alimentation carnée. Les viandes étant parées d'un façon experte, le gras est réduit au minimum. Une cuisson experte assure le maximum de conservation des éléments nutritifs de la viande—les protéines complètes et de haute qualité nécessaires pour la croissance, les vitamines B naturelles et le fer.

Aliment protéique complet, les Viandes Swift's Passées au Tamis font que *tous* les amino-acides essentiels sont utilisables *simultanément* pour une synthèse protéique optimum. Six viandes—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur—fournissent une variété d'aliments et donnent à bébé de bonnes habitudes alimentaires. Pratiques pour la maman—prêtes à faire chauffer et à servir. Pour de plus amples renseignements en ce qui concerne les Viandes Swift's pour Bébés, écrivez à Swift Canadian Co. Limited, Dept. B.M.F., Toronto 9, Ontario.

ACCEPTED COUNCIL ON FOODS AND NUTRITION AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Toutes les déclarations concernant l'alimentation qui sont contenues dans cette annonce ont l'approbation du Comité des Aliments et de la Nutrition de l'Association Médicale Américaine.

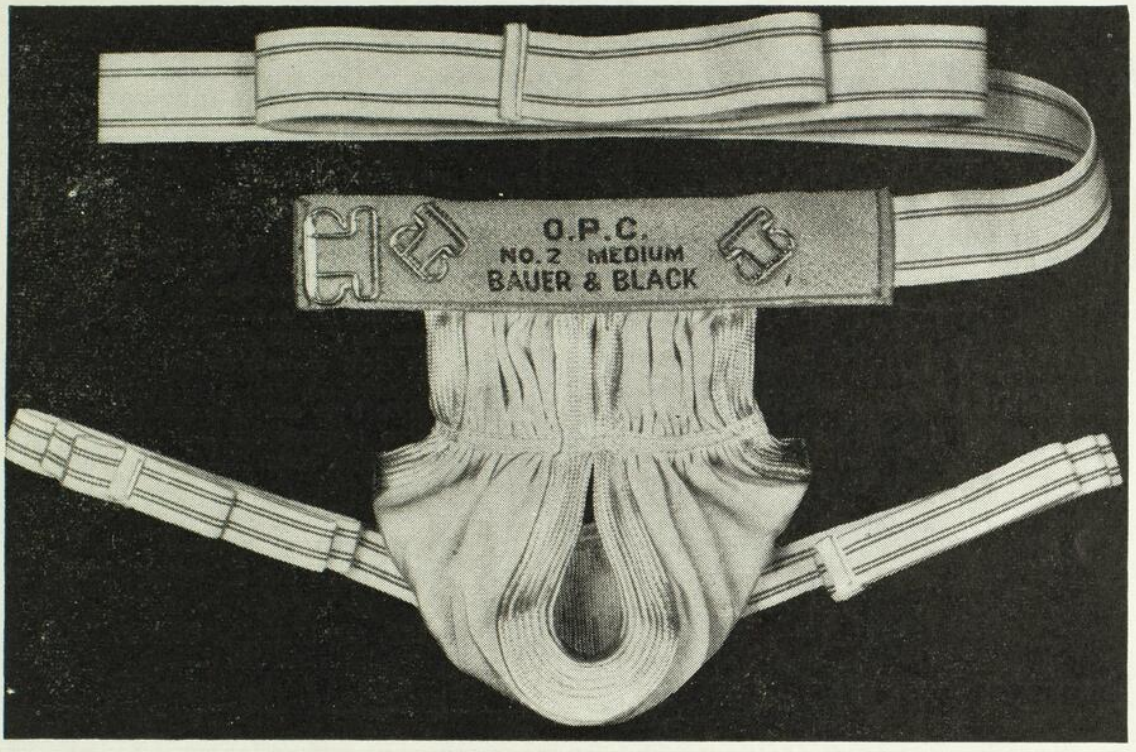
Morceaux de viande tendres de la grosseur d'une bouchée—suffisamment fermes pour encourager la mastication, aider la dentition. La saveur tentante des Viandes Swift's Coupées en Dés aide à prévenir l'anorexie chez les bébés plus âgés et chez les jeunes enfants.

