



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

(Fondée à Québec en 1902)

**L'Union Médicale
du Canada**

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)

**ADMINISTRATION
ET SECRÉTARIAT**

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

SECRÉTARIAT

128, rue Sainte-Anne
Québec

RECHERCHE QUI SUBVIENT À SES PROPRES DÉPENSES

Le commerce, par ses efforts constants, stimule le progrès car la concurrence exige la fabrication de produits nouveaux et de meilleure qualité.

La recherche qui subvient à ses propres dépenses dans le domaine de l'industrie pharmaceutique fournit des armes plus redoutables dans la guerre aux maladies et à la douleur entreprise par la médecine.

Le développement commercial de l'insuline, de produits antianémiques, aussi bien que de sédatifs, antiseptiques, antihistaminiques et antibiotiques de qualité supérieure sont seulement quelques uns des exemples du progrès réalisé au point de vue pharmaceutique dans les Laboratoires de Recherches Lilly.

DOUBLE

Action du

STOVAGINAL

ACTION ANTIPARASITAIRE ET ANTISEPTIQUE
ACTION MODIFICATRICE DU MILIEU BIOLOGIQUE

comprimés à 0 g. 25 de STOVARSOL "Poulenc"

flacons de 20, 100, 500 et 1,000

poudre pour insufflation à 0 g. 25 de STOVARSOL "Poulenc" par gramme

flacons de 30 et 200 grammes

annoncé uniquement au Corps Médical



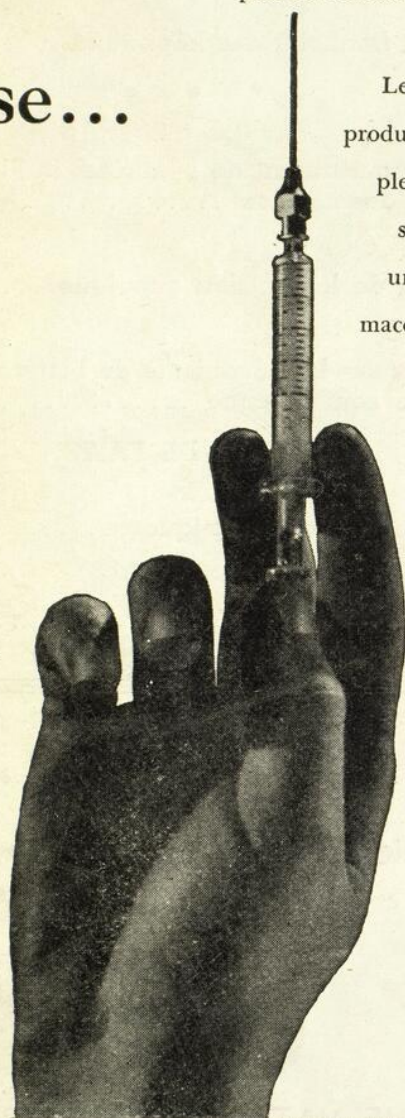
POULENC LIMITÉE

MONTREAL

DANS TOUTES LES LEUCORRHÉES

Un Remarquable Progrès Contre La Tuberculose...

*Efficacité
Thérapeutique
éprouvée*



Caractérisé par une activité uniforme et un minimum de douleur à l'injection, le Complexe Streptomycine

Chlorure de Calcium Merck est devenu, depuis son introduction sur le marché, la forme préférée du précieux antibiotique. Le procédé Merck de cristallisation

garantit un produit chimiquement pur.

Le Sulfate de Dihydrostreptomycine Merck, produit par l'hydrogénation catalytique du complexe streptomycine chlorure de calcium sous sa forme cristallisée, constitue par lui-même un produit chimique et une entité pharmacologique distincte d'une pureté et d'une

stabilité uniformément élevées.

Ces deux antibiotiques sont de précieux auxiliaires, capables de rendre service dans tous les cas où la streptomycinothérapie peut s'appliquer efficacement.

Streptomycine Merck
Complexe
Chlorure de Calcium



Dihydrostreptomycine
(sulfate)
Merck

SOMMAIRE

BULLETIN

- Roma AMYOT
De nouveau sur l'aspect financier des hôpitaux 1161

• • •

- L. LAMOUREUX et M. BOURGEOIS-GAVARDIN
A propos d'un nouveau curarisant de synthèse, le Flaxedil (3697 R. P.).
Rapport de 50 cas d'anesthésies 1164
- De Guise VAILLANCOURT
Exploration biochimique de la fonction gastrique 1173
- Jean-N. DAMBASSIS
Quelques considérations sur le mécanisme de l'ictère et une explication
de sa présence et de son absence 1182

RECUEIL DE FAITS

- J.-Émile SIMARD
A propos de perforations d'ulcus peptique 1188
- Gaston LAPOINTE
L'agranulocytose 1191

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

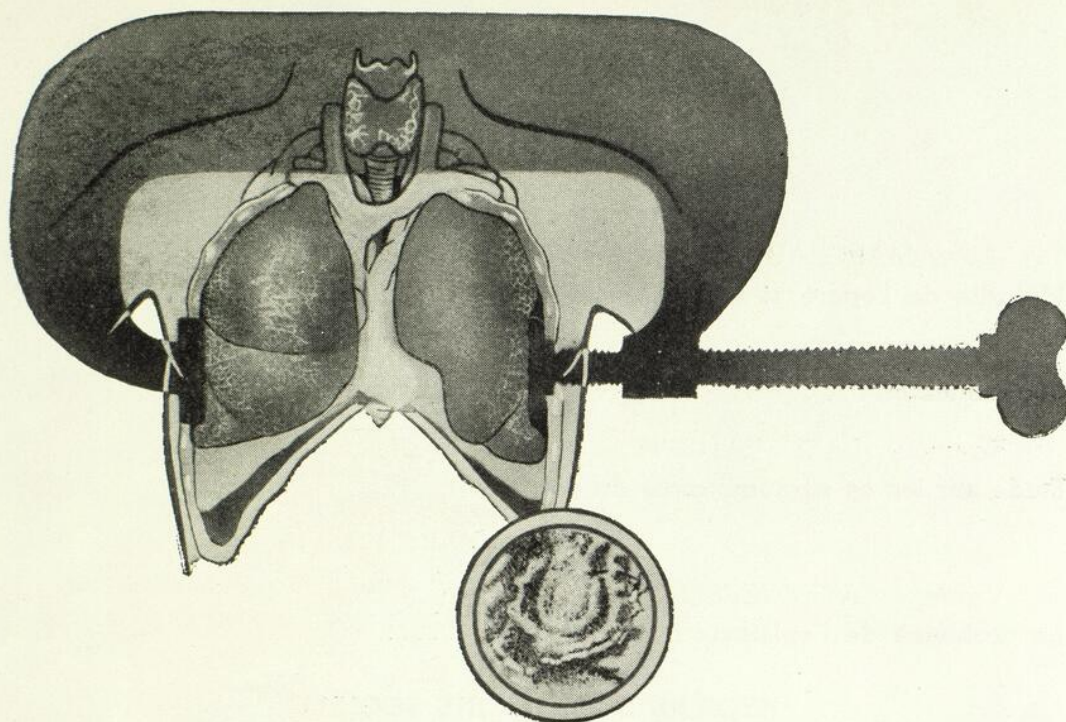
Cystites. — Néphrites

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.



Un anti-asthmatique

=====**dans une solution stabilisée**=====

L'Eupnogène peut être recommandé à titre de tonique cardiaque pour combattre la dyspnée et stimuler la diurèse. Il est particulièrement efficace dans l'asthme, l'emphysème, la bronchite chronique et l'artériosclérose.

Formule

===== ===== =====	Iodure de caféine	0 gr. 50	===== ===== =====
	Benzoate de soude	0 gr. 08	
	Teinture de café	0 gr. 25	

par cuillerée à thé

EUPNOGÈNE

ROUGIER FRÈRES • 350, RUE LEMOYNE • MONTRÉAL
Spécialités de prescription médicale.



SOMMAIRE

(Suite)

REVUE GÉNÉRALE

Gilles MARCEAU	
Maladie de l'opéré et ses complications	1196
Gaston LEDUC	
Sédimentation	1202
Raymond LARICHELLIÈRE	
Etude sur les os surnuméraires du pied	1206

ÉDITORIAL

Valmore LATRAVERSE	
Le problème de l'épistaxis nasale	1208

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'organisation mondiale de la Santé	1210
---	------

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



*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 ténésme.

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

PYRIDIDIUM[®]

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

MERCK & CO., LIMITED

Chimistes fabricants

MONTREAL • TORONTO • VALLEYFIELD



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

SOMMAIRE

(Suite)

Adélarde GROULX
"Le docteur Hood rapporte..." 1224

Roméo MONDELLO
Comment la Ville de Montréal détruit les mauvaises herbes et fait la
guerre aux mouches 1227

MÉDECINE INDUSTRIELLE

Roméo GAGNON 1231

Emile BEAULIEU 1233

CORRESPONDANCE

Entre le Conseil Général des Syndicats catholiques de Québec et le
Président du Collège des Médecins 1235

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

Louis-Joseph GOBEIL
Nouveau traitement du zona au bureau du praticien 1237

Jacques-N. GAGNON
La grossesse interrompue 1239

• • •

"L'Union Médicale du Canada", en 1880 1241

ANALYSES 1243

MÉDECINE

Vitamine C et métabolisme du fer (1243).

PHTISIOLOGIE

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate de soude, l'extrait de
pancréase et de rate (1244). Rôle du traumatisme au début d'un pneumothorax
(1244). Le test tuberculinique, facteur essentiel dans le contrôle de la tuberculose
(1244). Pneumothorax spontané tuberculeux (1244). La vaccination par le B. C. G.
(1245).

CARDIOLOGIE

L'anesthésie et les soins pré et postopératoires dans l'opération de Blalock-Taussig.
(À propos de 100 cas de maladie de Fallot opérés) (1245). Toxicité du thiocyanate
utilisé dans le traitement de l'hypertension (1247). Infarctus du septum interven-
triculaire (1248).

NEURO-PSYCHIATRIE

Traitement des syndromes parkinsoniens en clientèle (1248).

PÉDIATRIE

La toxoplasmose du nourrisson (1249).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Eruption herpétiforme multiple et persistante (1250).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Phéochromocytome malin et hypertension (1250).

LABORATOIRE

Diagnostic de la béryllose par le dosage du béryllium (1251).

NÉCROLOGIE 1252

NOUVELLES 1253

REVUE DES LIVRES 1254



Une Action de Grâces...

À cette époque de l'année, il est généralement d'usage de reconnaître ses bienfaits et d'en rendre grâce. La profession médicale s'est acquis des droits indubitables à notre reconnaissance. L'année qui vient de s'écouler a été témoin d'efforts considérables dans le domaine des recherches et des développements thérapeutiques, développements qui ont contribué à amoindrir les maux de l'humanité. La maison Charles E. Frosst & Co. est fière de la part qu'elle a prise à cette oeuvre en collaborant avec la profession médicale dans ses recherches essentielles, et en lui offrant les produits pharmaceutiques nécessaires à ses fins.

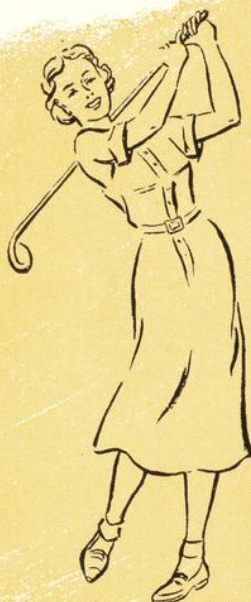
2 facteurs causent CETTE SENSATION DE BIEN-ÊTRE

Le COMPOSÉ "QUESTRIN"

renferme

DES HORMONES NATURELLES

2
LES VITAMINES DU GROUPE B
ET LES VITAMINES C ET D
comme facteurs "plus"



COMPOSÉ "QUESTRIN" 10 M

S.C.T. No 430 "Frosst"
coloré en rose

Chaque tablette renferme:
une quantité de "Questrin" équivalant à
l'activité de 1.25 mg. de sulfate d'oestrone
sodique;

plus

levure de bière concentrée.....	100 mg.
chlorhydrate de thiamine.....	3 mg.
riboflavine.....	2 mg.
chlorhydrate de pyridoxine.....	1 mg.
d-pantothénate de calcium.....	5 mg.
niacinamide.....	10 mg.
vitamine C.....	25 mg.
vitamine D.....	500 unités int.

POSOLOGIE: de 1 à 3 tablettes par jour.

COMPOSÉ "QUESTRIN" 5 M

S.C.T. No 429 "Frosst"
coloré en orange

Chaque tablette renferme:
une quantité de "Questrin" équivalant à
l'activité de 0.625 mg. de sulfate d'oestrone
sodique,

plus

les mêmes facteurs énumérés au produit
S.C.T. No 430

POSOLOGIE: une tablette, 1 à 3 fois par
jour.

PRÉSENTATION:

Flacons de 20 et de 100 tablettes.

L'administration d'oestrogènes naturels pro-
duit une sensation de bien-être physique et
moral que ne produisent pas les prépara-
tions synthétiques. Avec l'administration du
Composé "Questrin", cet heureux effet est
encore plus marqué par suite de l'action
des vitamines du groupe B, soit de favoriser
le maintien intégral de l'habileté du foie à
opérer le métabolisme des hormones
stéroïdes.

Le dosage du médicament en deux concen-
trations facilite l'administration de la quan-
tité convenant à chaque individu.

Charles E. Frosst & Co.
MONTRÉAL CANADA

NOTRE 50^{ÈME} ANNIVERSAIRE

LA DIATHERMIE

à ondes Courtes

Burdick X-85

à fréquence
contrôlée par cristal

*Un
appareil incomparable
conçu par le génie moderne*

**Possibilités de traitements
illimitées . . .**

Vous obtenez une grande variété d'applications avec ce nouveau modèle Burdick X-85 et sa puissance permet tous les traitements à diathermie pratiqués en médecine.

Peu importe la quantité de traitements donnés quotidiennement, la construction scientifique de son circuit électrique élimine tout surchauffage.

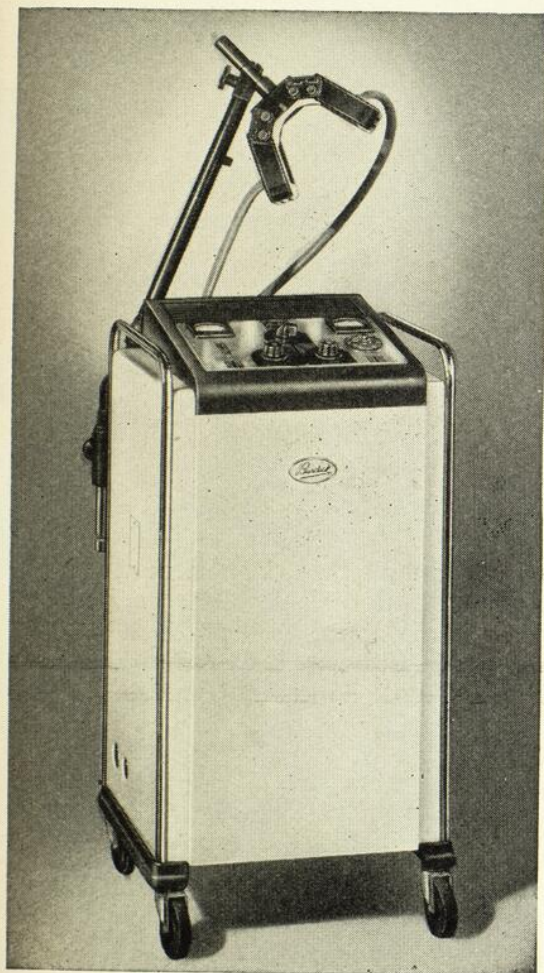
La construction rigide de l'appareil en assure l'efficacité pour des années à venir . . .

EFFICACITÉ . . . maximum de rendement en chaleur

PRÉCISION . . . avec simplicité de contrôle

PUISSANCE . . . au delà de la demande

STABILITÉ . . . parfaite permettant la durée complète du traitement, sans interruption déclenchée par des mouvements du patient.



Pour de plus amples renseignements, veuillez nous retourner la formule ci-dessous:

CASGRAIN & CHARBONNEAU Ltée
Dépt des Rayons X,
445, rue St-Laurent,
Montréal 1, P. Q.

Je désire obtenir des renseignements supplémentaires sur l'appareil à Diathermie Burdick modèle X-85.

Votre représentant passera (. . .)

Expédiez par malle (. . .)

Docteur

Adresse

Entièrement approuvé par le
Département du Transport,
Division de la Radio,
Ottawa, Canada.
Enregistrement No 5.

Représentants exclusifs pour l'Est du CANADA:

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

Bureau chef:

445, boul. ST-LAURENT,
MONTRÉAL

Succursale:

518, rue ST-VALLIER,
QUÉBEC

**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

Messieurs les Professeurs:

Maurice Roch (Genève),

Pasteur Vallery-Radot (Paris),

Edmond Dubé, doyen

Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Charles Vézina, doyen

Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

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

Rédacteur en chef émérite: Albert LeSAGE

BUREAU DE DIRECTION

MM. R. Amyot, 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 adjoint à Montréal

Roger Dufresne

326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire de la Rédaction

Pierre Smith

Secrétaire adjoint à Québec

Maurice Beaudry

128, rue Sainte-Anne.

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, 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, M. Gervais, 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.

AURÉO- MYCIN



*Le plus récent
et le plus largement utile
des antibiotiques*

CHLORHYDRATE D'**AURÉOMYCINE** LEDERLE

Il y a, de nos jours, presque unanimité pour considérer que l'Auréomycine est, de tous les antibiotiques isolés, l'un de ceux qui couvrent la gamme d'indications la plus étendue. Outre la grande activité qu'il manifeste contre les "cocci" à Gram positif, le produit est encore utile pour combattre de nombreux germes à Gram négatif, particulièrement ceux qui appartiennent à la famille des "coli-aérogènes". L'Auréomycine a aussi donné des résultats dans des infections à rickettsies et certaines affections d'étiologie inconnue, notamment dans la pneumonie primaire atypique. En collyre à un-demi pour cent, associée au borate de sodium, l'Auréomycine s'est montrée extrêmement active en applications dans l'œil. Elle agit contre le diplobacille de Morax-Axenfeld, le bacille de Friedländer, le staphylocoque, le pneumocoque et l'*Hemophilus influenzae*.

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

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

Fondée à Québec en 1902

L'Union Médicale

du Canada

ADMINISTRATION

OFFICIERS

Président: Jean Saucier

Vice-présidents: Gustave Lacasse et L. Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. Jean Saucier, R. Amyot, J.-A. Vidal, D. Marion, Gustave Lacasse.

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

CORRESPONDANTS

MM. A. Pichet (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.

*Procure le calme
qui prédispose au sommeil*



NEO-SPASMYL

Le NEO-SPASMYL agit comme tonique du système nerveux central, dont il modère l'excitabilité.

Dans la journée, il prédispose au calme les malades surexcités, anxieux. La nuit, il les aide à obtenir un sommeil naturel et réparateur. Il n'occasionne pas de mauvais réveil ni de prostration le lendemain.

Laboratoires "National" Limitée

Agents généraux au Canada :

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

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.

A.-L. RICHARD. Ottawa.

J.-A. VIDAL. Montréal.

J.-B. JOBIN. Québec.

Pierre SMITH. Montréal.

COMITÉ DU XXe CONGRÈS

J.-A. VIDAL, président.

J.-B. JOBIN,	1er vice-président.
J.-A. DENONCOURT,	2e "
Richard GAUDET,	3e "
Edmond POTVIN,	4e "
Gustave LACASSE,	5e "
J.-M. LAFRAMBOISE,	6e "
Auray FONTAINE,	7e "

Pierre SMITH, secrétaire,
300, carré Saint-Louis,
Montréal.Hermile TRUDEL, trésorier,
1990 est, rue Rachel,
Montréal.

ANCIENS PRÉSIDENTS

Albert LeSAGE.

J.-H. LAPOINTE.

Albert PAQUET.

Chs-N. DeBLOIS.

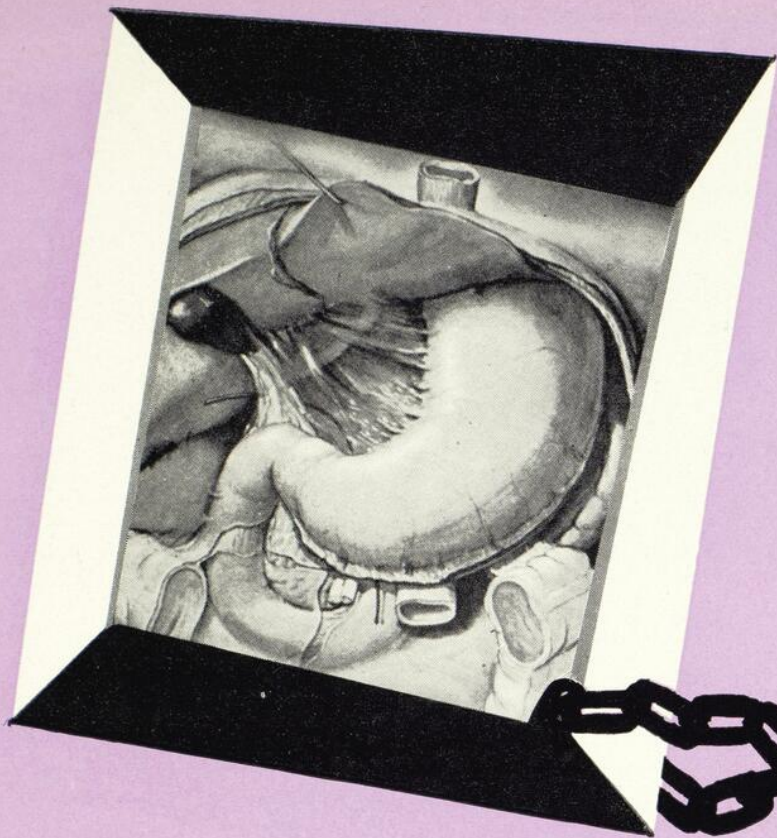
J.-A. JARRY.

Chs VÉZINA.

A.-L. RICHARD.

MEMBRES DU CONSEIL

AMYOT, Roma, 454 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1950	JOANNETTE, Albert, Sainte-Agathe-des-Monts, P. Q. ..	1952
ARCHAMBAULT, Gérard, Henryville, P. Q.	1952	LECOURS, J.-A., 538, avenue King Edward, Ottawa ..	1952
BAILLY, Roland, St-Pie de Bagot, P. Q.	1952	LEMIEUX, J.-R., 17, rue Sainte-Ursule, Québec	1952
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta	1950	MANSEAU, Georges, 244a, rue Principale, Ville Saint-Laurent, P. Q.	1952
BELIVEAU, Pierre, Méthéan, N.-E.	1952	MERCILLE, Jean, 316, Parc G.-Etienne-Cartier, Montréal	1952
BIBAUD, Barthélemi, Valleyfield, P. Q.	1952	MICHAUD, R., 170 est, rue Laurier, Ottawa	1950
BLAIN, Emile, 444 est, rue Sherbrooke, Montréal ..	1952	MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. ..	1952
BLANCHET, Roméo, 54, avenue Laurier, Québec ..	1952	MORRISSETTÉ, Pierre, Saint-Georges, Beauce, P. Q. ..	1952
BONIN, Wilbrod, 2620, boul. Pie IX, Montréal	1950	PELLETIER, A., Winchendon, Mass.	1950
BROUSSEAU, L.-Philippe, Malartic, P. Q.	1950	PERRAS, J.-Ephrem, 192, rue Principale, Hull, P. Q. ...	1952
CARON, Sylvio, Mastat, Québec	1952	PERRON, Jos., Shawinigan Falls, P. Q.	1950
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Montréal	1950	PIETTE, Edmond, Joliette, P. Q.	1950
COUTURIER, Alphonse, Rivière-du-Loup, P. Q.	1950	POWERS, A., 11, rue Front, Hull, P. Q.	1950
DANDURAND, René, 847, rue Cherrier, Montréal	1952	RIOUX, J.-Emile, Sainte-Anne-des-Monts, P. Q.	1950
D'ARGENCOURT, Guy, Drummondville, P. Q.	1950	ROULEAU, J.-Maurice, St-Grégoire, Cté Nicolet, P. Q.	1952
DECARIE, Roland, 524 est, rue Sherbrooke, Montréal	1952	SORMANY, Albert, Edmunston, N.-B.	1950
DESMEULES, Roland, 167, Grande-Allée, Québec	1952	TANGUAY, Rodolphe, Sudbury, Ontario	1950
DOMINGUE, Albert, Granby, P. Q.	1952	TETRAULT, Adélar, 429, Lavolette, T.-Rivières, P. Q.	1950
DUBE, Edmond, 6055, rue Saint-Denis, Montréal	1950	THIBAUT, Eugène, 4070, boul. Lasalle, Verdun, P. Q.	1950
GAUTHIER, C.-A., 53 1/2, rue Saint-Louis, Québec	1950	VIAU, Horace, 467, rue Rideau, Ottawa, Ont.	1950
GAUTHIER, Henri-E., Woonsocket, R. I.	1950		



dans les états spasmodiques

associés

au

surmenage émotif

et à la

tension nerveuse

spécifiez: **Neuro-Trasentin***

association Ciba de phénobarbital et d'adiphénine

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE MONTRÉAL



Marque déposée



LE CERCLE S'ÉLARGIT

Avec chaque nouveau rapport, le cercle des applications cliniques de la PYRIBENZAMINE va sans cesse s'élargissant. Introduit tout d'abord comme un agent efficace dans le traitement de la fièvre des foins saisonnière, sur la foi de preuves qui s'accumulent cet antihistaminique sûr, puissant s'est révélé efficace toute l'année durant dans une grande variété d'autres allergies.

Parmi ses applications 'non-saisonnnières' nombreuses il en est une qui prend une importance grandissante, c'est l'atténuation et, dans certains cas, la prévention de certaines réactions secondaires produites par les antibiotiques, les sérums et les vaccins.

Qu'il permette l'usage de ces merveilleux agents thérapeutiques chez des malades qui ne pourraient par ailleurs les tolérer, est un fait digne par lui-même de mention. Il est tout intéressant de remarquer, cependant, que le rôle de la PYRIBENZAMINE s'exerce sur ces allergies et dans d'autres avec tant de sûreté et d'absence presque d'effets secondaires propres que cela en fait l'antihistaminique de choix parmi un nombre sans cesse grandissant de médecins Canadiens durant tout le cours de l'année.

*Pyribenzamine**

Chlorhydrate de tripeleennamine "Ciba".

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE

• MONTRÉAL

*Nom Déposé

*Le traitement au Succinate-Salicylate
est actif dans 95% des cas d'*

Ostéoarthrite

"...sur 208 cas (d'ostéoarthrite) le pourcentage moyen de ceux qui ont montré une amélioration est de 95, le laps de temps au bout duquel une amélioration marquée s'est produite de huit jours en moyenne. Le plus souvent, le nombre des articulations atteintes est de deux, les genoux étant en cause le plus fréquemment, les épaules ensuite..."*

VOICI LA COMPILATION DES RÉSULTATS OBTENUS

	<i>au début</i>	<i>Gravité à la fin</i>	<i>Temps jusqu'à l'amélioration max.</i>
Douleur	4 plus	0	8 jours
Rigidité	4 plus	1 plus	14 jours
Enflure	2 plus	0	5 jours
Limitation des mouvements ..	3 plus	0	11 jours
Incapacité fonctionnelle	3 plus	0	11 jours

*"Le traitement de l'Arthrite par le Succinate-Salicylate", par M. M. Szucs, M.D., Ohio State Medical Journal, oct. 1947. Un exemplaire de cet article et d'autres littératures médicales vous seront adressés sur demande.

- BEREX est le SEUL produit au Succinate-Salicylate qui soit VÉRIFIÉ
- BEREX est indiqué pour toutes les formes d'Affections rhumatismales et arthritiques, Arthrite infectieuse, Arthrite rhumatoïde, Fièvre rhumatismale et Sciatique
- BEREX est NON-TOXIQUE et ne produit aucun effet nocif sur le cœur ou sur tout autre organe
- BEREX soulage la douleur promptement
- BEREX tend à restaurer l'action physiologique normale
- BEREX agit sur les troubles du métabolisme
- BEREX (par voie buccale) est d'un prix de revient raisonnable

BEREX est le nom de commerce de ce produit. Déposé aux E.-U. et en instance au Canada et dans les pays étrangers.

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

PULMO-BAILLY		
TONIQUE RESPIRATOIRE		
Gaïacol Acide phosphorique Codéine	<i>Affections pulmonaires Convalescences</i>	
LABORATOIRES A. BAILLY SPELY-EXPORT 19 RUE DU ROCHER - PARIS Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL		<i>4 à 5 cuillerées à café par jour</i>

RHINAMIDE		
para-amino-phényl-sulfamide éphédrine élycaïne	<i>Affections du Rhino-Pharynx</i>	
LABORATOIRES A. BAILLY SPELY-EXPORT 19 RUE DU ROCHER - PARIS Agents pour le Canada - VINANT Limitée, 200 rue Vallée, MONTRÉAL		<i>instillations pulvérisations</i>

V.M.O.'S

(VITA MINERAL OVALS)

L'anémie hypochrome constitue une affection d'occurrence quotidienne en pratique médicale, se présentant à l'état simple ou secondaire à d'autres conditions pathologiques.

De patientes investigations ont démontré que l'anémie hypochrome peut résulter de causes plus complexes que la simple carence en fer. Les relations entre l'anémie hypochrome et les insuffisances de la nutrition sont maintenant bien établies. Une ingestion déficiente de vitamines essentielles provoque une pauvre absorption du fer au niveau de la muqueuse intestinale ou une assimilation insuffisante à la synthèse de l'hémoglobine.

L'adolescence, les pertes sanguines, la convalescence, la grossesse et la lactation sont autant de circonstances particulières où le besoin de fer et de vitamines atteint un tel niveau que la diète seule ne peut le combler. L'organisme exige alors un apport supplémentaire.

V.M.O.'s comble tous ces besoins. La formule apporte une quantité adéquate de fer, vitamines essentielles, calcium et phosphore.



rapide de l'hémoglobine

régénération

Formule :

Chaque comprimé contient :—

Vitamine A	1250 unités Int.
Vitamine D	125 unités Int.
Hcl. de Thiamine (Vitamine B ₁)	0.70 mg.
Riboflavine (Vitamine B ₂)	1.00 mg.
Niacinamide	5.00 mg.
Pyridoxine (Vitamine B ₆)	0.25 mg.
Pantothenate de Calcium	1.25 mg.
Sulfate ferreux	3 grs.
Phosphate de Calcium	1.5 grs.

Mode d'Emploi : 2 comprimés matin et soir.

La signification de ces vitamines dans la nutrition de l'homme n'est pas encore définie.



Mowatt & Moore Ltd
FINE PHARMACEUTICALS
MONTREAL

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX' DE MARRONS
D'INDE PRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

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

PROVEINASE

MIDY

“ RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE ”

TRoubles de la PUBERTÉ et de la MÉNopause

2 à 6 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY - PARIS

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



Dans les états

exigeant la

pénicillothérapie

Dans la quasi-totalité des cas, le traitement pénicillé peut s'administrer au malade non hospitalisé par l'emploi de l'une ou l'autre des préparations "Cillenta". Elles sont à base de Pénicilline G (cristallisée) et entièrement préparées dans les laboratoires de la maison Ayerst. Grâce à leur variété de formes et de dosages, le médecin est en mesure de choisir le produit qui s'adapte aux exigences de son malade.



"Cillenta"

Comprimés

Pommade

Pastilles pour la gorge

Pommade oculaire

Comprimés (Enfants)

Comprimés solubles



"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 ascor- bique)	100	mg.

Bouteilles de 30 et 100 capsules

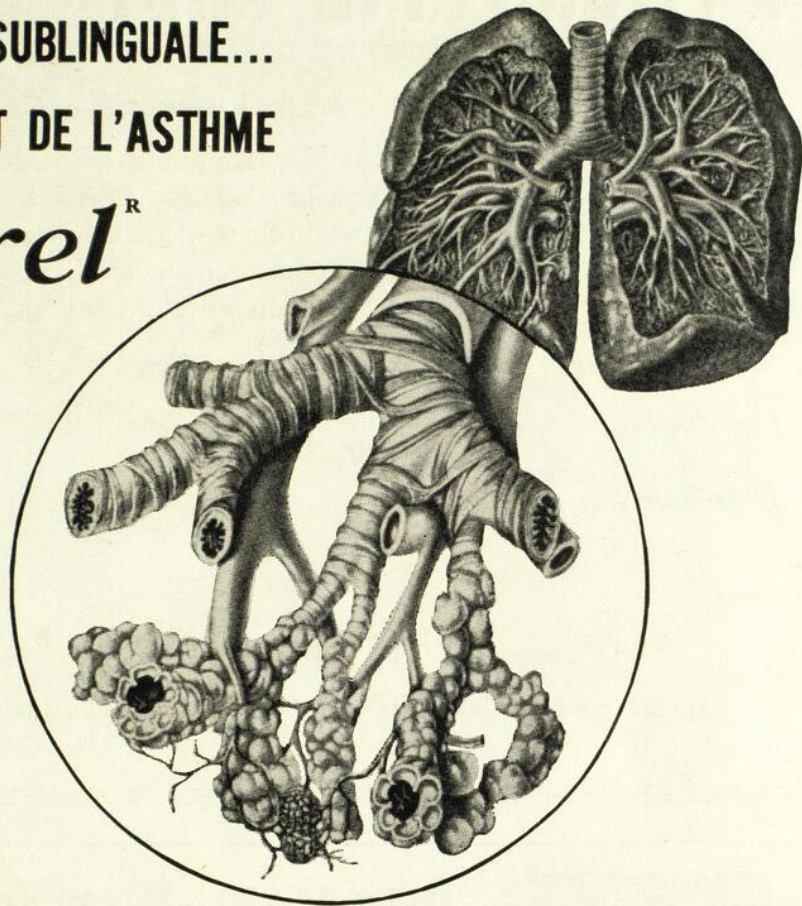
"BÉMINAL"
facteurs de la vitamine B

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



Pour la première fois — un bronchodilatateur plus puissant
administré PAR VOIE SUBLINGUALE...
pour le SOULAGEMENT DE L'ASTHME

Isuprel^R



Isuprel

Isuprel

Isuprel

est le nouveau et remarquable bronchodilatateur — 1-(3', 4'-dihydroxyphényl)-2-isopropylaminoéthanol — qui offre aux asthmatiques un soulagement efficace et rapide.

Pour la première fois, ces COMPRIMÉS permettent aux asthmatiques d'enrayer ou d'arrêter une attaque, dans quelque endroit que ce soit... à la maison ou au travail... en voyage... le jour ou la nuit... par VOIE SUBLINGUALE, le mode d'administration d'une facilité incomparable. On obtient d'ordinaire le soulagement en 1 à 3 minutes.

La SOLUTION, placée dans un vaporisateur à main et administrée sous forme d'aérosol, procure souvent le soulagement après quelques respirations.

PRÉSENTATION: *Comprimés pour administration sublinguale contenant 10 mg. de chlorhydrate d'Isuprel, en flacons de 50.*
Solution de chlorhydrate d'Isuprel 1:200, en fioles de 10 et 50 cm³.

*Documentation
professionnelle
sur demande*

Winthrop-Stearns INC.

NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR. ONT.

1019 ouest. rue Elliott, Windsor, Ontario.

423 est, rue Ontario, Montréal, P. Q.

ANTIGRIPPINE MIDY

MÉDICAMENT COMPLET
DE LA GRIPPE

Composition: Phenacetine, Aspirine, Gelsemium, Codéine base, Vitamine C.

Propriétés: Par le Gelsemium, supprime la douleur de tête, de reins, des membres; par la Codéine, arrête la toux, décongestionne les muqueuses respiratoires, facilite l'expectoration; par l'Aspirine, abaisse la température; par la Vitamine C, combat l'infection et les toxines bactériennes, stimule l'appétit.

Indications: Etat grippal.

Posologie: Un comprimé toutes les quatre heures, jusqu'à concurrence de cinq par jour.

Présentation: Boîte de 12 comprimés.

Laboratoires MIDY, Paris

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



PIPÉRAZINE EFFERVESCENTE MIDY

(Granulé effervescent)
ANTI-URIQUE TYPE



THIODÉRAZINE MIDY

(injectable) (Ampoules 5 cc.)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODÉRAZINE MIDY

(buvable) (Gouttes)

Traitement général du RHUMATISME CHRONIQUE



THIODACAÏNE MIDY

(Ampoules 20 cc.)

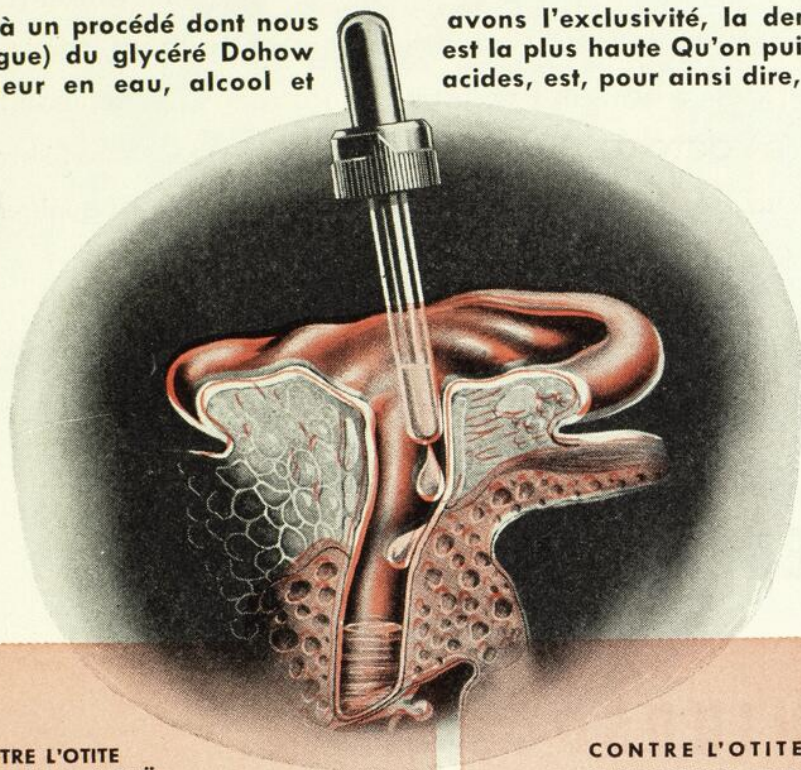
Traitement local de la DOULEUR RHUMATISMALE

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

LA NOTION FOURNIE PAR L'EXAMEN DU MALADE DICTE LE CHOIX DE LA MÉDICATION

Grâce à un procédé dont nous
spécifions) du glycére Dohow
sa teneur en eau, alcool et

avons l'exclusivité, la densité (gravité
est la plus haute Qu'on puisse obtenir—
acides, est, pour ainsi dire, nulle.



CONTRE L'OTITE
MOYENNE AIGÜE
ENLÈVEMENT DES CONCRÉTIONS
CÉRUMINEUSES

COMME ADJUVANT D'UNE MÉDICATION
ORGANIQUE CONTRE CERTAINS AGENTS
INFECTIEUX (PÉNICILLINE, etc.)

OTOPATHIES ASSOCIÉES AUX MALADIES
CONTAGIEUSES

SERVEZ-
VOUS

d'Auralgan

... parce que ses propriétés puissamment anal-
gésiques et déshydratantes diminuent la con-
gestion, calment promptement la douleur, et
soulagent l'inflammation, dans tous les cas qui
intéressent un tympan encore intact.

FORMULE:

Glycéré DOHOW 17.90 g
(la plus haute densité qui puisse être obtenue)
Phénazone 0.87 g
Benzocaïne 0.23 g

CONTRE L'OTITE MOYENNE
SUPPURANTE CHRONIQUE, LA
FURONCULOSE ET LA
DERMATOMYCOSE AURICULAIRE,

SERVEZ-
VOUS

d'O-TOS-MO-SAN

... parce que cette combinaison chimique des
plus efficaces (et non pas une simple mixture),
qui réunit le sulfathiazole et l'urée dans un
excipient de glycére AURALGAN (DOHOW),
exerce une puissante action dissolvante sur les
protides, liquéfie et dissout les granulations
tissulaires exubérantes, nettoie le conduit auditif,
supprime la fétidité, et tend à activer la
réparation normale des tissus en présence d'une
otite moyenne suppurante chronique.

FORMULE:

Urée 2.0 g
Sulfathiazole 1.6 g
Glycéré DOHOW (base) 16.4 g

Documentation et échantillons envoyés à la demande de MM. les médecins.

THE DOHOW CHEMICAL COMPANY, LTD. • fabricants de l'AURALGAN et de l'O-TOS-MO-SAN

Montréal

New York-13

Londres

Cher docteur,

Nous désirons vous remercier pour le temps précieux que vous avez si généreusement, par le passé, accordé à nos représentants. Durant le mois d'**OCTOBRE**, ceux-ci solliciteront de nouveau votre bienveillance et se feront un plaisir de vous familiariser davantage avec quelques-unes de nos spécialités:

AURICRINE (gouttes)

Décongestionnant osmotique.
Antiseptique et Analgésique dans
l'**Otite moyenne aiguë**.

BENZOCODE (sirop)

Traitement de la Toux
Sédatif-Expectorant-Antiseptique.

RHINOSOL (gouttes)

Vasoconstricteur et
Décongestionnant nasal.

RECTOCRINE (suppositoires)

Traitement de la Toux
Sédatif-Expectorant-Antiseptique.

Faites donc votre demande en conséquence sur la **carte réponse** que nous vous adressons régulièrement.

LES LABORATOIRES

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

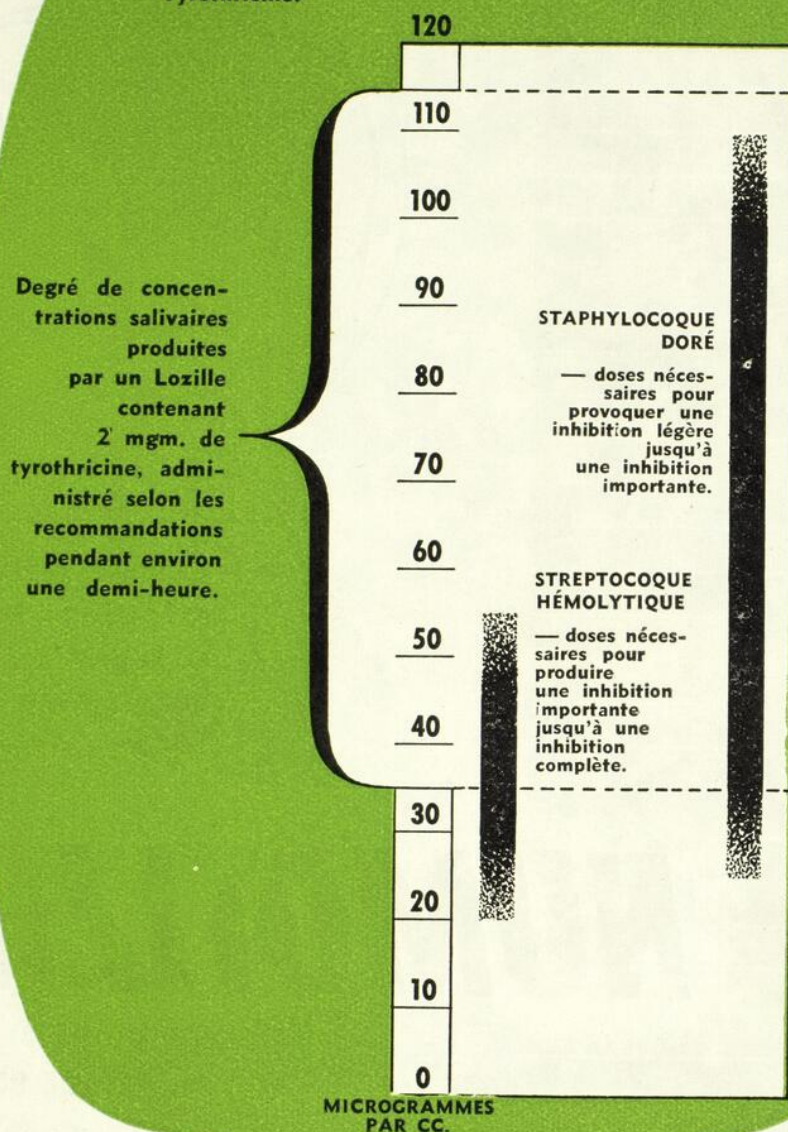
UNIVERS PHARMACEUTIQUE, SCIENTIFIQUE ET MÉDICAL

QUÉBEC

MONTREAL

OTTAWA

Suspensions salivaires de Streptocoques hémolytiques et de Staphylocoques dorés, exposés pendant une demi-heure à l'action de diverses concentrations de Tyrothricine.



Concentrations salivaires actives de Tyrothricine

Quand il est administré comme il se doit, un Lozille conserve pendant environ une *demi-heure* les concentrations salivaires indiquées sur le graphique.

La concentration salivaire prolongée assure une action antibactérienne générale contre les organismes gram-positifs, causes des infections oropharyngées aiguës.

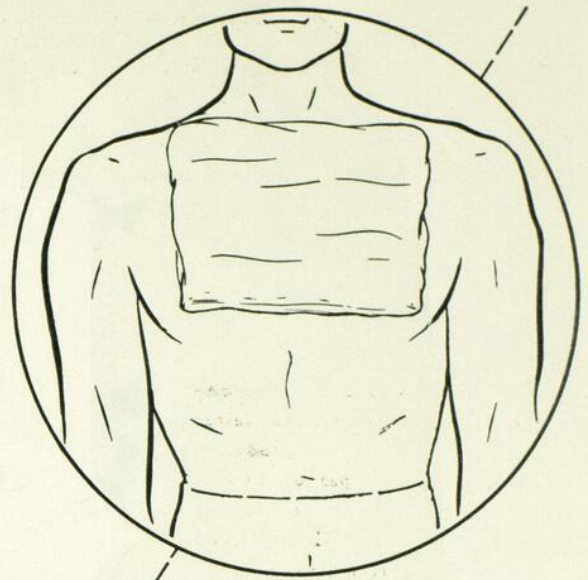
La Tyrothricine, contrairement à la pénicilline pour usage topique, se distingue par une absence de toxicité locale. D'un goût agréable, les Lozilles contiennent aussi de la propésine, qui produit une analgésie non-toxique et durable.

Chaque Lozille contient 2 mgm. de tyrothricine et 2 mgm. de propésine. Se vend en fioles de 15 Lozilles.

LOZILLES

PASTILLES DE TYROTHRINE-PROPÉSINE

WHITE LABORATORIES of Canada, Ltd., 64-66 Gerrard Street East, Toronto, Ont.



Dans le traitement des affections inflammatoires de la poitrine, entorses, engorgements glandulaires, foulures, contusions —

NUMOTIZINE

Médicament topique
analgésique et décongestif

Soulage la douleur.

Diminue la congestion.

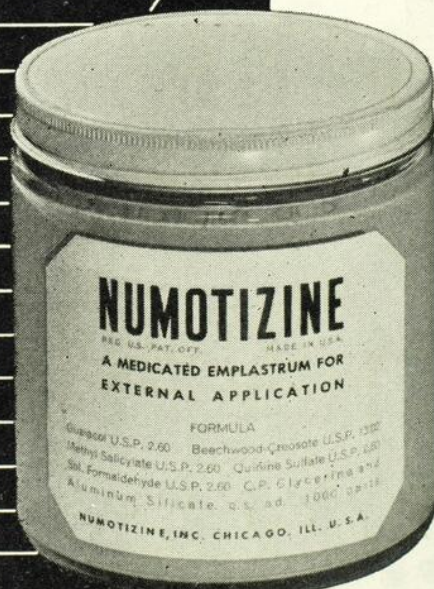
L'action de la Numotizine est si prolongée qu'une application de 1/8 de pouce d'épaisseur dure huit heures ou davantage. Il n'est pas nécessaire de réchauffer.

En pots de 4, 8 et 30 onces.

Fabriquée au Canada

Représentants:

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



de longues files de fourmis noires



Les longues files de fourmis noires qu'attirait la madhumeha, ou "urine de miel", amenèrent les sages de l'Inde antique à remarquer et à reconnaître l'urine de diabétique qu'ils décrivent comme étant "astringente, sucrée, blanche et piquante". L'avidité des insectes devint donc une méthode reconnue de diagnostic. Pour déceler la présence de sucre dans l'urine, on continua pendant vingt siècles et plus de recourir à des moyens presque aussi primitifs, jusqu'au jour où l'on réussit à mettre au point, perfectionner et simplifier les tests modernes de la réduction du cuivre.

Aujourd'hui, rien n'est plus simple ni plus sûr que d'employer la méthode du comprimé-réactif de Ames, le test qui n'exige que quelques secondes. Les taux de glycosurie sont déterminés par des opérations directes et faciles à apprendre. Grâce aux comprimés *Clinitest* (Marque de commerce), on a éliminé les inconvénients inhérents à l'application de la chaleur extérieure. Dans l'épreuve courante de glycosurie, l'interprétation s'obtient immédiatement par comparaison directe de la coloration.

CLINITEST, nom déposé aux E.-U. et au Canada.



des millénaires d'études!...
résumés en quelques secondes!



Clinitest®

pour l'analyse glycosurique

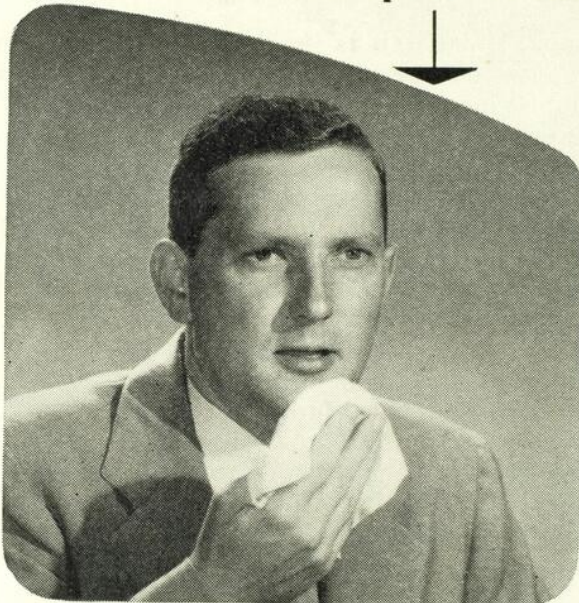
AMES COMPANY OF CANADA, LTD. TORONTO 4, ONTARIO



**Assure le soulagement
de la toux que votre
patient désire . . .**



**Laisse subsister le réflexe
de la toux qu'il lui faut**



Dans un cas ordinaire, il est habituellement possible d'enrayer la toux du patient—mais c'est souvent un vrai problème de le faire sans faire disparaître le réflexe tussigène nécessaire pour garder les bronchioles et la gorge dégagées. C'est sous ce rapport que vous constaterez que le Mercodol, au goût agréable, est unique! Car Mercodol contient le

narcotique¹ qui enrayer la toux tout en ayant une meilleure action anti-tussigène que la codéine ou l'héroïne et qui, pourtant, maintient un réflexe tussigène salubre . . . un bronchodilatateur par excellence² qui relâche les bronchioles obstruées . . . un expectorant³ efficace qui liquéfie les sécrétions. Et vous constaterez que le Mercodol se distingue par une absence remarquable des effets suivants—nausées, constipation, rétention des crachats, stimulations nerveuses et cardiovasculaires.

MERCODOL*

UNE COMMANDE SPÉCIALE POUR NARCOTIQUE EST EXIGÉE

Le sirop antitussigène qui enraye la toux — et maintient le réflexe tussigène

CINCINNATI, U.S.A.



TORONTO 9, CANADA

Chaque 30 cc. contient:
¹Mercodinone* 10.0 mg.
²Nethamine* 0.1 gm.
³Citrate de Soude 1.2 gm.
 *Marque Déposée

AIDE LE RETOUR À LA "RÉGULARITÉ"



4 TYPES

- Pétrolagar simple
- Pétrolagar à la phénolphtaléine
- Pétrolagar au lait de magnésie
- Pétrolagar au cascara

Wyeth

Nom Déposé



PÉNICILLINE POTASSIQUE CRISTALLISÉE

Activité triplement protégée

Le Pénioral arrive au malade aussi frais qu'en sortant du laboratoire, parce qu'il est protégé de trois façons contre l'humidité—cet ennemi insigne de la pénicilline.

- Le tube est scellé à l'abri de l'air, par une fermeture hermétique.
- Il contient une substance siccatrice absorbant l'humidité après la rupture du sceau.
- Le siccatif renferme un indicateur bleu dont le virage indique le danger que fait courir l'humidité à l'activité du produit.

Le Pénioral bleu est une garantie de protection de l'activité

25,000 U.I.—tube de 12 comprimés
50,000 U.I.—tubes de 8 et 12 comprimés
100,000 U.I.—tube de 12 comprimés

Wyeth

Marque déposée

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



Dans l'amygdalite cryptique aiguë...

"Aspergum
toutes les trois heures
pour mal de gorge..."

DILLARD'S

Aspergum

ANALGÉSIE SALIVAIRE

— fournit 3½ grains d'acide acétylsalicylique dans chaque comprimé présenté sous forme de gomme à mâcher de goût agréable. Convient tout particulièrement pour l'administration d'aspirine aux enfants et aux malades qui ont de la difficulté à avaler les comprimés.

*Reh fuss, M. E., Albrecht, F. K. et Price, A. H.: A Course in Practical Therapeutics, Baltimore, The Williams & Wilkins Co., 1948, p. 371.



**ATHLÈTE
DIMANCHE**



**MALADE
LUNDI**

Tout aussi efficace contre la douleur et la rigidité musculaire de l'Athlète du dimanche que contre les souffrances causées par les affections rhumatismales et concomitantes, l'Arthralgen provoque un soulagement rapide et prolongé des malaises et de l'incapacité.

Vasodilatation par le chlorure de métacholine, rubéfaction par le thymol et le menthol, analgésie par le salicylate de méthyl — tout contribue à l'action efficace et prolongée de l'Arthralgen.

ARTHRALGEN

Onguent Arthralgésique

N.D.

pour le soulagement rapide des
douleurs articulaires et musculaires

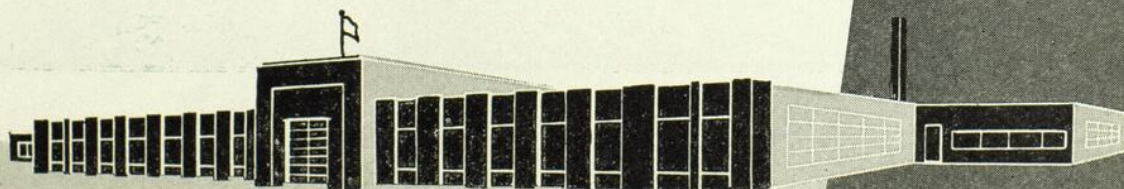
Ne contenant pas d'histamine, Arthralgen ne provoque aucune dé-
coloration ou lésion de la peau. Commode à employer, c'est
l'unique onguent ayant une base d'une élégance inédite, facilement
soluble à l'eau.

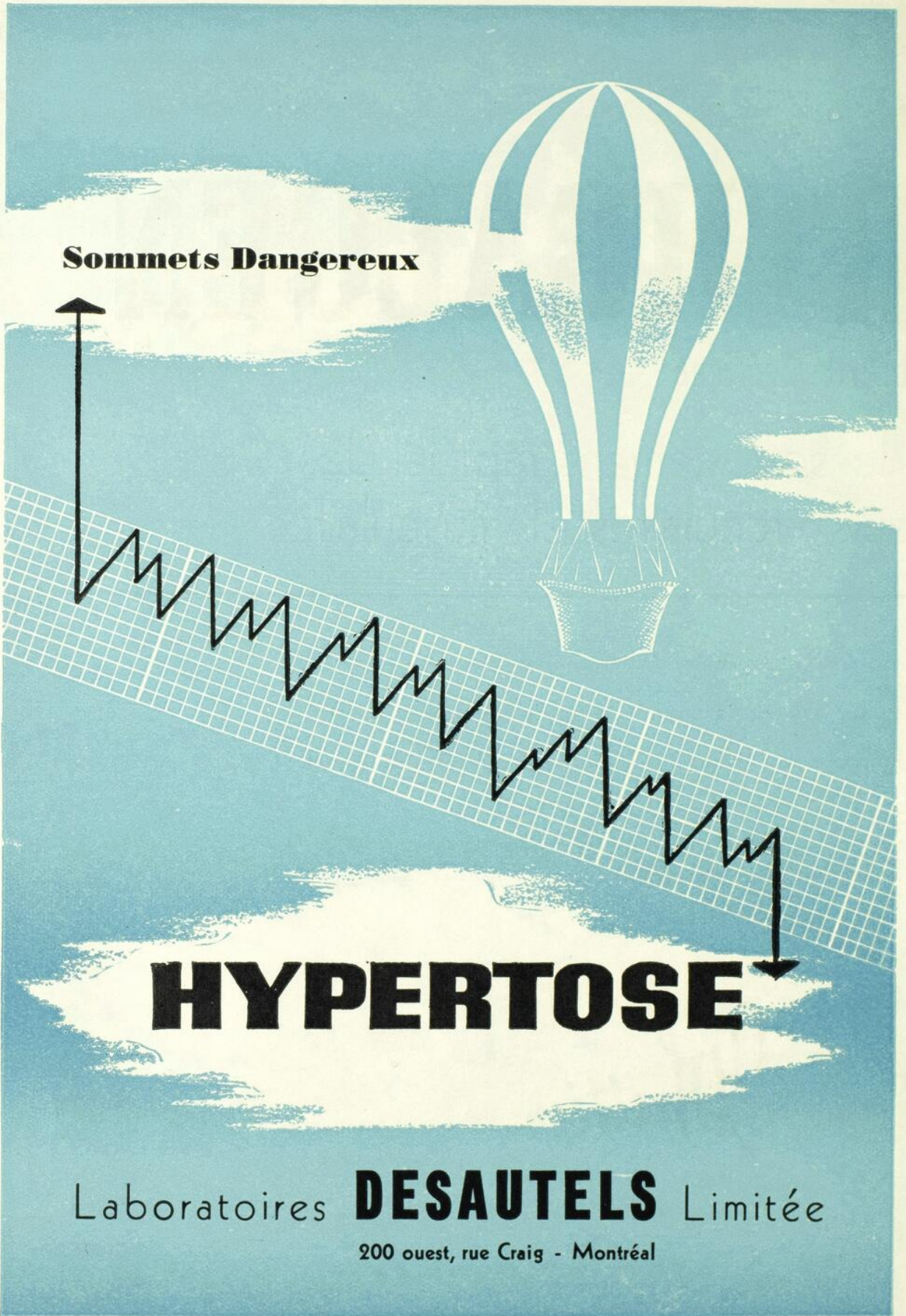
Arthralgen se vend en tubes pliants d'une once et en pots
de six demi-livres.

Whittier

LABORATORIES

Division Nutrition Research Laboratories • Chicago 30, Illinois

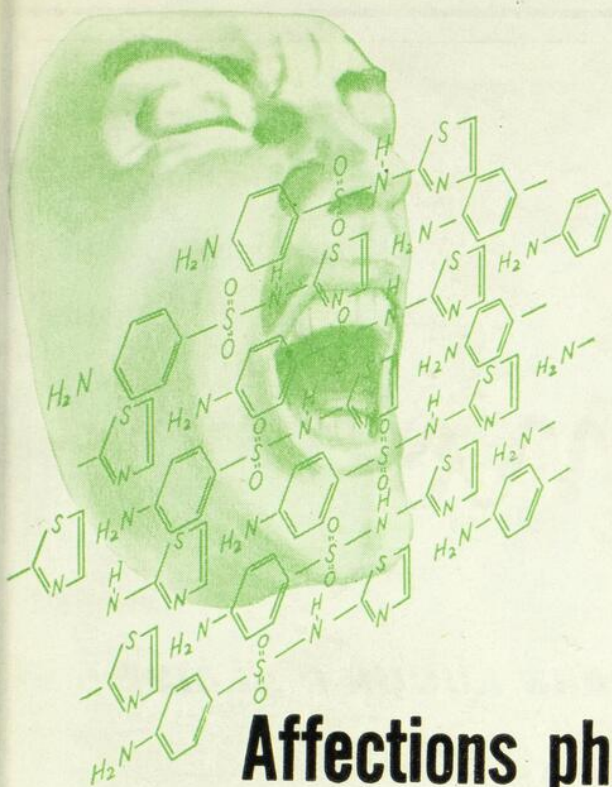




Sommets Dangereux

HYPERTOSE

Laboratoires **DESAUTELS** Limitée
200 ouest, rue Craig - Montréal



Chimioprophylaxie

contre les

Affections pharyngées

MÉTHODE TOPIQUE SÛRE

Dans l'étude de Neiman* sur la chimioprophylaxie au moyen de la Gomme au Sulfathiazole White, poursuivie pendant une période de neuf mois chez 199 étudiants en médecine:

1. L'incidence de pharyngite primaire dans le groupe traité fut de *moins de la moitié* de celle des sujets de contrôle. Une diminution moins notable mais significative au point de vue statistique, fut aussi observée quant à l'incidence des rhumes et des pharyngites irrationnelles.
2. "Il est à remarquer que les bouches de plus de 100 personnes furent exposées au médicament sous forme concentrée, quotidiennement pendant huit mois, *sans provoquer d'incidents.*"

Tout comme dans le cas de l'emploi thérapeutique de la Gomme au Sulfathiazole, l'application prophylactique est sans danger parce qu'elle est topique. Dans le groupe étudié, par exemple, l'examen répété d'échantillons sanguins prélevés sur des sujets non-sélectionnés n'a jamais donné un résultat positif de l'épreuve pour le sulfathiazole.

Au cours de ces expériences, la dose administrée fut de un à trois comprimés par jour — un traitement économique, de toute évidence. Aucun incident n'a été observé.

White's

SULFATHIAZOLE GUM

CHIMIOTHÉRAPIE TOPIQUE SÛRE

Se vend en boîtes de 24 comprimés dosés à $3\frac{3}{4}$ grains (0 g. 25) chacun, enveloppé dans le sanitape. Boîtes de format commode bien adapté à l'ordonnance.

WHITE LABORATORIES of Canada Ltd., 64-66 est, rue Gerrard, Toronto, Ont.

*Neiman, I. S.: Valeur prophylactique du Sulfathiazole. Archives d'Otolaryngologie, 47: 158-164 (fév.) 1948.

Somnof

APAISEMENT POSITIF SANS AUCUN MALAISE

L'apaisement psychique à l'aide de la scopolamine précède l'action d'une dose minime de barbituriques bien éprouvés.

Des expériences cliniques, opérées même sur des patients très difficiles à calmer, ne laissent voir aucun effet de drogue, aucune excitation première... mais plutôt une sensation naturelle de fatigue suivie d'un sommeil profond et sans rêves.

On croit que le catabolisme complet des ingrédients peut occasionner un regain de vigueur au réveil, — remplaçant le malaise qui suit d'habitude l'absorption des barbituriques seuls.

FORMULE :

Bromhydrate de scopolamine	1/200 gr.
Chlorhydrate d'apomorphine	1/70 gr.
Niacine	3/4 gr.
Hexobarbital	3/4 gr.
Phenobarbital	3/8 gr.

REFERENCES:

1. Lehmann, H.: C. M. A. J., février, 1949.
2. Hershenson, B. B., Brubaker, E. R.: Am. J. Obstet. & Gynec., 53: 307, 1947.
3. Lehmann, H.: C. M. A. J., 51: 558, 1944.

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTREAL **CANADA**

“Emprisonné dans chaque obèse un
homme mince proteste énergiquement
de son désir d’être libéré.”

C. C. Palinurus, cité dans le Bull. New York Acad. Med. 24:2 (février) 1948.



La suralimentation emprisonne
“l’homme mince”, et il aura beau pro-
tester jusqu’au jugement dernier, il
n’en sortira jamais à moins que
“l’obèse” ne cesse de se suralimenter.

Le Sulfate de Dexédrine refrène l’appétit, facilite l’arrêt de la
suralimentation chez le malade obèse, et diminue ainsi le poids
sans danger tout en évitant l’usage (et le risque) de médicaments
susceptibles de comporter certains dangers, tel que la thyroïde.

Comprimés de **Sulfate de Dexédrine**

L’agent le plus efficace pour refréner l’appétit et diminuer le poids.

Smith Kline & French Inter-American Corporation

Concessionnaires pour le Canada: The Leeming Miles Co., Ltd., Montréal

*Pour un niveau salivaire de pénicilline élevé et soutenu...
une activation de la circulation et du flot salivaire.*



**GOMME
PÉNICILLINE
Bristol**

**Formule NOUVELLE et ESSENTIELLEMENT ORIGINALE—
spécifique des infections intrabuccales.**

AGRÉABLE

Dans ces nouvelles pastilles de gomme pure et délicatement aromatisée à la menthe, il est impossible de déceler—soit par le goût soit par l'odeur—la présence de la médication de pénicilline G cristallisée.

Cette préparation plaira d'emblée à vos patients de tous les âges par sa nouveauté et sa similitude avec l'un des bonbons des plus à la mode.

EFFICACE

Une mastication lente et continue assure dans la cavité buccale une distribution généreuse de pénicilline. La Gomme Pénicilline BRISTOL est indiquée dans la stomatite chancriforme (Angine de Vincent) et dans toutes les infections causées par des organismes pénicillino-sensibles.

Chaque pastille de Gomme-Pénicilline contient 3,000 unités internationales de pénicilline G potassique cristallisée.

En flacons de 16 pastilles.

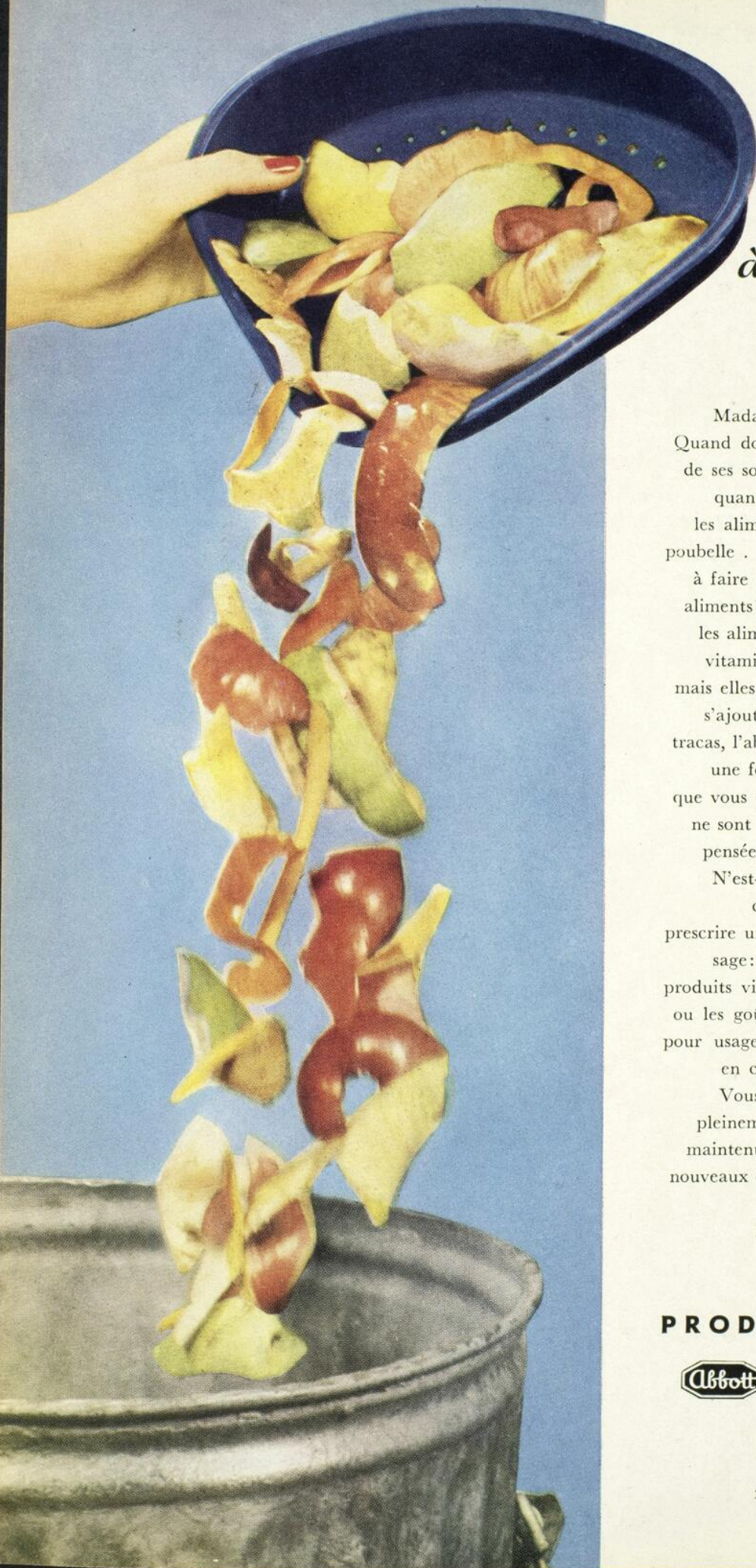
Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies d'ordonnance.

Renseignements complémentaires fournis sur demande par Bristol Laboratories of Canada, Ltd., 286 rue Saint-Paul ouest, Montréal.



Madame Léplucheur Escamote Les Vitamines





Elle prépare la voie à une Déficience Vitaminique

Madame Léplucheur manie un couteau dangereux. Quand donc apprendra-t-elle—et avec elle, les millions de ses socurs qui commettent la même erreur—qu'une quantité considérable des vitamines présentes dans les aliments disparaît quand on jette les pelures à la poubelle . . . quand on envoie à l'égout l'eau qui a servi à faire cuire les légumes . . . quand on surchauffe les aliments? Bien entendu, les façons fautives d'apprêter les aliments ne sont pas l'unique cause des déficiences vitaminiques subcliniques si répandues aujourd'hui, mais elles sont un facteur contributif. Et quand il vient s'ajouter aux facteurs tels que la vie trépidante, les tracasseries, l'abus du tabac et de l'alcool auxquels sont sujets une foule de Canadiens, il est facile de comprendre que vous entendiez si souvent les doléances de gens qui ne sont "ni malades ni bien portants." Votre première pensée sera de mettre ces cas à un régime rationnel.

N'est-ce pas aussi une bonne précaution à prendre contre les mauvaises habitudes ancrées que de prescrire un supplément de vitamines? Une autre mesure sage: spécifiez *Abbott*. Vous avez tout un choix de produits vitaminiques convenant à presque tous les âges ou les goûts, pour administration orale ou parentérale, pour usage thérapeutique ou prophylactique—présentés en capsules, en comprimés ou sous forme liquide.

Vous pouvez être certain que le produit sera frais, pleinement actif et titré rigoureusement. *Abbott* s'est maintenu au premier rang en fait de recherches et de nouveaux développements dans le domaine des vitamines depuis l'époque de l'huile de foie de flétan.

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, Montréal 9.

**PRESCRIVEZ LES
PRODUITS VITAMINIQUES**



Abbott

1. Barborka, Clifford J. (1948), *Diet in Health, Treatment by Diet*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, P. 31.
2. Food Chart 7941 (1946), *Getting Full Value from Food*, General Foods Corporation, New York City.

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); Pliche (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); Torrè (Pierre); Tremblay (Jacques); Tremblay (Jean); Trudel (Hermile); Vaillancourt (De Guise); Vallée (A.-F.); Vallée (Ls-Yvan); Valois (A.-B.); Vézina (Norbert); Vidal (J.-A.).