SWIFT UN PRODUIT DE QUALITÉ SWIFT

...la première marque en fait de viandes

...la première avec Viandes 100% pour Bébés

VOS MALADES AIMERONT...
LE O.P.C. No 2 de BAUER & BLACK



Un coup d'œil rapide sur le suspensoir O.P.C. No 2 de Bauer & Black vous démontrera pourquoi un si grand nombre de médecins le prescrivent à leurs patients. C'est que chaque détail de ce suspensoir impeccable — tissu parfait et couture soignée — reflète la qualité. Le plus important dans le O.P.C. c'est qu'il est taillé pour le confort, de sorte que les patients *le porteront.*

Cependant, le coût de cet article est si peu élevé qu'il conviendra au budget de vos patients. C'est pourquoi nous affirmons que le "O.P.C. — est la meilleure acquisition pour votre patient".

Gratis aux médecins — manuel de 28 pages intitulé **"L'emploi du suspensoir dans le traitement des affections concernant le scrotum".** Ecrivez à Bauer & Black, 419 Coxwell Ave., Toronto, Ont.

SAC SANS COUTURE, support thérapeutique en tricot élastique, plus de confort. Les bandes élastiques à l'entour des ouvertures offrent, en outre, un complément de confort apprécié des patients.

RÉTENTION DU SCROTUM PARFAITE, grâce aux bandes des jambes convenablement placées, sans égard à la position du patient; avantage précieux pour ceux qui travaillent activement.

CEINTURE — élastique s'étendant beaucoup, ce qui permet d'enlever le suspensoir sans déboucler. Assure un meilleur ajustement sans l'aide de gros coussinets.

SCIENTIFIQUE — pour répondre aux exigences thérapeutiques. Coupe parfaite et tissu de qualité.

Un produit de

BAUER & BLACK

Division de la Kendall Company (Canada) Ltd., Toronto, Ontario

Curity
REG. IN CANADA

Nom déposé au Canada

Lunettes
verres ophtalmiques

— o —

Examen de la vue

— o —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS
BUREAU CHEZ
Dupuis Frères
LIMITÉE
MONTREAL

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS DE PRIX ANNUELS

Deux prix annuels, la "Médaille du Collège Royal des Médecins du Canada", et la "Médaille du Collège Royal des Chirurgiens du Canada" sont offerts pour le meilleur travail original, préparé par un Canadien, portant sur les sciences de base en médecine et chirurgie, ou sur des recherches cliniques. Les gagnants de ces médailles seront invités à présenter leurs travaux à la réunion annuelle du Collège.

La présentation des candidats et de leur manuscrit peut être faite par un membre du Collège et envoyée au bureau du Collège **avant le 1er avril.** Le but de ces prix étant d'encourager les jeunes médecins à poursuivre des travaux de recherche, la limite d'âge a été fixée à 40 ans. Si le comité constitué par le Collège ne reconnaît pas une valeur suffisante au travail présenté, aucun prix ne sera accordé.

On peut obtenir des détails complets en s'adressant au:

Secrétaire Honoraire,
Le Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa.

DEPUIS PRÈS D'UN DEMI-SIÈCLE

Toujours le même but:

RÉDUIRE LE TAUX DE LA MORTALITÉ INFANTILE

Par la Qualité de nos Produits

J. J. Joubert
LIMITÉE

Pratiquée chez soi ou ailleurs

L'ÉPREUVE "ÉCLAIR"

Simplifie la recherche du sucre et de l'acétone dans les urines

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

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

Galatest — **Pour la recherche du sucre dans l'urine**

Réactif à l'Acétone (Denco) — **pour la recherche de l'acétone dans l'urine**

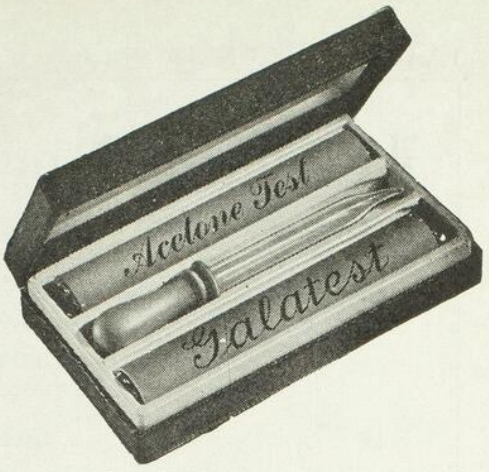
LA MÊME SIMPLE MÉTHODE POUR LES DEUX ÉPREUVES

1. Un peu de poudre

2. Un peu d'urine

Modification de couleur instantanée

Notices descriptives sur demande.