« J'ai montré qu'à l'état normal, sauf dans la période qui s'étend approximativement de la naissance jusqu'au moment où la marche devient correcte, l'excitation de la plante du pied, quand elle détermine, ce qui est la règle, un mouvement réflexe des orteils, provoque toujours une flexion. Or, en cas de perturbation du système pyramidal, l'excitation de la plante du pied provoque ordinairement l'extension des orteils, en particulier du gros orteil. »

...« L'abolition des réflexes pupillaires et plus particulièrement du réflexe à la lumière, lorsqu'elle est permanente, lorsqu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire et du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la IIIe paire, constitue un signe de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire presque, sinon tout à fait, pathognomonique. »

(BABINSKI)

BULLETIN

DE NOUVEAU SUR L'ASPECT FINANCIER DES HÔPITAUX

Les hôpitaux américains s'inquiètent de leur situation financière, comme les nôtres d'ailleurs et pour les mêmes raisons.

Les difficultés sont de même ordre, elles impliquent les mêmes problèmes dont on désire trouver une solution avantageuse dans le plus bref délai possible.

C'est qu'on se rend parfaitement compte que les conditions actuelles ne peuvent durer et que procéder de déficits en déficits plus massifs, c'est s'acheminer vers le gâchis économique.

On appréhende la survenue imminente d'une période financièrement beaucoup plus tendue et on voudrait éviter, en autant qu'il est possible, sinon l'écroulement du moins un fléchissement sérieux de l'organisation scientifique des hôpitaux et éventuellement un contrôle de l'état sur leur administration.

Les préoccupations portent là comme ici surtout sur deux faits : le coût d'opération qui s'élève sans cesse en conséquence de la complexité de la médecine actuelle, de la hausse des salaires et du prix des denrées, et de la surabondance des services et des recherches de laboratoire ; la hausse continue des tarifs imposés aux malades hospitalisés, qui supportent de la sorte une part importante des frais d'opération et se trouvent dans la quasi impossibilité d'assumer ces tarifs. Il résulte de cela qu'on se voit incapable soit de solder les déficits en cours, soit encore moins d'acquitter ceux qui seront forcément moins accessibles dans l'avenir.

Aussi voit-on l'impérieux besoin d'amorcer une étude d'ensemble sur la situation actuelle des hôpitaux américains, étude comportant comme corollaire des changements drastiques dans leur organisation et leur administration.

Il est opportun de rappeler que le coût quotidien d'entretien et de maintien d'un malade, dans les hôpitaux américains, est en moyenne de \$13.09. Et dans plusieurs hôpitaux généraux où pourtant la majorité des admissions comprenait des malades privés, on constata que la somme versée par chacun d'eux était inférieure au montant dépensé pour ses soins.

Cette situation est la même ici, du moins dans certaines de nos institutions hospitalières qui ont atteint un statut scientifique respectable.

Et nous trouvons dans la lecture d'un très récent éditorial du « Journal of the American Medical Association » les mêmes idées que nous émettions dans notre Bulletin de juin 1949.

Nous citons ce passage sans le traduire: "Practically every hospital is today an educational and research institution; many hospitals are equally devoted to preventive medicine and interest of the public health. These activities contribute inevitably to the size of the patient's bill. Analysis of these costs and proper allocation to responsible agencies may yield reductions in the charges to the individual recipient of hospital care. Study of these factors may result in the provision of more adequate income to hospitals from sources other than the patient himself. Such financing would strengthen the financial economy of the hospital and reduce the costs of care to the individual patient"...

... "A comprehensive study of the entire situation is needed immediately; such research should yield more efficient operation, lessened demand for personnel and diminution of cost to the individual patient".

Cet aspect de la question hospitalière est de primauté indéniable; il touche directement le malade qui demeure la raison première de l'institution hospitalière elle-même. Quand on l'exprime et qu'on dénonce une situation intenable, on est conduit par la simple équité, par un principe de justice.

En somme, le malade privé ne devrait payer que pour les soins que son état requiert et non pour ceux de patients indigents dont l'Etat doit se charger.

Il contribue ainsi doublement: par les taxes indirectes ou directes auxquelles il est soumis comme tout le monde et par ce deuxième supplément qu'il verse à l'hôpital qui le surtaxe pour alléger son déficit.

Au surplus il ne devrait pas être tenu, en tant que malade dans tel hôpital, de défrayer les dépenses qu'encourent des travaux de recherches ou des services de médecine sociale ou préventive. Ces frais de traitement aux indigents, d'investigation et de médecine à portée sociale relèvent des gouvernements ou d'institutions à mission philanthropique.

Si on désire vraiment, en haut lieu, établir en médecine des mesures de sécurité sociale, qu'on commence donc par aider généreusement les hôpitaux, afin que leurs opérations n'aboutissent pas à des déficits catastrophiques et afin que leurs administrateurs ne soient pas forcés de placer sur les épaules de leurs clients une lourde part du fardeau financier.

Ce serait commencer par un acte juste et approprié aux circonstances.

Ce serait aussi établir sur une base plus solide une situation qui pourrait bien être ébranlée sérieusement dans un avenir prochain.

Roma AMYOT

A PROPOS D'UN NOUVEAU CURARISANT DE SYNTHÈSE LE FLAXEDIL (3697 R.P.) RAPPORT DE 50 CAS D'ANESTHÉSIES

L. LAMOUREUX,
Directeur du Service d'Anesthésiologie.
Queen Mary Veterans' Hospital (Montréal).

et M. BOURGEOIS-GAVARDIN,
Anesthésiste.

La première expérience de Griffith et Johnson, en 1942, sur l'emploi du curare en anesthésie humaine a eu un retentissement important sur les méthodes d'anesthésie générale.

Sans supprimer la rachianesthésie, qui conserve sa place et ses indications, le curare s'associe à tous les anesthésiques généraux, cyclopropane, éthylène, protoxyde d'azote, éther, pentothal-sodium, et à lui seul apporte un relâchement musculaire profond que l'on n'atteignait autrefois qu'en gagnant le troisième plan du troisième stage de l'anesthésie.

L'adjonction d'un curare ou curarisant à l'anesthésie générale ne demande donc qu'une narcose légère maintenue à la limite du deuxième stage ou au premier plan du troisième stage.

Les conséquences de cette action physiologique sont multiples. Au point de vue des méthodes, il n'est plus nécessaire de recourir avec le protoxyde d'azote à la saturation secondaire de McKesson, de pousser la narcose au cyclopropane jusqu'à l'apnée, d'utiliser l'anesthésie profonde à l'éther dont on connaît les inconvénients. Au point de vue physiologique, l'anesthésiste peut conduire la narcose en maintenant constamment un haut degré d'oxygénation de son malade et cette conséquence est sans doute une des qualités les plus importantes de l'anesthésie moderne.

Avant de devenir un médicament indispensable, le curare a connu une longue période au cours de laquelle son nom n'évoquait que le mystère de la jungle et l'action mortelle d'un poison.

En 1516, D'Anghera fut le premier à rapporter l'existence dans les jungles de l'Amérique du Sud de flèches empoisonnées ou « mort volante ». Quelques années plus tard, en 1584, Sir Walter Raleigh rapporta le curare en Angleterre. Le curare, appelé wourali par les Indiens, est encore utilisé dans la région du bassin de l'Orénoque et du bassin de l'Amazonie. Sa fabrication assez empirique est accompagnée de cérémonies mystérieuses, sa qualité est irrégulière et varie suivant les tribus qui le conservent soit dans des pots, dans des écorces de fruits desséchés soit dans des tubes de bambou.

Ce n'est qu'au 18^{ème} siècle que le curare commença à intéresser les physiologistes et en 1844, Claude Bernard fut le premier à démontrer les effets physiologiques du curare. Le chimiste allemand Boehm en isola, en 1896, les principaux alcaloïdes et en fit l'étude pharmacologique.

La première application à l'homme fut tentée en 1866 par des médecins français, Tierce-lin et Bénédic, dans l'épilepsie, puis par Voison et Lionville, Un Anglais, en 1878, décrivit l'usage du curare dans la spasticité du tétanos et de la rage. Plus près de nous, en 1932, le médecin anglais West reprit l'étude du curare dans la tétanie, la maladie de Parkinson et l'épilepsie. Pas plus que ses prédécesseurs West n'obtint de bons résultats, l'effet était transitoire, s'accompagnait d'une sensation désagréable et d'une chute de tension artérielle.

La préparation d'un curare purifié et dosé ne devait apparaître que quelques années plus tard. L'explorateur et naturaliste américain, Richard Gill, avait fait dans la jungle équatorienne plusieurs expéditions scientifiques où il avait pu se rendre compte des étranges pro-

1. Nous remercions les Laboratoires Poulenc de Montréal qui ont eu l'obligeance de mettre à notre disposition les quantités de Flaxédil nécessaires à notre expérimentation.

priétés du curare. De son dernier voyage, après avoir gagné la confiance des Indiens et appris leurs secrets de fabrication du curare, il ramena aux Etats-Unis d'innombrables spécimens botaniques qui furent étudiés par le docteur McIntyre de l'Université du Nébraska et en 1939, la compagnie Squibb fabriqua l'intocostrin qui fut le premier curare du concours d'une anesthésie au cyclopropane.

Le nouveau curare fut d'abord appliqué à l'homme par Bennett au cours de la convulsio-thérapie au Métrazol. Cullen, en 1941, l'expérimenta sur le chien au cours d'une anesthésie et en 1942, l'anesthésiste canadien Griffith en fit les premiers essais sur l'homme au cours d'une anesthésie au cyclopropane.

Le mécanisme de la « mort volante » était resté pendant des siècles un mystère jusqu'à ce que Claude Bernard ait démontré l'action paralysante du curare sur les muscles moteurs, expliquant ainsi la mort par paralysie respiratoire, et localisé l'action du curare au niveau de la plaque motrice, au niveau de la jonction du nerf et du muscle.

MÉCANISME DE LA CURARISATION

Les travaux modernes se sont attachés à éclaircir le mécanisme physiologique de la curarisation. Les faits énoncés par Claude Bernard subsistent cependant, le curare agit bien au niveau de la plaque motrice, à la jonction neuro-musculaire, à condition, comme le dit Halpern, de considérer la jonction neuro-musculaire comme une entité fonctionnelle et non comme un organe anatomique. Ce que l'on appelle en effet curarisation, qui est le fait des curares végétaux et des médicaments curarisants, est une perte de l'excitabilité du muscle par l'intermédiaire de son nerf moteur, alors que le nerf et le muscle demeurent séparément, directement excitables.

La théorie de Lapique fait intervenir les propriétés physiques d'excitabilité du nerf et du muscle. Lapique a prouvé, dans une série d'expériences, que le muscle et son nerf moteur possèdent la même chronaxie et a édicté la loi de l'isochronisme du nerf et du muscle.

Si la chronaxie du nerf et celle du muscle varient l'une par rapport à l'autre dans certaines proportions, il y a hétérochronisme et il devient impossible d'obtenir une contraction du muscle par la stimulation de son nerf. Cet état équivaut à la curarisation. Le curare réalise cet hétérochronisme en augmentant la chronaxie musculaire sans modifier celle du nerf. Le décalage est assez grand entre les deux chronaxies pour qu'il y ait interruption complète de l'influx nerveux au niveau de la plaque motrice et paralysie flasque totale du muscle qui perd non seulement sa possibilité de contraction, mais également son tonus normal.

A côté de cette théorie purement physique de la curarisation, les travaux anglo-saxons ont insisté sur les mécanismes chimiques.

Différents auteurs ont contribué à établir la théorie que la stimulation nerveuse déclenche au niveau de la plaque motrice la formation d'acétylcholine. Cette dernière substance serait responsable de la contraction musculaire et jouerait en somme le rôle de médiateur chimique entre l'influx nerveux et la réponse musculaire. Les expériences de Brinkmann et Ruitter, de Dale, Feldberg et Vogt, par perfusion du muscle, ont montré la présence dans le sang veineux de la perfusion, d'acétylcholine ou d'une substance acétylcholinique, apparaissant après que le muscle a répondu à la stimulation nerveuse. Dale et Feldberg avec Brown ont reproduit la contraction musculaire par injection intra-artérielle d'acétylcholine et ont montré que l'injection de curare diminuait considérablement ou abolissait la contraction musculaire.

La section physiologique entre le nerf et le muscle au niveau de la jonction myo-neurale serait donc due à une augmentation du seuil de contraction du muscle à la stimulation d'acétylcholine. A l'appui de cette théorie viennent s'inscrire les effets antagonistes de la physostigmine sur le curare. Il existe en effet dans les muscles striés un enzyme appelé cholinestérase localisé essentiellement au voisinage des terminaisons nerveuses. Lorsque l'acétylcholine a été libérée par la stimulation du

nerf et a déclenché la contraction musculaire, elle est hydrolysée sur place par la cholinestérase et transformée en choline. Les anti-cholinestérases dont font partie l'eserine et la physostigmine ont la propriété d'inhiber la cholinestérase qui ne peut donc plus détruire l'acétylcholine. Celle-ci s'accumule et se trouve bientôt en quantité suffisante pour produire la contraction du muscle curarisé. C'est sur cette notion qu'est basé l'emploi de la physostigmine comme antagoniste du curare et des curarisants.

CURARES ET CURARISANTS ACTUELLEMENT EMPLOYÉS EN CLINIQUE

La première tentative de production commerciale d'une préparation de curare a été faite à partir des alcaloïdes extraits du *Chondrodendron tomentosum*, plante qui appartient comme toutes celles dont les Indiens tirent leur curare, à la famille des strychnées.

Les chercheurs ont ensuite tenté de reconnaître et d'utiliser les propriétés curarisantes de substances extraites de plantes, comme la quinine et l'erythroïdine.

D'autres enfin, suivant l'évolution naturelle de la chimie moderne, ont tenté de réaliser la synthèse de substances possédant les mêmes effets pharmacologiques.

La plus ancienne en date des préparations utilisées actuellement est l'Intocostrin (Cie Squibb). C'est un extrait purifié du *Chondrodendron tomentosum* dosé à raison de 3 mg. par c.c. Ses propriétés en anesthésie sont connues depuis la première expérience de Griffith et Johnson en 1942.

La d-tubocurarine dont il existe plusieurs préparations commerciales (Squibb, Abbott, Burroughs-Wellcome, Brent) de valeur sensiblement égale, est l'alcaloïde actif de l'Intocostrin, cristallisé sous forme de sel d'ammonium quaternaire. Elle possède les propriétés de l'Intocostrin. Son dosage est de 3 mg. par c.c. correspondant à 20 unités.

Les dérivés de la quinine ont été expérimentés en raison des propriétés faiblement curarisantes que l'on avait reconnues à la quinine

depuis de longues années. On a utilisé surtout des dérivés ammoniés quaternaires et, principalement, le méthyl-chlorure de quinine. Il a été étudié surtout par Harvey qui en démontra l'action curarisante. Le dosage semble difficile à établir et l'on a noté dans certains cas des troubles gastro-intestinaux et de l'hypotension.

La di-hydro-beta-erythroïdine est un des alcaloïdes extraits de la plante *Erythraea Americana*. Elle a été expérimentée dans 215 cas par Dripps et Sergent. La résolution musculaire fut excellente mais s'accompagna, dans 86% des cas, d'hypotension marquée.

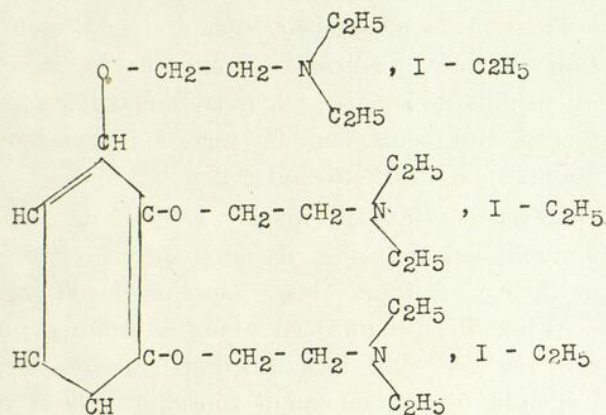
La Myanesin connue également sous le nom de Relaxar occupe dans cette énumération une place à part. Ce n'est pas en effet un curare, ni un curarisant au sens propre du mot, puisque son action n'est nullement périphérique et s'exerce sur le neurone moteur intercalaire au niveau de la moelle. Sa composition chimique elle-même est différente, c'est l'éther de la glycérine et son antidote est la strychnine. La Myanesin exerce une action puissante sur le relâchement musculaire sans modifier la pression artérielle, ni la respiration. Elle a cependant dans certains cas une action sur la circulation et les auteurs anglais ont rapporté des troubles coronariens et des thromboses vasculaires. Griffith, après une étude comparative avec le curare, a conclu à l'efficacité de la Myanesin mais en signalant la possibilité d'effets locaux et d'hémoglobinurie avec albuminurie.

Les recherches sur la préparation d'un *curarisant entièrement synthétique*, poursuivies dans différents pays, ont abouti actuellement en France au 3697 R.P. ou Flaxedil, pour lequel nous allons rapporter notre expérience dans 50 cas d'anesthésie. Avant la naissance du Flaxedil, Bovet et ses collaborateurs avaient étudié des dérivés quaternaires de la quinoléine (3381 R.P., 3602 R.P.) et Halpern avait fait en 1934 des travaux sur les iodo-méthylates d'urotropine et de spartéine.

LE CURARISANT DE SYNTHÈSE 3697 R.P.

Ce nouveau curarisant synthétique est le triidoéthylate de tri-(diéthylamino-éthoxy) 1-2-3 benzène de formule abrégée $C_{30}H_{60}N_3I_3$ avec un poids moléculaire de 891.

Sa formule développée répond au schéma suivant:



Il se présente à l'état pur sous l'aspect d'une poudre blanche amorphe et inodore. Il est très soluble dans l'eau, l'acétone aqueuse, les alcools éthylique et méthylique.

Les recherches pharmacodynamiques et physiologiques furent conduites en France sous la direction de D. Bovet et ses collaborateurs, qui conclurent à l'absence de toxicité du produit, à l'absence d'effets secondaires, tout en retenant que les effets curarisants du 3697 R.P. sont un peu moins marqués que ceux de la d-tubocurarine.

La première expérimentation clinique en anesthésie fut entreprise en 1947-1948 par Huguenard et Boué qui firent un rapport de 127 cas, où ils mentionnaient d'excellents résultats sur le relâchement musculaire et l'absence d'effets secondaires.

Le Flaxedil se présente en ampoules de verre scellées contenant 2 c.c. soit 40 mg. de produit, qui doit être injecté par voie intraveineuse.

Notre expérience personnelle se résume à 50 cas que nous avons eu l'occasion de réaliser dans le Service d'Anesthésiologie du Queen Mary Veterans' Hospital de Montréal.

Les 50 opérations pour lesquelles nous avons employé le Flaxedil étaient de types variées et se répartissent comme suit:

Chirurgie orthopédique	6
Chirurgie abdominale	6
Chirurgie intra-thoracique	5
Chirurgie vasculaire	1
Neuro-chirurgie	7
Chirurgie plastique	13
Urologie	2
Ophthalmologie	3
Chirurgie dentaire	1
Otho-rhino-laryngologie	1
Divers cas de chirurgie générale	5

Nos patients étaient tous des sujets du sexe masculin, vétérans de l'armée canadienne de l'une ou l'autre guerre. La plupart d'entre eux étaient en pleine force de l'âge, comme le montre le tableau suivant, et en parfaite vigueur physique:

Patients âgés de moins de 20 ans	2
" " " " " 30 ans	26
" " " " " 40 ans	13
" " " " " 50 ans	4
" " " " " 60 ans	1
" " " plus " 70 ans	4

Le Flaxedil est venu compléter les associations anesthésiques suivantes:

Pentothal-Flaxedil protoxyde d'azote	18
Pentothal-Flaxedil cyclopropane	25
Pentothal-Flaxedil protoxyde d'azote éther	1
Pentothal-Flaxedil cyclopropane éther	5
Pentothal-Flaxedil utilisés en complément d'une rachianesthésie dont l'effet était terminé	1

Sur nos 50 patients, 47 ont reçu une intubation endotrachéale; 37 ont été intubés par voie orotrachéale; les 10 autres par la voie nasotrachéale.

Toutes les intubations ont été réalisées à l'aide du 3697 R.P.

LE FLAXEDIL DANS L'INTUBATION ENDO-TRACHÉALE

Dans une première partie de notre travail, nous avons expérimenté la valeur du Flaxedil comme adjuvant de l'intubation endo-trachéale. La grande majorité des interventions pratiquées au Queen Mary Veterans' Hospital sous anesthésie générale sont précédées d'une intubation endo-trachéale par voie orale ou nasale. Nous avons l'habitude d'utiliser pour l'intubation le mélange Pentothal-curare connu sous le nom de « Knight's Mixture ». La mixture était préparée dans une seringue de 20 c.c. à l'aide de 10 c.c. de Pentothal sodium à 5%, de 5 c.c. d'eau distillée et de 5 c.c., soit 100 unités, de d-tubocurarine Abbott ou d'Intocostirin Squibb, ce qui constituait une solution de Pentothal à 2½% contenant 100 unités de curare.

Nous avons tenté de réaliser une mixture semblable en remplaçant le curare par le Flaxedil. Nous n'avons pas observé de précipité par ce mélange. La solution obtenue est parfaitement claire et stable. Nous avons préparé et conservé une telle solution à l'air libre pendant 30 heures sans modification apparente.

Dans une série de 10 cas, nous avons intégré à la solution à 2½% de Pentothal 5 c.c., soit 100 mg., de 3697 R.P. Sur les 10 malades qui ont reçu cette solution, 5 ont reçu une quantité de curarisant comprise entre 100 et 120 mg., sur lesquels 4 n'ont pas eu de reprise spontanée de la respiration et ont été mis en respiration contrôlée pour une durée allant de 3 à 18 minutes. Un seul a repris spontanément sa respiration. Les 4 autres sujets ont reçu des doses de 45 à 75 mg de Flaxedil et ont repris spontanément leur respiration.

Dans tous les cas où la solution de Pentothal à 2½% contenant 100 mg. de curarisant a été employée, le relâchement des muscles de la mâchoire était absolument complet et l'on pouvait réaliser l'extension de la tête sur le cou au maximum. La mise en place du laryngoscope et l'intubation ont été extrêmement aisées. Un seul cas a été un échec complet dans lequel l'intubation a été réalisée par un autre moyen.

Devant ces premiers résultats et la proportion d'arrêts respiratoires enregistrée, nous avons modifié le dosage de notre mélange en lui incorporant seulement 60 mg. de curarisant pour 20 c.c. de Pentothal à 2½%.

20 patients ont été intubés à l'aide de cette nouvelle solution dont ils ont reçu en moyenne 20 c.c., soit une dose moyenne de 60 mg. de Flaxedil. La mise en place du tube a pu être réalisée sans difficulté dans tous les cas. Cependant le relâchement musculaire nous a paru incomplet chez certains malades pour lesquels l'intubation a dû être effectuée avec rapidité. Tous ont repris spontanément leur respiration après la mise en place du tube.

Ces conclusions nous ont conduits à adopter un dosage intermédiaire consistant en 80 mg. de curarisant dans une solution de 20 c.c. de Pentothal à 2½%. Nous avons intubé dans ces conditions 17 sujets qui ont en moyenne reçu toute la dose, soit 80 mg. de Flaxedil. Au point de vue du relâchement musculaire, nous avons obtenu des résultats comparables à ceux que nous avaient donnés des doses plus fortes de 100, 120 mg., l'intubation a été dans tous les cas facile et tous nos malades ont eu une reprise spontanée de la respiration. Ce dernier dosage nous a paru le dosage optimum auquel nous nous rallions définitivement.

L'EMPLOI DU FLAXEDIL AU COURS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous avons utilisé le Flaxedil dans différentes interventions où l'action curarisante était particulièrement nécessaire au travail du chirurgien.

Dans un de ces cas, nous avons employé le mélange Pentothal-Flaxedil contenant 100 mg. de curarisant avec un résultat moyen au point de vue du relâchement des muscles abdominaux. Nous ne pensons pas que l'association dans la même solution du Pentothal et du Flaxedil soit indiquée autrement que pour l'intubation et, dans nos 12 autres cas, le 3697 R.P. a toujours été injecté seul dans le tube de réinjection d'une solution intraveineuse, sang, plasma ou sérum physiologique. Il nous a semblé plus facile par cette méthode de contrôler les effets du médicament.

Nous avons obtenu dans chaque cas un effet rapide et constant sur le relâchement musculaire. La technique que nous employons est la suivante:

Lorsque le malade a reçu au préalable du Flaxedil pour faciliter l'intubation, nous injectons au moment de l'incision de la peau une dose de 2 à 3 c.c. de curarisant, soit 40 à 60 mg., pour compléter le relâchement musculaire abdominal. S'il s'agit d'une opération de peu de durée, de 30 à 40 minutes, cette dose suffit en général à assurer le relâchement abdominal et la rétraction des anses intestinales au moment de la fermeture du péritoine.

Le plus souvent nous avons affaire à des interventions de plus longue durée et nous avons coutume en pareils cas, quelques minutes avant la fermeture du péritoine, de réinjecter une nouvelle dose de 2 à 4 c.c. de curarisant.

Mais nous ne saurions trop insister sur la nécessité de faire les injections de 3697 R.P. « à la demande ». L'expérience nous a maintes fois montré que, dans l'injection de curare ou de curarisant, ni l'âge, ni le poids, ni la musculature, ni la taille du sujet ne pouvaient nous faire préjuger de la dose qui serait nécessaire. Nous avons souvent entendu le Dr. H. R. Griffith insister sur les variations individuelles quelquefois considérables à l'action du curare et l'on peut admettre, d'après les cas dont nous avons eu l'expérience, que pour une intervention d'une durée de 1.30 heure il peut y avoir des variations de doses du Flaxe-

dil oscillant entre 90 et 180 mg. suivant la réponse du sujet.

Lorsque le malade n'a pas été intubé avant l'opération et n'a donc eu aucune injection préalable de curarisant, nous injectons au moment de l'incision de la peau une dose de 4 à 5 c.c., soit 80 à 100 mg. de Flaxedil qui peut être complétée le cas échéant. Cette injection préliminaire nous sert de témoin et nous nous en servons pour préjuger des doses suivantes.

L'administration du Flaxedil au cours d'une anesthésie au cyclopropane ne nous a paru nécessiter aucune précaution particulière. Dans un certain nombre de cas, nous avons observé l'absence ou le retard d'apparition de la bradycardie qui survient dans la règle au cours de la narcose au cyclopropane. Nous n'avons noté aucune irrégularité du pouls.

Lorsque le Flaxedil est associé à l'éther dans une anesthésie par inhalation, nous administrons le curarisant avec plus de prudence, étant donné l'action légèrement curarisante que possède l'éther lui-même, et sur laquelle plusieurs auteurs ont insisté. Dans l'ensemble nous avons été amenés à réduire nos doses d'un tiers par rapport aux doses que nous donnons habituellement.

Dans l'association anesthésique connue sous le nom de « méthode de Knight » qui comprend l'emploi simultané de protoxyde d'azote, de Pentothal sodium et d'une préparation de curare, nous avons remarqué, comme Baird l'avait signalé pour la d-tubocurarine et comme nous l'avons nous-mêmes observé, que le Flaxedil permet de réduire sensiblement la dose de Pentothal employée pour entretenir l'anesthésie.

EFFETS GÉNÉRAUX DU FLAXEDIL

Action sur le système musculaire

Le relâchement musculaire que nous avons obtenu avec les doses convenables de Flaxedil est rapide. Lors de l'intubation endo-trachéale, le relâchement des masticateurs survient le premier, précocément, et est suivi du relâ-

chement des muscles de la nuque et du cou. Dans plusieurs essais de mise en place du laryngoscope que nous avons faits, il eût été possible, en raison du relâchement musculaire d'effectuer une intubation extrêmement précoce, la légèreté du sommeil du malade seule nous a fait retarder de quelques instants le passage du tube.

Le relâchement des muscles abdominaux est obtenu 3 à 5 minutes environ après l'injection du curarisant. Non contents de l'apprécier nous-mêmes par la vue, nous avons dans tous les cas demandé l'appréciation des chirurgiens. Bien que ceux-ci soient habitués à effectuer leurs interventions abdominales sous anesthésie rachidienne haute à la nupercaine, le relâchement obtenu avec le Flaxedil a toujours été jugé excellent. La flaccidité de la paroi est complète et permet toutes les explorations intra-abdominales. Les anses intestinales sont rétractées, peu mobiles et ne gênent pas les manœuvres du chirurgien dans le champ opératoire.

Action sur la respiration

Il est impossible que l'action d'un curarisant sur le système musculaire n'interfère pas avec l'amplitude et le rythme de la respiration.

Les résultats que nous avons eus sur ce point avec le Flaxedil nous ont cependant paru satisfaisants. La dépression respiratoire qu'il est habituel de constater dans l'emploi du curare est compensée dans un premier temps par une plus grande excursion du diaphragme, qui permet de maintenir une ventilation satisfaisante. Lorsque la paralysie gagne les muscles abdominaux, il persiste une certaine amplitude respiratoire que l'on peut augmenter par la respiration assistée. Mais, dans tous les cas, la marge existant entre la paralysie des abdominaux et la paralysie du diaphragme entraînant l'apnée nous a paru plus grande qu'avec les produits dont nous avons l'habitude jusqu'à présent.

En chirurgie intra-thoracique, il nous a été possible de réaliser une diminution importante

de l'amplitude des mouvements du diaphragme et dans un cas d'obtenir par une injection poussée rapidement l'arrêt de la respiration diaphragmatique.

Action sur le système cardio-vasculaire

La tension artérielle n'est nullement modifiée par l'injection intraveineuse de Flaxedil, même par l'injection de doses massives.

Dans 40% de nos cas, nous avons pu noter au moment de l'induction avec le mélange Pentothal-Flaxedil et à l'occasion des injections suivantes, une certaine accélération du pouls dont le rythme atteint 100 à 110 pulsations à la minute. Dans certains cas, cette élévation du pouls faisait partie de la tachycardie qui est habituelle au cours de l'induction de toute anesthésie, mais elle a été engendrée également de façon passagère par des injections isolées de Flaxedil. Nous n'avons remarqué aucune altération de la régularité des pulsations.

La couleur de l'opéré reste inchangée. Il n'y a aucune modification vaso-motrice périphérique. Le saignement au niveau de la plaie opératoire est normal.

Action sur les sécrétions

A l'exception d'un de nos opérés qui subissait une pneumonectomie pour tuberculose, aucun de nos patients n'a nécessité d'aspiration intra-trachéale durant l'opération.

17 de nos malades ont reçu comme prémédication l'association morphine-hyoscine. 11 d'entre eux ont présenté à la fin de l'opération des sécrétions qui ont pu être considérées comme anormalement abondantes.

Sur les 33 malades dont la prémédication associait la morphine et l'atropine, 6 ont nécessité une aspiration intratrachéale et pharyngée attentive.

Dans l'ensemble de ces cas l'abondance des mucosités était due principalement à la sécrétion salivaire. Nous avons pu noter par ailleurs l'absence de sécrétion sudorale.

EFFETS LOCAUX

Tous nos malades ont reçu le Flaxedil par voie intraveineuse soit au membre supérieur, soit au membre inférieur, sans aucun effet local immédiat ni ultérieur.

EFFETS HISTAMINOÏDES

La littérature médicale a rapporté quelques observations à la vérité peu nombreuses d'incidents survenus au cours de l'administration du curare. Ces incidents qui ont consisté essentiellement en une chute de tension artérielle accompagnée de bronchospasme ont été identifiés au choc histaminique.

L'expérience a en effet prouvé que l'action du curare sur le muscle déclenche la libération d'histamine dont la mise en circulation engendre un choc histaminique authentique avec hypotension accentuée et spasme des petites bronches. Il a été possible de reproduire les mêmes effets par injection d'histamine, mais, que ces accidents soient occasionnés par le curare ou par l'histamine, ils disparaissent par l'administration de médicaments antihistaminiques. Il est possible également, comme l'indique Cullen, de faire disparaître ces accidents par une dose supplémentaire de curare. On a démontré en effet que seule la première dose de curare, en libérant toute l'histamine disponible, occasionnait le choc histaminique qui ne se répétait pas aux doses suivantes.

En ce qui concerne le Flaxedil, des expériences ont été poursuivies sur l'animal par Courvoisier et Duerot en comparaison avec d'autres préparations de curare. Ils ont pu avec ces dernières reproduire les éléments du choc histaminique chez le chien et chez le cobaye; dans aucun cas ils n'ont pu les créer par l'administration du 3697 R.P.

Notre expérience limitée sur le 3697 R.P. en clinique humaine ne nous a permis d'observer aucun effet de ce genre. Nous n'avons jamais enregistré d'hypotension, ni de bronchospasme.

ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX

Nous n'avons observé aucun effet particulier du 3697 R.P. sur le système nerveux central de nos opérés. Nous l'avons administré dans 7 cas de chirurgie intra-crânienne pour faciliter l'intubation sans aucun effet spécial. La pression intra-crânienne n'a paru ni augmentée ni diminuée.

En ce qui concerne le système nerveux autonome, Huguenard et Boué ont vérifié l'action vagolytique du 3697 R.P. par son action inhibitrice sur la toux. Il est possible d'admettre que cette action vagolytique soit à l'origine de la tachycardie que nous avons observée chez certains de nos opérés.

SUITES OPÉRATOIRES

Le réveil a toujours été facile et agréable. Tous nos malades ont été suivis dans les journées post-opératoires par les examens cliniques et les épreuves de laboratoire habituelles. Aucune anomalie n'est à signaler qui soit imputable à l'emploi du curarisant.

MÉDICAMENTS ANTAGONISTES

Dans aucun de nos cas nous avons eu à utiliser d'antidote du 3697 R.P. L'amplitude respiratoire fut toujours suffisante à la fin de l'opération pour que le malade soit envoyé sans autre précaution à la salle de réanimation afin d'y recevoir l'oxygène-thérapie qui est administrée systématiquement après chaque anesthésie générale.

Nous avons cependant toujours à portée de la main des ampoules de prostigmine (physostigmine) qui est considérée d'après les travaux de Burke, Linegar, Frank et McIntyre, comme le produit anticurarissant le plus efficace. Huguenard et Boué l'ont utilisé 18 fois avec succès à des doses comprises entre $\frac{1}{2}$ et 3 mg.

CONTRE-INDICATIONS

A notre sens et selon notre expérience, il n'en est pas d'autres que celles qu'il est classi-

que de donner à tous les curares ou curarisants et dont la principale est la myasthénie.

De même il est particulièrement contre-indiqué d'utiliser le 3697 R.P. sans avoir sous la main le matériel à intubation endo-trachéale complet. L'intubation suivie de respiration artificielle avec oxygène est le principal traitement du surdosage de tous les produits curarisants et la Prostigmine n'est qu'un adjuvant de ce traitement. Elle ne fait que raccourcir le temps pendant lequel la respiration artificielle est nécessaire.

Conclusions.

Nous avons rapporté notre expérimentation avec le curarisant de synthèse 3697 R.P. dans 50 cas d'anesthésie.

La solution de Pentothal à 2½% contenant 20 mg. de 3697 R.P. pour 0 g. 50 de Pentothal sodium nous a donné d'excellents résultats dans l'intubation endo-trachéale.

Le relâchement musculaire obtenu en chirurgie par les doses de 3697 R.P. injectées «à la demande» peut être considéré comme excellent.

L'absence d'effets secondaires notables est à signaler.

D'après notre expérience limitée à 50 cas, nous pouvons juger les résultats obtenus avec le 3697 R.P. comme très encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAIRD, J. W.: «Pentothal-Curare Mixture.» *Anesth.*, **8**: 75-79, 1947.
2. BOVET, D., DEPIERRE, F., deLESTRANGE, Y.: «Propriétés curarisantes des éthers phénoliques à fonction ammonium quaternaire.» *C.R. Académie des Sciences*, **225**: 74, 1947.
3. BURKE, J. C., LINEGAR, C. R., FRANK, M. N., McINTYRE, A. R.: «Eserin and Neostigmine antagonism to d-tubocurarine.» *Anesth.*, **9**: 251-257, 1948.
4. COURVOISIER, S., DUCROT, R.: «Sur l'effet histaminoïde de la d-tubocurarine et des curares de synthèse.» *C.R. Société de Biologie*, **142**: 1209, 1948.
5. CULLEN, S. C.: «Curare: its past and present.» *Anesth.*, **8**: 479-488, 1947.
6. CULLEN, S. C.: «Clinical and laboratory observations on the use of curare during inhalation anesthesia.» *Anesth.*, **5**: 166, 1944.
7. DRIPPS, R. D., SERGENT, W. F.: «Use of a new curarizing agent dihydro-beta-erythroidine for the production of muscular relaxation during anesthesia in surgery.» *Anesth.*, **8**: 241-251, 1947.
8. GRIFFITH, H. R., JOHNSON, G. E.: «The use of curare in general anesthesia.» *Anesth.*, **3**: 418, 1942.
9. GRIFFITH, H. R.: «Curare: a new tool for the anesthetist.» *Can. Med. Ass. Journal.*, **52**: 391 (avril) 1945.
10. GRIFFITH, H. R.: «Curare in anesthesia.» *J.A.M.A.*, **127**: 242, 1945.
11. GRIFFITH, H. R.: Communications personnelles.
12. GRIFFITH, H. R., STEPHEN, C. R., CULLEN, W. G., BOURNE, W.: «Myanesin as a muscle relaxant.» *Anesth.*, **10**: 61-65, 1949.
13. HALPERN, B. N.: «Curares et Curarisants.» *Cours d'Anesthésie et de réanimation de la Faculté de Médecine de Paris sous la direction du professeur P. Moulouquet. 1947-1948.* Librairie des Escholiers, Paris.
14. HUGUENARD, P., BOUE, A.: «Un nouvel ortho-curare français de synthèse, le 3697 R.P.» *Rapport à la Société d'Anesthésie de Paris, Séance du 17 juin 1948.*
15. ROBBINS, B. H., LUNDY, J. S.: «Curare and curare-like compounds: a review.» *Anesth.*, **8**: 252-265 et 348-358. 1947.
16. ROUX, M.: «Un nouvel ortho-curare français de synthèse, le 3697 R.P. Doses et technique chirurgicale.» *Presse Médicale*, **57**: (1er janv.) 1949.
17. STEINMAN, S. E.: «Neuro-muscular transmission in the simple nerve and muscle fiber preparations.» *Am. J. of Phys.*, **140**: 269, 1943.
18. WIEN, R.: «The curarisings properties of R.P. 3697.» *Arch. Intern. Pharm.*, 1948, LXXVII, No 1.

EXPLORATION BIOCHIMIQUE DE LA FONCTION GASTRIQUE

de Guise VAILLANCOURT,

Service de Médecine, Hôtel-Dieu de Montréal.

Aucun bilan digestif ne saurait être complet sans un examen chimique sérieux du contenu gastrique, surtout si la pathologie digestive soupçonnée a trait au rôle sécrétoire ou moteur de l'estomac. Dans quelques maladies d'origine digestive ou non, les méthodes de laboratoire seront les seules à permettre de trancher un diagnostic d'une façon irréfutable, car elles mettront en évidence l'existence de produits bien identifiés et caractéristiques de certains états pathologiques. La chimie pathologique, bien qu'à ses débuts, n'en a pas moins fait ses preuves et ne demande qu'à assister l'interniste dans son rôle difficile à la seule condition toutefois que l'on veuille bien lui accorder une confiance éclairée et raisonnée et ne pas lui demander plus qu'elle ne peut donner.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

L'interprétation intelligente des données de la chimie pathologique repose sur des notions fondamentales d'anatomo-histologie et de physiologie de l'organe que l'on se propose d'explorer.

Anatomie. Au point de vue physiologique, l'anatomie de l'estomac comprend trois régions non rigoureusement délimitées les unes par rapport aux autres. La région du cardia est constituée par un mince anneau de glandes à mucus prolongeant le sphincter sur une longueur de 5 à 30 mm. La région fundique, comprenant la grosse tubérosité, s'étend de la zone du cardia jusqu'au tiers inférieur de l'estomac. C'est dans cette région que l'on trouve les glandes de l'estomac proprement dites qui assurent la sécrétion de l'acide chlorhydrique et des enzymes gastriques. Enfin, la région pylorique occupe le tiers distal de l'estomac et se prolonge au sein même du pylore.

Histologie. Quatre groupes de substances concourent à la composition du suc gastrique

de l'estomac normal; ce sont: 1) l'acide chlorhydrique sous toutes ses formes, 2) les enzymes: rennine, lipase et surtout la pepsine, 3) le mucus, 4) les autres constituants, tels que les acides aminés, l'histamine, l'urée, l'ammoniac, les sels inorganiques, particulièrement les ions chlore. On sait que l'acide chlorhydrique est sécrété au niveau de la région fundique de l'estomac par les cellules pariétales du corps des glandes tubuliformes. Les mêmes cellules assurent probablement la production de la rennine et de la peu importante lipase du suc gastrique (4). Les autres cellules de cette région, les cellules principales ou zymogènes sécrètent la pepsine. Le mucus est sécrété à la fois au niveau de la région fundique par les cellules du col de la glande et par les cellules des régions pylorique, œsophagienne et du cardia (15).

Physiologie. Depuis les travaux de Ivy (13), on admet généralement que la sécrétion gastrique se fait en trois phases. La phase céphalique est constituée par une sécrétion réflexe de suc gastrique conditionnée par l'acte de la mastication chez un individu ou un animal qui a bon appétit. Parvenu à l'estomac, le bol alimentaire déclenche la seconde phase ou phase gastrique qui est due aussi bien à une distension mécanique qu'à une stimulation chimique. Enfin, on attribue à l'absorption et au transport humoral de produits chimiques qui agissent spécifiquement sur les glandes de l'estomac la dernière phase de la sécrétion gastrique, la phase intestinale. Les stimuli tant mécaniques que chimiques sont à l'origine de plusieurs mécanismes physiologiques que nous n'avons pas à étudier ici; qu'il suffise de dire que l'ensemble de tous les phénomènes physiologiques produisent ce qu'Ivy a appelé plus ou moins justement, mais avec beaucoup d'élégance, « l'état digestif du sang » (10).

La sécrétion gastrique normale peut être modifiée qualitativement aussi bien que quantitativement par l'ingestion de substances alimentaires ou médicamenteuses (8). Ainsi, par l'entremise du vague, l'insuline à dose légèrement hypoglycémisante excite la sécrétion gastrique totale et favorise surtout la formation d'acide chlorhydrique; la nicotine et la pilocarpine augmentent considérablement la quantité de suc gastrique, l'alcool en augmente et le volume et l'acidité. Par ailleurs, plusieurs médicaments, dont l'atropine, dépriment la fonction sécrétoire de l'estomac. Nombre d'aliments influencent d'une façon assez spécifique la sécrétion stomacale. La viande, par exemple, produit un suc particulièrement acide et pauvre en pepsine, le pain a une influence exactement contraire. Le lait favorise la sécrétion d'un suc modérément acide et faible en pepsine. Les graisses amoindrissent considérablement l'activité peptique.

CONTENU GASTRIQUE (1, 8)

L'estomac normal au repos renferme une certaine quantité de liquide que l'on est convenu d'appeler le « contenu gastrique. »

Quantité. Chez l'individu normal, à jeun, on recueille de 20 à 100 cc de liquide gastrique. Un chiffre supérieur à 100 cc signifie le plus souvent soit de l'hypersécrétion, de la rétention ou un reflux venant du duodénum. Le diagnostic différentiel de ces états sera fourni par la recherche de particules alimentaires dans les cas de rétention, par la présence d'une quantité exagérée de bile ou d'enzymes duodénales dans les reflux, enfin, l'absence de ces éléments diagnostiques impliquera une simple hypersécrétion d'un contenu gastrique essentiellement normal.

Couleur. Le suc gastrique de sécrétion récente est incolore. Toutefois, dans environ la moitié des cas, le contenu gastrique est jaune ou même légèrement verdâtre. Cette coloration est due à un reflux de bile provoqué ou non par le tubage, ou encore à la présence de certains microorganismes chromogènes; il n'y a pas lieu d'y voir un phénomène pathologique. Cepen-

dant, lorsque la quantité de bile est sensiblement augmentée, il faut évidemment penser à une obstruction ou à une stase intestinale. Les colorations rouge, brune ou noire, nous le verrons plus loin, indiquent la présence de sang.

Odeur (1). Le suc gastrique n'a normalement pas d'odeur bien marquée. Une odeur piquante est due à l'acide acétique, une senteur rance à l'acide butyrique; l'hyperchlorhydrie s'accompagne quelquefois d'une production exagérée d'acide acétique, tandis que l'acide butyrique est fréquemment formé à la faveur de l'hypochlorhydrie. Les odeurs de putréfaction sont presque toujours associées à un liquide de stase, le plus souvent d'origine néoplasique.

Consistance. Le contenu gastrique normal est très légèrement visqueux, ne contient pas de particules alimentaires et très peu des sécrétions mucosides du nasopharynx. L'augmentation des sédiments accompagne généralement la rétention, tandis que l'inflammation catarrhale de l'estomac donne un mucus abondant.

Sang. La recherche du sang se fait par l'épreuve à la benzidine; cette méthode est sensible à de très faibles traces de sang. On constate quelquefois dans le contenu gastrique des stries de sang clair qui sont le plus souvent causées par un traumatisme produit par le passage du gastroscopie dans les voies digestives supérieures. A l'exception de cette cause accidentelle, la présence de sang dans le contenu gastrique est toujours d'ordre pathologique; le sang aura une coloration plus ou moins foncée selon que l'hémorragie sera plus ou moins récente. Par exemple, le liquide « marc de café », que l'on constate dans les cancers d'estomac, est dû à un sang qui a stagné et coagulé sur place. Les néoplasmes gastriques ne sont pas les seules causes d'hémorragies gastriques; les ulcères, les varices, plusieurs dyscrasies sanguines, certaines gastrites sont autant d'autres facteurs étiologiques.

Cytologie gastrique. Il est une importante question qui, à proprement parler, n'entre pas dans le cadre de cette présentation mais sur laquelle on nous permettra un mot. Il y a moins

de dix ans, Papanicolaou et ses collaborateurs (19) préconisaient la recherche des cellules néoplasiques sur un frottis de suc gastrique. La technique employée alors n'était pas entièrement satisfaisante et, bien qu'améliorée depuis, laisse encore à désirer (10). Cependant le cyto-diagnostic du cancer, autant en gastro-entérologie qu'en gynécologie ou qu'en d'autres spécialités, mérite qu'on s'y intéresse, car, dans bien des cas, la recherche des cellules néoplasiques permet de faire un diagnostic précoce du cancer. Si le frottis est positif, il est presque certain qu'il s'agit d'un cancer puisque Graham et ses collaborateurs (11) ont trouvé, dans leurs statistiques, seulement 4% de malades faussement positifs. Si, au contraire, le frottis est négatif, le néoplasme ne doit pas être éliminé car environ le tiers des épithéliomas, toujours d'après Graham, donnent un frottis faussement négatif avec la technique employée de nos jours.

Enzymes. A toutes fins pratiques, on recherche la présence de deux enzymes dans le contenu gastrique: la rennine et surtout l'enzyme protéolytique pepsine. Dans certaines maladies, l'anémie pernicieuse par exemple, le suc gastrique ne contient ni enzymes, ni acide chlorhydrique. L'absence de ces deux facteurs constitue l'*achylie*; s'il n'y a pas eu stimulation gastrique par une dose adéquate d'histamine, l'*achylie* n'est qu'apparente; si, au contraire, il y eut stimulation satisfaisante, on a ce qu'on est convenu d'appeler l'*achylie vraie*. L'*achylie gastrique vraie* serait l'absence complète, si tant est qu'elle existe, de suc gastrique dans l'estomac (6).

Acides organiques. La recherche des acides organiques dans le contenu gastrique n'a que peu d'importance clinique. On croit généralement que la formation des acides gras est en quelque sorte proportionnelle à la stagnation alimentaire dans l'estomac; on a également remarqué que l'hypochlorhydrie favorise la production des acides organiques. En conséquence, si on trouve à la fois de l'hypochlorhydrie, de la stagnation gastrique et un taux

exagéré d'acides gras dans l'estomac, on a lieu de soupçonner le néoplasme.

Acidité totale-Acidité libre (4, 8). Normalement on trouve dans l'estomac de l'acide chlorhydrique sous deux formes: 1) l'*acide combiné*, c'est-à-dire cette faible quantité d'HCl lié aux protéines alimentaires et au mucus que le reflux duodénal tend à neutraliser (cette donnée est cliniquement peu importante), 2) l'*acide libre* qui est beaucoup plus abondant. L'*acidité totale* est la somme de l'acide chlorhydrique combiné et libre, plus tous les autres constituants acides du contenu gastrique. On exprime les résultats de ces différentes acidités en unités cliniques ou en degrés, c'est-à-dire le nombre de cc de NaOH 0.1N. nécessaire à neutraliser 100 cc de suc gastrique. Dans certains milieux, on préfère exprimer les résultats en grammes pour cent ou (à l'Hôtel-Dieu) en grammes au litre (il suffit de multiplier le nombre d'unités cliniques par le facteur 0.00365 et de ramener au litre). Les normalités sont les suivantes:

Unités cliniques	gm. d'HCl%	gm. d'HCl au litre
Acidité totale: 10 à 50	0.0365 à 0.1825	0.365 à 1.825
HCl libre: 0 à 30	0 à 0.1095	0 à 1.095

N.B. Cantarow et Trumper (8) font remarquer qu'il y a rarement de l'HCl libre lorsque l'acidité totale est inférieure à 10 unités cliniques.

Le mécanisme de production de l'acide chlorhydrique n'est pas connu. Plusieurs théories ont été mises de l'avant et la plus généralement acceptée est celle de Davenport (9); pour cet auteur, il s'agit d'un «chloride shift» à rebours.

ANALYSES GASTRIQUES FRACTIONNÉES (4, 8)

L'exploration chimique de l'estomac n'aura vraiment de valeur qu'en autant que les repas d'épreuves ou l'administration de substances stimulantes seront employés. Parmi les repas qui, d'une façon générale, tendent à perdre de l'importance, le mieux connu et le plus employé est certes le repas d'*Ewald* (2 tranches de pain sec, soit environ 35 gm. et

250 cc ou 8 onces de thé faible sans sucre, ni lait, ni crème). Le repas d'Ewald stimule modérément la sécrétion totale de l'estomac. On a préconisé l'emploi de plusieurs autres repas dont les moins ignorés sont peut-être le repas de Boas (400 cc de gruau), le repas d'alcool (50 cc d'une solution d'alcool à 7%), le repas fictif de Carnot (le malade mastique la nourriture sans l'avaler).

Aujourd'hui, cependant, on a tendance à considérer que l'épreuve à l'histamine est le seul test pouvant donner des résultats fiables. Portis (19) suggère que pour la majorité des malades chez qui on recherche l'acide chlorhydrique libre, on devrait commencer par le repas d'Ewald et seulement, si cette méthode ne donne pas d'HCl libre, recourir alors à l'épreuve à l'histamine. Cette façon de procéder éviterait à plusieurs malades les malaises inhérents à l'administration d'histamine. Qu'on veuille bien nous permettre de rappeler la technique de l'épreuve histaminique (19). Le malade doit être au repos et à jeun tout comme pour l'évaluation d'un métabolisme basal. On passe un tube de Levine ou de Rehffuss dont l'extrémité distale doit reposer au niveau de la partie déclive de l'estomac; on le maintient en place à l'aide de diachylons. Le malade doit être averti à plusieurs reprises de ne pas avaler sa salive; on lui fournit un haricot et on l'encourage à expectorer. Dès que le tube est en place, on aspire le contenu gastrique avec une seringue appropriée de 50 cc. Toutes les dix minutes, à deux ou trois reprises, on recueille la sécrétion de l'estomac à jeun. Lorsqu'il y a peu ou plus de sécrétions, on fait une injection sous-cutanée de chlorhydrate d'histamine à raison de 0.01 mg. par kilo de poids. Cette dose semble suffisante et ne produit généralement pas d'autres ennuis qu'une réaction locale plus ou moins importante et des bouffées de chaleur. Une fois l'injection faite, on aspire le contenu gastrique après chacune de cinq ou six périodes de dix minutes.

Rivers et ses collaborateurs (20) ont préconisé un *double test à l'histamine* qui consiste à injecter, à intervalle déterminé, deux doses

semblables d'histamine. Chez l'ulcéreux, la courbe d'acidité se maintient constamment élevée, tandis que chez l'individu normal, l'acidité tend à revenir à la normale dans l'intervalle des deux injections.

En 1939, Babkin (3) préconisa l'emploi de l'épreuve à l'insuline. Chez un individu à jeun qui a une glycémie normale on injecte douze à vingt unités d'insuline cristallisée de façon à produire une légère hypoglycémie qui stimule le vague; on recueille le produit de sécrétion, résultat d'une action exclusivement vaguale. On peut donc ainsi évaluer le rôle du vague dans l'hyperchlorhydrie des ulcéreux, de plus, chez les vagotomisés, on peut, au moins théoriquement, contrôler la valeur de l'intervention chirurgicale.

Toutes ces épreuves dont on se sert pour mettre en évidence la présence de l'acide chlorhydrique peuvent être faussées par un reflux probablement normal du contenu alcalin du duodénum dans l'estomac.

Pour obvier à cet inconvénient, on a suggéré de faire le dosage des chlorures gastriques (8). Cette technique donnerait une idée plus exacte de l'activité sécrétoire de l'estomac puisqu'elle dose le chlore sous toutes ses formes, c'est-à-dire l'HCl libre, l'HCl combiné et les sels de l'acide chlorhydrique qui ont une réaction neutre au tournesol. La recherche des chlorures est particulièrement précieuse pour différencier la vraie achlorhydrie de la fausse. Dans la vraie achlorhydrie on ne trouve pas, après stimulation histaminique, d'HCl libre et la courbe des chlorures est basse; dans la fausse achlorhydrie, la sécrétion normale d'acide chlorhydrique est neutralisée et ne peut donner d'HCl libre, mais par contre, la courbe des chlorures est normale. Après injection d'histamine, les chlorures gastriques, exprimés en ions chlore, peuvent atteindre un maximum de 600 mg. par 100 cc du contenu gastrique ou 172 m. Eg. au litre. La teneur en chlorure gastrique varie beaucoup moins que celle de l'HCl; en effet, la normale pour les chlorures de l'estomac oscille entre 0.5 à 0.6 gm. de Cl%.

HYPOCHLORHYDRIE ET ACHLORHYDRIE

On sait que l'achlorhydrie est plus fréquente chez les vieillards que chez les jeunes; l'achlorhydrie est extrêmement rare chez les enfants (moins de 2%) (6). Les deux sexes sont à peu près également susceptibles d'achlorhydrie.

Il est intéressant de constater que Bockus et ses collaborateurs (6) ont trouvé un taux de 5.7% d'achlorhydrie parmi 1,075 patients se présentant à leur clinique à cause d'un syndrome digestif quelconque.

Causes (6). La majorité des auteurs insistent sur le fait que l'achlorhydrie n'est pas toujours due à une atrophie de la muqueuse gastrique; dans bien des cas, il y aurait un facteur héréditaire important. Ainsi, on a prétendu, sans toutefois le démontrer bien clairement, que lorsque l'achlorhydrie est familiale, on retrouvait, parmi les membres de la famille, tantôt de l'anémie pernicieuse, tantôt des néoplasies de l'estomac, bref tous les états pathologiques généralement associés à une déficience d'HCl.

On ne connaît pas encore la cause exacte de l'achlorhydrie; pour les uns il s'agirait d'un simple processus d'usure gastrique, pour les autres l'achlorhydrie serait due aux nombreux traumatismes infligés à la muqueuse gastrique au cours de la vie d'un individu. Schindler, Palmer et leurs collaborateurs (22) ont relevé des signes d'inflammation gastrique chez tous moins cinq de cent vingt malades présentant de l'achlorhydrie.

Syndrome de l'achlorhydrie. La plupart, des auteurs admettent l'existence d'un syndrome clinique associé à l'achlorhydrie. Une déficience d'HCl peut produire une diarrhée (« diarrhée gastrogène » d'Einhorn) qui ne s'accompagne pas de crampes intestinales ni d'émission de mucus. Cette diarrhée gastrogène se rencontre fréquemment à la suite des interventions chirurgicales pratiquées sur l'estomac ou le vague. Les autres principaux symptômes d'achlorhydrie sont la flatulence postprandiale, la dyspepsie qui souvent ressemble à s'y méprendre à celle que l'on ren-

contre dans l'ulcère d'estomac, et le nervosisme. L'achlorhydrie serait responsable de bon nombre d'infections chroniques des voies respiratoires supérieures; on connaît en effet le pouvoir bactéricide de l'acide chlorhydrique. L'administration per os d'HCl fait quelquefois rapidement disparaître le syndrome.

Certains auteurs, dont Brummer (7) des pays scandinaves et Palmer (18) de Chicago, nient l'existence d'un syndrome clinique associé à l'achlorhydrie. Brummer est très catégorique et affirme que la dyspepsie et la tendance à la diarrhée ne sont pas plus fréquentes dans l'achlorhydrie que dans d'autres états pathologiques. L'auteur scandinave va jusqu'à écrire que les résultats thérapeutiques que l'on prétend obtenir avec l'administration d'HCl ne prouve pas que l'acide soit nécessaire à la digestion, parce que les doses employées n'ont pas d'effets sur les réactions du contenu gastrique. Ainsi, conclut Brummer, l'achlorhydrie n'a pas grande importance dans la digestion et dans les troubles de la digestion. Palmer et ses collaborateurs endossent sans réserve cette façon de voir.

Nous croyons que, pour le moment, il faille adopter une ligne de conduite qui soit intermédiaire entre l'opinion intransigeante de Brummer et de Palmer, et les vues de ceux qui accordent trop d'importance au syndrome clinique de l'achlorhydrie.

Etats pathologiques associés à l'achlorhydrie ou à l'hypochlorhydrie.

Plusieurs états pathologiques s'accompagnent d'hypo ou d'achlorhydrie. Ici encore, il ne faut pas être trop absolu et ne pas éliminer, par exemple, le néoplasme de l'estomac parce que l'on retrouve de l'HCl libre à l'occasion d'un chimisme gastrique. La statistique de Bockus et de ses collaborateurs (6) révèle que 50% des malades souffrant d'un cancer d'estomac ont de l'HCl libre dans leur contenu gastrique lorsqu'ils sont vus pour la première fois. L'achlorhydrie et l'hypochlorhydrie ne sont pathogénomiques d'aucune maladie à l'exception peut-être de l'anémie pernicieuse. Cependant, nous estimons que le malade pré-

sentant de l'achlorhydrie doit être très minutieusement étudié, et on devrait, dans la plupart des cas, pouvoir expliquer le symptôme.

Il est utile de se rappeler que certains états pathologiques tendent à donner de l'hypochlorhydrie ou de l'achlorhydrie franche. La plus importante de ces maladies est certes l'épithélioma de l'estomac qui n'est pas incompatible, retenons-le, avec la présence d'acide chlorhydrique libre dans le contenu gastrique. Toutefois, l'absence d'HCl libre après stimulation histaminique suggère fortement le néoplasme gastrique; on a en effet constaté qu'environ 40% des cancers d'estomac s'accompagnent d'achlorhydrie vraie (24). Par tous les procédés de diagnostic mis à notre disposition aujourd'hui, il est encore impossible, dans au moins 10% des cas, de faire le diagnostic différentiel entre ulcus et cancer de l'estomac (24).

L'hypochlorhydrie ou l'achlorhydrie accompagne souvent, en outre, les gastrites spécifiques (bacillaires ou syphilitiques), les différentes variétés d'arthrite, le diabète, la néphrite chronique. On a remarqué que les néphritiques aussi bien que les diabétiques souffrent rarement d'ulcus; nous y voyons un autre argument en faveur de ceux qui affirment que l'acide chlorhydrique est un facteur essentiel à la pathogénie de l'ulcus. Certaines affections dermatologiques de même que plusieurs maladies carencielles favorisent l'hypo ou l'achlorhydrie. On rencontre l'hypo ou l'achlorhydrie dans presque toutes les anémies, mais particulièrement et d'une façon presque constante dans deux variétés bien connues. L'anémie microcytaire anacide de Faber serait consécutive à une gastrite chronique; d'ailleurs les auteurs s'entendent pour attribuer à une déficience gastrique quelconque presque toutes les anémies hypochromes simples. L'achlorhydrie est un des principaux symptômes de l'anémie pernicieuse, on sait également qu'il arrive assez souvent de rencontrer une dégénérescence sub-aiguë combinée de la moelle associée à de l'achlorhydrie avant même que l'anémie soit présente. Enfin, il y a tendance à l'achlorhydrie dans l'hyperthyroïdie, l'insuffisance

adrénal'enne, et la plupart des maladies fébriles ou cachectisantes.

Hypo ou achlorhydrie post gastrectomique.

La gastrectomie ou la gastro-entérostomie pratiquée chez les ulcéreux donne rarement lieu à de l'achlorhydrie vraie mais plutôt à une achlorhydrie apparente ou à de l'hypochlorhydrie. Si, à la suite des gastrectomies dites totales, on rencontre rarement l'anémie pernicieuse, c'est que l'intervention n'est jamais aussi radicale que son appellation le laisse supposer et ce qui reste d'estomac produit encore le facteur intrinsèque de Castle (21). Toutefois, à la suite d'une gastrectomie partielle suivie d'une double vagotomie, on remarque une diminution très appréciable d'HCl libre et même une achlorhydrie complète (15). L'absence d'HCl peut n'être que passagère puisque, expérimentalement chez le chien, on a trouvé que la section du vague associée à la gastrectomie produisait une achlorhydrie temporaire de 6 mois à 1 an (22).

Pronostic de l'hypo et de l'achlorhydrie.

Nous estimons que le chimisme gastrique n'a une valeur pronostique qu'en autant que la sécrétion gastrique proprement dite est concernée et ne constitue pas un élément pronostique au cours des maladies généralement associées à une déficience de sécrétion d'HCl. Selon Bockus et ses collaborateurs (6), une absence d'acide chlorhydrique et de rennine dans l'estomac deux heures après l'injection suffisante d'histamine indique généralement une suppression complète et permanente de la fonction sécrétoire de l'estomac. Au contraire, lorsqu'il y a sécrétion d'enzymes ou d'HCl à la suite d'une stimulation histaminique, la fonction sécrétoire peut être améliorée pourvu que les facteurs responsables de l'achylie apparente ou de l'hypochlorhydrie puissent être éliminés. Il est bon de se souvenir que l'achlorhydrie augmente la susceptibilité d'un malade envers certains états pathologiques tels que les anémies par manque de fer et peut-être de l'anémie macrocytaire, le néoplasme de l'estomac et la sclérose postéro-latérale.

Traitement de l'hypo ou de l'achlorhydrie. Si, pour une raison ou une autre, on envisage une thérapeutique de substitution, on prescrit de 2 à 4 cc, plus rarement 8 cc d'une solution d'HCl diluée (U.S.P.); il y a avantage à faire prendre cette médication au milieu du repas.

HYPERACIDITÉ GASTRIQUE (6, 19)

Lorsqu'on envisage le problème de l'hyperacidité gastrique, il faut insister, croyons-nous sur le fait que l'acidité du suc gastrique ne peut expliquer d'une façon adéquate et ne doit pas désigner le syndrome clinique caractérisé par une sensation de plénitude gastrique, de gaz et de brûlements épigastriques souvent associés à des éructations et même à du pyrosis. On a cru longtemps que, parce que l'acide brûle, les brûlements d'estomac sont dus à une trop grande quantité d'acide dans l'estomac. Pour se convaincre de l'inexactitude de ce concept populaire, il suffit de se rappeler que les brûlements d'estomac se rencontrent dans une foule d'états pathologiques dont l'achlorhydrie. On a maintenant démontré que la sensation de brûlement épigastrique est due à une perturbation de la fonction motrice de l'œsophage inférieur, de l'estomac ou du duodénum, et n'a aucune relation avec le degré d'acidité de l'estomac ou de l'œsophage. Les travaux de Bloomfield (5) à ce sujet sont concluants.

Le terme d'hyperacidité gastrique devrait être réservé, jusqu'à preuve contraire, à ce groupe de malades à jeun chez qui l'on trouve dans le suc gastrique, à la suite d'un repas d'épreuve ou d'une stimulation histaminique, un chiffre, en unités cliniques, supérieur à celui que l'on trouve chez les individus normaux placés dans les mêmes conditions. C'est ce genre d'hyperacidité que l'on rencontre chez les malades souffrant d'ulcères peptiques, moins souvent chez ceux qui souffrent de cholélithiase, de cholécystite et quelquefois chez ceux qui abusent du tabac (14).

L'hyperchlorhydrie est très fréquente mais non constante dans l'ulcus. Welch (24) prétend que 90% des malades souffrant d'ulcère bénin de l'estomac présentent de l'acide chlor-

hydrique libre. Selon Palmer et ses collaborateurs (17), l'ulcère peptique est toujours associé à une sécrétion gastrique acide et l'achlorhydrie se prolongeant au moins trois mois produit, dans tous les cas, guérison complète de l'ulcère. La grande majorité des gastroentérologues partagent les idées du groupe Palmer. Toutefois, ils s'en trouvent de moins catégoriques; ainsi, tout récemment, Appleby (2) rapportait, dans le "Journal of the International College of Surgeons", le cas de 37 malades âgés de 22 à 69 ans présentant de l'achlorhydrie malgré le fait que 23 d'entre eux souffraient d'ulcère de l'estomac et 9 d'ulcus duodénal.

INFLUENCE DE L'HCl SUR L'ÉQUILIBRE ACIDE-BASE (4)

L'acide chlorhydrique dans les conditions normales influence peu l'équilibre acide-base. Chez l'individu normal, à la suite d'un repas, il y a une poussée alcaline (*alkaline tide*) qui est attribuée à une diminution de la teneur du suc gastrique en HCl. Plus tard, au cours du processus digestif, il y a une poussée acide (*acid tide*) qui correspond à une neutralisation du suc pancréatique fortement alcalin. Ces phénomènes de physiologie normale ont cliniquement très peu d'importance. Toutefois, il n'en est évidemment pas de même chez le malade qui vomit. La perte importante de suc gastrique à l'occasion des vomissements causés, par exemple, par une obstruction pylorique ou intestinale, entraîne une perturbation de l'équilibre acide-base; on assistera alors à une chute des chlorures sanguins qui aura tôt fait de produire l'alcalose et, secondairement, la déshydratation et une augmentation de l'azote non protéinique. Incidemment, nous aimerions insister sur le fait que l'on peut et doit pratiquer sur les vomissements les mêmes recherches que sur le contenu gastrique; les résultats obtenus peuvent, dans bien des cas, être très précieux (8).

ACTIVITÉ PEPTIQUE (8).

La recherche de la pepsine et des autres enzymes normalement présents dans le suc gastrique tranche le diagnostic différentiel entre

l'achylie et l'achlorhydrie; on se souvient qu'il y a achylie lorsqu'il y a absence et d'HCl et d'enzymes gastriques. Plusieurs auteurs ne veulent pas admettre un diagnostic d'anémie pernicieuse à moins de constater de l'achylie vraie. Le syndrome neuro-anémique et l'anémie secondaire sont souvent accompagnés d'achylie.

EVACUATION GASTRIQUE (8).

A la suite d'un repas d'épreuve, l'estomac normal se vide en deux ou trois heures environ. On considère qu'il y a rétention lorsque, sept heures après l'ingestion alimentaire, l'estomac n'est pas complètement évacué (23). On évalue facilement la vitesse de l'évacuation stomacale en aspirant le contenu gastrique et en constatant ou non la présence d'un résidu alimentaire. On a vu plus haut que le cancer de l'estomac est l'une des principales causes de rétention gastrique.

Conclusion et résumé

Nous nous sommes proposés, au cours de ce travail, de mettre en valeur les méthodes d'exploration biochimique de la fonction gastrique; nous avons cru bon d'insister sur le fait que les données de la chimie pathologique doivent toujours être interprétées en fonction des sciences de base et, pour employer une expression bien connue dans notre hôpital, restent toujours soumises à la clinique.

Le contenu gastrique, avons-nous vu, doit être d'abord examiné macroscopiquement avant que d'y faire la recherche du sang, des enzymes et des acides organiques. Nous avons cru bon de dire un mot de l'importance et de la valeur relative du cyto-diagnostic du cancer en gastro-entérologie. Nous nous sommes arrêtés plus longuement sur les résultats fournis par la recherche des enzymes et plus particulièrement des acides inorganiques du contenu gastrique. Nous avons vu que les différents repas d'épreuve perdent de leur popularité et sont graduellement remplacés par le test à l'histamine dont nous avons donné une technique, et en certains cas par le test à l'insuline. Nous avons fait écho à la suggestion de cer-

tains auteurs américains qui préconisent l'emploi du test à l'histamine seulement si le repas d'Ewald ne donne pas d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac. La recherche des chlorures du contenu gastrique a, pour quelques gastro-entérologues, plus de valeur que le dosage de l'acide chlorhydrique qui est souvent faussé par plusieurs facteurs dont le principal semble être le reflux normal du duodénum dans l'estomac. Plusieurs états pathologiques dont l'anémie, en particulier celle du type pernicieux, et à un degré moindre, le néoplasme de l'estomac s'associent à de l'hypo ou à de l'achlorhydrie. L'hyperchlorhydrie, au contraire, accompagne fréquemment l'ulcus. Pour la majorité des auteurs et à notre humble avis, l'achlorhydrie donne quelquefois lieu à un syndrome digestif assez bien caractérisé; cette entité clinique est cependant loin d'être admise par tous les gastro-entérologues. Nous avons dit un mot de l'inexactitude du concept populaire de l'hyperacidité de l'estomac; la sensation de plénitude gastrique, de brûlements épigastriques et de pyrosis n'est pas due à un haut degré d'acidité stomacale, mais à une perturbation de la motricité de l'œsophage inférieur, de l'estomac ou du duodénum.

Nous aimerions bien, en terminant et pour résumer d'une façon succincte, écrire que le chimisme gastrique est indispensable à l'établissement de plusieurs diagnostics gastro-entérologiques ou autres. Nous ne le pouvons pas. Il nous faut bien admettre que l'examen chimique du contenu gastrique n'a qu'une valeur clinique bien limitée. En effet, s'il nous est précieux dans l'anémie pernicieuse, dans l'ulcus et, à un degré moindre, dans le cancer de l'estomac, les résultats obtenus dans les autres états pathologiques sont très aléatoires et, par conséquent, de peu d'utilité. Le plus souvent, la constatation d'une modification biochimique du contenu gastrique doit attirer l'attention du clinicien, le mettre sur ses gardes et l'encourager à pousser sans relâche ses recherches jusqu'à ce qu'il soit capable de poser un diagnostic compatible avec les données du chimisme gastrique. Le chimisme gastrique

ne doit pas, croyons-nous, être un procédé de routine en médecine interne; on doit l'employer occasionnellement d'une façon judicieuse ou, plus souvent, à titre expérimental, car il se peut que la médecine clinique expérimentale parvienne un jour à lui donner une importance qu'il n'a certes pas aujourd'hui.

Nous remercions les docteurs Gaston Gosselin, chef des laboratoires, et Paul Letendre, gastro-entérologue à l'Hôtel-Dieu, de leur collaboration à la préparation de ce travail.

B I B L I O G R A P H I E

1. AGASSE-LAFONT, E.: *Les Applications Pratiques du Laboratoire à la Clinique*. 5e édition, 1945. Vigot Frères, Paris.
2. APPLEBY, L. H.: *Journ. of Int. Coll. of Surg.*, **11**: 443 (sept.) 1948.
3. BABKIN, B. P.: *Am. Journ. of Digest. Dis.*, **5**: 753 (jan.) 1939.
4. BEST, C. H. & TAYLOR, N. B.: *Physiological Basis of Medical Practice*, 4e édition, 1945. The Williams & Wilkins Company, Baltimore.
5. BLOOMFIELD, A. L.: *Am. Journ. of Digest. Dis.*, **6**: 700, 1939.
6. BOCKUS, H. L.: *Gastro-Enterology*. 1ère édition, 1944. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
7. BRUMMER, cité par PALMER, W. L. et Al. *Arch. of Int. Med.*, **81**: (avril) 1948.
8. CANTAROW, A.; TRUMPER, M. *Clinical Biochemistry*. 3e édition, 1945. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
9. DAVENPORT, H. W.: *Am. Journ. of Physiol.*, **128**: 725, 1939.
10. FREMONT-SMITH, M.; GRAHAM, R. M.; MEIGS, O.: *J.A.M.A.*, **138**: 496 (oct. 16) 1948.
11. GRAHAM, R. M. et Al. *Surg. Gyn. & Obst.*, **86**: 257, 1948.
12. HAWK, P. B.; OSER, B. L.; SUMMERSON, W. H. *Practical Physiological Chemistry*. 12e édition, 1947. The Blakiston Co., Toronto.
13. IVY, A. C.: *Surgery.*, **10**: 861, 1941.
14. KOLMER, J. A.: *Clinical Diagnosis by Laboratory Examinations*. 1ère édition, 1944. D. Appleton-Century Co., New York.
15. MAXIMOW, A. A.; BLOOM, W.: *A Textbook of Histology*. 4e édition, 1942. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
16. McCARTHY.: *Proc. Staff Meetings Mayo Clin.*, **21**: 142 (3 avril) 1946.
17. PALMER, W. L. et Al.: *Arch. of Int. Med.*, **81**: 546 (avril) 1948.
18. PALMER, W. L.; RICKETTS, W. E. et Al. *Am. of Int. Med.*, **30**: 24 (jan.) 1949.
19. PORTIS, S. A.: *Diseases of the Digestive System*. 2e édition, 1944. Lea & Febiger, Philadelphia.
20. RIVERS, A. B. et Al.: *A. Journ. of Digest. Dis.*, **3**: 12, 1937.
21. SAMSON-WRIGHT.: *Applied Physiology*. 8e édition, 1945. Oxford University Press, Toronto.
22. SCHINDLER, R. et Al.: *Arch. of Int. Med.*, **66**: 1060 (nov.) 1940.
23. WARKENTIN, J.; LANGE, J. D.: *Physicians Handbook*. 5ième édition, 1948. University Medical Publishers, Palo Alto, California.
24. WELCH, C. E.; ALLEN, A. W.: *New Eng. Journ. of Med.*, **240**: 277 (fév. 24) 1949.
25. WIGGERS, C. J.: *Physiology in Health and Disease*. 4e édition, Léa & Febiger, Philadelphia.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE MÉCANISME DE L'ICTÈRE ET UNE EXPLICATION DE SA PRÉSENCE ET DE SON ABSENCE

Jean N. DAMBASSIS (Montréal).

INTRODUCTION

L'ictère est l'expression d'une concentration anormale de bilirubine dans les liquides humoraux, vue par la teinte des téguments, d'un degré léger ou foncé.

Aucun doute que les nombreux travaux expérimentaux, classifications et théories de l'ictère, basées sur les progrès de l'histophysiopathologie du foie et des organes hémopoïétiques, ont fait avancer nos connaissances actuelles et ont contribué à une meilleure compréhension de ce thème; mais, pourtant, le problème n'est pas encore résolu.

En outre, il y a un certain nombre d'atteintes hépatiques, prouvées par différentes épreuves fonctionnelles et par biopsie, sans jaunisse; comme, e.g., certains cas d'hépatite chronique (cirrhose) (25) (12) (23), hépatite infectieuse (dite sans jaunisse) (17 a et b), mononucléose infectieuse (1) (10) (3), maladie de Weil (forme anictérique) (4) (22), etc., dans lesquels la dysfonction du foie est évidente. Aucune explication du mécanisme dans ces phénomènes anictériques n'a été donnée jusqu'à présent.

Dans cet article, nous allons discuter brièvement de quelques explications déjà données du mécanisme de l'ictère et soumettre nos conceptions sur sa classification et sur la présence ou l'absence de ce syndrome.

DISCUSSION

Tous les efforts des travailleurs ont pour but de donner une solution diagnostique possible au problème de l'ictère.

Ainsi, Van Den Bergh (2), divise en: a) ictère mécanique dû à l'obstruction biliaire et b) ictère dynamique, dû à d'autres causes. La première dénomination explique seulement le

facteur étiologique, tandis que la seconde est plutôt vague.

La classification de McNee (21) en: a) ictère hépatique obstructif, b) ictère hépatique toxique et infectieux et c) ictère hémolytique, est utile cliniquement, mais le premier et le second types d'ictère sont pathogénétiquement les mêmes, i.e., parenchymateux; la différence entre eux dépendant de leurs facteurs étiologiques.

R'ch (20) classifie en: a) ictère par rétention, dû à une hyperproduction d'hémobilirubine et anoxémie et b) ictère par régurgitation, dû à un reflux d'hépatobilirubine causé par cholangiolyse. Il est vrai que la bilirubine du sérum est ou retenue ou régurgitée; mais, cette classification n'explique pas le mécanisme de l'ictère familial non-hémolytique et, en outre, elle devient obscure dans les cas de coexistence de la bilirubine retenue et régurgitée.

Fliessinger (9) divise en: a) ictère hémolytique, b) ictère hépatolytique, dû à une effraction de la travée cellulaire du lobule hépatique et c) ictère cholostatique, dû à une stase biliaire. Dans cette distinction des types d'ictère, les termes « hémolytique » — comme il arrive pour tous les auteurs qui l'emploient — et « cholostatique » expliquent l'étiologie et non pas la pathogénie et la jaunisse. En ce qui concerne le terme « hépatolytique », Fliessinger croit que l'effraction de la travée cellulaire (clivage) fait passer la bile des canalicules biliaires dans les sinusoides hématiques intralobulaires. Mais le revêtement canaliculaire est la cellule hépatique même (24) (16) et si la travée lobulaire est atteinte à un tel degré qu'une interruption de sa continuité propre se produise, la cellule hépatique, étant déjà nécrosée, ne contient plus de bilirubine à être

excrétée dans les sinusoides hématiques du lobule. Fiessinger lui-même admet « grande jaunisse, petite maladie », comme l'inverse peut être observé dans quelques cas anictériques de nécrose aiguë du foie (27) (19).

With (28) classifie en: a) ictère productif, dû à une hyperproduction de bilirubine, b) ictère rétentionnel, dû à une rétention de bilirubine dans la circulation sanguine et c) ictère lymphogène, dû à une fuite de bilirubine dans les espaces lymphatiques endolobulaires. Dans cette classification, le terme « productif » — comme celui déjà vieux d'ictère « catarrhal » — prête plus ou moins à confusion; cependant, le terme « lymphogène » couvre les conceptions modernes de la régurgitation de bile.

L'Ecole Française (11) distingue en: a) ictère hémolytique, b) ictère par hépatite et c) ictère par rétention, dû à une obstruction biliaire. Cette division peut être utile au point de vue clinique; mais, le terme « ictère par rétention », signifiant ictère dû à la rétention d'écoulement de bile, est apte à causer de la confusion avec le terme « rétention jaundice » des auteurs américains, qui signifie la rétention d'hémobilirubine.

Ducci (6) classifie en: a) ictère pré-hépatique; hémolytique et non-hémolytique, b) ictère hépatique; hépatocellulaire et hépatocanaliculaire et c) ictère post-hépatique; incomplètement obstructif et complètement obstructif. Cette classification anatomique simplifie quelque peu le thème de l'ictère; mais, le terme « hépatocellulaire » est le même que le terme « hépatocanaliculaire », parce que, comme nous l'avons déjà mentionné, la cellule hépatique même forme le canalicule. Le terme « ictère cholangiolitique » de Watson (26a) est plus exact, si nous nous rendons compte que l'obstacle cholangiolitique est situé aux ampoules biliaires post-lobulaires et au-delà, où nous pouvons trouver un revêtement épithélial tubulaire.

LES FACTEURS ICTÉRIGÈNES ET ANICTÉRIGÈNES. L'HYPOTHÈSE DES SURFACES FONCTIONNELLES SPÉCIFIQUES DE LA CELLULE HÉPATIQUE.

Pour expliquer la présence de l'ictère, nous admettons l'existence d'un facteur étiologique ictérigène et d'un trouble fonctionnel consécutif, comme nous admettons l'existence d'un facteur anictérigène dans certains cas d'atteinte hépatique définie sans ictère.

Encore d'après Watson (26b), nous avons à distinguer entre trois unités anatomo-fonctionnelles, i.e., l'unité réticuloendothéliale hépatique, l'unité de la cellule hépatique parenchymateuse et l'unité cholangiolitique. Cette dernière unité est importante et surtout aux points des ampoules biliaires post-lobulaires d'Eppinger (8) et des canaux de Hering (18) qui subissent tant la compression que l'atteinte morbide dans certains cas.

En outre, selon l'hypothèse d'Elton (7), la zone périphérique de la travée cellulaire du lobule hépatique est absorbative, tandis que la zone centrale est sécrétoire. En partant de cette théorie, nous considérons la travée cellulaire du lobule comme une unité dont les cellules sont en relation anatomo-fonctionnelle coopérante et réciproque, et la cellule hépatique comme ayant, théoriquement, quatre surfaces fonctionnelles spécifiques. La première surface, en relation avec le revêtement des sinusoides sanguins intra-lobulaires, exécute les échanges métaboliques: surface métabolique absorbative-sécrétoire. La seconde, en relation avec la cellule de V. Kupffer, qui existe peut-être dans quelques cellules de la travée, absorbe l'hémobilirubine: surface bilioabsorbative. L'hémobilirubine (bilirubine-globine), absorbée par la cellule hépatique, subit une conversion intracellulaire à l'hépatobilirubine, par libération de la molécule de globine. La troisième, faisant le revêtement des canalicules biliaires, excrète l'hépatobilirubine dans le canalicule biliaire: surface canaliculaire bilio-excrétoire. La bilirubine, contenue dans les canalicules, se trouve sous forme de bilirubinate de sodium, d'après Larson et al (13). La quatrième, en

relation avec les espaces intralobulaires lymphatiques, agit comme un mécanisme compensateur d'urgence en excréant l'hépatobilirubine dans ces espaces: surface lymphatique bilio-excrétoire. Les espaces lymphatiques intralobulaires, appelés espaces de Diesse (18), quoiqu'ils ne soient pas démontrés histologiquement, sont pourtant admissibles au moins comme potentiellement existants (16).

L'hémobilirubine (bilirubine-globine combinée), élaborée dans le filet réticuloendothélial systémique de l'hémoglobine des globules rouges, détruites ou extravasées, circule dans le courant sanguin et de là est saisie par la cellule de V. Kupffer. Il nous paraît probable que l'hémobilirubine ne passe pas à travers le revêtement endothélial indifférencié du sinussoïde intra-lobulaire, comme elle ne passe pas non plus à travers la capsule de Bowman des corpuscules de Maipighi. Au contraire, l'affinité de la cellule de V. Kupffer pour les colorants vitaux, comme il a été observé expérimentalement (14) (5) (16), est une indication supportant la conception que l'hémobilirubine est transmise à la cellule hépatique par la cellule de V. Kupffer. Que l'hémobilirubine est formée surtout par le filet réticuloendothélial systémique, cela a été démontré chez les animaux hépatectomisés (15) qui présentaient de la jaunisse à foie absent.

En cas de destruction anormale des globules rouges, le taux élevé d'hémobilirubine circulant bloque la cellule de V. Kupffer qui devient engorgée et incapable de supporter le fardeau surpassant son activité fonctionnelle. C'est ainsi que le trouble réticuloendothélial hépatique contribue à une rétention élevée d'hémobilirubine dans le sang, produisant ainsi l'ictère. Dans ces incidences de rétention d'hémobilirubine, le facteur ictérogène, que nous appelons hémolytique, agit directement sur les globules rouges et indirectement sur les cellules de V. Kupffer, en épuisant leur réserve fonctionnelle. Ainsi, ce premier type d'ictère peut être appelé, pathogéniquement, réticuloendothélial et, étiologiquement, hémolytique: ictère réticuloendothélial hémolytique.

Si le facteur hémolytique, seul ou avec un autre facteur, affecte, d'une manière concomitante ou secondaire, la cellule hépatique, nous pouvons avoir un type d'ictère mixte que nous appelons ictère réticulo-parenchymateux.

L'autre type d'ictère, l'ictère parenchymateux, présente des variétés qui dépendent des qualités des facteurs que nous allons qualifier.

Ainsi, lorsqu'un facteur ictérogène, que nous appelons constitutionnel, affecte la surface bilioabsorptive de la cellule hépatique, sa fonction est dérangée et elle n'absorbe pas la quantité normale d'hémobilirubine apportée à la cellule hépatique par la cellule de V. Kupffer, quoique les autres fonctions de la cellule hépatique ne soient pas altérées et que l'hémolyse ne soit pas présente. Alors, une rétention modérée d'hémobilirubine en résulte et une variété d'ictère se produit que nous appelons ictère parenchymateux constitutionnel. Dans cette variété d'ictère, une assertion spéculative d'une insuffisance de la cellule de V. Kupffer — et cet ictère devra donc être appelé réticuloendothélial constitutionnel — paraît être très difficile à exclure, parce que la preuve expérimentale manque.

Si un autre facteur ictérogène, que nous appelons hépatotique ou hépatitique (produisant une hépatose ou une hépatite), affecte la surface métabolique de même que la canaliculaire bilio-excrétoire de la cellule hépatique, les fonctions, remplies par ces surfaces, sont dérangées. La cellule hépatique devrait être engorgée de bile, à moins qu'un mécanisme d'urgence ne se mette en marche. Ce mécanisme divertit l'excrétion de l'hépatobilirubine dans les espaces lymphatiques intra-lobulaires à travers la surface lymphatique bilio-excrétoire de la cellule hépatique. Ainsi la bilirubine, transmise par les routes lymphatiques dans la circulation sanguine, produit une autre variété d'ictère que nous appelons ictère parenchymateux hépatotique ou hépatitique. Dans cette variété, l'atteinte de la surface métabolique de la cellule hépatique est manifestée par les épreuves positives de turbidité (thymol) et de

floculation (céphaline-cholesterol, thymol, or colloïdal), par la baisse du temps de prothrombine et par la diminution du taux de l'albumine serique (cette dernière, dans des cas prolongés et chroniques). Il n'y a pas de doute que la surface bilio-absorptive de la cellule hépatique participe, en cas d'urgence, à l'effort pour soulager le mécanisme bilio-excrétoire diverti et à éviter l'engorgement de bile de la cellule hépatique. Cette participation inhibitrice se voit dans des cas de maladies aiguës du foie où, avec la régurgitation d'hépatobilirubine, la rétention d'hémobilirubine est présente et dont la baisse est un signe de bon pronostic, indiquant le commencement du rétablissement fonctionnel de la cellule hépatique.

Si, encore, un autre facteur ictérogène, que nous appelons biliovasculaire, affecte les voies biliaires intra ou extra-hépatiques, il agit comme obstacle à l'écoulement de la bile et provoque une stase biliaire qui détermine une augmentation consécutive de la tension intracaniculaire. Il est évident que, dans ces circonstances, la fonction de la surface bilio-excrétoire de la cellule hépatique est dérangée et le mécanisme de la diversion compensatrice de l'excrétion de la bile à travers la surface lymphatique bilio-excrétoire intervient. Ainsi nous avons une autre variété d'ictère, que nous appelons parenchymateux biliovasculaire intra ou extra-hépatique. Cette variété, communément appelée « ictère par obstruction », est en réalité une variété d'ictère parenchymateux, car de la dysfonction bilio-excrétoire de la cellule hépatique résulte sa pathogénèse; la différence entre celui-ci et l'ictère hépatotique ou hépatitique étant que dans l'ictère d'étiologie biliovasculaire, on n'observe pas d'autre dysfonction primaire de la cellule hépatique, que celle de la surface bilio-excrétoire.

Mais, si un facteur hépatotique ou hépatitique, ordinairement secondaire, est présent, nous pouvons observer une autre variété mixte que nous appelons ictère parenchymateux bilio-vasculaire hépatotique ou hépatitique.

Il est important de souligner que les fac-

teurs ictérogènes peuvent être primaires ou secondaires, simples ou associés, monodynamiques ou polydynamiques. Lorsque, e.g., le facteur biliovasculaire est primaire, le facteur hépatotique ou hépatitique est, en général, secondaire et rarement concomitant. Encore, tandis que le facteur biliovasculaire est monodynamique, affectant seulement la fonction bilio-excrétoire de la cellule hépatique, le facteur hépatotique ou hépatitique est polydynamique, affectant tant la fonction bilio-excrétoire que métabolique et bilio-absorptive de la cellule hépatique.

Maintenant, prenons l'opposé.

La possibilité d'altérations définies de la cellule hépatique sans jaunisse, prouvées par des épreuves fonctionnelles et biopsie, est bien connue (17) (10) (3) (1) (4) (22) (25). Dans ces cas, le facteur hépatotique ou hépatitique est anictérogène et affecte seulement les fonctions métaboliques de la cellule hépatique (épreuves de turbidité et de floculation positives), sans toucher ses fonctions bilio-excrétoires.

Une question peut-être posée: le facteur anictérogène est-il une entité distincte du facteur ictérogène, ou les deux sont-ils des composants d'un même facteur? (Ainsi: le même cas de cirrhose hépatique durant son activité pourrait être ictérique pendant une certaine période et anictérique pendant une autre période, ou inversement). Ceci est d'un intérêt académique.

CRITIQUE

L'objection à nos idées pourrait être soutenue sur le point que les facteurs étiologiques sont arbitraires, et que les surfaces fonctionnelles de la cellule hépatique sont hypothétiques.

Encore, l'exclusion faite que le revêtement endothélial indifférencié des sinusoides absorbe l'hémobilirubine et sa comparaison avec la capsule de Bowman pourraient être contestées.

Néanmoins, la coordination étiologique, ou causale, et pathogénétique pour expliquer le

mécanisme de l'ictère, dans notre classification et nomenclature, pourrait être utile pour différencier le type ou la variété donnée d'ictère, de même que pour expliquer les instances de la dysfonction hépatique sans jaunisse.

Résumé

Les tableaux ci-joints (A, B, C) peuvent être considérés comme un résumé.

TABLEAU I
TYPES D'ICTÈRE

A) <i>Réticuloendothélial</i>	{	Facteur ictérogène hémolytique Destruction anormale des globules rouges Dysfonction de la cellule de V. Kupffer Rétention d'hémobilirubine Fonctions de la cellule hépatique primairement non touchées	
B) <i>Parenchymateux</i>	{	(a) Dysfonction de la surface bilio-absorptive de la cellule hépatique Facteur ictérogène constitutionnel Rétention modérée d'hémobilirubine Pas de présence d'hémolyse Autres fonctions hépatiques primairement non touchées (b) Dysfonction des surfaces métabolique, canaliculaire bilio-excrétoire et bilio-absorptive de la cellule hépatique Facteur ictérogène hépatotique ou hépatitique Hépatose ou hépatite Compression transitoire des voies biliaires post et inter-lobulaires Diversion de l'excrétion d'hépatobilirubine dans les espaces lymphatiques Rétention préventive d'hémobilirubine A peu près toutes les fonctions hépatiques touchées (c) Dysfonction de la surface canaliculaire bilio-excrétoire de la cellule hépatique Facteur ictérogène biliovasculaire Stase biliaire Diversion de l'excrétion de l'hépatobilirubine dans les espaces lymphatiques Obstacle des voies biliaires intra (spécialement des post et inter-lobulaires) ou extra-hépatiques Autres fonctions hépatiques primairement non touchées.	} Activation compensatrice de la surface lymphatique bilio-excrétoire de la cellule hépatique
C) <i>Mixte</i>	{	Réticulo-parenchymateux Bilio-hépatotique ou hépatitique	} Concomitant ou secondaire

TABLEAU II
TYPES DES FACTEURS

a) <i>Ictérogène</i>	{	Hémolytique: Maladies du sang, poisons, toxines, allergie, etc. Constitutionnel: Non hémolytique. Hépatotique: Altérations dégénératives de la cellule hépatique. Hépatitique: Edème et infiltration polynucléaire du parenchyme. Infiltration lymphocytaire des interstices et prolifération fibroblastique des espaces portaux. Biliovasculaire: Edème, catarrhe, bouchons, sténose, cicatrisation, calculs, tumeurs, pression extrinsèque ou invasion secondaire des voies biliaires intra ou extra-hépatiques. Dysfonction résiduelle de la surface canaliculaire bilio-excrétoire de la cellule hépatique. Combiné: Combinaison primaire ou secondaire d'un à l'autre de ces facteurs.
b) <i>Anictérogène</i>	{	Hépatotique ou hépatitique: Dérangement de l'activité de la cellule hépatique, avec préservation de sa fonction bilio-excrétoire.

TABLEAU III
NOMENCLATURE SIMPLIFIÉE DE L'ICTÈRE

- a) *Réticuloendothélial* — Hémolytique
- b) *Parenchymateux* { Constitutionnel
Hépatotique ou hépatitique
Biliovasculaire } intra-hépatique
extra-hépatique
- c) *Mixte* { Réticulo-parenchymateux
Bilio-hépatotique ou hépatitique

BIBLIOGRAPHIE

1. ANGLE, R. M.: *Gastroent.*, **12**: 617, 1949.
2. BERGH, Van Den, H.: *Der Gallensfarbstoff in Blute*. Leiden Van Doesburg, 1928.
3. BERK, J. E., RITTER, J. A. and SIPLET H.: *49th Ann. Meet. Amer. Gastroenter. Assoc.*, Atlantic City, N.J. 1948.
4. BROOM, J. C. and ALSTON, J. M.: *Lancet*, No 6516: 96, 1948.
5. CAPPELL, D. F.: *J. Path. and Bact.*, **32**: 595, 1929.
6. DUCCI, H.: *J.A.M.A.*, **135**: 694, 1947.
7. ELTON, N. W.: *Am. J. Cl. Path.*, **5**: 40, 1935.
8. EPPINGER, H.: *Beitr. Z. Path. Anat.*, **31**: 230, 1902.
9. FIESSINGER, N. et WALTER, H.: *Nouveaux procédés d'exploration fonctionnelle du foie*. Masson et Cie, Paris, 1934.
10. GALL, E.: *Am. J. Cl. Path.*, **17**: 592, 1947.
11. JOURNEES DES GASTROENTEROLOGUES DE LA LANGUE FRANCAISE: *Arch. Mal. App. Dig. et Nutr.*, Vol. 36 No 7-8 et Vol. 37 No 1-2, 1948.
12. KELSALL, A., STEWART, A. and WITTS, L.: *Lancet*, No 6467: 195, 1947.
13. LARSON, A., EVANS, G. T. and WATSON, C. J.: *J. Lab. and Cl. Med.* **32**: 481, 1947.
14. LEPEHNE, C.: *Med. U. Kenderh.*, **20**: 221, 1921.
15. MANN, F.: *Am. J. Dig. Dis.*, **4**: 355, 1937.
16. MAXIMOW, A. A. and BLOOM, W. M.: *Textbook of Histology*. 5th Ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1948.
17. NEEFE, J.: *Gastroent.*, a) **7**: 1, 1946 et b) **7**: 393, 1946.
18. PFUHL, W.: *Die Leber*. In V. MOLLENDORF, W.: *Handbuch der Mikroskopischen Anatomie des Menschen*. Vol. V. Julius Springer, Berlin, 1932.
19. PORTIS S.: *Acute Yellow Atrophy*. In PORTIS, S.: *Diseases of the Digestive System*. 2nd Ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1946.
20. RICH, A.: *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **47**: 338, 1930.
21. ROLLESTON, H. and McNEE, J. W.: *Diseases of the Liver, Gall-bladder and Bile Ducts*. 3rd Ed. The MacMillan Co., London, 1929.
22. SCHUFFNER, W. A. P.: *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, **28**: 7, 1934.
23. SHERLOCK, S.: *Lancet*, No 6509: 817, 1948.
24. SKLABOUNOU, G.: *Anatomikè tou Anthropou*, Vol. C' — Athènes, 1927.
25. TUMEN, H.: *Cirrhosis of the Liver*. In BOCKUS, H. L.: *Gastroenterology*, Vol. 111. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1946.
26. WATSON, C. J. and HOFFBAUER, F.: *Ann. Int. Med.*, a) **25**: 195, 1946, b) **26**: 813, 1947.
27. WEIR, J. F.: *Ann. Int. Med.* **12**: 1845, 1939.
28. WITH, T.: *Acta Scand.*, **128**: 25, 1947.

RECUEIL DE FAITS

A PROPOS DE PERFORATIONS D'ULCUS PEPTIQUE¹

J.-Emile SIMARD,

Chirurgien à l'Hôtel-Dieu St-Vallier, de Chicoutimi.

Une des complications de l'ulcus peptique qui amène le plus souvent le malade sur la table d'opération, c'est bien la perforation de l'ulcère. Point n'est besoin de rappeler ici la symptomatologie, non plus que le diagnostic différentiel de ce drame abdominal. L'anamnèse de troubles digestifs antérieurs, la douleur en coup de poignard et la contracture abdominale en sont les symptômes les plus importants, sans compter tous les autres signes révélés par l'examen clinique et les épreuves de laboratoire qui se grouperont rapidement dans l'esprit du chirurgien pour établir le diagnostic.

Notre époque moderne n'a rien modifié de tout cela. Ce qui est changé, c'est le traitement et le pronostic de la maladie. Le malade qui perfore son ulcère a beaucoup plus de chances de guérir actuellement qu'autrefois, grâce au diagnostic précoce, à une chirurgie éclairée, à une anesthésie parfaite et à une thérapeutique rationnelle qui corrige les troubles métaboliques et met en œuvre la chimio-thérapie moderne et les antibiotiques.

Nous avons cru vous intéresser en vous communiquant quelques considérations sur le traitement des perforations d'ulcères peptiques, basées sur une série de 26 cas consécutifs que j'ai eu l'avantage de traiter, depuis quelques années, à l'Hôtel-Dieu St-Vallier de Chicoutimi.

L'âge de nos malades varie entre 20 ans et 72 ans, la moyenne étant de 39 ans.

Quant à la localisation de l'ulcère, les constatations opératoires ont révélé que 19 étaient situés au duodénum (soit 73.1%), cinq à l'estomac (soit 19.2%), et deux dans une bouche de gastro-entérostomie antérieure, ulcère jéjunale (soit 7.7%).

Les malades furent opérés en moyenne 12 $\frac{3}{4}$ heures après l'établissement de la perforation. Celui que nous avons eu l'avantage d'opérer le plus rapidement le fut trois heures après sa perforation, alors que quarante-huit heures se furent écoulées chez celui que nous avons vu le plus tardivement.

Dans vingt-trois cas (soit 88.5%), nous avons pratiqué une suture simple de la perforation, que nous avons recouverte ensuite d'une greffe épiploïque; dans trois cas (11.5%), nous avons pratiqué d'emblée une gastrectomie d'urgence.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 14 jours. Deux malades quittèrent l'hôpital la huitième journée; ceux qui y séjournèrent le plus longtemps sont deux patients chez qui une péritonite compliqua l'évolution de la maladie et les retint à l'hôpital quarante et quarante-huit jours respectivement.

Comme complication nous avons noté ces deux cas de péritonite (7.7%) qui sortirent guéris, et un cas d'urémie; celui-ci représente notre mortalité, soit un cas sur vingt-six, et en moyenne (3.8%). Ce malade qui est décédé était âgé de 72 ans et nous arriva dix-huit heures après une perforation d'un ulcus duodénal. Il fut pratiqué une laparotomie pour suture et greffe épiploïque. Malheureusement, malgré une thérapeutique intense, le malade fit de l'urémie; son azotémie de 0.50 qu'elle était à son arrivée remonta à 1.01 après deux jours, pour continuer de s'élever progressivement jusqu'à 3.05 grms 0/00. Le malade est décédé, quinze jours après l'opération, d'une urémie rebelle à tout traitement.

Le malade qui arrive à l'hôpital avec une perforation d'ulcère est ordinairement très souffrant et en état de choc. Les premières heures de son hospitalisation sont très précieuses et le chirurgien doit en profiter pour calmer la

1. Communication au 2ième Congrès régional de l'A.M.L.F.C., Chicoutimi, 2-3 juin 1949.

douleur et traiter ce choc. Il est souvent déshydraté et les vomissements lui ont fait perdre des chlorures; on doit donc le réhydrater et corriger sa perte d'électrolytes afin de l'amener sur la table d'opération dans un état satisfaisant.

Comme anesthésie, nous avons fréquemment employé la rachidienne qui donna d'excellents résultats. De plus en plus, nous utilisons l'anesthésie générale: Penthotal, cyclopropane, protoxide d'azote, curare, dont nous n'avons qu'à nous féliciter. La collaboration d'un anesthésiste expert n'est pas sans apporter un élément important pour améliorer le pronostic.

Dans tous nos cas, nous avons eu le soin d'aspirer le liquide d'épanchement intra-abdominal le mieux possible, et toujours nous avons laissé, dans la cavité péritonéale, de 2.50 à 5 grammes de cristaux de sulfamidés. Dans aucune circonstance et chez aucun de nos malades n'avons-nous établi un drainage abdominal; une toilette soignée du péritoine, la défense naturelle de l'organisme, l'adjonction de sulfamidés pendant et après l'intervention et l'administration à haute dose d'antibiotiques durant les premiers jours, nous dispensent de tout drainage; celui-ci n'offre d'ailleurs aucun avantage et peut sûrement être la cause d'ennuis. L'évolution de nos malades fut d'ailleurs une preuve de l'opportunité de notre ligne de conduite sous ce rapport.

L'alimentation liquide est reprise au bout de quarante-huit heures et augmentée progressivement. Chez tous nos malades, nous avons pratiqué le lever précoce, soit de 24 à 48 heures après l'intervention. Nous croyons que ce procédé offre de multiples avantages, d'ailleurs admis généralement.

Nous aimerions attirer votre attention sur trois cas particuliers qui ont été traités par une gastrectomie d'emblée et dont les suites opératoires et l'évolution subséquente ont été singulièrement faciles.

Observation 1.

Le premier, Monsieur C.M..., est un patient

âgé de 38 ans que nous avons vu le 5 juillet 1948. Il avait été opéré ailleurs en 1941, pour un ulcère du duodénum; on avait pratiqué alors une gastro-entérostomie. En 1948, il nous arrivait environ six heures après l'établissement d'une perforation d'un ulcère peptique. Les examens de routine nous ont révélé un malade en bon état, en dehors de sa perforation. Trois heures après son arrivée à l'hôpital, il a été opéré et l'on a constaté la perforation d'un ulcère gastro-jéjunal et la présence d'un ulcère duodénal. Nous avons effectué une dégastro-entérostomie et la résection de l'anse jéjunale où était placée la bouche d'anastomose; puis nous avons pratiqué une gastrectomie enlevant les deux-tiers de l'estomac, terminant le tout par une gastro-anastomose antérieure de toute la tranche gastrique au jéjunum. L'intervention a duré deux heures et demie; l'anesthésie a été obtenue par une rachidienne suppléée par du Penthotal. Durant l'intervention, le malade a reçu 1.000 cc de soluté glucosé à 5% et 1.000 cc de sang total. Les suites opératoires ont été très faciles et le malade est sorti de l'hôpital douze jours après son intervention. Revu à plusieurs reprises depuis, il est en excellente santé.

Observation 2.

Monsieur V.B..., âgé de 55 ans, est hospitalisé le 25 janvier 1949 pour une perforation d'ulcère remontant à douze heures. La formule sanguine révèle une leucocytose à 15.900; les urines sont normales; l'azotémie à 0.95 et l'électro-cardiogramme montre des troubles myocardiques ventriculaires et une insuffisance coronarienne probables; la tension artérielle est à 120/80 et le pouls à 80. Quatre heures après son hospitalisation, il est opéré; voici les constatations opératoires: « Liquide épais dans le péritoine; perforation à l'emporte-pièce d'un large ulcère par où on pénètre facilement l'index, entouré d'une forte réaction œdémateuse et situé à la face antérieure de l'estomac, tout près du pylore. » Le diamètre et la situation de la perforation sont tels qu'on ne peut la fermer à moins d'obturer totalement le pylo-

re et on doit envisager une gastrectomie. Cette gastrectomie est faite, enlevant la moitié de l'estomac, et complétée par une anastomose antérieure. On laisse 5 grammes de sulfamidé dans l'abdomen. L'intervention a duré $1\frac{3}{4}$ heure; le malade a reçu, pendant l'opération, 500 cc de sang, 1.000 cc de soluté glucosé salé et 1.000 cc de soluté glucosé. La tension artérielle s'est maintenue constamment à 125/80. Anesthésie: Penthotal, cyclo-propane, protoxide d'azote par intubation intra-trachéale, le tout suppléé par 8 cc de curare en injection i.v. Les suites opératoires ont été très faciles et le malade a quitté l'hôpital dix jours après son intervention.

Observation 3.

Monsieur D.B..., âgé de 32 ans, est hospitalisé le 4 avril 1949 alors qu'une perforation d'ulcère est survenue sept heures auparavant. L'état général est bon et l'examen du malade ne révèle aucune pathologie importante, en dehors de sa perforation. Il est opéré d'urgence et l'on découvre une perforation d'un ulcère pylorique et la présence d'une grande quantité de liquide séro-purulent dans l'abdomen. On pratique une gastrectomie d'emblée, enlevant les deux-tiers de l'estomac, et complétée par une gastro-entéro-anastomose antérieure; appendicectomie; cinq grammes de sulfamidé dans l'abdomen. L'opération a duré deux heures durant lesquelles le malade a reçu 500 cc de sang total et 2.000 cc de soluté glucosé salé. Anesthésie: cyclo-propane, protoxide d'azote par intubation intra-trachéale. Onze jours après l'intervention, le malade quittait l'hôpital en bon état.

Ces trois derniers cas nous ont fait une bonne impression et nous ont fait réaliser la possibilité d'envisager, chez un certain nombre de perforés, une intervention étendue qui, en plus de parer à l'état d'urgence, offre au malade une cure radicale de son ulcère. Certains auteurs, qui ont traité des séries assez considé-

rables de malades ont affirmé que la gastrectomie chez des malades sélectionnés ne comporte pas une mortalité opératoire supérieure à celle de la simple suture non plus qu'elle augmente le taux de morbidité post-opératoire.

Une telle ligne de conduite ne peut toutefois être mise en pratique que dans des circonstances favorables; il faut que le chirurgien soit bien entraîné à la chirurgie gastrique, que l'anesthésie soit parfaite et que le malade puisse bénéficier d'une hospitalisation adéquate comportant entre autres choses la facilité de recevoir des transfusions. L'on doit aussi mettre en œuvre une médication appropriée pour juguler dès le début l'infection péritonéale; enfin, l'on doit choisir les cas dont la perforation est plutôt récente, chez des patients relativement jeunes et dont l'état général permet de les soumettre à une longue intervention. Comme il arrive très souvent que toutes ces conditions se réalisent, il est logique de penser que, de plus en plus, les ulcéreux qui font une perforation pourront dans l'avenir bénéficier immédiatement d'un traitement radical qui n'augmentera en aucune manière le risque opératoire. Et je crois que, sur ce point particulier, la chirurgie de ces dernières années a ouvert de nouveaux horizons remplis de promesses.

R E F E R E N C E S

1. STRAUSS, A.: «Primary Gastric resection for perforated gastro-duodenal ulcers». *Annals of Surgery* **60**: 120, 1944.
2. GRAHAM, R. R.: «The Surgeon's Responsibility in the treatment of Duodenal Ulcer». *Canadian M. J.*, **35**: 263, 1936.
3. OLSON, H. B. and NOROGORE, M.: «Perforated duodenal Ulcers». *Annals of Surgery*, **479**: 124, 1946.
4. TIMONEY, F. X.: «Perforated Peptic Ulcers». *Annals of Surgery*, **117**: 710, 1943.
5. GRAHAM, R. R.: «The treatment of Acute Perforation of Duodenal Ulcer». *The American Journal of Surgery*, **72**: 1946.

L'AGRANULOCYTOSE¹

Gaston LAPOINTE (Chicoutimi).

L'agranulocytose est un syndrome caractérisé par une diminution des polynucléaires neutrophiles qui peuvent même entièrement disparaître du sang. Cette formule hématologique est accompagnée ordinairement d'un mauvais état général, de fièvre et d'un état nécrctique des muqueuses. La muqueuse la plus fréquemment intéressée est la muqueuse pharyngée. La lésion se traduit par une angine agranulocytaire.

A l'encontre des leucopénies que l'on retrouve dans certains syndromes infectieux et dans l'aplasie médullaire, la neutropénie de l'agranulocytose s'installe brusquement. A la suite de l'absorption ou de l'ingestion de certains médicaments, les polynucléaires disparaissent de la circulation en quelques heures. Les médicaments incriminés sont par ordre de fréquence les dérivés de l'amidopyrine dont les plus employés sont: le pyramidon, l'antipyrine, la phénacétine et autres préparations où l'amidopyrine est associée à des barbituriques, puis viennent le dinitrophénol, les sulfamidés et enfin plus récemment le thiouracil. Malgré la grande consommation de ces médicaments, l'agranulocytose est une maladie relativement peu fréquente. Il semble donc qu'un facteur constitutionnel joue un rôle important dans l'écllosion de la maladie ou qu'il existe une atteinte antérieure de la moelle; ce qui amène certains hématologistes, dont G. Hemmeler, Kracke et Wintrobe, à penser que le phénomène de l'agranulocytose serait peut-être rattachable à un choc anaphylactique. L'agranulocytose surviendrait chez des sujets prédisposés, lesquels ayant déjà antérieurement utilisé les médicaments incriminés plus haut, présenteraient brusquement de l'agranulocytose lors d'une absorption ultérieure du même médicament. Il y aurait destruction brutale des

neutrophiles et arrêt de la néo-formation des polynucléaires au niveau de la moelle. Les opinions sont partagées au sujet de la pathogénie de cette affection. D'autres hématologistes ont signalé l'arrêt de la néo-formation des granulocytes au niveau de la moelle comme rattachable à l'effet toxique que les médicaments cités plus haut auraient sur la myélopoïèse. Cette fonction serait régénérée après l'élimination du médicament toxique en cause.

Le but de notre travail n'étant pas de vous donner une étude complète de l'agranulocytose et au point de vue hématologique, médullaire et clinique, mais bien de rapporter pour vous nos constatations sur le traitement de quelques cas d'agranulocytose que nous avons eu à traiter ici à l'Hôtel-Dieu; nous vous présentons les suivants:

Observation I.

Mme C.E.-C. — 31 ans, toxicomane, est admise en O.R.L.O. pour gêne de la déglutition avec état fébrile. Je la vois trois jours après son admission alors qu'une formule sanguine révèle 34 globules blancs dont 2% de polynucléaires, son état général est excessivement mauvais et la température est à 103° et 104° F. Elle est soumise à de petites transfusions de 250 c.c. de sang total avec séances de radiothérapie profonde sur les os longs. Nous ne pouvons commencer le traitement au pentnucléotide que 4 jours plus tard alors que la formule blanche est de 27 éléments avec toujours 2% de polynucléaires. Elle succombe deux jours plus tard de broncho-pneumonie; toutefois le jour de sa mort elle avait 110 globules blancs dont 10% de polynucléaires. A noter qu'au temps de l'hospitalisation de cette malade soit en 1941, nous ne disposions ni de pyridoxine ni d'antibiotés.

1. Communication au 2ième Congrès régional de l'A.M.L.F.C., Chicoutimi, 2-3 juin 1949.

Observation 2.

S.S.L. — 59 ans, est une religieuse qui présente un état fébrile avec signes de pleuro-congestion quand je la vois à la communauté. 48 heures plus tard elle est admise dans notre service avec une angine, un état fébrile à 102° F. et des signes d'intoxication urémique. Les urines contiennent de l'albumine avec cylindres granuleux, l'azotémie est à un gramme 0/00 et la formule blanche est à 925 éléments dont 0% de granulocytes. Donc agranulocytose grave avec participation rénale et atteinte profonde de l'état général. En questionnant la malade et son entourage surtout, car elle présente une obnubilation mentale marquée, on découvre qu'elle prenait assez fréquemment des dérivés d'amidopyrine pour soulager des poussées migraineuses d'origine hépatique qui furent confirmées par une cholécystographie ultérieure. Elle fut soumise au traitement suivant:

- a) Traitement de base: pentnucléotide, pyridoxine, pénicilline.
- b) Traitement de soutien: transfusions de sang total 250 c.c. tous les jours, solucamphre spartéiné.

Après 7 jours seulement de ce traitement intensif, avons-nous pu réveiller l'activité médullaire alors qu'une cytologie sanguine révèle 3.050 globules blancs dont 2% polynucléaires. Le lendemain sa formule blanche accuse la présence de 9.860 éléments dont 40% de polynucléaires neutrophiles, 6% de promyélocytes, 14% de myélocytes neutrophiles. Treize jours après le début de cette thérapeutique, nous obtenons une leucocytose à 32.916 éléments avec encore la présence de formes jeunes de la lignée myéloïde. Nous cessons alors le traitement et graduellement la leucocytose devient normale pour s'établir définitivement à 8.875 globules blancs dont 40% de polynucléaires neutrophiles; l'état général s'améliore progressivement et la malade, revue 6 mois plus tard, présentait une formule sanguine normale.

Observation 3.

Mme A.G. — 62 ans, vieille asthmatique hospitalisée à maintes reprises pour polype nasal et crises d'asthme, se présente à l'hôpital le 7 mai 1948 pour dysphagie. Elle accuse depuis 5 jours des frissons, de la courbature, de la céphalée et une asthénie profonde. Un hémogramme fait à son entrée nous révèle une anémie à 2.880.000 globules rouges, 68% d'hémoglobine et 1.100 globules blancs dont 1% de polynucléaire neutrophiles. Elle est soumise au traitement suivant: Pentnucléotide 1 ampoule de 10 grammes I.M. toutes les 4 heures, pyridoxine 1 amp. I.M. aux 8 heures, elle reçoit 300.000 unités de pénicilline par jour et une transfusion de sang total de 250 c.c. tous les jours. Cette médication est administrée durant 13 jours. Nous voyons les signes cliniques s'amender proportionnellement à l'amélioration des signes hématologiques, lesquels à la 14e journée révèlent 70% de polynucléaires neutrophiles. La médication est suspendue et des contrôles leucocytaires ultérieurs nous révèlent la stabilité de la lignée granulocytaire. La malade quitte l'hôpital guérie.

Observation 4.

Mme P.A. M. — 25 ans, entrée à l'hôpital le 23 janvier 1947 pour un état grippal qui a débuté 24 heures auparavant par de la dysphagie et une céphalée frontale. Cette malade, porteuse d'une hydronéphrose droite, présente alors un état fébrile à 101° F. et elle a à son entrée 1.200 globules blancs dont 32% de polynucléaires. Dans les 48 heures qui suivent on voit s'établir une angine banale avec une chute des polynucléaires à 4% sur 1.300 leucocytes. Le lendemain la formule blanche dénote une absence totale de granulocytes. On la soumet au traitement par pénicilline, pentnucléotide et Vitamine B₆; le tout est associé à des petites greffes globulaires de 200 c.c. L'amélioration de l'hémogramme débute 4 jours après l'institution du traitement. On note alors 1.500 leucocytes dont 3% de polynucléaires neutrophiles et 3% de myélocytes. Cette amélioration va en progressant et 10 jours plus tard la

formule blanche se lisait comme suit: 2.600 globules blancs dont 48% de polynucléaires neutrophiles. A noter que cette malade au cours de son hospitalisation a toujours conservé une leucopénie aux environs de 3.000. Revue lors d'un stage ultérieur à l'hôpital, elle présentait alors une formule sanguine normale.

Observation 5.

Mme A.T. est le cas d'une malade insoumise, alcoolique et aspirinomane. Elle est admise à l'Hôtel-Dieu le 7 juillet 1946 en O.R.L.O. pour température élevée, gêne à la déglutition et angine pseudo-membraneuse. Je la vois en consultation deux jours plus tard. A ce moment, le diagnostic d'agranulocytose avait été porté par le spécialiste qui nous demanda d'instituer le traitement adéquat. Elle reçut du pentnucléotide, de petites transfusions de sang total répétées et des séances d'irradiation des os longs. Elle quitte l'hôpital sans autorisation, se disant guérie, 4 jours après le début du traitement alors que le laboratoire nous annonçait l'heureuse nouvelle d'une amélioration progressive de sa formule blanche, soit 2.708 globules blancs, dont 34% de polynucléaires et 8% de myélocytes, alors qu'à son entrée elle avait 1.041 leucocytes dont 4% de polynucléaires neutrophiles.

Observation 6.

Mais comme il faut des insuccès pour confirmer la valeur d'un traitement, le cas suivant à mon avis est bien démonstratif de l'état réfractaire de certaines agranulocytoses à la médication citée et de l'existence d'agranulocytose évoluant par cycle ou par récurrence.

Il s'agit d'une dame de 54 ans, Mme J.C., souffrant d'hypertension artérielle depuis plus de 15 ans; malade habituée à tous les calmants à base de pyramidon et de barbiturique. Cette dame est admise à l'Hôtel-Dieu le 22 juin 1947 pour douleurs pharyngées, état fébrile et une asthénie invincible. A l'examen, elle présente un état phlegmoneux péri-amygdalien droit avec ganglions satellites. L'exa-

men physique est négatif par ailleurs. Une première formule blanche est à 3.450 éléments avec 19% de polynucléaires neutrophiles, ce qui ne cadre pas avec l'état général gravement atteint. Nous pensons immédiatement à la possibilité d'une agranulocytose, le traitement, aussitôt institué, eut raison de cette angine en l'espace de 10 jours comme l'attestent d'ailleurs la courbe thermique et les formules sanguines répétées. Mme J.C. quitte l'hôpital le 7 juillet 1947 avec 6.500 globules blancs dont 71% de polynucléaires neutrophiles. Le 1er avril 1948 elle est hospitalisée pour un ulcère du septum nasal avec perforation. Nous lui faisons faire par curiosité un contrôle hématologique et, à notre surprise, nous sommes en présence d'une leucopénie à 2.500 globules blancs dont 59% de polynucléaires. Nous demandons un contrôle de cet hémogramme 3 jours plus tard, lequel nous donne le résultat suivant: 2.250 leucocytes avec 13% de polynucléaires neutrophiles. La malade refuse les dérivés de l'acide nucléique et la pyridoxine. Nous lui faisons donner 2 transfusions de sang total et elle quitte l'hôpital sans autorisation se disant guérie. Une formule sanguine faite au départ avait approximativement la même cytologie qu'à l'entrée.

Le 31 juillet 1948 cette même malade revenait dans le service d'O.R.L.O. avec une angine agranulocyttaire. L'examen du sang donne alors 900 globules blancs dont 1% de polynucléaires. Elle est soumise alors à une thérapeutique par des extraits hépatiques, l'acide folique, des petites transfusions de sang total, streptomycine, pénicilline et pyridoxine. La malade, durant 8 jours, refuse la pentnucléotide prétextant qu'elle faisait une trop forte réaction à ce médicament. Après 8 jours du traitement décrit plus haut, l'hémogramme révèle un statu quo, soit 1.800 globules blancs avec absence totale de granulocytes. Devant l'alternative d'un échec fatal, cette dame se résigne alors à accepter une série de pentnucléotide et pyridoxine combinée. Deux jours après le début de cette médication elle a déjà 2.650 globules blancs dont 24% de polynucléaires. La cyto-

logie sanguine va s'améliorant jusqu'à son départ dix jours après, alors que l'ascension du nombre des globules blancs se chiffre à 12.950 dont 67% de polynucléaire neutrophiles, 4% de myélocytes et 1% de promyélocytes.

Nous étions prêts à crier victoire alors que 3 mois plus tard cette pauvre malade nous revenait le 28 novembre 1948 dans le même état décrit à l'admission antérieure, sauf que l'état général est de beaucoup plus déficient qu'auparavant. La cytologie urinaire dénote la présence de cylindres granuleux et de globules rouges, l'azotémie se lit à 0.55 0/00, la sédimentation globulaire est à 96 mm., la leucocytose est à 700 globules blancs avec absence totale de polynucléaire, absence qui se maintiendra durant tout son séjour à l'hôpital, malgré l'institution immédiate du traitement par des solutés glucosés associés à la pénicilline, la pyridoxine et au pentnucléotide. Vu l'état rénal, nous nous étions abstenus de lui administrer du sang total. La 5e journée de son hospitalisation, elle présente un collapsus cardio-vasculaire et de l'anurie. La mort survient dans les 24 heures qui suivent. L'autopsie nous a été refusée.

* * *

J'aimerais maintenant analyser avec vous la valeur du traitement que nous avons éprouvé à l'Hôtel-Dieu au sujet de l'agranulocytose. Nous avons eu six cas dont un cas semblait cyclique. Sur ces six cas observés, cinq malades ont pu bénéficier de la médication décrite plus haut. Une d'elles est décédée dans les 36 heures après que le diagnostic eut été porté, il reste donc quatre cas d'agranulocytose classique qui ont survécu et guéri définitivement. Comme vous l'avez noté au cours de l'observation, notre cas d'agranulocytose cyclique, tout en ayant bien répondu au traitement au point de vue hématologique, est décédé d'une complication rénale; cette malade en effet souffrait depuis longtemps de néphrite chronique hypertensive. Nous n'avons pas la prétention de vouloir imposer nos opinions sur la valeur thérapeutique du traitement que nous avons

institué chez nos malades car nos statistiques sont encore trop faibles. Notre intention était de vous faire part des résultats que nous avons obtenus à l'Hôtel-Dieu St-Vallier depuis quelques années avec ce mode de traitement combiné dans les états agranulocytaires. A remarquer que toutes nos agranulocytaires étaient des femmes, ce qui confirme les statistiques que le sexe féminin est le plus souvent atteint par cette affection. Il résulte de nos observations que l'emploi combiné des dérivés de l'acide nucléique (la Pentnucléotide), de la pyridoxine ou Vit. B₆, de la pénicilline et de petites transfusions de sang total a certainement eu un effet thérapeutique favorable sur l'amélioration sinon la guérison de nos agranulocytaires. Il résulte de plus que seuls, les nucléinates de sodium et la pentnucléotide sont redevables du réveil de la myélopoïèse. La pénicilline est administrée pour contrôler ou prévenir l'aggression microbienne. Je crois qu'on doit toujours l'associer pour aider l'agranulocytair, qui est une porte ouverte à toute infection, déserté qu'il est de son principal élément de défense: le polynucléaire.

Le sang total en petites doses fractionnées apporte à l'organisme des polynucléaires adultes et le soutient en attendant le déversement de nouveaux granulocytes dont la néo-formation sera déclenchée par la pentnucléotide. Comme il n'y a ordinairement pas d'anémie concomitante dans l'agranulocytose, les transfusions trop généreuses sont à proscrire pour éviter la pléthore sanguine. La pyridoxine, acquisition thérapeutique plus récente, semble avoir donné certains résultats dans la stimulation de la leucopoïèse. On ne peut pas lui nier sa valeur thérapeutique comme on ne peut pas non plus lui donner une place prépondérante dans ce domaine. Il serait à conseiller de l'employer sans pentnucléotide pour éprouver sa réelle valeur. La radiothérapie profonde sur les os longs nous semble sans valeur thérapeutique appréciable.

* * *

La littérature nous rapporte de multiples essais thérapeutiques au sujet de l'agranulo-

cytose. Maxwell Wintrobe dans son manuel d'hématologie clinique émet les opinions suivantes: la thérapeutique de l'agranulocytose comporte comme médication myélopoïétique:

1. Les dérivés de l'acide nucléique;
2. Les petites transfusions de sang total;
3. L'injection d'extraits leucocytaires (*leukocytic cream*).
4. L'administration per os d'extraits médullaires.
5. L'irradiation des os longs, ingestion et injection parentérales d'extraits hépatiques.
6. L'administration d'acide folique, de biotine et de pyridoxine. Mais sa préférence, quoique paradoxale, va aux sulfamidés et aux antibiotes.

Il s'explique en disant qu'il faut juguler l'infection chez un malade privé de ses principaux moyens de défense que sont les granulocytes, lesquels réapparaîtront dans le torrent circulatoire dès que l'effet toxique du médicament en cause sera éliminé.

Kracke, autre hématologiste américain contemporain, fait à peu près les mêmes constatations thérapeutiques tout en appuyant particulièrement sur la valeur des extraits hépatiques. Son expérience, dit-il, est trop limitée dans l'usage des pentnucléotides pour pouvoir émettre une opinion définitive sur la valeur de ce médicament. Il nie à l'irradiation des os longs la possibilité de favoriser la néo-formation de granulocytes. Il admet la valeur du sang total comme traitement de soutien mais non comme traitement spécifique.

Isaacs et son école en viennent à la conclusion que le traitement idéal de l'agranulocytose serait la combinaison thérapeutique suivante:

1. Pentnucléotide à haute dose;
2. Traitement des lésions bucco-pharyngées;
3. Transfusions de sang total mais seulement chez les malades présentant de l'anémie.

Jackson et Tighe résument les résultats thérapeutiques de 390 cas d'agranulocytose traités, ils en viennent à la conclusion que le taux

de mortalité décroît en proportion de l'emploi des traitements suivants:

1. Si la transfusion de sang total est employée seule, le taux de mortalité sera de 74%;
2. Irradiation des os longs employée seule; 67% de mortalité
3. Administration des extraits hépatiques seuls, 62% de mortalité
4. Administration des pentnucléotides seuls, 37% de mortalité
5. Administration de sulfate d'adénine seul, 20% de mortalité
6. Administration d'extraits leucocytaires seuls, 17% de mortalité
7. Administration d'extraits de moelle seuls, 10% de mortalité.

Muller et Meryeux, deux cliniciens français, rapportent dans la revue (*Le Sang*), numéro d'avril 1949, deux cas d'agranulocytose illustrant de façon définitive la guérison obtenue par l'association de pénicilline — nucléotide de pentose. Voici en résumé leurs considérations: l'association pénicilline-nucléotide de pentose donne des succès mais l'hypoplasie de la moelle osseuse demeure prolongée laissant aux agranulocytaires un moyen de défense réduit pour l'avenir.

H.W. Fullerton et Duguid, dans la revue américaine d'hématologie « *Blood* », numéro de mars 1949, rapportent un cas d'agranulocytose à évolution cyclique qui a bénéficié d'une splénectomie. Les examens sanguins répétés ont d'ailleurs prouvé chez leur malade une amélioration continue redevable à la splénectomie.

G. Hammeler, hématologiste suisse, fervent partisan de l'opinion que l'agranulocytose est un phénomène d'ordre anaphylactique, rapporte dans son précis d'hématologie la conclusion suivante au sujet du traitement de cette affection: la thérapeutique de l'agranulocytose devrait se résumer à des transfusions quotidiennes de sang total jusqu'à la reprise de la myélopoïèse. Les résultats obtenus par une médication d'extraits de moelle, de pentnucléotides et de préparations vitaminées sont discutables d'après lui.

REVUE GÉNÉRALE

MALADIE DE L'OPÉRÉ ET SES COMPLICATIONS

Gilles MARCEAU,
Hôpital des Anciens Combattants, Québec.

Tout opéré est un malade fragile qui a besoin d'être étroitement surveillé. Il est en quelque sorte comme trois malades dans un.

a) A la suite de l'anesthésie générale, on peut le comparer à un patient qui reprendrait peu à peu connaissance après un coma toxique provoqué.

b) Par le traumatisme opératoire, que ce soit des membres, du ventre ou de la tête, il est devenu un grand blessé.

c) Enfin l'opéré garde comme tout individu ses tares héréditaires, ses malformations, ses séquelles de maladies antérieures qui en font un troisième malade à un degré plus ou moins grave.

Les soins postopératoires relèvent du chirurgien; il a un contrat moral avec son patient, lui devant non seulement l'intervention mais tous les soins couvrant les risques de cette intervention. Ceci l'engage personnellement.

En l'absence du chirurgien, c'est à l'interne qu'incombe ce devoir.

Une opération abdominale, si bien faite soit-elle, peut être suivie d'accidents imprévisibles qui mettront en danger la vie du malade.

Tout accident apparaît dans un ordre chronologique assez bien établi. D'abord, le médecin doit surveiller la maladie de l'opéré qui, d'après Leriche, est actuellement « une maladie d'origine traumatique, nerveuse dans son mécanisme et déterminée par des réflexes vasomoteurs partis de la plaie ». Il surveillera ensuite les signes du choc considéré comme la forme principale de cette maladie.

Trois grandes causes concourent à déclencher ce choc: a) l'anesthésie, b) la douleur, c) l'hémorragie. Le signe capital est une chute de la pression artérielle, et toute pression maxima inférieure à 80 mm. de mercure nécessite un diagnostic étiologique précis et une thérapeutique énergique.

La substance nerveuse est le terrain le plus sensible à l'anoxémie donnant des lésions irréversibles. Il faut donc comme traitement général d'abord faciliter l'irrigation du cortex avec le sang le plus oxygéné possible, et pour ce, placer le patient la tête basse et le pied du lit levé, donner l'O² du masque ou à la sonde avec un débit de 5-6 litres minute et réchauffer le malade.

Puis vient le diagnostic étiologique du choc qui déterminera la thérapeutique spécifique.

Quelle est la cause du choc?

Tant que le malade n'a pas repris sa connaissance, on peut suspecter un choc anesthésique.

Au cours de l'anesthésie régionale ou locale, l'étiologie ne fait pas de doute car le choc précède tout acte chirurgical. Cependant, une chute de pression peut s'installer dès le début d'une intervention, être bien jugulée pendant la durée de l'opération et se réinstaller lorsque le malade est à son lit, s'il ne reçoit pas les soins nécessaires.

En général, les barbituriques intraveineux à petites doses, tels que le Pentotal, etc., sont indiqués; c'est ce qu'on donne généralement à la salle d'opération. Au lit du malade il faut garder O² en permanence et quelquefois l'on sera tenu d'injecter 15 mg. de méthédrine intraveineux qui seront répétés de demi-heure en demi-heure jusqu'à ce que la pression maxima ait atteint le palier au-dessus de 100 mm. de Hg. L'adrénaline peut remplacer la méthédrine à la dose de 1/2 à 1 c.c. sous-cutané seulement.

L'anesthésie générale peut conduire au choc par la longueur de l'intervention ou par l'importance du degré d'anesthésie. Les anesthésistes contrôlent assez facilement ce danger en oxygénant largement leurs malades et en maintenant le degré d'anesthésie juste suffisant à

l'acte opératoire. Là où il peut y avoir embêtement, c'est lorsqu'à la suite d'un excès anesthésique à la fin d'une intervention, pour permettre un meilleur relâchement à la fermeture du ventre, le malade est retourné à son lit avant l'élimination suffisante de l'anesthésique et privé d'une thérapeutique adéquate: il peut entrer dans le choc. Il faut veiller à ce que le malade respire librement et instituer le même traitement qu'après une anesthésie locale ou régionale: O₂, sérum, soins généraux.

En second lieu, la douleur peut aussi provoquer l'état de choc. Voici qu'un malade subit une intervention majeure sous anesthésie générale; l'anesthésiste s'acquitte merveilleusement bien de sa tâche, si bien qu'il éveille quasi complètement son malade avant de le retourner à son lit. Le patient peut alors devenir surexcité, se plaindre, ne rien vouloir entendre à ce qu'on lui dit, il veut tout arracher, tubes, syphose, pansement. Résultat: la plaie saigne, l'entourage devient inquiet; le malade entre dans un choc sérieux dont la cause est la douleur. Que faire?

Si vous donnez $\frac{1}{4}$ de morphine sous-cutanée, vous aurez un résultat dans $\frac{3}{4}$ d'heure et quelquefois pas du tout, et les incidents fâcheux déjà cités peuvent revenir de nouveau. Il faut donc agir promptement et prendre la voie intraveineuse. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la dose suffisante, il faut tenir compte du poids et de l'âge du malade.

Il n'est pas bon de toujours dire indifféremment: $\frac{1}{4}$ de morphine sous-cutanée et si c'est insuffisant répétez-le. Un accident en particulier peut arriver et le voici. On donne une première injection sous-cutanée de $\frac{1}{6}$ de morphine et n'obtenant pas de résultat, devant l'excitation croissante du malade, on la répète, même trois fois en dedans d'une heure. La pression artérielle étant basse à ce moment et la circulation veineuse insuffisante, la résorption du médicament ne se fera pas. Par ailleurs, une heure plus tard, avec le retour de la pression artérielle à la normale, le malade présentera des signes nets d'intoxication, princi-

palement du côté de sa respiration, et inspirera à nouveau des craintes.

Il ne faut pas oublier que la morphine est plus dépressive que l'héroïne et qu'on ne doit pas les prescrire indifféremment. Le Demerol peut remplacer les opiacés chez ceux qui ne tolèrent pas ces derniers.

On est quelquefois surpris de voir une pression maxima de 80 mm. monter à 120, 130 sous l'effet d'un sixième de morphine I.V.

Reste à étudier la 3ème cause du choc, l'hémorragie. Le choc hémorragique peut se présenter sous deux formes. Il peut d'abord s'installer à la salle d'opération et se continuer au lit du malade; mais il peut encore survenir dix ou douze heures après l'intervention et frapper un opéré apparemment bien. Pour apprécier l'importance de cette cause dans l'étiologie du choc postopératoire, il faut évaluer la quantité de sang perdu au cours de l'intervention. Ce n'est pas là chose facile; sachez que, chaque fois qu'on a essayé d'apprécier à peu près cette quantité et qu'ensuite l'on a fait des recherches quantitatives exactes, il a fallu le plus souvent multiplier par deux et même par trois nos données approximatives, pour atteindre la mesure réelle. Deux cents à quatre cents c.c. de sang sont habituellement perdus au cours d'une petite intervention comme dans une appendicite, et cette quantité peut aller jusqu'à 1,000 c.c. dans l'excision d'un cancer. Si l'on fait maintenant le bilan des liquides totaux perdus, il faut débiter par 1,000 et 1,500 c.c. pour une intervention mineure et augmenter en proportion pour une majeure.

En général, on prescrit pour tous les opérés du ventre 2,000 c.c. de solutés dans 1 mixte et un glucosé pendant tout le temps que le malade ne peut prendre par la bouche la quantité de liquide nécessaire par jour, soit 2,000 c.c. environ. Cependant, à cette quantité de sang doit s'ajouter une transfusion. Si la perte de sang dépasse 800 c.c., de nouveaux solutés doivent être donnés si le malade vomit ou transpire abondamment. Il faudra donner

avec prudence les solutés contenant du chlorure de sodium en tenant compte de la quantité de sel perdue durant la journée et en se souvenant que l'apport journalier ne doit pas dépasser 7-8 grammes.

En chirurgie pas plus qu'en médecine, il ne faut se contenter de porter des diagnostics de défaillance cardiaque chaque fois que l'on trouve un opéré dans un état syncopal et s'acharner à stimuler son myocarde par toute la médication toni-cardiaque. Cette médication dans les deux tiers des cas n'en est pas une du tout. Il faut avant tout judicieusement étudier la cause. S'il s'agit bien d'un myocarde malade manifestant nettement de l'insuffisance (cas qui se présente assez rarement), on doit se rappeler que seules la digitaline et la ouabaïne sont des toni-cardiaques spécifiques. La digitaline avant d'exercer son action demande d'avoir saturé complètement l'organisme, soit 1.5 grain par 10 livres de poids, quantité qu'on peut, en cas d'extrême urgence, donner à dose fractionnée pendant le premier jour. La dose d'entretien sera de 1.5 grain pour les jours suivants. Il n'est évidemment pas question de saigner un opéré qui serait menacé d'œdème aigu même si l'accident se présentait à la suite de sérum donné trop rapidement. La coramine, le camphre, la spartéine, l'éther sont avant tout des stimulants respiratoires et ce n'est qu'indirectement qu'ils ont une action sur le cœur. La plus grave erreur que l'on pourrait faire serait de stimuler un myocarde et de passer à côté d'une hémorragie.

A la fin d'une intervention, toute hémorragie doit être jugulée. Cependant, quelquefois, au cours de l'intervention, le chirurgien, malgré une grande minutie, ne réussit pas à dépister tous les vaisseaux qui saignent parce que la pression est trop basse: au retour de celle-ci à la normale il y aura hémorragie; d'autres fois, un pédicule lâche sous la pression artérielle entraînant encore une perte importante de sang. Nous voici donc en présence du choc de la seconde partie de la première journée après l'opération. Le malade manifes-

te alors pâleur, refroidissement des extrémités, agitation, angoisse, état syncopal, petitesse et rapidité progressive du pouls, hypothermie. Quelquefois ce sont là les seuls signes.

Surveiller le pansement n'est pas suffisant. Les hémorragies par la plaie sont d'ailleurs les hémorragies les moins importantes; on s'alarme souvent trop vite d'une perte de 50 à 100 c.c. de sang par la plaie, ce qui pourrait s'arranger même sans thérapeutique aucune, alors qu'une hémorragie intra-abdominale ou encore intraviscérale est beaucoup plus sérieuse.

La caractéristique d'une hémorragie intrapéritonéale reste une défense musculaire quelque peu coussinée sur toute l'étendue de l'abdomen. Il y a toujours, après une intervention intra-abdominale, une certaine défense musculaire à la région opératoire, dans l'hémopéritoine elle sera généralisée à tout l'abdomen. Quelquefois, il y a un matité dans les flancs. Il peut n'y avoir rien du tout à part les signes généraux du choc. Un siphon qui ramène du sang clair après une gastrectomie signe l'hémorragie intraviscérale.

Il faut toujours réopérer un malade qui saigne dans son ventre et le plus vite le diagnostic sera porté, le mieux ce sera pour le malade. Une thérapeutique adjuvante: l'hémostop (une ampoule intraveineuse seulement car la répéter peut entraîner un effet contraire) ou encore du coagulen intraveineux ou intramusculaire, l'O₂ associé aux transfusions, doit évidemment être employée.

Si, dans les premières dix heures qui suivent l'opération, le malade n'a présenté aucun signe de choc, il est raisonnable de croire que la « maladie de l'opéré » évoluera vers la guérison.

Restent les complications proprement dites qui apparaissent dans un ordre chronologique assez défini comme je l'ai dit plus haut.

Au tout début, c'est-à-dire dans les premières vingt-quatre heures, peuvent se déclarer l'atélectasie pulmonaire, la dilatation aiguë d'estomac et la rétention aiguë d'urine.

L'atélectasie pulmonaire est une complication relativement fréquente, survenant peu de temps après l'intervention. Elle résulte de l'oblitération mécanique d'une bronche plus ou moins grosse par un bouchon muqueux constitué au cours de l'anesthésie alors que le malade a perdu tout réflexe tussigène.

Ses signes caractéristiques sont une dyspnée intense, cyanose de la face, transpiration profuse, toux avec expectorations et une ascension thermique modérée. S'ajoute parfois un silence respiratoire dans une aire pulmonaire plus ou moins grande, accompagné d'immobilité et de rétraction du côté malade. Sans thérapeutique elle tourne à la broncho-pneumonie ou à la pneumonie franche; c'est pourquoi il faut par mesure de prudence associer la pénicilline au traitement spécifique, qui consiste en des aspirations bronchiques répétées toutes les deux ou trois heures tant que la sonde ramène des sécrétions abondantes. Il faut faire des exercices respiratoires au malade et le changer fréquemment de position. Une habitude excellente est de faire tousser le malade pendant qu'un aide maintient son ventre et soulage la tension des points tirillés par le réflexe de toux. On peut encore le placer en position déclive de façon à faciliter le drainage de ses bronches.

En général, avec une telle thérapeutique les symptômes disparaissent en dix ou douze heures et le malade de nouveau respire librement.

La dilatation aiguë d'estomac peut survenir à peu près au même temps, mais généralement elle est plus tardive et se présente après 24 heures. Elle est malheureusement méconnue et peut être mortelle.

Il est d'une juste prudence de laisser aux opérés du tractus digestif leur tube de Wangenstein pendant les premiers jours après l'intervention; ces malades sont donc à l'abri d'une telle complication. Mais ce sont les autres opérés pour une hystérectomie, une splénectomie ou une simple herniotomie qui nous donnent souvent des embêtements.

Les signes sont des vomissements bilieux

verdâtres, quelquefois noirâtres ou teintés de sang mais jamais fécaloïdes, accompagnés d'une tension douloureuse à l'épigastre. Ils surviennent si fréquemment qu'on est porté à les attribuer à l'anesthésie alors qu'il n'en est rien. Surviennent la soif, la dyspnée, la rapidité du pouls et toujours une température normale.

Si l'on passe le siphon au malade, l'on voit immédiatement l'eau de retour se souiller de liquide et de mucus verdâtres mêlés à une très grande quantité de gaz, et le malade, du fait même, est soulagé. Il est bon de laisser le tube en place pour 24 heures et de le fermer avec une pince. Le malade peut alors s'alimenter quand même et en cas de récurrence en lâchant la pince la chose est vite arrangée.

Un mot sur la rétention aiguë d'urine, qui survient généralement le lendemain matin.

Un symptôme seulement: le besoin aigu d'uriner avec un ventre ballonné.

Avant de passer une sonde, manœuvre qui doit être toujours faite avec le plus grand soin d'asepsie, il faut essayer la chaleur locale et la prostigmine. On peut encore, si c'est un homme, essayer de le faire uriner debout à côté de son lit. Mieux vaut, s'il vous faut sonder le malade, employer une sonde molle No 18 qu'une plus petite, en ayant soin de bien la lubrifier.

Quelquefois, on est obligé de sonder le malade 2, 3 et 4 fois pendant les premiers jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Ce qui est plus grave, c'est l'oligurie ou l'anurie. Elles surviennent rarement et généralement chez un grand malade avec atteinte rénale antérieure. Elles peuvent être dues à une transfusion de mauvais groupe ou à une lyse sanguine d'origine quelconque. Elles sont le plus souvent mortelles. Comme traitement il n'y a que le sérum glucosé hypertonique et la novocaïne que l'on donne à la dose de 20 c.c. à une solution de 1 ou 2% deux fois par jour. La bradycardie est le grand signe d'intolérance du médicament. Certains médecins préfè-

rent ne donner que 1,000 à 1,500 c.c. de soluté mixte isotonique et attendre.

Si la diurèse apparaît vers le 4ème ou 5ème jour, le malade peut guérir. L'azotémie est toujours très élevée.

A la fin de la 2ème journée et plus souvent à la 3ème, apparaissent toutes les infections contractées au cours de l'intervention. Le premier signe à nous y faire penser est la température qui se tient généralement autour de 100, 101°F. mais peut atteindre 103 et plus au cours des broncho-pneumonies.

L'état infectieux aigu ou chronique des voies respiratoires est la grande cause des infections pulmonaires postopératoires. Les opérés de l'estomac y sont plus particulièrement prédisposés. Une très haute température reste le signe caractéristique de cette complication. On y voit aussi une dyspnée associée à un état général mauvais. Les signes stéthacoustiques témoignent de toutes les formes d'infections pulmonaires depuis une congestion simple jusqu'à une pneumonie franche lobaire aiguë ou une broncho-pneumonie typique. Les formes les plus graves conduisent aux suppurations pleuro-pulmonaires tels qu'abcès du poumon ou pleurésie.

Les antibiotiques sont tout indiqués. On donne de préférence de la pénicilline à la dose de 25,000 unités aux trois heures jour et nuit, intramusculaire, pendant tout le temps que dure la température et pour deux jours après que celle-ci est redevenue normale. Un petit moyen d'éviter des piqûres au malade est d'additionner aux solutés qu'il doit recevoir 100,000 unités de pénicilline aqueuse et de donner les solutés lentement. Vous pouvez ainsi remplacer deux piqûres par une. Toute infection additionnelle peut encore être associée à la prostigmine ou à tout autre médicament aqueux que le patient doit recevoir.

La température peut encore être amenée par l'inflammation de la plaie. Ici un simple coup d'œil sous le pansement, à la suite de douleurs subjectives et objectives du malade, fait le diagnostic.

Il faut, en plus des antibiotiques généraux, mettre sur la plaie un pansement humide chaud de préférence au sérum physiologique pour faciliter la résolution ou la résorption du foyer. Les doses de pénicilline seront proportionnées à l'intensité des phénomènes infectieux. Dans les cas bénins 25,000 unités aux trois heures suffisent. Mais, s'il s'agit d'une cellulite grave ou d'un érysipèle, on sera tenu de donner 30 à 40,000 unités aux trois heures.