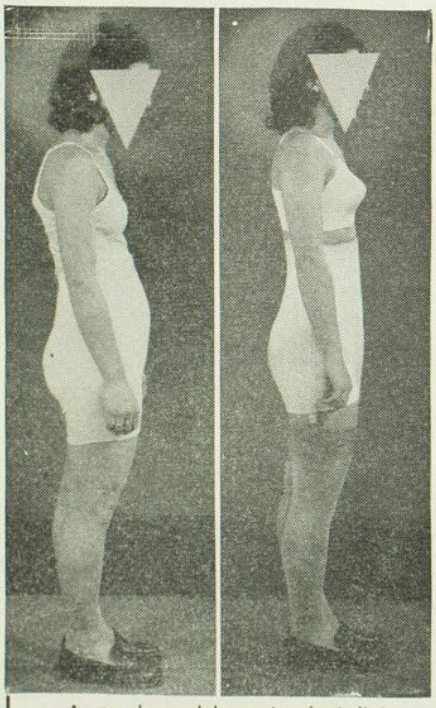


Nécessaire contenant une fiole de réactif d'acétone (Denco) et une fiole de Galatest maintenant disponible. Très commode pour la trousse du médecin ou du diabétique. Le nécessaire contient aussi un stilligoutte médical et une échelle de couleurs. Ce nécessaire si commode ou les fioles de rechange sont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

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

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

286 ouest, rue St. Paul, Montréal



A gauche, adolescente dont l'attitude révèle la ptose. A droite, même patiente portant le Support Spencer pour les Seins et le Support Spencer spécialement dessinés pour elle. L'amélioration du maintien est à remarquer.

Correction de la mauvaise attitude chez l'adolescente

Comme plusieurs troubles chroniques — particulièrement le mal de dos — proviennent d'une mauvaise attitude de maintien pendant l'adolescence, l'importance de corriger les défauts de maintien à leur début est généralement reconnue*.

Comme adjuvant au traitement préventif ou correctif d'une attitude affectant l'abdomen, le dos ou les seins, le médecin trouvera le Support Spencer thérapeutiquement plus efficace — *parce que chaque Spencer est individuellement dessiné, taillé et fait pour chaque patient.* Cela assure au médecin le degré de support exact requis dans le traitement de chaque enfant ou adulte.

Pour plus amples renseignements, téléphonez à votre "Corsetière Spencer" locale, ou adressez-nous le coupon ci-dessous.

* Meyerling, Henry W. et Pollock, George A., *Modern Conceptions of Backache,* Journal-Lancet, 60: 225-231 (mai) 1940; Brown, W. D., *Some Unattained Objectives in Pediatrics.* Tex. State Med. Jr., 38; 335-338 (sept.) 1942; Klein, A., *Posture Clinics,* U. S. Dept. of Labor, Children's Bureau Pub., No 164, 1926.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Incorporated, New Haven, Conn. En Grande-Bretagne: Spencer (Banbury) Limited, Banbury, Oxon.

Veuillez me faire parvenir la brochure "Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin".

Nom ..... M.D.

Adresse .....

..... 151-1-49

SUPPORTS *DE DESSIN INDIVIDUEL* SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

Les demandes concernant l'examen de 1949 doivent être faites avant le **30 avril 1949.** Après cette date les demandes ne pourront être prises en considération.

Les examens suivants auront lieu en 1949:

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE, ou en MÉDECINE en appuyant sur les spécialités suivantes: dermatologie et syphiligraphie, neurologie et/ou psychiatrie, pédiatrie et radiologie.

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE, ou en CHIRURGIE en appuyant sur les spécialités suivantes: neuro-chirurgie, obstétrique et/ou gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, otolaryngologie et urologie.

CERTIFICAT dans les spécialités suivantes: anesthésie, dermatologie et syphiligraphie, chirurgie générale, médecine interne, neurologie et/ou psychiatrie, neuro-chirurgie, obstétrique et/ou gynécologie, ophtalmologie, chirurgie orthopédique, otolaryngologie, pédiatrie, pathologie et/ou bactériologie, médecine physique, chirurgie plastique, hygiène, radiologie diagnostique et thérapeutique, chirurgie thoracique et urologie.

Copies des règlements concernant le titre d'Associé et le certificat des examens, de même que des bulletins de demande peuvent être obtenus en s'adressant au:

Secrétaire Honoraire,
Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada,
150, rue Metcalfe, Ottawa, Canada.

BETAGEN
VITAMINE B COMPOSÉE
ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

COMPOSITION

Chaque once contient:
1,000 U. I. de Vitamine B_1
(Chlorure de Thiamine)
1 mgm. de Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B Complexe.
B_2, B_4, B_5 et B_6
Lécithine d'œufs .... 1/16 gr.
Avénine ..... 1/30 gr.

Glycérophosphates
de Sodium ..... 8 grs
de Calcium ..... 4 grs
de Potassium ..... 4 grs
de Strychnine .....1/60 gr.

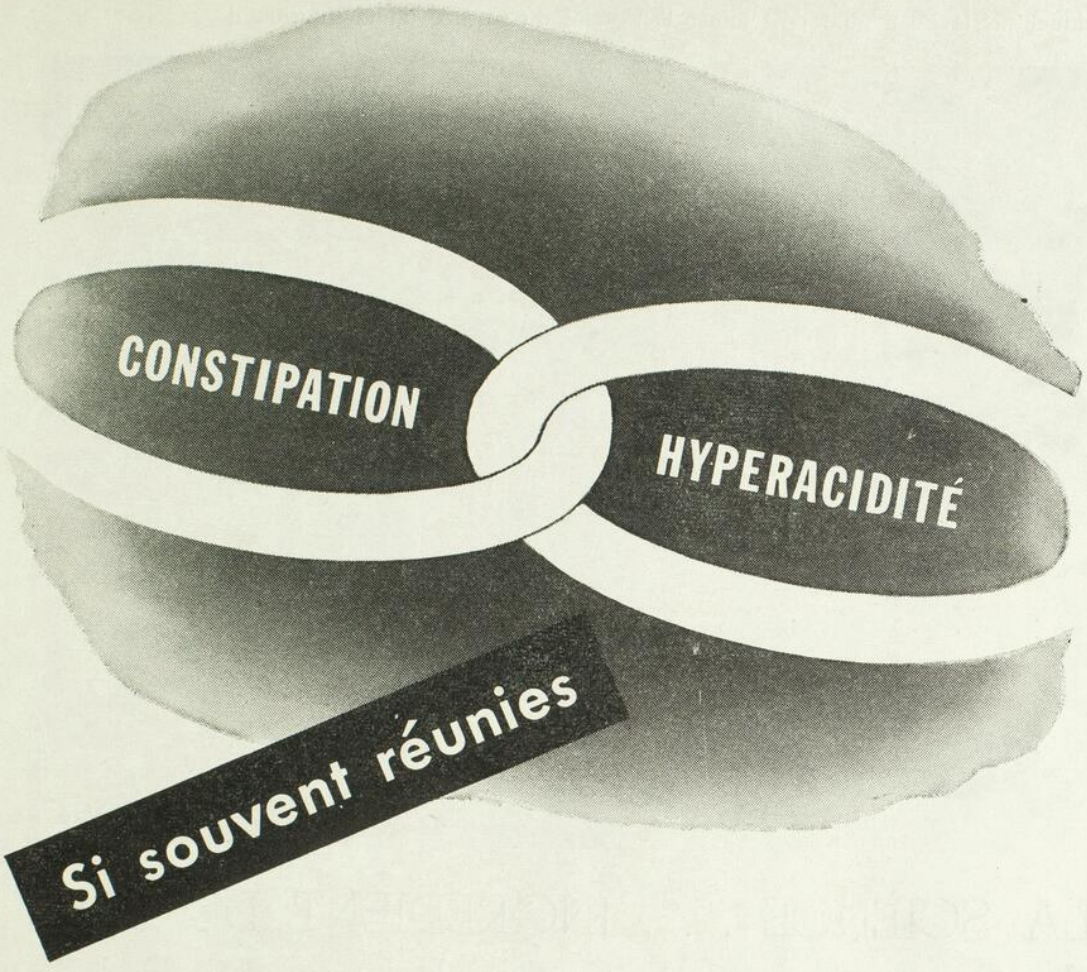
Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** *Montréal*



Depuis plus de 75 ans, le Lait de Magnésie Phillips' est l'agent thérapeutique standard pour soulager la constipation et l'hyperacidité de l'estomac.

Comme laxatif—Le Lait de Magnésie Phillips', quoique très efficace, est doux et sans danger pour les adultes et les enfants.