A la 4ème journée, généralement, peut apparaître une parotidite consécutive à l'introduction de germes pathogènes par le canal de Stenon au cours de l'anesthésie. La douleur derrière la mâchoire avec gêne de la déglutition et de la mastication est le signe capital. Elle survient tantôt dans les états septicémiques, tantôt de façon imprévue chez un malade par ailleurs très bien. Comme traitement, on associe les gargarismes, tel le streptocide, à la pénicilline à la dose de 25,000 unités aux trois heures.

Outre ces phénomènes infectieux des premiers jours, peuvent se présenter deux phénomènes mécaniques: l'éventration et l'éviscération.

L'éventration, synonyme d'une hernie abdominale dans la plaie, et l'éviscération, qui est l'issue des viscères à travers l'incision, surviennent dans les premiers jours par infection massive de la paroi ou défaillance particulière des tissus. Elles peuvent encore survenir s'il s'agit de catgut entre le septième et le quatorzième jour à la suite de la digestion de ce catgut.

Diagnostiquées, elles demandent d'être réparées toutes les deux aussitôt que possible par une réfection adéquate des plans. Dans l'éviscération le traitement d'urgence consiste à couvrir les anses intestinales d'un pansement humide chaud au sérum physiologique et de les maintenir le plus possible à l'intérieur de la cavité par un bandage circulaire élastique.

A la suite de toute intervention, si bénigne soit-elle, deux autres complications restent à

craindre: 1° — la phlébite des membres inférieurs; 2° — l'embolie pulmonaire. Elles surviennent généralement entre la 8ème et la 12ème journées; cependant, toutes deux peuvent arriver avant le 8ème jour ou après le 13ème.

L'embolie pulmonaire est l'arrêt, dans une branche de l'artère pulmonaire, d'un caillot plus ou moins gros parti d'un foyer de phlébite généralement situé aux membres inférieurs. Elle survient sans qu'on s'y attende du tout. Elle peut être mortelle d'emblée; quand elle ne l'est pas, elle peut se répéter dans les jours qui suivront. Ses deux principaux symptômes sont la douleur sous forme de points de côté très douloureux et la dyspnée intense.

Comme expérimentalement l'on a prouvé que l'ischémie pulmonaire due aux spasmes artériels était beaucoup plus importante que celle entraînée par le caillot lui-même, la thérapeutique employée sera la papavérine intraveineuse à la dose de $\frac{1}{2}$ grain à la première injection et de $\frac{1}{4}$ de grain aux trois heures pour les jours suivants. Il faut toujours mettre l'oxygène pour prévenir la suffocation et donner de la morphine pour calmer la douleur. On pourra substituer à la papavérine la novocaïne intraveineuse, l'atropine, l'éphédrine ou l'adrénaline.

Quant à la phlébite on lui connaît trois grands facteurs: 1° — l'augmentation de la coagulabilité sanguine qui engendre principalement tout traumatisme cellulaire; 2° — le ralentissement de la circulation lié pour une part à la tension artérielle qui baisse quasi toujours au cours et à la suite de l'intervention chirurgicale et pour une autre part à l'hydrostatique de la masse sanguine congestionnée par l'immobilité et les mauvaises postures du malade; 3° — l'altération de l'intima des vaisseaux qui existerait plus souvent qu'on ne le croirait et principalement due à l'artériosclérose.

La phlébite est quelquefois prévisible. Elle débute par de la douleur au mollet, signe que tout chirurgien doit régulièrement rechercher. Elle survient plus fréquemment à gauche qu'à droite. Elle est infectieuse ou pas. A la période d'état, nous avons, en plus de la douleur, la

température et l'œdème du membre atteint. La veine quelquefois peut se palper.

Que faire? Est-ce qu'on doit lever le malade, mobiliser son membre, permettre les massages et les infiltrations lombaires à la novocaïne au risque d'avoir une embolie pulmonaire ou bien faut-il maintenir le malade dans la plus stricte immobilité? Les deux théories sont à la mode et chacun avec son expérience adopte l'une plutôt que l'autre.

Je passe la fistule purulente, survenant généralement le 5ème jour. Elle relève de l'acte chirurgical lui-même. Je finirai par l'occlusion intestinale et l'iléus paralytique.

A la suite de tout traumatisme intra-abdominal, s'installe une paralysie réflexe qui dure généralement 24 à 48 heures. Rarement cette paralysie se continue après le 2ème jour. Si c'est le cas, apparaissent la température, un pouls rapide, une langue sèche, des vomissements et un ventre ballonné. Voici le tableau de l'iléus paralytique.

C'est dans le but de prévenir cette complication qu'on prescrit généralement de la prostigmine aux 8 heures, à commencer la 2ème journée. Si elle s'installe quand même, il faut mettre le siphon et tâcher d'exciter la contraction intestinale par de petits lavements, des sérums, ou quelquefois encore une transfusion. Généralement, l'intestin reprend sa motilité sans conséquence grave.

Une complication plus sérieuse sera l'occlusion intestinale. Je ne parle pas des occlusions par brides qui surviennent plusieurs mois après l'opération. Je parle de celle qui arrive au cours des suites opératoires, habituellement entre le 8ème et le 15ème jour. Elle peut survenir dans les tout premiers jours, s'il y a eu anastomose et que les stomas sont insuffisantes.

La cause habituelle est une péritonite plastique. Le malade accuse des douleurs, il vomit et ses vomissements deviennent rapidement fécaloïdes. On peut temporiser 24 ou 48 heures avec le siphon et des solutés intraveineux; cependant, rapidement il faudra réintervenir et rétablir le courant intestinal.

SÉDIMENTATION¹

Gaston LEDUC,

Chef de Service au Sanatorium Saint-Michel (Roberval).

Le nombre de travaux paraissant chaque année sur la sédimentation sanguine est considérable mais le problème est loin d'être résolu. Ces publications scientifiques variables dans leur expression et dans leur technique ont laissé croire au médecin, en général, que la sédimentation était une analyse spécifique au laboratoire et qu'elle était destinée à un nombre restreint de malades. De jour en jour nous voyons que son utilité s'avère dans le diagnostic, le pronostic, et la thérapeutique des maladies infectieuses et plus particulièrement en T.B. pulmonaire.

Dans les circonstances, il me sera permis de vous exposer très brièvement ces applications cliniques et de condenser les notions actuelles sur ces explications théoriques des phénomènes.

Nous passerons donc en revue l'histoire de la sédimentation — son mécanisme — les facteurs influençant le taux de la sédimentation — la méthode pour déterminer le taux de la sédimentation — et enfin, par des statistiques établies au Sanatorium St-Michel de Roberval, nous vous démontrerons que l'augmentation du taux de sédimentation est directement proportionnel à la gravité de la maladie.

HISTOIRE

Les Grecs avaient remarqué que le sang en dehors de ses vaisseaux se séparait en quatre niveaux. Leur opinion était que le sang se composait d'un mélange de quatre fluides analogues qui correspondaient à quatre principales substances: Air, Eau, Feu, Terre.

On croyait que le flegme formait le caillot dans le sang normal, mais, dans le sang anormal qui se ramassait sur la partie supérieure du caillot, ceci était interprété par les anciens comme une augmentation du flegme. La mala-

die survenait parce qu'il y avait un mauvais mélange des quatre fluides du sang, la faute la plus commune était l'augmentation du flegme.

Comme la couenne ou le flegme était plus fortement développé dans les maladies avec une quantité d'expression venant de la surface du corps et des poumons, cette théorie de la maladie, développée par les Grecs, régna pendant plusieurs années et l'examen du sang devint l'ordre du jour pour le diagnostic et la thérapeutique.

Avec la découverte de la circulation du sang par Harvey en 1628 et des globules rouges par Malpighi en 1661, de nouvelles théories apparurent mais toujours l'ancienne théorie gardait des adeptes et cela jusqu'au dix-neuvième siècle.

Hewson, un pionnier de la chimie du sang, reconnut l'importance des trois constituants, globules rouges, sérum et lymph.

Il considérait que la rapidité d'agglomération des globules rouges exerçait une grande influence. Je vous ferai grâce de tous les auteurs qui ont parlé du sujet; mais celui qui a fait un magnifique travail sur la sédimentation est Fahraeus de Stockholm en 1917. Il redécouvrit accidentellement le fait antérieurement connu, mais oublié, que le taux de sédimentation est augmenté dans la grossesse, dans les maladies infectieuses et malignes.

Depuis ce temps, la littérature médicale est inondée d'articles de toute sorte. Quelques uns ont essayé d'expliquer le phénomène, d'autres s'adressent aux difficultés techniques et d'autres enfin ont cherché une application clinique du test pour le diagnostic et le pronostic.

Fahraeus comprit que les lois physiques de la chimie colloïdale s'appliquaient au sang. Il démontra que le taux de sédimentation des globules dans le plasma est directement proportionnel à leur grosseur et inverse-

1. Communication au 2ième Congrès Régional de P.A.M.L.F.C.; Chicoutimi, 2-3 juin 1949.

ment proportionnel à la viscosité du milieu. Dans n'importe quel sang, qu'il soit normal ou pathologique, la vitesse de la chute dépendra du diamètre des particules et de leur nombre en suspension. La différence de sédimentation entre un sang normal et un sang pathologique dépend de la grosseur des particules puisqu'il remarque que les globules rouges se groupent plus facilement dans la maladie. Il est un fait bien connu en chimie colloïdale que le nombre des particules dans une suspension concentrée descend plus lentement qu'une seule particule, parce que les particules liées ensemble ne peuvent se mouvoir.

Le même phénomène se passe dans le sang. La variation dans la grosseur des érythrocytes repose sur le changement de l'état électro-physique du sang.

Les érythrocytes transportent une charge négative. Quand cette charge diminue, les corpuscules sont attirés les uns les autres et s'agglutinent. Si quelque chose augmente la charge positive du plasma, la charge négative des globules rouges diminue et ceci augmentera l'agglutination et l'agglomération des globules rouges. D'un autre côté, si on ajoute des substances dans le sang qui absorbent les particules positives, leur charge négative est augmentée, les globules se repoussent les uns les autres, la stabilité du sang est accrue et le taux de sédimentation est plus lent. Le degré de viscosité d'une solution de protéine est indirectement proportionnel à sa charge électrique. Les globulines ont une haute viscosité, l'albumine a une viscosité lente.

En d'autres mots, la charge négative des érythrocytes est plus grande dans une solution d'albumine que dans une solution de globuline ou de fibrine.

FACTEURS QUI INFLUENCENT LA SÉDIMENTATION

L'interaction de ces forces tend à garder un système stable et dans la santé c'est remarquablement constant. Dans la maladie, plusieurs facteurs troublent cette balance en produisant un changement dans la stabilité

du système. Un des facteurs les plus importants, tendant à augmenter l'agglutination et l'agrégation des érythrocytes et conséquemment le taux de sédimentation, est une variation dans la composition du plasma et ce sont les protéines.

Le mode d'action des protéines du plasma est très discuté.

Certains observateurs croient que cela serait dû à la tension superficielle en diminuant les charges électriques négatives. Les *Lipides*, le cholestérol et la lécithine du plasma influenceraient le taux de sédimentation.

Kurten montra que la lécithine diminue le taux, le cholestérol l'augmenterait.

Leucocyte

Bland et ses associés constatèrent que la femme enceinte qui a une leucocytose de 15.000 montre une sédimentation plus rapide et si le taux de sédimentation décroît, les globules blancs diminuent aussi. Dans le rhumatisme, il existe aussi un parallélisme entre leucocytes et sédimentations. Parfois la fièvre et le leucocyte disparaissent avant que la sédimentation soit redevenue normale. Ceci indique que la sédimentation est un indicateur plus sensible de la persistance de l'infection

Dans un certain nombre de cas de T.B. pulmonaire, il y a augmentation des globules blancs et du taux de sédimentation en même temps, mais les phénomènes sont différents.

Parfois nous rencontrons aussi une sédimentation presque normale chez des tuberculeux très avancés avec une formule leucocytaire très mauvaise. Le mécanisme causant une augmentation du taux de sédimentation dans les cas minimes et dans les cas très avancés est différent.

Certains observateurs expliquent que la sédimentation pathologique est une expression de destruction de tissu et son absorption; alors que, dans les cas minimes, les leucocytes ne progressent pas assez ou qu'ils ne sont pas capables de produire un trouble constitutionnel dans la suspension stable du sang.

Dans les cas très avancés, la toxémie paralyserait la fonction des organes responsables de la production des substances qui augmenteraient le taux de sédimentation.

Pour illustrer cette théorie passons en revue la statistique établie sur 400 patients ayant été hospitalisés au Sanatorium St-Michel de Roberval.

Pour ne pas rendre les statistiques trop arides, prenons seulement les grandes classifications.

La classification de nos malades est faite après lecture radiologique et examen clinique.

Voici un tableau comparatif de nos sédimentations chez les femmes et chez les hommes.

Sur 250 femmes ou filles, voici leur sédimentation:

92 cas de T.B. minime:

Sédimentation:	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90
Nombre de cas:	43	25	11	9	2	1			1

94 cas de T.B. modérément avancée:

Sédimentation:	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	100
Nombre de cas:	5	8	22	15	10	16	8	6	3	1

54 cas de T.B. très avancée:

Sédimentation:	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100	100
Nombre de cas:	1	1	4	2	4	13	13	6	5	2	3

10 cas de pleurésie séro-fibrineuse:

Sédimentation:	0-10	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	90-100	100
Nombre de cas:	0	0	2	1	2	2	1	1	1

Sur 150 hommes, voici leur sédimentation:

34 cas de T.B. minime:

Sédimentation:	0-8	8-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100	100
Nombre de cas:	18	10	4	-	-	1	1	-	-	-	-

89 cas de T.B. modérément avancée:

Sédimentation:	0-8	8-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100	100
Nombre de cas:	9	18	9	13	20	6	5	5	-	3	1

27 cas de T.B. très avancée:

Sédimentation:	0-8	8-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100	100
Nombre de cas:	-	1	1	4	1	5	6	5	1	2	1

Le sexe

Il existe une différence entre l'homme et la femme. Il n'y a pas de différence entre le garçon et la fille avant la puberté. Après la puberté le sang mâle est plus stable que le sang femelle et Fahraeus suppose que cela serait dû au plus petit nombre d'érythrocytes chez la femme.

Age

Chez le jeune enfant la sédimentation est basse et s'accroît avec l'âge parce qu'il y aurait augmentation de fibrinogène.

Menstruations

Durant les menstruations on remarque une augmentation. Plaso et Rourke ont cherché à

déterminer une relation entre le cycle menstruel et la sédimentation.

Grossesse

La seule condition physiologique qui affecte le taux de sédimentation, c'est la grossesse. Fahraeus constata que la sédimentation s'élève durant le premier mois et atteint son maximum à la fin du terme et dure encore deux mois après la délivrance.

Pour Badin et Conas, il est possible de tirer une application pratique de la constatation d'un tel syndrome humoral qui est presque sûrement témoin d'une complication du post-partum même cliniquement non évidente.

Fièvre

Westergren dit que la sédimentation est toujours pathologique quand la fièvre est produite par la tuberculose.

Digestion

Une grande quantité de protéines peut causer temporairement une augmentation de fibrinogène dans le plasma et conséquemment une augmentation du taux de sédimentation.

Facteurs techniques

Comme la sédimentation est une mesure dans le changement de l'état colloïdal du sang produite par la maladie, tous les facteurs qui peuvent influencer cette stabilité doivent être éliminés. Parmi ces facteurs techniques il y a les anticoagulant employés (héparine, citrate de soude, oxalate de potassium, une mixture d'ammonium et d'oxalate de potassium, la longueur et le diamètre du verre, la position du tube, la température.)

MÉTHODES POUR DÉTERMINER LE TAUX DE SÉDIMENTATION

Plusieurs méthodes ont été employées pour

déterminer le taux de sédimentation. Ces méthodes diffèrent dans l'instrument employé, l'anti-coagulant et la manière de faire la lecture. Nous vous ferons grâce de toutes ces techniques, nous contentant de vous énumérer les noms: Westergen, Linzenmeier, Cutler, Rourke et Ernster, Wintrobe, Barbier et Piquet.

Retenons celle de Cutler, celle que nous employons actuellement.

Comme anticoagulant, citrate de sodium 3%. Une partie de solution de citrate pour une partie de sang $\frac{1}{2}$ à 5 cc.

Tubes de 20 MM de longueur gradués en millimètres, diamètre 2 m.m. La sédimentation est lue après une heure.

La normale est de 8 pour les hommes et 10 pour les femmes.

Il peut sembler curieux qu'une méthode aussi précieuse dans l'évolution des maladies infectieuses ne soit employée que rarement. Faut-il ajouter que beaucoup de médecins ne l'ont jamais pratiquée et disent qu'ils peuvent se dispenser facilement de cet examen.

La sédimentation sanguine comporte donc des modifications physiologiques ou pathologiques qu'il importe de connaître. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas reconnaître à la méthode l'intérêt pronostique énorme qu'elle garde en T.B. pulmonaire. Aussi citons-nous en manière de conclusion l'opinion du Dr Lelong, médecin des Sanatoriums de la Seine: « Il est indiscutable qu'il y a un rapport constant entre l'amélioration clinique et l'abaissement de la sédimentation et inversement. Parfois même on a vu celle-ci précéder une rechute et attirer notre attention avant que les phénomènes évolutifs aient pu provoquer une modification thermique et stéthacoustique. De même la persistance d'une vitesse de sédimentation exagérée, après guérison, doit faire douter une évolution favorable malgré l'amélioration clinique. »

ÉTUDE SUR LES OS SURNUMÉRAIRES DU PIED

Raymond LARICHELLIÈRE (Montréal).

Pour des raisons qu'il serait superflu d'analyser ici, les tribunaux, les compagnies d'assurances, les commissions d'accident du travail ont de plus en plus recours à l'opinion médicale dans l'établissement d'une incapacité physique. Or, comme pour la majorité des auteurs les os surnuméraires du pied existent chez vingt-cinq pour cent des individus normaux et qu'il est admis que ces os sont susceptibles de la même pathologie traumatique ou infectieuse que toute autre entité osseuse, il nous a paru intéressant de vous présenter cette étude personnelle de 2,516 radiographies¹ du pied qui illustreront les cas rencontrés le plus souvent dans la pratique courante.

Le pied normal est composé de vingt-huit os en incluant les deux sésamoïdes du premier métatarsien. Conséquemment, toute formation osseuse aperçue en plus de ceux-ci sera considérée comme surnuméraire et composera le sujet de cette analyse. Nous avons étudié une série de deux mille cinq cent seize radiographies prises les unes à la suite des autres pendant environ quatre ans à notre bureau. De ce nombre nous avons constaté l'existence d'os surnuméraires sur huit cent soixante-douze radiographies, ce qui nous rapproche de la moyenne rencontrée par la plupart des auteurs.

Vous me permettrez de vous décliner immédiatement les noms et de vous produire le dessin des os surnuméraires tels que présentés dans le numéro 22 de *Archives of Surgery*, juin 1931, qui contenait en plus, des pages 936 à 975, un article intitulé "Functional disturbances caused by inconstant bones of the foot" et écrit par N. S. Burman et W. P. Lapidus. Ce dernier a beaucoup contribué à la chirurgie du pied.

Nous avons pour notre part vu, sur les deux

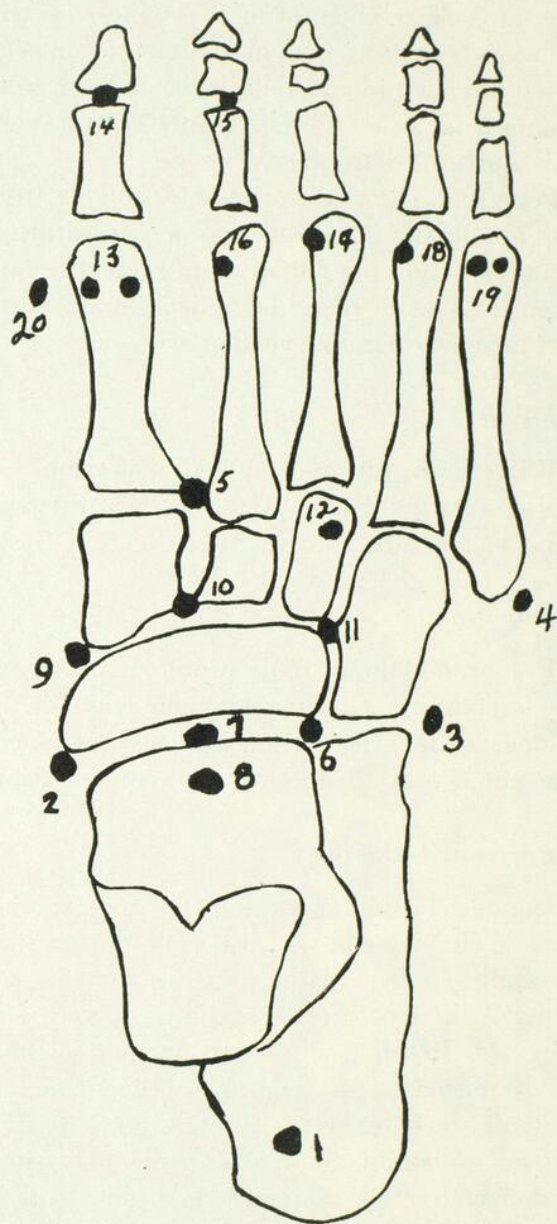


Fig. 1. — 1. Os trigone. 2. Scaphoïde surnuméraire. 3. Os péronéum. 4. Epiphyse styloïde ou os vé-salianum. 5. Os intermétatarsien. 6. Calcanéum secondaire. 7. Os supranaviculare. 8. Astragalus secondaire. 9. Os paracunéiforme. 10. Os intercunéiforme (non visible au R. X). 11. Cuboïde surnuméraire. 12. Os unci. 13. Sésamoïdes constants. 14. Sésamoïde interphalangien. 15. Sésamoïde interphalangien. 16, 17, 18, 19. Sésamoïdes inconstants. 20. Os non décrit.

1. Statistiques en date du 5 avril 1945.

mille cinq cent seize radiographies du pied, deux cent soixante-douze cas de scaphoïdes surnuméraires, ce qui représente une moyenne d'environ dix pour cent de toutes les pellicules étudiées. Cette proportion monte jusqu'à douze pour cent chez certains auteurs. Les os sésamoïdes surnuméraires, en incluant les divisions des sésamoïdes du premier métatarsien, ont atteint le nombre de quatre cent quarante et un et de ce chiffre les sésamoïdes du cinquième métatarsien sont les plus fréquents, soit quinze. L'os intermétatarsien s'est montré dix fois et nous avons aussi vu dix-neuf os péronéum, un os trigone, cinq astragales surnuméraires, neuf vésalianum, quarante interphalangiens, un tibial, trois sub-tibiaux, deux de la base du cinquième métatarsien, deux paracunéiformes, un calcanéum secondaire, deux sésamoïdes incomplets et un os intercunéiforme. On nous permettra de présenter ici un os surnuméraire que le hasard nous a offert et qui n'a pas encore été décrit dans toute la littérature consultée. Il est situé sur le bord interne de la tête du premier métatarsien. Nous l'avons vu avec joie et il n'a pas encore reçu de nom officiel.

Les os surnuméraires existent aussi bien chez l'homme que chez la femme; ils ne s'ossifient que vers l'âge de douze ans et peuvent indifféremment se rencontrer sur un pied seulement ou sur les deux à la fois. Ils peuvent être intimement liés à un os ou encore en être tout à fait indépendants et dans ces cas ils sont contenus habituellement dans les tendons. La radiographie ne permet pas d'établir leur grosseur exacte parce que ce sont des centres d'ossification contenus dans une enveloppe cartilagineuse assez épaisse. Cette explication permet de concilier l'aspect radiologique d'un sésamoïde du premier métatarsien qui paraît fracturé, mais que la dissection présente comme un seul os. Les os surnuméraires du pied se transmettent des parents aux enfants, mais à un moindre degré que d'autres caractères

res tels que l'hypermobilité et le raccourcissement du premier métatarsien.

Les os surnuméraires sont des vestiges accidentels d'un caractère ancestral dans la grande évolution de l'espèce animale. Nous ne voulons pas, par les présentes, entreprendre une discussion trop élaborée sur ce sujet parce que cette étude ne s'y étend pas, mais nous croyons qu'il serait intéressant, tout en restant dans les limites de cette question, d'étudier l'évolution du pied à travers les temps. Le pied est une partie du corps humain où l'évolution de l'espèce animale peut le plus facilement être suivie, et en suivant les étapes reptilienne, amphibienne, arboréale et enfin plantigrade, il est possible de retrouver à chacune de ces phases les éléments qui constituent encore chez l'homme les moyens physiques de locomotion. Or c'est dans l'époque pléistocène que le pied humain a pris ses caractères définitifs chez les plantigrades d'alors, qui eux-mêmes avaient déjà perdu ces formations osseuses que nous appelons surnuméraires. Par ailleurs, la phase intermédiaire entre l'anthropoïde et l'homme n'a laissé que des vestiges sous forme d'empreintes sur le sol et c'est Félix Trombe qui prétend les avoir découvertes dans la cave du château de Montespan à Gentil les Bains, en Haute-Garonne. Nous pourrions maintenant ajouter que, dans la série animale, c'est le pied du gorille qui ressemble le plus à celui de l'homme et parmi les anthropoïdes, suivant les évolutionnistes, la division se serait faite du chimpanzé vers l'orang-outang d'une part et le gorille d'autre part. Nos prétentions et nos connaissances se limitent à peu près à ceci, tous voudront croire que nous ne voulons pas les mettre en cage. En définitive, les os surnuméraires du pied tirent leurs noms d'os retrouvés dans les organes de locomotion des poissons, des reptiles, des oiseaux, et des autres animaux.

(à suivre)

**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, No 10 — Montréal, octobre 1949

**LE PROBLÈME DE L'ÉPISTAXIS
NASALE**

L'épistaxis veut dire: saignement de nez. Le sang provient le plus souvent de la tache vasculaire antéro-inférieure de la cloison, juste en arrière du vestibule nasal: c'est la zone d'épistaxis de Kisselbach ou de Little; cependant, toute partie de la muqueuse du nez et des sinus peut donner naissance à l'épistaxis et l'artère maxillaire interne est l'artère nourricière de tout ce territoire.

L'hémorragie nasale abondante place toujours le médecin devant un double problème: en rechercher l'origine locale et éloignée, instituer le traitement urgent direct et indirect. En pratique, comme dit Laurens: «... le plus souvent, le traitement primera la recherche de la cause». Ogura et Senturia tracent un tableau complet de la question.

Dans son étude anatomo-pathologique de la zone d'épistaxis, Dohlman résume les signes locaux à ce qui suit: thrombose du plexus veineux sans atteinte de l'endothélium; absence de réaction inflammatoire, mais altération de l'épithélium externe des capillaires d'où vient leur fragilité.

Cette fragilité capillaire représente souvent une manifestation associée à des facteurs tantôt endogènes: inflammation aiguë ou chronique, surtout le

rhumatisme, dyscrasie sanguine, hypertension, hépato-néphrite, télangiectasie, avitaminose, tumeur bénigne ou maligne; tantôt exogènes c. à d. locaux ou de voisinage: fracture du nez, traumatisme facial ou crânien, ulcération ou perforation de la cloison, hémorragie post-opératoire, corps étranger, manœuvres endonasales, sinusite, adénoïdite.

Peu importe la cause, le premier geste à poser, consiste à arrêter l'hémorragie nasale.

Parmi les méthodes thérapeutiques anciennes et récentes, les tamponnements antérieur et postérieur restent toujours le moyen le plus efficace.

Tamponnement. On pratique le tamponnement antérieur à l'aide de coton absorbant ou de gaze; la gaze s'applique en accordéon dans la fosse nasale, les deux extrémités distale et proximale s'extériorisant en dehors de la narine. On peut le remplacer par un ballon de caoutchouc ou un doigt de gant de chirurgien.

Pour le tamponnement postérieur, il vaut mieux employer un tampon de gaze; l'otite en est la complication la plus fréquente.

Coagulants. La thrombine topique (P. & D) est le plus efficace; on l'instille en surface ou dans le tamponnement. L'oxycel (P & D) et le gel-foam (Upjohn) sont des bandes ou bâtons de cellulose; employée seule, la cellulose peut se montrer inefficace dans un cas rebelle, par le manque de compression suffisante, il faudra donc l'accompagner du tamponnement.

Il ne faut pas trop compter sur l'action exclusive du coagulé et de la vitamine K.

Injections sclérosantes. Fox pré-

tend qu'avec l'injection sous-muqueuse de substance sclérosante au niveau de la zone hémorragipare, il a pu maîtriser la plupart des hémorragies de cette zone: il emploie le psylliate de sodium (Synsol Searle); on pourra aussi se servir d'agents tels que quinine-urethane, morrhuate de soude, etc.

Vaso-constricteurs. L'action de l'éphédrine 1% est moins violente et plus durable que celle de l'adrénaline 1/1000. McLaurin, J. W., a constaté que l'injection I.M. d'extrait pituitaire (pitressin) favorise l'hémostase après l'amygdalectomie. Il devrait en être de même dans l'épistaxis.

Cautérisation. On doit y recourir avec précaution et modération, ne jamais agir en profondeur; elle peut produire une ou des ulcérations d'où un plus grand nombre de capillaires atteints qui deviendront des robinets difficiles à fermer.

Agents chimiques: à l'aide d'un petit tampon imbibé ou d'une perle, on pratiquera un attouchement superficiel; le nitrate d'argent 5 à 15%, l'acide chromique, l'acide trichloracétique sont devenus d'usage classique.

Galvano-électro-coagulation: appliquée superficiellement, elle agit favorablement; elle semble moins efficace chez les personnes âgées, car la croûte nécrotique, lors de sa chute, facilite la récurrence de l'hémorragie en laissant parfois une ulcération plus large, surtout si on a exécuté une cautérisation un peu trop généreuse.

R. S. — M. Rainey et Lyman ont démontré que le décollement de la muqueuse hémorragipare à la façon de l'opération sous-muqueuse s'est avéré un moyen efficace, particulièrement

en présence d'une ulcération surmontant un éperon.

Dans quelques-uns de nos cas, nous avons été témoin de la régénération de la muqueuse après application combinée de pommade vitaminée et d'un tampon légèrement compressif; il s'agissait d'ulcération de la cloison ayant dénudé le cartilage.

Ligature de la carotide externe. En présence d'une situation désespérée après l'échec des moyens ci-haut mentionnés, seule la ligature de la carotide externe deviendra la planche de salut.

Nous l'avons pratiquée souvent comme temps préliminaire à la chirurgie majeure de la face et comme mesure préventive de l'hémorragie dans certains cas de cancers nécrosants de la bouche. Mais le procédé s'est montré salutaire chez deux malades moribondes presque saignées à blanc par une épistaxis rebelle, réfractaire aux tamponnements, aux médicaments et aux transfusions.

Chez un autre malade en état d'épistaxis abondante ayant nécessité des transfusions, l'opération Caldwell-Luc a fait cesser l'hémorragie nasale définitivement, le patient souffrant de sinusite chronique.

Ogura et Senturia affirment que la gravité et la fréquence de l'épistaxis se manifestent surtout avant l'âge de 25 ans et après l'âge de 50 ans, que dans 80% des cas, elle siège à la partie inférieure de la cloison.

A la suite de cet aperçu actuel de la question, on peut donc répéter que la solution du problème de l'épistaxis relève en premier lieu du médecin traitant aidé au besoin de l'oto-rhinolaryngologiste.

Valmore LATRAVERSE

HYGIÈNE ET MÉDECINE SOCIALE

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

A l'occasion de la deuxième Assemblée mondiale de la Santé, dont les assises se sont ouvertes le 13 juin 1949 et ont été tenues à Rome dans l'enceinte de Palazzo Venezia, il nous paraît opportun de faire connaître à nos lecteurs ce qu'est l'Organisation Mondiale de la Santé, ses fins, ses travaux et ses accomplissements depuis sa fondation. Nous continuerons d'ailleurs à les renseigner sur les activités de cet organisme sans porter aucun jugement définitif sur son utilité réelle et les résultats pratiques de ses opérations. D'ailleurs, ce que peut obtenir en réalisation un organisme d'une telle ampleur d'application, nécessite le temps qui permet la coordination objective des renseignements parvenant aux comités chargés des vérifications.

(R. A.)

Dans un monde où les distances ne comptent plus, la santé sera désormais un bien inaccessible aux nations comme aux individus si les gouvernements et les peuples ne joignent pas leurs efforts en une coopération d'une ampleur inconnue jusqu'ici. Il ne sera plus possible, dorénavant, de compter sur de simples mesures de défense contre les maladies du corps humain pour sauvegarder efficacement la santé des peuples.

Se défendre ne suffit plus et les maladies du corps ne sont pas le seul ennemi à combattre. Si l'on veut que l'homme jouisse d'un meilleur état de santé et d'une plus grande somme de bonheur — ou même simplement que la race humaine survive, il faut mener sans trêve et sur tous les points du globe *une offensive acharnée*, non seulement contre les maladies du corps, mais aussi contre celles de l'esprit et contre les inégalités sociales, sources de conflits.

S'appuyant sur ces principes, l'Organisation Mondiale de la Santé est résolue à adopter une politique positive et militante pour garantir à tous les peuples le meilleur état de santé possible.

LES ORIGINES

Certaines formes de coopération entre pays, dans le domaine sanitaire, sont très anciennes. Les mesures de quarantaine, par exemple, existent depuis plusieurs siècles et les Etats appliquent depuis de longues années des conventions sanitaires internationales destinées à empêcher la propagation des maladies. Sous les aus-

pices de la Société des Nations, la collaboration internationale s'est étendue à divers domaines tels que l'information épidémiologique, l'échange des renseignements techniques les plus divers et la lutte contre certaines maladies.

Toutefois, *une ère entièrement nouvelle* s'ouvrit pour la collaboration dans le domaine sanitaire lorsque, le 22 juillet 1946, les représentants de plus de soixante pays, réunis à New-York en une Conférence internationale de la Santé, décidèrent, à l'unanimité, d'adopter la Constitution de l'OMS. Ce document, véritable déclaration des droits de l'homme à la santé, est maintenant connu sous le nom de « Grande charte de la santé ».

Les fonctions et la structure de la nouvelle organisation telles qu'elles étaient définies dans le projet de constitution, furent examinées, discutées et révisées, au cours de cinq semaines de travail, par la Conférence internationale de la Santé — la première de cette importance qui eût été convoquée sous l'égide des Nations Unies. Antérieurement, au cours de la même année, un avant-projet de constitution avait été élaboré par une Commission technique préparatoire, réunie à Paris sur les instructions du Conseil Economique et Social des Nations Unies. Dès 1945, d'ailleurs, l'établissement de la nouvelle organisation avait fait l'objet d'une recommandation de la part des délégations du Brésil et de la Chine, lors de la Conférence des Nations Unies à San Francisco... Telles sont, brièvement résumées, les diverses étapes qui ont marqué la création de l'Organisation Mondiale de la Santé.

La commission intérimaire de l'OMS

Après avoir approuvé la Constitution de l'OMS, les délégués à la Conférence internationale de la Santé de 1946 décidèrent de créer une Commission Intérimaire, composée de représentants de dix-huit Etats. Ils confièrent à cette Commission la double tâche de préparer l'établissement de l'organisation permanente et, dans l'intervalle, d'assurer les principales fonctions qui incombait auparavant à certaines institutions telles que l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations, l'Office International d'Hygiène Publique (Paris) et la Division sanitaire de l'UNRRA.

Au cours de ses deux années d'existence, la Commission Intérimaire a progressé sur une vaste front, en s'attaquant à un grand nombre des problèmes sanitaires mondiaux les plus urgents.

Des *comités d'experts* ont déployé leur activité

dans des domaines tels que l'épidémiologie et la quarantaine, la standardisation biologique, l'unification des pharmacopées, la paludisme, la tuberculose, les maladies vénériennes, les statistiques démographiques, etc.

Un programme d'aide sanitaire, comportant une assistance d'ordre technique et pédagogique aux autorités nationales de quatorze pays d'Europe, d'Afrique et d'Asie qui recevaient auparavant une aide de l'UNRRA, a été repris et continué.

Les services de renseignements épidémiologiques, créés par des organisations précédentes, ont été maintenus et améliorés, et une série de publications sanitaires internationales de caractère technique ou général ont paru.

Le résultat le plus impressionnant dont puisse s'enorgueillir la Commission Intérimaire de l'OMS a été le succès de son assistance au Ministère de la Santé d'Égypte pendant l'épidémie de choléra de 1947. La demande d'aide adressée par l'Égypte rencontra un accueil si chaleureux que la collaboration internationale sans précédent qui s'établit ensuite aboutit à une victoire complète sur l'épidémie dans les six semaines qui suivirent la notification du premier cas. Il fut ainsi possible d'épargner des milliers de vies humaines et, par surcroît, en évitant les bouleversements économiques et sociaux qui auraient nécessairement résulté d'une pareille calamité, de réaliser une économie d'une importance incalculable.

Dans l'intervalle, les travaux préparatoires en vue de l'établissement de l'organisation permanente se poursuivaient. Toutefois, les dispositions définitives ne pouvaient être prises avant que la Constitution eût été ratifiée par vingt-six États Membres des Nations Unies. Au début du printemps de 1948, le nombre de ratifications requis fut enfin dépassé. Moins de trois mois après, le 24 juin 1948, la première Assemblée Mondiale de la Santé se réunit à Genève pour établir l'organisation mondiale unique dont la création avait été prévue deux ans auparavant à New-York.

CE QU'EST L'ORGANISATION

Aujourd'hui, l'Organisation Mondiale de la Santé, qui réunit plus de cinquante nations de toutes les parties du monde, compte parmi les principales institutions spécialisées des Nations Unies et, étant accessible à tous les États, elle comprendra, en définitive, des représentants de l'humanité tout entière.

Mais ce qui importe plus encore que son envergure et son rayon d'action, c'est sa conception des devoirs et des responsabilités qui lui incombent en tant qu'institution internationale chargée des questions de santé. Le but de l'Organisation, tel qu'il est défini dans la Constitution, n'est rien moins que d'assurer à tout être humain le « meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre ».

Cependant, ce but à lui seul ne justifierait pas entièrement le terme de « Grande Charte de la Santé » par lequel on a désigné la Constitution de l'OMS. L'importance véritablement révolutionnaire de ce document réside dans le fait :

de définir la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » qui ne « consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » ;

d'affirmer que la santé ainsi définie « constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » ; et

de reconnaître que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité » et qu'elle « dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États ».

Ces principes, énoncés dans le préambule de sa Constitution, sont les bases mêmes sur lesquelles l'Organisation Mondiale de la Santé a été édiflée. Ils trouvent un écho dans le cœur des hommes. Plus que toute autre caractéristique, ils font de l'OMS ce qu'elle est, c'est-à-dire une arme nouvelle et puissante dans la lutte séculaire de l'humanité contre la misère, la souffrance et le besoin.

CE QUE FAIT L'ORGANISATION

Comme toute autre institution du même ordre, l'OMS doit être considérée non seulement d'après l'idéal qu'elle se propose, mais aussi d'après ses actes.

La tâche essentielle qui incombait à la première Assemblée Mondiale de la Santé, lorsqu'elle se réunit à Genève, au cours de l'été de 1948, était moins de déterminer les activités à entreprendre par l'OMS que de décider celles qu'elle ne serait pas en mesure d'assumer en raison de la modicité de ses ressources. Les problèmes sanitaires pour lesquels une action internationale efficace pouvait et devait être instituée étaient des plus nombreux, et l'Assemblée dut, par conséquent, choisir ceux auxquels il convenait de donner la priorité.

Se fondant sur les propositions soumises par la Commission Intérimaire, l'Assemblée de la Santé aboutit à un accord unanime sur le nombre et la nature des projets à mettre en œuvre ainsi que sur le montant à dépenser. Le budget total, pour la première année complète d'existence de l'OMS en tant qu'organisme permanent, fut fixé exactement à 5 millions de dollars. Cette somme, qui représente les contributions versées par les membres d'après un barème fixe, est plus modique encore qu'elle ne le paraît. En effet, une année d'activité intégrale de l'OMS dans le monde entier

revient ainsi, en moyenne, à environ 1/5 de cent des États-Unis par tête.

Parmi les principales tâches assumées aujourd'hui par l'Organisation Mondiale de la Santé figurent :

six programmes ayant une priorité de tout premier rang — chacun relevant d'une section spéciale du Secrétariat — et concernant : le *paludisme*, la *tuberculose*, les *maladies vénériennes*, l'*hygiène de la maternité et de l'enfance*, la *nutrition et l'alimentation* et l'*hygiène du milieu* ;

une action de grande envergure dans le domaine de l'*administration de la santé publique*, comprenant les hôpitaux et les dispensaires, l'hygiène industrielle, les travaux d'ordre médico-social, les soins infirmiers, l'enseignement de l'hygiène, la rééducation médicale et l'hygiène des gens de mer ;

des recherches sur les *maladies parasitaires*, telles que la schistosomiase qui, dans certaines régions agricoles de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique, met, chaque année, des millions d'individus hors d'état de travailler ; et la filariose, maladie importante qui n'a jamais encore été étudiée sur le plan international ;

des études spéciales sur les *maladies à virus*, telles que la paralysie infantile, la rage, le trachome et la grippe. Le programme de l'OMS relatif à la grippe comporte, pour la première fois dans l'histoire, l'établissement d'un Centre mondial de la Grippe ;

un programme tendant à développer l'*hygiène mentale*, en général, ainsi qu'au point de vue de certains problèmes, tels que l'alcoolisme et la toxicomanie.

Les six programmes prioritaires sont élaborés et coordonnés au siège de l'Organisation, compte tenu des avis donnés par des comités internationaux d'experts ; ils sont mis en œuvre, principalement par des équipes envoyées sur place pour donner des conseils et faire des démonstrations et, d'une manière générale, pour prêter leur assistance aux autorités sanitaires nationales dans la solution de problèmes particuliers.

Ces activités, qui font partie des opérations d'aide sanitaire de l'OMS, sont complétées par un programme de bourses assurant un échange international de médecins et d'hygiénistes, et par un service spécial chargé de donner des renseignements et des avis concernant la documentation médicale et le matériel d'enseignement ainsi que l'obtention de fournitures médicales, en temps normal aussi bien que dans des circonstances exceptionnelles, comme l'épidémie de choléra qui a sévi en Égypte.

Outre un grand nombre d'initiatives entièrement nouvelles touchant à la coopération internationale

dans le domaine sanitaire, l'OMS progresse dans d'autres sphères où des organisations précédentes avaient déjà fait œuvre utile :

la *standardisation biologique* et l'*unification des pharmacopées* se poursuivent ;

un système uniforme de *statistiques sanitaires* pour tous les pays est mis en vigueur. C'est la première fois que des mesures législatives sont prises dans le domaine de la santé par une institution internationale ;

la *Règlementation quarantenaire internationale* est actuellement révisée à la lumière des connaissances scientifiques modernes ; elle est destinée à faire partie, avec d'autres règlements, d'un code sanitaire international ;

la réunion et la diffusion de *renseignements* et de *statistiques épidémiologiques* sont en voie de perfectionnement.

Enfin pour une grande diversité de questions intéressant les normes sanitaires, l'Organisation maintient, soit par voie d'accords, soit sur des bases moins formelles, une collaboration et une liaison étroites avec les divers organes des Nations Unies, avec un certain nombre d'autres institutions spécialisées des Nations Unies (notamment, l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture, l'UNESCO et l'Organisation Internationale du Travail), avec le Fonds International Secours à l'Enfance et avec un nombre croissant d'organisations internationales non gouvernementales exerçant une activité dans le domaine de la santé.

COMMENT FONCTIONNE L'ORGANISATION

Les organes de l'OMS et leurs principales fonctions sont :

l'*Assemblée Mondiale de la Santé* qui est composée de délégués représentant les États Membres et qui se réunit en sessions annuelles ordinaires pour fixer les grandes lignes de la politique générale de l'Organisation, pour décider de ses programmes et de son budget et pour adopter tous règlements sanitaires internationaux qui pourraient être nécessaires ;

le *Conseil exécutif* qui est composé de 18 membres appartenant à un nombre égal de pays, désignés par l'Assemblée, et qui se réunit au moins deux fois par an pour appliquer les décisions et directives de l'Assemblée, pour préparer l'ordre du jour des sessions de l'Assemblée et pour prendre des mesures d'urgence en cas d'événements exigeant une intervention immédiate ;

le *Secrétariat* qui comprend le Directeur général et le personnel technique et administratif de l'Organisation et qui expédie tout le travail courant. Il existe déjà, ou il sera créé, des *Bureaux régionaux* dans six grandes zones géographiques du monde (Méditerranée orientale, Pacifique occidental, Asie du Sud-Est, Afrique, Europe et les Amériques) pour répondre aux besoins spéciaux des différentes régions et éviter les dangers d'une centralisation trop poussée. En outre, à partir du 1er janvier 1949, un bureau administratif spécial sera créé, à titre temporaire, pour les régions d'Europe dévastées par la guerre.

Au cours de sa première session, tenue en juillet 1948, le Conseil de l'OMS a élu Sir Aly Tewfik SHOU-SHA, Pacha (Egypte) en qualité de Président; d'autre part, l'Assemblée de la Santé a nommé le premier Directeur général de l'OMS en la personne du Dr Brock CHISHOLM (Canada).

PUBLICATIONS DE L'OMS

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé... contient des articles techniques relatifs à l'activité de l'OMS et de ses Comités d'experts... éditions séparées, en anglais et en français.

Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé... renferme des renseignements d'ordre général sur l'Organisation... paraît tous les mois en anglais, en français, en espagnol, en russe et en chinois.

Recueil international de législation sanitaire... contient le texte intégral ou des extraits de lois et règlements sanitaires de différents pays... éditions séparées, en anglais et en français.

Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé... contiennent les procès-verbaux des séances ainsi que les rapports et documents de l'OMS et de ses principaux organes... éditions séparées, en anglais et en français.

Relevé Epidémiologique Hebdomadaire... contient des notifications en anglais et en français sur les maladies qualifiées de « pestilentielles » dans les conventions sanitaires internationales... destiné principalement aux usages officiels.

Rapport Epidémiologique et Démographique... contient des statistiques sur les maladies infectieuses, les taux de mortalité, etc., ainsi que divers articles et notes sur des questions d'épidémiologie et de démographie... publication bilingue (anglais et français) paraissant tous les mois.

Tous les détails complémentaires relatifs à ces publications peuvent être fournis sur demande. Les demandes de renseignements sur les activités de l'Organisation doivent être envoyées aux adresses suivantes:

Bureau d'Information, Organisation Mondiale de la Santé, Palais des Nations, Genève, Suisse, ou Public Information Office, World Health Organization, 350 Fifth Avenue, New York 1, New York, U.S.A.

UNE ANNÉE DE PROGRÈS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Le 1er septembre 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé devenait une institution spécialisée permanente des Nations Unies. Depuis lors, elle a accompli de rapides progrès vers la mise en œuvre du programme global d'amélioration de la santé, décidé quelques semaines auparavant par la Première Assemblée Mondiale de la Santé.

Cette Première Assemblée, à laquelle participaient médecins et experts de la santé publique de soixante-dix pays, avait tenu ses assises à Genève, au Palais des Nations, du 24 juin au 24 juillet 1948. Les délégués présents à cette réunion historique se trouvèrent placés devant deux tâches principales: tout d'abord établir le statut permanent de l'OMS, ensuite déterminer dans leurs grandes lignes les activités que l'Organisation devait entreprendre au cours de la période initiale de son existence.

Parmi la multitude de grands problèmes de santé qui peuvent et qui doivent, tôt ou tard, être abordés à l'échelle mondiale, il convenait d'établir certaines priorités en vue du travail à accomplir. Un accord fut atteint sur six problèmes de cet ordre qui constituèrent le programme principal pour 1949. Il fallut, en outre, continuer d'assurer un certain nombre de services déjà fournis à des gouvernements. Enfin, un groupe d'autres projets à longue échéance, dont l'urgence était à peine moindre que celle des six problèmes faisant l'objet de programmes prioritaires, vint s'y ajouter. Le budget total pour la première année d'activité fut fixé à 5 millions de dollars.

Qu'a fait l'OMS au cours des quelques mois qui se sont écoulés depuis sa « majorité »? Quels ont été les progrès accomplis dans l'application des décisions prises par la Première Assemblée Mondiale de la Santé?

LA COMMISSION INTÉRIMAIRE DE L'OMS

Certaines fonctions et activités fondamentales lui furent transmises par la Commission Intérimaire de l'OMS. Elles comprenaient des services tels que la communication aux autorités sanitaires des renseignements les plus récents sur l'apparition et la propagation de maladies épidémiques, un travail important dans le domaine des statistiques sanitaires et l'établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques et pharmaceutiques. En outre, la Commission Intérimaire de l'OMS avait élaboré et, parfois même, déjà commencé d'appliquer des

plans détaillés dans les domaines du paludisme, de la tuberculose, des maladies vénériennes et de l'hygiène de la maternité et de l'enfance.

Tout en continuant et en développant les activités ainsi reprises de la Commission Intérimaire, l'OMS se trouva également placée en face de problèmes d'organisation considérables et devant la nécessité d'établir des plans nombreux dans des directions entièrement nouvelles en vue d'une vaste collaboration internationale portant sur les questions de santé. Ici encore, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne plusieurs projets d'une extrême importance sociale. Ces projets se rapportant à la nutrition, à l'hygiène du milieu, à la santé mentale et à certains aspects de l'administration de la santé publique.

Le travail de la Division des Opérations d'aide sanitaire, complété par les différentes prestations de services aux gouvernements et par diverses activités, déjà mentionnées, de la Division d'Epidémiologie, a été d'une valeur immédiate pour les Etats Membres. Les opérations d'aide sanitaire de l'OMS prennent les formes suivantes: envoi d'équipes de démonstrations, d'experts-conseils et de techniciens chargés de donner des avis, échanges de publications et de renseignements sur les acquisitions récentes de la science et de la technique. En outre, par un programme de bourses d'études largement international, des médecins, des spécialistes de la santé publique et des infirmières se trouvent en mesure d'étudier les méthodes appliquées dans des pays autres que le leur.

ACTIVITÉS ET PROGRAMMES PRINCIPAUX

Le paludisme, la tuberculose et les maladies vénériennes sont des ennemis publics responsables de souffrances humaines et de pertes économiques incalculables. La science médicale moderne dispose d'armes puissantes pour attaquer ces trois ennemis qui ne peuvent, toutefois, être vaincus que par une action vigoureuse.

L'amélioration récente survenue en de nombreux pays dans les domaines de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, de la nutrition et de l'hygiène du milieu, est le résultat direct d'une conception meilleure de la responsabilité qui incombe à l'administration de la santé publique. Importante en elle-même, cette amélioration est particulièrement significative, car elle montre ce que l'on peut attendre d'une application future toujours plus large des principes de «santé positive» au point de vue d'un bien-être humain accru et d'une plus grande joie de vivre.

Considérant ces faits importants et universellement reconnus, la Première Assemblée Mondiale de la Santé décida, l'an dernier, que l'OMS devrait confé-

rer une priorité de premier rang à l'aide accordée aux services nationaux de santé en vue de détruire ces trois fléaux — le paludisme, la tuberculose et les maladies vénériennes — tout en organisant, en même temps, la défense individuelle de la santé par de meilleurs soins donnés aux mères et aux enfants, par une meilleure alimentation, un meilleur logement et, d'une façon générale, par de meilleures conditions d'existence.

Paludisme

«Le paludisme, qui atteint encore des millions d'individus dans certaines parties du monde, qui diminue leur capacité de travail et cause de nombreux décès, mais qui peut être efficacement combattu par de nouvelles méthodes prophylactiques et thérapeutiques, est l'une des premières questions auxquelles l'OMS a accordé une attention particulière... L'OMS a aidé les gouvernements à mener la lutte contre cette maladie... Elle a conduit l'opinion publique à envisager, pour la première fois peut-être, la suppression du paludisme sur le plan mondial.» Cette déclaration est extraite du rapport sur les activités de l'OMS en 1948, présenté par le Directeur général à la Deuxième Assemblée Mondiale de la Santé qui se réunit à Rome.

En Italie et en Grèce, ainsi que dans plusieurs autres pays, une guerre totale a été déclarée aux anophèles, insectes vecteurs du paludisme. L'OMS se tient en étroit contact avec le Gouvernement italien à qui elle a donné des conseils et fourni une assistance technique pour l'exécution d'un programme antipaludique quinquennal. En 1948, pour la première fois de son histoire, l'Italie n'a enregistré durant toute cette année que quatre décès dus au paludisme, alors qu'on en comptait des milliers quelques années plus tôt. La Sardaigne a procédé à une expérience qui fait époque, afin d'extirper complètement les moustiques vecteurs de ce fléau.

En Grèce, la campagne antipaludique a obtenu un succès si complet que la fréquence de cette maladie est tombée dans certaines régions de 85% à 5%. Pas moins de 4,733 localités grecques ont été traitées au DDT, arme principale utilisée dans la lutte contre le paludisme, et plus de 285,000 hectares de terrain infecté par les moustiques ont reçu des pulvérisations opérées par avion. Dans l'intervalle, une action antipaludique de grande envergure a commencé ou doit débiter prochainement dans de nombreux autres pays parmi lesquels l'Afghanistan, la Bulgarie, la Hongrie, l'Inde, le Pakistan, la Palestine, la Roumanie, la Thaïlande, la Turquie et la Yougoslavie. Partant, le rôle fondamental de l'OMS consiste à donner des avis et des consultations et à démontrer les techniques les plus récentes.

Améliorer la santé des travailleurs de la terre c'est accroître la production des denrées alimentaires, à la condition que des méthodes agricoles convenables soient aussi appliquées. Dans maintes parties du monde, des régions immenses qui ne sont pas utilisées pour l'agriculture ou l'élevage pourraient être rendues habitables si le paludisme en était banni. L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture porte donc un intérêt vital aux plans de lutte contre le paludisme considérés comme l'un des moyens de vaincre la dangereuse pénurie mondiale d'aliments. Ainsi, l'OAA et l'OMS collaborent, sur ces bases, à un certain nombre de projets, qui comprennent des plans destinés à aider l'Inde, le Pakistan, la Thaïlande et la Yougoslavie à s'affranchir du paludisme.

Tuberculose

Par suite de la guerre et des conditions d'après-guerre, la tuberculose a atteint les proportions d'une véritable épidémie dans de nombreux pays. Les décès d'origine tuberculeuse qui intéressent une grande partie des deux milliards d'êtres humains que compte le monde, ou bien ne sont pas reconnus comme tels, ou bien ne sont pas dénombrés, ou encore ne sont ni reconnus ni dénombrés. « Il est impossible — dit un expert de réputation internationale — d'obtenir mieux que l'estimation la plus grossière du tribut prélevé par cette maladie. On peut dire avec certitude que chaque année... plus de trois millions de décès sont dus à la tuberculose sous toutes ses formes et que leur nombre total dépasse probablement cinq millions. »

Dans la lutte qu'ils mènent contre la tuberculose, les pays reçoivent, comme dans d'autres domaines, une aide directe de l'OMS sous forme d'équipes de démonstrations ainsi que d'instructions données par des experts-conseils. L'OMS apporte également sa contribution à l'organisation de cours de formation spéciale pour personnel infirmier et auxiliaire, en diffusant des renseignements sur les plus récents progrès médicaux et en standardisant les nouveaux agents thérapeutiques, tels que la streptomycine, utilisés pour le traitement de la tuberculose.

Cependant, la science médicale moderne insiste maintenant plutôt sur les mesures préventives de toute nature que sur les méthodes curatives. En ce qui concerne la tuberculose, la vaccination au BCG (bacille de Calmette-Guérin) permet aujourd'hui aux bébés, aux enfants et aux jeunes adultes de bénéficier d'un degré relativement élevé de sécurité et de protection contre la « peste blanche ». Pour cette raison, l'Organisation Mondiale de la Santé collabore étroitement avec la Croix-Rouge danoise et les organisations scandinaves qui lui sont associées,

ainsi qu'avec le Fonds international des Nations Unies pour les Secours à l'Enfance (UNICEF) en vue d'exécuter un programme de dépistage par tuberculino-réaction et de vaccination au BCG; ce programme déjà vaste s'élargit constamment. En Europe seulement, 9 millions d'enfants et d'adolescents ont ainsi été examinés et 3,500.000 d'entre eux environ ont été vaccinés. La campagne est actuellement étendue à des pays d'Asie, de la Méditerranée orientale, de l'Afrique du Nord et de l'Amérique latine. Au total cette campagne atteindra probablement cent millions d'individus.

Une quantité de données et d'informations statistiques de haute valeur sont actuellement réunies au cours de cette campagne de vaccination en série, la plus vaste qui ait jamais été entreprise. C'est là une occasion unique d'effectuer des études médicales et épidémiologiques fondamentales sur de nombreux aspects de la tuberculose. Afin d'utiliser pleinement cette occasion, l'OMS a établi un programme de recherches sur la tuberculose; il comporte des bureaux à Copenhague et un personnel d'experts de réputation internationale spécialisés dans les recherches sur la tuberculose.

Tout cela s'ajoute à l'aide que l'OMS a apportée aux gouvernements dans leur action anti-tuberculeuse. Parmi les pays qui, dans ce domaine, ont reçu une assistance et des conseils techniques de l'OMS, on trouve Ceylan, la Chine, l'Égypte, l'Éthiopie, la France, la Grèce, l'Inde, l'Italie, la Pologne et la Tchécoslovaquie.

Maladies vénériennes

La situation d'après-guerre présente deux faits particulièrement remarquables en ce qui concerne les maladies vénériennes. Le premier est l'augmentation alarmante du nombre de personnes atteintes de ces maladies. Les pertes de travail, aux États-Unis seuls, se chiffrent, suivant une estimation, par plus de 100 millions de dollars pour l'année 1946. Le second fait est l'importance primordiale de l'introduction de la pénicilline pour le traitement des maladies vénériennes et la reconnaissance croissante de l'efficacité de ce nouvel antibiotique comme moyen de combattre ces maladies.

La Pologne, après avoir consulté l'OMS, a été le premier pays d'Europe à lancer, contre les maladies vénériennes, une attaque massive fondée sur le traitement à la pénicilline. En quelques mois, plus d'un demi-million de personnes ont été examinées, et 70,000 environ traitées. Des quantités de pénicilline et un équipement représentant une valeur totale de 385,000 dollars ont été fournis par l'UNICEF pour le traitement des enfants et des femmes enceintes, alors que l'OMS envoyait une abondante documen-

tation et un matériel important destiné, entre autres, à l'enseignement. Au cours du mois de mai 1949, un expert vénéréologique de l'OMS s'est rendu en Pologne à cette occasion. Des campagnes du même genre sont en cours en Bulgarie, en Tchécoslovaquie, en Finlande, en Italie, en Hongrie et en Yougoslavie, avec les conseils techniques de l'OMS, et certaines fournitures promises par le FISE. En Yougoslavie, le programme est particulièrement remarquable, tant du point de vue national qu'international, en raison de la fréquence de syphilis endémique ou « constante » en Bosnie-Herzégovine, où les tentatives précédentes de résoudre le problème en recourant aux anciennes méthodes ont échoué.

Hors d'Europe, l'aide prêtée par l'OMS à la lutte contre les maladies vénériennes s'est déjà étendue à l'Éthiopie et aux Philippines et des plans sont actuellement élaborés en vue d'apporter une assistance commune de l'OMS et de l'UNICEF à des campagnes dans l'Inde, en Thaïlande, en Birmanie et au Pakistan. De surcroît, des bourses ont été accordées en 1948 à des spécialistes pour étudier la dermatologie et la vénéréologie dans des institutions situées en dehors de leur propre pays. Entre temps, le travail de rédaction d'un nouveau règlement sanitaire international des maladies vénériennes a également été entrepris. Cette nouvelle législation internationale, qui, à son stade final, sera soumise à l'Assemblée Mondiale de la Santé pour adoption, doit englober l'Arrangement de Bruxelles de 1924 concernant les moyens de traitement des marins atteints de maladies vénériennes. Un programme international de lutte anti-vénérienne visant les ports du Rhin est également en préparation.

Hygiène de la maternité et de l'enfance

Sur dix enfants nés vivants, trois meurent aujourd'hui au cours du premier âge dans de nombreuses parties du monde. Dans d'autres, où l'on ne dispose pas de statistiques dignes de confiance, le taux de la mortalité infantile est vraisemblablement encore plus élevé.

Il a été prouvé que cette situation désastreuse peut être radicalement modifiée. En un délai relativement court, le nombre des décès d'enfants du premier âge est tombé, dans un certain nombre de pays, d'environ 30 à 3 pour cent naissances. Des résultats de ce genre sont dus, en une large mesure, à l'amélioration des services d'hygiène publique et de maternité et à l'enseignement populaire des principes élémentaires de l'hygiène.

L'Organisation Mondiale de la Santé aide et encourage les Gouvernements dans leurs efforts pour diminuer la mortalité infantile et pour élever, d'une

manière générale, le niveau sanitaire familial. La morbidité chez les enfants et les adolescents est presque toujours indûment élevée. De surcroît, les parents et d'autres personnes ignorent souvent les questions touchant au processus du développement mental et les causes auxquelles les difficultés de comportement de l'enfant sont imputables. Des esprits sains sont aussi nécessaires que des corps sains et des foyers sains si les enfants doivent se développer d'une manière satisfaisante. Les connaissances spéciales de l'OMS en matière d'hygiène mentale, de nutrition, de logement et d'assainissement, ainsi que sur les maladies infantiles de tout genre, sont mises en œuvre pour obtenir des résultats maxima dans le programme élaboré pour la santé des mères et des enfants.

En janvier 1949, un comité international d'experts de l'hygiène de la maternité et de l'enfance, convoqué par l'OMS, a siégé pour la première fois. Après une semaine de débats, le comité a recommandé l'extension d'une campagne commune d'immunisation en série contre la tuberculose (voir plus haut) et l'organisation de campagnes analogues contre la diphtérie, la coqueluche et d'autres maladies contagieuses de l'enfance. Le comité a souligné l'importance d'encourager la production de lait pur et insisté sur la publication de monographie faisant autorité et traitant de toute une série de questions qui concernent les mères et les enfants. En outre, les experts ont unanimement approuvé le principe suivant lequel un enseignement de la santé mentale devrait être incorporé aux cours de formation du personnel de toutes les catégories, qui s'occupe de l'hygiène de la maternité et de l'enfance.

L'OMS collabore avec l'UNICEF à l'exécution d'autres plans de grande envergure, qui intéressent directement les mères et les enfants, et parmi lesquels figurent des campagnes antisiphilitiques ainsi que des projets destinés à combattre le paludisme et les insectes. Ces deux organisations, en agissant ensemble ont pu accorder en Europe et dans l'Asie du Sud-Est un grand nombre de bourses pour l'étude de l'hygiène de la maternité et de l'enfance et de questions connexes. Dans l'intervalle des progrès ont également été accomplis en vue de la réunion de renseignements essentiels envoyés par des gouvernements au sujet de leurs besoins d'assistance dans ces domaines.

Nutrition

La relation étroite entre la nutrition et la santé, déjà démontrée par des enquêtes statistiques effectuées en temps de paix, est devenue d'une évidence manifeste dans toute une série de pays, pendant et après la guerre. Une alimentation insuffisante et

pauvre est un facteur déterminant de la tuberculose et d'autres maladies; elle est également directement responsable de nombreux décès et d'un développement insuffisant de l'enfance. Une meilleure répartition et une production accrue sont indispensables pour que des quantités suffisantes d'aliments sains et nutritifs soient mises à la disposition des populations.

L'objectif «de bons aliments pour une bonne santé» est commun à l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture et à l'Organisation Mondiale de la Santé. Elles ont déjà commencé à collaborer par l'entremise d'un comité consultatif mixte. Reconnaissant que tous les programmes pratiques de nutrition présentent des aspects qui intéressent l'une et l'autre organisation, l'OMS et l'OAA établissent actuellement un comité mixte permanent d'experts qui donneront des avis sur le vaste programme que doit entreprendre la section de la nutrition actuellement en voie de création dans le cadre de l'OMS.

Assainissement (Hygiène du milieu)

Plus des trois-quarts des habitants du globe qui peuplent de vastes territoires dans toutes les régions sont encore victimes de maladies provoquées directement ou indirectement par une mauvaise évacuation des matières usées, des approvisionnements en eau impure, la présence d'insectes et une protection inadéquate du lait et des aliments. Aucun progrès durable vers la diminution des taux de mortalité infantile ou dans la lutte contre les maladies telles que la fièvre typhoïde, la dysenterie, l'ankylostomiase ou la peste ne peut être obtenu sans de profondes transformations du milieu environnant. Dans ce domaine où, plus que dans n'importe quel autre, il est possible d'obtenir, par unité de dépenses, un meilleur rendement, la tâche essentielle et à longue échéance de l'OMS consiste à éduquer et à préparer la population, tant urbaine que rurale, à un changement de ses habitudes sanitaires.

Pour de nombreuses questions ressortissant au domaine de l'hygiène du milieu, un travail préliminaire indispensable a déjà été effectué par l'OMS en collaboration avec l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture), et avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (OAA).

Ces derniers mois, l'OMS a fourni des conseils et une assistance pratique dans ce domaine à l'Ethiopie, la Grèce et la Chine. Les dispositions prises, sur l'avis d'un expert de l'OMS, envoyé au début de 1949 pour contrôler les services médicaux et sanitaires organisés en liaison avec l'œuvre de secours des Nations Unies aux réfugiés de Palestine, ont permis de

combattre le danger d'épidémie parmi les 800.000 hommes, femmes et enfants qui se trouvent dans les camps de réfugiés du Liban, de Palestine, de Syrie et de Transjordanie.

Santé mentale

Ce que l'on appelle, de nos jours, l'hygiène mentale est resté pendant des siècles le domaine de la morale et de la religion. Trop souvent, et dans trop de parties du monde, les personnes atteintes de maladies mentales étaient emprisonnées et soumises à un traitement scandaleux. Il a fallu arriver au siècle dernier pour qu'une attitude plus humaine supplantât, par degrés, les anciennes méthodes; ce n'est que tout récemment, et dans un petit nombre de pays, que le corps médical a commencé à manifester un intérêt pour la santé mentale (en tant que distincte de la question des maladies mentales), ainsi que pour les installations qu'exige l'application de mesures préventives.

Ce déplacement d'intérêt se reflète dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui définit l'une des fonctions de l'Organisation dans les termes suivants: «Favoriser toutes activités dans le domaine de l'hygiène mentale, notamment celles se rapportant à l'établissement de relations harmonieuses entre les hommes».

Les questions de santé mentale interviennent dans presque toutes les parties de la médecine. Aussi, l'OMS applique les principes de la santé mentale, non seulement lorsqu'elle s'occupe d'aberrations telles que l'alcoolisme et la toxicomanie, mais également lorsqu'elle établit des programmes de lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes ou le paludisme. Du point de vue de la santé de la maternité et de l'enfance et, d'une façon générale, de l'enseignement de l'hygiène, l'éducation en matière de santé mentale est d'une importance capitale.

Le sujet a été peu exploré. Jusqu'ici, une seule enquête sur les psychonévroses a été organisée selon des méthodes statistiques et pratiquée dans une collectivité industrielle. Cette enquête a révélé que les troubles névropathiques causent une perte d'heures de travail supérieure à celle qu'occasionnent les refroidissements ordinaires. Une des tâches immédiates de l'OMS est donc de rassembler des renseignements complets sur la fréquence et les effets d'un mauvais état de santé mentale dans un grand nombre de domaines. Une autre tâche importante est d'examiner les possibilités existantes de travail qui s'offrent du point de vue de la santé mentale. L'Organisation Mondiale de la Santé favorisera également l'application de méthodes améliorées dans le traitement et la prévention des affections nerveuses et contribuera à élever le niveau de la formation technique, dans de

nombreuses professions où les principes de la santé mentale ont un rôle à jouer.

Le Directeur général de l'OMS a assisté au Congrès international de la Santé mentale, qui s'est tenu à Londres en août 1948. Il en a rapporté une série de recommandations qui ont été adoptées, en principe, par le Conseil Exécutif de l'OMS. Des représentants de l'OMS ont pris part aux réunions convoquées par l'UNESCO pour étudier les « Tensions affectant la compréhension internationale ».

Maladies « pestilentielles »

La peste, la variole, le choléra, le typhus et la fièvre jaune constituent, de nos jours encore, une menace permanente pour des millions d'êtres humains, dans les pays où de vastes populations vivent dans des conditions d'hygiène défectueuses. Il y a des années qu'existent des conventions internationales pour empêcher la propagation de ces cinq maladies dites pestilentielles, au moyen de mesures de quarantaine de différentes catégories. L'Organisation Mondiale de la Santé s'est chargée de continuer les services de notifications épidémiologiques créés depuis longtemps; ces services centralisent des renseignements et envoient des rapports télégraphiques sur l'apparition des nouveaux cas de maladies épidémiques, ainsi que sur les modifications apportées aux règlements de quarantaine dans les ports principaux.

Depuis 1924, les administrations sanitaires en Asie et en Afrique orientale ont reçu, en sus de ces notifications télégraphiques, des bulletins radiophoniques quotidiens diffusés à partir d'un bureau spécial installé à Singapour; ces émissions sont relayées par douze stations. En 1949, un nouveau service a été créé à Genève: il émet chaque jour, en anglais et en français, des bulletins en morse, sur ondes courtes; ces bulletins s'adressent à l'Europe, à la Méditerranée, à l'Asie du Sud-Est, à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande, au Nord-Ouest du Pacifique, à l'Afrique Occidentale, à l'Amérique du Nord, à l'Amérique centrale et à l'Amérique du Sud.

L'Organisation Mondiale de la Santé a créé un Comité d'experts de l'Épidémiologie internationale et de la Quarantaine qui non seulement conseille le service d'informations épidémiologiques, mais aussi travaille à des plans visant à mener une lutte généralisée contre les maladies contagieuses en les attaquant dans leurs foyers d'origine. Si les centres d'infection peuvent être assainis, la nécessité de prévoir de coûteuses mesures de quarantaine en sera considérablement diminuée.

Autres travaux scientifiques

Standardisation biologique: Pour que les résultats obtenus soient satisfaisants, particulièrement dans

les vaccinations et les immunisations, les divers vaccins et sérums utilisés doivent être conformes à des étalons reconnus. L'Institut sérologique d'Etat de Copenhague, l'Institut National de Recherches médicales de Hampstead à Londres ainsi que d'autres laboratoires aux Etats-Unis, dans l'Inde et ailleurs, accomplissent un travail coordonné, conformément aux recommandations du Comité d'experts de l'OMS pour la Standardisation biologique.

Unification des pharmacopées: Les pharmacopées nationales qui contiennent la liste des médicaments utilisés par le corps médical dans un pays donné et définissent les normes de pureté correspondantes, les méthodes de préparation, la posologie etc., constituent, depuis longtemps, des ouvrages-types essentiels. Mais il y a, de pays à pays, de nombreuses inconséquences dans les nomenclatures et les pratiques adoptées. Le Comité d'experts de l'OMS pour l'Unification des Pharmacopées a rédigé la première édition d'une pharmacopée internationale qui donnera des renseignements de base sur plus de 180 substances. Cet ouvrage sera publié sous peu.

Statistiques sanitaires: Avant même que fût créé le Comité d'experts de l'OMS pour les Statistiques sanitaires, un « Manuel de la Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès » avait été achevé. Ce Manuel a été publié par l'OMS en 1948. En février 1949, vingt mille exemplaires avaient été vendus. Une nouvelle édition est en cours de préparation; en attendant, le Comité d'experts nouvellement créé s'est réuni pour la première fois à Genève à la fin du mois de mai 1949.

Médicaments engendrant l'accoutumance: Avec l'invention de nouveaux analgésiques tels que le métopon, la dolantine, le méthadone, etc., de nouveaux problèmes ont surgi, car ces médicaments risquent, peut-être, de provoquer la toxicomanie. Le Comité d'experts des Médicaments engendrant l'Accoutumance conseille les Nations Unies sur les aspects médicaux de ces problèmes et propose les médicaments qu'il conviendrait de placer sous contrôle international.

Administration de la santé publique: Une partie intégrante du programme à longue échéance de l'OMS est l'amélioration des services nationaux de santé publique et leur extension de manière à inclure, dans leur activité, l'assistance sociale, l'enseignement de l'hygiène, la santé mentale, l'hygiène professionnelle, etc.. Une étude sur les administrations de la santé publique est actuellement en cours et des expertises sont faites sur demande.

Fournitures médicales: Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé ne soit pas une agence de secours, elle a à faire face à de nombreuses demandes de prestations, lorsque les services nationaux de

santé publique, par suite de l'impossibilité où ils se trouvent de se procurer le matériel et les produits nécessaires (pénicilline, streptomycine, équipement technique, etc.), sont incapables d'exécuter les campagnes de lutte contre la maladie, qui ont été organisées par les consultants ou les équipes de démonstrations de l'OMS. En liaison avec la Commission Economique de l'ONU pour l'Europe, l'OMS poursuit activement l'établissement d'une série de programmes pour la remise en marche et la modernisation des usines de pénicilline, installées dans certains pays européens par l'UNRRA, au cours de la période qui a immédiatement suivi la guerre.

Coordination des congrès médicaux: Un « Conseil pour la coordination des congrès médicaux » a été créé, en avril 1949, par l'UNESCO et l'OMS conjointement. Il a pour objet d'empêcher les activités des divers congrès de chevaucher et rendra de précieux services techniques aux organismes médicaux non gouvernementaux qui convoquent les congrès.

Une réunion du Comité régional de l'OMS pour l'Europe est actuellement en cours de préparation: elle aura pour objet de créer un bureau régional permanent pour l'Europe entière, qui remplacera le Bureau spécial temporaire.

QUELQUES PROBLÈMES SANITAIRES INTERNATIONAUX

Autres points du Programme et du Budget de 1950

Le programme et le budget de 1950 qui seront examinés par l'Assemblée Mondiale de la Santé — dont la session s'ouvre à Rome le 13 juin — portent sur de grands projets, tels que ceux qui ont été conçus pour lutter contre le paludisme, le choléra, la peste, le typhus, la tuberculose et les maladies vénériennes. Ils abordent aussi les questions importantes de l'assainissement, de la santé mentale et de l'hygiène de la maternité et de l'enfance. En outre, les plans pour 1950 envisagent l'étude approfondie des maladies ci-après qui frappent un grand nombre d'êtres humains et ils préconisent une action pour les combattre:

Schistosomiase. Connue également sous le nom de bilariose, cette infection qui pénètre dans le corps par des parasites aquatiques, sévit dans des régions étendues de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique: on estime qu'elle affecte 150 millions d'êtres humains. Dans certaines régions, jusqu'à 90 pour cent de la population rurale en est atteinte, aussi l'affaiblissement physique et la diminution de la capacité de travail qu'elle entraîne compromettent sérieusement la production de denrées alimentaires.

Parmi d'autres maladies à parasites qui occasionnent de graves pertes de production, et, souvent, de vies humaines, on citera les suivantes:

Filariose. On estime à 189 millions le nombre de cas existant en Afrique, en Amérique centrale et méridionale et en Océanie. Certaines formes provoquent l'éléphantiasis et la cécité.

Trypanosomiase. Fréquemment mortelle, une de ses formes — la maladie dite de Chaga — est fort répandue dans l'Amérique centrale et dans les parties tropicales de l'Amérique du Sud. Une autre forme — la maladie du sommeil — a détruit des populations entières en Afrique, où elle s'attaque également au bétail, empêchant ainsi l'élevage.

Leishmaniose. Par leur fréquence, leur longue durée et, dans un cas (Kala-azar), la mortalité élevée qu'elles entraînent, les formes méditerranéenne, indienne et sud-américaine posent un grave problème international de santé publique.

Ankylostomiase. Largement répandue dans presque tous les pays chauds, cette maladie peut également exister dans les régions tempérées. Par son effet profondément anémiant, elle diminue considérablement la capacité de travail des populations agricoles qui en sont atteintes.

Les maladies pestilentielles du genre de la *variole* et de la *fièvre jaune* exigent des mesures systématiques sur le plan international, afin de prévenir la propagation de l'infection.

Parmi les maladies à virus qui posent un problème international on signalera les suivantes:

Poliomyélite. Aussi appelée « paralysie infantile », cette grave maladie s'est répandue au cours des quarante dernières années.

Trachome. C'est une maladie des yeux, fort commune dans certaines régions, grave et chronique, qui se termine souvent par une cécité complète; sur les 20 millions d'habitants que compte l'Égypte, 90 pour cent en sont atteints. Elle n'a pas un caractère uniquement tropical et peut également se présenter sous des climats tempérés.

Rage. La rage demeure une infection répandue en Europe orientale, en Afrique, en Asie et dans certaines parties de l'Amérique, chez les animaux sauvages et domestiques; elle constitue une sérieuse menace pour l'homme.

Dans de nombreux pays des zones tempérées, les maladies infectieuses ordinaires de l'enfance, telles que la *diphtérie*, la *coqueluche* et la *rougeole*, sont les causes principales de mortalité chez les enfants d'âge pré-scolaire.

Lèpre. Cette maladie est toujours extrêmement fréquente dans les pays tropicaux où elle provoque de longues souffrances et une invalidité progressive chez plusieurs millions de personnes.

L'importance de l'administration de la santé publique tient à ce qu'elle constitue la base essentielle sur laquelle reposent tous les programmes de développe-

ment sanitaire. Les plans de l'OMS pour 1950 comprennent une aide aux administrations nationales de la santé en vue de porter le niveau de leurs services aussi haut qu'il est pratiquement possible.

La *nutrition* sera étudiée et des mesures seront prises pour élever le niveau alimentaire de divers groupes de population dont certains ont des habitudes alimentaires qui provoquent des maladies évitables, telles que le béri-béri et la pellagre. C'est une alimentation inadéquate qui est responsable de la faible productivité de millions de travailleurs.

Comme le soutien du public et son instruction sont essentielles en vue du succès des programmes de santé publique, *l'enseignement populaire de l'hygiène* est important pour tous les peuples. Le but de l'OMS est d'aider les gouvernements à appliquer les méthodes et les techniques d'éducation sanitaire les plus efficaces.

La *formation du personnel médical et auxiliaire* joue un grand rôle pour atteindre l'objectif que constitue la protection de la santé mondiale, en raison spécialement de l'inégale répartition actuelle de ce personnel. L'Amérique du Nord, l'Europe et l'URSS comptent, en moyenne, un médecin pour 1,200 habitants. Dans l'Amérique latine, dans l'Union Sud-Africaine, en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Japon, ce chiffre est, en moyenne, de un médecin pour 1,700 habitants. Dans le reste du monde, le taux ne dépasse pas un médecin par 12,000 habitants ou même plus. Ces régions mal dépourvues de personnel englobent la plus grande partie de l'Afrique et de l'Asie: elles sont habitées par plus de la moitié de la race humaine et comprennent précisément les territoires où les conditions sanitaires sont généralement les plus mauvaises, où de nombreuses maladies épidémiques ont leur foyer et où de riches ressources naturelles pourraient être mises en exploitation. Le programme de bourses de l'OMS pour 1950 représente l'un des efforts entrepris par l'Organisation pour permettre au personnel médical et auxiliaire d'acquérir la compétence voulue. Une aide sera également apportée à différentes régions pour améliorer leurs normes de formation technique et augmenter les moyens éducatifs dont elles disposent.

Les quantités limitées de pénicilline qu'il est possible de se procurer et leur inégale répartition dans le monde font des *recherches sur les antibiotiques* l'une des tâches essentielles de l'OMS. Les connaissances scientifiques et techniques dans ce domaine seront rassemblées, analysées et répandues; l'étude des moyens qui permettraient de maintenir une production satisfaisante sera également encouragée.

Indépendamment de projets spéciaux, tels que ceux qui viennent d'être mentionnés, les services de statistique et d'information nécessaires seront élargis.

Des *statistiques sanitaires* adéquates sont indispensables pour l'élaboration de plans d'action complets et mûrement étudiés, destinés à combattre les maladies, infectieuses ou non. La classification et la mise en tableau des maladies est devenue une tâche internationale.

Les *statistiques épidémiologiques*, en particulier, appellent la réunion de données provenant de toutes les parties du monde et leur transmission rapide à toutes les administrations sanitaires, avec des commentaires appropriés sur la valeur et la signification des informations recueillies.

Une utilisation accrue de ces services importants est envisagée, en attendant l'acceptation du programme et du budget de 1950 par l'Assemblée Mondiale de la Santé, laquelle examinera non seulement les principaux projets et prestations de services, mais aussi l'organisation de recherches indispensables à cette fin.

Tout en donnant une impulsion supplémentaire directe à la campagne antituberculeuse, on envisage d'étayer fortement celle-ci grâce au travail complémentaire de l'organe spécial de recherches créé en 1949 pour évaluer les résultats de la « campagne internationale contre la tuberculose » entreprise, sous la direction technique de l'OMS, par les organisations scandinaves et le Fonds international des Nations Unies pour les Secours à l'Enfance.

La tuberculose prélève encore, chaque année, un tribut d'environ 5 millions de vies dans le monde. Sur la base des recherches entreprises en 1949, on compte pouvoir disposer de renseignements pour diriger contre cette maladie une attaque plus efficace d'envergure mondiale en recourant à la fois à des méthodes d'immunisation et à d'autres procédés de lutte.

Il est prévu, avec cet objectif, que le Groupe de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les Recherches sur la Tuberculose continuera, en 1950, à recueillir, à analyser et à évaluer les observations médicales se rapportant à la lutte antituberculeuse sur le plan international.

LA VICTOIRE REMPORTEE PAR L'ITALIE SUR LE PALUDISME

La deuxième Assemblée Mondiale de la Santé, qui doit s'ouvrir à Rome le 13 juin, va avoir lieu dans un pays affligé, depuis le commencement de l'histoire, par le paludisme, l'une des maladies largement répandues et contre laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé mène actuellement une lutte intensive. Aujourd'hui le paludisme est en voie d'être rapidement éliminé de l'Italie tout entière et cette victoire donne une valeur symbolique au fait que l'Assemblée Mondiale de la Santé se tiendra cette année à Rome.

Cette maladie a frappé cruellement la population de l'Italie, probablement durant la deuxième guerre

punique (218-201 avant Jésus-Christ). Depuis lors, elle a été l'un des plus importants facteurs sous-jacents de l'histoire italienne. Elle a tué des empereurs et des capitaines, des papes et des cardinaux. Elle a transformé en déserts des régions autrefois abondamment peuplées par les anciens Etrusques et elle a sapé l'énergie des habitants des zones impaludées, par contraste avec l'énergie et l'activité de la population des régions exemptes de la maladie.

Mais en 1948, pour la première fois dans l'histoire, on a enregistré seulement quatre décès dus au paludisme, au cours de toute une année. En outre, l'une des grandes îles de l'Italie, la Sardaigne a été le théâtre d'une expérience marquante: il s'agit de l'éradication complète des anophélinés, ces moustiques qui transportent le paludisme d'une personne à l'autre. Ce résultat a été obtenu par une campagne intensive menée conjointement sous les auspices du Gouvernement italien et de la Fondation Rockefeller.

L'arme principale dans le combat mené en Sardaigne contre le moustique vecteur du paludisme, a été le DDT. Ce puissant insecticide a été soumis à des épreuves approfondies et s'est révélé inoffensif pour l'homme et les mammifères, lorsqu'il est utilisé convenablement. Des règles relatives à son utilisation ont été récemment fixées par le Comité d'experts de l'OMS pour les Insecticides. Tenant leur première réunion à Cagliari, capitale de la Sardaigne, les experts internationaux ont eu la possibilité, au printemps dernier, d'observer sur place les résultats de la campagne entreprise. Une intéressante conséquence de la victoire remportée sur le paludisme a été, comme ils l'ont signalé, une diminution marquée du taux de mortalité infantile. Ce fait a été attribué à la destruction, par les insecticides, des mouches et autres insectes domestiques.

Les remarquables succès remportés sur le paludisme par l'Italie doivent encourager les autres régions qui souffrent encore de cette maladie et ils soulignent la sagesse de la Première Assemblée Mondiale de la Santé qui, l'année dernière, à Genève, a décidé que le principal effort de l'OMS serait consacré à assister les gouvernements dans la lutte contre le paludisme.

Dans le monde entier le paludisme ne tue pas moins de trois millions de personnes par an. Particulièrement répandu dans les régions agricoles il cause en outre, d'après les estimations, une perte annuelle de deux milliards de journées de travail, contribuant ainsi à la pénurie actuelle de denrées alimentaires dans tous les pays. Parallèlement, il élève le coût de la vie, même dans les pays exempts de paludisme, car il augmente naturellement le prix de revient des exportations provenant des régions impaludées. La campagne antipaludique de l'OMS, dont la victoire

remportée par l'Italie fait augurer le succès final, portera ses fruits non seulement pour les peuples du monde les plus immédiatement atteints, mais également pour le reste de l'humanité.

AUTOUR DE L'OMS: QUELQUES FAITS IMPORTANTS

Plus de cinquante spécialistes médicaux, infirmières, ingénieurs sanitaires et autres experts de l'OMS sont actuellement au travail dans onze pays différents où ils ont été envoyés à la demande des gouvernements intéressés. Ils enseignent et démontrent au personnel sanitaire local les techniques les plus récentes pour prévenir et combattre la tuberculose, les maladies vénériennes, le paludisme et des maladies auxquelles les femmes enceintes et les enfants sont particulièrement exposés. Les experts de l'OMS sont actuellement à l'œuvre en Chine, en Ethiopie en Grèce, dans l'Inde, en Iran, en Italie, en Turquie, au Pakistan, en Palestine, aux Philippines, et en Yougoslavie. En outre, des experts-conseils de l'OMS s'occupent de différents problèmes sanitaires sur les bases régionales, en Europe, dans la Méditerranée orientale, dans l'Asie du Sud-est et en Amérique du Sud.

* * *

Au cours de ces deux dernières années, l'OMS a accordé plus de 500 bourses d'études à des membres du corps médical de huit pays européens, de la Chine, de la Corée et des Philippines. Les bourses d'études permettent à des experts médicaux particulièrement distingués, ressortissants de pays dévastés par la guerre ou de pays peu développés, de se familiariser avec les derniers progrès des sciences médicales.

En quelques mois, après l'établissement de l'OMS comme institution spécialisée des Nations Unies, 34 pays ont adressé des demandes d'assistance technique de services, de consultations et de fournitures.

* * *

Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, un programme de santé mentale est formulé sur une base internationale à côté de projets qui visent la santé physique. Sur l'initiative de l'OMS, des études, des démonstrations et des campagnes éducatives dans ce domaine font l'objet de plans méthodiques qui visent tout spécialement certaines catégories d'étudiants, certains milieux industriels et les collectivités rurales.

Une récente enquête industrielle effectuée en Grande-Bretagne a montré que, dans les fabriques étudiées, les psycho-névroses provoquaient une perte de refroidissements ordinaires. C'est pour des raisons de production légèrement plus forte que celle due aux

de ce genre que l'OMS porte un intérêt primordial à la question de la santé mentale.

* * *

En Europe seule, huit millions d'enfants ont été examinés dans le courant de cette année pour dépister une infection tuberculeuse éventuelle et trois millions d'entre eux ont été vaccinés au BCG. Cette vaste campagne antituberculeuse est actuellement étendue à l'Asie, à l'Afrique et au Moyen-Orient. Il s'agit d'un effort commun de la Croix-Rouge danoise et de ses organisations scandinaves associées, de l'UNICEF et de l'OMS.

* * *

Le taux mondial de mortalité diminue constamment, d'après un rapport récemment publié par l'OMS. La diminution est particulièrement marquée dans les pays dévastés par la guerre et dans les pays latins d'Europe et d'Amérique.

* * *

Trois fois par jour, dix postes de radiodiffusion émettent de Genève des bulletins de l'OMS et donnent des informations sur les maladies épidémiques dans toutes les parties du monde. Ces émissions, sur antennes orientées vers l'Europe, l'Afrique et les Amériques, sont destinées aux services nationaux de santé, aux fonctionnaires sanitaires des ports et aéroports, aux navires en mer et aux avions en vol. Un service supplémentaire de radiodiffusion de l'OMS est émis de Singapour; il couvre l'Asie et le Pacifique.

* * *

Le gouvernement égyptien a décerné à l'OMS une médaille d'or pour l'« aide inappréciable » rendue au cours de l'épidémie de choléra en 1947.

* * *

Un conseil permanent a été établi à Bruxelles par les soins de l'OMS et l'UNESCO. Il est chargé de coordonner les travaux des Congrès internationaux des sciences médicales. De surcroît, il facilitera la participation d'experts médicaux à ces congrès, organisera des cours pour boursiers durant les congrès et rendra des services techniques.

* * *

On estime que plus des deux tiers de la population du globe est encore exposée aux maladies propagées par la malpropreté. Dans de nombreuses parties du monde, il existe toujours des taux de morbidité et de mortalité très élevés dus à la fièvre typhoïde, à la dysenterie, au choléra, à l'ankylostomiase, au typhus et à la peste; ces maladies sont causées principalement par l'insuffisance des mesures d'assainissement.

Le comité d'experts de l'OMS pour l'hygiène de la Maternité et de l'Enfance, a recommandé de vacciner les enfants en série contre les maladies infectieuses telles que la dysenterie, la coqueluche et la variole.

* * *

L'Assemblée Mondiale de la Santé est le premier organisme qui ait formulé une législation internationale dans le domaine de la santé. A sa première session, elle a promulgué le règlement sanitaire international No 1: il concerne les statistiques de maladies et causes de décès. Ce règlement vise à normaliser les statistiques sanitaires et à uniformiser la notification des causes de décès.

* * *

Un groupe de recherches de l'OMS s'occupe, à Copenhague, de rassembler, d'analyser et d'évaluer les données médicales sur la nature et l'efficacité de la vaccination au BCG qui ont été recueillies au cours de la campagne anti-tuberculeuse menée en Europe.

* * *

Les plus graves menaces qui, dans le monde, pèsent aujourd'hui sur la santé, sont: la tuberculose, le paludisme, les maladies vénériennes, les maladies affectant spécialement les mères et les enfants et les maladies dues à une mauvaise nutrition ou à des conditions sanitaires défectueuses. L'OMS concentre ses efforts pour combattre ces fléaux.

* * *

Les zones de démonstrations sanitaires sont des projets-modèles lancés par l'OMS. Il doivent être exécutés dans des régions arriérées ou peu développées et ils permettront d'attaquer simultanément tous les problèmes sanitaires locaux ou la plupart d'entre eux. Ces projets sont destinés à élever à la fois les niveaux de santé et de vie grâce à des mesures coordonnées.

* * *

Aujourd'hui, le mot « santé » est probablement unique, car soixante-trois nations ont accepté sa définition exacte. Comme le déclare la Constitution de l'OMS: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

* * *

La mortalité infantile est aujourd'hui universellement considérée comme l'étalon auquel on peut mesurer la santé d'une population. A l'heure présente, elle varie de 30 décès (au cours de la première année) pour mille naissances vivantes, à plus de 300 dans certains pays.

* * *

L'OMS prescrit des étalons internationaux pour la préparation de substances biologiques telles que les produits vitaminés et les vaccins. Un travail analogue s'effectue dans le domaine des produits pharmaceutiques et l'OMS publiera prochainement la première Pharmacopée Internationale.

* * *

Au cours de la première année de son existence, qui date de septembre 1948, l'OMS aura établi des bureaux régionaux en Asie, dans la région méditerranéenne, en Amérique et en Europe. Ces bureaux ont pour mission de résoudre rapidement et efficacement les problèmes sanitaires régionaux.

* * *

En 1950, l'OMS publiera 14 publications techniques allant du Relevé Epidémiologique Hebdomadaire à des Manuels pour le traitement de certaines maladies et la lutte contre celles-ci ainsi qu'à des monographies sur des problèmes sanitaires d'importance particulière.

* * *

Bien que le taux de mortalité mondial soit en baisse, cinq millions environ d'êtres humains meurent encore chaque année de tuberculose.

* * *

La mauvaise nutrition peut, sans doute, être considérée comme l'une des lacunes les plus anciennes et les plus fréquentes de la civilisation. Ses effets sont aggravés par des maladies débilitantes, le paludisme notamment, maladies qui diminuent la production agricole. L'OMS et l'OAA ont conjugué leurs efforts pour mener des campagnes destinées à extirper le paludisme et à améliorer les techniques agricoles dans les régions peu développées, de façon

à accroître la production mondiale de denrées alimentaires.

* * *

Les experts de l'OMS estiment que, pour assurer un niveau satisfaisant de santé, il devrait y avoir un médecin par 1,000 ou 1,500 habitants. A l'heure actuelle, le nombre total des médecins dans le monde est estimé entre 850,000 et 900,000. Près de la moitié de la population du globe ne bénéficie pas de soins médicaux appropriés. C'est en Asie et en Afrique que la situation est la plus déplorable.

* * *

Le rendement à la production des ouvriers industriels atteints de maladies vénériennes est de 36% inférieur à la normale.

* * *

Le but final que vise l'OMS est de faire disparaître complètement de la surface du globe un certain nombre de maladies contagieuses telles que le choléra, la diphtérie, le paludisme, le typhus, la fièvre jaune, d'autres encore. Ce but peut être atteint par des campagnes internationales méthodiques destinées à extirper les maladies des zones d'endémicité.

* * *

Toute une nouvelle série d'insecticides, de remèdes et de vaccins protecteurs ont été découverts au cours de ces dernières années; ils permettent aujourd'hui de protéger des régions entières contre de nombreuses maladies dangereuses et extrêmement répandues. Parmi ces nouvelles substances, on compte le DDT, les sulfamidés, la pénicilline et d'autres antibiotiques. Grâce à elles et à de nouvelles techniques chirurgicales, un grand nombre de maladies ont cessé de développer leurs conséquences fatales ou atrophiantes.

“LE DOCTEUR HOOD RAPPORTE...”¹

Ad. GROULX, M.P.H.,
Directeur du Service de Santé (Ville de Montréal).

Ces jours derniers le surintendant de cette division, le docteur Hood, m'a transmis le rapport définitif du travail accompli en 1948 par les inspecteurs sanitaires confiés à sa direction. Les renseignements variés qu'il contient sont du plus haut intérêt et j'ai cru devoir y consacrer cette causerie.

Les médecins vétérinaires inspecteurs attachés à la surveillance de la traite et de la production du lait sur les quelque 5,024 fermes qui expédient à Montréal ont fait 14,945 inspections, soit 14,165 dans les 4632 fermes fournissant le lait à pasteuriser, 154 dans 12 fermes pour le lait spécial et 626 dans 380 fermes de producteurs et expéditeurs de crème.

Les médecins vétérinaires sur les fermes s'occupent de la santé de l'animal et de la salubrité des étables.

Les constatations faites par eux révèlent que 100% des troupeaux sont tuberculinsés par les vétérinaires du Ministère fédéral de l'agriculture; dans un bon nombre de cas on fait le test du sang concernant la recherche de la brucellose; chacun d'eux procède à l'examen physique général de l'animal et porte une attention particulière à la recherche de la mammite; dans les troupeaux producteurs de lait spécial les vaches sont soumises aux épreuves à la catalase, au bromothymol et au tamis pour la recherche de cette maladie.

Les huit inspecteurs sanitaires affectés au contrôle des établissements de pasteurisation et laiteries, ont fait 4,544 inspections dont 3,234 dans les 36 établissements de pasteurisation, 138 dans 11 établissements de lait spécial et 1,172 dans les institutions,

hôpitaux, crèches, garderies, cantines scolaires, etc.

Huit autres inspecteurs sanitaires chargés spécialement de la surveillance du transport du lait depuis son entrée en ville jusqu'à l'usine de pasteurisation et de sa livraison chez les marchands et les consommateurs, ont visité, en 1948, 7,648 endroits, surveillé 1,433 voitures et camions de livraison et fait 13,614 inspections aux gares, dépôts de lait, laiteries, voitures où ils ont collecté 9,989 échantillons de lait et crème pour analyses bactériologiques et 5,789 pour analyses chimiques; ils ont en outre procédé à 205,891 autres examens pour la recherche des sédiments à l'aide de disques et du lacto sédimentateur, les prises de température, les examens organoleptiques, etc.

La consommation totale du lait, crème et sous-produits du lait à Montréal, en 1948, a été de 119,096 gallons par jour, soit 101,790 gallons de lait pasteurisé et 673 gallons de lait spécial, en tout 102,463 gallons de lait. Ces chiffres indiquent une baisse marquée dans la consommation quotidienne du lait depuis trois ans alors qu'elle était de 111,200 en 1945, 113,623 en 1946 et de 108,509 en 1947, c'est-à-dire, une diminution de 10,573 gallons par jour.

Par contre il y a une augmentation dans la consommation de la crème glacée, de 7,166 gallons par jour en 1946 à 10,771 en 1948.

Il n'y a pas de doute que l'augmentation du prix du lait est probablement la cause principale de cette diminution dans sa consommation.

Un autre fait à signaler est la diminution de plus en plus accentuée de la vente de lait spécial ou lait cru: 673 gallons par jour en 1948 contre 1979 gallons en 1945.

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC, Quart d'heure de Concordia », le 21 mars 1949, à 10 heures et demie du soir.

La quantité du lait vendu et consommé à Montréal, en 1948, était pasteurisée dans la proportion de 99.5%; la balance, soit 1/2 de 1% est vendu comme lait « spécial » ou cru et est produit sur 12 fermes seulement comparativement à 46 en 1945.

A la section de l'inspection des viandes, les 12 médecins vétérinaires et les 8 inspecteurs sanitaires chargés de ce travail ont fait, en 1948, 42,084 inspections dans 1,716 endroits: marchés, étaux de bouchers, poissonneries, salaisons et abattoirs.

A un abattoir privé situé en ville, 9,318 carcasses ont été inspectées et approuvées. Dans les quatre stations d'inspection des viandes situées à proximité des marchés Bonsecours, Maisonneuve, Jean-Talon et Atwater ainsi qu'aux magasins de gros, on a inspecté 119,980 carcasses de porc, de veau, etc. Sur ce nombre 459 ont été confisquées. Je rappellerai ici que l'inspection dans les grands abattoirs est sous la juridiction des médecins vétérinaires fédéraux.

Au cours de l'année 1948, 132,499 livres de viande, volaille, poisson, huîtres, charcuterie, etc., ont été condamnées contre 285,135 livres l'an dernier. Ce résultat est probablement attribuable à une grande attention des marchands et au prix plus élevé de la viande.

Pour s'assurer de la qualité de la viande, principalement dans les cas d'intoxication alimentaire, on a soumis 1,033 échantillons pour analyse à nos laboratoires.

Au cours de la présente année financière cinq inspecteurs sanitaires spéciaux ont été nommés pour l'inspection des manufactures de saucisse, salaisons, charcuteries, fumoirs, dont le nombre a augmenté, depuis deux ou trois ans, de 2 à 36 et qui demandent une surveillance continue et assidue durant la manipulation des viandes. Avec la prochaine année financière, en vertu des prévisions budgétaires récemment étudiées et votées ce nombre sera porté à 10.

6,965 établissements de produits alimentaires: restaurants, salles à manger, pâtisseries, boulangeries, confiseries, etc., et 1,245 véhicules de livraison, ont nécessité 52,542 inspections de la part des 15 inspecteurs sanitaires chargés de leur surveillance. Le nombre en avait été augmenté au cours de l'année. Ces établissements comprennent, pour ne citer que les principaux, environ 3,000 magasins de bonbons, 1,300 épiceries, 1,370 restaurants et salles à manger, plus de 300 tavernes, 170 boulangeries et pâtisseries, plus de 230 magasins de fruits et légumes, etc.

Dans ces établissements, 250,013 livres d'aliments de toute nature ont été confisquées et 1,023 échantillons soumis pour analyses à nos laboratoires.

Dans les 58 boulangeries qu'il y a à Montréal 11,264 pains ont été pesés en vertu de la Loi fédérale de la pesée du pain et 499 ont été confisqués au cours des inspections régulières.

Au cours de l'année 1948, à la suite de nombreux avis le service a dû prendre 337 actions contre des établissements mal tenus ou malpropres.

En rapport avec le travail de cette division et conformément aux règlements provinciaux et municipaux, environ 40,000 manipulateurs d'aliments à Montréal doivent se procurer une carte de santé qui leur est remise après un examen clinique et, dans la plupart des cas, un examen radiologique des poumons et une prise de sang. C'est notre politique de généraliser ces derniers examens.

Au cours de l'année, cette division a fait 35 enquêtes à domicile au sujet de 207 personnes victimes d'empoisonnement alimentaire. Dans les trois quarts de ces empoisonnements, on a pu retracer la présence de staphylocoques qui s'étaient multipliés en déversant les toxines à la faveur d'une réfrigération insuffisante ou inadéquate. Les aliments le plus souvent incriminés ont été des sandwiches, du jambon, de la viande hachée,

des salades de viande, des gâteaux à la crème et custards, etc.

L'une des attributions de cette division est de surveiller le lavage de la vaisselle et des verres dans les restaurants, les tavernes, etc. Il se fait actuellement une campagne active pour améliorer le lavage des verres dans les tavernes. Les taverniers, pour la plupart, ont compris la valeur d'un bon lavage des verres. Un peu partout dans la ville on installe des évier à deux bassins. Présentement 25% des taverniers ont installé des laveuses automatiques; un autre 25% ont donné leur commande pour de semblables appareils et on nous informe que les autres hôteliers sont bien disposés à faire pareille installation quand ce sera possible. Les verres sont alors non seulement lavés, mais aussi stérilisés par un produit chimique, ce qui constituera une grande amélioration.

En résumé, les 24 médecins vétérinaires inspecteurs et les 46 inspecteurs sanitaires attachés aux diverses sections de la division de l'inspection des aliments ont fait, en 1948, plus de 123,000 inspections de toute nature et soumis aux laboratoires environ 35,155 échantillons pour analyses bactériologiques et chimiques, en relation avec l'inspection des aliments et la surveillance des établissements de produits alimentaires, et procédé

à plus de 205,891 examens physiques du lait. Ils ont condamné 383,000 livres d'aliments divers.

Le coût de l'administration de l'inspection des aliments représente, dans le budget du service de santé affecté pour la présente année financière, \$240,000 et est porté à \$262,661.00 pour le prochain exercice.

Je ne saurais terminer cette causerie sans rendre un hommage bien mérité à tout le personnel: médecins vétérinaires, inspecteurs sanitaires et employés de bureau de cette division, pour le dévouement qu'ils ont apporté dans l'accomplissement de leur tâche. Cette division est habilement dirigée par le docteur A.-J.-G. Hood, médecin vétérinaire qui en est le surintendant, aidé de son assistant le docteur Jules-A. Brien, maître en hygiène publique, et les docteurs A. Martel, L. Archambault, m.v., et MM. G. Bouchard et L.-G. Forté, chefs de groupe.

Les faits que je viens de vous signaler ainsi que les chiffres que j'ai cités démontrent l'importance du travail accompli pour l'inspection des aliments à Montréal.

Le service de santé fait sa large part dans ce domaine et les citoyens se doivent de seconder ses efforts pour la sauvegarde de la santé publique dans notre ville.

COMMENT LA VILLE DE MONTRÉAL DÉTRUIT LES MAUVAISES HERBES ET FAIT LA GUERRE AUX MOUCHES¹

Roméo MONDELLO,

Ingénieur professionnel, Division de l'inspection sanitaire.

Il existe deux grandes classes de mauvaises herbes que le Service de santé cherche à détruire à Montréal. La première est celle des plantes à pollen, et la deuxième la classe des plantes à dermatites.

La classe des plantes à pollen comprend surtout l'herbe à poux. La fine poussière de pollen que l'herbe à poux libère dans l'atmosphère peut causer le rhume ou fièvre des foins, lorsqu'elle est respirée en assez grande quantité. Les personnes qui sont malades de la fièvre des foins ont les muqueuses respiratoires plus sensibles, et sont dites allergiques au pollen.

La classe des plantes à dermatites est responsable d'éruptions et autres affections cutanées, lorsque la peau vient en contact avec elles. C'est surtout chez les enfants que les plantes à dermatites font le plus de ravages, parce qu'ils vont s'amuser partout où elles poussent: dans les jardins, les cours, les rues et ruelles non pavées, les parcs, les terrains vagues et les champs. Cette deuxième catégorie de mauvaises herbes comprend l'herbe à puce, le panais sauvage, l'ortie et le frêne épineux.

Afin de protéger la population ainsi affectée, les autorités de la métropole ont adopté en 1940 le règlement municipal numéro 1622 concernant les mauvaises herbes. Chaque année depuis cette date, le Service de santé fait parcourir la ville en tous sens par une équipe d'inspecteurs sanitaires afin de repérer les endroits où poussent les mauvaises herbes.

De 1940 à 1946 inclusivement, les propriétaires de terrains privés infestés de mauvaises herbes ont été régulièrement notifiés, au moyen

d'avis écrits, de faire disparaître la nuisance. Dans le temps, les moyens employés par les particuliers pour y arriver étaient surtout l'arrachage à la main à l'aide de gants, le sarclage et le fauchage. En 1945, 1.200 avis ont été envoyés à cet effet aux propriétaires négligents; en 1946, 2.900. Comme plusieurs propriétaires ne demeuraient pas en ville ou étaient allés passer une partie de l'été à la campagne, la mise en vigueur du règlement municipal devenait difficile dans leur cas, parce que le Service de santé ne parvenait pas à les localiser assez rapidement. En outre, plusieurs autres propriétaires ne pouvaient pas se procurer la main d'œuvre et le matériel nécessaires pour détruire les mauvaises herbes avant que celles-ci ne répandent leur pollen dans l'atmosphère. D'autres enfin avouaient qu'ils ne savaient pas identifier les mauvaises herbes, ou bien faisaient un travail à peu près inefficace.

C'est pourquoi en 1946 un nouveau programme d'action fut préparé à la Division de l'inspection sanitaire. Une grande campagne contre les mauvaises herbes fut lancée à l'occasion de la Parade d'Embellissement du quatre mai où le Service de santé présentait un char allégorique sur lequel on voyait une demi-douzaine de personnes armées de faux, de faucilles, de sarcloirs, de fourches, de sécateurs et d'arrosoirs à produits chimiques. Une centaine d'affiches et de panneaux-réclames annonçaient aussi l'inauguration d'une guerre sans merci que la ville a reprise tous les ans depuis, et qui se continue encore aujourd'hui avec l'appui de la population, de la radio et des journaux.

L'année 1946 marque donc une époque dans l'histoire de la ville de Montréal, celle où elle a commencé à détruire les mauvaises herbes

1. Causerie prononcée à l'émission « Tribune des conférenciers de CKAC Quart d'heure de Concordia » le lundi, 15 août 1949, à 10.30 du soir.

elle-même, à l'aide de produits chimiques, pour le bien-être de la population et sa protection contre le rhume des foins. L'expérience acquise au cours des années écoulées a largement contribué à améliorer la méthode de travail et le produit chimique de même que les appareils utilisés pour faire l'arrosage des mauvaises herbes à l'aide de ce produit. Ainsi, tout le mois de mai 1946 fut consacré au défrichage de terrains particulièrement touffus d'arbustes, afin de faciliter l'arrosage chimique éventuel de l'herbe à la puce qui pousse de préférence à l'ombre du feuillage; dix manœuvres armés de sécateurs y furent employés. En Juin, Juillet, Août et Septembre, on fit l'arrosage des mauvaises herbes avec du chlorate de soude, de l'Atlacide et du 2, 4D, répandus à l'aide d'un vaporisateur prêté à la ville par le Ministère provincial d'agriculture.

Le chlorate de soude et l'Atlacide sont des produits solides qu'il faut mettre en solution dans l'eau avant de s'en servir, ce qui obstrue à la longue les orifices de vaporisation, à cause de la dissolution incomplète du produit. De plus, le chlorate de soude employé pur est inflammable. Le 2, 4D sous forme liquide n'offre aucun de ces inconvénients; son action est sélective en ce qu'il détruit les plantes à feuilles larges, mais n'attaque pas les graminées ou plantes à feuilles linéaires, comme le gazon par exemple. Le produit chimique vient en contact avec la feuille, pénètre dans les nervures de celle-ci, puis son action continue dans la tige, pour atteindre enfin la racine qui pourrit sur place.

Une dernière particularité à l'année 1946, c'est que seulement les terrains appartenant à la ville ont été vaporisés, et que près de 3.000 contribuables ont dû être avisés par écrit d'avoir à détruire eux-mêmes, à leurs frais, les mauvaises herbes sur leur propriété.

Pour éviter ce long travail de correspondance et les recherches qu'il occasionnait au Service de santé, de même que les inconvénients de la mise en vigueur du règlement 1622 signalés au début de cette causerie, en 1947 et en 1948 l'arrosage s'est fait partout à travers

la ville, sans distinction de la propriété publique et de la propriété privée, et il se continue de la même façon cette année. De nouveau en 1947, le travail d'arrosage s'est fait à l'aide du vaporisateur du Ministère d'agriculture, mais les autorités de la ville y ajoutèrent trois appareils municipaux, soit trois jeeps d'arrosage, avec remorques, et entièrement équipés. C'est avec ces trois jeeps que nous faisons tout le travail depuis 1948.

Chaque jeep et sa remorque requièrent un personnel de 5 ouvriers sous la direction d'un inspecteur sanitaire. L'équipement comprend:

- 1) un réservoir d'une capacité de 100 gallons d'eau;
- 2) une pompe dont la pression peut varier jusqu'à 300 livres au pouce carré selon les besoins;
- 3) deux boyaux d'arrosage de $\frac{3}{4}$ de pouce de diamètre intérieur et de 75 et 125 pieds de longueur respective, munis à leur extrémité d'une lance à quatre jets;
- 4) un bidon de 5 gallons de produit chimique 2, 4D;
- 5) un tuyau distributeur à 12 jets, appelé « boom », utilisé sur le terrain plat;
- 6) deux arrosoirs portatifs de un et de trois gallons;
- 7) une faucille et un sécateur;
- 8) enfin un coffre à outils et le plan du quartier montrant les rues à parcourir et les terrains à arroser.

Pour la première fois en 1947, 18 stations ont été établies à travers la ville pour faire le captage et la numération des grains de pollen d'herbe à poux, tous les jours durant août et septembre.

Il s'agissait en effet d'organiser une méthode pouvant indiquer la virulence ou nombre-indice du rhume des foins, le nombre de jours pendant lesquels la numération du pollen d'herbe à poux est supérieure à celle que l'on peut respirer sans danger et qui est de 72 grains par verge cube d'air, selon l'Académie américaine d'Allergie, enfin savoir si le travail d'arrosage qui se fait tous les ans accuse vérita-

blement un progrès ou un recul, c'est-à-dire une augmentation ou une diminution de l'indice de la fièvre des foins.

Les stations choisies furent établies dans divers postes de pompiers de façon à nous permettre l'accès à toute heure, tous les jours de la semaine, et le prélèvement des grains de pollen présents dans l'atmosphère s'est fait sur des lames de verre enduites de gélatine glycéinée, pour y faire adhérer les grains, et exposées tous les jours aux dix-huit stations.

Voici le résumé du travail accompli au cours des trois dernières années.

En 1946, 1947 et 1948, la superficie de terrain traité a été de 235, 1440 et 1150 acres respectivement. Cette diminution en 1948 vient de ce que l'on a alors supprimé tout travail supplémentaire. En 1948, vingt-cinq quartiers de la ville ont été couverts, et la concentration du pollen d'herbe à poux dans l'atmosphère s'est maintenue supérieure à la marge de sécurité de 72 grains par verge cube d'air pendant 8 jours seulement, c'est-à-dire du 23 au 30 août. Cette concentration a diminué dans le rapport de 16 à 9 avec celle enregistrée en 1947, soit de presque 50%, et l'on anticipe cette année un nouveau progrès sur l'année 1948. Cela est très encourageant et nous pouvons espérer que, dans quelques années, les citoyens de notre ville n'auront plus à se plaindre de la fièvre des foins qui occasionne souvent un malaise persistant et des pertes de temps coûteuses à ceux et à celles qui sont malheureusement affligés de cette vilaine maladie.

FAISONS LA GUERRE AUX MOUCHES

Il me reste quelques minutes avant de terminer pour dire un mot sur un terrible fléau qui retient tous les ans l'attention du Service de santé dont les conseils ne manquent pas à l'occasion. Il s'agit des mouches, maringouins, sauterelles, poux, puces, punaises et coquerelles, si nuisibles à la population urbaine.

Tous ces insectes sont une nuisance et une cause de malpropreté indiscutables. Les mouches en particulier constituent un véhicule idéal pour transporter les microbes de plu-

sieurs maladies dans nos maisons, sur nos aliments et sur nous-mêmes. Citons en passant la fièvre typhoïde, la paratyphoïde et la dysenterie. Les maringouins chez nous sont ennuyeux surtout parce qu'ils piquent, sucent notre sang et laissent des enflures. Les sauterelles détruisent la végétation en mangeant les plantes, les fleurs et les légumes qui poussent dans nos jardins et parterres. Les poux, les puces et les punaises sucent le sang de l'homme, mordent et irritent la peau; les poux et les puces peuvent quelquefois transmettre le typhus. Les coquerelles s'attaquent à la nourriture et envahissent nos garde-manger.

Il existe plusieurs moyens de nous débarrasser de ces insectes; il faut commencer d'abord par une grande propreté dans nos maisons, sur nous-mêmes, et sur les animaux domestiques comme les chiens et les chats. On peut ensuite éloigner les insectes en leur coupant l'accès de nos maisons à l'aide de fondations étanches et de moustiquaires aux fenêtres et aux portes. Un autre moyen consiste à leur supprimer toute nourriture, soit en mettant les aliments bien à l'abri et hors de leur portée, soit en mettant les déchets de cuisine et autres vidanges dans des poubelles ou des réceptacles bien étanches. On peut encore empêcher l'éclosion elle-même et le développement des maringouins en arrosant les mares d'eau et les marécages avec de l'huile, ou bien en les asséchant entièrement par l'irrigation ou le remplissage des terrains. Il reste le combat direct entre l'homme et l'insecte, comme les pièges, les papiers à mouches et tue-mouches, les soucoupes de poison, la poudre de pyrèthre, le fluorure de sodium, le chlordane et plusieurs autres insecticides, surtout le D.D.T. qu'on a développé au cours de la dernière grande guerre. Le D.D.T. liquide ou en poudre a en effet été utilisé considérablement au cours de la dernière guerre, et les nombreux succès obtenus par son usage en ont fait aujourd'hui un insecticide très recherché.

Le D.D.T. peut être vaporisé sur les moustiquaires, les murs, les planchers et les objets où viennent se déposer les insectes, de même

que dans toutes sortes d'endroits qui peuvent les attirer particulièrement.

C'est avec du D.D.T. que demain et après demain, les 16 et 17 août, plusieurs endroits publics et privés seront traités à Montréal, surtout les marchés publics, les marchés à poisson et à volaille, les dépotoirs municipaux, certaines laiteries et écuries, les postes de cochers du centre de la ville et les abattoirs.

Ce travail sera fait à titre de démonstration à l'aide de l'un des trois jeeps affectés aux mauvaises herbes et, si cet essai préliminaire donne les bons résultats qu'on attend, le Service de santé et celui des Travaux publics auront préparé la voie à une autre campagne annuelle contre les mouches et la vermine à Montréal.

MÉDECINE INDUSTRIELLE

MÉDECINE INDUSTRIELLE¹

Roméo GAGNON (Arvida).

Le médecin canadien français qui s'occupe aujourd'hui de médecine industrielle semble un peu hors de son habitat, je pourrais dire le médecin canadien tout court, tant il est vrai que cette lacune dans l'enseignement de la médecine industrielle existe dans toutes nos universités.

Aux Etats-Unis, le problème a été le même, et le président de l'Association de Médecine Industrielle des Etats-Unis avouait lui-même, il y a quelques années, que ses débuts avec une grande compagnie ne connaissent absolument rien des problèmes qui l'attendaient. Je crois que ceci s'applique encore à tous les médecins qui aujourd'hui joignent une industrie.

Je serai donc heureux si ma légère expérience, dans ce champ encore nouveau pour nous, peut profiter à quelques confrères.

Entouré d'une pléiade de techniciens hautement spécialisés, ingénieurs, chimistes, docteurs en sciences de toutes sortes qui ont présidé à l'érection de l'usine et qui en assurent le fonctionnement, le médecin a certainement là un contact précieux et une source de renseignements inestimables. Il constatera dès le début que, grâce à ces experts, le facteur humain n'a pas été négligé dans la construction ni dans le fonctionnement de l'usine. L'industrie n'a pas encore atteint la perfection sur ce rapport et les conditions de travail ne sont pas toujours idéales pour l'ouvrier. (Je pourrais même dire que le Québec est en retard sur l'Ontario). A preuve ce débat récent à Québec sur l'amiantose dans les Cantons de l'Est. Je ne crois pas que la position prise par nos gouvernants sur l'aspect médical de la question, lors de ce combat épique, ait rencontré l'approbation de tous les médecins de la Province. Mais il nous faut admettre, de la part de la direction de l'industrie au pays, une tendance à améliorer constamment le sort et la

santé de l'ouvrier en améliorant les conditions de travail.

Laissons donc pour le moment un sujet par trop brûlant et voyons ce que comporte un service médical dans une grande usine. Sans citer Arvida en modèle, je passerai brièvement sur ce que nous faisons pour l'ouvrier, tant au point de vue prévention qu'au traitement des accidents et maladies industrielles.

La Compagnie emploie actuellement 7.000 hommes.

Le personnel médical comprend 5 médecins à temps partiel, 12 gardes-malades et 3 infirmiers.

Trois postes de premiers soins sont répartis dans l'usine, le principal restant ouvert 24 heures par jour. Les gardes-malades y font du service de 8 heures.

Un bureau est à la disposition des médecins pour les examens médicaux dans l'usine.

Enfin un hôpital général est situé juste en dehors de la barrière des usines, hôpital où sont traités les accidentés et les malades d'Arvida et des environs. De plus, toutes les radiographies des employés et les différents examens de laboratoires sont faits à cet endroit.

L'hôpital et le poste de premiers soins central sont réunis par un service d'ambulance — 24 heures par jour. L'accidenté se rapporte au poste de premiers soins le plus près de son travail. Si la garde-malade décide qu'il doit voir le médecin, elle lui demandera de se rendre au poste de premiers soins principal à l'heure où le médecin sera présent; si le médecin juge qu'une radiographie ou l'hospitalisation est nécessaire, l'ambulance conduira le blessé à l'hôpital.

Dans les cas sérieux, le blessé est conduit directement à l'hôpital sans arrêter à aucun poste.

Nos gardes-malades ont déjà fait jusqu'à 14.000 pansements par mois, cela vous donne une idée de la nécessité des postes de premiers

1. Communication au 2ième Congrès régional de l'A.M.L.F.C., Chicoutimi, 2-3 juin 1949.

soins; les ouvriers sont tenus, sous peine de sanctions de rapporter le plus petit accident.

Le médecin deux fois par jour, en plus de voir les cas sérieux arrivés dans les 24 heures, voit aussi les cas chroniques qui demandent une attention particulière.

Au point de vue examens médicaux, nous avons les examens avant l'embauchage, les examens périodiques réguliers, et les examens périodiques dits spéciaux.

L'examen avant l'emploi comporte examen physique complet, radiographie pulmonaire, et B.W. L'examen est fait par un médecin aidé d'une garde-malade; nous avons adopté le système Pulhem. Le médecin examinateur ne doit pas passer plus de six ouvriers à l'heure. Cet examen est bien accepté de l'ouvrier, puisque 1 à 2% seulement sont éliminés. Le B.W. ne nous a révélé qu'un cas de syphilis ancienne par 2.000 employés.

Les examens périodiques sont de même nature que les examens avant l'embauchage, à des périodes variées, selon l'âge de l'ouvrier et le département où il travaille.

Les examens spéciaux comportent beaucoup plus de détails. Ces examens sont faits à intervalles réguliers, variables avec les différents départements, 3 mois, 6 mois, 12 mois selon les dangers encourus par l'ouvrier. Dans ces départements où il y a des risques aux hasards spéciaux, nous avons établi des niveaux où des seuils de condition physique indispensable que l'ouvrier doit avoir et conserver pour demeurer dans son emploi. Dans certains départements, tous les ouvriers sont examinés à tous les trois mois; cet examen comporte, en plus de l'examen physique complet: radiographie pulmonaire aux 3 mois, examen des urines, examen des dents chez le dentiste, examen des yeux, oreilles, nez chez un spécialiste, numération globulaire complète, examen du système nerveux, etc.

Dans d'autres départements, l'analyse quantitative de certains produits éliminés, les urines, est faite chaque semaine.

Les R.-X. douteux sont envoyés à un expert en T.B. qui vient au besoin examiner lui-même tous les patients que la radiographie a dépistés, soit une fois par mois.

Je crois qu'avec une usine de 7.000 employés, un service médical ne peut être complet sans un hôpital. Même avec tout un système de prévention, il arrivera toujours des accidents graves. Cet hôpital nous permet de traiter immédiatement le choc, chez les grands blessés, plasma, transfusions, oxygène-thérapie, interventions chirurgicales d'urgences avec anesthésies appropriées. Ces traitements bien institués nous permettent de sauver chaque année quelques vies humaines. Cette année seulement je pourrais citer quatre cas qui n'auraient certainement pas supporter le transport dans une autre institution et que nous avons sauvés par des traitement immédiats.

En terminant, nous croyons que l'usine idéale devrait comprendre 1, 2, 3, 4 postes de premiers soins bien équipés selon son étendue, un hôpital s'il n'y en a pas à proximité, un officier médical en charge avec autant d'assistants qu'il lui faut, soit un médecin, temps partiel deux heures par jour, par 1.000 employés.

Quand les employeurs seront convaincus de l'absolu nécessité de ce service, même au point de vue rendement et production, ce sera un grand pas de fait pour la classe ouvrière; mais il est parfois difficile de faire admettre ce que l'on peut difficilement exprimer en piastres et en sous. Nous vous demandons de nous aider dans ce travail en ne refusant pas de travailler pour les industries et laisser envahir ce champ dans le Québec par des médecins qui souvent ne parlent pas la langue de l'ouvrier.

MÉDECINE INDUSTRIELLE¹

Emile BEAULIEU (Port-Alfred).

Depuis quelques années on parle beaucoup de médecine industrielle, de poste de premiers soins dans les usines, de prévention des accidents. Le sujet est très vaste et l'organisation varie suivant l'importance de l'industrie en cause.

Loin de moi l'idée de développer tous ces sujets. Je me contenterai de vous parler de l'organisation du service médical d'un moulin de papier, plus spécialement de celui qui me touche de plus près, je veux dire la Division de « Consolidated Paper Corp. Ltd. » de Port-Alfred.

D'abord je dois vous dire que l'organisation se compose du Directeur médical, du médecin de division et de la garde-malade.

Avant d'être embauché, tout employé doit se présenter pour l'examen médical. Cet examen est assez complet. La garde-malade commence par noter son histoire de famille, son histoire personnelle (toutes les maladies, les accidents et les opérations qu'il a subies). Elle fait l'analyse des urines et prend une prise de sang pour un Bordet-Wasserman. Alors, elle le fait passer au bureau du médecin où a lieu l'examen proprement dit. Cet examen comprend poids, hauteur, la vue, les oreilles, le nez, la gorge la bouche. Pression du sang, mensuration, la peau, le cœur, les poumons, l'abdomen (attention spéciale à la hernie), les organes génitaux, les extrémités, le système nerveux et les articulations.

Après un tel examen nous lui donnons sa classe. Notre classification est la suivante:

A — Accepté pour tous genres de travail

B — Accepté avec restriction

B-1 — A cause d'une maladie ou défaut physique bénin

B-2 — Ne peut pas travailler dans un endroit dangereux

B-3 — Présente un défaut orthopédique

B-4 — Présente des troubles de la vision

B-5 — Présente des troubles de l'ouïe

B-6 — Présente un trouble neuro-mental

C — Refuser pour tout travail.

Pourquoi cet examen et cette classification, me direz-vous? Je comprends qu'il est à l'avantage de la compagnie d'avoir des employés sains et qui donnent un parfait rendement de travail, mais d'un autre côté il est bien important pour l'employé d'avoir le travail qui convient à ses capacités et qui n'affectera pas sa santé.

Je dois ajouter qu'annuellement tout employé doit se présenter pour être ré-examiné. Cela, afin de savoir si son état de santé est le même s'il a besoin de traitements spéciaux, d'intervention chirurgicale, en un mot pour prévenir autant que possible la maladie.

Tout employé malade a droit aux soins médicaux et aux médicaments. Si sa maladie ne l'empêche pas de travailler, il viendra consulter le médecin à son bureau de l'usine, ce dernier l'examinera et lui donnera les médicaments requis. Si, d'un autre côté, sa maladie l'empêche de travailler, le médecin ira le visiter à son domicile et cela durant toute sa maladie.

Si le malade a besoin d'être hospitalisé, la compagnie paiera la moitié du prix de l'hospitalisation dans une salle ainsi que ses médicaments et les radiographies si nécessaire.

S'il a besoin d'être opéré, la compagnie paiera les honoraires du chirurgien et la moitié du coût de la salle d'opération.

Pendant sa maladie, l'employé recevra, en plus de cela, \$15.00 par semaine de secours en maladie à partir du 8ième jour et cela jusqu'à concurrence de 13 semaines.

Il ne faut pas penser que la tâche du médecin de compagnie se résume à du travail de

1. Communication au 2ième Congrès régional de l'A.M.L.F.C., Chicoutimi, 2-3 juin 1949.

bureau. Il lui faut également s'occuper de l'hygiène industrielle, c'est-à-dire voir à ce que les conditions de travail soient bonnes, il lui faut visiter les différents départements et se rendre compte sur place des améliorations à apporter et faire les recommandations nécessaires.

Il sera peut-être intéressant pour vous de savoir que, sur 1.000 employés, nous n'avons à date dépisté que 5 cas de syphilis ancienne. Alors, me direz-vous, que faites-vous dans ces cas? Nous avertissons l'employé qu'il doit se faire traiter immédiatement, que si, dans quelques semaines, il ne l'a pas fait, nous serons obligés de le faire renvoyer!

Point n'est besoin de vous dire que tout ce qui regarde la question médicale est confidentielle et que personne n'est au courant des diagnostics si ce n'est le directeur médical et le médecin de division.

Il me fait plaisir de vous communiquer le résultat d'un examen pulmonaire que nous avons fait subir à tous les employée en oc-

tobre dernier. Grâce à la bonne coopération du Dr J. S. Bélanger, directeur des cliniques antituberculeuses à Chicoutimi, il nous a été possible de passer à la radiographie et à la fluoroscopie 711 employés. Sur ce nombre, un seul cas fut trouvé positif et encore il ne travaillait pas au moulin proprement dit mais au Pouvoir électrique situé à quelques milles de l'usine. Trois cas au temps de l'examen furent classés suspects, mais des examens de crachats et des radiographies postérieures ne nous ont donné aucune positivité. Comme vous pouvez le constater, la tuberculose ne fait pas grand ravage à l'usine.

Je terminerai en vous donnant quelques chiffres sur le travail fait au cours de l'année 1948. Nous avons fait: 165 examens, 680 ré-examens, 2597 consultations au bureau, 365 visites à domicile, 2407 pansements, 906 analyses de laboratoire.

Nous avons donné des médicaments à 4615 patients.

CORRESPONDANCE

On nous prie de faire paraître cette correspondance. Nous le faisons avec d'autant plus d'empressement que le texte des deux lettres montre, d'une part un état d'esprit malheureusement peu bienveillant à l'égard des médecins, d'autre part une mise au point appropriée sur une critique concernant un cas isolé mais découlant de cette opinion péjorative et injuste sur l'exercice de notre profession.

CONSEIL GÉNÉRAL DES SYNDICATS CATHOLIQUES
DE QUÉBEC

19, rue Caron

Québec, le 3 août 1949.

Monsieur le Dr Marc Trudel,
Président du Collège des Médecins,
1896, rue Dorchester ouest,
Montréal.

Monsieur le Président,

Les délégués de nos syndicats affiliés, en assemblée générale tenue le 2 août, ont unanimement manifesté leur étonnement de voir qu'il fut impossible de rejoindre un médecin pour porter secours à un homme qui mourut ainsi misérablement.

Ce cas révélé par la découverture du journal « Le Soleil » du 2 août 1949, ci-incluse, n'est pas unique. Tous nos délégués déplorent qu'il soit très difficile d'avoir des médecins dans les cas d'urgence, lorsque ceux-ci sont dans leurs heures de bureaux. On déplore également le fait qu'en fin de semaine, il est encore plus difficile d'avoir des médecins, parce que la plupart d'entre eux quittent la ville pour ne revenir que le lundi.

En présence de cette situation, nos délégués demandent au Collège des Médecins d'établir une Centrale qui s'occuperait de référer les appels aux docteurs disponibles de sorte qu'il y ait toujours des médecins au service du public.

Espérant que vous comprendrez l'urgence de faire quelque chose pour améliorer la situation déplorable actuelle, veuillez nous croire

Vos tout dévoués,

Le conseil général des Syndicats
Catholique de Québec
par Maurice Dussault.
Se.-correspondant.

31 août 1949.

Monsieur Maurice Dussault,
Secrétaire-correspondant,
Le Conseil Général des Syndicats Catholiques,
19, rue Caron,
Québec, P.Q.

Cher monsieur,

Dans votre lettre du 3 août, vous vous plaignez du fait qu'il serait difficile en fin de semaine d'avoir des soins médicaux dans la ville de Québec.

Permettez-moi de vous dire immédiatement que, dans le but de fournir à la population toute l'aide médicale possible, des centres médicaux ont été organisés depuis au delà de quinze ans dans les villes de la Province de Québec. La ville de Québec a sa centrale et ses médecins de garde depuis de nombreuses années.

Vous comprendrez avec moi, cher monsieur, qu'il peut fort bien arriver qu'un individu meurt subitement sans avoir reçu les soins médicaux requis voire même les dernières onctions de l'Eglise. Doit-on pour cela blâmer la profession médicale? C'est une bien mauvaise manière de juger les choses.

D'autre part, l'industriel, l'ouvrier, les employés de bureaux ne travaillent plus le samedi et prennent annuellement leurs vacances. Je me demande pourquoi le médecin qui se dépense jour et nuit au chevet du moribond,

n'aurait pas le droit lui aussi à quelques heures de détente et de repos tout comme les avocats, les plombiers, les charpentiers, les journaliers, etc.

Nombre de médecins, afin de répondre aux désirs de la population et d'éviter toute critique, ne prennent jamais de vacances. Ceci explique les décès en bas âge chez les membres de la profession médicale.

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est toujours prêt à coopérer avec les organisations syndicales qui

savent juger les situations et ne critiquent pas à tort et à travers. Il existe dans le monde actuellement une tendance à tout critiquer sans aller au fonds des choses. Ceci amène le désordre et fait l'affaire de ceux qui veulent nous « communiser ».

Veuillez me croire,

Votre tout dévoué,

Le Président,

Marc TRUDEL, M.D.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

NOUVEAU TRAITEMENT DU ZONA AU BUREAU DU PRATICIEN¹

Louis-Joseph COBEIL (Grande-Baie).

Rien de plus décevant pour le praticien qu'un zona de diagnostic facile. Cette maladie ne peut se traiter efficacement au bureau. Aussi faut-il toujours, sinon au début, envoyer le patient au spécialiste quand le patient ne s'y rend pas lui-même de guère lasse.

En 1942, je suis appelé auprès d'une malade. le diagnostic de zona lombo-abdominal se montre de lui-même, mais le traitement ?... je suggère la radiothérapie à l'hôpital. C'était un samedi soir, la malade ne veut se décider à partir immédiatement, car elle craint, à tort il est vrai, de ne recevoir ses traitements que le lundi. Je repasse en vitesse les moyens de soulagement à donner et tout me paraît inutile.

Une idée cependant, je suggère alors à la malade une série de petites injections intradermiques. « Elle est prête, me dit-elle, à accepter n'importe quoi, car elle souffre l'enfer. »

Une course au bureau et je reviens à domicile avec des tubes de novocaïne que j'employais pour les anesthésies dentaires. Suivant la même ligne de conduite dans les injections intradermiques, j'infiltré chaque bouquet de vésicules en ayant soin de ménager quelques grappes comme témoins. Désinfection à l'alcool et application de poudre « sulfa » et néo-derm complètent le traitement.

La douleur a cessé complètement et la malade se sent parfaitement réjouie.

Le dimanche matin, je reçois un autre appel téléphonique me demandant l'infiltration des placards témoins. En effet, on constate que les bouquets non traités sont encore en pleine effervescence, douloureux, brûlants. Quant à

ceux infiltrés de novocaïne, aucune douleur à leur endroit, les vésicules sont affaissées et déjà une mince pellicule brune les remplace. Je complète alors l'infiltration. La malade, revue quelques jours après, manifeste son contentement. Le zona est disparu complètement sans aucune séquelle.

J'ai eu la curiosité de chercher dans tous les traités médicaux sans trouver cette méthode de traitement. Pour ma part, je la crois excellente. Auparavant, le zona ne pouvait être traité qu'à l'hôpital, maintenant tout médecin peut à son bureau, en quelques minutes, régler le cas de cette entité nosologique.

J'ai essayé différentes méthodes d'infiltrations avec traitements subséquents, et j'ai attendu quelques années avant de faire une communication à ce sujet pour être sûr de mon affaire. Vous pouvez tenter l'expérience puisqu'elle m'a réussi dans 100% des cas, sur environ une quarantaine de cas en 7 ans.

Voici comment on procède :

Infiltration de toutes les grappes vésiculeuses avec de la novocaïne à 2% et épinéphrine, (le Dem-O-Sol D² de Demers a donné les meilleurs résultats) ou injecter une quantité variable limitée par la blancheur de la peau. Ne craignez pas l'eschare, vous n'en n'aurez jamais.

La douleur du zona disparaît en quelques minutes. On détruit ensuite les vésicules avec une friction à l'alcool à 95% ou à l'éther. On applique une pommade, du Vitazole de préférence, et on saupoudre au néo-derm. On recouvre la partie malade d'une gaze stérile. On a soin de laisser au patient quelques comprimés de morphine.

1. Communication au 2ième Congrès régional de l'A.M.L.F.C. Chicoutimi 2-3 juin 1949.

Quand on prend un zona à son début, une seule infiltration suffit pour une guérison complète et une sédation immédiate et définitive de la douleur qui est l'élément important. Dans les zonas de grande étendue, il est nécessaire de répéter quelques fois parce qu'on a oublié des îlots vésiculeux lors d'une première infiltration.

Dans tous les cas rencontrés, on a assisté à une guérison complète définitive et surtout « ad integrum, » sans séquelle.

Je sou mets modestement cette contribution personnelle au traitement du zona. J'ai atten-

du sept ans avant de publier cette communication pour être sûr de l'efficacité du traitement. Deux ou trois ans après cette découverte au hasard, j'ai lu dans une revue para-médicale que deux professeurs américains utilisaient la même méthode. J'ose espérer que les malades atteints de zona recevront en quelques minutes, et par tout médecin à son bureau, une simple infiltration « in situ » amenant une sédation complète immédiate sans recourir à des procédés longs et onéreux pour le malade.



LA GROSSESSE INTERROMPUE¹

Jacques-N. GAGNON,

Hôpital Général de la Miséricorde (Montréal).

Au nombre des complications qui surviennent durant la grossesse, il faut mentionner le décollement prématuré et l'arrêt de développement de l'œuf.

La thérapeutique et le pronostic varient suivant l'âge de la grossesse, l'apparition et l'intensité de l'hémorragie, le degré d'intoxication et l'état général de la parturiente.

Au point de vue étiologique, mentionnons:

1) *Les maladies de l'œuf:*

- a) le chorion peut présenter une dégénération hydatiforme;
- b) le placenta, s'il est touché par la syphilis, peut présenter de l'endartérite hypertrophique, des infarctus blancs, être apoplectique ou *prævia*;
- c) le cordon peut présenter des nœuds, des torsions et parfois des sténoses au niveau de son insertion;
- d) le liquide amniotique: hydramnios ou oligohydramnios;
- e) enfin, le fœtus lui-même peut présenter des anomalies de croissance, des faiblesses congénitales ou être atteint par les maladies infectieuses aiguës et les intoxications maternelles, d'origine interne (albuminurie) et externe (poisons, tabac, alcool, Pb, etc.).

2) *Les causes maternelles.*

Les infections aiguës, surtout l'endométrite, les infections acquises durant la grossesse, i. e. l'envahissement microbien par la voie vaginale; la syphilis, les malformations et les maladies de l'utérus, les traumatismes locaux, les coïts exagérés, l'anesthésie, les déficiences vitaminiques et endocriniennes.

3) *Les causes paternelles.*

Spermatozoïdes inactifs, peu fertilisants,

gonococcie, intoxication par le Pb, le Hg et le Ps, stérilité due aux rayons X.

Entre la mort du fœtus et son expulsion hors de l'utérus, s'écoule une période variant de quelques heures à plusieurs mois. Devant le fait accompli, on parle alors de fausse couche ou avortement ovulaire complet ou incomplet pour toute grossesse de moins de six mois; les Anglais disent « immature labor ». Le mot « accouchement prématuré » est réservé à la période qui s'étend du 6^{ème} mois au terme.

Le phénomène tarde parfois à se produire; les membranes sont intactes, il y a absence d'hémorragie, le col est fermé, l'utérus ne se développe plus; au contraire, il régresse, et bientôt ne correspond plus à l'âge de la grossesse. La situation devient alors embarrassante: on pose un diagnostic de grossesse interrompue (« missed abortion ») et le problème s'impose: que faire?...

C'est de ce problème que je veux vous entretenir aujourd'hui, ayant été témoin dernièrement de trois cas similaires.

Observation 1.

Madame P., secondipare; état général déficient; 98 lbs. T. A. 160/60, insuffisance mitrale et aortique, pouls bondissant. Accouchée antérieurement à 8½ mois, de façon spontanée. Un mois après son accouchement, appendicite aiguë rupturée et enkystée. Appendicectomie et ovariectomie droite à cause d'un gros kyste ovarien.

L'utérus est à peine de la grosseur d'une tête d'enfant et n'a pas varié de volume depuis un mois, où alors elle était de 3½ mois. Un examen de contrôle a été fait toutes les semaines: le col est fermé, il y a un gros kyste ovarien gauche, légère pertes sanguines par intervalles irréguliers, aucun signe d'intoxication.

1. Communication à la Société Médicale de Montréal, le 5 avril 1949. Séance régulière, tenue à l'hôpital de la Miséricorde.

Quinze jours plus tard, donc à environ 5½ mois de grossesse, les contractions s'installent accompagnées d'une hémorragie peu abondante. Elle expulse un fœtus d'environ 10 cm., correspondant au plus à 3 mois de grossesse. Curetage et suites de couches sans incident.

Cause : irritabilité utérine due probablement à des adhérences pelviennes et une insuffisance ovarienne.

Observation 2.

Madame N., 24 ans, primipare, hypothyroïdienne, 160 lbs, T. A. 130/80. Bon état général. Présente, à 5 mois de grossesse, un hydramnios marqué: fonds utérin 32 cm. Un mois plus tard, après une cure au Dolitol, l'utérus est de volume normal, pour une grossesse de six mois. Durant le septième mois, il augmente de nouveau de façon décourageante, malgré une médication intense. A 7½ mois, le rayon X confirme une grossesse gémellaire avec hydramnios. A 8 mois, cessation complète et subite des mouvements des enfants. Expulsion spontanée, à 9 mois, de deux enfants du sexe féminin, d'un transfuseur (9¼ lbs) et d'un transfusé (5 lbs). Suites de couches sans incident.

Cause : hydramnios secondaire à une anomalie fœtale et placentaire, cordon ombilical du transfuseur très épais et inséré au centre du placenta; celui du transfusé, grêle et long, sur le sinus marginal.

Observation 3.

Madame C., 37 ans, secundipare, très bon état général, grossesse qui se développe normalement jusqu'à 4 mois, 3 semaines. Les mouvements du fœtus sont perçus depuis 1 semaine. Puis, subitement, plus rien: Les seins se dégonflent; l'utérus, qui était à l'ombilic, régresse de semaine en semaine. Aucun signe d'intoxication, aucun malaise. Malgré ses craintes et ses anxiétés, la patiente accepte l'attente passive. A la date fixée de son terme, elle expulse spontanément, sans beaucoup de

douleur, un œuf complet. Le placenta est coagulé, blanc grisâtre, les membranes sont épaissies. A l'ouverture du sac, le fœtus, aussi coagulé, baigne dans un liquide chocolat très dense. Revision de la cavité utérine qui ne contient aucun débris. Suites de couches tout à fait normales.

Causes : manque de vitalité du spermatozoïde, azoospermie chez le conjoint.

Malgré une étiologie différente, les trois cas présentent des caractères communs: arrêt de développement de la grossesse, absence de signes d'intoxication, rétention de l'œuf, et expulsion spontanée, après une période variant de 1½ mois et 4½ mois.

La procédure fut la même pour chacun des cas, i. e. l'attente sous surveillance. *Elle est la meilleure attitude en l'absence de troubles locaux et généraux.*

En face, cependant, d'un écoulement brunnâtre, parfois odorant, de symptômes généraux tels que la perte de poids, l'anorexie, l'anémie, les nausées, la température de l'après-midi, il faut penser à la décomposition de l'œuf et à une résorption des débris toxiques.

Les contractions utérines seront alors amorcées, soit avec de hautes doses de folliculine, soit avec la quinine, soit avec les extraits de pituitaire postérieure.

La dilatation du col est-elle nécessaire, elle sera prudente, afin d'éviter la rupture ou la déchirure du col; si la grossesse est avancée, il faudra procéder au morcellement du fœtus. De Lee préfère la césarienne vaginale d'emblée.

En résumé, en présence d'une grossesse qui ne se développe plus, où un diagnostic a été posé de grossesse interrompue, et qui n'évolue pas vers l'avortement spontané, l'état général de la patiente et son attitude utérine guideront notre procédure. En l'absence de symptômes toxiques, il vaut mieux attendre, réservant les interventions immédiates aux avortements déjà en évolution.

“L'Union Médicale du Canada” en 1880

Quelle est l'utilité pratique de l'Association Médicale du Canada?

Octobre 1880

Il y a treize ans un certain nombre de médecins des différentes provinces de la Puissance, réunis à Québec, adoptèrent à l'unanimité la résolution suivante: « Qu'il est expédient pour la profession médicale du domaine du Canada de se former en association de médecins sous le nom d'Association Médicale du Canada ». Après treize assemblées annuelles, nous nous demandons si la profession serait encore unanime à adopter la même résolution. Qu'il nous soit permis d'en douter! Que le principe soit encore bon, nous n'hésitons pas à l'admettre, mais que l'Association telle qu'elle fonctionne aujourd'hui réponde à un besoin réel et compense avantageusement la perte de temps et d'argent et le déplacement qu'exigent ses séances, c'est là une chose qu'il est au moins permis de discuter.

En ce qui concerne l'élément canadien-français de la profession médicale, ces assemblées ne nous paraissent avoir qu'une utilité des plus restreintes.

On sait que nous n'y sommes jamais que la petite minorité, aussi la langue anglaise est-elle seule employée et avec raison, nous l'admettons. Nos confrères anglais, qui, en règle générale, connaissent moins notre langue que nous la leur, probablement par le fait qu'ils en ont moins besoin, ont toujours permis aux membres de la société de lire leurs travaux et d'imprimer leurs opinions dans la langue de leur choix. Ils écoutent très courtoisement et applaudissent de tout cœur une dissertation française dont ils n'ont souvent pas compris autre chose que ce qui est inscrit sur l'ordre du jour. C'est très galant, mais l'orateur pérore pour le roi de Prusse et l'auditeur supprime ses baillements en attendant la fin pour applaudir. Procédés plus politiques que scientifiques.