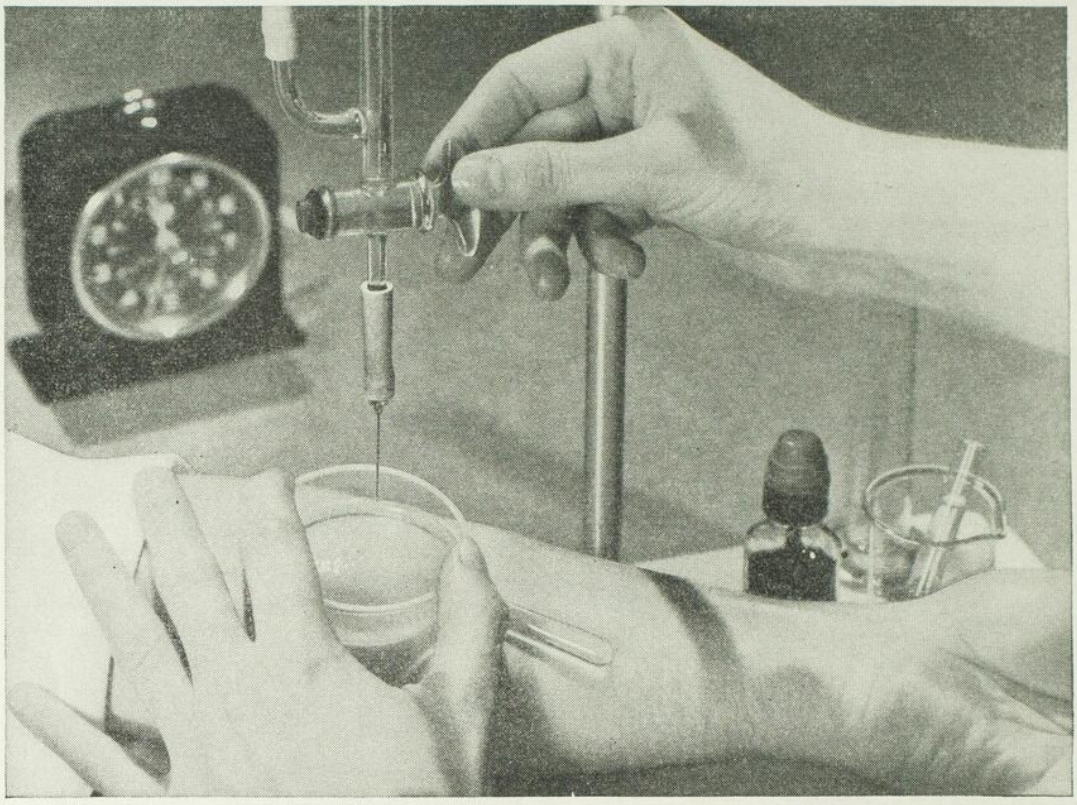
Comme antiacide—Le Lait de Magnésie Phillips' soulage rapidement et efficacement. Ne contient pas de carbonates; pour cette raison, il n'occasionne pas de malaises dus à la flatulence.

DOSE: Laxatif: 2 à 4 cuillerées à soupe
Antiacide: 1 à 4 cuillerées à thé,
ou 1 à 4 tablettes

LAIT DE MAGNÉSIE PHILLIPS'

Préparé exclusivement par **THE CHAS. H. PHILLIPS CO. DIVISION, 1019 Elliott St. W., Windsor, Ont.**
de Sterling Drug Inc.

Au Laboratoire de Recherches sur la Peau de Procter et Gamble: Titrage du Savon Résiduel sur la Peau pour déterminer l'efficacité du rinçage d'une solution de savon.



LA SCIENCE . . . INGREDIENT DE BASE de chaque pain de Savon Ivory pour Bébés

UN SAVON qui s'emploie sur la peau sensible des bébés (des millions de fois par jour comme c'est le cas pour l'Ivory) mérite une attention et un contrôle scientifiques considérables.

C'est pourquoi Procter & Gamble fait de la science l'ingrédient de base de chaque pain d'Ivory. Ainsi, la recherche de l'action du savon sur la peau n'est qu'un de plusieurs problèmes constamment à l'étude dans les Laboratoires de Recherches de Procter & Gamble. Mais ce n'est pas tout. Pour assurer une surveillance parfaite, les laboratoires de contrôle P & G soumettent l'Ivory à 216 épreuves différentes au cours de sa fabrication... pour vérifier scientifiquement que *chaque* pain rencontre les normes rigoureuses établies d'après les résultats des recherches.