Dans les discussions, parlerons-nous français pour n'être pas compris de celui que nous interrogeons ou que nous voulons réfuter, ou bien choisirons-nous la langue anglaise pour écorcher l'oreille du plus grand nombre, ne dire que la moitié de ce que nous pensons et rendre le reste ridicule, ce serait au moins puéril. Un compte-rendu fidèle des travaux de l'Association, lu à l'esprit reposé, est le profit le plus clair qu'un Canadien français puisse retirer de tout cela; quant au reste, l'étoffe n'en vaut pas la façon.

Il y a encore autre chose, mais ceci n'intéresse pas que nous seuls. Les travaux qu'on nous soumet ne sont pas toujours des primeurs, quelquefois ils ont

été vulgarisés sur les publications médicales et passé dans toutes les mains; si on veut nous servir du réchauffé, l'analyse la plus succincte devrait être de rigueur, l'auteur ne perdrait rien à ne pas répéter ce que l'on sait déjà et laisserait plus de temps à une discussion dont il pourrait peut-être tirer profit. Ces redites ne nous semblent avoir leur raison d'être que lorsqu'elles sont accompagnées de diagrammes ou de pièces dont un journal de médecine ne peut nous faire bénéficier.

Sous ce rapport les congrès d'Europe ne font pas mieux que notre Association, mais elle n'en est pas plus justifiable pour tout cela.

Nous ne saurions approuver davantage celui qui, à la suite d'une observation qui lui est personnelle en cite, *in extenso*, huit ou dix de Vulpian ou de Charcot, observations que la moitié de l'assemblée pourrait lui souffler à l'oreille si le lecteur perdait la feuille de son mémoire qui les reproduit. Pourquoi ces longueurs désespérantes quand le temps est si précieux. C'est à donner la nostalgie aux étrangers.

Enfin, on nous pardonnera en faveur de l'intention. Pourquoi à la dernière réunion l'auteur du travail sur la gymnastique cérébrale se contente-t-il de battre en brèche les institutions et les usages du jour sans rien réédifier, sans soumettre un plan meilleur? Tout est antiscientifique, antihygiénique mais qu'avez-vous à proposer de mieux, par quoi remplacerez-vous ce que vous voulez supprimer? De grâce, dites-le nous l'an prochain si un an vous suffit pour le trouver.

On admet avec nous que si l'Association ne se réunissait que pour entendre lire vingt ou trente travaux de ses membres, ce ne serait pas la peine de quitter son bureau, car les journaux pourraient nous mettre au courant de ces travaux tout aussi bien et à beaucoup moins de frais. Ce qui fait l'attrait et l'intérêt de ce genre de réunions, ce sont les discussions qui y ont lieu et qui résument les opinions et les observations les plus influentes. Or, quelles connaissances avons-nous retirées des discussions dont nous avons été témoins à l'Association Médicale du Canada? Le temps qu'on y consacre est évidemment insuffisant, mais surtout que retirer, en règle générale, d'une discussion dont ceux qui y prennent part ne connaissent le sujet que depuis quelques instants? Peut-on citer avantageusement et coordonner convenablement des faits qu'on retire à la hâte de ses souvenirs, surtout quand on sait que le temps presse et qu'il faut laisser la parole à d'autres après quelques instants?

Aussi, nous avons entendu des hommes de mérite émettre, faute de réflexion, des opinions très légères

pour ne pas dire davantage et auxquelles le lendemain ils auraient été les premiers à refuser l'honneur de l'impression. En médecine comme ailleurs, on peut faire un pas de clerc à tout âge si les circonstances s'y prêtent.

Nous n'entendons pas faire une critique déloyale et nous admettons en toute sécurité avoir entendu à cette dernière assemblée des communications du plus grand mérite. Mais n'y aurait-il pas, à propos de ce que nous venons de dire, des réformes à opérer, pour l'avantage de l'Association? C'est au moins notre opinion et nous nous flattons qu'elle sera partagée par plusieurs.

Remarquons, en terminant, que l'Association, par l'organe de son président, tronque les faits si elle ne les dénature, quand elle s'attribue tout le mérite d'avoir régularisé et perfectionné l'examen préliminaire pour l'admission à l'étude de la médecine et d'avoir porté à quatre ans la durée des études médicales, si elle y est pour quelque chose, l'assistance qu'elle a reçue du dehors aurait dû mériter d'elle un accusé de réception.

Le dîner traditionnel est une chose charmante, surtout quand les orateurs ne s'éternisent pas sur les santés de convention et qu'ils ne sont pas très nombreux. Il faut dire de bien belles choses à un dîner pour avoir le droit de parler longuement et souvent.

ADDENDUM

La notice nécrologique du docteur Antonio Bellerose parue dans la livraison d'août 1948, à la page 1013, devrait être signée du nom du docteur P.-M. Ricard qui en fut l'auteur.

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

Lars Emil TOTTERMAN. — **Vitamine C et métabolisme du fer.** (*Vitamin C and Iron Metabolism.*) "Acta Medica Scand.", 134: 9, 1949.

Le but de l'auteur est d'étudier s'il y a un rapport causal entre les troubles du métabolisme de la vitamine C et du fer dans les maladies infectieuses, et si l'un de ces facteurs, ou un trouble de leur relation pourrait être cause de l'anémie secondaire dans l'infection. Dans ce but il fallait étudier les problèmes suivants:

1 — Le métabolisme intermédiaire du fer en milieu physiologique et, pour cela, faire des dosages du fer sérique et des tests d'injections intraveineuses de fer. (loading tests).

2 — La relation entre la vitamine C et le métabolisme intermédiaire du fer, y compris le métabolisme Hémoglobine-érythrocyte, dans des conditions physiologiques.

3 — Le métabolisme intermédiaire du fer dans les maladies infectieuses selon les mêmes techniques.

4 — La relation qui existe entre la vitamine C et le métabolisme du fer dans l'infection.

Matériel: 133 personnes en santé et 116 patients.

I — Physiologie:

Si, comme mesure de vitamine C dans l'organisme standard, on prend la quantité d'acide ascorbique contenue dans le serum, on trouve que le métabolisme hémoglobine-érythrocyte varie parallèlement, quoiqu'indépendamment du standard de vitamine C dans l'organisme normal. Les variations de la vitamine C standard ne semblent influencer ni le fer contenu dans le sérum, ni la capacité totale du sérum à fixer du fer. La capacité d'absorption du fer (utilisation et storage) de l'organisme normal n'est évidemment pas reliée à la vitamine C standard. De plus, il a été impossible de provoquer un storage ou une mobilisation de fer en variant le dosage de la vitamine C.

II — Infections et anémie secondaire.

Il est prouvé que la perte totale de fer par le torrent sanguin est proportionnelle à l'intensité de l'infection. D'ailleurs, l'hyperpyrexie d'elle-même n'affecte pas l'élimination du fer.

Dans les cas d'anémie par infection, la *sédimentation* globulaire, la *perte totale de fer* et le *degré d'anémie* étaient *proportionnels*. Les observations sont contre le fait que l'anémie dans l'infection soit secondaire à une déficience en fer.

D'autre part, l'administration de vitamine C n'influence ni le fer sérique, ni l'anémie secondaire à une infection.

En conclusion, l'auteur pense que, soit dans des conditions physiologiques soit dans l'infection, le métabolisme du fer et de la vitamine C n'a pas de rapport avec le facteur « limitant » dans l'anémie par infection.

J.-Roger GAREAU.

PHTISIOLOGIE

J. Albert WEIL. — **Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le thiosulfate de soude, l'extrait de pancréase et de rate.** (*Treatment of Pulmonary Tuberculosis with Sodium Thiosulfate, Watery extract of Pancreas and Lipidic extract of spleen.*) "France Médicale", 12: 1 (février) 1948.

L'auteur a traité 12 tuberculeux dont 4 hommes et 8 femmes âgés de 20 à 48 ans. On a donné le thiosulfate de soude par voie endoveineuse et par voie souscutanée 2 c.c. tous les jours durant 30 jours. Après un repos de 10 jours, une deuxième série d'injections a été commencée et continuée durant des mois et même des années (en tout 6 à 7 séries d'injections par année.)

L'auteur a ajouté des séries d'injections avec des extraits de pancréas et de rate. Par la bouche on a donné de fortes doses de vitamine D, de calcium. Le repos n'a pas été négligé. Le contrôle par le laboratoire (sédimentation, B. K. dans les crachats, etc.) a été fait minutieusement. L'état général des malades s'est transformé et les images radiologiques se sont nettoyées rapidement.

Le thiosulfate de soude avec ses adjuvants agit sur le foie, le B.K. perd de sa résistance acide. Le thiosulfate en plus d'être un agent anti-anaphylactique est aussi un désensibilisant. L'auteur termine sur l'importance de traiter ces malades pendant très longtemps avec des doses suffisantes. Il faut enfin savoir intercaler régulièrement des périodes de repos avant de recommencer une autre série.

Paul-René ARCHAMBAULT

TCHERTKSOFF, SELILSOFF et ROBITSEK. — **Rôle du traumatisme au début d'un pneumothorax.** (*The role of trauma in initial pneumothorax.*) "Diseases of Chest", 4: 475, 1948.

Les auteurs ont traité 29 tuberculeux par le P.N.O. artificiel en se servant d'aiguilles mousses. Aussitôt que la pression intrapleurale est lisible, on retire l'aiguille sans y in-

troduire de l'air. Quelques heures plus tard, on radioscopie ces malades nouvellement insufflés et on remarque la formation d'une poche gazeuse qui va en augmentant jusqu'à l'obtention d'un certain équilibre. Les auteurs tirent de ces faits la conclusion suivante: « Toute création d'un pneumothorax constitue par définition un P.N.O. traumatique. L'aiguille enfoncée dans l'espace pleural pique la plèvre viscérale et l'air diffuse à l'intérieur de l'espace pleural provenant du poumon. Il en est ainsi quel que soit le type d'aiguille utilisée ». Telle est l'opinion de ces phtisiologues.

Paul-René ARCHAMBAULT.

COX. — **Le test tuberculinique, facteur essentiel dans le contrôle de la tuberculose.** (*The Tuberculin Test: a vital factor in tuberculosis control.*) "Diseases of Chest", 5: 739, 1948.

Il y a certes bien des moyens à notre disposition pour faire le plus précocement possible un diagnostic chez les suspects de tuberculose. D'après l'auteur, c'est le test cutané tuberculinique qui est un des meilleurs et il est en plus d'exécution facile et commode.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Bernard HYDE et Leroy HYDE. — **Pneumothorax spontané tuberculeux.** (*Tuberculous Spontaneous Pneumothorax.*) "Amer. Rev. of TB.", 59: 619 (juin) 1949.

Etude comparative succincte mais bien au point de la question du pneumothorax spontané tuberculeux et du pneumothorax idiopathique.

Ce rapport a traité à 40 cas de pneumothorax spontané survenus chez des tuberculeux dont 4 étaient des cas bénins et 36 classés comme modérément avancés ou très avancés.

Revue est faite rapidement des principaux signes physiques rencontrés: hyper-sonorité, absence des bruits respiratoires et diminution de l'amplitude, matité s'il y a liquide, etc. Chez aucun patient, il n'y a eu d'effort pour provoquer ces pneumos spontanés.

Radiologiquement, chez les tuberculeux on voit toujours des adhérences alors que chez 85 cas de pneumos spontanés idiopathiques, il n'y en avait aucune. De plus, chez ces derniers cas de pneumo idiopathique, les A. n'ont trouvé de liquide que chez 4 patients et encore, était-ce un liquide sanglant.

Enfin, le pneumo spontané du tuberculeux est lent à se résorber et le liquide qui s'y trouve s'infecte assez souvent alors que dans l'idiopathique, la résorption d'air est rapide et que le patient retourne à ses occupations en quelques jours, sans ennui.

Le traitement du pneumothorax spontané tuberculeux varie suivant la tension pleurale, la quantité et la qualité du liquide qu'on y trouve. En tension positive, rétraction d'air; s'il y a pneumo à soupape, l'emploi d'un drainage d'air continu peut être nécessaire. Si enfin le liquide devient purulent, il faut parfois aller jusqu'au drainage chirurgical en cas d'infection mixte.

En résumé, chaque cas devient un problème individuel.

J.-Philippe PAQUETTE.

K. E. BIRKHAND. — **La vaccination par le B. C. G. (B. C. G. vaccination.)** "New York State Journ. of Med.", 49: 401 (15 fév.) 1949.

Chez les personnes qui ont une réaction à la tuberculine négative, qui vivent dans des endroits exposés aux B. K. (étudiants en médecine, gardes-malades, gens qui vivent dans un groupe où la mortalité et la morbidité par T.B. sont élevées, personnes qui ont été sciemment exposées ou qui le seront), l'auteur, avec le Bureau de Santé de l'Etat de N. Y., et la Société Médicale de l'Etat de N. Y., suggère que l'immunisation par le B.C.G. soit employée largement et méthodiquement, en attendant que le vaccin soit distribué sur une autre échelle. Devant un tel témoignage les pionniers du B.C.G. (Messieurs Beaudoin et Frappier) en Amérique ont raison d'être fiers.

Paul-René ARCHAMBAULT.

CARDIOLOGIE

Nadia DUBOUCHET et Jean LeBRIGAND. — **L'anesthésie et les soins pré et postopératoires dans l'opération de Blalock-Taussig. (A propos de 100 cas de maladie de Fallot opérés).** "La Sem. des Hôpitaux", 25: (18 juillet) 1949.

Cet article porte sur les 100 premiers cas de tétralogie de Fallot opérés dans le service du Professeur d'Allaines à l'Hôpital Broussais depuis le mois de décembre 1947.

1° — *Physio-pathologie de la Maladie Bleue.*

Le fait essentiel consiste en une insaturation oxyhémoglobinée du sang artériel. Celle-ci s'explique par une absence d'oxygénation suffisante par suite de la sténose pulmonaire et par le mélange du sang artériel et veineux dans l'aorte par suite de la communication interventriculaire.

La saturation en O² du sang artériel de 97% peut tomber à 30% ou même moins — celles du sang veineux de 60% à 15% et même 10%. De ce fait la teneur du sang capillaire en hémoglobine réduite monte au-delà de 5%, chiffre au-dessus duquel apparaît la cyanose. Le CO² ne pouvant être évacué suffisamment par le poumon s'accumule dans le sang circulant. L'organisme lutte en augmentant le nombre des vecteurs d'O² d'où polyglobulie, et chaque vecteur augmente sa charge d'Hb qui peut atteindre les valeurs de 150% et au-delà. Mais ces moyens ne sont pas suffisants pour empêcher la cyanose. D'autre part la viscosité du sang est considérablement accrue: hémocrite de 45% à 70 et 80%. Le danger de thrombose est augmenté surtout si un élément anormal diminue le volume plasmatique (fièvre, transpiration, déshydratation). Deux organes souffrent surtout de ces perturbations: le cœur et le cerveau. Les complications cardiaques et cérébrales grèvent le plus lourdement l'opération de Blalock-Taussig. Elles furent responsables de 12 sur les 17 décès de la présente série, soit plus de 70% du total des cas mortels.

2° — *Physio-pathologie de l'intervention.*

Les facteurs qui rendent cette intervention particulièrement grave sont les suivants:

le terrain: enfants petits, chétifs se développant mal.

l'intervention elle-même qui diminue l'apport d'O² par le collapsus pulmonaire opératoire, par le clampage de l'artère pulmonaire et par les dangers de choc et d'hémorragie.

l'anesthésie qui diminue le pouvoir de saturation en O² du sang, qui déprime le centre respiratoire car l'anesthésiste doit mettre son patient en respiration contrôlée. En effet le rythme et l'amplitude respiratoire sont donnés par l'anesthésiste. L'agent anesthésique joue toujours un rôle toxique sur les cellules.

3° — *L'Anesthésie.*

Dans cette série le sujet le plus jeune était âgé de 3 ans, le plus âgé de 22 ans ½.

Médication pré-opératoire: la veille gardenal à doses filées, morphine 1 heure avant l'opération. Pendant l'opération le clampage de l'artère pulmonaire a paru être l'un des temps les plus dangereux de l'opération pour le cœur.

Les auteurs se sont servis de cyclopropane. Tous les malades ont été intubés. La chaux sodée est changée toutes les demi-heures et est maintenue fraîche en entourant le canister de compresses d'eau glacée pour éviter la déshydratation que peut entraîner une élévation de température.

L'anesthésie chez ces enfants est dominée par trois faits: résistance exceptionnelle au cyclopropane qui oblige à employer des concentrations élevées de ce gaz pour les endormir, tolérance exceptionnelle pour ces concentrations élevées, difficulté d'obtenir une respiration contrôlée par l'hyperventilation. Pour obtenir le silence complet pendant la dissection et l'anastomose, les auteurs ont eu recours à la respiration contrôlée. Ce but a

été atteint après plusieurs modifications de la technique initiale. Un point important est de posséder une chaux sodée d'excellente qualité.

Les auteurs remettent l'opération si des signes de défaillance cardiaque se manifestent pendant l'induction de l'anesthésie. Ils ont observé une syncope mortelle avant le début de l'opération. En cours d'opération, la syncope cardiaque est l'accident le plus redoutable. Elle est plus fréquente quand l'opération est pratiquée à droite. Le moment le plus dangereux est celui de l'anastomose. La bradycardie est un symptôme d'alarme plus que la tachycardie. Dans ce cas, l'infiltration ou l'injection intra-péricardique avec une solution de novocaïne est suivie du retour du pouls à la normale.

4° — *Les complications.*

Les complications nerveuses sont au premier plan. L'accident cérébral représente la fin normale de plus des ¾ des enfants bleus. Les cyanosés congénitaux meurent bien plus souvent « de leur cerveau que de leur cœur ». Ces accidents surviennent presque toujours au cours de l'intervention. L'enfant ne sort pas de son sommeil anesthésique. Des examens anatomiques de deux cas n'ont montré ni hémorragies vraies, ni de thrombose, ce qui prouve bien l'origine cellulaire de ces complications. Traitement préventif: hydratation importante, oxygénation, vitamines B. et C. Traitement de la complication: ponction lombaire décompressive, injection intra-veineuse de sulfate de magnésie 5 cc de sol. à 15% par 10 kgm.

Les complications cardiaques ont été plus fréquentes et plus graves qu'il n'avait été dit jusqu'alors. La syncope survient presque toujours pendant l'intervention. Le massage du cœur et la novocaïne sont les deux mesures essentielles. — L'œdème aigu du poumon. — Il survient d'autant plus vite que l'anastomose est plus large. Il est précédé par des hémoptysies et s'associe toujours à un certain degré d'œdème pleural. La défaillance cardia-

que cède bien en général à la digitaline. Les hémorragies sont des complications peu fréquentes mais graves. La thrombose de l'anasotomose est rare, si elle survient. Héparine et dicumarol. La surinfection de l'endocard est possible mais rare (1 cas) — antibiotiques. Les complications laryngées sont fréquentes et sont dues à la grande fragilité des muqueuses cyanotiques traumatisées par le tube trachéal. Il faut surveiller le pneumothorax qui diminue la surface d'hématose.

Un tableau très détaillé des complications survenues chez ces 100 cas montre bien la gravité de l'intervention et les soins extraordinaires que demandent ces enfants avant, pendant et après l'intervention. — 107 complications furent rencontrées dont 17 mortelles: 3 comas, 9 syncopes, 4 hémorragies et 1 surinfection.

Les auteurs doivent être félicités pour leur magnifique travail, fruit d'observations personnelles bien étudiées et analysées. Nous avons admiré la grande sincérité dont fait preuve ce travail.

Paul DAVID.

W. F. GORMAN, E. MESSINGER et M. HERMAN. — **Toxicité du thiocyanate utilisé dans le traitement de l'hypertension.** (*Toxicity of thiocyanates used in treatment of hypertension.*) "Ann. Int. Med.", 30: 1054 (mai) 1949.

Il ne fait aucun doute que le thiocyanate diminue la pression systolique et diastolique, agit contre la céphalée et produit souvent une sensation de bien-être. Le médicament se prescrit à la dose de 0.2 gm. et on essaie de maintenir un taux sanguin de 5 à 14 mg. %. Chaque semaine un dosage sanguin est pratiqué.

Goldrin et Chasis ont décrit les effets toxiques du thiocyanate après avoir étudié, de façon très fouillée, une série de 69 cas d'hypertension essentielle et 5 cas de glomérulo-néphrite. Tous ces patients ont été traités au thiocyanate et 13 ont présenté des symptômes toxiques: dont 6 cas une psychose avec 2 fatalités et 3 une aphasie motrice. Ces auteurs ont

trouvé que les symptômes, par ordre d'apparition, furent les suivants: fatigue musculaire, nausées, vomissements, désorientation, confusion mentale, aphasie motrice, hallucinations visuelles et auditives et, dans les cas mortels, délire et convulsions.

La psychose est commune et presque tous les cas mortels en sont précédés. Comme autres manifestations de toxicité du thiocyanate, on a décrit: une action goitrogène, des symptômes de coryza, des manifestations cutanées. Parmi ces dernières on cite: le prurit, une éruption manucopapuleuse et une dermite exfoliative. La liste des complications se continue avec des phénomènes allergiques aigus comme l'œdème de la glotte et du larynx, de la thrombo-phlébite, de la glomérulo-néphrite sub-aiguë et du moelena. Jusqu'à aujourd'hui on rapporte, dans la littérature, un total de 14 décès comme étant directement causés par ce médicament et les auteurs décrivent le quinzième cas.

Dans 8 cas mortels où la dose totale de thiocyanate est connue, celle-ci a varié entre 3.31 gm. à 25 gm.

Barker préconisait en 1939 un taux sanguin optimum entre 8 et 14 mgm. de thiocyanate.

Pour Massie ce dosage optima est de 5 à 7 mgm. %.

Goldring et Chassis par contre montrèrent que l'excrétion moyenne quotidienne dans les urines varie d'un individu à un autre dans une proportion de 1 à 500.

Dans ces conditions il n'est pas étonnant de constater que des cas mortels ont été rapportés alors que le taux sanguin était dans une marge dite de sécurité, 3.3 mgm. 4.2 mgm. et 7 mgm.

En conclusion les auteurs déclarent qu'à cause des symptômes toxiques fréquents et sérieux, qui ne peuvent être prédits de façon satisfaisante par des tests de laboratoire, le thiocyanate doit être considéré comme un médicament dangereux.

Paul DAVID.

David LITTMANN. — **Infarctus du septum interventriculaire.** (*Infarction of the interventricular Septum.*) "The New Eng. Journ. of Med.", **241**: 89 (21 juillet) 1949.

Roesler et Dressler ont décrit un tracé électrocardiographique typique lorsqu'un infarctus intéresse le septum et une partie des parois antérieures et postérieures. Ce tracé consiste en une image d'infarctus postérieur dans les dérivations standards des membres et une image d'infarctus antéro-septal dans les dérivations pré-cordiales.

Les auteurs ont étudié les 100 derniers cas d'infarctus. Sur ce nombre, 20 cas ont été autopsiés et un infarctus extensif du septum fut trouvé dans 11 cas. Chaque fois, les parois antérieures et postérieures étaient touchées.

L'image électrocardiographique de Roesler et de Dressler fut observée dans 4 de ces 11 cas et dans l'un il y avait en même temps un bloc de branche droite; dans 2 cas l'ECG indique un infarctus de la paroi postérieure; dans 6 cas il y a un bloc de branche dont 4 gauches et 2 droits.

Les auteurs ont constaté que tous les patients, qui avaient eu une atteinte extensive de la paroi antérieure avec infarctus septal, montraient une image de bloc de branche.

Paul DAVID.

NEURO-PSYCHIATRIE

K. B. CORBIN. — **Traitement des syndromes parkinsoniens en clientèle.** (*The treatment of Parkinsonism and related disorders in general practice.*) "M. Clin. North Amer.", **33**: 1131 (juillet) 1949.

L'auteur de cet article entend par « parkinsonisme » un syndrome constitué par des tremblements et de la rigidité musculaire, parfois accompagné d'un faciès figé, d'une certaine pauvreté en mouvements posturaux et automatiques, de troubles viscéraux, de ptyalisme, de festination, d'asthénie.

Le traitement de ces malades comporte en premier lieu des mesures d'ordre général. Le

médecin insistera auprès d'eux sur la lenteur de la maladie et fera valoir l'intégrité des facultés mentales au cours de son évolution; il se gardera de donner, dès la première consultation, des conseils prématurés qui laissent entrevoir le sombre tableau de l'invalidité. Une psychothérapie de soutien est un facteur essentiel dans tout traitement de maladie chronique et débilitante. Le malade devra s'adapter au fur et à mesure à sa maladie, évitant la tension et la fatigue nerveuses, se tenant loin des âpres concurrences de certains champs d'action.

La température et les émotions agissent sur la raideur musculaire, l'asthénie et les tremblements: le froid et l'oisiveté accentuent la rigidité; la tension nerveuse intensifie et même déclenche les tremblements. La chaleur, sous toutes ses formes, relâche les muscles et atténue quelque peu la douleur spasmodique. L'exercice et les massages sont d'un grand secours dans la prévention des déformations et dans le maintien de la souplesse des articulations.

Avant d'aborder le choix de la médication, un avertissement s'impose: les parkinsoniens sont des malades chroniques et déprimés; aussi faut-il se méfier des modifications presque miraculeuses qu'amène chez eux l'essai de toute nouvelle thérapeutique. Les antispasmodiques obtiennent leur meilleur résultat dans les stades intermédiaires de la maladie; leur toxicité l'emporte sur leur efficacité aux stades initial et terminal. Les malades qui démarrent avec difficulté, soit parce qu'ils sont déprimés le matin, soit qu'à ce moment de la journée leurs muscles se raidissent davantage, bénéficieront d'un stimulant, pris au lever et à 11 h., tel que le sulfate de benzédrine ou de dexédrine, ou encore le chlorure de désoxyphédrine.

Il y a longtemps que l'atropine, le stramonium et la scopolamine ou hyoscine sont d'usage courant dans le traitement des syndromes parkinsoniens. D'aucuns préfèrent aux pilules les teintures, qui s'avalent mieux et que l'on peut mieux doser. Ces alcaloïdes

se donnent seuls et en diverses associations. L'on commence toujours par une petite dose, prise trois fois par jour et graduellement augmentée jusqu'à l'apparition d'effets toxiques, sécheresse de la bouche et amblyopie; la confusion, l'agitation, l'ataxie et de fortes nausées sont des signes d'intolérance qui indiquent de diminuer la dose. Pour les teintures, la dose initiale est de cinq gouttes dans un quart de verre d'eau, avant les repas; l'on augmente la dose d'une goutte à la fois. On procède de manière semblable dans l'administration de pilules, dosées à 0.5 mg. pour le sulfate d'atropine et le bromure de scopolamine, à 0.2 gm. pour les feuilles de stramonium. Il existe des produits brevetés qui renferment des extraits de la belladonne européenne; la bellabulgara, ou de la plante américaine: le vinobel et le rabellon; la dose initiale de ce dernier est d'un quart de comprimé trois fois par jour, avec addition d'un autre quart de comprimé tous les deux jours, la dose habituelle étant de trois à cinq comprimés par jour.

Le parpanit est un autre antispasmodique efficace. L'on commence par donner 12.5 mg. aux trois heures durant la journée; l'on augmente graduellement la dose jusqu'à provoquer des phénomènes d'intoxication, pour la réduire ensuite à la tolérance de l'individu; la dose quotidienne varie entre 200 et 400 mg., divisée en cinq prises.

Un nouvel antispasmodique de synthèse, l'artane, sera probablement sur le marché vers la fin de 1950. Cette préparation vient d'être mise à l'épreuve à la Clinique Mayo, avec succès. On augmente graduellement la dose initiale de 1 ou 2 mg. trois fois par jour, pour arriver à une dose d'entretien de 8 à 10 mg., soit 4 ou 5 comprimés par jour. Les malades habitués aux alcaloïdes de l'atropine tolèrent des doses quotidiennes de 10 à 15 mg.; le changement de médication doit être progressif et requiert environ une semaine. L'intolérance se manifeste par des étourdissements, des nausées, des bourdonnements d'oreille, de l'amblyopie, de la nervosité, une

démarche chancelante et une sécheresse de la bouche.

Un antihistaminique, le bénomyl, est aussi recommandé, surtout au début de la maladie, de même que chez les malades qui tolèrent mal les antispasmodiques. La dose moyenne est de 25 à 50 mg. trois fois par jour.

L'auteur ne se prononce pas sur l'emploi du tolsérol, ou myanésine, que certains ajoutent aux antispasmodiques.

Toute cette médication est inutile dans les syndromes parkinsoniens d'origine artérioscéléreuse.

J.-B. BOULANGER.

PEDIATRIE

Raymond TURPIN. — **La toxoplasmose du nourrisson.** "Les Actualités Médico-Chirurgicales Pratiques", de C. Lian, 3: 239, 1949. (Editions R. Lépine, Paris).

Bien que l'agent pathogène de cette infestation soit connu depuis cinquante ans, la maladie elle-même est en réalité une affection nouvelle en clinique humaine.

Des observations récentes publiées aux Etats-Unis et en Suède en ont révélé les manifestations cliniques, les signes radiologiques et surtout humoraux, qui permettent d'en faire le diagnostic pendant la vie. Les lésions anatomiques, dans lesquelles on trouve le parasite, ont également été étudiées.

On devra penser à la toxoplasmose, en présence d'un nourrisson atteint d'hydrocéphalée, lorsque cette hydrocéphalée s'accompagne de convulsions, de cécité, de retard de développement intellectuel, et que la cause du syndrome n'apparaît pas très clairement.

Dans ces conditions, l'on procédera à une *exploration radiologique* qui montrera des calcifications au niveau des os du crâne.

Mais pour faire le diagnostic avec certitude, il faut rechercher les *signes humoraux*, c'est-à-dire pratiquer la réaction de neutralisation avec le sérum du malade et une suspension de toxoplasmes. L'on injecte dans le derme du cobaye plusieurs mélanges de concentration dif-

férente et un liquide témoin ne contenant que des toxoplasmes sans addition de sérum. La réaction est dite positive si, au bout d'une semaine, le cobaye n'a réagi qu'au témoin. C'est alors seulement qu'on peut affirmer qu'il s'agit de toxoplasmose du vivant du malade.

S'il arrive que la maladie évolue de façon fatale, on constate à l'autopsie des lésions d'hydrocéphalée interne, avec néo-formations sphacélées, pseudokystiques, et au microscope des toxoplasmes intra-cellulaires ayant la forme d'un croissant. Le parasite détermine d'abord une réaction inflammatoire et ensuite la formation de granulomes blancs jaunâtres, évoluant soit vers la calcification, soit vers la nécrose. Les lésions localisées au début au cerveau s'étendent progressivement à la plupart des organes.

Le *mode de transmission* de cette infection parasitaire, commune à l'homme et aux animaux, est inconnu chez l'adulte.

Par contre, on sait que chez le nourrisson la maladie est d'origine maternelle, communiquée à l'enfant par voie placentaire.

Il n'y a pas, à l'heure présente, de *traitement* de la toxoplasmose. Aucun résultat à espérer avec la pénicilline ou la streptomycine. Il y aurait avantage, toutefois, à employer la sulfamidothérapie au début.

La *prophylaxie* pose des problèmes qui ne sont pas encore résolus et qui font actuellement l'objet des recherches.

Paul LETONDAL.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

L. E. SAVITT et S. AYRES, jr. — **Eruption herpétiforme multiple et persistante.** (*Persistent multiple herpes-like eruption.*) "Amer. Archives of Derm. and Syph.", **59**: 653 (juin) 1949.

Les auteurs rapportent l'observation d'un garçon de 10 ans qui présente depuis 1½ an une éruption herpétiforme. Les lésions sont localisées au cuir chevelu, au cou, à la partie supérieure de la poitrine, au dos, aux lèvres et à la muqueuse buccale. Elles consistent

essentiellement en vésico-pustules groupées en plaques qui s'agrandissent par leur périphérie et se recouvrent de croûtes.

La maladie procède par poussées entrecoupées de rémissions incomplètes.

Un grand nombre de médicaments, y compris le vaccin antivariolique inoculé par grattage, ont été essayés sans succès. Seules des vaccinations répétées avec un vaccin antivariolique, administré non par la méthode habituelle du grattage mais en injections intradermiques, ont pu enrayer la maladie. A tous les 2, 3 ou 4 jours, on a injecté dans le derme le contenu d'un tube capillaire de vaccin additionné de 0.1 c.c. de sérum isotonique.

Après la 14ème injection l'éruption était entièrement disparue.

Cette guérison spectaculaire fait dire aux auteurs que le vaccin antivariolique en injections intradermiques est un traitement apparemment spécifique dans ce genre d'affection. Il devrait être essayé dans toutes ces dermatoses que l'on considère comme probablement dues à un virus.

Henri SMITH.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jerome CHAMOVITZ et Herbert FANGER. — **Phéochromocytome malin et hypertension.** (*Malignant pheochromocytoma and hypertension.*) "Amer. Journ. of Clin. Path.", **19**: 243 (mars) 1949.

Au début on a cru que les phéochromocytomes malins étaient toujours bilatéraux et qu'ils s'accompagnaient toujours d'hypertension, mais une revue de 12 cas publiés récemment a prouvé le contraire, c'est-à-dire qu'ils étaient en général unilatéraux et qu'ils s'accompagnaient d'hypertension.

Les A. rapportent un cas qui s'est accompagné d'hypertension chronique pendant 9 ans.

Deux choses doivent être notées dans l'histopathologie de ces tumeurs; 1) la *réaction chromaffine* dont la positivité semble être en rapport avec la teneur des cellules en substance adrénalinique.

2) *La difficulté du diagnostic différentiel histologique* entre le phéochromocytome bénin ou malin, car le pléomorphisme cellulaire n'est pas nécessairement signe de malignité: des tumeurs bénignes ont des cellules de taille différente, voire même multinucléées et peuvent aller jusqu'à présenter des images qui simulent l'invasion vasculaire.

Le critère: l'invasion locale ou métastatique.

J.-Roger GAREAU.

LABORATOIRE

F. R. DUTRA, J. CHOLACK et D. M. HUBBARD. — **Diagnostic de la béryllose par le dosage du béryllium.** (*The value of Beryllium determinations in the diagnosis of Berylliosis.*) "Am. J. of Clin. Path.", **19**: 229 (mars) 1949.

L'analyse des urines peut être très utile pour le dépistage de la béryllose aiguë ou chroni-

que. Le béryllium a été retrouvé dans les urines de ceux qui avaient fait de la béryllose et même dans celles de ceux qui ayant été exposés au béryllium ne souffraient pas actuellement de béryllose. Ce test est aussi utile pour confirmer le diagnostic dans les cas de maladies non professionnelles... Il sert à prouver que le patient a été en contact avec le béryllium vu qu'il en excrète.

Si on trouve du béryllium dans les urines d'un patient souffrant de *pneumonite* il faut sérieusement penser à la béryllicose, toutefois, il faut renouveler souvent les analyses vu que la toux d'excrétion varie de jour en jour, et d'autre part, le taux peut demeurer toujours tellement bas qu'il ne puisse jamais être décelé par l'analyse.

Les poumons de ceux qui souffrent de béryllicose contiennent du béryllium, mais plus dans les cas aigus que dans les cas chroniques.

J.-Roger GAREAU.

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR A.-A. THIBAUDEAU

Le docteur Alphonse Thibaudeau est décédé en avril dernier, à Buffalo, N. Y. Le Dr Thibaudeau qui avait fait ses études de médecine à l'Université Laval de Québec et à Toronto s'était surtout occupé de pathologie.

LE DOCTEUR HONORIUS BÉGIN

Le docteur Bégin est décédé récemment à Sherbrooke, à l'âge de 57 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université de Montréal en 1922, et pratiqué à St-Julien de Wolfestown, à South Durham, à Windsor et à Sherbrooke.

LE DOCTEUR LS-PH. SAUVÉ

Le docteur L.-P. Sauvé est décédé à Lachute où il pratiquait depuis 25 ans. Il avait terminé ses études de médecine à l'Université de Montréal en 1920.

LE DOCTEUR J.-WILLIAM VINCENT

Le docteur Vincent est décédé le 4 mai dernier à Montréal à l'âge de 71 ans. Gradué de l'Université de Montréal en 1903, il avait pratiqué quelque temps à Oka, avant de s'établir dans la métropole.

LE DOCTEUR ÉMILE SIMARD

Le Dr Emile Simard d'Amos est décédé récemment à Québec, à l'âge de 61 ans. Il avait fait ses études médicales à l'Université de Montréal et pratiquait depuis 1911. Nos condoléances à ses fils, les Drs J.-E. Simard de Chicoutimi et Paul Simard de Montréal.

LE DOCTEUR M.-P. LAMBERT

Le docteur Philius Lambert est décédé récemment à St-Romuald où il pratiquait la médecine depuis cinquante-six ans. Le Dr Lambert qui était âgé de 83 ans avait terminé ses études médicales à l'Université Laval de Montréal en 1893. Nos condoléances à ses fils, les Drs Michel Lambert de Ste-Rose de Laval et Georges-Alfred Lambert de St-Romuald.

LE DOCTEUR F.-E. CHABOT

Le Dr Chabot est décédé dernièrement à Québec à l'âge de 56 ans. Il avait gradué à l'Université Laval de Québec en 1919.

LE DOCTEUR J.-ERNEST RACICOT

Le docteur Racicot est décédé subitement à Old Orchard, le 23 juillet dernier, à l'âge de 70 ans. Le Dr Racicot qui avait terminé ses études en médecine à l'Université de Montréal en 1903, avait été anesthésiste à l'hôpital Notre-Dame durant de nombreuses années.

LE DOCTEUR C. LÉVESQUE

Le Dr Levesque est décédé à Montréal au cours du mois d'avril dernier, à l'âge de 61 ans. Il avait obtenu son diplôme en médecine à l'Université de Montréal. Nos condoléances à son fils, le Dr Yvan Levesque.

NOUVELLES

NOUVELLE REVUE

Nous venons de recevoir un exemplaire de la première livraison d'une nouvelle Revue: « Pharmacie Pratique et Professionnelle ». Cette Revue sera publiée mensuellement et lorsqu'on l'a fondée on a voulu surtout mettre à la disposition de la profession une Revue instructive, bien écrite et au courant de toutes les nouvelles acquisitions en science pharmaceutique.

Nous accueillons avec intérêt cette nouvelle publication et nous souhaitons tout le succès désiré à ceux qui s'en occupent; d'autant plus que paraîtront dans ses pages, selon toute probabilité, des sujets qui intéresseront et serviront les médecins.

CLINIQUE DES MALADIES DU THORAX

Réouverture des consultations de la Clinique des maladies du thorax, à l'Hôpital Notre-Dame, vendredi le 23 septembre.

Ces consultations ont lieu chaque semaine, le vendredi à 11.00 hres de l'avant-midi, à l'amphithéâtre de l'hôpital.

Une cordiale invitation est faite à tous les médecins d'y assister et d'y présenter leurs cas pouvant poser des problèmes d'ordre diagnostique ou thérapeutique.

ENTRETIENS DE BICHAT DE 1949

Du 10 au 15 octobre 1949 se tiennent à Paris, sous la direction des professeurs Guy Laroche et Justin-Besançon et des médecins de l'hôpital Bichat, des journées médicales qui ont été organisées depuis deux années et qu'on a nommées, d'une façon expressive et élégante, les Entretiens de Bichat. Un grand succès a couronné les organisations antérieures et, si on en juge par la somme et l'intérêt des travaux qui seront communiqués cette année, on ne doute pas d'une réussite semblable. Ces travaux sont une mise au point sur une multiplicité de questions nouvelles qui doivent instruire tous les médecins. Ils couvrent tous les domaines de la médecine et de la chirurgie et les spécialités.

Nous recommandons, à tous ceux qui désirent se mettre au courant de l'actualité médicale, de se procurer les deux volumes qui contiendront la matière de ces Entretiens. Ils seront édités par l'Expansion Scientifique Française, Paris. (23, Rue du Cherche-Midi).

PRIX ANNUELS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Deux prix annuels sont offerts aux Canadiens pour les meilleurs *travaux originaux*, soit sur les sciences de base, soit en recherches cliniques intéressant ou la médecine ou la chirurgie. Ces prix sont: "*The Royal College of Physicians of Canada Medal*" et "*The Royal College of Surgeons of Canada Medal*".

Le but de ces prix est de stimuler le goût de la recherche chez les jeunes. L'âge limite a été fixé à 40 ans. Les gagnants seront invités à présenter leurs travaux à l'Assemblée Annuelle du Collège.

Les candidatures pour ces prix, accompagnées des manuscrits, ne peuvent être présentées que par les associés (fellow) du Collège Royal et doivent être remises au Secrétariat de celui-ci, pas plus tard que le 1er avril 1950. Le Secrétaire fournira, à ceux qui désirent concourir, tous les renseignements utiles concernant la longueur et le genre du manuscrit.

Le Collège Royal, toutefois, se réserve le droit de ne décerner aucun prix, si à son avis les travaux présentés ne sont pas d'un mérite suffisant.

NOMINATION DU DOCTEUR YVES CHAPUT

Le docteur Yves Chaput, médecin de l'hôpital Notre-Dame, vient d'être élu membre associé (fellow) de l'Association Nationale de Gastro-entérologie (*National Gastro-Enterological Association*), section américaine.

Cet honneur lui a été conféré par l'exécutif de la Société lors de sa réunion du 12 septembre 1949.

LA BOURSE DE RECHERCHE SCHERING POUR 1949 ACCORDÉE AU DOCTEUR D. L. WILSON

Le docteur D. Laurence Wilson, de Kingston, Ont., a obtenu la bourse Schering pour recherches en endocrinologie pour l'année 1949. La récompense comporte un prix de \$2.500 en argent, et la nouvelle de son attribution au docteur Wilson a été annoncée à la dernière réunion annuelle de la Société d'Etude de Sécrétions Internes. C'est cette Société, le plus réputé des groupements scientifiques et cliniques dans le domaine de la recherche sur les hormones, qui, sur le vote de son jury, a choisi le titulaire de la bourse Schering.

CONFÉRENCE DU DOCTEUR PAUL POIRIER À LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LA RÉGION DE GRANBY

A la Séance inaugurale du 27 septembre 1949, de la Société Médicale de la Région de Granby, le Docteur Paul Poirier de l'Hôtel-Dieu de Montréal, a été invité à donner une Conférence sur « Les Maladies de la peau les plus courantes en pratique générale. »

LE DOCTEUR JACKSON, À LA SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Sous les auspices de la Société de phtisiologie de Montréal, le docteur Chevalier L. Jackson donna le 27 septembre une conférence à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville, intitulée: « Importance clinique des bronches segmentaires et des segments broncho-pulmonaires. »

LE DOCTEUR CHARLES OBERLING, À LAVAL

Le directeur de l'Institut de recherches sur le cancer de Paris, le docteur Charles Oberling doit passer un mois à Québec, durant lequel il donnera une série de cours à l'Université Laval. Il apportera également sa collaboration à l'Institut du Cancer de Laval.

LE DOCTEUR CHARLES DEBRAY, À SAINT-LUC, DE MONTRÉAL

Le docteur Charles Debray, médecin des hôpitaux de Paris et professeur-agrégé à la Faculté, vient d'arriver à Montréal, où il donnera une série de cours et de leçons cliniques à l'hôpital St-Luc. Il succède au docteur Milliez qui inaugura l'an dernier cet enseignement médical, qui s'adresse à tous les médecins de Montréal et de la région.

DEUX MAÎTRISES EN CHIRURGIE ACCORDÉES À LAVAL

Les docteurs J. A. Gravel et C. A. Frenette viennent d'obtenir leur maîtrise en chirurgie à l'Université Laval de Québec, après avoir soutenu avec succès

une thèse, le premier sur les « thrombose et embolie post opératoires » et le second sur « le traitement des varices. »

Le docteur Frenette doit prendre charge incessamment du service de chirurgie de l'hôpital La Flèche de Grand'Mère et le docteur Gravel se dirige vers l'Europe, où il poursuivra ses études de chirurgie cardio-pulmonaire.

L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINE

Le onzième congrès de l'Association Médicale Franco-Américaine aura lieu à Boston à l'hôtel Copley-Plaza, mercredi le 26 octobre prochain. Le docteur Phaneuf, gynécologue renommé de Boston et le docteur Paul Dufault phtisiologue de réputation de Rutland, présenteront une communication d'un grand intérêt.

Cette année encore, l'Association des Médecins de Langue Française délèguera des conférenciers: le docteur Roland Décarie, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame, qui traitera des « Considérations sur les tumeurs du sein » et le docteur N.-R. Bouziane, chef du service des laboratoires à l'hôpital Sainte-Justine qui a choisi pour sujet « La coagulation sanguine et la clinique. »

"QUÊTE DU PAPE"

L'Association des Médecins de Langue Française du Canada recevra avec plaisir les échantillons de produits pharmaceutiques, les seringues et aiguilles hypodermiques, les gazes à pansements et à bandages, etc., que les médecins voudront bien offrir à notre Souverain Pontife.

Répondant à la demande de Monseigneur Emile Léger qui a déjà fait un appel l'an dernier, nous vous invitons à participer à cette œuvre en 1 — envoyant vos échantillons (dans des caisses en carton ou en bois) au secrétariat, 326 est, boul. Saint-Joseph;

2 — en y joignant un chèque d'au moins deux dollars pour les frais d'emballage et d'expédition au Vatican.

Nous suggérons qu'un médecin de bonne volonté fasse la cueillette, dans son arrondissement, et des dons et des échantillons et qu'il nous les fasse parvenir.

DÎNER EN L'HONNEUR DE SIR LIONEL WHITBY

La Division de Québec, de l'Association Canadienne Médicale, a donné un dîner en l'honneur de Sir Lionel Whitby, Président de la British Medical Association, qui visitait le Canada le mois dernier.

Ce dîner eut lieu au Faculty Club, 3450, rue McTavish, le 29 août, à 6.30 heures p.m.

LE DOCTEUR CHARLES VÉZINA, élu président de l'Association des Facultés médicales

Lors de l'Assemblée Annuelle de l'Association des Facultés de Médecine du Canada, tenue à Québec en septembre 1949, on a procédé à l'élection des membres du bureau pour 1949-51. Le doyen de la faculté de médecine de Laval, le docteur Charles Vézina, a été élu président. Les autres élus sont: 1er vice-président, le docteur A. MacFarlane de l'Université de Toronto, 2e vice-président, le docteur W. Scott de l'Université d'Alberta; secrétaire, le docteur J. F. McIntosh de l'Université McGill. Le prochain congrès aura lieu à Kingston en septembre 1950.

CONFÉRENCE ANNUELLE LOUIS GROSS

La douzième conférence annuelle en souvenir de Louis Gross, tenue sous les auspices de la *Montreal Clinical Society*, aura lieu au *Jewish General Hospital*, mercredi soir, à 8.30 heures, le 28 octobre 1949. Le conférencier invité est le docteur Louis N. Katz, directeur des Recherches Cardio-vasculaires au *Michael Reese Hospital* de Chicago et assistant-professeur de physiologie à l'Université de Chicago. Le sujet traité porte le titre *Clinical Electro-cardiography — Its present position and Possible Potentialities*.

CONFÉRENCES DE M. RENÉ FABRE

Les conférences publiques données sous les auspices de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal, par monsieur René Fabre, Doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, portent les dates et les titres suivants:

Mardi, 20 septembre 1949: Salle H'4 — 8 h. 30 p.m.

L'organisation de la profession pharmaceutique.

Jeudi, 22 septembre 1949: Salle H'4 — 8 h. 30 p.m.

L'organisation de l'enseignement pharmaceutique en France.

Mardi, 27 septembre 1949: Salle G'7 — 11 h. a.m.
Pelletier et Caventou.

Mardi, 27 septembre 1949: Salle H'4 — 5 h. p.m.
L'organisation de l'enseignement de la médecine du travail en France.

Jeudi, 29 septembre 1949: Salle H'4 — 4 h. 30 p.m.
Claude Bernard.

Vendredi, 30 septembre 1949: Salle H'4 — 5 h. p.m.
L'hygiène industrielle dans ses rapports avec la médecine du travail.

Lundi, 3 octobre 1949: Salle H'4 — 5 h. p.m.
Berthelot.

Mardi, 4 octobre 1949: Salle G'7 — 11 h. a.m.
Vauquelin.

Mardi, 4 octobre 1949: Salle H'4 — 5 h. p.m.
Importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption des substances médicamenteuses et toxiques (I)

Jeudi, 6 octobre 1949: Salle H'4 — 5 h. p.m.
Importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption des substances médicamenteuses et toxiques (II).

Ces conférences auront lieu à l'Université de Montréal, 2900, boulevard du Mont-Royal.

M. René Fabre prononcera aussi, à l'intention des cliniciens et des médecins praticiens, des causeries dont la date et l'heure seront annoncées ultérieurement. L'Institut Scientifique Franco-Canadien en est l'organisateur.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR J.-R. BOUTIN

Le docteur J.-R. Boutin, directeur médical de l'hôpital Notre-Dame, vient d'être élu membre du Collège Américain des Administrateurs d'Hôpitaux, à la 15ième réunion de cette organisation, à Cleveland.

Mme Jessie J. Turnbull, de l'hôpital Elizabeth Steel Magee, Pittsburg, Penn. présidait cette assemblée.

Le Collège Américain des Administrateurs d'Hôpitaux est une organisation professionnelle internationale d'administrateurs d'hôpitaux.

L'ASSOCIATION DES CARDIOLOGUES

L'Association des Cardiologues, formée de spécialistes du cœur en vue de prévenir et soulager les maladies du cœur, vient d'obtenir sa charte et fonctionnera dorénavant comme une institution nationale.

Le docteur John Oille, de Toronto, a été nommé président, en remplacement du docteur C.-C. Birchard, de Montréal, qui occupait ce poste depuis que cette association fut inaugurée à la Canadian Medical

Association, en 1947. Le docteur Birchard devient maintenant membre du Conseil. Les autres montréalais faisant partie du Conseil sont les docteurs Segall et Rodrigue Lefebvre.

Les autres membres du Conseil sont: Dr John McEachern, Winnipeg, vice-président; Dr D. Blatzen, Saskatoon; Dr G.-E. Hall, London, Ont.; Dr J. Hepburn et Dr John D. Keith, Toronto; Dr K.-A. MacKenzie, Halifax; Dr F.-A.-L. Mathewson, Winnipeg; Dr John Scott, Edmonton, et Dr George F. Strong, Vancouver, B. C.

LE DOCTEUR JEAN-LOUIS LÉGER À ROTTERDAM

Le docteur Jean-Louis Léger, radiologiste à l'hôpital Notre-Dame, a été délégué par cette institution au congrès de neuro-radiologie qui s'est tenu, du 13 au 19 septembre, à Rotterdam.

PREMIÈRE RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE

La Société d'Obstétrique de la province de Québec, après avoir reçu ses lettres patentes, a tenu sa première assemblée générale, au Cercle Universitaire récemment.

Les membres de la nouvelle association ont élu leur premier conseil d'administration, qui se compose des docteurs Hector Sanche, président; Donatien Marion, vice-président; Jacques Fortier, secrétaire; Julien Tétrault, trésorier; Alfred LeRoy, Pacifique Gauthier, Alcidas Ricard, Léo Tassé et Arthur Manseau, directeurs.

La Société d'Obstétrique ouvre ses portes à tous les médecins de la province spécialisés en obstétrique. Elle a pour but l'avancement de l'art obstétrical et la diminution de la mortalité maternelle.

Le docteur Donatien Marion a été nommé pour représenter la Société au Congrès d'obstétrique et de gynécologie qui se tiendra en France, au mois d'octobre.

Les docteurs Alcidas Ricard et Arthur Manseau sont nommés représentants auprès du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

UN OCTROI PROVINCIAL À L'HÔTEL-DIEU DE SOREL

L'honorable Dr Paquette, ministre de la Santé, vient d'informer les autorités de l'Hôtel-Dieu de

Sorel que le gouvernement provincial accorde à cette institution un nouvel octroi de \$150.000. Cet hôpital, construit il y a deux ans, avait déjà reçu \$1.100.000 du gouvernement de la province, mais sa situation financière était plutôt alarmante. Le nouvel octroi permettra aux religieuses de faire face à des difficultés qui menaçaient d'être désastreuses.

OCTROIS CONTRE LE CANCER À SHERBROOKE

La supérieure de l'Hôpital St-Vincent-de-Paul, Sœur St-Benjamin, vient de recevoir du ministre provincial de la Santé, l'honorable Albini Paquette, une lettre annonçant que le gouvernement provincial versera un octroi de \$31.950 pour le développement d'une clinique anticancéreuse.

Cette nouvelle est parvenue à l'hôpital peu après que le ministre de la santé nationale, l'honorable Paul Martin, eut annoncé un octroi semblable de la part du gouvernement fédéral.

La contribution des deux gouvernements, au développement de nouvelles installations ou à l'extension des services actuels, fait partie du plan fédéral d'hygiène relatif à la lutte anticancéreuse.

La Clinique de Sherbrooke est déjà, depuis quelques mois, sous la direction du docteur Jacques Olivier, et ses services sont absolument gratuits.

DÉLÉGUÉ DE L'HÔPITAL DE MAGOG

Le docteur Armand Voyer, de Magog, est actuellement en voyage en Europe. Lors d'une réunion récente du bureau médical de l'hôpital de la Providence, de Magog, il a été nommé président de ce bureau. Il a été aussi nommé représentant officiel de l'Association des médecins de langue française des Cantons de l'Est au 27^e Congrès International Médical, à Genève, Suisse, qui se tient du 29 septembre au 1^{er} octobre.

MÉDECINS RÉUNIS EN CONGRÈS À OTTAWA

Le 37^e congrès annuel du Conseil médical du Canada s'est ouvert récemment par une séance consacrée aux problèmes de régie interne. Ce congrès de deux jours était sous la direction du docteur R.-T. Noble, de Toronto.

PRIX DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE

Le docteur Jean Albert-Weil, ancien chef de clinique médicale à la faculté de médecine de Strasbourg, qui a obtenu en 1948 le Prix Stanski de l'Académie de Médecine pour son ouvrage « Les phénomènes d'allergie non spécifique dans la tuberculose et les fièvres typhoïdes », Maloine edit. (Préf. du Pr. René Leriche), vient d'obtenir le Prix Nicolas Misserel de l'Académie Française, pour son livre « De la souffrance à la Pensée », Edition du Mont-Blanc, Genève-Annemasse, Préf. du Pr. Ag. Henri Baruk.

PRIX DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE L'EST

Les membres de l'Exécutif de l'Association des Médecins de l'Est, à la suggestion de leur président, le docteur Paul Letondal, ont pris l'initiative de fonder, cette année, un Prix pour récompenser le meilleur travail sur « La profession médicale et l'Etat ».

Ce Prix, au montant de \$100.00, est un don de la Pharmacie Sarrazin et Choquette.

Les conditions du concours sont les suivantes: 1. — seuls les médecins de l'Île de Montréal peuvent y participer; 2. — la limite d'âge des candidats est de quarante ans; 3. — les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne et envoyés, avant le 1er décembre 1949, au secrétaire de l'Association, le docteur Julien Pesant, 2043, rue Champlain, Montréal.

Un jury, nommé par le Conseil de l'Association, appréciera la valeur des travaux présentés. Lors de la dernière séance de l'année, en décembre, le nom de l'heureux candidat sera proclamé et le Prix lui sera décerné.

LE DOCTEUR ALPHONSE BERNIER

Hôte d'honneur de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal

C'est le docteur Alphonse Bernier, de l'Hôpital Saint-Luc, qui sera l'hôte d'honneur et le conférencier lors du prochain dîner-causerie de l'Association des Médecins de l'Est de Montréal, qui aura lieu mardi le 8 novembre prochain, à 7 h. 30 du soir, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Paul Letondal, président de l'Association.

Le docteur Bernier traitera d'un sujet tout à fait d'actualité et d'un grand intérêt pour la profession médicale. Il parlera « du praticien et des spécialistes ». A l'issue de ce dîner, gracieusement offert par la maison Anglo-French, il y aura discussion générale, à laquelle les membres de l'Association des Médecins de l'Est sont invités à participer.

Pour renseignements, communiquer avec le docteur Julien Pesant, secrétaire de l'Association, 2043, rue Champlain, Montréal.

LE DOCTEUR ORIGÈNE DUFRESNE, DÉLÉGUÉ À SAN FRANCISCO

Le docteur Origène Dufresne, directeur de l'Institut du Radium, a représenté celui-ci lors de la semaine du Cancer tenue à San Francisco, à l'Université de Californie du 12 au 16 septembre 1949. Sujets traités: nouveaux aspects sur le cancer; diagnostic et traitement.

LE DOCTEUR PAUL LETONDAL PRÉSIDENT-FONDATEUR DE L'ASSOCIATION DES PÉDIATRES DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Les pédiatres certifiés du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada, pratiquant dans la province de Québec, se sont constitués en corporation, sur l'invitation du docteur Paul Letondal (de Montréal), qui a pris l'initiative du mouvement. La formation de la Société, sous le nom d'Association des Pédiatres de la Province de Québec, pour l'étude, la défense et le développement des intérêts de ses membres, a été autorisée par le Secrétaire de la Province. Le siège social de l'Association, incorporée sous la loi des syndicats professionnels, est situé à Québec.

Après avoir procédé, lors de leur première assemblée, à l'élection des principaux membres de l'Exécutif, afin de pouvoir présenter leur requête au Gouvernement Provincial, les Pédiatres du Québec se sont réunis de nouveau, récemment, pour adopter leurs règlements et compléter leur Conseil, qui se compose comme suit: président-fondateur, le docteur Paul Letondal (de Montréal); 1er vice-président, le docteur Alton Goldbloom (de Montréal); 2e vice-président, le docteur Donat Lapointe (de Québec); secrétaire, le docteur de la Broquerie Fortier (de Québec); trésorier, le docteur Alan Ross (de Montréal); directeurs: les docteurs Albert Guilbeault (de Montréal), Edmond Potvin (de Chicoutimi), Graham Ross (de Montréal) et Roland Thibaudeau (de Québec).

On sait que la Pédiatrie, qui est l'une des branches de la Médecine ayant le plus évolué dans ces dernières années, constitue une spécialité reconnue aux Etats-Unis et au Canada. En France, où est née la Médecine des Enfants au début du siècle dernier, a été formé tout dernièrement dans ce but le Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de Pédiatrie, dont le président est le docteur P. Rohmer (de Strasbourg) et le secrétaire, le docteur H. Rouèche (de Paris).

L'Association des Pédiatres de la Province de Québec a été fondée avant que le Collège des Médecins ait demandé aux spécialistes de se constituer en sociétés, afin de l'aider dans l'application de la nouvelle loi concernant l'octroi de certificats de compétence dans les différentes spécialités médicales.

C'est le président de l'Association, le docteur Paul Letondal, qui a été nommé pour représenter ce syndicat professionnel au Comité des Examineurs au Bureau Provincial de Médecine.

L'ORGANISATION FRANÇAISE D'ACCUEIL DU CORPS MÉDICAL MONDIAL

LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS A CRÉÉ, EN JUILLET 1948, L'ORGANISATION FRANÇAISE D'ACCUEIL DU CORPS MÉDICAL MONDIAL (O.F.A.M.M.).

Cette Organisation est destinée à recevoir et à renseigner les Médecins Français et Etrangers sur tout ce qui pourrait les intéresser. Notamment:

- a) *Un service de réception* fonctionne de 9 h. à 12 h. et de 14 h. à 18 h.; (le Samedi, de 9 h. à 12 h.).
— Renseignements sur les formalités nécessaires à un séjour en France;
— Renseignements sur les hôtels, restaurants; programme des manifestations de la vie parisienne, etc...
- b) *Un service voyages.* — Ce Service peut procurer, tant pour la France que pour l'Etranger:
— les billets de chemin de fer et d'avion;
— les passages maritimes
(avec réservation des places).
Prix officiels des Compagnies, sans frais supplémentaires.
Les médecins qui se trouvent à Paris pourront passer leurs commandes par téléphone: INV. 07-55.
Les médecins de Province et de l'Etranger sont invités à écrire au Service Voyages pour tous renseignements et réservations (en envoyant, dans ce dernier cas, le montant du prix des billets).
- c) *Un service touristique.*
— Visites de Paris et de ses environs (Versailles, Fontainebleau, etc...)
— Location d'automobiles.
— Organisation de voyages en France et en Europe, en liaison avec les Organismes de Tourisme, Syndicats d'initiatives, Centres Thermoclimatiques, etc...
— Manifestations folkloriques.
- d) *Un service artistique.*
— Musées, Conférences, Théâtres, Concerts, Cinémas, programmes et location de places, et surtout:

e) *Un service scientifique.*

- Rapports avec les Centres d'Enseignement et les Chefs de Services.
 - Visites d'Hôpitaux, assistance aux interventions.
 - Renseignements sur les divers Congrès.
 - Bibliothèques scientifiques et médicales.
- Possibilités de séjour, par échange entre les membres du Corps Médical International. Notre Organisme se met à la disposition de MM. les Médecins pour diffuser leurs propositions.

Nous ne saurions trop attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez de nous faire connaître à l'avance vos projets de séjour et la date de votre arrivée à Paris.

L'INSTITUT BRUCHÉSI

NOTES DU MOIS

Aspect social de la lutte antituberculeuse

Il serait illogique de ne considérer la lutte contre la tuberculose que du seul point de vue du traitement et de la récupération des tuberculeux. C'est avant tout, une question d'hygiène publique. Comme telle, elle comporte un aspect social qui conditionne la triple prophylaxie de la contagion, de l'évolution et de la rechute.

Pour la première, la condition de la lutte est dans une séparation des contagions du milieu familial ou du milieu professionnel. Elle a été le point d'appui de tous nos efforts. Et si nous constatons aujourd'hui la grande diminution des personnes non contaminées c'est dû en majeure partie à ces mesures prophylactiques, enseignées aux familles des tuberculeux et appliquées soigneusement par elles avec un vrai sens social.

L'évolution de cette contamination qui laisse aujourd'hui un si grand nombre d'organismes dépourvus d'allergie, requiert une autre forme de prophylaxie: la vaccination par le B.C.G. Comme des statistiques, apparemment concordantes de plusieurs pays, fixent à 30% le nombre des adultes de 20 ans qui ne réagissent pas à la tuberculine et que d'après une statistique de l'Institut Bruchési, 60% des enfants passés à la clinique ont des réactions négatives, il est évident que la vaccination par le B.C.G. devient une autre condition nécessaire pour la prophylaxie tuberculeuse. Et celle-ci doit s'étendre avec autant de vigueur que la première, d'abord aux nouveaux nés, puis aux enfants et même aux adultes.

La prophylaxie de la maladie tuberculeuse profitera en premier lieu de la vaccination par le B.C.G. mais il ne faut pas oublier ceux qui ont été contaminés, soit dans leur enfance, soit dans leur adolescence: s'ils sont dans des conditions de vie déplorable, l'évolution tuberculeuse sera toujours à prévoir.

Il est clair que le défaut d'alimentation saine et balancée, l'habitation d'un logement surpeuplé ou insalubre, le travail sans mesure et dans des conditions d'hygiène incontrôlées, le surmenage physique ou moral et parfois l'un et l'autre, contribuent à affaiblir un organisme où l'ennemi enfermé n'attend que cette minute pour causer ses dommages. La question du terrain bien qu'elle ait d'autres aspects particuliers, est reliée intimement aux conditions de vie des patients. Tel était un adulte en bonne santé à l'âge de 20 ans; à 30 ans, avec un régime de famine et de travail forcé, son organisme n'a plus opposé de barrière à la dissémination bacillaire.

La prophylaxie de la rechute, chez les tuberculeux guéris, est un autre problème social. Ce tuberculeux récupéré, a encore une très grande valeur familiale, professionnelle et sociale. Il est important que ce blessé, dans la lutte contre la tuberculose, reçoive une attention particulière, tant que son état ne sera pas consolidé. La réadaptation et la rééducation du tuberculeux sont des facteurs psychologiques de premier ordre. Il ne faudrait jamais les en priver. Il ne faudrait même pas leur en interdire l'espoir. Mais au point de vue du patient, elles ont une autre valeur humaine, puisqu'elles permettent à un diminué de se relever et de reprendre sa place et surtout de poursuivre son épanouissement physique, intellectuel et moral.

Du point de vue social, elles gardent un élément de vitalité et de progrès. C'est ce que devraient comprendre ceux qui s'intéressent au sort des tuberculeux guéris et particulièrement les chefs d'industrie qui peuvent leur trouver dans leur usine, un emploi en rapport avec leur état de santé et les connaissances qu'ils ont acquises pendant leur cure.

La lutte antituberculeuse ne peut aboutir à une victoire complète si l'on n'utilise point en leur totalité, les mesures de triple prophylaxie qui assurent l'allergie, la résistance organique et l'utilité sociale.

MAGNIFIQUE EXHIBIT DE LA SANTÉ À L'EXPOSITION DE QUÉBEC

Parce que la santé publique fait toujours l'objet des préoccupations les plus constantes du ministère de la Santé, l'honorable J.-H.-A. Paquette, qui a la mission d'assurer l'exécution des lois qui touchent à la protection de notre capital humain, le pavillon de la Santé à l'Exposition Provinciale de Québec offrait cette année au public une occasion incomparable de se rendre compte des moyens prophylactiques employés dans notre province pour préserver la population des différentes maladies qui exercent leurs ravages dans notre civilisation. C'est pourquoi une foule de gens se sont rendus au pavillon de la Santé.

Toujours déterminé à doter les nouvelles générations de tous les bienfaits de l'hygiène et de la mé-

decine préventive, l'honorable docteur Paquette a voulu que cette année les visiteurs de l'Exposition provinciale puissent se renseigner sur les trois sujets suivants: l'alcool et la santé, la prévention du cancer et les vaccinations. Ce sont là trois questions à l'ordre du jour. Ceux qui ont étudié quelque temps les différents exhibits du ministère provincial de la Santé se sont parfaitement renseignés sur ces trois sujets. L'essentiel dans les trois domaines leur est apparu.

Au kiosque réservé à l'alcool, ils ont pu se rendre compte de l'action nocive qu'il exerce sur l'organisme: système nerveux, système digestif, système sanguin. Par ailleurs, le cancer est maintenant la deuxième cause de mortalité dans notre province. Seules, les maladies du cœur font plus de victimes. En visitant le pavillon de la Santé, on a vu comment le cancer se développe et par quels signes extérieurs il se manifeste. On a compris qu'il convient de toujours consulter son médecin lorsque le moindre soupçon vous effleure. Enfin, à l'exhibit destiné aux vaccinations, ils se sont rendus compte, une fois de plus, de l'importance de faire bénéficier vos enfants de la protection qu'offre à tous le vaccin contre la variole, l'immunisation contre la diphtérie et la coqueluche et le B.C.G. En vérité, le pavillon de la Santé, cette année, était aussi instructif que bien préparé.

UNE ŒUVRE DE MÉDECINE SOCIALE: LA PRÉSERVATION DE L'ENFANCE CONTRE LA TUBERCULOSE PAR LA MÉTHODE DE GRANCHER, APRÈS 40 ANNÉES DE FONCTIONNEMENT.

L'Œuvre de Préservation de l'Enfance contre la Tuberculose a été fondée par Grancher, en 1903, elle a donc plus de 40 ans d'existence. Son but, comme chacun le sait aujourd'hui, est de soustraire l'enfant au contact de parents contagieux, en le plaçant dans une famille saine à la campagne où il reste pendant la durée de la maladie du parent dangereux.

Les résultats sont particulièrement remarquables puisqu'ils font tomber la mortalité des enfants exposés de 400 0/00 à moins de 1 0/00.

L'Œuvre Grancher a créé des Filiales dans toute la France et actuellement elle protège environ 6,000 enfants. Elle a de plus servi de modèle et beaucoup d'Œuvres réalisent suivant le même principe, la préservation d'enfants exposés à la contagion.

Ses résultats économiques sont également des plus importants à connaître: alors qu'il faut aujourd'hui plusieurs millions pour guérir un tuberculeux et rendre à la Société un capital social malheureusement hypothéqué, l'Œuvre de Préservation de l'Enfance

contre la Tuberculose, pour une dépense 10 fois moins élevée, conserve à la Société un capital social neuf.

La vaccination par le B.C.G. protège l'enfant contre les causes accidentelles de contamination, mais elle ne communique pas encore une résistance suffisante pour permettre à l'enfant de vivre continuellement auprès d'un porteur de germes.

Jusqu'au jour où une médication antibiotique permettra de guérir immédiatement la maladie, cette Œuvre qui a été imitée en Belgique et au Canada, continuera à fonctionner pour réduire l'extension de la maladie.

En France, l'Œuvre ayant fait ses preuves, elle a été intégrée en 1945, par l'ordonnance du 31-10-45, dans l'organisation de la lutte contre la Tuberculose, en ce sens que les enfants à préserver sont pris en charge par le Département, au même titre que les enfants envoyés en préventoria ou en sanatoria. (Résumé d'un travail présenté par le Dr Armand-Delille, Paris).

SUBVENTIONS D'HYGIÈNE POUR LA LUTTE ANTICANCÉREUSE

M. Paul Martin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce aujourd'hui que l'hôpital général St-Vincent-de-Paul, de Sherbrooke, et l'hôpital du St-Sacrement, de Québec, recevront plus de \$37.000, en subventions fédérales d'hygiène, afin de leur permettre d'étendre les travaux de leurs centres anticancéreux.

La subvention accordée à l'hôpital de Sherbrooke servira à l'achat du matériel technique nécessaire au diagnostic et au traitement précoces du cancer. Ce nouveau centre recevra les malades de toutes les régions des Cantons de l'Est.

L'hôpital du St-Sacrement, de Québec, est une institution universitaire. Aussi, pourra-t-elle très facilement, grâce à l'augmentation de son personnel et à l'agrandissement de ses laboratoires, contribuer davantage à la lutte anticancéreuse. La subvention fédérale servira à payer la moitié des traitements d'une nouvelle infirmière, d'un technicien et d'un secrétaire, ainsi que la moitié du coût d'une grande quantité de matériel technique destiné au laboratoire de l'hôpital.

En vertu du plan fédéral d'hygiène relatif à la lutte anticancéreuse, le Gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux contribuent à parts égales au développement de nouvelles installations ou à l'extension des services actuels.

FAITES VACCINER VOS ENFANTS CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES

Prémunissez vos enfants contre les maladies évitables

Avec l'automne commence une période particulièrement propre à certaines maladies, d'autant plus que l'alternance de beau et de mauvais temps invite aux imprudences. Il convient donc de songer, plus que jamais, à protéger la famille contre les maladies infectieuses. Déjà, pour l'entrée des classes, vous avez fait vacciner vos petits contre la variole. Vous devez, en outre, prendre toutes les précautions que l'hygiène et la médecine préventive prescrivent contre la typhoïde, la tuberculose, la diphtérie et la coqueluche. Il est toujours temps de se prémunir contre ces terribles fléaux qui font toujours trop de ravages dans notre population.

Les Unités sanitaires du ministère de la Santé, que dirige l'honorable Docteur J.-H.-A. Paquette, placent à votre disposition les moyens les plus modernes et les plus scientifiques. Profitez-en et consultez régulièrement votre médecin de famille.

Qui doit être vacciné? Quand et comment?

Voici la réponse des hygiénistes:

Variole: Qui? Tous les enfants.

Quand? A la naissance et à l'entrée à l'école.

Comment? Par la vaccination sur le bras.

Répéter la vaccination tous les 5 ans.

Diphtérie: Qui? Tous les enfants.

Coqueluche: Quand? Dès l'âge de six mois.

Tétanos: Comment? Au moyen de trois injections de trois à douze mois après la troisième.

Injection de rappel tous les deux ans.

Typhoïde: Qui? Toute personne exposée à la contagion.

Quand? En cas d'épidémie et lorsque l'eau ou les aliments peuvent être contaminés.

Comment? Trois injections à une semaine d'intervalle.

Injection de rappel tous les deux ans.

Tuberculose: Qui? Toutes les personnes négatives à la tuberculine.

... les nouveau-nés.

... les personnes en contact avec les tuberculeux.

... les personnes dont les fonctions les exposent à la tuberculose.

Comment? Par scarification.

Répéter le vaccin sur indication du médecin.

Profitez donc de ces avantages et veillez à la protection de votre famille. Vous vous éviterez de nombreux soucis et de grands chagrins.

Cette
association pénicilline-vasoconstricteur

permet—



une constriction rapide et prolongée

Le Par-Pen renferme la 'Parédrine aqueuse', l'un des deux seuls vasoconstricteurs spécialisés qui aient été cités avantageusement dans un rapport destiné au personnel médical de la "Mayo Clinic".



un puissant effet bactériostatique

Le Par-Pen renferme aussi la pénicilline sodique cristallisée, forme aujourd'hui adoptée comme la plus intéressante de ce puissant antibiotique. Une stabilité accrue constitue un important avantage de ce nouveau composé de pénicilline. Le Par-Pen ne doit pas être conservé au réfrigérateur. Même après une semaine de séjour à la température de la chambre, le Par-Pen aura gardé sa teneur de 500 unités de pénicilline par c.c., c'est-à-dire la concentration considérée comme optima dans les topiques.



PAR-PEN comme
topique
intra-nasal

Smith Kline & French Inter-American Corporation, Montréal 1

COURS DE PERFECTIONNEMENT DU PROFESSEUR CHARLES DEBRAY À L'HÔPITAL SAINT-LUC

Programme des leçons théoriques

4 oct. 5 h. p.m. Séance de la Société Médicale de Montréal, coïncidant avec l'ouverture du cours. Au programme, le professeur Charles Debray: *L'Ictère catarrhal*

5 oct. 5 h. p.m. *Ulcère de l'estomac*: Signes et évolution.

7 oct. 5 h. p.m. *Ulcère de l'estomac*: Formes cliniques et diagnostic.

11 oct. 5 h. p.m. *Ulcère de l'estomac*: Pathogénie.

12 oct. 5 h. p.m. *Ulcère de l'estomac*: Traitement médical.

14 oct. 5 h. p.m. *Cancer de l'estomac*: Formes cliniques.

17 oct. 5 h. p.m. *Cancer de l'estomac*: Diagnostic et indications thérapeutiques.

19 oct. 5 h. p.m. *Gastrites*: Signes.

21 oct. 5 h. p.m. *Gastrites*: Formes cliniques. Gastropathies allergiques, dystrophiques et carencielles.

24 oct. 5 h. p.m. « *Dumping Syndrome* » des gastrectomisés.

26 oct. 5 h. p.m. *Cholangiographie peropératoire*.

28 oct. 5 h. p.m. *Iléus biliaire*.

2 nov. 5 h. p.m. *Diverticule du côlon*.

3 nov. 5 h. p.m. *Les modificateurs du comportement en radiologie digestive*.

4 nov. 5 h. p.m. *Endocrines et tube digestif*.

Leçons cliniques

Tous les mardis et jeudis:

de 9.30 à 11 heures. Leçons au lit des malades.

de 11 hres. à midi. Présentation magistrale de malades.

Les lundis, mercredis et vendredis:

de 10 hres. à midi. Visite des salles du service de médecine.

N.B. — Ces leçons cliniques commenceront le 5 octobre et finiront le 28 octobre 1949.

HEMO-BEX

*afin . . .
qu'ils resplendissent
de santé*

Tonique efficace et agréable au goût,
spécialement indiqué pour enfants.

VITAMINE "D" Sels de Calcium,
Glycérophosphate de Fer, Manganèse
plus facteurs de **VITAMINE "B"**.

"Santé et Maladie"



ANGLO-FRENCH DRUG Cie, Ltée,
Montréal 18, P. Q.

Généreux échantillons à Messieurs les Médecins.

REVUE DES LIVRES

A. NETTER. — **Gynécologie.** — Editions médicales Flammarion, éditeurs, Paris 1949.

Ouvrage remarquable tant par la clarté que par la simplicité de l'expression; il contient une mine de renseignements précieux et trouve sa place dans la bibliothèque de tout praticien.

La première partie traite de l'anatomie et de la physiologie des organes génitaux. Notons en particulier l'exposé sur la physiologie de l'ovaire, le rôle du système nerveux en physiologie génitale, l'ovulation et le cycle menstruel.

La deuxième partie est une étude générale des organes génitaux et l'auteur s'attarde avec bonheur à définir certains troubles fonctionnels qui font le désespoir des femmes en même temps que de leur médecin: aménorrhée, dysménorrhée, troubles de la vie sexuelle, douleurs lombo-sacrées, stérilité, puberté précoce, hermaphrodisme, virilisme. A notre point de vue l'intérêt de cet ouvrage se concentre surtout dans la troisième partie qui scrute la pathologie mammaire: les infections mammaires, les dystrophies, la mastodynie et le cancer.

L'ouvrage se termine par un court aperçu sur les ovaires scléro-kystiques et l'obésité féminine.

Par un dispositif ingénieux, on peut ajouter ou retrancher des feuilles à volonté.

Donatien MARION

P. DELORE. — **Homme, quelles sont tes exigences?** — Editions J. Oliven, Paris 1949.

L'auteur revendique le rôle primordial de la médecine en face de tous les grands problèmes humains: éducation, alimentation, habitation, urbanisme, travail, loisir, sport, eu-

génique, car le médecin aide à « l'épanouissement de l'humain dans le collectif » selon l'expression de L. Lainé. L'auteur applique constamment des principes de la médecine soit la physiologie, la pathologie ou la thérapeutique, pour la cure des maux de notre pauvre humanité bouleversée qu'elle est par des théories trop souvent subversives et qui font son malheur. Citons, par exemple, au chapitre de l'individualisme et de la notion de personnes cette réflexion: « devant la vie, les hommes ne sont pas pareils; il n'y a pas d'égalité biologique. La vie suppose différenciation. L'inégalité est à la base même de la création. Il n'y a pas d'homme standard. Trop souvent l'égalité est confondue avec la justice et l'inégalité avec l'injustice. »

Ces notions essentielles devraient être l'objet de la méditation du sociologue, de l'homme politique, de l'intellectuel qui veulent niveler toutes les classes sociales au gré de leur aberration trop contagieuse.

Il nous fait grand plaisir de recommander la lecture de cette monographie de 180 pages écrite dans un style qui fait honneur à l'esprit médical français.

Ce livre vaut « Delore ».

Donatien MARION

Lucien LEGER, R. DUCROQUET et Henry LEGER. — **Maladies du squelette. Syndrome d'Albright. Xanthomatose osseuse. Granulome éosinophile des os. Neurofibromatose osseuse. Mélorhéostose. Maladie de Milkman. Ostéolyse essentielle. Myélomes.** — Un volume de 256 pages, avec 129 figures. Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

L'enrichissement récent de la pathologie du squelette justifie la publication de ce livre, dans lequel les auteurs étudient une série d'affections mal connues, et pour cette raison réputées rares, du squelette.

VERATRITE

Dans l'hypertension

FORMULE:

Chaque tablette contient: **Veratrum Viride** (titré biologiquement), 3 Unités Craw, Nitrite de Soude, 1 gr., Phénobarbital, ¼ gr.

ACTION:

Il est aujourd'hui prouvé que le **Veratrum Viride** administré oralement est supérieur à toute autre drogue pour abaisser la pression artérielle. Le **Veratrum Viride** produit un effet plus constant et de plus longue durée. (Dr. Edouard D. Freis, Medical Clinic of North America, Boston, numéro septembre 1948).

La vaso-dilatation neurogénique, observée en premier lieu par Wilson & Smith, relativement à l'action du **Veratrum Viride**, est d'un avantage considérable dans le traitement de l'hypertension.

POSOLOGIE:

Administrer une tablette 2 heures après chaque repas durant la première semaine. Augmenter ou diminuer la dose selon la réaction du patient.

Documentation et échantillons envoyés aux médecins sur demande.

Fabriqué par IRWIN NEISLER & CO., Decatur, Ill., U.S.A.

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

CHOBILE

Acide cholique

+

Acide déhydrocholique

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DES TABLETTES CHOBILE

- 1 L'acide déhydrocholique augmente la fraction aqueuse de la bile et nettoie les canaux biliaires.
- 2 Les sels biliaires naturels contenus dans les tablettes CHOBILE augmentent la concentration de sels biliaires.
- 3 Du petit intestin 90% des sels biliaires purifiés et de 15% à 50% de l'acide déhydrocholique sont récupérés et retournent ensuite au foie par la veine porte.
- 4 Les sels biliaires naturels émulsionnent les graisses, facilitent la digestion et maintiennent l'équilibre aqueux du côlon par osmose.
- 5 Les tablettes CHOBILE augmentent la sécrétion biliaire, empêchent le dépôt de cholestérol, combattent la stase biliaire et préviennent l'infection.

DOCUMENTATION ET ÉCHANTILLON ENVOYÉS SUR DEMANDE

Représentants exclusifs au Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, Avenue du Collège McGill, Montréal, P. Q.

Hors du cadre éclaté, parce que trop empli, de la maladie de Recklinghausen, se sont isolés des faits d'ostéite fibro-kystique, avec pigmentation cutanée et puberté précoce (syndrome d'Albright) et aussi des aspects d'ostéite géodique que l'on peut actuellement rapporter aux xanthomatoses et au granulome éosinophile.

Les manifestations osseuses de la neurofibromatose de Recklinghausen, la mélorhéostose, les fissurations spontanées du squelette, la maladie de Milkman, si fréquentes en période de restriction alimentaire, les ostéolyses essentielles, retiendront ensuite l'attention du lecteur.

Une étude approfondie des myélomes, maladie générale au syndrome biologique étonnant, termine l'ouvrage.

A qui s'intéresse à la pathologie osseuse — orthopédistes, radiologistes, rhumatologues — et aussi aux praticiens de médecine générale ou de pédiatrie, à tous ceux enfin qu'intriguent les grands problèmes de pathologie générale, se recommande la lecture de cet ouvrage richement illustré.

Bernard FEY, Pierre TRUCHOT, Fernand STOBBAERTS, Georges WOLFROMM. — **Exploration radiologique de l'appareil urinaire inférieur — Vessie, urètre, prostate.** Collaboration de Léonce Sabadini, F. Degand, J. Desclaux, G. Dulac, H. Dutrieux, M. Gilson, A. Györfi, J. Rousseau et A. Sorin. Un volume de 292 pages sur papier couché, avec 293 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

L'exploration radiologique de l'appareil urinaire inférieur n'est pas chose nouvelle. De nombreux auteurs ont pratiqué et étudié l'urétrographie, la cystographie par réplétion ou par précipitation, la cysto-urétrographie mictionnelle, etc. L'endoscopie (cystoscopie, puis urétroscopie) fournissait des renseignements complets, si indiscutables qu'il semblait inutile de lui chercher des auxiliaires.

Trois faits pourtant ont frappé les auteurs: d'une part les erreurs d'interprétation concer-

nant les tumeurs vésicales étaient assez fréquentes à la cystoscopie, et le plan tactique établi avant l'intervention devait être modifié au cours de celle-ci. Dans la chirurgie des diverticules également, la cystoscopie ne fournissait que des données insuffisantes. Enfin, les auteurs ont vu des cystographies préopératoires, pratiquées systématiquement chez tous les prostatiques, révéler très souvent des calculs, des reflux ou des diverticules latents.

Le moment leur a donc semblé venu de réunir et de systématiser les différentes méthodes de l'exploration radiologique de l'appareil inférieur. C'est le but de cet ouvrage, fruit d'une longue collaboration où chacun a apporté documents et idées personnelles et qui repose presque exclusivement sur ces observations. Il aidera urologues et radiologues à tirer le meilleur parti possible de ces explorations radiologiques dont l'intérêt est aujourd'hui indiscutable.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

1. — *Technique des différentes méthodes.* Les cystographies. Les urétrographies. Méthodes combinées: les cystographies mictionnelles.

2. — *Exploration radiologique des lésions de l'appareil urinaire inférieur.* Malformations et vices de position. Troubles de la tonicité vésicale. Calculs et corps étrangers. Lésions inflammatoires de la vessie et de l'urètre. Dysectasies du col vésical. Conséquences de la dysectasie. Lésions traumatiques de l'urètre et de la vessie. Tumeurs de la vessie. Trajets fistuleux s'ouvrant dans la vessie ou l'urètre. Exploration radiologique postopératoire. Affections périvésicales.

J. de AJURIAGUERRA, professeur agrégé de neuro-psychiatrie à titre étranger, et H. HECAEN, médecin des hôpitaux psychiatriques. — **Le cortex cérébral. Etude neuro-psychopathologique.** Préface du prof. J. Lhermite. Un volume de 406 pages, avec 51 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Depuis le début du siècle se sont accumulés d'innombrables travaux sur la physiopathologie du cortex cérébral. Il apparaissait nécessaire de faire un bilan des acquisitions sur ce sujet. Pour avoir une pleine connaissance de

votre ordonnance * analgésique

CODOPHEN

C.T. No. 260



E.B.S.

Egalement fourni comme
CODOPHEN PLUS FORT

C.T. No. 260A

contenant 1/2 gr. de Codéine

POUR LES NARCOTIQUES,
LA SIGNATURE EST REQUISE

* Les comprimés "Codophen" sont de couleur orange,
sans aucune autre marque d'identification

THE **E.B.S.** SHUTTLEWORTH CHEMICAL CO., LTD. TORONTO, CANADA

Représentants:

M. Paul Busseau, 4904, rue Wellington, Verdun, P. Q. — M. A. A. Summers, Morrisburg, Ont.
M. J. L. Vallerand, 1055, Mont St-Denis, Wolfesfield Park, P. Q.
M. Léon Viens, 1875, boul. Pie IX, Montréal, P. Q. — M. P. E. Thibaudeau, 385, boul. Charest, Québec, P. Q.

ces faits, il semblait indispensable d'aborder les problèmes anatomo-cliniques corticaux dans un esprit physiologique et d'étudier sous un angle plus psycho-pathologique les plus récentes recherches sur les aphasies, apraxies, agnosies et les hallucinations.

C'est en se référant aux données de l'intégration que les auteurs ont essayé de faire le point sur ces importantes questions. D'ailleurs, dans un chapitre liminaire, sont exposées les données générales de la désorganisation du névraxe, ainsi que la querelle qui met aux prises les localisationnistes et les adeptes de la théorie totalitaire des fonctions cérébrales.

Dans tout le cours de cet ouvrage, les auteurs se sont efforcés d'explorer cette zone frontière où se mêlent jusqu'à se confondre neurologie, psychiatrie et psychopathologie.

Une partie pratique, où sont consignées les meilleures techniques d'examen, précède chacun des chapitres fondamentaux.

Divisions de l'ouvrage

Généralités sur les localisations cérébrales. — 1. Syndromes anatomo-cliniques. Le syndrome frontal. Les syndromes rolandiques. Le syndrome calleux. Le syndrome pariétal. Le syndrome temporal. Le syndrome occipital. — 2. Problèmes psycho-pathologiques. L'Aphasie. Apraxie. Agnosies. Les hallucinations dans les lésions corticales.

A. CELESTINO DA COSTA, professeur d'Histologie et d'Embryologie à la Faculté de Médecine de Lisbonne. — **Eléments d'embryologie.** Deuxième édition revue et augmentée. Un vol. de 584 pages, avec 492 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Cet ouvrage contient l'enseignement d'embryologie que professe l'auteur à la Faculté de Médecine de Lisbonne. Il diffère des ouvrages consacrés en France à cette matière en ce qu'il est bâti sur un plan essentiellement différent. L'auteur donne aux étudiants les éléments de l'histoire du développement embryonnaire dont ils ont besoin, non seulement pour une meilleure compréhension de l'anatomie et de la physiologie normales et patho-

logiques, mais encore pour leur culture générale et la formation de leur esprit biologique.

Cette deuxième édition de la traduction française a été directement remaniée, de façon à y incorporer l'essentiel des acquisitions récentes de la science embryologique, tant descriptive qu'expérimentale.

Le nombre et l'importance des travaux qui, dans ces dernières années, ont beaucoup élucidé les facteurs et les mécanismes du développement embryonnaire, rendaient nécessaire en effet cette nouvelle mise au point. L'auteur a également mis à profit les recherches récentes, faites surtout aux Etats-Unis, sur les premiers stades de l'ontogenèse de l'homme et des primates. Ces remaniements ont exigé de nouvelles et nombreuses figures.

Divisions de l'ouvrage

Première partie: Préliminaires.

Reproduction des organismes. — Les gamètes. — Le Zygote, fécondation et parténogenèse. — Mécanisme cytologique de la transmission héréditaire.

Deuxième partie: Embryologie générale.

Segmentation. — Gastrulation. — Annexes embryonnaires. — Formation générale du corps de l'embryon. — Facteurs et mécanismes du développement. — Anomalies du développement.

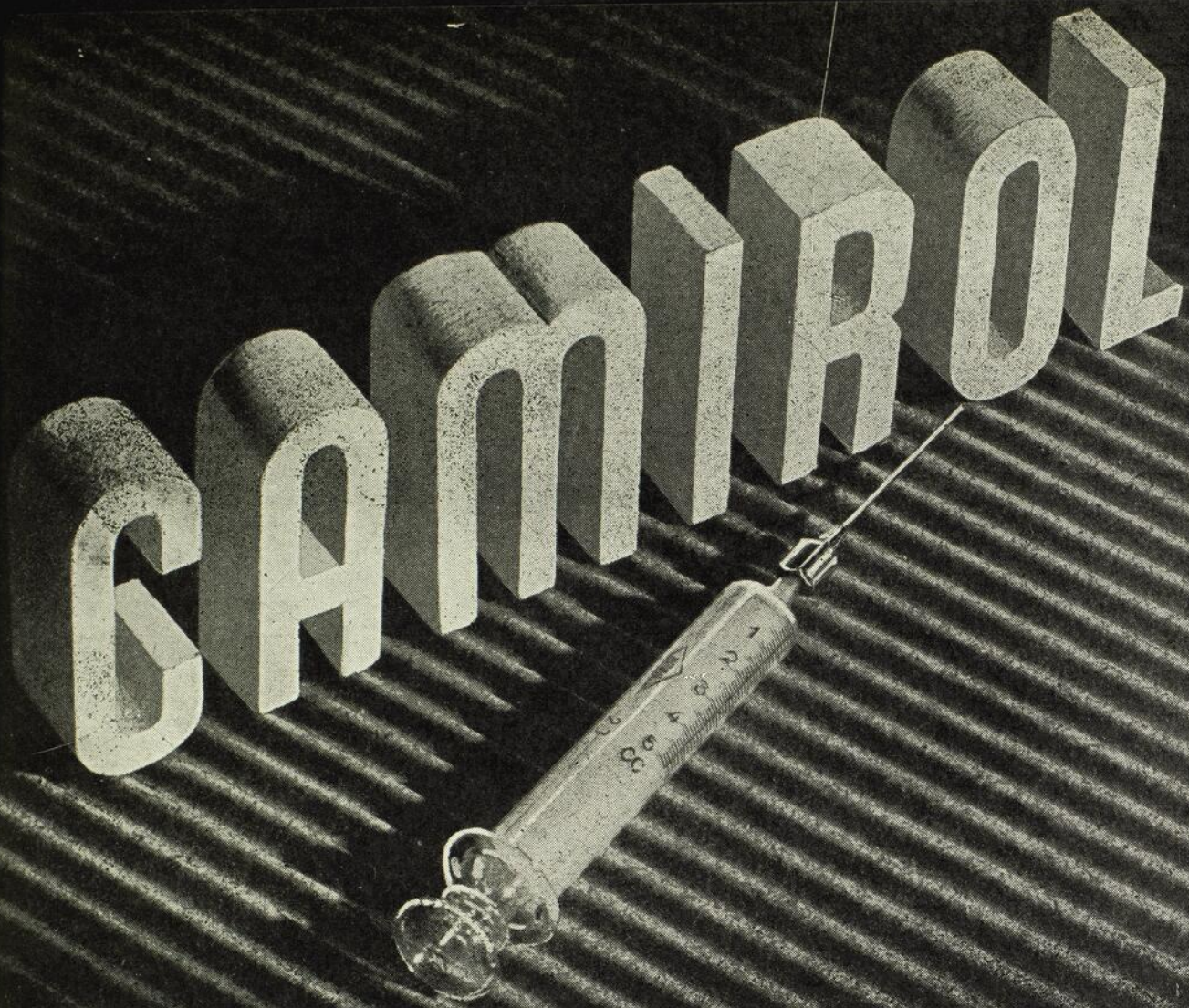
Troisième partie: Embryologie spéciale.

Formation du squelette et des organes de mouvement. — Formation de la peau et ses annexes, du système nerveux et des organes des sens. — Formation du sang et de l'appareil circulatoire. — Formation des appareils digestif et respiratoire, des dérivés branchiaux et des séreuses. — Formation des appareils urogénital et surrénal.

Aperçu de l'histoire de l'embryologie.

Enrique CABRERA, professeur de cardiologie à l'Université de Mexico. — **Bases électrophysiologiques de l'électrocardiographie — Ses applications cliniques.** Préface du Dr Daniel Routier. Un vol. de 210 pages, avec 90 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Ce livre, dont l'auteur est un jeune cardiologue déjà réputé, fixe et précise la matière de conférences faites à Paris. C'est le premier



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

ouvrage original en français qui traite de l'électrocardiographie du point de vue électrophysiologique. Partant des bases théoriques de l'activité cellulaire, aujourd'hui universellement acceptées, l'auteur conduit le lecteur, depuis l'effet électrique élémentaire, jusqu'aux effets les plus compliqués créés par la maladie dans le cœur humain.

Point n'est besoin d'être mathématicien, ni physicien, ni électrophysiologiste, pour comprendre le développement des faits exposés avec clarté et simplicité; les schémas, nombreux et commentés en détail, rendent le texte encore plus limpide.

Le cardiologue, qui hésitait souvent devant l'interprétation d'un tracé, pourra désormais, grâce à la compréhension électro-physiologique de l'électrocardiogramme, étayer plus sûrement ses diagnostics que lorsqu'il se fiait à la seule morphologie, méthode empirique et sans issue.

Divisions de l'ouvrage

I. Introduction et théories électrocardiographiques. — II. Les vecteurs cardiaques. — III. Les ondes électrocardiographiques. — IV. — Le gradient ventriculaire. — V. Les hypertrophies auriculaires et ventriculaires. — VI. Les blocs de branche. — VII. Les syndromes d'insuffisance coronarienne. Bibliographie. Index.

P. de GRACIANSKY, médecin des Hôpitaux de Paris, et André PARAF, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. — **Les hémato-dermies.** Un vol. de 230 pages, avec 22 figures. — Masson et Cie, édit., Paris, 1949.

Depuis quelques années, et cela dans tous les pays, il n'est pour ainsi dire pas de séances d'une société de dermatologie où ne soient rapportés des cas de mycosis fongoïde, de réticulose, de leucinéides que rendent « atypiques » leur aspect histologique ou leur retentissement sur le sang circulant. Les termes de « faits de passage », de « formes inclassables » soulignent l'embarras des auteurs devant ces faits envisagés isolément.

Un travail de synthèse s'imposait. Ce livre en est un essai.

Par des rapprochements avec des données d'hématologie générale, les auteurs ont tenté de dégager les lois physiopathologiques qui peuvent aider à comprendre ces phénomènes si souvent déroutants.

De plus, pour la première fois, les manifestations cutanées sont envisagées dans le cadre général des maladies dont elles font partie. Ainsi ressort leur double intérêt doctrinal et pratique. Elles apparaissent comme un cas privilégié de manifestations générales, riche d'enseignements diagnostics et pronostics. Dans leur traitement, les méthodes classiques physiothérapeutiques et les applications modernes des corps radioactifs ou cytotoxiques se disputent des indications qu'une connaissance plus poussée de leurs modalités évolutives permettra de mieux poser.

Divisions de l'ouvrage

Le derme hématopoïétique. — Physiopathologie des organes hématopoïétiques. — La métaplasie des organes hématopoïétiques. — 1. Les leucoses. Les leucoses lymphoïdes, myéloïdes. Les leucoblastoses. Les leucoses tumorales. Le myélome multiple (Maladie de Kahler). — 2. Les réticuloses. Les manifestations cutanées des réticuloses. La maladie de Kaposi. L'urticaire pigmentaire. — 3. Les granulomatoses. Le mycosis fongoïde. La lymphogranulomatose maligne de Paltauf-Sternberg. Les granulomes éosinophiliques. Conclusions générales. Considérations sur la nosologie des hémato-dermies. Traitement des hémato-dermies.

Docteur Maurice ROCH. — **Dialogues cliniques.** IXème série. Un vol. de 128 pages, 14 x 22, broché: 5 fr. — Librairie Payot, Lausanne.

En lisant la 9ème série des Dialogues cliniques du Dr Roch, étudiants et médecins pourront s'éclairer à nouveau sur un certain nombre de cas intéressants développés avec la même maîtrise que dans les précédentes séries toujours sous la forme animée de la discussion autour du malade. L'auteur, on s'en souvient, estime — à la suite d'un grand clinicien français du XIXe siècle, le Dr Potain de Paris — que ce mode d'enseignement est celui qui retient le mieux l'attention de l'auditoire. Il est

description

Le *Prothricin* est un décongestif antibiotique, topique, isotonique, efficace et non toxique, contenant de la *tyrothricine* (0.02%), et du chlorhydrate de *Propadrine* (1.5%).

prothricin

DECONGESTIF NASAL ANTIBIOTIQUE

**SHARP
& DOHME**

applications

Le coryza,
la sinusite,
la rhinite,
et la congestion
nasale.

action

Le *Prothricin* est un décongestif nasal qui conserve son efficacité bactéricide même en présence de pus et de mucus.

Présenté en flacons d'une once avec compte-gouttes.

SHARP & DOHME (Canada) Ltd., Toronto 5, Ontario

aussi persuadé que, même refroidies par la rédaction, ces leçons n'en conservent pas moins toute leur valeur; elles montrent comment, et souvent à la suite de quels tâtonnements, on établit un diagnostic. La discussion qui s'élève entre le maître et l'un de ses assistants est des plus instructives, et donne à ces études l'accent de la vie. On pourrait les caractériser par ces deux mots: science et conscience. Science, par toute la lumière qu'elles projettent sur un grand nombre de maladies — en quoi elles seront souvent plus utiles que bien des traités. Conscience, parce qu'on y perçoit la volonté du médecin de déceler les vraies causes du mal et son constant souci du bien du patient. Car, malgré tous les progrès accomplis dans l'examen clinique et la thérapeutique, l'exploration interne reste difficile et le médecin aura toujours affaire avec des êtres vivants qu'il faut soulager et parfois sauver. C'est ce qui rend ces pages, par ailleurs animées et spirituelles, si émouvantes par endroits. Un homme s'y révèle, qui ne se croit pas infailible et n'hésite pas à répondre à l'interne, qui le console de la mort d'une de ses patientes en lui disant qu'il peut se donner le témoignage d'avoir tout fait pour elle: « Il n'y a que les imbéciles qui se montrent entièrement satisfaits d'eux-mêmes et de leurs actions. » Nous sommes persuadés que la lecture des Dialogues du Dr Roch n'intéressera pas que les étudiants, mais encore tous les praticiens qui suivent les progrès de la médecine interne.

ALBERT NETTER, Médecin des Hôpitaux de Paris. — **Collection médico-chirurgicale à revision annuelle.** — Gynécologie. — Editions Flammarion, éditeurs, Paris 1949.

La gynécologie, comme toutes les autres branches de la science médicale, est en perpétuel remaniement. Au fur et à mesure qu'il a été écrit, ce traité a dû être retouché. Lorsqu'il paraîtra, certains chapitres seront déjà dépassés par la recherche. Aussi les promoteurs de cette collection ont-ils décidé que chaque année paraîtraient des addenda ou des

modifications. Tel qu'il est, ce volume représente l'état de la gynécologie — vue à travers le prisme de l'auteur — au début de 1948.

Ce livre contient l'étude de la pathologie génitale et celle de la pathologie mammaire. Nous avons commencé par l'anatomie et la physiologie génitales. Puis sont exposées les *maladies systématisées* des organes génitaux de la femme, maladies infectieuses, dystrophiques et tumorales. Les *syndromes* sont étudiés ensuite. La physiologie, puis la pathologie mammaires terminent ce volume.

Nous tenons à remercier bien vivement le Professeur Pasteur Vallery-Radot et le Professeur agrégé Jean Hamburger de l'honneur qu'ils nous ont fait en nous demandant de rédiger ce traité. Nos remerciements les plus vifs vont également au Professeur agrégé Jacques Delarue qui nous a permis de photographier un certain nombre de coupes microscopiques de sa collection pour les faire figurer à côté des nôtres dans cet ouvrage. Les Editions Flammarion doivent enfin être félicitées de la belle présentation de ce tome. (Préface)

Dr. R. ERMIANE. — **Jeux musculaires et expressions du visage.** — Librairie LeFrançois, éditeur, Paris 1949.

Savoir ce que sentent et pensent ceux qui nous entourent, trouver derrière leurs actes et leurs paroles leur moi réel, et saisir leur vérité, cette vérité qu'ils ne connaissent pas toujours, question attachante, que chacun de nous résout plus ou moins selon son aptitude à apprécier ses semblables, question indispensable à notre vie personnelle et sociale.

L'interdépendance de notre vie mentale avec celle des autres est, en effet, très grande, et il est impossible de se représenter ce que serait notre pensée réduite à nos seules tendances individuelles.

1) Celle-ci emprunte au monde extérieur des éléments nouveaux, idées ou sentiments, et les assimile pour former un ensemble qui lui devient bien personnel.

AGRIPPOL



ANTIPYRÉTIQUE - ANALGÉSIQUE - ANTISPASMODIQUE

INDICATIONS

Les comprimés Agrippol s'emploient pour soulager les symptômes accompagnant les rhumes, le coryza, la grippe, la bronchite, l'asthme des foins, l'asthme bronchique, la dysménorrhée, les maux de tête et les névralgies.

COMPOSITION

Acétophénétidine Acide acétylsalicylique
Chlorhydrate d'aminoxide-atropine



ÉCHANTILLON MÉDICAL ET DOCUMENTATION COMPLÈTE SUR DEMANDE

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL

— MONTRÉAL

2) Notre pensée entre aussi en contact simple avec les autres vies morales et, sans rapport réel de celles-ci, par une sorte de catalyse, arrive plus facilement à voir clair en elle-même, et à mieux connaître ses possibilités.

Cette façon de prendre conscience de soi a une grande importance; elle explique qu'il puisse y avoir un véritable asservissement de la pensée, si l'on refuse à celle-ci les moyens matériels de confirmer sa personnalité en entrant en rapport avec des pensées étrangères; dans une certaine mesure, il est faux de dire que, quelles que soient les circonstances, on est toujours libre de penser ce qu'il vous plaît.

Ces pensées étrangères peuvent être de mêmes tendances que la nôtre (sympathie), mais leur contact est souvent plus efficace si elles sont différentes ou franchement contraires (contradiction et antipathie). Ici comme sur le plan de l'action, les difficultés et les empêchements, entraînant à plus de désir et par suite d'émulation, sont plus favorables à notre qualité, à notre réussite et à notre bonheur. Mais c'est une grave erreur de donner une valeur semblable à la souffrance, qui est en réalité une diminution; c'est lui attribuer le raidissement et l'effort provoqués par les obstacles ou les dangers qui l'accompagnent; c'est aussi donner une excuse à ceux qui aiment à faire souffrir.

3) La vie mentale présente une autre caractéristique, qui la distingue essentiellement de la vie physiologique:

Même si elle ne se modifie pas en entrant en relation avec d'autres vies morales; même si elle a achevé de prendre conscience d'elle-même à leur contact, elle continue à rester en rapport avec elles.

Comme pour se maintenir dans un certain équilibre de conscience psychologique, il lui faut la « présence » d'autres pensées, c'est-à-dire vivre dans une certaine « ambiance morale ». Elle a aussi besoin de « s'exprimer » et de « se sentir comprise ».

Il s'agit là d'une sorte de « résonance » qui, à un degré de plus, aboutit, selon le caractère,

au besoin de « se refléter » et de « se retrouver » chez les autres, ou à celui « d'exercer une action » et « d'avoir une influence » sur eux.

Ces échanges, que nous venons d'analyser, et qui, en réalité, se mêlent étroitement, expliquent la nécessité de la vie sociale.

Ils se font au hasard des rencontres (personnes, ou pensées fixées matériellement) mais seraient plus fructueux, s'ils étaient dirigés d'une façon plus rationnelle que par nos instincts de sympathie, d'antipathie ou de contradiction.

La pensée ne pouvant entrer directement en rapport avec la pensée, nous devons, pour la connaître, nous en tenir à ses signes extérieurs: actes, paroles, gestes, attitudes, physionomie. Ceux-ci nous trompent assez souvent. Est-ce parce qu'il n'existe pas d'identité complète entre la vie morale et ses expressions physiques, ou parce que nous ne savons par la discerner?

Depuis très longtemps on a cherché à découvrir une relation entre le caractère et les formes du corps ou les traits du visage, et à déduire l'un de l'autre.

Une méthode serait logique: étant donné telle pensée connue, tel caractère certain, en étudier les signes extérieurs; mais il est souvent difficile de connaître d'une manière exacte le caractère d'une personne simplement en observant, même d'une façon prolongée, ses actes et ses paroles.

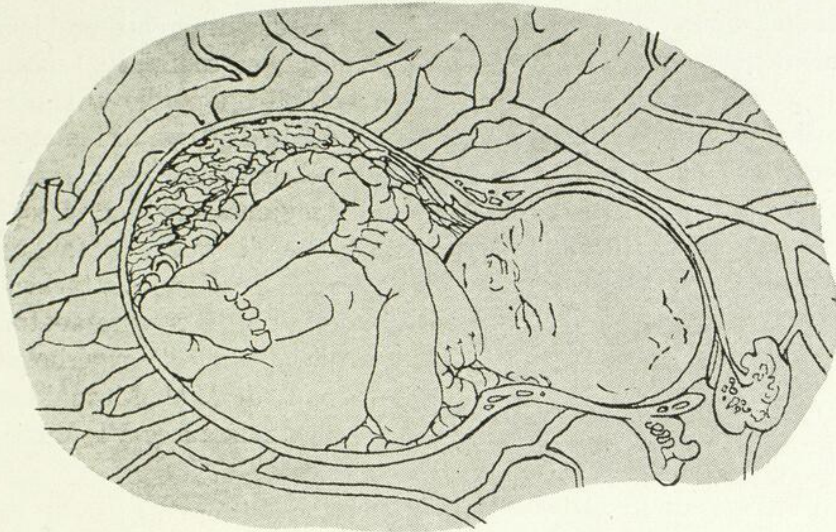
Voici la méthode que nous avons suivie pour analyser la physionomie.

Laisser de côté ce qui est morphologie constitutionnelle (tout en réservant ses relations possibles avec la vie morale) et étudier seulement comment s'extériorise le mental.

Limiter aux traits du visage et, en particulier, à ses muscles peauciers et oculaires, l'étude de l'expression complète et suffisante du caractère.

Entreprendre cette étude sans examiner d'autres visages (si ce n'est pour vérifier les résultats);

Une Meilleure Alimentation Maternelle



LE SUPPLÉMENT DIÉTÉTIQUE B. D. H.

contient maintenant

PLUS de CALCIUM, PLUS de FER, ainsi que des ÉLÉMENTS CATALYSEURS

Lorsque le "régime mixte ordinaire" ne fournit "pas suffisamment" d'aliments essentiels au cours d'une période où les besoins sont plus grands, l'administration quotidienne du Supplément Diététique B. D. H. procure une marge étendue de sécurité.

**NOUVELLE
FORMULE
ÉPROUVÉE**

Chaque capsule contient:

Vitamine A	1,500 U. I.
Pro-vitamine A (carotène-Bêta)	1,500 U. I.
Chlorure de Thiamine	1.2 mg.
Riboflavine	1.0 mg.
Nicotinamide	10.0 mg.
Acide Ascorbique	25.0 mg.
Vitamine D	600 U. I.
Phosphate de calcium bicalcique (2½ grains)	165.0 mg.
Iode	0.2 mg.

*Chaque comprimé contient
l'équivalent de:*

Sulfate ferreux B. P. (5 grains)	330.0 mg.
Cuivre	1.5 mg.
Manganèse	2.0 mg.

**L'administration d'une capsule
et d'un comprimé constitue
une seule dose.**

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LIMITED
TORONTO CANADA

Chercher, par introspection seulement, quel état d'âme s'éveille en nous, à la contraction volontaire de chacun de nos peauciers;

Supposer que ce même état d'âme, s'il apparaîtrait, fait contracter ce même peaucier.

Enfin, ayant trouvé la valeur expressive de chacun des peauciers, rechercher les significations de leurs contractions combinées.

Si l'on peut affirmer la réalité de quelques-unes d'entre elles, il sera sans doute possible d'en trouver beaucoup d'autres, si cette méthode est exacte.

F. LEURET, Chargé de Cours à la Faculté de Médecine de Bordeaux. — **Mémento de pharmacologie.** — 2e édition, revue et complétée. — Préface du Professeur J. Charles. — Un vol. de 252 pages. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris 1949.

Dans cette deuxième édition, l'auteur complète la première édition parue en 1945.

Comme dans cette première édition, il a visé essentiellement à fournir aux étudiants, comme aux praticiens, des données claires, précises et éprouvées, qui leur permettront de formuler avec sécurité et en comprenant le sens de l'action thérapeutique qu'ils appliquent.

C'est en effet, la clarté, la concision et la sécurité qui caractérisent cet ouvrage et qui apportent à la Pharmacologie et à son usage une facilité bien nécessaire.

P. MASQUIN, Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris et J.-O. TRELLES, Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Lima. — **Précis d'anatomie physiologie normale et pathologique du système nerveux central.** — Publié sous la direction de J. LHERMITTE. — 3e édition, mise au point par J. de AJURIAGUERRA. — 1 volume de 500 pages, avec 224 figures en noir et en couleurs dans le texte. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris 1949.

Aucune branche de la médecine, autant que la neurologie, ne nécessite pour sa compréhension une connaissance précise de l'anatomie et de la physiologie. Le succès des deux

premières éditions du volume de MM. Masquin et Trelles, publié sous la direction de M. Lhermitte, a montré que le besoin d'une vue d'ensemble des différents problèmes anatomo-physiologiques se faisait sentir.

Le bon accueil du public aux précédentes éditions est dû au fait que ni l'anatomie ni la physiologie ne sont étudiées comme sciences isolées mais toujours envisagées sous l'angle des applications cliniques. Ce fait différencie ce précis de ceux qui ne s'attachent qu'aux problèmes de la pure structure anatomique ou à l'étude de la physiologie expérimentale animale. Le volume de MM. Masquin et Trelles applique ces connaissances à la physio-pathologie humaine.

La 3e édition a été revue par M. de Ajuria-guerra qui en a mis au point certains chapitres. Cette révision a porté en particulier sur les chapitres consacrés à l'étude du Noyau rouge, de la couche optique, du corps strié, des voies motrices sensitives, du nerf vestibulaire, des nerfs moteurs de l'œil, etc...

Comme dans les précédentes éditions, de nombreux schémas en noir et en couleur clarifient ces problèmes anatomiques ardu.

Ce livre, qui condense en 500 pages l'anatomie, la physiologie et la pathologie nerveuse, s'adresse à tous les étudiants et aux médecins désireux d'acquérir les notions de neuro-pathologie nécessaires à une formation médicale complète.

A. NEGRE et F. ROUQUET, Anciens assistants d'électro-radiologie du Val-de-Grâce. — **Précis de technique radiologique.** — Préface de M. le Professeur DIDIEE. — 2e édition entièrement remaniée. — Un vol. de 317 pages, avec 251 figures. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris 1949.

La deuxième édition de ce volume vise au même but que la précédente: permettre au médecin radiologiste et à son manipulateur de trouver toutes les indications utiles pouvant le guider dans le choix et l'exécution des différentes techniques d'examen radiologique du corps humain.

Avis spécial à MM. les Médecins

Diagnostic de la grossesse

MAINTENANT \$ **4.⁰⁰**

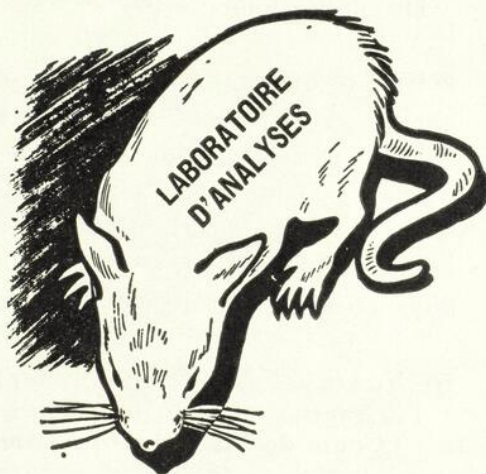
**Aussi analyses complètes du *sang* - de l'*urine*
sels - *crachats* - *facteur R. H.***

Prises de sang faites à la pharmacie sans charge additionnelle.

Prises directes de l'urine par un médecin ou une garde-malade diplômée.

Nous envoyons chercher les échantillons à domicile (ville). Rapports le jour même.

Pour les clients de la campagne, nous expédions des bouteilles spécialement emballées, sur demande. (Rapports dans les 48 heures)



DIRECTION : ARTHUR SARRAZIN et LUC CHOQUETTE,
Pharmaciens, chimistes analystes, bacheliers de l'Université de Montréal,
Docteur de l'Université de Paris.

ANALYSES : MÉDECIN, GARDE-MALADE, TECHNICIENNE MÉDICALE,
diplômées des Hôpitaux.



Sarrazin & Choquette

PHARMACIENS — CHIMISTES — ANALYSTES

921 EST. RUE SAINTE-CATHERINE, MONTRÉAL — PLateau 9622

C'est un exposé strictement pratique, volontairement succinct et entièrement mis à jour.

Sont étudiées successivement l'exploration radiologique du squelette et celle des viscères. De nombreux schémas dus au talent du Dr R. Serny montrent clairement comment réaliser les incidences et les calques des radiographies ainsi obtenues permettent d'en identifier les détails.

Une part plus grande a été réservée dans cette nouvelle édition à certaines techniques dont l'emploi devient de jour en jour plus courant (urographie intraveineuse, hystéro-salpingographie, etc.).

Un chapitre est consacré aux méthodes spéciales d'examen (tomographie, radiophotographie, stéréoradiographie).

Les principales méthodes de repérage des corps étrangers ont été exposées à la lumière des données actuelles.

Des indications précises sont fournies sur la tenue du laboratoire de développement, sur le traitement des films, la confection des bains, le choix des éléments électriques, etc.

De plus, pour permettre de comprendre le fonctionnement du matériel radiologique et même d'effectuer certains dépannages, le volume commence par un exposé des données physiques élémentaires indispensables.

HENRI DESOILLE, Professeur de Médecine du Travail à la Faculté de Médecine de Paris. — **Cours de Médecine du Travail** avec la collaboration de MM. Aubry, Barthélemy, P. Bergeret, L. Binet, Coumetou, Dechaume, Desplas, Huguenin, H.-P. Klotz, Lauru, Mainguy, Melissinos, Neyraud, G. Offret, Perrin, Reuchlin, Sieurin, R. Targowla, Vallée, Mlle Xydias. — Un volume de 668 pages, figures. — Librairie Le François, éditeur, Paris 1949.

Il n'existait aucun ouvrage permettant aux candidats au diplôme de médecine du travail de préparer leur examen. La publication des cours de l'Institut d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail de la Faculté de Médecine de Paris vient heureusement combler cette lacune.

Il a paru cependant inutile de publier les leçons sur les intoxications dont les symptômes sont parfaitement exposés dans les traités classiques de médecine, seules celles qui sont soumises à une législation spéciale (Benzol, Bromure de Méthyle, Mercure, Plomb) sont étudiées ici, et cette législation exposée en détail.

Par contre les questions relatives à l'organisation scientifique du travail, à la psychotechnique, à la réglementation du travail sont développées par des spécialistes éminents. On a pensé faciliter la tâche des futurs médecins du travail en reproduisant dans cet ouvrage les détails des textes législatifs dont ils peuvent avoir éventuellement besoin malgré qu'une connaissance aussi approfondie de ces textes ne soit pas nécessaire lors de l'examen.

TABLE DES MATIÈRES

Le médecin du travail face aux problèmes techniques et économiques de l'industrie.

LA PRÉVENTION

Généralités.

La protection de la santé des travailleurs.
Le plan général de prévention.
Le droit du travail.
Evolution historique du droit du travail.
Impératifs économiques et groupements économiques des entreprises.
Le contrat de travail et le salaire.

L'entreprise et l'organisation du travail.

Aperçu historique et critique de l'évolution de l'organisation du travail: Taylor, Fayol, Stakhanov.
L'organisation moderne de l'entreprise.
Les méthodes modernes d'adaptation du travail à l'homme.
Exemples d'étude physiologique de postes de travail.
Les syndicats. Le comité d'entreprise.
La prévention. Le comité d'hygiène et de sécurité.

Seul...

CHOLIBILE

JOUIT DES PROPRIÉTÉS SUIVANTES:

- hydrocholérétique puissant
- diurétique léger
- laxatif doux
- désensibilisant
- tonifiant du tractus intestinal.

Principales indications:

Affections du foie et des voies biliaires.

FORMULE :

CHOLIBILE

Acide Déhydrocholique .. 0.25 gm.
Cascara Sagrada 0.05 gm.
 Chlorhydrate de thiamine
 (Vit. B₁) 5 mgms.
 par dragée

2 à 4 dragées par jour.

CHOLIBILE (Faible)

Acide Déhydrocholique .. 0.10 gm.
Cascara Sagrada 0.02 gm.
 Chlorhydrate de thiamine
 (Vit. B₁) 2 mgms.
 par dragée

2 à 6 dragées par jour.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

Le service médical.

Législation relative aux services médicaux du travail.
 Organisation pratique du service médical.
 Le dossier médical. Liaisons avec les confrères.
 Etudes de poste de travail. Profits. Mutations.

Le service social.

Le service social et la conseillère du travail.
 L'alimentation des travailleurs.

Le service psychotechnique.

Introduction à l'étude de la psychotechnique.
 La méthode des tests.
 Les méthodes de sélection professionnelle.
 L'orientation psychotechnique à l'intérieur des entreprises.
 Le facteur humain dans les accidents du travail.

Réglementation du travail.

Généralités sur le livre II du Code du travail.
 Age d'admission. Durée du travail.
 Hygiène et sécurité des travailleurs.

Les services du ministère du travail.

Inspection du travail et inspection médicale du travail.
 Les services de main-d'œuvre. La formation professionnelle.

La sécurité sociale.

La sécurité sociale. Législation des accidents du travail et des maladies professionnelles.
 Tableaux des maladies professionnelles indemnifiables.

LA PATHOLOGIE

Généralités.

Généralités sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les traumatismes.

L'infirmier d'usine.
 Thérapeutique d'urgence de l'hémorragie, du choc, de l'asphyxie.
 Conseils sur l'examen et le traitement d'urgence des traumatisés.
 Soins d'urgence aux brûlés.
 L'électrocution.

Pathologie spéciale.

Maladies infectieuses professionnelles.
 Cancers professionnels.
 Dermatoses professionnelles.
 Ophtalmologie professionnelle.
 Oto-rhino-laryngologie et médecine du travail.
 Lésions buccales, dentaires et maxillaires dans les maladies professionnelles.
 Intoxications par les benzols.
 Intoxications par le bromure de méthyle.
 Intoxications par le mercure.
 Intoxications par l'oxyde de carbone.
 Intoxications par le plomb.
 La silicose.
 Physiopathologie de l'aviateur.

Le reclassement.

Généralités sur le reclassement.
 Surveillance de la reprise du travail.
 Les troubles mentaux et la médecine du travail.

M. GAUTRELET, Ancien professeur de Médecine légale et de Droit pénal à l'Université de Kaboul. Médecin d'entreprise. — **Manuel de Médecine du travail et d'hygiène industrielle.** — Un vol. de 330 pages, avec 17 figures. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris 1949.

La Médecine du Travail est une science appliquée récente à laquelle s'attache un nombre grandissant de praticiens. Mais nul ouvrage n'avait traité jusqu'ici l'ensemble de questions que pose cette spécialisation. Il est heureux que l'auteur, médecin d'usine depuis

“Nous n'avons jamais eu d'autres sels de fer aussi efficaces...”¹

Dans le traitement de l'anémie hypochrome, on trouve que le nouveau complexe molybdène-fer, Mol-Iron, est remarquablement plus avantageux, à doses équivalentes, que le sulfate ferreux seul, associé à de l'extrait de foie-estomac ou à de l'acide folique.

Dans des cas de grossesse atteints d'anémie relativement résistante causée par carence de fer, des tests comparés ont résulté en une régénération plus rapide de l'hémoglobine et en une tolérance gastrique très améliorée.

Des chercheurs ont trouvé que “les cas d'augmentation de l'hémoglobine (avec le Mol-Iron), étaient... frappants et... rapides;”¹ “la réponse était plus prompte qu'avec le sulfate ferreux...;”² “extraordinairement efficace et bien toléré dans... l'anémie hypochrome;”³ “les résultats encourageants obtenus avec le complexe sulfate ferreux-molybdène dans la variété microcytique hypochrome promet pour l'avenir un pronostic meilleur dans ces conditions (anémie de la grossesse).”⁴

White's

Mol-iron
Complexe Sulfate Ferreux-Molybdène

Comprimés
Liquide

— un complexe stable, spécialement préparé, co-précipité, contenant 3 mg. d'oxyde de molybdène (1/20 gr.) et 195 mg. de sulfate ferreux (3 gr.). En flacons de 100 et de 1,000 comprimés. Aussi présenté sous forme d'un liquide très agréable au goût, en bouteilles de 12 onces mesurées.

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

1. Dieckmann, W. J., et Priddle, H. D.: American J. Obstet. & Gynec., 57: 541-546 (mars) 1949.

2. Chesley, R. F., et Anitto, J. E.: Bull. Margaret Hague Maternity Hospital, 1: 68-75 (sept.) 1948.

3. Healy, J. C.: Journal-Lancet, 66: 218-221 (juillet) 1946.

4. Talso, P. J.: Ins. Med., 4: 31-34 (déc.-janv.-fév.) 1948-1949.

quinze ans, présente enfin cet important travail au Corps Médical.

Il suffit de parcourir la Table des Matières pour constater avec plaisir la somme des sujets traités: organisation de l'infirmier, biotypologie, psychotechnique, rendement, syndromes du travail, législation, barème des A. T., problèmes sociaux, etc... L'ensemble est traité avec le plus grand bonheur.

Le praticien lira attentivement la documentation touchant la spécialisation de la Médecine du travail et de l'Hygiène industrielle. Le médecin d'entreprise se penchera souvent, avec bénéfice, sur ce Manuel qui approfondit les problèmes ouvriers et sociaux d'une pensée rapide, mais pénétrante et positive. Le chercheur bénéficiera, outre de renseignements complets, d'une souche bibliographique nécessaire à une étude poussée sur les thèmes les plus variés.

Enfin, à côté du médecin, tous ceux qui s'intéressent aux problèmes médico-sociaux (et ils sont légion: ingénieurs, conseillers du travail, etc.) trouveront dans la lecture de l'ouvrage l'initiation claire des questions diverses, avec l'illustration de plans, courbes et schémas multiples.

J.-J. DUBARRY, Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux. Médecin des Hôpitaux.
— **Formulaire gastro-entérologique du praticien.** — Un vol. de 380 pages. — G. Doin et Cie, éditeurs, Paris 1949.

Il est un fait que le praticien de médecine générale redoute particulièrement à sa consultation les malades digestifs s'il a à cœur de porter un diagnostic précis et de formuler

autre chose qu'une spécialité « standard ». Un interrogatoire méthodique est habituellement nécessaire; en plus de l'examen clinique, des examens complémentaires s'imposent souvent, divers selon les cas; et si relativement peu de médications suffisent en thérapeutique digestive, leurs indications ne sont pas toujours faciles à poser. Or, tous les renseignements pratiques se trouvent dans cet ouvrage de près de 400 pages, véritable guide et non simple formulaire aride où les traitements s'alignent sans être raisonnés. L'auteur montre sa solide expérience de clinicien et de thérapeute au courant de toutes les finesses de la gastro-entérologie.

Après un rappel séméiologique assez complet, un chapitre précise tous les examens complémentaires utiles en gastro-entérologie. Suivent l'étude pharmacologique des principales médications digestives, un chapitre de diététique (avec les principes présidant à l'élaboration des régimes et la « digestibilité » des divers aliments), un chapitre consacré à la physiothérapie appliquée aux affections digestives. Enfin, cette première partie du livre se termine par une étude hydro-climatologique et des considérations sur les tendances actuelles de la chirurgie digestive.

Le formulaire proprement dit comporte la thérapeutique des grands symptômes digestifs, puis des diverses affections du tube digestif et des glandes annexes (foie, voies biliaires, pancréas). Un dernier chapitre est consacré aux séquelles opératoires.

Il s'agit donc d'un ouvrage d'un gros intérêt pratique qui doit avoir sa place sur le bureau de tout médecin praticien.



Efface la douleur

Le mécanisme de la douleur est complexe. Si elle se prolonge elle provoque une augmentation de la tension nerveuse. Celle-ci, à son tour, a tendance à abaisser le seuil de la douleur, de sorte que, même inaltérée, elle est moins aisément supportée. Ainsi s'établit un cercle vicieux qui ne peut se rompre par un analgésique ni par un sédatif administrés isolément, même à doses massives.

Puisque la CIBALGINE est l'association 'Ciba' de l'aminopyrine et de l'acide diallylbarbiturique (Dial[®]) dans la proportion de 7 à 1, son intérêt réside précisément dans le fait qu'elle agit à la fois sur les deux éléments et se montre efficace même à doses réduites.

La CIBALGINE est indiquée dans tous les états douloureux, notamment la névralgie, la myosite, la migraine et la dysménorrhée. Elle est disponible en fioles de 15 et en flacons de 100 et 500 comprimés et aussi en ampoules de 2 cc.

Cibalgine *

COMPAGNIE

Ciba

LIMITÉE, MONTRÉAL

Le traitement de l'Infection Para-nasale



...Decongestion Sans Contre-Coup

Il devient de plus en plus évident que la congestion compensatoire qui suit l'usage de nombreux vaso-constricteurs crée la nécessité d'un usage *répété* —amenant ainsi le cercle vicieux qui mène à la Rhinitis Medicamentosa.

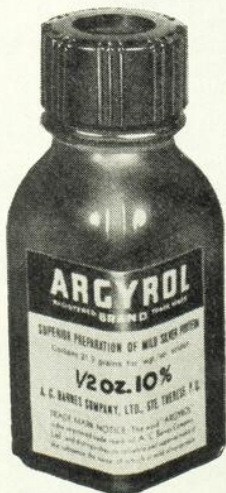
Ce résultat peu désiré peut s'éviter en suivant la Technique ARGYROL, qui obtient la décongestion sans *contre-coup*, rétablissant ainsi plus facilement les fonctions normales.

La Technique Argyrol*

1. Le méat nasal . . . par l'instillation de 20 pour cent d'ARGYROL à travers le conduit nasal lacrymal.
2. Les passages nasals . . . avec une solution ARGYROL à 10%, en gouttes.
3. Les cavités nasales . . . avec ARGYROL à 10% par tamponnage nasal.

Son Triple Effet*

1. Décongestion sans irritation à la membrane et sans dommage ciliaire.
2. Définitivement bactério-statique, quoique non toxique pour le tissu.
3. Nettoie et stimule la sécrétion, rehaussant ainsi la première ligne de défense de la Nature.



ARGYROL le Médicament de Choix pour le traitement d'Infections Para-nasales

Fabriqué
seulement par A. C. BARNES COMPANY LIMITED, STE-THERÈSE, P.Q.

ARGYROL est une marque de commerce enregistrée, la propriété de A. C. Barnes Company Limited
Toute publicité concernant ce produit s'adresse exclusivement à la profession médicale

Dans les infections des voies respiratoires supérieures, liées à la céphalée, à une dépression générale, au coryza, à la rhinite, à la sinusite, à la laryngite et à la grippe...

RHINIPHEN

exerce une action ANALGÉSIQUE en soulageant la douleur, et VASOCONSTRICTRICE en réduisant la congestion des muqueuses du nez et des passages des voies respiratoires.

FORMULE — Un comprimé renferme:

Acide acétylsalicylique	5	grains
Chlorhydrate de désoxyéphédrine	0.625	mgm.
Ménadione (Vitamine K)	0.25	mgm.

POSOLOGIE:

Dans les affections ci-dessus, lorsqu'il existe de la fièvre, 2 comprimés en une seule prise, suivie d'un comprimé toutes les quatre heures en cas de fièvre.

Dans les autres cas, 1 à 4 comprimés par jour.

Le **Rhiniphen** peut être avalé tel quel. On peut aussi le laisser se désintégrer dans un quart de verre d'eau avant d'avaler.

PRÉSENTATION:

Flacon de 100, 500 et 1,000 comprimés.

LABORATOIRE BIO-CHIMIQUE INC.

178 est, rue Jean-Talon, MONTRÉAL, P. Q.

NEURINASE
SOLUTION ET COMPRIMÉS
amorce le
sommeil naturel
INSOMNIES - TROUBLES NERVEUX

ALEPSAL
ÉPILEPSIE
10 ctg.
CONVULSIONS INFANTILES
5 ctg. 1½ ctg.
simple, sûr, sans danger

LAB. GENÉVRIER
45, Rue Michélie
NEUILLY-PARIS

J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

ARTICHOBYL

Extrait de feuilles fraîches d'artichaut

Traitement des affections du foie

Aucune contre-indication

Pilules

PLURIGLANDINE

Extrait glandulaire total en proportions physiologiques

Traitement des déficiences glandulaires

Pilules

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

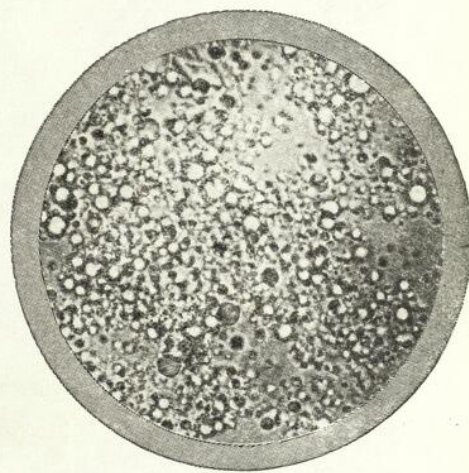
Supérieure pour le soin de la peau des bébés . . .

LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS



Ce produit a été soigneusement mis à l'épreuve pendant deux ans dans un hôpital connu, sur des centaines de nourrissons. Cette Lotion Johnson offre une méthode supérieure et plus sûre pour enrayer ou empêcher l'irritation de l'épiderme chez les bébés.

Les résultats de ce traitement si simple, avec cette lotion onctueuse, blanche et antiseptique, indiquent que celle-ci est très efficace pour aider à éviter la fièvre miliary ou en diminuer le nombre de cas.



Des globules d'huile de l'ordre du micron (1000x) apparaissent dans une pellicule discontinue de Lotion Johnson pour Bébés.

La Lotion Johnson pour Bébés est une émulsion homogène d'huile minérale pure et d'eau, avec addition d'un antiseptique bénin (hydroxy quinoline). Après l'évaporation de l'eau, une pellicule discontinue (voir la photo-

micrographie) est laissée sur l'épiderme de l'enfant.

Ceci permet à la sueur de se dégager et à la chaleur de s'échapper normalement par rayonnement, donc danger moindre d'irritation cutanée.



LOTION JOHNSON POUR BÉBÉS

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

GRATIS! Postez ce coupon pour un flacon d'essai!

U.M.-119

Johnson & Johnson Limited,
Division des Produits pour Bébés,
2155, boulevard Pie IX, Montréal.

Veillez m'envoyer, gratuitement, une bouteille d'essai de la Lotion Johnson pour Bébés.

Nom

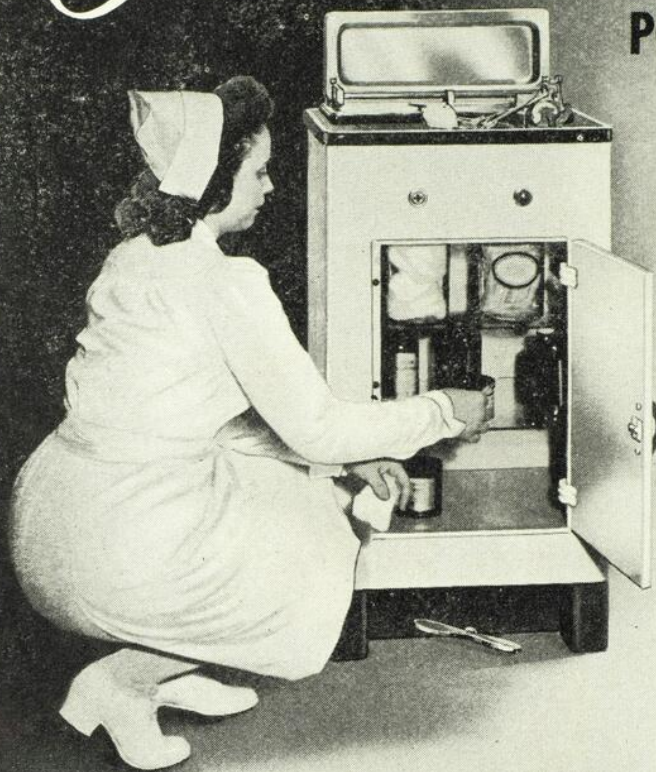
Rue

Localité.....Prov.....

Comparez

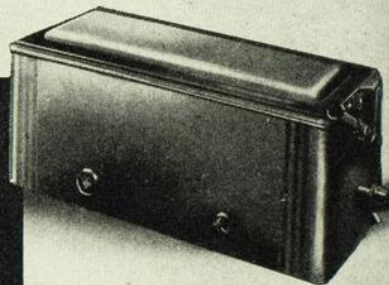
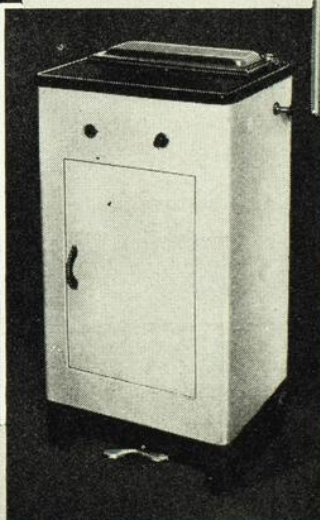
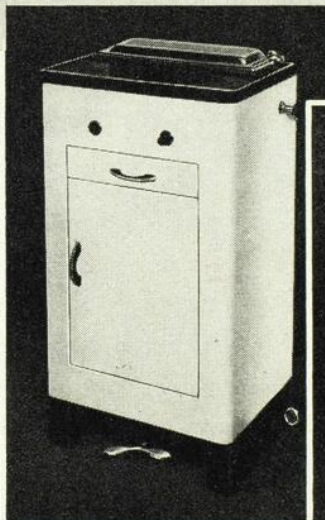
l'état avancé du fonctionnement automatique des

STERILISATEURS "AMERICAN" POUR LES PETITS INSTRUMENTS



Appliqué à ces stériliseurs supérieurs pour le cabinet privé du médecin, le terme "automatique" comprend tout. Il signifie non seulement contrôle automatique de température pendant le fonctionnement intermittent; il inclut la sûreté PERMANENTE au moyen de l'interruption due au bas niveau d'eau . . . sûreté automatique qui garantie contre les risques de "brulûre" et qui protège en même temps les instruments et le stérilisateur.

Si on le laisse fonctionner seul, sans que personne le surveille, comme par exemple, pendant une visite urgente ou en un jour férié ou fin de semaine, il n'en résulte aucun dommage pour les instruments ni le stérilisateur. Quand l'interruption est due au bas niveau d'eau, le fonctionnement peut être renouvelé en remplissant le dépôt d'eau et en établissant le courant électrique manuellement. Parmi les milliers d'appareils en usage on n'a pas rapporté un seul cas de "brulûre".



NOUS OFFRONS MAINTENANT

Des modèles portatifs et de cabinet, de 35 cm. et 40 cm. Il y a une sélection de modèles de cabinet, bellement achetés, sujets à leur disponibilité.

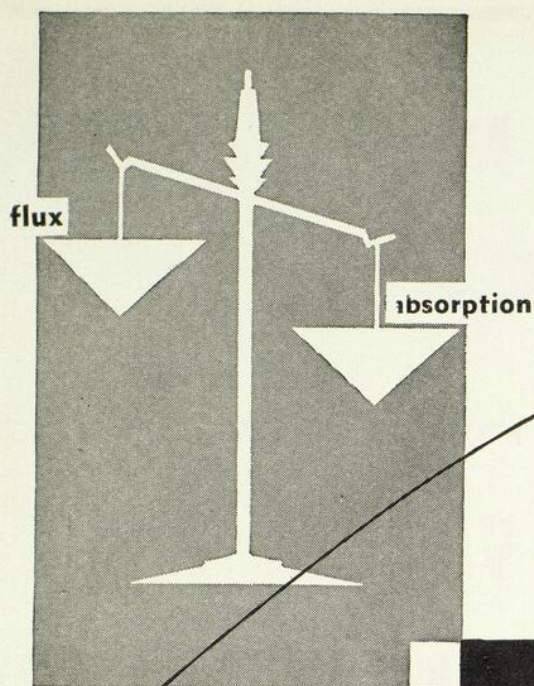
COMMANDEZ AUJOUR-
D'HUI ou demandez-nous
les brochures descriptives.



AMERICAN STERILIZER COMPANY

Erie, Pennsylvania

DESIGNERS AND MANUFACTURERS OF SURGICAL STERILIZERS, TABLES AND LIGHTS



si efficace

La marge de sécurité entre le volume du flux menstruel* et la capacité d'absorption des tampons TAMPAX est plus que suffisante. La vente de plus de deux milliards de TAMPAX, au cours des douze dernières années, en est un témoignage probant. Le confort et la commodité que procurent les trois degrés d'absorption de ces tampons intravaginaux (avec applicateurs individuels) donnent entière satisfaction aux femmes.

*Am. J. Obst. & Gyn., 31: 979, 1936.

**CANADIAN TAMPAX
CORPORATION LTD.,
BRAMPTON, ONTARIO**

Publicité acceptée par "The
Journal of the American
Medical Association"

TAMPAX

La protection menstruelle interne de choix

Echantillons profes-
sionnels envoyés sur
demande.



MICROBIOLOGIE — HYGIÈNE — MÉDECINE PRÉVENTIVE

- RECHERCHES
 - ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ
 - ŒUVRES DE SANTÉ PUBLIQUE
 - PRODUITS BIOLOGIQUES — VACCINS — SÉRUMS

LE VACCIN B C G

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE

PROTECTION DE 80% EN MILIEU TUBERCULEUX*

- Préparé suivant la technique de l'Institut Pasteur.
- Épreuves de sécurité sur chaque lot de vaccin.
- 3 voies: BUCCALE — INTRADERMIQUE — TRANSCUTANÉE (Scarifications — Piqûres multiples).
- FOURNI GRATUITEMENT SUR DEMANDE dans la Province de Québec.
- Le seul Service du BCG au Canada, depuis 1926.



ALBERT CALMETTE
1863 - 1933

*J. A. BAUDOIN: Am. Rev. Tuberc., 43: 581, 1941.

R. G. FERGUSON: Am. Rev. Tuberc., 54: 325, 1946.

INSTITUT DE MICROBIOLOGIE ET D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

2900, boulevard du Mont-Royal,

Montréal, P. Q., Zone 26

(sans but lucratif)

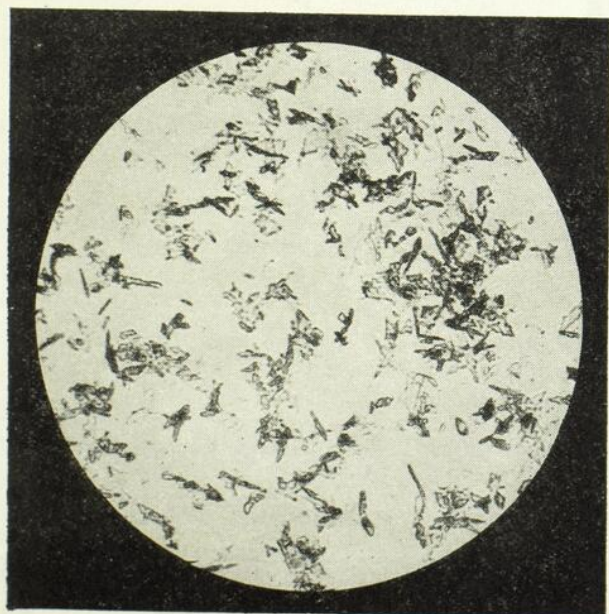


SE DISPERSÉ AVEC LE BOUT DES DOIGTS

SUSPENSION AQUEUSE STÉRILE DE SUBSTANCES ŒSTROGÉNIQUES, R & C

Concentration uniforme—en un tour de main. La vitesse de sédimentation très lente donne amplement le temps de remplir la seringue sans changement appréciable de la concentration. Les cristaux ne s'agglomèrent pas en se déposant, mais se dispersent facilement sans agitation violente et sans mousser.

La grosseur des particules cristallines de la Suspension Aqueuse Stérile de Substances Œstrogéniques, R & C, est contrôlée: il y a de petites particules agissant rapidement pour enrayer les symptômes—d'autres, un peu plus grosses, qui exercent une action œstrogénique plus prolongée.



Posologie: Généralement 1 cc. (20,000 U.I.) en injection une ou deux fois par semaine.

Présentation: Fioles pluridoses de 5 cc. et de 10 cc. Lorsque la suspension est uniforme, chaque cc. contient l'équivalent de 20,000 U.I. d'Œstrone Etalon par cc.

Reed & Carnrick (Canada) Ltd.

64-66 est, rue Gerrard,
Toronto, Ontario, Canada



SANATORIUM PRÉVOST



Façade Sud du nouveau Sanatorium Prévost. Tous les pavillons sont maintenant ouverts aux malades à l'exception du "pavillon bleu", à l'extrême droite, que l'on aménage présentement pour abriter des laboratoires et quelques chambres.

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, Jean-Léon Desrochers, 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 ★

3 nécessités de la lutte contre l'agent infectieux:

- 1) Entraver son développement.
- 2) Réaliser l'antisepsie intestinale, hépatique, rénale.
- 3) Provoquer une diurèse, une chasse expulsive.

LABORATOIRES R. SAVOIRE
Vendôme (France).

ANTISEPSIE INTESTINALE, HÉPATIQUE, URINAIRE.

PYOCOLINE

6 à 10 COMPRIMÉS GLUTINISÉS PAR JOUR.

Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE,
200, rue Vallée, Montréal.

3 composants de PYOCOLINE, correspondant point par point:

- 1) Chlorure d'ammonium c.p. 0.25 gm.
- 2) Chlorhydrate d'orthoxyquinoléine 0.05 gm.
- 3) Hydrate de Terpène 0.03 gm.
Pour 1 comprimé

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE

NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée, — Montréal

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures, ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres, crevasses du sein, dermatites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES



Les travaux de recherches de Warner ont eu pour résultat la mise au point d'un produit de choix

*le Chlorhydrate de Diatrin**

Efficacité...

Le chlorhydrate de Diatrin* 'Warner' offre aux médecins un moyen efficace pour soulager rapidement les symptômes allergiques occasionnés par la libération d'histamine dans les tissus.

Minimum d'effets secondaires...

Les réactions secondaires désagréables telles que: somnolence, léthargie, vertiges, nausées et vomissements sont rarement observées après l'administration du chlorhydrate de Diatrin.

Faible toxicité...

Des études effectuées sur la toxicité de certains produits ont démontré que le chlorhydrate de Diatrin est la moitié à trois fois environ moins toxique que d'autres substances antihistaminiques.

Votre pharmacien possède un stock suffisant de chlorhydrate de Diatrin pour lui permettre de remplir vos ordonnances rapidement et économiquement. On peut se procurer le chlorhydrate de Diatrin en flacons de 100 comprimés.