Oui, des savants et des techniciens experts maintiennent un contrôle constant de la pureté et de la douceur renommées de l'Ivory. Mais toute leur attention ne vise qu'un seul but... le soin de la peau délicate des Bébés.

Le soin à l'Ivory est le soin de la peau le plus célèbre au monde.

Le savon recommandé par des milliers de médecins pour le soin de la peau.

99 44/100 % pur

Il flotte

Fabriqué au Canada

TABLE DES ANNONCEURS

Pages

Abbott Laboratories Ltd. ..... XLI - XLII
Ames Company of Canada, Ltd. (Clinitest) LII
Anglo-French Drug Co. (Acquisitions nouvelles) XLIII
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée ..... XXI - XXII
Bard-Parker Co. Inc. (Lames Rib-Back) LXII
Bauer & Black (O. P. C.) LXV
Berex Pharmacal Co. (Berex) LI
British Drug Houses, The (Myanesin) L
Burroughs Wellcome & Co. (Globine Insuline avec zinc 'Wellcome') XXIII
Canada Drug Co. (Betagen) LXVIII
Canada Drug Co. (Pavéral) LXXI
Casgrain & Charbonneau Ltée (Rectocrine) XX
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis) LXVI - LXVIII
Compagnie Ciba Ltée ..... XV - XVI
Denver Chemical Manufacturing Company, The (Epreuve "Eclair") LXVII
Dohow Chemical Company, The (Auralgan) — (Otosmosan) XXXIX
Dupuis Frères (Examen de la vue) LXVI
Eddé, J., Ltée (Bili-Sol) ..... LIV - LV
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd. ..... Première page de la couverture
Frosst, Charles E. & Co. ..... VIII - IX - X
Frosst, Charles E. & Co. (Ostoforte) IV
Herdt & Charton, Inc. (Vichy Célestins) II
Herdt & Charton, Inc. (Camirol) XLVIII
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) XLVI
Herdt & Charton, Inc. (Vertavis Osmopak) XLIV
Hoffmann - La Roche Ltée (Gouttes Vi-Penta 'Roche') .. LXIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin B C G) LVI
J. Joubert Ltée (Produits) LXVI
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile) LVII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. ("Bisulfa") — ("Trisul") .. LIII
Laboratoires Bristol (Onguent de streptomycine) XL
Laboratoires Désautels (Hypertose) XXIX
Laboratoires Desbergers Ltée (Oestrilin) ..... Quatrième page de la couverture
Laboratoires Jean Olive (Agarcyl) — (Neurosolène) LIX

Pages

Laboratoires Jean Olive (Sédonervine) — (Hépax) LXI
Laboratoires Lafayette (Néo-Laryngobis) — (Profenil) XXX
Laboratoire Lancet Ltée (Dysmen Lancet) XXVIII
Laboratoires Lederle (Recherches sur la nutrition) XXV
Laboratoires Poulenc (Myochrysine) ..... Deuxième page de la couverture
Leeming Miles Co., Ltd., The (Dexédrine) XXXVIII
Librairie Beauchemin Limitée LX
Mead Johnson & Company of Canada Ltd. (Oleum Percomorphum) ..... Troisième page de la couverture
Merck & Co. Ltd. (Mandelamine) V
Merck & Co. Ltd. (Pyridium) XXXV
Merck & Co. Ltd. (Streptomycine) I
Millet, Roux & Cie XVII
Mowatt & Moore Ltd. (Sacarets) XIX
Numotizine, Inc. (Numotizine) XXXIV
Phillips Co. Division (of Sterling Drug Inc.) (Lait de magnésie) LXIX
Procter & Gamble (Ivory) LXX
Roerig and Company (Canada) Ltd., J. B. (Darthronol) XXXVII
Rougier Frères (Stomalumine) III
Sanatorium Prévost LVIII
Sandoz Pharmaceuticals Ltd. (Sandoz) VII
Sarrazin et Choquette (Analyses complètes) XLIX
Schering Corporation Ltd. (Progynon-B) XXVII
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Tyrozets) XLVII
Shuttleworth Chemical Co Ltd., The E. B. (70 ans) XLV
Smith & Nephew Ltd. ("Jelonet") XXXVI
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer) .. LXVII
Squibb & Sons (Canada) Ltd., E. R. (Crysticillin) XIII
Swift Canadian Co. Ltd. (Viandes Swift's) LXIV
Usines Chimiques du Canada Inc. (Foie et vitamines) — (Valor 334 Hépatico B) — (Valor 329 Vitaval et Foie) LXXII
Vinant Ltée (Pipérazine Midy) — (Pommade Midy) .. XXIV
Vinant Ltée (Pulmo-Bailly) XXVI
White Laboratories of Canada (Sulfathiazole Gum) XI
Winthrop-Stearns Inc. (Neo-Synephrine) XXXIII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John (B-Plex) — (Plastules) ..... XXXI - XXXII