Indications: *Urticaire, particulièrement dans la forme aiguë; fièvre des foins; rhinite allergique vasomotrice; prurit; eczéma atopique et dermatites; dermatites de contact; neurodermatoses; éruptions médicamenteuses et dermatites dues à la pénicilline ou autres médicaments; érythème polymorphe; conjonctivite printanière.*

* Nom déposé.

William R. Warner & Co. Ltd.

727 ouest, rue King

Toronto, Ont.

LE DÉVELOPPEMENT LE PLUS PROMETTEUR EN PHYSIOTHÉRAPIE DEPUIS DES ANNÉES

MAINTENANT DISPONIBLE AU CANADA



MICROTHERM RAYTHEON MODÈLE CMD5

Approuvé par le Ministère du Transport — Division de la T.S.F. Ne causera pas d'interférence avec la T.S.F. ou la télévision.

Microtherm

DIATHERMIE AU RADAR

- Absorption plus grande.
- Meilleur rapport entre les températures cutanée et musculaire.
- Production efficace d'hyperémie active.
- Application contrôlée d'une façon précise autant pour les petites que pour les grandes régions.
- Elimination complète des tampons et des électrodes et, par le fait même, du danger d'étincelle.
- Pénétration plus profonde de la chaleur.
- Aucun contact entre le patient et la source de la chaleur.

La Compagnie X-Ray and Radium Industries Limited, représentante exclusive au Canada de Microtherm Raytheon, est très fière de présenter à la profession médicale canadienne cette forme entièrement nouvelle d'appareil à diathermie.

La simplicité de l'application vous surprendra. Point n'est besoin d'ajustement. Toujours à la fréquence voulue. Vous pouvez traiter un patient en même temps que vous en examinez un autre.

Avant d'acheter tout appareil de diathermie, nous vous recommandons fortement de communiquer avec la succursale la plus rapprochée de X-Ray and Radium. Notre prospectus vous sera envoyé sur demande.



X-ray AND Radium
INDUSTRIES LIMITED



261 DAVENPORT RD. - TORONTO 5

MONCTON — MONTREAL — WINNIPEG — REGINA — EDMONTON — CALGARY — VANCOUVER



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

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES



IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L^{re} - MONTRÉAL

De nouveau à la disposition du corps médical canadien

CYSTOCONES

Suppositoires

Cyclopenténylallylmalonylurée associée à son sel d'Ephédrine et à la Belladone totale.

MÉDICATION DES ALGIES ET DES SPASMES DOULOUREUX DE
L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Prostate - Vessie

DÉCONGESTIONNANT LOCAL — SÉDATIF GÉNÉRAL
ASSURE LE REPOS NOCTURNE

*Elimination rapide permettant des cures prolongées sans aucun effet
d'accoutumance.*

Boîtes de 6, et boîtes de 18 suppositoires

Laboratoires SITSA, Paris, France

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent général pour le Canada.

Pourquoi

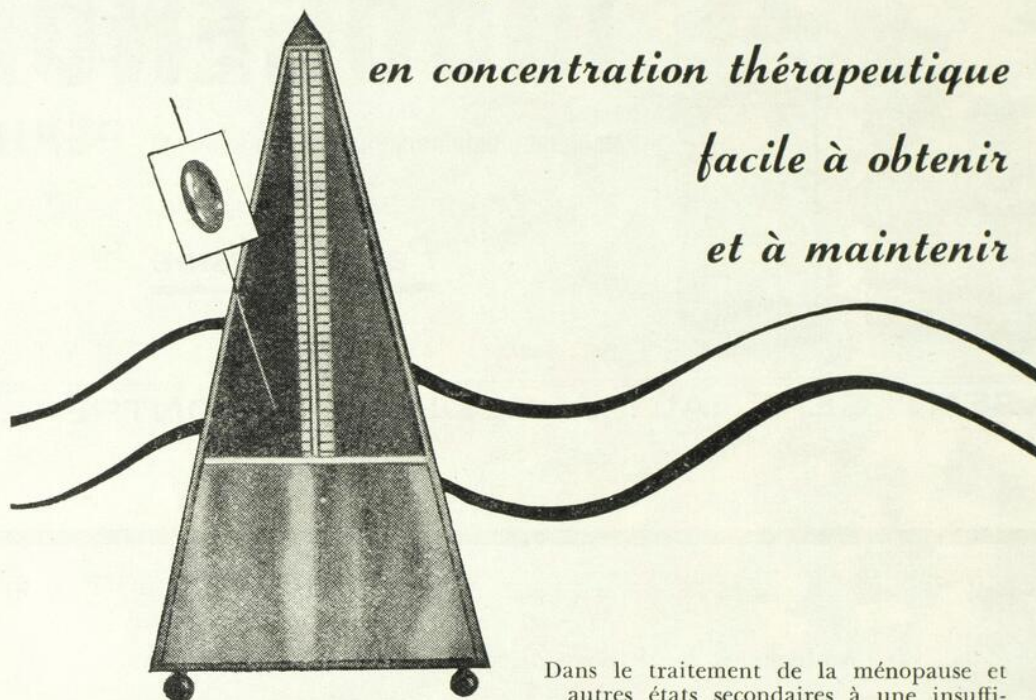
MENAGEN?

Oestrogènes par voie buccale, *Parke-Davis*

en concentration thérapeutique

facile à obtenir

et à maintenir



Dans le traitement de la ménopause et autres états secondaires à une insuffisance en substances oestrogènes, les capsules MENAGEN offrent le bienfait d'une thérapeutique à base d'hormones naturelles en outre d'autres avantages exclusifs.

MENAGEN contient une forte concentration de facteurs oestrogéniques purifiés, et est présenté sous forme d'attrayantes capsules de gélatine d'un rouge vif. MENAGEN est dénué de goût désagréable et ne confère aucune odeur à l'haleine ou à la transpiration de la malade.

Une ou deux capsules par jour, selon le cas, permettent de maintenir facilement une concentration d'ordre thérapeutique. En raison de son origine naturelle, MENAGEN apporte une agréable sensation de bien-être. Il est bien toléré et d'une efficacité clinique reconnue.

Chaque capsule de MENAGEN contient l'équivalent de 10,000 unités internationales de céto-hydroxy-estratriène
Flacons de 100 et 500 capsules.

PARKE, DAVIS & CIE, LTÉE, WALKERVILLE, ONT.



UN COMPRIMÉ DANS UN 1/2 VERRE D'EAU

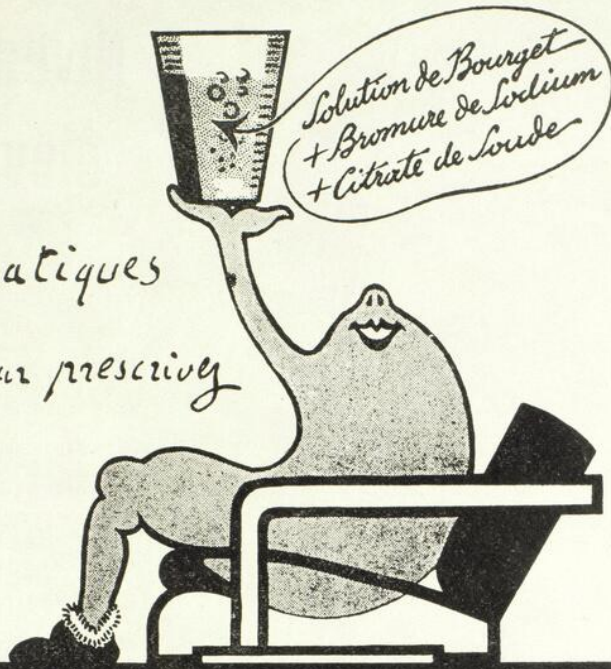
*Vos aérophages,
Vos dyspeptiques,
Les petits hépatiques
seront heureux... si vous leur prescrivez*

NORMOGASTRYL

Médication alcalino-sédative des
gastro-hépatiques fonctionnels

Littérature et échantillons sur demande

Agents pour le Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
200, rue Vallée :-: Montréal



NORMOGASTRYL

LES LABORATOIRES CH. COUTURIEUX — 79, RUE DE TOCQUEVILLE — PARIS
présentent un nouveau produit qui

ZYMOCAL

COMPLEXE ORGANO-MINÉRAL

●
PHOSPHATE TRICALCIQUE
PHYTATE DE CALCIUM ET MAGNÉSIUM
LÉCITHINE — LEVURINE COUTURIEUX
(apport de vitamine B complexe)

●
6 à 8 capsules par jour

●
Agents au Canada:
Laboratoires Jean Olive
200, rue Vallée, Montréal.

↓
Assure l'assimilation du Calcium

↓
*Relève et maintient
le taux de la calcémie à la normale*

↓
Ne s'accumule pas

ZYMOCAL

COMPLEXE ORGANO-MINÉRAL.



Niveaux dans le sang plus élevés obtenus plus vite en toute sécurité

Il a été prouvé ⁽¹⁾ que des niveaux dans le sang plus élevés pouvaient être obtenus plus rapidement par l'emploi de la sulfadiazine, lorsque celle-ci est combinée avec un agent auto-alcalinisant systématique, le lactate de sodium. La SULFADIAZINE avec LACTATE DE SODIUM — MRT vous offre une suspension liquide de goût agréable, contenant 0.5 mg. de sulfadiazine et 1.5 de lactate de sodium par cuillerée à thé.

De plus, la SULFADIAZINE avec LACTATE DE SODIUM — MRT élimine le problème des complications rénales possibles ⁽²⁾ ⁽³⁾, celui de l'administration simultanée et désagréable de bicarbonate de soude, ainsi que l'éventualité d'une alcalinisation excessive ⁽⁴⁾.

Nous préparons aussi le Composé de sulfas et lactate — MRT (qui combine la sulfadiazine, la sulfamerazine et le lactate de sodium).

Sulfadiazine AVEC LACTATE DE SODIUM*



La sulfadiazine fluide pour administration par voie buccale, sûre et de goût agréable.

The WINGATE CHEMICAL CO. LTD.

MONTRÉAL



(1) Boyd, E. M. & Dingwell, R. W. A. J. Med. Sciences, Mai, 1947.

(2) Gilligan, D. R. et al, Annals of Internal Med. 20:604, 1944.

(3) Fox, C. I. et al. J.A.M.A. 121:1147, 1943.

(4) Lehr, D. Bull. N.Y. Med. Col. 6:70, 1943.

*Fabriqué sous brevet américain 2,460,437



ULCÈRE VARIQUEUX COMPLIQUÉ D'ECZÉMA

Guéri par pansement compressif



Fig. 1

HISTOIRE DE CAS

M. R., âgée de 40 ans. Ménagère. Ulcère variqueux de la jambe droite, compliqué d'eczéma grave. (Fig. 1).



Fig. 2



Fig. 3

TRAITEMENT

9 août 1946. — L'ulcère et la peau avoisinante sont nettoyés avec de l'huile de foie de morue. Des bandes de Jelonet sont appliquées pour couvrir l'ulcère et la zone eczémateuse, avec un tampon d'ouate au-dessus de l'ulcère seulement. Toute la jambe est bandée avec de l'Ichthopaste et ensuite avec de l'Elastocrêpe. (Fig. 2).

23 août 1946. — Bandages d'Ichthopaste et d'Elastocrêpe répétés.

13 sept. 1946. — L'œdème diminue et la jambe est beaucoup moins douloureuse. De la lotion de calamine est appliquée sur toute la région avec un tampon d'ouate, surmonté d'un feutre au-dessus de l'ulcère. La jambe est de nouveau bandée avec de l'Elastocrêpe.

4 oct. 1946. — Lotion de calamine, tampon d'ouate et Elastocrêpe répétés.

11 oct. 1946. — *Idem* — répétés.

11 nov. 1946. — Guérison — (Fig. 3).

On conseille à la malade de continuer elle-même les applications de lotion de calamine et l'Elastocrêpe.

COMMENTAIRES

Dans ce cas, l'eczéma était plus ennuyeux que l'ulcère. Les deux conditions ont cependant répondu à l'effet calmant de l'Ichthopaste et à la pression constante de l'Elastocrêpe. Les détails et les illustrations ci-dessus sont authentiques. T. J. Smith & Nephew Ltd., de Hull, Angleterre, sont heureux de publier cet exemple typique parmi bien d'autres où leurs produits ont été employés avec succès, estimant que les résultats authentiques de ce genre sont d'intérêt général.

ICHTHOPASTE

Les bandes d'Ichthopaste sont du type "Pâte d'Unna" mais contiennent 2% d'ichthyol. Les bandages mesurent 3 1/2" de largeur par 6 et 10 verges de longueur.

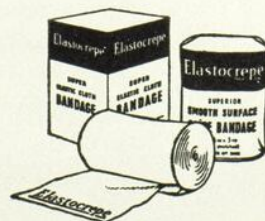


JELONET

Le Jelonet (tulle gras) est un pansement de gaze à mailles ouvertes, imprégné de gelée d'huile de pétrole contenant 1% de Baume du Pérou. Il est recommandé comme pansement dans les greffes cutanées et pour le traitement de blessures, brûlures, etc. Le Jelonet est stérilisé, prêt à servir, et est fourni en bandes de 8 verges de long ou en boîtes de fer blanc, contenant 36 morceaux, mesurant 3 3/4" x 3 3/4".

ÉLASTOCRÊPE

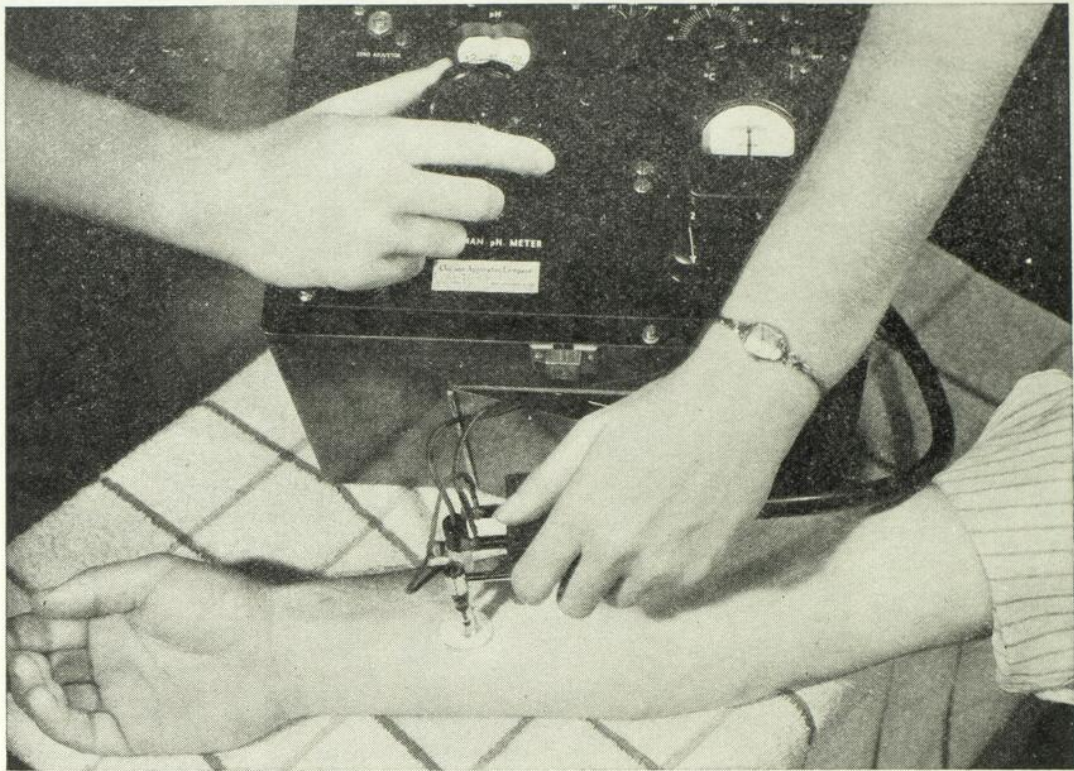
Les bandages d'Elastocrêpe sont faits d'Elastoplast non tendu et sont fournis en largeurs de 2 1/2", 3" et 4" par 5/6 de verge de long, une fois appliqués.



SMITH & NEPHEW LIMITED

378 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

Dans le Laboratoire de Recherches sur la Peau de Procter & Gamble: le pH-mètre de Beckman sert à déterminer l'effet du savon sur le pH de la peau.



Les Yeux qui Surveillent cet Instrument Veillent Effectivement sur la Peau Sensible de Bébé

A L'AIDE du pH-mètre de Beckman et d'autres instruments de précision, les études se poursuivent incessamment dans le Laboratoire de Recherches sur la Peau de Procter & Gamble. C'est ainsi que le choix des ingrédients du Savon Ivory et l'établissement de la formule de fabrication se font sur une base scientifique.

Puis, pour compléter le cycle du contrôle, les laboratoires d'usine de P & G soumettent Ivory à 216 épreuves distinctes au cours de la fabrication . . . pour obtenir la certitude scientifique que **chaque** pain de savon rencontre les exigences sévères établies à la suite de recherches.

Les experts scientifiques contrôlent ainsi constamment la pureté et la douceur pour lesquelles Ivory est célèbre. Un seul souci guide leurs efforts . . . le soin de la peau délicate de Bébé. Car il faut qu'Ivory soit assez pur et assez doux pour les bébés et que son emploi (répété des millions de fois par jour) sur leur peau particulièrement sensible offre toute sécurité.

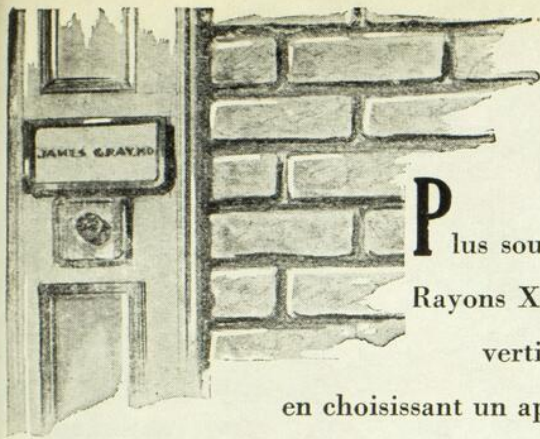


Le soin Ivory de la
peau est le plus
célèbre au monde!

99 ⁴⁴/₁₀₀% pur
Il flotte



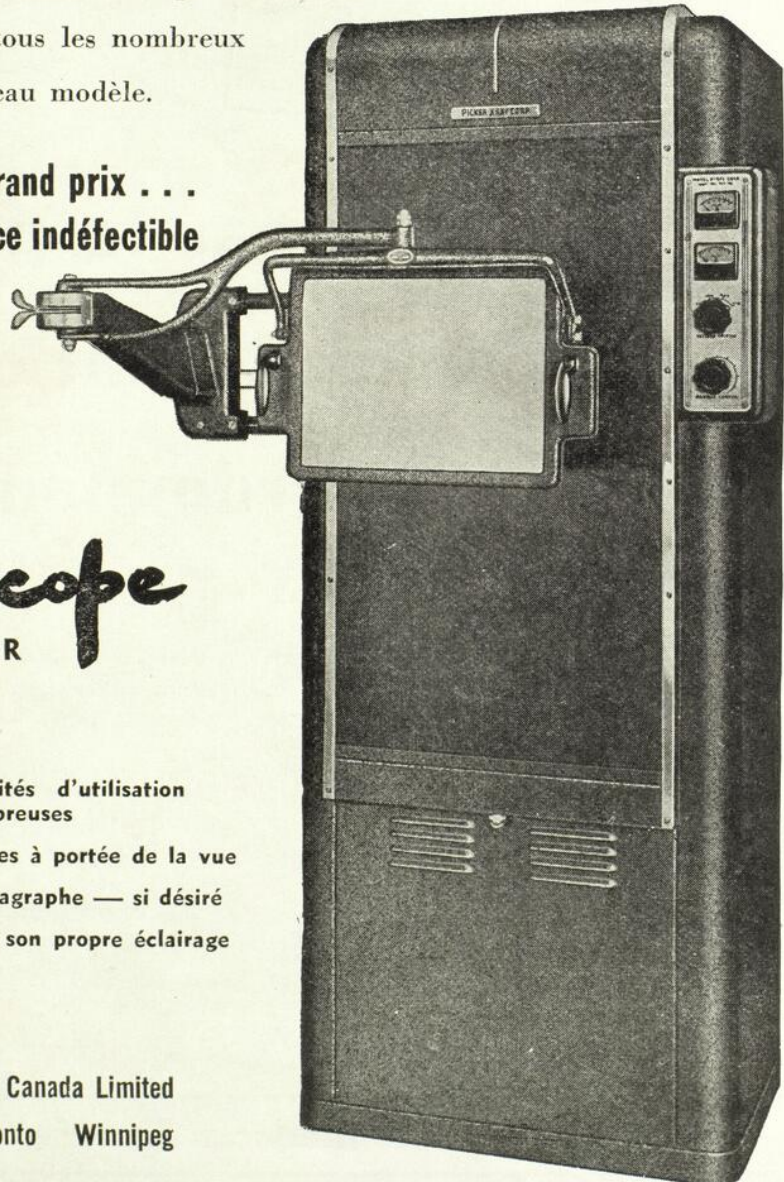
Fabriqué au Canada



Plus souvent qu'autrement, le premier appareil à Rayons X que le médecin se procure est son fluoroscope vertical. De là l'importance de faire un choix judicieux; en choisissant un appareil Picker, le médecin suit l'exemple de

nombreux prédécesseurs dont la décision initiale a trouvé sa juste récompense dans de longues années d'indéfectible service. C'est que le fluoroscope vertical Picker, comme d'ailleurs tous les autres appareils à Rayons X Picker, est construit d'après les plus hauts standards, bien qu'il ne soit pas onéreux, même pour un budget modeste. Demandez au représentant de Picker de vous expliquer en détail tous les nombreux avantages qu'on trouve dans ce nouveau modèle.

**construit comme une montre de grand prix . . .
afin de fournir des années de service indéfectible**



Fluoroscope

VERTICAL PICKER

Complètement enfermé
Modèle d'une seule pièce
A l'épreuve des chocs
électriques et des rayons x
Maniement de l'écran facile

Possibilités d'utilisation
nombreuses
Contrôles à portée de la vue
Orthodiagraphe — si désiré
Fournit son propre éclairage



Picker X-Ray of Canada Limited
Montréal Toronto Winnipeg

PIONNIERS DEPUIS 1879 DE LA FABRICATION D'APPAREILS POUR ÉLECTRICITÉ MÉDICALE



PROTÉGÉS!



par la précision de la

**fabrication de Carnation, comparable
à celle d'une ordonnance.**

LORSQUE VOUS PRESCRIVEZ une formule au Lait Carnation par son nom, vous savez que votre confiance est justifiée. Carnation sauvegarde votre recommandation avec des normes insurpassées de sécurité, d'uniformité et de valeur nutritive.

Carnation est le lait évaporé dont la fabrication est contrôlée avec la même précision qu'une ordonnance. L'évaporation, l'homogénéisation, l'augmentation de la teneur en vitamine D et la stérilisation sont constamment soumises à un

contrôle sévère. Des tests sans cesse répétés et une surveillance étroite sont votre garantie que chaque boîte est conforme aux exigences les plus rigoureuses du corps médical.

Il n'est pas surprenant que des relevés faits par tout le pays démontrent que *plus de bébés sont nourris au Lait Carnation qu'à toute autre marque de lait évaporé!*

C'est un lait auquel les médecins savent qu'ils peuvent se fier.



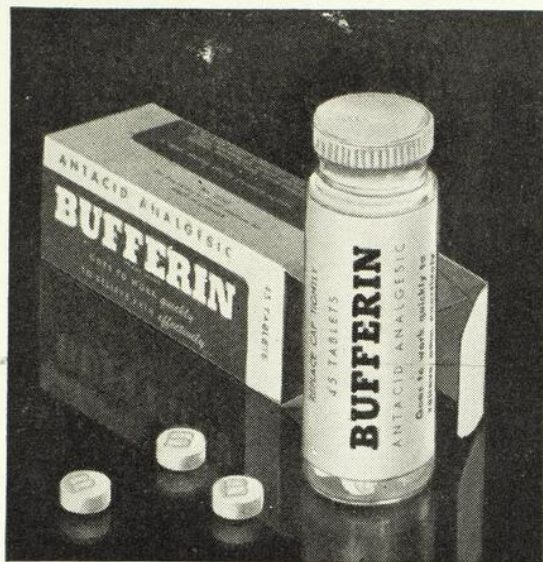
**Des relevés portant sur toute la population indiquent qu'il y a plus de Lait Carnation employé dans l'alimentation des bébés que toute autre marque de lait évaporé.*



Le Lait Que Tout Médecin Connait

"Provenant de vaches bien nourries"

Un nouveau comprimé offrant



- 1 un soulagement plus rapide avec*
- 2 une meilleure tolérance gastrique*

BUFFERIN, le nouvel analgésique antiacide de Bristol-Myers, soulage plus rapidement la douleur que l'acide acétylsalicylique seul parce qu'il est plus vite absorbé dans le courant sanguin. Des essais cliniques ont démontré que 10 minutes seulement après l'ingestion de **BUFFERIN**, les niveaux sanguins de salicylate sont approximativement 20% plus élevés que 20 minutes après l'ingestion d'acide acétylsalicylique seul.

BUFFERIN est mieux toléré, particulièrement chez les patients qui ont déjà subi des embarras gastriques occasionnés par l'acide acétylsalicylique seul.

INDICATIONS: — Pour le soulagement des céphalées et névralgies simples, des douleurs musculaires et des malaises éprouvés au cours de la grippe, des rhumes, des infections légères, et particulièrement pour ces cas de rhumatisme et d'arthritisme qui exigent une salicylo-thérapie intensive et prolongée.

BUFFERIN ne contient pas de sodium. On peut le prescrire sans crainte aux malades astreints à un régime exempt de sodium.

Un comprimé de **BUFFERIN** associe 5 grains d'acide acétylsalicylique à des proportions optima de carbonate de magnésium et de glycinat d'aluminium.

BUFFERIN est offert en fioles de 15 et de 45 comprimés. Échantillons gratuits et documentation descriptive sur demande.

BUFFERIN est un nom déposé par BRISTOL-MYERS Company of Canada Limited

Un produit de BRISTOL-MYERS — 3035 rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Employez l'eau qui est dans la boîte

LES experts en matière d'alimentation ont depuis longtemps reconnu qu'il y a extraction des vitamines et sels minéraux quand des aliments frais sont cuits dans l'eau (1). Ils ont également fait ressortir que jeter l'eau de cuisson—une pratique ménagère courante—entraîne une perte d'éléments nutritifs essentiels (2, 3).

Les méthodes modernes de mise en boîtes industrielle contribuent grandement à supprimer ce "coulage" pour les conserves préparées avec du sirop ou de la saumure.

Ces conserves sont cuites d'après un procédé thermique appliqué pendant qu'elles se trouvent dans la boîte hermétique qui les contient.

On emploie une quantité minimum d'eau et celle-ci reste dans la boîte, conservant pour le consommateur les vitamines et les sels minéraux extractibles.

Le tableau ci-dessous indique les teneurs en vitamines des parties solides et liquides de plusieurs légumes en boîtes (4). Les résultats indiquent qu'environ le tiers des vitamines se trouve dans la partie liquide. Une constatation à peu près identique a été faite par rapport aux sels minéraux (5).

Les médecins peuvent assurer la conservation des vitamines et des sels minéraux essentiels, en recommandant aux ménagères de servir l'eau de la boîte avec les conserves proprement dites, ou d'employer cette eau pour les soupes et les sauces.

Pourcentage de la Répartition des Vitamines Hydrosolubles dans les Légumes en Boîtes

	Acide Ascorbique		Thiamine		Riboflavine	
	Solide	Liquide	Solide	Liquide	Solide	Liquide
Asperges vertes	60	40	62	33	71	29
Haricots verts	64	36	67	33	76	24
Fèves de Lima	56	44	68	32	76	24
Carottes	66	34	66	34	74	26
Blé d'Inde, grains entiers	61	39	67	33	78	22
Petits Pois	63	37	66	34	70	30
Epinards	62	38	69	31	76	24

(1) J. Home Economics 28, 15 (1936)

(2) Food Research 8, 115 (1943)

(3) Food Research 7, 300 (1942)

(4) J. Nutr. 28, 131 (1944)

(5) J. Am. Diet. Assn. 21, 354 (1945)

Cela fait partie d'une nouvelle série d'articles qui ont pour but de résumer, sous une forme pratique pour vous, les conclusions auxquelles sont arrivées les autorités en matière de recherches sur l'alimentation et de procédés technologiques dans l'industrie des conserves. Surveillez cette publication chaque mois pour ces articles.



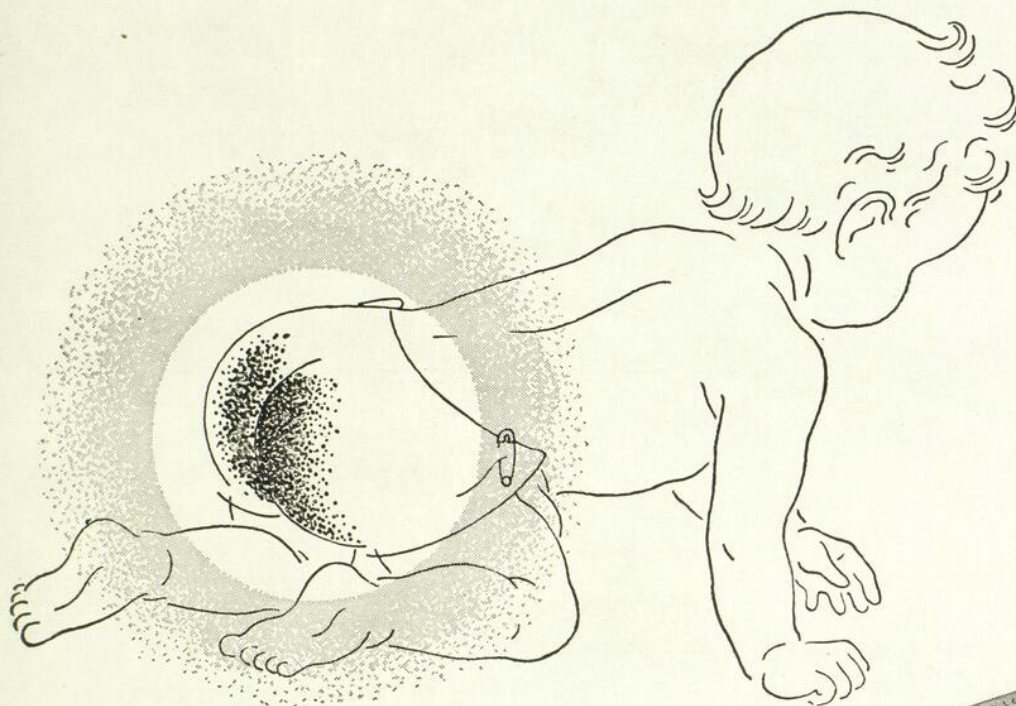
AMERICAN CAN COMPANY

KENTVILLE • MONTRÉAL • HAMILTON • TORONTO • WINNIPEG • VANCOUVER

L'ÉRYTHÈME FESSIER

(DERMITE AMMONIACALE)

peut être prévenu...



par des couches
EXEMPTES D'AMMONIAQUE
après un traitement au **DIAPARENE**

Traitez les "couches de nuit" de bébé en les rinçant au Diaparene, le premier médicament pour couches qui empêche les B. ammoniacales de décomposer l'urée urinaire en ammoniac libre; de sorte que Diaparene, contrairement aux pommades, poudres et lotions palliatives, supprime vraiment la cause de la dermite ammoniacale. Empêche l'inflammation ammoniacale de l'échauffaison, de l'irritation et de l'éruption d'origine allergique, etc. \mathcal{R} Un comprimé par deux pintes d'eau de rinçage pour chaque lot de six couches, soit une solution à 1:25,000. La concentration peut être augmentée cinq fois (1:5,000 selon la résistance de l'éruption et l'importance de l'action enzymatique.



PRODUIT ACTIF : chlorure d'ammonium monohydraté de di-isobutyl cresoxy ethoxy ethyl di-méthyl benzyle : 12.7%. MATIÈRES INERTES : 87.3%.

Boîtes de 20 et de 40 comprimés.

1. Cook, J. V.: Erenneman Practice of Ped. 4: Chapter 41, 1945.
2. Benson, R. A. et al: J. Ped. 31: 369-754, 1947.
3. Perlman, H. H.: Skin and Cancer Clinic, Post Graduate Hospital, New-York, 1948.

Annonce réservée au Corps Médical

Demandez échantillons et littérature

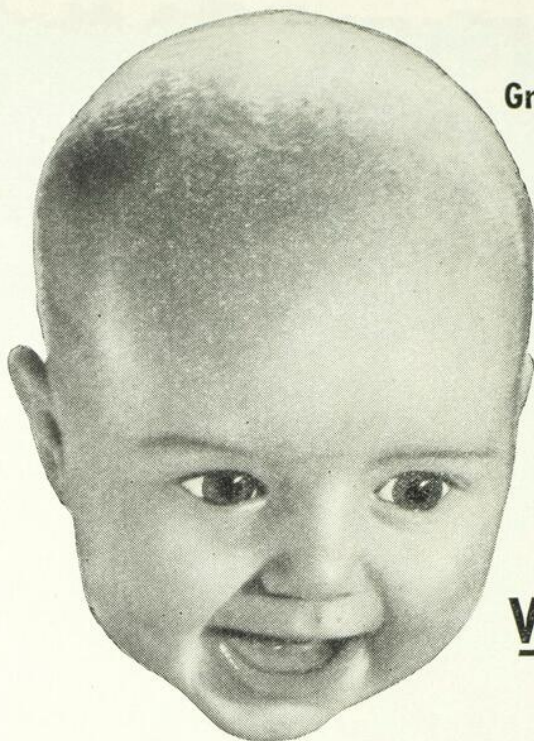
Division pharmaceutique, Homemakers' Products Corporation, New-York 10
Au Canada: HOMEMAKERS' PRODUCTS (CANADA) LIMITED, Toronto 10

Diaparene

"TRAITE LA COUCHE"

SUPPRIME LA CAUSE DE L'ÉRYTHÈME FESSIER





Grâce à vous, Médecins —



Plus d'un million
de bébés profitent
avec les
Viandes Swift's pour Bébés

Aucun autre aliment pour bébés, tout préparé, n'a été adopté du jour au lendemain comme l'ont été les Viandes Swift's pour Bébés. Songez donc! En deux ans, depuis que Swift a lancé ces produits, plus d'un million de bébés les ont mangés et ont profité grâce à eux. Aujourd'hui, plus de bébés que jamais auparavant ont un meilleur début dans la vie—plus tôt—grâce à leurs médecins qui ont recommandé les Viandes Swift's pour Bébés.

**100% viande—spécialement préparées
Passées au Tamis ou Coupées en Dés**

Les Viandes Swift's Passées au Tamis sont de consistance si fine, si lisse qu'elles peuvent facilement être données au biberon pendant les premières semaines de la vie. Certains médecins recommandent les Viandes Swift's Passées au Tamis à partir de la sixième semaine. D'autres, quand le bébé commence à prendre des aliments solides.

Les Viandes Swift's Coupées en Dés sont des viandes juteuses, coupées en morceaux tendres pour encourager la mastication—appétissantes, elles aident à prévenir l'anorexie chez les bébés plus âgés et chez les jeunes enfants. Les six variétés—boeuf, agneau, porc, veau, foie, coeur—aident les bébés à prendre de bonnes habitudes alimentaires.

**Des études cliniques ont montré que les
bébés se portaient mieux quand ils
mangeaient de la viande**

La viande fournit l'une des sources naturelles les plus riches de protéines complètes et de qualité supérieure, de vitamines B, et de fer nécessaire à la formation du sang. La viande fait que tous les amino-acides essentiels sont utilisables *simultanément*—pour une synthèse protéique optimum. Des essais cliniques montrent que des bébés auxquels on donne de la viande sont plus satisfaits—et dans un meilleur état physique que ceux auxquels on ne donne pas de viande. Des études plus poussées ont montré que le fer, produit hématopoïétique, que contient la viande peut prévenir l'anémie infantile.

Remarque—Dans les cas où les enfants ne supportent pas la caséine contenue dans le lait, les Viandes Swift's Passées au Tamis peuvent très bien être tolérées. Dans de tels cas, beaucoup de médecins recommandent de donner ces viandes en grandes quantités pour remplacer le lait dans l'alimentation des bébés.

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.

SWIFT



*... la première marque en fait de viandes
... la première maison à préparer et à éprouver au point de vue
clinique les Viandes 100% pour Bébés.*

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

AVIS CONCERNANT LES EXAMENS

ASSOCIÉ (FELLOW) EN MÉDECINE

L'examen peut être passé en MÉDECINE, ou en Médecine en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Dermatologie et syphiligraphie	Pédiatrie
Neurologie et/ou psychiatrie	Radiologie

ASSOCIÉ (FELLOW) EN CHIRURGIE

L'examen peut être passé en CHIRURGIE, ou en Chirurgie en accentuant l'une des spécialités suivantes:

Neuro-chirurgie	Chirurgie orthopédique
Obstétrique et gynécologie	Otolaryngologie
Ophthalmologie	Urologie

CERTIFICATS EN SPÉCIALITÉS

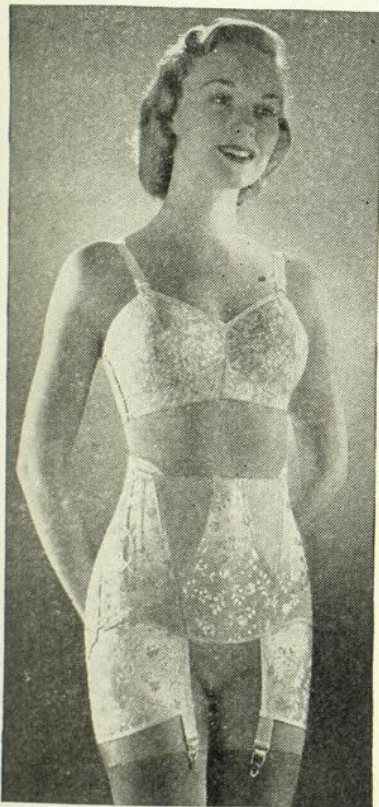
Les Spécialités approuvées pour le certificat sont les suivantes:

Anesthésie	Obstétrique et/ou gynécologie	Médecine physique
Dermatologie et syphiligraphie	Ophthalmologie	Chirurgie plastique
Chirurgie générale	Chirurgie orthopédique	Santé publique
Médecine interne	Otolaryngologie	Radiologie: Diagnostique et/ou thérapeutique
Neurologie et/ou psychiatrie	Pédiatrie	Chirurgie thoracique
Neuro-chirurgie	Pathologie	Urologie
	Bactériologie	

Copies des règlements concernant les examens pour le titre d'Associé et pour le certificat de spécialiste, 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.



Spencer procure un support "genre hamac" pour l'utérus et protection pour le dos et les seins.

“La nature destinait-elle la femme enceinte à porter un support?”

Non — pas plus qu'elle ne la destinait à prendre nourriture, hormones, stimulants ou sédatifs supplémentaires! Mais sous les contraintes et tensions d'aujourd'hui, souvent les intentions de la nature n'atteignent pas leur but. Les bons supports — comme les médicaments — ont donc leur place dans la thérapeutique moderne.

Pendant et après la grossesse, les Supports Spencer procurent plus d'avantages thérapeutiques à vos patientes *en général* — aussi bien qu'à celles souffrant du mal de dos ou autres symptômes — parce que:

Chaque Spencer est *dessiné, taillé et fait* pour chaque patiente afin de répondre aux indications médicales.

Nous vous invitons à essayer aussi les Spencers pour hommes et enfants.

Pour atteindre une marchande de Supports Spencer, consultez le bottin du téléphone sous “Corsetière Spencer” ou “Salon de Supports Spencer”, ou écrivez-nous directement.

SPENCER SUPPORTS (CANADA) LIMITED,
Rock Island, Québec.

Aux Etats-Unis: Spencer, Inc., New Heaven, Conn.
En Angleterre: Spencer (Banbury) Ltd., Banbury, Oxon.

Veillez m'adresser la brochure “Comment les supports Spencer secondent le traitement du médecin”.

Nom....., M.D.

Rue.....

Ville et Province..... 151-10-49

SUPPORTS DE DESSIN INDIVIDUEL SPENCER

pour l'abdomen, le dos et les seins

"La Chaleur d'un Cataplasme"

dans les affections
respiratoires

RHUME DE POITRINE
PLEURÉSIE
BRONCHITE
PNEUMONIE

La chaleur humide d'un CATAPLASME D'ANTI-PHLOGISTINE est d'une réelle valeur dans le soulagement des symptômes pénibles qui accompagnent les affections des voies respiratoires. Toux — douleur musculaire et pleurétique — constriction rétrosternale — douleur de poitrine.

LE CATAPLASME MÉDICAMENTÉ D'ANTI-PHLOGISTINE est prêt à employer. Il maintient une chaleur humide calmante pendant plusieurs heures.

Antiphlogistine

MEDICATED
POULTICE
DRESSING

Le cataplasme au kaolin le plus largement employé dans l'univers

The Denver Chemical Mfg. Co., Montréal, P. Q.



Fabriqués par THE
CANADA STARCH
COMPANY Limited,
Montréal et Toronto.



UN MÉLANGE LACTÉ de valeur reconnue pour l'alimentation des bébés

Les sirops de maïs Crown Brand et Lily White sont reconnus par la profession médicale comme l'hydrate de carbone sûr et fiable pour ajouter au lait que l'on donne aux bébés.

Ces purs sirops de maïs se digèrent facilement et n'irritent pas l'intestin délicat des bébés.

Les deux peuvent être ajoutés à n'importe quelle formule lactée.

SIROP DE MAÏS "CROWN BRAND" et SIROP DE MAÏS "LILY WHITE"

AUX MÉDECINS SEULEMENT

Vous pouvez obtenir, sur demande, un petit calculateur de poche contenant les différents régimes d'enfants dans lesquels on trouve ces deux célèbres sirops de maïs... un traité scientifique, sous forme de livret, sur l'alimentation des enfants... des tablettes de formules et une intéressante brochure sur les soins pré-nataux. Veuillez nous adresser le coupon et nous vous ferons parvenir immédiatement ces choses utiles pour vous.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veuillez m'envoyer

- CALCULATEUR
 Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
 TABLETTES DE FORMULES
 La brochure: "LA FEMME ENCEINTE"
 La brochure: "DEXTROSOL"

Nom

Adresse

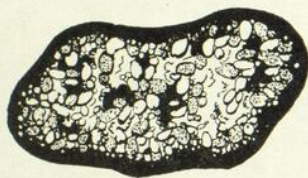


LES ALIMENTS HOMOGENÉISÉS

Libby's

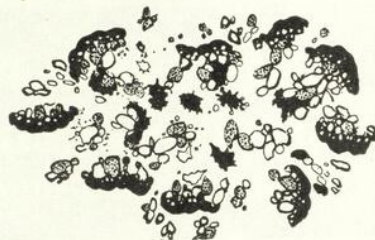
POUR BÉBÉS SONT LES SEULS ALIMENTS
POUR BÉBÉS QUI PASSENT FACILEMENT
PAR LA TÉTINE D'UN BIBERON ORDINAIRE

CELLULE NUTRITIVE AVANT L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que les éléments nutritifs sont entourés d'une enveloppe coriace de cellulose que le tamisage ne brise pas. Les sucs digestifs insuffisants que contient l'estomac de bébé ne peuvent pas imprégner cette enveloppe de cellulose et les éléments nutritifs dont bébé a besoin sont perdus. Les aliments non digérés passent dans le gros intestin où ils peuvent fermenter et causer des dérangements sérieux.

CELLULE NUTRITIVE APRÈS L'HOMOGENÉISATION



Remarquez que l'enveloppe coriace de cellulose a été complètement brisée. Les éléments nutritifs ont été libérés pour que la digestion se fasse rapidement. Le danger des désordres intestinaux causés par la fermentation d'aliments partiellement digérés est éliminé, et le bébé obtient plus de nourriture de la même quantité d'aliments.

Les Aliments tamisés et homogénéisés Libby's pour Bébés offrent une valeur nutritive importante. Un tableau montrant une analyse de ces aliments est à votre disposition. Pour en obtenir un exemplaire, les pédiatres et les médecins sont priés d'écrire à Libby's, Chatham, Ontario.

15 VARIÉTÉS LIBBY'S

Epinards

Carottes

Pois

Pois, Carottes, Epinards

Betteraves

Courges

Légumes avec Boeuf
et Orge

Légumes avec Bacon
et Orge

Soupe aux Légumes

Soupe au Foie

Compote de Pommes

Pommes et Pruneaux

Pommes et Abricots

Pêches

Pouding à la Cossetarde

LIBBY, McNEILL & LIBBY OF CANADA, LIMITED
Chatham Ontario

LMP6-49

**SEULS LES ALIMENTS LIBBY'S POUR
BÉBÉS SONT HOMOGENÉISÉS**



**Nestlé's Milk Products
(Canada) Limited**

METROPOLITAN BUILDING, TORONTO

**EXCELLENT DANS
L'ALIMENTATION
INFANTILE**

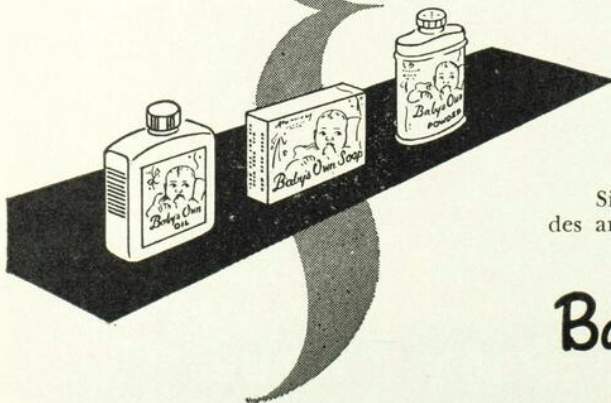
LACTOGEN + EAU = FORMULE

1 c. à soupe rase	2 onces	2 onces liquides
40 calories (environ)		20 calories par once (env.)

Publicité et mode d'emploi à la profession médicale exclusivement. Si vous désirez des renseignements sur le mode d'emploi et des blocs-ordonnances, envoyez votre carte professionnelle à :



Baby's Own s'honore de votre confiance



Depuis longtemps la profession médicale honore les produits BABY'S OWN de sa confiance. Et les fabricants de BABY'S OWN sont convaincus que c'est la pureté, scrupuleusement contrôlée, de leurs produits qui leur vaut cet honneur. Nous nous renseignons constamment sur les nouvelles méthodes thérapeutiques approuvées par les médecins afin de conserver à nos produits leur qualité incomparable. La pureté et la douceur du savon, de l'huile (libre de tout antiseptique) et de la poudre BABY'S OWN sont d'une importance capitale pour l'épiderme des bébés. Si vous désirez utiliser ou recommander en toute confiance des articles de toilette pour les soins de l'épiderme des bébés, vous ne trouverez mieux que BABY'S OWN.

Baby's Own - SAVON - HUILE - POUDRE

The J. B. Williams Co. (Canada) Limited
La Salle, P. Q.



AYLMER PRÉPARE UNE ORDONNANCE!

Rx - *une pomme non pelée pour bébé*

Le premier geste de Aylmer dans la préparation de la purée de pomme pour les bébés canadiens consiste à cueillir, dans des vergers spécialement choisis, des pommes **mûries sur l'arbre**.

Ces pommes fermes et juteuses sont alors lavées avec soin à l'eau claire. On enlève le pédoncule et la fleur. Puis, la pomme entière — y compris la pelure — est cuite à l'autoclave pendant environ six minutes, afin de conserver la plus grande partie de ses vitamines et sels minéraux. La pelure seule contient près de 90% de la pectine présente dans la pomme.

Enfin, Aylmer tamise le tout à 1/27000 de pouce, pour enlever toutes les parties indigestes de la pelure et du cœur et produire une purée pour bébés qui soit veloutée, nourrissante et préparée à l'avance, exactement comme il convient aux bébés.

LES FUTURS CITOYENS CANADIENS MÉRITENT LES ALIMENTS AYLMER POUR BÉBÉS.



Pour échantillon gratuit,
écrivez à
Canadian Cannery Ltd.
Hamilton, Canada.

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

CRINHÉMOL

"AMPOULES BUVABLES"

MÉDICATION

HÉMATO-POÏÉTIQUE, DYNAMOGÉNIQUE et ÉNERGÉTIQUE

PRÉSENTATION: Boîte de 20 ampoules

POSOLOGIE: Une ampoule le matin et le midi avant les repas.

Echantillon de 6 ampoules sur demande.

Dépositaire: MAISON GALLO — 207 ouest, rue Notre-Dame — Montréal, P. Q.

COMPRIMÉS

TRI-SULFA

SODIUM BICARBONATE

ASSOCIATION RATIONNELLE DES SULFAS.

CRISTALLISATION ET CALCUL RÉNAL ÉVITÉS PAR L'ALCALINISATION DE LA FORMULE:

Aussi TRI-SULFA en suspension contient 0.30 gram. par cuillerée à thé.

SULFATHIAZOLE
SULFAMÉRAZINE
SULFADIAZINE

0.50 gram. du mélange par comprimé.

Aussi TRI-SULFA sans bicarbonate, à 0.50 gram. par comprimé et 0.30 gram. par comprimé pour enfant.

La Cie CANADA DRUG CO., Montréal



Sédation et euphorie pour les patients nerveux et irritables

VALERIANETS-DISPERT®

Chaque comprimé contient 0.05 Gm. d'extrait de valériane finement divisé afin d'obtenir un maximum d'efficacité. Sans odeur et sans goût. N'est pas sujet à accoutumance.

PROPRIÉTÉS ET INDICATIONS: Un léger calmant du système nerveux central. Indiqué dans les cas de troubles émotifs, états d'anxiété, insomnie nerveuse, ainsi que dans le syndrome nerveux de la ménopause et dans certains cas d'artériosclérose.

1 ou 2 comprimés au besoin ou 3 comprimés au coucher. En flacons de 50, 100 et 500.

STANDARD PHARMACEUTICAL CO., INC.

1123 Broadway, New York

Distributeur au Canada: LYSTER CHEMICALS, Ltd. 222 Hospital St., Montreal 1, Canada

Lunettes
verres ophtalmiques

— ○ —
Examen de la vue
— ○ —

ALBANY PHILIE. O.D.
ASSISTÉ D'OPTOMÉTRISTES
ET OPTICIENS DIPLÔMÉS

BUREAU CHEZ

Dupuis Frères

MONTREAL

SAL HEPATICA

*Augmente
le volume
liquide
dans l'intes-
tin par sim-
ple pression
osmotique:
amollit les
matières
fécales*



LÉNITIF

LAXATIF

PURGATIF

*Le degré d'activité de ce mélange
de salins, bien dosé,
est facilement réglé selon la dose.*

**POUR DES ÉCHANTILLONS GRATUITS DE SAL
HEPATICA, VEUILLEZ ADRESSER CE COUPON À:**
Bristol-Myers Company of Canada Ltd.,
3035, rue St-Antoine, Montréal 30, P.Q.

Nom _____

Adresse _____

Ville _____

Province _____

ARTHRITISME

Lyxanthine

Astier

Iodo-propanol sulfonate de sodium, bitar-
trate de lysidine, gluconate de calcium

“par son action bienfaisante
dans les cas de désordres phy-
siologiques, amène fréquem-
ment un soulagement symp-
tomatique et objectif...”

Tarsy, I. M.: M. Times 73: 101 (Avril) 1945.

Granulés effervescents d'un goût
agréable, en flacons de 60 grammes

Flacon-Echantillon
(suffisant pour 10 jours)

sur demande à:

ROUGIER FRÈRES, 350 rue LE MOYNE, MONTRÉAL 1

Fabricants et Concessionnaires au Canada pour les

Laboratoires du Dr. P. Astier, Paris, France

RHUMATISME CHRONIQUE

BETAGEN

VITAMINE B COMPOSÉE

ÉLIXIR GLYCÉROPHOSPHATES

PRINCIPAUX COMPOSANTS

Vitamine B₁
(chlorure de Thiamine)
Riboflavine
avec les autres facteurs de la
Vitamine B complexe
B₂, B₄, B₅, B₆
Lécithine d'œufs
Avénine

Glycérophosphates
de Sodium
de Calcium
de Potassium
de Strychnine (1/60 gr. à l'once)

Tonique et Aliment Nervin

Pertes d'énergie et d'appétit — Anémie

Neurasthénie — Troubles gastro-intestinaux.

Déséquilibre nerveux.

Saveur agréable — Tolérance parfaite.

La Cie **CANADA DRUG CO.,** Montréal

Hydroxyl

**Régulateur de la digestion. De grande valeur et
de saveur agréable**

Il agit contre les fermentations et l'acidité. Il ne produit pas de gaz douloureux et, à ce point de vue, son action est plus efficace que celle des carbonates et des bicarbonates.

Renferme par once fluide:

Papaïne	1 grain	Magnésie hydratée
Pancréatine	1 grain	(fraîchement pré-
Diastase	1 grain	cipitée) représen-
Oxyde de bismuth hy-		tant en magnésium
draté (fraîchement		l'équivalent de
précipité) représen-		Carbonate de ma-
tant en bismuth		gnésium
l'équivalent de Sali-		100 grains
cylate de bismuth..	4 grains	Sulphocarbonate de
		Soude
		5 grains

DOSE: Une à deux drachmes.

La Compagnie J. F. HARTZ Limitée

Fabricants de Produits Pharmaceutiques

Toronto

Montréal

Demandez les Produits pharmaceutiques HARTZ



TABLE DES ANNONCEURS

Pages	Pages
Abbot Laboratoires	XLI - XLII
American Can Co.	LXXVII
American Sterilizer Co. (Stérilisateurs)	LIX
Ames Company of Canada, Ltd. (Clinitest)	XXIX
Anglo-French Drug Co. (Hemo-bex)	XLIV
Ayerst, McKenna & Harrison Ltée	XXI - XXII
Banque Canadienne Nationale	LXXXVIII
Barnes Company Ltd., A. C. (Argyrol)	LV
Berex Pharmacal	XVII
Bristol Laboratories of Canada Ltd. (Gomme pénicilline)	XL
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Bufferin)	LXXXV
Bristol-Myers Company of Canada Ltd. (Sal Hepatica)	LXXXVI
British Drug Houses (Canada) Ltd., The (Supplément diététique B. D. H.)	L
Canada Drug Co. (Betagen)	LXXXVII
Canada Drug Co. (Pavéral)	LXXXV
Canada Drug Co. (Tri-Sulfa)	LXXXV
Canada Starch Co., The (Un mélange lacté)	LXXXI
Canadian Cannery Ltd. (Aliments Aylmer pour bébés)	LXXXIV
Canadian Tampax Corporation Ltd. (Tampax)	LX
Carnation Co. Ltd. (Lait Carnation)	LXXV
Casgrain & Charbonneau Ltée (Diathermie)	IX
Casgrain & Charbonneau Ltée	XXVI
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens (Avis)	LXXX
Compagnie Ciba Ltée	XV - XVI
Compagnie Ciba Ltée (Cibalbine)	LIV
Denver Chemical Manufacturing Co., The (Anti-phlogistine)	LXXXI
Dohow Chemical Co., The (Auralgan, O-Tos-Mo-San)	XXV
Dupuis Frères (Examen de la vue)	LXXXVI
Eddé, J., Ltée (Neurinase) — (Artichobyl) — (Pluri-glandine)	LVII
Eddé, J., Ltée (Cystocones) — (Iodogenol)	LXVIII
Eli Lilly and Company (Canada) Ltd.	
. Première page de la couverture	
Frosst, Charles E. & Co.	VII - VIII
Frosst, Charles E. & Co.	IV
Gallo, Maison (Crinhéamol)	LXXXV
Hartz Ltée, La compagnie J. F. (Hydroxyl)	LXXXVII
Herd & Charton, Inc. (Veratrite) — (Chobile)	XLV
Herd & Charton, Inc. (Camirol)	XLVII
Herd & Charton, Inc. (Agrippol)	XLIX
Herd & Charton, Inc. (Vichy Célestins)	II
Homemaker's Products (Canada) Ltd. (Diaparene)	LXXXVIII
Horner Ltd., Frank W. (Somnol)	XXXVIII
Institut de Microbiologie et d'Hygiène de l'Université de Montréal (Vaccin BCG)	LXI
Johnson & Johnson Ltd. (Lotion pour bébés)	LVIII
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Rhiniphen)	LVI
Laboratoire Bio-Chimique Inc. (Cholibile)	LII
Laboratoires Désautels (Hypertose)	XXXVI
Laboratoires Desbergers Ltée (Rubion Héparos)	
. Quatrième page de la couverture	
Laboratoires Jean Olive (Pyocoline — Nestosyl)	LXIV
Laboratoires Jean Olive (Zymocal — Normogastyl)	LXX
Laboratoires Poulenc (Stovaginal)	
. Deuxième page de la couverture	
Lederle Laboratories (Auréomycin)	XI
Libby, McNeil & Libby of Canada, Ltd. (Aliments homogénéisés)	LXXXII
Librairie Beauchemin Limitée	LXVII
Mead Johnson & Company of Canada Ltd.	
. Troisième page de la couverture	
Merck & Co. Ltd. (Dihydrostreptomycine)	I
Merck & Co. Ltd. (Pyridium)	V
Merrell Co., The Wm. S. (Mercodol)	XXX
Millet, Roux & Cie (Néo-Spasmyl)	XIII
Mowatt & Moore Ltd. (V. M. O's)	XIX
Nestlé's Milk Products (Canada) Ltd. (Lactogen)	LXXXIII
Parke, Davis & Co. Ltd. (Menagen)	LXIX
Picker X-Ray of Canada Ltd. (Fluoroscope)	LXXIV
Poulenc Ltée (Stovaginal) Deuxième page de la couverture	
Procter & Gamble (Ivory)	LXXIII
Reed et Carrick (Canada) Ltd. (Substances œstrogéniques)	LXII
Rougier Frères (Eupnogène)	III
Rougier Frères (Lyxanthine Astier)	LXXXVI
Sanatorium Prévost	LXIII
Sarrazin & Choquette (Avis spécial)	LI
Sharp & Dohme (Canada) Ltd. (Prothricin)	XLVIII
Shuttleworth Chemical Co. Ltd., The E. B. (Codophen)	XLVI
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Sulfate de Dexédrine)	XXXIX
Smith, Kline & French Inter-American Corp. (Par-Pen)	XLIII
Smith and Nephew	LXXII
Spencer Supports (Canada) Ltd. (Supports Spencer)	LXXX
Standard Pharmaceutical Co., Inc. (Valerianets-Dispert)	LXXXV
Swift Canadian Co. Ltd. (Viandes pour bébés)	LXXIX
Usines Chimiques du Canada Inc. (Sal Iodum Valor)	LXXXIX
Vinant Ltée (Pulmo-Bailly — Rhinamide)	XVIII
Vinant Ltée (Pommade Midy — Proveinase Midy)	XX
Vinant Ltée (Antigrippine Midy — Piperazine Midy)	XXIV
Warner and Co. Ltd., William R. (Diatrin)	LXV
White Laboratories of Canada (Lozilles)	XXVII
White Laboratories of Canada (Aspergum)	XXXIII
White Laboratories of Canada (Sulfathiazole Gum)	XXXVII
White Laboratories of Canada (Mol-Iron)	LIII
Whittier Laboratories (Division Nutrition Research Laboratories) (Arthralgen)	XXXIV - XXXV
Williams Co. (Canada) Ltd., The J. B. (Baby's Own)	LXXXIII
Wingate Chemical Co. Ltd. (Numotizine)	XXVIII
Wingate Chemical Co. Ltd. (Sulfadiazine)	LXXI
Winthrop-Stearns Inc. (Isuprel)	XXIII
Wyeth & Bros. (Canada) Ltd., John	XXXI - XXXII
X-Ray and Radium Industries Ltd. (Microtherm)	LXVI

Votre alliée

La Banque Canadienne Nationale apporte à ses opérations de placement la même attention et la même loyauté qu'à ses autres opérations. Elle n'a aucun avantage à vous recommander l'achat d'une valeur plutôt que d'une autre.

Elle est votre alliée. Il existe une étroite solidarité d'intérêts entre vous et la Banque, puisque ses progrès dépendent de la prospérité de ses clients.

Déposez vos épargnes à la Banque Canadienne Nationale et faites vos placements par son entremise.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de \$400,000,000

540 bureaux au Canada

SAL-IODUM VALOR

UN

SPECIFIQUE

DU

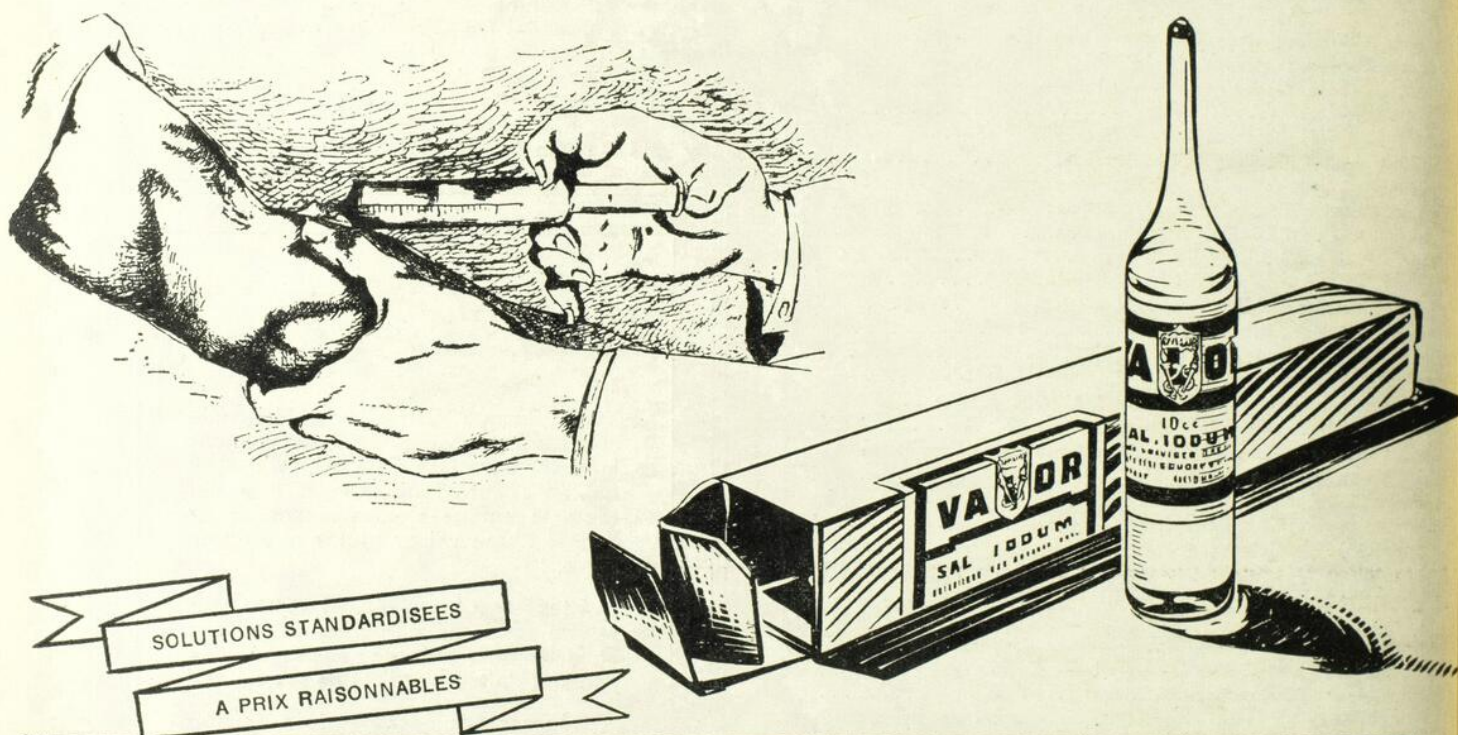
RHUMATISME

L'injection intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est non seulement la « méthode idéale » d'administrer les salicylates et les iodures; mais encore elle semble être la seule également bien tolérée par tous les sujets. Elle est le plus sûr et le plus prompt moyen d'obtenir des résultats tangibles dans l'administration de ces deux médicaments.

L'injection de SAL-IODUM VALOR est à la fois indolore et sans danger, les médicaments, étant introduits instantanément dans le courant circulatoire, ne subissent pas l'action de sucs gastriques et de plus fortes doses sont tolérées; leur élimination est rapide et ne cause aucune irritation du filtre rénal.

Il nous suffit de mettre sous les yeux du médecin les services que la médication intraveineuse de SAL-IODUM VALOR est appelée à rendre et d'en signaler les bienfaits si grands et si remarquables. C'est, au dire d'un grand nombre de cliniciens distingués, la meilleure médication dans les cas de Rhumatisme aigu et chronique, dans la Goutte et toutes les formes d'Arthritisme.

Posologie: Une injection (20 cc.) peut être donnée tous les deux jours, jusqu'à l'obtention des résultats désirés. — Echantillons sur demande.

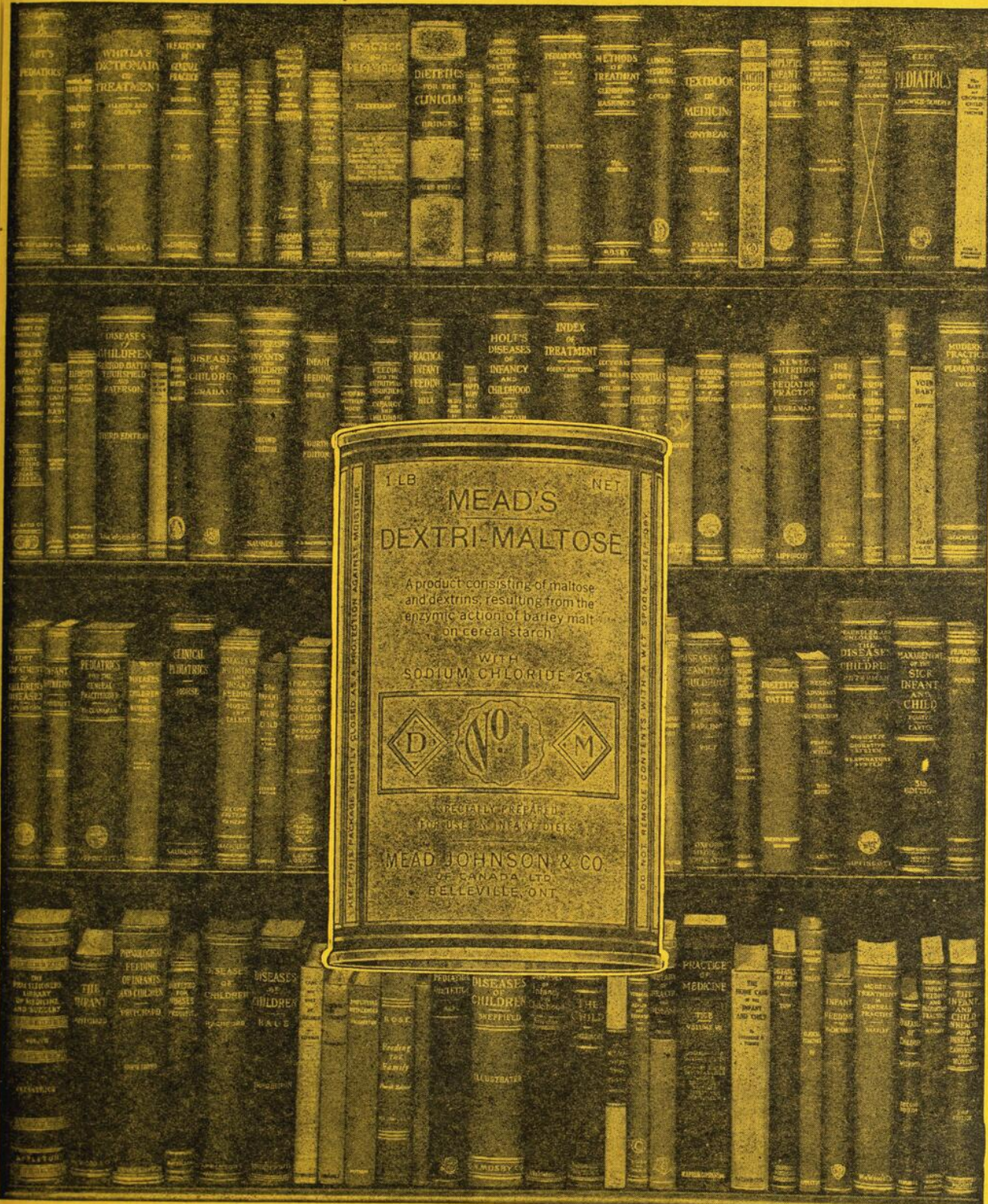


USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

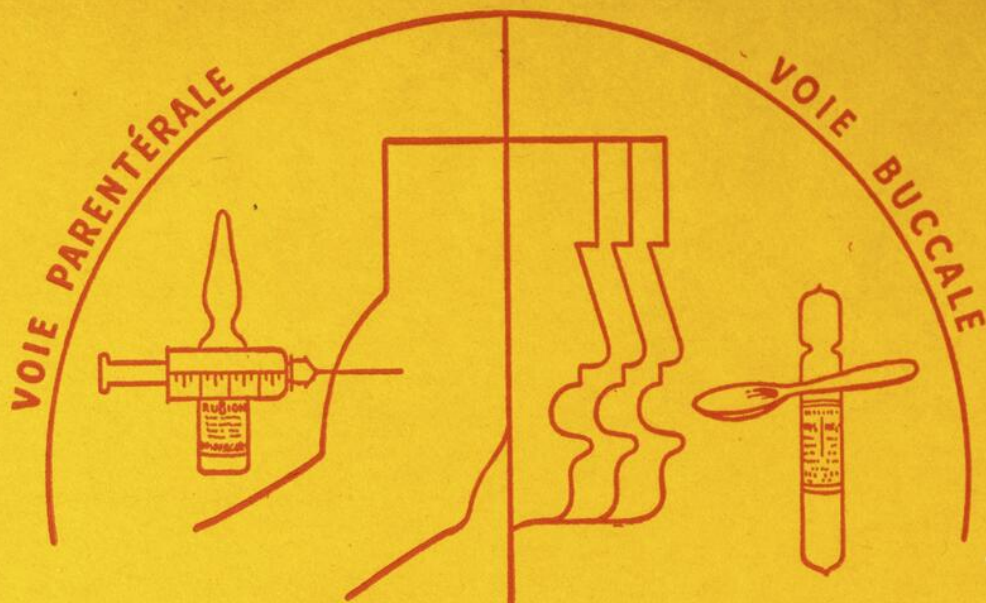
MONTREAL



RÉTROSPECTIVE



L'EMPLOI du lait de vache, de l'eau et des hydrates de carbone mélangés représente la méthode unique d'alimentation infantile qui, sans interruption, depuis plus de trois décades, a été favorablement accueillie par les pédiatres. Aucun hydrate de carbone employé dans cette méthode d'alimentation infantile ne jouit d'un passé aussi riche et fécond, en expérience clinique renommée, que le Dextri-Maltose de Mead.



RUBION HEPAROS

VITAMINE **B₁₂** DESBERGERS

principe anti-anémie pernicieuse
du Foie de Veau.

Ampoule 1 cc.
Contenant 15 microgrammes de
Vitamine B₁₂ cristallisée
en solution saline.

Posologie:

1 ampoule par 15 jours ou à intervalle
plus rapproché, selon la
gravité du cas.

Aucune intolérance.

Boîtes de 6 ampoules injectables.

FOIE DE VEAU CONCENTRÉ
et
ACIDES AMINÉS

Contient Vitamine B₁₂ et tous les autres
facteurs anti-anémie secondaire.

Indications:

Anémies secondaires, aussi comme médi-
cation de support dans le traitement
spécifique de l'anémie pernicieuse.

Posologie:

Une ampoule à tous les deux jours
ou tous les jours selon le cas.

Boîtes de 10 ampoules buvables.

DESBERGERS
MONTREAL *Limitée* CANADA

BIOLOGISTES

CHIMISTES

PHARMACIENS