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

Foie et Vitamines :

Pour le traitement de l'anémie secondaire par voie orale (pas recommandé pour l'anémie pernicieuse).

Valor 334 Hépatico B.

Contient par millilitre :

Chlorure Thiamine (B_1)	0.133 mg.
Riboflavine (B_2)	0.053 mg.
Acide Nicotinique	0.666 mg.

Extrait de foie

Valor 329 Vitaval et Foie.

Contient par gramme :

Chlorure ferreux Citraté	14.8 mg.
Sulfate de cuivre	0.2 mg.
Glycérophosphate de Calcium	5.7 mg.
Lactate de Calcium	13.25 mg.
Vitamine A Unités Internationales	200
Vitamine D Unités Internationales	200
Vitamine B_1	0.16 mg.
Vitamine B_2	0.2 mg.

Extrait de malt.
Extrait de foie.

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.
MONTRÉAL

DES CAS SEMBLABLES S'OBSERVENT dans nos CONTRÉES

Le rachitisme grave existe encore — même sous des climats ensoleillés

L'alimentation infantile, si riche aujourd'hui en vitamine D, porte à croire à la disparition du rachitisme. Cependant, le rachitisme, même déformant, se rencontre encore: en sont une preuve irréfutable les trois cas contemporains représentés ci-haut, provenant de trois régions différentes des Etats-Unis. Deux d'entre eux ont toutefois bénéficié de plus que la moyenne d'heures de soleil nécessaire. Ces trois sujets n'ont reçu aucun antirachitique pendant les deux premières années de leur existence. *Il est donc évident que le soleil n'a pas empêché le rachitisme.* Dans d'autres cas de rachitisme, l'huile de foie de morue fut administrée d'une façon insuffisante et seulement durant les mois de l'hiver.

L'OLEUM PERCOMORPHUM

combat le rachitisme d'une façon simple, efficace et économique

Cette puissante source de vitamines A et B naturelles, employée régulièrement dès les premières semaines après la naissance, empêchera non seulement un tel stigmate de rachitisme, illustré ci-dessus, mais encore d'autres vices de conformation apparents du squelette pouvant entraver une bonne santé. Quels sont les parents qui ne seraient pas heureux d'acheter cette protection! Et, cependant, la dose prophylactique moyenne de l'Oleum Percomorphum coûte moins d'un sou par jour. En outre, puisque l'Oleum Percomorphum se mesure en gouttes, il est facile de l'administrer et les nourrissons l'acceptent volontiers. C'est une assurance de l'administration *régulière* de la vitamine D.

UNE NÉCESSITÉ IMPOSÉE PAR LA GUERRE

L'Oleum Percomorphum 50% est maintenant connu sous le nom d'Oleum Percomorphum 50% avec Viostérol. Son efficacité demeure la même, c'est-à-dire qu'il contient 60,000 unités de vitamine A et 8,500 unités de vitamine D par gramme. Il est constitué d'huile de poissons percomorphes, de viostérol et d'huile de foie de poissons, source principale de vitamines A et D. Au moins 50% du contenu de ces vitamines est tiré d'huile de foie de poissons percomorphes (tout particulièrement du "Xiphias gladius", du "Pneumatophorus diego", du "Thunnus thynnus", du "Stereolepis gigas" et autres espèces du même genre).

MEAD JOHNSON & COMPANY OF CANADA Limited, BELLEVILLE, ONT.

ESTROGENES NATURELLES ACTIVES

PAR VOIE BUCCALE

OESTRILIN

DESBERGERS

SIMPLE

ou

avec PHENOBARBITAL

INDICATION :

PERTURBATIONS DE LA MENOPAUSE

Posologie : Un à trois comprimés par jour.

DESBERGERS *Limitée*

BIOLOGISTES **CHIMISTES** **PHARMACIENS**

MONTRÉAL - - - CANADA